



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Διερεύνηση του βαθμού και των παραγόντων που επηρεάζουν την
ικανοποίηση των ασθενών της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ*

Μαρία Θωμά

Επιβλέπων Καθηγητής

Νικόλαος Κοντοδημόπουλος

Ιούλιος, 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Διερεύνηση του βαθμού και των παραγόντων που επηρεάζουν την
ικανοποίηση των ασθενών της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ*

Μαρία Θωμά

Επιβλέπων Καθηγητής
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος

Ιούλιος, 2014

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	v
Ελληνική περίληψη	vi
Αγγλική περίληψη	vii

Κεφάλαιο Πρώτο - Εισαγωγή	Σελίδες
1.Εισαγωγή	1
1.1Καταγραφή προβλήματος	1
1.2 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης	3
1.3 Σκοποί και στόχοι	3
1.4 Δομή της μεταπτυχιακής διατριβής	4

Κεφάλαιο Δεύτερο - Στοματική Υγεία – Ποιότητα Ζωής	Σελίδες
2.1 Στοματική Υγεία	5
2.1.1 Εννοιολογικός Προσδιορισμός	5
2.1.2 Σχέση στοματικής και γενικής υγείας	6
2.1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία	7
2.1.4 Επιπτώσεις από την κακή στοματική υγιεινή	8
2.1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία: Διεθνής-Ελληνική-Κυπριακή πραγματικότητα	9
2.1.6 Δράσεις για τη στοματική υγεία	10
2.1.6.1 Παγκόσμιοι σκοποί και στόχοι για τη στοματική υγεία το 2020	10
2.1.6.2 Η Στρατηγική της Ε.Ε. για την προαγωγή της στοματικής Υγείας	11
2.1.6.3 Η Στρατηγική της Ελλάδας για την προαγωγή της στοματικής Υγείας	12
2.2 Ποιότητα Ζωής	13
2.2.1 Εννοιολογική προσέγγιση	14
2.2.2 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	15
2.2.3 Σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής	17
2.2.3.1 Εργαλεία μέτρησης της ΣΣΥΠΖ	20

Κεφάλαιο Τρίτο – Οδοντιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα	Σελίδες
3.1 Υφιστάμενη Κατάσταση	23
3.2 Χαρακτηριστικά της Οδοντιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα	24
3.3 Οικονομικά στοιχεία της Οδοντιατρικής Περίθαλψης	25
3.4 Φορείς παροχής Οδοντιατρικής Περίθαλψης	27
3.4.1 Προσδιοριστικά στοιχεία της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ	27
3.5 Η Οδοντιατρική φροντίδα στην Κύπρο	29
3.5.1 Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα και Πρόληψη στην Κύπρο	30
3.5.2 Οδοντιατρικές κλινικές στην Κύπρο	30
3.6 Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας	31

3.6.1 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες	31
3.6.2 Η ποιότητα στο χώρο της υγείας	32
3.6.3 Μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	33
3.6.4 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας	34
3.6.4.1 Οφέλη της μέτρησης της ικανοποίησης	36
3.7.5 Ικανοποίηση οδοντιατρικών ασθενών	38
3.7.5.1 Παράγοντες ικανοποίησης της οδοντιατρικής φροντίδας	39

Κεφάλαιο Τέταρτο - Μεθοδολογία	Σελίδες
4.1 Σκοπός - Στόχοι	41
4.2 Βασικά Ερευνητικά ερωτήματα	41
4.3 Μεθοδολογία και Σχεδιασμός	42
4.4 Πληθυσμός –Δείγμα	42
4.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	43
4.5.1 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου	43
4.5.2 Παρουσίαση του OHIP-14	45
4.5.3 Σύντομη παρουσίαση των ερωτηματολογίων αυτοαξιολόγησης επιπέδου στοματικής υγείας και δείκτη άγχους DAS	47
4.6 Ηθικές προεκτάσεις	48
4.7 Ανάλυση αποτελεσμάτων	48

Κεφάλαιο Πέμπτο - Αποτελέσματα	Σελίδες
5.1 Δημογραφικά- κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος	50
Περιγραφική στατιστική	
5.2 Χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών	52
5.3 Ικανοποίηση από τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών	55
5.3.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες ικανοποίησης	57
5.4 Σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής	59
5.4.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων του OHIP-14	59
5.5 Παρουσίαση αποτελεσμάτων αυτοαξιολόγησης στοματικής υγείας και δείκτη άγχους	60
Συμπερασματολογική στατιστική	
5.6 Συσχετίσεις	62
5.6.1 Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης με ανεξάρτητες μεταβλητές	62
5.6.2 Συσχέτιση επιμέρους παραγόντων με ικανοποίηση	65
5.6.3 Συσχέτιση προσδοκιών και αξιολόγησης	67
5.6.4 Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης με ανεξάρτητες μεταβλητές	67

Κεφάλαιο Έκτο - Συζήτηση –Συμπεράσματα - Εισηγήσεις	Σελίδες
6.1 Συζήτηση	73
6.2 Περιορισμοί της μελέτης	76
6.3 Συμπεράσματα	76
6.4 Εισηγήσεις	77
Βιβλιογραφία	79

*Στη μνήμη εκείνων που με έμαθαν να
σκέφτομαι ελεύθερα και που ακόμη και σήμερα
αποτελούν κίνητρο για κάθε μου πράξη,
με ένα μεγάλο ευχαριστώ!*

σ δ ψ μ

Ευχαριστίες

Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης της μεταπτυχιακής μου διατριβής αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν με οποιοδήποτε τρόπο στην εκπόνησή της:

- ✚ Τους καθηγητές μου στο τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, κ. Δάφνη Καϊτελίδου, κ. Γεώργιο Κοντέο, κ. Ευστράτιο Λιβάνη και κ. Μιχαήλ Τάλια για την άψογη συνεργασία μας, τη βοήθεια και τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου.
- ✚ Τη Διοίκηση της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για την αποδοχή της έρευνας και τη γενικότερη υποστήριξή της κατά τη διεξαγωγή της.
- ✚ Τα μέλη ΔΕΠ, το προσωπικό και τους φοιτητές των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών κλινικών της Σχολής, για τη συμβολή τους στη συλλογή των ερωτηματολογίων.
- ✚ Την Καθηγήτρια και τον Επ. Καθηγητή της Οδοντιατρικής, κ. Αφροδίτη Κακάμπουρα και κ. Σπύρο Σιλβέστρο για τις συμβουλές, τις παραινέσεις και τις παρατηρήσεις τους, κυρίως όμως, για την αμέριστη ηθική υποστήριξη και συμπαράσταση, κάθε στιγμή που τις χρειαζόμουν.
- ✚ Το συνοδοιπόρο μου σε αυτό το ταξίδι, τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Νίκο Κοντοδημόπουλο για τις καίριες και πολύτιμες συμβουλές του, την άμεση ανταπόκρισή του στις απορίες μου αλλά πάνω απ' όλα για την υπομονή και την ανοχή του!
- ✚ Τέλος, νοιώθω την ανάγκη να ανατρέξω στο παρελθόν, και να ευχαριστήσω εκείνους που μου μετέδωσαν τις γνώσεις και την αγάπη τους για τη Στατιστική: τους καθηγητές μου στο τμήμα Στατιστικής του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, για ότι τότε με δίδαξαν και σήμερα μπόρεσα να εφαρμόσω.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ικανοποίηση των ασθενών γενικά, συνεπώς και των οδοντιατρικών ασθενών και η διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν, αποτελούν σημαντικό δείκτη αποτελεσματικότητας και αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών ενός φορέα παροχής φροντίδας υγείας, με στόχο την ανάδειξη και κατ' επέκταση τον εξορθολογισμό των παρεκκλίσεων. Επιπλέον, η αυξανόμενη αναγνώριση της συμβολής της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής των ατόμων, έχει οδηγήσει στην αύξηση των μελετών αποτίμησής της.

Σκοπός: Βασικός σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής ήταν α) η μέτρηση της ικανοποίησης των οδοντιατρικών ασθενών από τις υπηρεσίες στοματικής υγείας που τους παρέχονται στην Οδοντιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ, η διερεύνηση και ο προσδιορισμός των παραγόντων εκείνων που την επηρεάζουν, την καθορίζουν και τη διαμορφώνουν καθώς και ο εντοπισμός προβλημάτων τα οποία δρουν ανασταλτικά στην παροχή των υπηρεσιών αυτών και β) η αποτίμηση της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών και η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών που την προσδιορίζουν.

Μεθοδολογία: Για τη μέτρηση της ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο, σε πέντε θεματικές ενότητες, ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε και το εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής, το OHIP-14. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε ασθενείς με γενικευμένα προβλήματα στο στόμα, που αντιμετωπίστηκαν της Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα Stata v. 11.2 (Stata Corp. TX, USA).

Αποτελέσματα: Η ανταπόκριση στην έρευνα ήταν 64%, ενώ το 95,7% του δείγματος είχε θετική άποψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Κυριότεροι προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης, σύμφωνα με την έρευνα, είναι η εξυπηρέτηση και η συμπεριφορά των φοιτητών και των επιβλεπόντων καθηγητών, ενώ η έναρξη και η χρονική διάρκεια θεραπείας καταγράφηκαν ως αποτρεπτικοί λόγοι χρήσης των υπηρεσιών της Σχολής.

Η σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών καταγράφηκε ως αρκετά ικανοποιητική και συνδέεται με το εισόδημα, το κάπνισμα, το επίπεδο αυτοαξιολόγησης, το άγχος και τον κύριο λόγο επίσκεψης.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύουν τους τομείς της Οδοντιατρικής Σχολής που συμβάλλουν στη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών της, καθώς και εκείνους που χρήζουν βελτίωσης και αποδεικνύουν ότι συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της στοματικής υγείας των κατοίκων του Λεκανοπεδίου Αττικής. Διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας της, προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, θα μπορούσαν να διορθώσουν τις αποκλίσεις από τις προσδοκίες τόσο των ασθενών όσο και της Διοίκησης της Σχολής.

Αν και οι περιορισμοί της μελέτης δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο των ελλήνων οδοντιατρικών ασθενών, η χάραξη ενιαίας, μακροχρόνιας και αποτελεσματικής πολιτικής, με έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της στοματικής υγείας, παιδιών, ενηλίκων, ατόμων τρίτης ηλικίας και ευπαθών ομάδων, αποτελεί υποχρέωση της πολιτείας.

Λέξεις Κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενών, στοματική υγεία, ποιότητα ζωής, OHIP-14,

Summary

Introduction: Patient satisfaction in general, and therefore that of dental patients also, and the research of the factors that affect it, are an essential indicator of the quality of the services of a bearer of healthcare, with the aim of correction of any deviation. Moreover, the growing acknowledgement of the oral health in the improvement of everyday life, has led to the increase of the research done on this matter.

Aim: The main goal of this thesis was: a) the measurement of the satisfaction of the dental patients towards the oral health care system provided by the Dental School of Athens, Greece (National and Kapodistrian University of Athens), and also to determine the factors that affect it. Last but not least, it aimed to determine the factors that undermine the providing of the above services. b) the measurement of the oral health related quality of life and the determination of the socio- economic variables that play an important role in it.

Material and Methods: In order to measure the satisfaction, a questionnaire that consisted of five parts was used. In this questionnaire also included the index of measurement of the oral health related quality of life - the OHIP-14. These questionnaires were distributed to patients with generalized oral health problems, that were treated in the Dental School of Athens. Statistical analysis of the data was performed with the use of the Stata v.11.2 (STATA Corp, TX, USA) software.

Results: The response was 64%, from which 95.7% was satisfied with the health care provided in the University. The main factors that lead to an overall satisfaction are the behavior and the services provided by the students and the professors of the department. On the contrary, the onset and duration of the treatment were discouraging for the patients to begin treatment at the dental school. The oral health related quality of life was very satisfactory and correlated with the income, smoking, self evaluation, stress and the main reason of the visit to the dental clinic.

Conclusions: The results of this research show the aspects of the Dental School that contribute to the satisfaction of the patients, as well as those that need improvement, and demonstrate that it contributes significantly to improving the oral of the residents of Attica. Expanding the working hours of the university, and oral health prevention and care programmes for the

patients, can contribute to the correction of the deviations from the expectations of the patients and the administration of the university.

Despite the fact that the limitations of this research do not let us generalize the results to the whole population of the dental patients in Greece, the development of a health care system that provides prevention and improvement of the oral health is an obligation for the state.

Key words: Patient satisfaction, oral health, quality of life, OHIP-14.

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή

Οι δαπάνες των συστημάτων υγείας, ανεξάρτητα από χαρακτηριστικά και διακρίσεις, αυξάνονται παγκοσμίως με ταχύτατους ρυθμούς τις τελευταίες δεκαετίες. Απαρχή αποτέλεσε το τέλος του Β' Παγκόσμιου Πολέμου και η καθιέρωση της υγείας ως «κοινωνικού αγαθού», στην πρόσβαση του οποίου όλοι ανεξαιρέτως οι πολίτες έχουν ίσα δικαιώματα. Παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού, το αυξανόμενο κόστος των τεχνολογικών εξελίξεων, οι αυξανόμενες ανάγκες λόγω επιπέδου διαβίωσης, ο τρόπος ζωής, η εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλισης, η αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου, οι αυξημένες προσδοκίες των ασθενών δημιουργούν μια συνεχή τάση, μάλλον εκρηκτικής αύξησης των δαπανών αυτών.

Υπό το πρίσμα αυτό, το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των συστημάτων υγείας εμφανίστηκε στο προσκήνιο, συγκεντρώνοντας έντονο ερευνητικό αλλά και πρακτικό ενδιαφέρον, ώστε οι περιορισμένοι, συνήθως, διαθέσιμοι πόροι να αξιοποιούνται με τον πλέον αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο.

Παράλληλα, οι έρευνες για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, απέδειξαν ότι δεν αρκεί η αξιολόγησή τους μόνον από την οπτική γωνία του ιατρικού κόσμου, αλλά χρειάζεται να αποτιμηθεί σωστά και η γνώμη των ίδιων των ασθενών (Αλετράς και συν, 2007 Αλετράς και συν, 2009).

1.1 Καταγραφή του προβλήματος

Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών αποτελούν οι οδοντιατρικοί ασθενείς. Η οδοντική τερηδόνα και οι νόσοι του περιοδοντίου (ουλίτιδα-περιοδοντίτιδα), είναι οι πιο διαδεδομένες νόσοι στον άνθρωπο, προσβάλλοντας το 60-90% του πληθυσμού όλης της γης. Το στοματογναθικό σύστημα, ως μέρος του όλου ανθρώπινου οργανισμού, είναι άμεσα συνυφασμένο με τη γενική υγεία του ανθρώπου.

Οι ασθένειες του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος περιορίζουν σημαντικά το άτομο από τις καθημερινές του δραστηριότητες, αποτελούν αιτίες για εκατομμύρια χαμένες εργατοώρες κάθε χρόνο σε παγκόσμιο επίπεδο και συγκαταλέγονται μεταξύ των τεσσάρων πιο δαπανηρών νόσων

να θεραπευτούν. Επίσης, οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις τους, συχνά υποβαθμίζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής του ατόμου (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010).

Η σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής (Oral Health Related Quality of Life) αποτελεί παγκοσμίως ένα νέο τομέα έρευνας για επιδημιολόγους, οικονομολόγους και κοινωνικούς αναλυτές, που όμως αναπτύσσεται γρήγορα, σχεδόν εκθετικά (Inglehart & Bagramian, 2002). Οι συνθήκες που το δημιούργησαν ανάγονται στη διεύρυνση της έννοιας της υγείας που δέχθηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) (WHO, 1948), στη μετάβαση από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στην υγεία (Engel, 1977), καθώς και στην αναγνώριση ότι η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας (Gift et al, 1997). Διεθνείς οργανισμοί όπως ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), κλπ, τα τελευταία χρόνια ασχολούνται με την υγεία του στόματος και τις επιπτώσεις της στην κοινωνία, στην οικονομία, στη γενική υγεία και στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ασθένειες της στοματικής κοιλότητας έχουν συσχετισθεί με συστηματικές παθήσεις, όπως για παράδειγμα τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το σακχαρώδη διαβήτη, τον καρκίνο του παγκρέατος, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, και με επιπλοκές της κύησης (Haumschild & Haumschild, 2009).

Οι παρατηρήσεις αυτές, υποχρεώνουν ένα κράτος που θέλει να χαρακτηρίζεται ως «Κράτος Πρόνοιας», να ασχοληθεί με την οργάνωση της οδοντιατρικής περίθαλψης, ως μέρος της συνολικής ιατρικής φροντίδας που οφείλει να παρέχει, προς ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών της, στα πλαίσια ενός ασθενοκεντρικού Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Στη χώρα μας, τα τελευταία χρόνια έγιναν αρκετές προσπάθειες οργάνωσης της οδοντιατρικής περίθαλψης του πληθυσμού, όπως μέσα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία και πιο πρόσφατα τον πρώην Ενιαίο Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, χωρίς όμως αξιόλογα αποτελέσματα.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η εξασφάλιση, η συνεχής ποιοτική βελτίωση και η διεύρυνση των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών, οι οποίες πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και να ξεπερνούν τις προσδοκίες των χρηστών, αποτελούν απαίτηση και των χρηστών, και των φορέων χάραξης πολιτικής, αλλά και των φορέων παροχής τους.

Πολύτιμοι αρωγοί στην προσπάθειά τους αυτή, είναι μελέτες καταγραφής της στοματικής υγείας του πληθυσμού, της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής του πληθυσμού, καθώς

και της ποιότητας των παρεχομένων οδοντιατρικών υπηρεσιών μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, αφού αυτοί είναι ο τελικοί αποδέκτες τους.

1.2.Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης

Η ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών είναι ένας από τους πιο σημαντικούς δείκτες αποδοτικότητας ενός φορέα υπηρεσιών υγείας και της ποιότητας των προσφερομένων από αυτόν υπηρεσιών. Είναι ένα απαραίτητο μετρήσιμο στοιχείο τόσο για την εξωτερική του αξιολόγηση, όσο και για τις διαδικασίες εσωτερικής του αξιολόγησης.

Το στοιχείο αυτό αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημαντικότητα όταν η παροχή αυτή γίνεται μέσα σε ένα εκπαιδευτικό περιβάλλον και λειτουργεί και ως εκπαιδευτικό εργαλείο. Συνεπώς έχει αξία και για την αποτίμηση του εκπαιδευτικού έργου.

Στην Οδοντιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ, συνδυάζονται και τα δύο προαναφερόμενα. Η κλινική εκπαίδευση των φοιτητών, προπτυχιακών και μεταπτυχιακών, γίνεται μέσω της θεραπείας οδοντιατρικών ασθενών, καθιστώντας έτσι τη Σχολή πέρα από εκπαιδευτικό ίδρυμα και φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Μέσα στα πλαίσια εφαρμογής εσωτερικής και εξωτερικής αξιολόγησης που έχει υλοποιήσει η Οδοντιατρική Σχολή, στοιχεία όπως: πρόγραμμα σπουδών, φοιτητές, διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες υπόκεινται σε συνεχείς αξιολογήσεις και περιλαμβάνονται στις σχετικές εκθέσεις.

Ωστόσο, μέχρι σήμερα, δεν έχει διερευνηθεί ποτέ η ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών της, γεγονός που αποτέλεσε και το ερέθισμα για την ενασχόληση με τη συγκεκριμένη εργασία.

1.3 Σκοποί και στόχοι

Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι α) η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής και β) η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών που προσέρχονται για οδοντιατρική περίθαλψη στην Οδοντιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, καθώς επίσης να διερευνήσει και να προσδιορίσει τους παράγοντες που την επηρεάζουν, την καθορίζουν και τη διαμορφώνουν. Απώτερος στόχος της είναι η διατύπωση προτάσεων που θα στηρίζονται στα ευρήματα της έρευνας και θα βοηθήσουν τη Διοίκηση της Οδοντιατρικής Σχολής στη διαρκή προσπάθειά της για βελτίωση και αναβάθμιση τόσο των παρεχομένων από αυτήν υπηρεσιών,

όσο και της εκπαιδευτικής διαδικασίας, η οποία θα πρέπει να είναι πέρα από φοιτητο- και ασθενο-κεντρική.

1.4 Δομή της μεταπτυχιακής διατριβής

Η παρούσα εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια και πιο συγκεκριμένα: στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση στις έννοιες της στοματικής υγείας και της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής.

Το τρίτο κεφάλαιο της εργασίας επιχειρεί μια σύντομη αναφορά στην οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα και στην ικανοποίηση των ασθενών από αυτήν και καταλήγει στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία και ο σχεδιασμός της έρευνας, ο σκοπός και οι στόχοι της, περιγράφονται τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και εξηγείται η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και τέλος, στο έκτο κεφάλαιο αναγράφονται τα συμπεράσματα και παρατίθενται προτάσεις βελτίωσης των υφιστάμενων δομών για την αντιμετώπιση εκείνων των παραγόντων που προκαλούν τη δυσαρέσκεια των ασθενών, καθώς και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

Κεφάλαιο Δεύτερο

Στοματική υγεία – Ποιότητα ζωής

2.1 Στοματική υγεία

2.1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός

Παραδοσιακά, από την εποχή ακόμη του Ιπποκράτη, μία από τις βασικές κλινικές πράξεις στις οποίες προέβαινε ο γιατρός κατά την κλινική εξέταση ενός ασθενή, ήταν η εξέταση της στοματικής του κοιλότητας. Οι περισσότεροι από εμάς έχουμε χαραγμένη στη μνήμη μας την εικόνα του γιατρού να εξετάζει το στόμα των ασθενών του. Γιατί όμως αυτή η εξέταση ήταν μια τόσο βασική κλινική ιατρική πράξη; Τι αξιολογούσε ο γιατρός με αυτή την εξέταση; Η απάντηση είναι απλή: επειδή ένας πολύ μεγάλος αριθμός συστηματικών νόσων και συνδρόμων δίνει κλινική σημειολογία και συμπτωματολογία στη στοματογναθοπροσωπική χώρα και ένας πολύ μεγάλος αριθμός τυπικών νόσων και παθήσεων αναπτύσσεται και προσβάλλει την ίδια περιοχή (Αγγελόπουλος και συν, 2000).

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 αντιμετωπίζει τη στοματική υγεία, όχι απλώς ως την υγεία των δοντιών και των ούλων, αλλά ως την απουσία χρόνιου στοματοπροσωπικού πόνου, καρκίνου της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας, συγγενών ανωμαλιών όπως π.χ χειλεοϋπερωιοσχιστίας, τραυματισμών, δυσλειτουργιών και κάθε άλλης νόσου ή διαταραχής η οποία επηρεάζει το κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα (Υπουργείο Υγείας, 2008).

Το κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει σε μια σειρά λειτουργιών όπως η μάσηση, η κατάποση, η ομιλία και η γεύση, στην έκφραση συναισθημάτων όπως το χαμόγελο, το γέλιο και το φιλί και προστατεύει από διάφορες μικροβιακές λοιμώξεις και περιβαλλοντικές απειλές. Άμεση είναι και η συσχέτιση του με την αισθητική εμφάνιση του προσώπου. Είναι ευνόητο, λοιπόν, ότι οποιαδήποτε αλλαγή σε μία ή περισσότερες από τις προαναφερόμενες λειτουργίες μπορεί να καταλήξει σε επώδυνες καταστάσεις, δυσφορία,

περιορισμένη λειτουργική ικανότητα και να οδηγήσει σε δυσκολία στη διατροφή, στην επικοινωνία και στην εμφάνιση, με αποτέλεσμα την εκδήλωση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που συχνά υποβαθμίζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής του ατόμου, γι' αυτό και πρέπει να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά (Sheiham, 2005).

Οι κυριότερες ασθένειες του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος αναλύονται σε:

- ✚ Νόσους των δοντιών: Τερηδόνα, Υποπλασία, Αποτριβή, Διάβρωση
- ✚ Νόσους των περιοδοντικών ιστών: Ουλίτιδα, Περιοδοντίτιδα
- ✚ Ορθοδοντικές ανωμαλίες
- ✚ Τραυματισμούς
- ✚ Καρκίνους της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα
- ✚ Νόσους του βλεννογόνου του στόματος
- ✚ Συγγενείς ανωμαλίες
- ✚ Δυσλειτουργίες του στοματογεννητικού συστήματος
- ✚ Στοματικές εκδηλώσεις συστημικών νόσων (Κουνάρη, Χωματά, 2012).

2.1.2 Σχέση στοματικής και γενικής υγείας

Είναι αποδεκτό από όλους ότι η στοματική υγεία είναι άμεσα συνυφασμένη και αποτελεί σημαντικό παράγοντα της γενικής υγείας του ατόμου, καθώς μπορεί να επηρεάσει όχι μόνο την καθημερινή του λειτουργία, αλλά και τη συνολική του αντίληψη για την υγεία και την ποιότητα ζωής.

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).

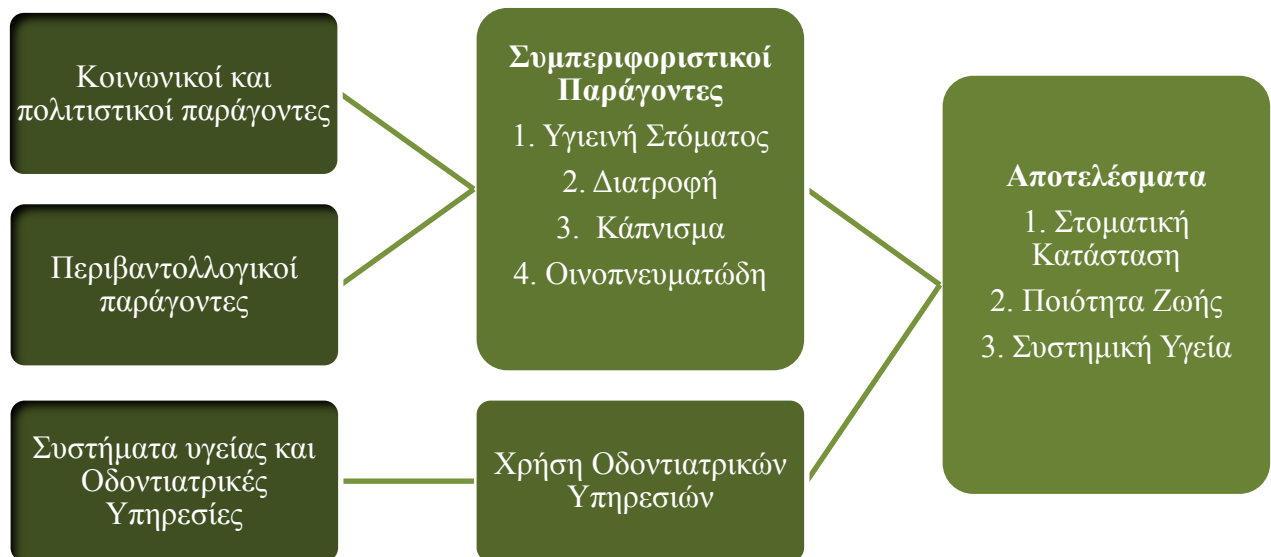
Παράλληλα, έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι αιτιολογικοί παράγοντες στοματικών νόσων όπως η διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και γλυκά, το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνεύματος, το στρες, η έλλειψη σωματικής άσκησης αποτελούν παράγοντες κινδύνου και για την εμφάνιση παχυσαρκίας, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακών νοσημάτων, εγκεφαλικών επεισοδίων και καρκίνου (Sheiham & Watt, 2000). Οι Divaris et al (2008) αναφέρονται επίσης,

στη βαθμιαία μετατροπή του οδοντίατρου σε γιατρό του στόματος και στην απαίτηση για ιατρικές γνώσεις.

2.1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία

Πολλές έρευνες που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως τις τελευταίες δεκαετίες, έχουν δείξει πως η στοματική υγεία ενός πληθυσμού επηρεάζεται άμεσα από κοινωνικοοικονομικούς, ψυχολογικούς και παθολογικούς παράγοντες, από τη συμπεριφορά των ατόμων, αλλά και από το σύστημα υγείας. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι βασικότεροι παράγοντες όπως τους έχει προτείνει ο ΠΟΥ

Πίνακας 2.1. Παράγοντες επηρεασμού στοματικής υγείας



Πηγή: WHO ORAL HEALTH REPORT 2003

Πιο συγκεκριμένα οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες:

- Στις οδοντιατρικές υπηρεσίες του συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος, ήτοι στην προσβασιμότητα, τη διαθεσιμότητα, την πρόληψη, και ιδίως την πρωτοβάθμια περίθαλψη.
- Στους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που διαμορφώνονται από την εκπαίδευση, την απασχόληση, το εισόδημα, την εθνικότητα, τον τρόπο ζωής και την υποστήριξη του κοινωνικού περιβάλλοντος.

- Στους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες όπως το πόσιμο νερό, η διατροφή, η υγιεινή, το ποτό και το κάπνισμα (Petersen & Ogawa, 2005; Farah & McCullough, 2008).
- Στη χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών όπως η ζήτηση, οι αιτίες και η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών.
- Στην συμπεριφορά των ατόμων σε σχέση με την προσωπική τους υγιεινή και την κατανάλωση ζάχαρης. (Υφαντόπουλος και Ουλής 2010).

2.1.4 Επιπτώσεις από την κακή στοματική υγιεινή

Οι επιπτώσεις από την κακή στοματική υγιεινή, εστιάζονται κυρίως στο προφίλ υγείας του πληθυσμού (σχετικοί κίνδυνοι, επιπολασμός της στοματικής υγείας, προβλήματα στις οδοντιατρικές υπηρεσίες, δείκτες DMFT, απώλεια δοντιών), καθώς στην ποιότητα ζωής (αυτοεκτίμηση από την στοματική κατάσταση, πόνος, δυσφορία, ικανότητα μάσησης, χαμόγελο και κοινωνικές δραστηριότητες).

Από έρευνες που πραγματοποίησε ο ΠΟΥ, διαπιστώθηκε ότι οι ασθένειες του στόματος έχουν σημαντικό αντίκτυπο όχι μόνο στην ποιότητα ζωής του ίδιου του ασθενούς, αλλά και στην κοινωνία, όσον αφορά το κόστος περίθαλψης, τη μείωση της παραγωγικότητας και την απώλεια ημερών εργασίας. Σύμφωνα με έρευνα των Reisine και Miller (1985), οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, επειδή δεν ελέγχουν τη στοματική τους υγεία προληπτικά αλλά έπειτα από πόνο, αναγκάζονται να λείψουν περισσότερες ώρες από την εργασία τους, καθώς η θεραπεία τους είναι χρονοβόρα. Ωστόσο, σε ατομικό επίπεδο οι επιπτώσεις από την απώλεια εργασίας δεν είναι σημαντικές, αλλά το άθροισμα όλων των εργαζομένων μπορεί να δημιουργήσει τεράστιες έμμεσες δαπάνες για την κοινωνία.

Επίσης, άλλες έρευνες του Π.Ο.Υ κατέδειξαν ότι από τα 800.000.000 ανθρώπους που ζουν στις χώρες του οικονομικού εμπορίου (established market economies), στις οποίες ανήκει και η Ευρώπη, χάνονται πάνω από ένα εκατομμύριο «ποιοτικώς προσαρμοσμένα έτη ζωής» (Quality Adjusted Life of Years), που οφείλονται σε ανικανότητα εργασίας λόγω στοματικών παθήσεων. Είναι δε αυτή η απώλεια αντίστοιχη με την απώλεια λόγω διαβήτη ή άσθματος και δεν συνυπολογίζονται στην έρευνα ο στοματικός καρκίνος και οι τραυματισμοί στην περιοχή (Σουλιώτης, 2000).

2.1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία: Διεθνής-Ελληνική-Κυπριακή πραγματικότητα

Η Στοματική Υγεία του ευρωπαϊκού πληθυσμού βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο. Τουλάχιστον στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) παρατηρήθηκε κατά το πρόσφατο παρελθόν σημαντική βελτίωση (European Commission-Public Health) μεταξύ των ετών 1970 και 2000, η βελτίωση στα παιδιά έφτασε το 80% και παρόμοια, η πλειοψηφία των περιπτώσεων τερηδόνας θεραπεύτηκε.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, αναφορικά με την κατάσταση της στοματικής υγείας στον Ευρωπαϊκό πληθυσμό, περιλαμβανομένων των ενηλίκων, ο δείκτης οδοντικής τερηδόνας DMFT βρίσκεται στα ίδια επίπεδα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αντίθεση με τις μεγάλες αποκλίσεις που παρατηρούνταν τη δεκαετία του 1970. Μόνο στους ενήλικες 65-74 ετών εμφανίζονται σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη συχνότητα απώλειας δοντιών, οι οποίες αποδίδονται σε διαφορές στις συνθήκες υγιεινής και σε ιστορικο-πολιτιστικές παραδόσεις. Οι διαφορές αυτές αναμένεται να εξαλειφθούν σύντομα στις επόμενες γενιές (Ουλής και συν., 2005).

Τα δεδομένα για τις νόσους του περιοδοντίου προβλέπουν ότι το 10% των Ευρωπαίων ενηλίκων θα παρουσιάσουν τοπική περιοδοντίτιδα κάποια στιγμή στο μέλλον.

(http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemiation/diseases/oral_en.htm.)

Στην Ελλάδα, τα τελευταία 20 έτη έχει παρατηρηθεί σαφής βελτίωση των δεικτών της κατάστασης της στοματικής υγείας του πληθυσμού. Παρόλη, όμως, τη βελτίωση η Ελλάδα υπολείπεται σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκρίνοντας τους δείκτες τερηδόνας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε., βλέπουμε ότι, αν και η Ελλάδα για τα παιδιά 5 ετών είναι στην 9η θέση, για τα παιδιά 12 ετών πέφτει κατακόρυφα και βρίσκεται μαζί με την Ιταλία στην τελευταία θέση μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε. (πριν την τελευταία διεύρυνση) και 15η μεταξύ των 25 εταίρων μας στη διευρυμένη Ε.Ε. Η περιοδοντική κατάσταση του πληθυσμού δεν δείχνει να έχει βελτιωθεί μεταξύ των ετών 1985 και 2005 (Ουλής και συν., 2005).

Παράλληλα, παραμένει το ζήτημα ανισοτήτων, τόσο στο επίπεδο της κατανομής των κυριότερων νοσημάτων του στόματος στον Ελληνικό πληθυσμό όσο και στο επίπεδο των αναγκών οδοντιατρικής περίθαλψης και στον τρόπο με τον οποίο καλύπτονται αυτές από το σύστημα υγείας (Υφαντόπουλος και Ουλής 2010).

Όσον αφορά στην Κύπρο, μελέτες έδειξαν ότι ο επιπολασμός της τερηδόνας του παιδικού πληθυσμού 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).

2.1.6 Δράσεις για τη στοματική υγεία

2.1.6.1 Παγκόσμιοι Σκοποί και Στόχοι για τη Στοματική Υγεία το 2020

Η Παγκόσμια Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Π.Ο.Ο.) και ο Π.Ο.Υ. από κοινού καθιέρωσαν τους πρώτους παγκόσμιους Σκοπούς Στοματικής Υγείας το 1981. Αργότερα, η Π.Ο.Ο, ο Π.Ο.Υ και η Διεθνής Ομοσπονδία Οδοντιατρικής Έρευνας έθεσαν τους στόχους για τη νέα χιλιετηρίδα, για το έτος 2020 (Hobdell et al., 2003), οι οποίοι επικεντρώνονται σε 16 άξονες. Οι κυριότεροι από αυτούς παρουσιάζονται παρακάτω:

- ✚ Πόνος: Μείωση σε επεισόδια πόνου στοματικής και κρανιοπροσωπικής προέλευσης και στις επιπτώσεις του πόνου στην εργασία και στη λειτουργικότητα των ατόμων.
- ✚ Δυσλειτουργίες: Μείωση στον αριθμό των ατόμων που εμφανίζουν δυσκολίες σε μάσηση, κατάποση και ομιλία.
- ✚ Μεταδοτικές νόσοι: Αύξηση του αριθμού των παρόχων φροντίδας υγείας, που είναι αρμόδιοι να διαγιγνώσκουν και να αντιμετωπίζουν τους κινδύνους μετάδοσης μολυσματικών νόσων, στο περιβάλλον της στοματικής φροντίδας υγείας.
- ✚ Οδοντική τερηδόνα:
 - ❖ Αύξηση της αναλογίας των 6χρονων παιδιών που δεν έχουν τερηδονική προσβολή.
 - ❖ Μείωση του δείκτη τερηδόνας DMFT (Decayed-Missing-Filled Teeth,) και ειδικά του παράγοντα D στην ηλικία των 12 ετών, με ιδιαίτερη προσοχή στα γκρουπ υψηλού κινδύνου.
 - ❖ Μείωση των δοντιών που εξάγονται λόγω τερηδονικής προσβολής στις ηλικίες των 18, 35-44 και 65-74 ετών.
- ✚ Περιοδοντικές νόσοι:

- ❖ Μείωση των δοντιών που χάνονται λόγω περιοδοντικής νόσου στις ηλικίες των 18, 35-44 και 65-74 ετών, με ειδικές αναφορές στο κάπνισμα, στη φτωχή στοματική υγιεινή, στο στρες και στις διαδραστικές συστημικές νόσους.
 - ❖ Μείωση της εξάπλωσης των νεκρωτικών μορφών των περιοδοντικών νόσων με ελάττωση στην έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, όπως η φτωχή διατροφή, το στρες και ανοσοκαταστολή.
 - ❖ Μείωση της εξάπλωσης της ενεργούς περιοδοντικής νόσου (με ή χωρίς απώλεια πρόσφυσης) σε όλες τις ηλικίες.
 - ❖ Αύξηση της αναλογίας των ατόμων, όλων των ηλικιών, με υγιές περιοδόντιο (ούλα και υποστηρικτικό οστό).
- ✚ Απώλεια δοντιών: Μείωση των νωδών ατόμων στις ηλικίες των 35-44 και 65-74 ετών, αύξηση των υπάρχοντων φυσικών δοντιών στις ηλικίες των 18, 35-44 και 65-74 ετών, αύξηση των ατόμων με λειτουργικές οδοντοστοιχίες (που έχουν από 21 φυσικά δόντια)
- ✚ Υπηρεσίες φροντίδας υγείας:
- ❖ Καθιέρωση τεκμηριωμένων σχεδίων για τη δημιουργία ανθρώπινων πόρων που μπορούν να παρέχουν φροντίδα κατάλληλη και ανάλογη με τα μορφωτικά, κοινωνικά, οικονομικά προφίλ, όλων των γκρουπ μέσα στον πληθυσμό.
 - ❖ Αύξηση της αναλογίας του πληθυσμού με πρόσβαση σε επαρκή φροντίδα Στοματικής Υγείας. (WHO: Strategies for Oral Disease Prevention and Health Promotion)

2.1.6.2 Η Στρατηγική της Ε.Ε. για την Προαγωγή της Στοματικής Υγείας

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προαγωγής στοματικής υγείας, σε μια προσπάθεια μείωσης της νοσηρότητας και ανικανότητας που σχετίζεται με τις νόσους του στόματος έχει δρομολογήσει το «European Global Health Indicators», και πρότεινε μεταξύ άλλων τα ακόλουθα:

- Όλες οι μελλοντικές πολιτικές και στόχοι για τη στοματική υγεία, θα πρέπει να ενσωματώνονται σε πολιτικές και στόχους για όλες τις πλευρές της υγείας.
- Η ιεράρχηση των παραγόντων κινδύνου και πρόληψης των νόσων του στόματος, σύμφωνα με τις επιπτώσεις τους σε βασικούς δείκτες στοματικής υγείας, έχει ως εξής: η κοινωνική τάξη, η συχνότητα κατανάλωσης τροφών και ποτών που περιέχουν ζυμώσιμα σάκχαρα, η συχνότητα βουρτσίσματος με φθοριούχο οδοντόκρεμα, το κάπνισμα και η γενική υγεία.

- Πέντε τομείς των συστημάτων παροχής στοματικής υγείας πρέπει να θεωρούνται «πρώτου βαθμού»: Οι στόχοι και οι πολιτικές, η πρόσβαση και η χρήση, η αποτελεσματικότητα και οι επιπτώσεις, το οδοντιατρικό δυναμικό και το κόστος.

(http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/monitoring/fp_monitoring_2002_a1_frep_03en.pdf)

2.1.6.3 Η Στρατηγική της Ελλάδας για την Προαγωγή της Στοματικής Υγείας

Στη χώρα μας διαμορφώθηκε ένα Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία που βασίστηκε στις αρχές

- της καθολικότητας και της ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας
- της ποιότητας και της ασφάλειας
- της παροχής φροντίδας με βάση την επιστημονική τεκμηρίωση και ηθική

Πίνακας 2.2 Εθνικοί Στόχοι για τη Στοματική Υγεία του πληθυσμού της Ελλάδας για το έτος 2015 (κατά μέσο όρο).

Στόχος	Ηλικιακή ομάδα	Δείκτες τερηδόνας	Άλλοι δείκτες
1ος	5-6 ετών	<ul style="list-style-type: none"> • 65% ελεύθερα τερηδόνας • dmft≤1,2 • dt≤0,8 	-----
2ος	12 ετών	<ul style="list-style-type: none"> • 45% ελεύθερα τερηδόνας • DMFT≤1,5 • DT≤0,5 	Στοματικής Υγιεινής DI-s ≤0,5
3ος	15 ετών	<ul style="list-style-type: none"> • MT=0 • DMFT≤2,5 	Περιοδοντικής υγείας CPITN =0 σε ≥4 εκτημόρια
4ος	35-44 ετών	<ul style="list-style-type: none"> • DMFT≤10 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιοδοντικής υγείας CPITN=0 σε ≥2 εκτημόρια • Ενόδοντες κατά 90% με ≥20 φυσικά δόντια
5ος	65-74 ετών	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Νωδοί ≤20% • ≥70% λειτουργική σύγκλιση με φυσικά ή τεχνητά δόντια
6ος	Η μείωση κατά 25% σε σχέση με το μέσο όρο της χώρας, των δεικτών των στοματικών νόσων των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών πληθυσμιακών ομάδων		
7ος	Η βελτίωση των δεικτών Στοματικής Υγείας κατά 25%		
8ος	Η μείωση κατά 25% σε σχέση με το μέσο όρο της περιοχής, των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων Στοματικής Υγείας		

Το όραμα του Σχεδίου αυτού είναι η διαρκής και αυξανόμενη προστασία της στοματικής υγείας του πληθυσμού μέσω αποδοτικών, αποτελεσματικών και ποιοτικών υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας με σκοπό

- Την πρόληψη και την αποτελεσματική θεραπεία των νόσων του στόματος.
- Την προαγωγή της Στοματικής Υγείας.

- Την υλοποίηση των αναγκαίων πολιτικών και δράσεων μέσω στοχευμένων προγραμμάτων (Υπουργείο Υγείας, 2008) (Πίνακας 2.2).

2.2 Ποιότητα ζωής

Το δεύτερο μισό του προηγούμενου αιώνα στις αναπτυγμένες χώρες της δύσης, ένας νέος τρόπος προσέγγισης της καθημερινότητας και των ανθρώπινων σχέσεων άρχισε να εμφανίζεται και ένας νέος όρος, η «ποιότητα ζωής» (Quality of life) μπήκε στο λεξιλόγιό μας, ο οποίος προσελκύει, με συνεχώς μεγαλύτερο ενδιαφέρον, επιστήμονες από διαφορετικούς κλάδους.

Ως όρος, η QoL χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Ρίγου (1920) στο βιβλίο του *The Economics of Welfare*, ο οποίος έκανε μια γενική περιγραφή της αίσθησης ευημερίας ενός ατόμου, και διαδόθηκε ευρύτερα μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Βέβαια, δεν είναι η πρώτη φορά που η έννοια αυτή εμφανίζεται στην ιστορία. Ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) στο «Ηθικά Νικομάχεια», αναφέρει «και το πλήθος και οι ευγενείς αντιλαμβάνονται την έννοια της «καλής ζωής» ή του «να είναι καλά» πως είναι το ίδιο με το «να είναι ευτυχισμένοι». Όμως τι σημαίνει ευτυχία; Κάποιοι λένε το ένα, κάποιοι το άλλο, συχνά μάλιστα ο ίδιος άνθρωπος λέει διαφορετικά πράγματα σε άλλες στιγμές: όταν είναι άρρωστος σκέπτεται ότι η υγεία είναι η ευτυχία και όταν είναι φτωχός, ο πλούτος (Fayers and Machin, 2000).

Το 1948, η Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών αν και δεν περιέχει κάποια κατά λέξη αναφορά, αγγίζει την έννοια της QoL αναφέροντας ότι “...Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένεια του υγεία και ευημερία...” (United Nations, 1948).

Η νέα αυτή ποιοτική προσέγγιση ταυτίστηκε με την αλματώδη οικονομική ανάπτυξη και τις αντίστοιχες διαρκώς αυξανόμενες καταναλωτικές προσδοκίες που παρατηρήθηκαν μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, αργότερα, όμως, καθιερώθηκε σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας (Campbell, 1981) και οδήγησε στην ολιστική προσέγγιση της ανθρώπινης ύπαρξης, της οποίας όλοι οι παράμετροί της εξετάζονται ως προς ένα κοινό παρανομαστή: τη συμβολή τους στη βελτίωση ή στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του ατόμου.

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), αναγνωρίζοντας την τεράστια σημασία της ποιότητας ζωής, έχει συνάψει διακρατικές συμφωνίες για μια σειρά

θεμάτων που σχετίζονται με αυτήν, όπως είναι η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Bowling, 1997).

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης ειδικότερα, έχει συσταθεί το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (European Foundation in Social Quality), το οποίο προωθεί την έννοια της κοινωνικής ποιότητας η οποία ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας, σε συνθήκες που ενισχύουν την προσωπική ευεξία και ευημερία (Υφαντόπουλος, 2001b).

2.2.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει ένας ευρύτερα αποδεκτός ορισμός για την QoL, καθώς αυτή αποκτά διαφορετικό περιεχόμενο για διαφορετικούς ανθρώπους, κάτω από διαφορετικές συνθήκες (Farquhar, 1995).

Ο ΠΟΥ με την ιδιαίτερη έμφαση που έδωσε στη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της θεώρησης της υγείας ως κατάστασης με πολλαπλές διαστάσεις (World Health Organization, 1948), ορίζει πλέον την ποιότητα ζωής ως «την υποκειμενική αντίληψη του κάθε ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πολιτιστικό πλαίσιο και στο σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, όσο και από τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντα του» (The WHOQOL GROUP, 1998), ενώ σύμφωνα με τους Young και Longman (1983), η ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός ικανοποίησης σύμφωνα με τις παρούσες συνθήκες ζωής, έτσι όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο άνθρωπος και διάφοροι προσδιοριστικοί παράγοντες όπως ο γάμος, η οικογενειακή ζωή, η υγεία, η φιλία, η εργασία, ο τρόπος ζωής, η εκπαίδευση και το βιοτικό επίπεδο, μπορούν να τον επηρεάσουν.

Γενικά, θεωρείται ότι η ποιότητα ζωής είναι μια πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις: τη σωματική διάσταση που περιλαμβάνει την αντίληψη του εαυτού ως υγιούς ή ασθενούς, τη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει τον αυτοσεβασμό, την ευτυχία, και την ικανοποίηση από τη ζωή και την κοινωνική διάσταση που περιλαμβάνει τη συζυγική και κοινωνική προσαρμογή (Aaronson et al, 1991).

Άμεση συνέπεια του παραπάνω ορισμού είναι ότι η QoL εξαρτάται από την ιστορική εποχή, τα βιώματα και το πολιτισμικό περιβάλλον και διαμορφώνεται ανάλογα σε κάθε εποχή. Η εξύψωση του “...επιπέδου διαβίωσης των ατόμων στην κοινωνία...” και η μεγιστοποίηση του “...βαθμού

ικανοποίησης των αναγκών τους...” αποτελούν, σύμφωνα με την UNESCO, τις απαραίτητες κατευθύνσεις δράσης προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής στις σύγχρονες κοινωνίες (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1993).

Επιπλέον, παράμετροι όπως η υγεία, η οικονομική ευημερία, η εκπαίδευση, η ελευθερία, η κοινωνική συμμετοχή, η προσωπική αυτοπραγμάτωση και η ικανοποίηση από τη ζωή συμβάλλουν ουσιαστικά στη αίσθηση της ποιότητας ζωής των ατόμων (Rahman et al, 2011; Andrè et al, 2004). Στις περιπτώσεις όπου οι σωματικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και υλικοί τομείς της ζωής αποτιμώνται με θετικό τρόπο, τότε τα επίπεδα ικανοποίησης των ατόμων από τη ζωή τους είναι υψηλά και, συνεπώς, και η ποιότητα ζωής τους (Hornquist, 1982).

Πίνακας 2.3 Διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής



Πηγή: Υφαντόπουλος Ι., Τα Οικονομικά της Υγείας (2003)

2.2.2 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Η υγεία είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που δεν περιλαμβάνει μόνο ιατρικές και κλινικές διαστάσεις, αλλά είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη φυσική κατάσταση του ατόμου, την ψυχολογική διάθεση την κοινωνική του ένταξη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1958), ορίζει την υγεία ως «την κατάσταση της πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία νόσου».

Το δεύτερο μισό του προηγούμενου αιώνα, ο ορισμός αυτός της υγείας αποτέλεσε το ερέθισμα για πολλούς επιστήμονες, όπως φιλόσοφους, θεολόγους, ψυχολόγους, οικονομολόγους, στατιστικούς αναλυτές, επιδημιολόγους, κ.α., να ασχοληθούν με τη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του όρου και ειδικότερα με την ποιότητα ζωής. Επίσης, η σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και του μέσου όρου ζωής των σημερινών ανθρώπων χάρη στις σύγχρονες ιατρικές ανακαλύψεις και στην εφαρμογή μεθόδων υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας κατέστησε αναγκαία τη διερεύνηση και του ερωτήματος της ποιοτικής διάστασης των επιπλέον αυτών χρόνων ζωής (Υφαντόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τους Gill και Feinstein (1994) η ποιότητα ζωής είναι «ο τρόπος, με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και στις άλλες, μη ιατρικές πλευρές της ζωής τους».

Η ιδιαίτερη σχέση που έχει η υγεία για τη διαμόρφωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής μας, αποδίδεται με τον όρο «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, ΣΥΠΖ» (Health Related Quality of Life, HRQoL), (Farquhar, 1995), ένας όρος που στην οδοντιατρική χρησιμοποιείται στην πιο εξειδικευμένη του μορφή: «Σχετιζόμενη με τη Στοματική Υγεία Ποιότητα Ζωής, ΣΣΥΠΖ» (Oral Health Related Quality of Life, OHRQoL), ή σε πιο ελεύθερη απόδοση στα ελληνικά, «Στοματική υγεία και Ποιότητα ζωής».

Η ΣΥΠΖ αποτελεί ένα ειδικό πεδίο έρευνας, στο οποίο περιλαμβάνονται οι πλευρές της ζωής των ατόμων που επηρεάζονται από την προσωπική υγεία και τις δραστηριότητες της υγειονομικής περίθαλψης που στοχεύουν στη διατήρηση ή βελτίωση της υγείας. Πρόκειται για μια δυναμική, πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα, που αφορά τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές όψεις της ευεξίας και της ζωής και περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία. Επιπρόσθετα, αποτελεί δυναμική έννοια αφού η εκτίμησή της μεταβάλλεται καθώς τροποποιείται το επίπεδο υγείας, οι σχέσεις, οι εμπειρίες και οι ρόλοι του ατόμου (Υφαντόπουλος, 2007).

Η έννοια, λοιπόν, της ποιότητας ζωής όπως αυτή συσχετίζεται με την υγεία του ατόμου είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων και θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω (Gift & Atchinson 1995; Inglehart & Bagramian 2002) :

✚ Την επιβίωση και την διάρκεια ζωής του ατόμου

- ✚ Την απουσία αναπηρίας ή ασθένειας και την ομαλή λειτουργία των συστημάτων.
- ✚ Την απουσία συμπτωμάτων που προκαλούν δυσανεξία όπως π.χ. ο πόνος.
- ✚ Την ομαλή και ολοκληρωμένη συναισθηματική λειτουργία των ατόμων
- ✚ Την πλήρη ανταπόκριση του ατόμου στους καθημερινούς κοινωνικούς του ρόλους.
- ✚ Την απουσία της οποιας κοινωνικής μειονεξίας που προέρχεται από προβλήματα υγείας.

Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει για να δοθεί ένας σαφής και συγκεκριμένος ορισμός της έννοιας αυτής. Οι πιο αναλυτικοί και ακριβείς μελετητές σχετικά με τον καθορισμό της έννοιας της υγείας και ποιότητας ζωής υπήρξαν ο Patrick & Erickson, οι οποίοι αναγνώρισαν τον πολυδιάστατο χαρακτήρα που θα έπρεπε να έχει ο όρος και προσπάθησαν να τον ορίσουν περιγραφικά. Πρότειναν μια λίστα με τομείς και επιμέρους χαρακτηριστικά που περιλαμβάνει ο καθένας, μέσα στους οποίους εντοπίζονται οι πιθανές επιπτώσεις της υγείας και της νόσου στην κοινωνική και προσωπική ζωή του ατόμου (Patrick & Erickson, 2003). (Πίνακας 1)

Μια παρόμοια προσέγγιση της πολυπαραγοντικής φύσης, της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής, είναι ο προσδιορισμός της ως η εκτιμώμενη από το άτομο επίδραση που έχουν στην προσωπική του ευεξία οι επώδυνες καταστάσεις, καθώς και οι λειτουργικές, ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβολές, που προέρχονται από την στοματική του κατάσταση (Inglehart & Bagramian 2002). (Πίνακας 2.4)

Ωστόσο τα τελευταία χρόνια, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής προσδιορίζεται μέσα από τις προσπάθειες ερευνητών να δημιουργήσουν συστήματα εκτίμησης και εργαλεία αξιολόγησης της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, των παραμέτρων δηλαδή που συνιστούν την υγεία (Υφαντόπουλος, 2001a).

2.2.3 Σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής

Η σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής είναι ένα σχετικά νέο πεδίο έρευνας που όμως αναπτύσσεται γρήγορα. Οι συνθήκες που το δημιούργησαν ανάγονται στη διεύρυνση της έννοιας της υγείας που έδωσε ο ΠΟΥ, στη μετάβαση από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στην υγεία (Engel, 1977) καθώς και στην αναγνώριση ότι η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας. (Gift, 1997; WHO, 2003)

Πίνακας 2.4 Οι βασικοί τομείς και τα χαρακτηριστικά που μπορεί να επηρεαστούν στην “Σχετιζόμενη με την Υγεία και Ποιότητα Ζωής”

ΤΟΜΕΙΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
Ευκαιρίες	Κοινωνική ή πολιτιστική μειονεξία, ατομική προσαρμοστικότητα
Προσωπική αντίληψη για την υγεία	Ικανοποίηση από την γενική κατάσταση της υγείας, γενικές αντιλήψεις για την υγεία
Λειτουργική κατάσταση/Κοινωνικός τομέας	Διάφοροι περιορισμοί στην κοινωνική ζωή του ατόμου
Λειτουργική κατάσταση/Ψυχολογικός τομέας	Συναισθηματική κατάσταση, γνωστική ικανότητα
Λειτουργική κατάσταση/Σωματικός τομέας	Περιορισμοί στην φυσική κατάσταση
Διάρκεια ζωής και θάνατος	Θνησιμότητα, επιβίωση, μακροζωία

Πηγή: Patrick & Erickson, 2003

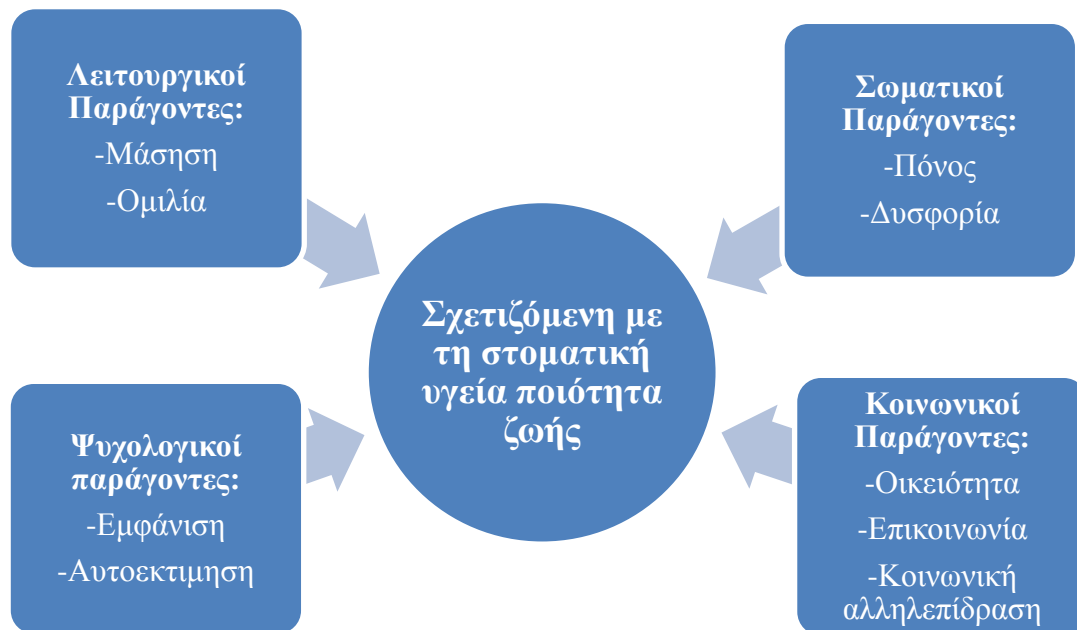
Όπως και στην περίπτωση του όρου HRQoL, ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει ένας ευρύτερα αποδεκτός ορισμός για τον όρο OHRQoL (Inglehart & Bagramian 2002). Σε ανάλογη λογική με εκείνη που ακολούθησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για τον ορισμό της υγείας, το Βρετανικό Υπουργείο Υγείας (1974) ορίζει ως “στοματική υγεία” την κατάσταση εκείνη της υγείας του στόματος η οποία επιτρέπει στα άτομα να διατρέφονται, να ομιλούν και να κοινωνικοποιούνται χωρίς ενεργό νόσο, δυσφορία ή αίσθημα ντροπής και η οποία συμβάλλει στη γενικότερη αίσθηση της ευημερίας. Ακολουθώντας την ίδια προσέγγιση, η OHRQoL αρχικά ορίστηκε ως “η επίπτωση των συνθηκών που σχετίζονται με τη στοματική κοιλότητα στις καθημερινές λειτουργίες” (Slade, 1997) και αργότερα, επαναπροσδιορίστηκε και επεκτάθηκε ως “τα συμπτώματα και οι λειτουργικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που προέρχονται από τα νοσήματα και τις διαταραχές του στόματος” (Locker et al, 2002) τα οποία το άτομο θεωρεί σημαντικά, και παρουσιάζονται με τέτοια συχνότητα, σοβαρότητα και διάρκεια ώστε να επηρεάσουν την εμπειρία και την αντίληψη της ζωής γενικότερα (Locker & Allen, 2007).

Η Οδοντιατρική, καθυστέρησε σε σχέση με την Ιατρική στο να ανταποκριθεί στο υποκείμενο σε θεωρητικές αλλαγές θεωρητικό πλαίσιο της υγείας και να ακολουθήσει το «ολιστικό κίνημα» και την υιοθέτηση της έννοιας της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής στην ιατρική (Coulter et al., 1994). Η άποψη ότι οι νόσοι του στόματος – αν και παρουσιάζουν μεγάλο επιπολασμό και παγκόσμια κατανομή – δεν είναι απειλητικές για τη ζωή, είναι συχνά ασυμπτωματικές, δεν οδηγούν σε ανικανότητα ή αναπηρία και δικαιολογούν λίγες εξαιρέσεις από τους κοινωνικούς ρόλους (Davis, 1976), οδήγησε στο να υποβαθμίζονται και να μην προσεγγίζονται οι οικονομικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις τους (Reisine, 1981; Sheiham, Croog, 1981). Επιπλέον, δεν είχε ληφθεί σοβαρά υπόψη ότι η στοματική υγεία επιδρά και επηρεάζεται από τη γενική υγεία και δεν αναφέρεται μόνο σε προβλήματα της οδοντοστοιχίας, καθώς μπορεί αναδειξει σοβαρότερα προβλήματα, όπως δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, υποσιτισμό, ακόμη και καρκίνο. Πρώτοι οι Cohen και Jago (1976), θεώρησαν ότι η μεγαλύτερη συμβολή της Οδοντιατρικής είναι η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και ότι οι κλινικοί δείκτες της στοματικής υγείας θα αναβαθμιστούν σημαντικά αν προστεθεί η διάσταση του κοινωνικού αντίκτυπου, δημιουργώντας έτσι κοινωνικο-οδοντικούς δείκτες (Reisine, 1985; Allen, 2003).

Στα χρόνια που ακολούθησαν, τα θεωρητικά μοντέλα για την υγεία και τη σχετιζόμενη με αυτήν ποιότητα ζωής αποτέλεσαν το υπόβαθρο για τη δημιουργία νέων θεωρητικών κατασκευών προσαρμοσμένων στη στοματική υγεία. (Gift & Atchinson, 1995; Locker 1988). Αυτές οδήγησαν στην εξέλιξη των σημερινών εξειδικευμένων εργαλείων που μετρούν τη σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής σε όλο της το πολυδιάστατο περιεχόμενο. Πλέον, παράλληλα με το ενδιαφέρον της οδοντιατρικής επιστήμης για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των νοσημάτων του στόματος, και κυρίως της τερηδόνας και των νοσημάτων του περιοδοντίου, δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην ΣΣΥΠΖ (Sischo & Broder, 2011).

Η OHRQoL αποτελεί μία έννοια πολυπαραγοντική. Αντανακλά την άνεση των ατόμων όταν τρώνε, κοιμούνται και πραγματοποιούν κοινωνικές επαφές, την αυτοεκτίμησή τους, και την ικανοποίησή τους σχετικά με τη υγεία του στόματος (United States Department of Health and Human Services, 2000) και είναι αποτέλεσμα της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των διαφόρων νοσημάτων και καταστάσεων της περιοχής του στόματος και του προσώπου από τη μία πλευρά, και των παραγόντων που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον (Locker D., Allen F., 2007), κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Sischo & Broder, 2011). Οι παράγοντες που περιλαμβάνονται συχνότερα στους ορισμούς της OHRQoL αφορούν σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και λειτουργικές παραμέτρους (Inglehart & Bagramian 2002) (Πίνακας 2.5).

Πίνακας 2.5 Οι βασικοί τομείς που καθορίζουν την αντίληψη που έχει κάθε άτομο για την OHRQoL



Πηγή: Inglehart & Bagramian (2002).

2.2.3.1 Εργαλεία μέτρησης της ΣΣΥΠΖ

Τα εργαλεία μέτρησης της ΣΣΥΠΖ θεωρούνται μια αξιόπιστη μέθοδος καθώς περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα των πτυχών της. Μέσω των ερωτηματολογίων δίνεται η δυνατότητα στον ερευνητή να επιλέξει και να καθορίσει το πλαίσιο για τη ΣΣΥΠΖ, με αποτέλεσμα την εξαγωγή ασφαλέστερων και περισσότερο εξειδικευμένων στατιστικών συμπερασμάτων, με την προϋπόθεση χρήσης διαφορετικών παραμέτρων για κάθε ερώτηση.

Η δυσκολία προσδιορισμού της ΣΣΥΠΖ σε ένα πλαίσιο παραγόντων οδήγησε στη δημιουργία πληθώρας ερωτηματολογίων, που μετρούν τα κλινικά προβλήματα των ατόμων, τα συμπτώματα που παρουσιάζονται, την άποψη αυτών για την προκαλούμενη λειτουργική ανικανότητα, καθώς και την προσωπική τους εκτίμηση και ικανοποίηση σχετικά με την κατάσταση της στοματικής τους υγείας.

Στο 1^ο Διεθνές Συνέδριο για την μέτρηση της στοματικής υγείας (First International Conference on Measuring Oral Health) που έγινε στο Chapel Hill, της Β. Καρολίνας των Η.Π.Α., τον Ιούνιο του 1996, παρουσιάστηκαν 10 από τα ερωτηματολόγια που σχετίζονται με την μέτρηση της συσχετιζόμενης με την στοματική υγεία ποιότητας ζωής (Slade et al., 1988). Τα ερωτηματολόγια αυτά αποτελούνται από 3 έως και 56 ερωτήσεις, που μπορούν να αφορούν σε ένα μεγάλο εύρος παραγόντων, από τον πόνο μέχρι την αισθητική και από την μάσηση έως τις κοινωνικές σχέσεις (Πίνακας 2.6).

Πίνακας 2.6 Κυριότερα χαρακτηριστικά των δέκα βασικότερων δεικτών μέτρησης της παραμέτρου Στοματική Υγεία και Ποιότητα Ζωής

ΔΕΙΚΤΗΣ	ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΜΕΤΡΩΝΤΑΙ	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΟΡΦΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
Sociodental scale	Μάσηση, ομιλία, χαμόγελο, γέλιο, πόνος, εμφάνιση	14	Υπάρχουν κάποιες τροφές που δυσκολεύεσαι να μασήσεις;	Ναι/όχι
Rand Dental Health Index	Πόνος, ανησυχία συνομιλία	3	Πόσο πολύ πόνο σου έχουν προξενήσει τα δόντια ή τα ούλα σου;	Κλίμακα 4 απαντήσεων από καθόλου έως πάρα πολύ
Dental Impact Profile	Μάσημα, ομιλία, κοινωνικές συναναστροφές, εμφάνιση, πόνος, ανησυχία, αυτοπεποίθηση	25	Αισθάνεσαι ότι τα δόντια σου έχουν θετική, ουδέτερη ή αρνητική επιδράσει στη ζωή σου;	Κλίμακα 3 απαντήσεων. Θετική, αρνητική, ουδέτερη
Oral Health Impact Profile OHIP	Λειτουργικότητα, πόνος, φυσική και ψυχολογική ανικανότητα, αναπηρία	49	Έχεις αντιμετωπίσει δυσκολίες στη μάσηση εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια ή το ούλα σου;	Κλίμακα 5 απαντήσεων από συχνά έως ποτέ
Oral Health Impact Profile OHIP-14 (short form)	Λειτουργικότητα, πόνος, φυσική και ψυχολογική ανικανότητα, αναπηρία	14	Έχεις αντιμετωπίσει δυσκολίες στη μάσηση εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια ή το ούλα σου;	Κλίμακα 5 απαντήσεων από συχνά έως ποτέ
Subjective Oral Health Status Indicators	Μάσημα, ομιλία, κοινωνικές συναναστροφές, επικοινωνία	42	Το τελευταίο χρόνο πόσο συχνά τα οδοντικά προβλήματα σου προκάλεσαν δυσκολία στον ύπνο;	Οι απαντήσεις που προσφέρονται για επιλογή, εξαρτώνται από την εκάστοτε ερώτηση
Oral Health Quality of Life Inventoty	Στοματική υγεία, διατροφή, αυτοαξιολόγηση της στοματικής υγείας συνολική ποιότητα ζωής	56	Ερωτήσεις 2 φάσεων Α. Πόσο σημαντικό είναι να μιλάς καθαρά Β. Πόσο ευχαριστημένος είσαι με την ικανότητα σου να μιλάς καθαρά;	Κλίμακα 4 απαντήσεων Α. Από καθόλου σημαντικό έως πολύ σημαντικό Β. Από δυσαρεστημένος έως ευχαριστημένος
Dental Impact on Daily Living	Μάσηση, άνεση, εμφάνιση, καθημερινές δραστηριότητες	36	Πόσο ικανοποιημένος είστε με τα δόντια τα τελευταία 3 χρόνια ;	Οι απαντήσεις που προσφέρονται για επιλογή, εξαρτώνται από την εκάστοτε ερώτηση
General Oral Health Assesment Index	Μάσηση, άνεση, εμφάνιση, καθημερινές συναναστροφές, πόνος, αυτοπεποίθηση	12	Πόσο συχνά περιορίζεις την ποσότητα του φαγητού που τρως εξαιτίας των προβλημάτων με τα δόντια;	Κλίμακα 6 απαντήσεων από πάντοτε τέως ποτέ
Oral Health Related Quality of Life	Συνομιλία, καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητες	3	Επηρεάζονται οι καθημερινές ασχολίες από προβλήματα στα δόντια και τα ούλα;	Κλίμακα 6 απαντήσεων από πάντοτε τέως ποτέ
Oral Impact on Daily Performances	Μάσηση ομιλία στοματική υγιεινή, ύπνος, εμφάνιση	9	Πόσο συχνά τους τελευταίους 6 μήνες είχες προβλήματα στην ομιλία λόγω των δοντιών ή των ούλων ;	Κλίμακα 4 απαντήσεων από ποτέ έως σχεδόν κάθε μέρα

Πηγή: Ρουμάνη, 2009

Οι βασικές ενότητες των ερωτηματολογίων περιγράφουν: τον περιορισμό λειτουργίας, το φυσικό πόνο, τα ψυχολογικά προβλήματα, τα κοινωνικά προβλήματα, τη φυσική αναπηρία και την απώλεια απόδοσης.

Άλλοι παράγοντες που αξιολογούνται στη συλλογή πληροφοριών για την ποιότητα ζωής είναι :1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Κοινωνικό, οικονομικό, πολιτιστικό υπόβαθρο 3. Προβλήματα γενικής υγείας 4. Ειδικά προβλήματα στοματικής υγείας 5. Χρήση φαρμάκων 6. Διατροφικές συνήθειες 7. Λαογραφικές πεποιθήσεις/αντιλήψεις 8. Επίσκεψη σε ιδιωτικό ή δημόσιο οδοντίατρο

Έρευνες έχουν δείξει ότι η ΣΣΥΠΖ συσχετίζεται άμεσα με τους δείκτες της τερηδόνας και με προβλήματα στη στοματική κοιλότητα αλλά και με τη γενική υγεία. Ωστόσο έμμεσα συσχετίζεται και με κοινωνικοδημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και με τις οδοντιατρικές παρεχόμενες υπηρεσίες. (χρήση, ασφαλιστική κάλυψη). Πιο συγκεκριμένα οι έρευνες αυτές έχουν δείξει ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ΣΣΥΠΖ είναι:

- ✚ Ηλικία (Hassel et al, 2006)
- ✚ Φύλο,(Caglayan et al , 2009)
- ✚ Εκπαίδευση (Caglayan et al, 2009)
- ✚ Διατροφικές συνήθειες (Caglayan et al, 2009)
- ✚ Εισόδημα (Johansson V et al 2010, Piovesan, 2010)
- ✚ Ψυχολογικοί και οικονομικοί παράγοντες (Johansson et al, 2010, Piovesan, 2010)
- ✚ Συχνότητα χρήσης οδοντιατρικών υπηρεσιών (Kumar et al, 2009)
- ✚ Ασφαλιστική κάλυψη, κοινωνική πρόνοια, (Sanders et al, 2006)
- ✚ Οδοντιατρική κάλυψη, (Clow K., Fisher et al, 1995)
- ✚ Αποτελεσματικότητα οδοντιατρικών υπηρεσιών (Clow K., Fisher et al, 1995)

Κεφάλαιο Τρίτο

Οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα

3.1 Υφιστάμενη Κατάσταση

Στην Ελλάδα δεν εφαρμόζεται συστηματική εθνική πολιτική για τη Στοματική Υγεία. Ως εκ τούτου, η παροχή των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας έχει αναπτυχθεί άναρχα και λειτουργεί ασυντόνιστα.

Η Υποεπιτροπή Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης της Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας το 2007 έχει -μεταξύ άλλων- διαπιστώσει τα παρακάτω:

- Η πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη, που αποτελεί το 90% της οδοντιατρικής φροντίδας, εξασφαλίζεται στη χώρα μας από τον ιδιωτικό κυρίως τομέα. Η πρόσβαση σε αυτόν είναι είτε αποκλειστικά ιδιωτική, είτε υποστηρίζεται εν μέρει από το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης.
- Ο δημόσιος τομέας καλύπτει -μέσω των Κέντρων Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας- την οδοντιατρική φροντίδα στις ηλικίες μέχρι 18 ετών και τις επείγουσες οδοντιατρικές παροχές σε ενήλικες. Επίσης, από τα νοσοκομεία καλύπτει ειδικές οδοντιατρικές παροχές, καθώς και τις εξειδικευμένες γναθοχειρουργικές.
- Ο τρόπος χορήγησης οδοντιατρικών παροχών από τους ασφαλιστικούς φορείς ποικίλλει. Οδοντιατρικές παροχές προσφέρονται, είτε από οδοντιατρεία που διαθέτουν οι ασφαλιστικοί φορείς, είτε από τους ιδιώτες οδοντιάτρους που συνεργάζονται με τον ασφαλιστικό οργανισμό. Η συνεργασία εξασφαλίζεται είτε με σύμβαση, οπότε συμφωνείται συγκεκριμένο τιμολόγιο οδοντιατρικών εργασιών, είτε χωρίς σύμβαση με ελεύθερη επιλογή ιατρού, οπότε ο ασφαλισμένος λαμβάνει οδοντιατρικές παροχές με τιμολόγιο ελεύθερης αγοράς και εισπράττει εκ των υστέρων κάποιο ποσό.
- Στην οδοντιατρική περίθαλψη που παρέχεται από το δημόσιο τομέα και την κοινωνική ασφάλιση (Ι.Κ.Α. και λοιπά ταμεία π.χ. τραπεζών, Δ.Ε.Κ.Ο., ελεύθερων επαγγελματιών, δημοσίων υπαλλήλων) υπάρχουν σημαντικές ανισότητες. Σημειώνεται ότι ενώ θεωρητικά όλος ο ελληνικός πληθυσμός δύναται να έχει οδοντιατρική περίθαλψη, μόνο το 75% του πληθυσμού καλύπτεται με θεσμοθετημένες παροχές από τους κανονισμούς παροχών των ασφαλιστικών φορέων.
- Κύρια προβλήματα της οδοντιατρικής περίθαλψης μέσω του ιδιωτικού τομέα, είναι η έλλειψη ρεαλιστικού και εγκεκριμένου κατώτατου κρατικού τιμολογίου οδοντιατρικών θεραπειών, τόσο

σε τοπικό, όσο και σε κεντρικό επίπεδο και η αδυναμία συμβάσεων με τα διάφορα ταμεία λόγω των εξαιρετικά χαμηλών προτεινόμενων αμοιβών.

3.2 Χαρακτηριστικά της Οδοντιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα

Η οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα σήμερα, παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Σημαντικές ανισότητες στην παρεχόμενη οδοντιατρική περίθαλψη, τόσο μεταξύ των ασφαλισμένων των διάφορων ασφαλιστικών φορέων, όσο και μεταξύ των ασφαλισμένων του ίδιου φορέα (διαφορές υπάρχουν ακόμη και μεταξύ κατοίκων αστικών κέντρων και περιφέρειας).
- Οι ασφαλιστικοί φορείς είναι ταυτόχρονα πάροχοι και αγοραστές υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης, καθεστώς που στα σύγχρονα δεδομένα χαρακτηρίζεται τουλάχιστον ως αναχρονιστικό. Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα της Ε.Ε. που οι ασφαλιστικοί οργανισμοί παράγουν υπηρεσίες υγείας και οι πολίτες δεν επιλέγουν το γιατρό τους, όπως γίνεται, με διάφορους τρόπους, στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε.
- Έλλειψη συστήματος αξιολόγησης των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών, τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα.
- Η αναλογία των οδοντιάτρων ως προς τον πληθυσμό είναι από τις μεγαλύτερες στην Ευρώπη. Στα 11.000.000 του ελληνικού πληθυσμού, υπάρχουν 14.500 οδοντίατροι περίπου. Η αναλογία αυτή 1/794 άτομα περίπου, είναι σύμφωνα με το Συμβούλιο Ευρωπαϊών Οδοντιάτρων η μεγαλύτερη στην Ευρώπη.
- Η συντριπτική πλειοψηφία (90%) των οδοντιάτρων ασκούν ιδιωτικό επάγγελμα, 1300 (11% περίπου) υπηρετούν στο δημόσιο σύστημα υγείας, με ποικιλία εργασιακών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από αδιαφάνεια των προσλήψεων.
- Πάνω από 50% εργάζονται στην Αττική
- Οι συμβάσεις ιδιωτών οδοντιάτρων με τους διάφορους ασφαλιστικούς φορείς είναι πολύ περιορισμένες και επί της ουσίας δεν υπάρχουν. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες δεν διαθέτουν οδοντιατρικά πακέτα.
- Στην Ελλάδα καταγράφεται ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά επισκέψεων στον οδοντίατρο ανάμεσα στα ευρωπαϊκά κράτη.
- Έλλειψη κεντρικού συντονισμού και ελέγχου της οδοντιατρικής φροντίδας και περίθαλψης στη χώρα μας και πρόβλημα καταγραφής και αξιολόγησης στοιχείων για την παραγωγή

οδοντιατρικών υπηρεσιών, τη χρησιμοποίηση και την κατανάλωσή καθώς και τα οικονομικά δεδομένα τους.

- Μεγάλος αριθμός ασφαλιστικών φορέων (39) πριν την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, με ποικίλη νομική υπόσταση με άνισες, πολυδιάστατες και διασκορπισμένες παροχές, ανάλογα με το φορέα. Εντούτοις μόνον το 75 % του ελληνικού πληθυσμού είχε κάποια, ανεπαρκή έστω, ασφαλιστική κάλυψη (Γεωργούση και συν, 1992).

Όσον αφορά τώρα στη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας και της αντίστοιχης κατανάλωσης των δαπανών, αυτή σχετίζεται με διάφορους παράγοντες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδιωτικών οδοντιατρείων είναι εγκατεστημένα στις αστικές περιοχές όπου παράλληλα υπάρχουν και τα μεγάλα νοσοκομεία, οι ιδιωτικές κλινικές, και τα διαγνωστικά κέντρα, ήτοι μονάδες που δρουν συμπληρωματικά στα ιδιωτικά οδοντιατρεία. Συγχρόνως, το βιοτικό επίπεδο και η ενημέρωση γύρω από τα ιατρικά θέματα των αστών, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση στη ζήτηση των υπηρεσιών αυτών, τόσο σε αριθμό, όσο και σε εξειδικευμένες παροχές. Η συσχέτιση της οικονομικής κατάστασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας στην ιδιωτική αγορά έχει αποδειχθεί από πλήθος ερευνών (Γεωργούση και συν, 1992, Zavras et al., 2004). Στις αγροτικές περιοχές η οδοντιατρική περίθαλψη είναι εντελώς διαφορετική. Τα χαμηλότερα εισοδήματα των ανθρώπων και η μη επαρκής ύπαρξη ιδιωτικών οδοντιατρείων, τους ωθούν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας όπου όμως και εκεί η ανεπαρκής χρηματοδότηση σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης, αδυνατούν να τους προσφέρουν την πλήρη κάλυψη των αναγκών τους.

Συνολικά, αποτέλεσμα όλων αυτών των παραγόντων είναι ο πληθυσμός να δυσκολεύεται να ικανοποιήσει τις οδοντιατρικές του ανάγκες, αλλά και να γίνεται άνιση κατανομή των διαθέσιμων πόρων για οδοντιατρική περίθαλψη.

3.3. Οικονομικά στοιχεία της οδοντιατρικής περίθαλψης

Όσον αφορά τώρα το κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης, στην χώρα μας από το 68% των ιδιωτικών δαπανών που αναλώνεται στον εξωνοσοκομειακό τομέα, η οδοντιατρική φροντίδα απορροφά το 31,1% του συνόλου της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών (€ 1.912εκατομμύρια) ή το 1,5% του ΑΕΠ την στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό για το 2004 στις χώρες του ΟΟΣΑ δεν υπερβαίνει το 0,5%, και ενώ, ακόμη και στις ΗΠΑ, όπου το σύστημα υγείας είναι έντονα ιδιωτικοποιημένο και 50 εκατομμύρια πολίτες είναι χωρίς ασφάλιση, το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει μόλις στο 0,7% του ΑΕΠ (Σίσκου και συν, 2008).

Πίνακας 3.1 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ (ΕΕΑ)

	ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ % ΑΕΠ	ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ %	ΟΔΟΝΤΙΑΤ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ		ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ % ΑΕΠ	ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ %	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ
			ΡΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ % ΑΕΠ	ΟΔΟΝΤΙΑΤ ΡΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ				ΚΗ ΔΑΠΑΝΗ % ΑΕΠ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙ ΚΗ ΔΑΠΑΝΗ
ΑΥΣΤΡΙΑ	10,10%	76,20%	0,93%	46%	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	5,90%	72,40%	0,19%	
ΒΕΛΓΙΟ	10,30%	72,30%	0,30%	40%	ΛΙΧΤΕΝΣΤΑΙΝ	9,20%	76,10%		
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	8%	57,60%	0,16%		ΛΟΥΞΕΜΒΟΥ ΡΓΟ	7,40%	90,90%	0,29%	
ΓΑΛΛΙΑ	11,10%	79,80%	0,60%	54%	ΜΑΛΤΑ	8,20%	76,10%	0,40%	22%
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	10,90%	76,90%	0,80%		ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ	8,30%	87,10%	0,60%	50%
ΔΑΝΙΑ	9,50%	84,10%	0,19%	80%	ΝΟΡΒΗΓΙΑ	8,90%	84%	0,41%	75%
ΕΛΒΕΤΙΑ	11,30%	60,30%	0,12%	99%	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	12,60%	82,40%	0,36%	74%
ΕΛΛΑΔΑ	9,10%	61,60%	1,10%	96%	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	4,90%	70%	0,08%	60%
ΕΣΘΟΝΙΑ	5%	73,70%	0,39%	66%	ΠΟΛΩΝΙΑ	6,20%	68,60%	0,20%	
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	7,50%	78%	0,33%	47%	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	10,20%	70,60%	0,36%	40%
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	10%	82,40%	0,60%		ΡΟΥΜΑΝΙΑ	5,10%	66,10%		
ΙΣΠΑΝΙΑ	8,40%	71,20%			ΣΛΟΒΑΚΙΑ	7,10%	74,40%	0,19%	
ΙΤΑΛΙΑ	9%	77,10%	1,40%	97%	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	8,20%	75,60%	0,14%	35%
ΚΡΟΑΤΙΑ	7,70%	81%			ΣΟΥΗΔΙΑ	9,10%	84,60%	0,68%	78%
ΚΥΠΡΟΣ	6%	45%	0,06%	97%	ΤΣΕΧΙΑ	6,80%	87,90%	0,36%	
ΛΕΤΟΝΙΑ	5,90%	68,60%	0,24%	70%	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	8,30%	77,80%	0,42%	62%

*Πηγή: Συμβούλιο Ευρωπαίων Οδοντιάτρων

Σύμφωνα με πιο πρόσφατα στοιχεία, η ιδιωτική δαπάνη για οδοντιατρική περίθαλψη αντιστοιχεί στο 33% της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, και στο 46% της εξωνοσοκομειακής δαπάνης, είναι 2^η υψηλότερη δαπάνη μετά τη νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο και η 14^η οικογενειακή δαπάνη με ποσό που αγγίζει το 2% προϋπολογισμού. Είναι σημαντικά υψηλότερη από την αντίστοιχη δαπάνη για τις υπηρεσίες ιατρών (Μαντωνανάκη και Κωλέτση-Κουνάρη, 2006). Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η δημόσια συμμετοχή στην οδοντιατρική περίθαλψη βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, αντιστοιχεί περίπου στο 1% της δαπάνης για την υγεία. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε για το έτος 1998 ότι η συνολική δημόσια δαπάνη ανήλθε στα 60,8 εκατομμύρια ενώ η αντίστοιχη ιδιωτική στο 1,3 δις ευρώ (Δόλγερας, Σουλιώτης 2002) και το 2000 οι συνολικές δαπάνες για οδοντιατρική περίθαλψη ανέρχονταν στο 1,1% του ΑΕΠ από τις οποίες το 95,7% ήταν ιδιωτικές (Μαντωνανάκη, Κωλέτση-Κουνάρη 2006). Επίσης είναι μεγαλύτερη από τη δαπάνη για μικροβιολογικές και διαγνωστικές εξετάσεις.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονισθεί ότι σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ του 2007 οι νόσοι στοματικής κοιλότητας αποτελούν την 4^η ακριβότερη θεραπεία.

Στον πίνακα 3.1 αναγράφονται τα στοιχεία της συνολικής και της ιδιωτικής δαπάνης για οδοντιατρική φροντίδα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

3.4 Φορείς παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης

Η Οδοντιατρική περίθαλψη στη χώρα μας εκτός από τους ιδιώτες παρέχεται και από τα Οδοντιατρικά τμήματα των κέντρων Υγείας που ασκούν πρωτοβάθμια φροντίδα, από τα Οδοντιατρικά τμήματα των νοσοκομείων που ασκούν δευτεροβάθμια κάλυψη, από τα Στοματικά και Γναθοπροσωπικά Χειρουργικά τμήματα των νοσοκομείων που ασκούν τριτοβάθμια αλλά και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας από το Οδοντιατρικό Δυναμικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά και από τις δύο Πανεπιστημιακές Οδοντιατρικές Σχολές της Χώρας, αυτή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και αυτή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

3.4.1 Προσδιοριστικά στοιχεία της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ

Η οδοντιατρική αποτελεί μια απόλυτα εφαρμοσμένη επιστήμη, η οποία στηρίζεται σε ένα ισχυρό ιατροβιολογικό επίπεδο γνώσεων. Σε εκπαιδευτικό επίπεδο, αυτή η φιλοσοφία μεταφράζεται στο ότι τόσο οι προπτυχιακές σπουδές, όσο και οι εξειδικευμένες μεταπτυχιακές, χρησιμοποιούν ως εργαλεία μάθησης τη θεωρητική διδασκαλία καθώς και την πρακτική άσκηση σε εργαστηριακό και κλινικό επίπεδο. Αυτό το τελευταίο υλοποιείται, παγκόσμια, μέσα από την πραγματοποίηση οδοντιατρικών πράξεων από τους ίδιους τους φοιτητές σε άτομα που έχουν

ανάγκη οδοντιατρικής περίθαλψης, διαδικασία που γίνεται υπό την επίβλεψη και ευθύνη του διδακτικού προσωπικού. Μέσα δε στο πλαίσιο ότι οι ικανότητες που θα πρέπει να διαθέτει ο απόφοιτος οδοντίατρος είναι εκείνες ενός γενικού οδοντίατρου, οι φοιτητές για την απόκτηση του πτυχίου τους υλοποιούν σχεδόν κάθε τύπο οδοντιατρικής πράξης, εκτός των πολύ εξειδικευμένων. Εξειδικευμένες οδοντιατρικές πράξεις, σε πανεπιστημιακό επίπεδο, πραγματοποιούνται από τα αντίστοιχα μεταπτυχιακά προγράμματα, που χρησιμοποιούν το ίδιο πρότυπο εκπαίδευσης με το προπτυχιακό.

Η Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, που είναι προσαρμοσμένη στις ευρωπαϊκές οδηγίες περί οδοντιατρικής εκπαίδευσης, λειτουργεί μέσα στο πλαίσιο που περιγράφηκε σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο. Κάθε απόφοιτος της έχει περίπου 750 ώρες κλινικής άσκησης. Αυτό αν εκφραστεί σε νούμερα, σημαίνει ότι κάθε έτος θεραπεύονται, με συνολική ή μερική αντιμετώπιση των οδοντιατρικών τους προβλημάτων, 3.500 χιλιάδες ασθενείς, ενήλικες και παιδιά. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο αριθμός των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση στη Σχολή είναι σημαντικά μεγαλύτερος εκείνου που δύναται να θεραπευθεί στις συγκεκριμένες συνθήκες λειτουργίας της.

Κάτω από το αυτό το πρίσμα γίνεται κατανοητό ότι η Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένας «δημόσιος» φορέας παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης που δεν βρίσκεται υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας αλλά εκείνου της Παιδείας και Δια Βίου Μάθησης. Αυτό δε αναφέρεται γιατί, σε πολλές χώρες, οι Οδοντιατρικές Σχολές είναι ενταγμένες στα εθνικά συστήματα υγείας τους, γι αυτό και χαρακτηρίζονται και ως οδοντιατρικά νοσοκομεία.

Στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών λειτουργούν 180 πλήρως εξοπλισμένες οδοντιατρικές μονάδες, που συνοδεύονται από ανάλογο διαγνωστικό εξοπλισμό (π.χ. ακτινολογικά μηχανήματα, αξονικός οδοντιατρικός τομογράφος). Στελεχώνεται από μέλη ΔΕΠ, ΕΔΙΠ, ΕΤΕΠ (107), εξειδικευμένο διοικητικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό και υποστηρίζεται από έναν αρκετά σημαντικό αριθμό συνεργατών. Έχει 690 ενεργούς προπτυχιακούς φοιτητές, 95 μεταπτυχιακούς και 76 υποψήφιους διδάκτορες.

Υπάρχουν χώροι αποστείρωσης των οδοντιατρικών εργαλείων, με τον ανάλογο, κατάλληλο εξοπλισμό τους, τεχνική υπηρεσία υποστήριξης όλων των ανωτέρω και υπηρεσία προμήθειας, φύλαξης και διανομής οδοντιατρικών υλικών (επιμελητεία).

Το σύστημα που ακολουθείται για την εξέταση και θεραπεία στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών, έχει ως ακολούθως. Στη Σχολή λειτουργεί Διαγνωστική Κλινική, στην οποία μπορεί να κλείσει ραντεβού για εξέταση οποιοσδήποτε έλληνας ή αλλοδαπός, ανεξάρτητα του ασφαλιστικού του φορέα. Μετά την εξέτάσή του, κρίνεται σε ένα αρχικό επίπεδο, αν ο ασθενής αυτός μπορεί να αντιμετωπιστεί, ανάλογα με τη βαρύτητα των προβλημάτων του, σε προπτυχιακό ή μεταπτυχιακό επίπεδο. Επίσης, ανάλογα με τον τύπο των οδοντιατρικών του προβλημάτων, οι ασθενείς κατευθύνονται στην Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης Ασθενών - όπου πραγματοποιούνται όλες οι πράξεις της καθημερινής γενικής οδοντιατρικής - ή σε εξειδικευμένες κλινικές, που λειτουργούν στη Σχολή (π.χ. Κλινική Παιδοδοντιατρικής, Ορθοδοντικής, Στοματολογίας, Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Γναθοχειρουργικής). Ακολούθως, κάθε ασθενής χρεώνεται από το εκπαιδευτικό προσωπικό σε έναν φοιτητή, ο οποίος αναλαμβάνει την λεπτομερή διάγνωση των οδοντιατρικών προβλημάτων του και την εκπόνηση του σχεδίου θεραπείας, στο οποίο θα πρέπει να συμφωνήσει ο ασθενής, προκειμένου να ξεκινήσει η όποια θεραπεία του.

Αυτό, αποτελεί το γενικό πρότυπο λειτουργίας της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, ως παρόχου υπηρεσιών οδοντιατρικής υγείας. Το κόστος των υπηρεσιών αυτών, επονομαζόμενο ως νοσήλιο, καλύπτεται αποκλειστικά από τον ασθενή ιδιωτικά - κι όχι μέσα από κάποιον δημόσιο ή ιδιωτικό ασφαλιστικό φορέα - πληρώνεται δε σε Ταμείο που λειτουργεί στο κτήριο της Σχολής. Θα πρέπει να επισημανθεί, ότι τα νοσήλια αυτά καθορίζονται ελεύθερα από την Οδοντιατρική Σχολή, με απόφαση της Γενικής της Συνέλευσης και επικύρωση από τη Σύγκλητο του Πανεπιστημίου Αθηνών. Σε κάθε δε περίπτωση είναι μικρότερα του ιδιωτικού τομέα και ίσα ή μεγαλύτερα των κατώτερων τιμών που καθορίζει το δημόσιο.

3.5 Οδοντιατρική φροντίδα στην Κύπρο

Μεγάλο μέρος των αναγκών οδοντιατρικής φροντίδας καλύπτεται κυρίως από ιδιώτες οδοντίατρους 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. (Αγγελίδου-Γαλάζη, 2012)

Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες στο δημόσιο τομέα παρέχονται από τα γενικά και περιφερειακά νοσοκομεία της Κύπρου, καθώς επίσης και από τα αστικά και αγροτικά Υγειονομικά Κέντρα, 2 ιδρύματα στη Λευκωσία και 4 κινητές οδοντιατρικές μονάδες και 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. Από τα στατιστικά στοιχεία παρατηρείται βαθμιαία αύξηση του αριθμού των επισκέψεων σε όλες τις επαρχίες (Ετήσια Έκθεση ΥΥ, 2010).

3.5.1 Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα και Πρόληψη

Στα πλαίσια της πρόληψης των νόσων του στόματος και της προαγωγής της στοματικής υγείας τα τελευταία χρόνια στην Κύπρο έχουν πραγματοποιηθεί οι παρακάτω ενέργειες:

- α) Επιδημιολογικές έρευνες. Αναφορικά με τη στοματική υγεία του παιδικού πληθυσμού διεξήχθη παγκύπρια επιδημιολογική έρευνα για ανίχνευση του δείκτη τερηδόνας (DMFT)
- 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, και του περιοδοντικού δείκτη (CPITN).
- γ) Προληπτική και θεραπευτική αγωγή σε μαθητές δημοτικού η οποία συνίσταται σε προληπτικές εξετάσεις τοπικές εφαρμογές φθορίου, προληπτικές εμφράξεις και καθαρισμούς.
- δ) Πρόγραμμα συνεργασίας μεταξύ οδοντιατρικών υπηρεσιών και Παγκύπριου Οδοντιατρικού Συλλόγου.

3.5.2 Οδοντιατρικές Κλινικές

Στις οδοντιατρικές κλινικές των νοσοκομείων προσφέρεται τριτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα που περιλαμβάνει κινητή προσθετική, μικρή χειρουργική στόματος, αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών περιοδοντολογίας και παιδοδοντίας.

Παράλληλα προσφέρεται και οδοντιατρική φροντίδα που περιλαμβάνει εξέταση, προληπτικές εμφράξεις, φθοριώσεις, καθαρισμούς, εμφράξεις, εξαγωγές και ενδοδοντικές θεραπείες.

Στόχος των υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης της Κύπρου είναι α) 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 και β) η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών μέσω:

- ❖ Συνεχούς εκπαίδευσης του προσωπικού
- ❖ Δημιουργίας πρωτοκόλλων που να καλύπτουν όλο το φάσμα των οδοντιατρικών παρεμβάσεων για τους ασθενείς με γενικά νοσήματα ώστε να τους παρέχεται στοιχειοθετημένη οδοντιατρική φροντίδα.

- ❖ Ενίσχυσης των εξειδικευμένων κλινικών (παιδοδοντίας, περιοδοντολογίας, ενδοδοντίας).
- ❖ Ενίσχυσης της συνεργασίας και τους υγιούς ανταγωνισμού μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

3.6 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

3.6.1 Η Έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες

Η ποιότητα, όπως προαναφέρθηκε, είναι μια έννοια πολυδιάστατη και σύνθετη, η οποία δεν έχει γίνει κατορθωτό μέχρι σήμερα να οριστεί επακριβώς, είναι όμως συνυφασμένη από αρχαιοτάτων χρόνων με την ανάγκη του ανθρώπου για πρόοδο και εξέλιξη σε όλους τους τομείς της ζωής του. Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε τη δεκαετία του 1950 στην Ιαπωνία η οποία οδηγήθηκε σε εκπληκτική ανασυγκρότηση της Βιομηχανίας εξ' αιτίας της επιλογής ποιοτικής παραγωγής με τη βοήθεια του Αμερικανού στατιστικού W. Edward Deming (Τούντας, 2003).

Σύμφωνα με τον Τούντα (2008) πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις, έχουν επιχειρήσει να δώσουν έναν ορισμό για την ποιότητα. Άλλοτε είναι συνοπτικός και σύντομος, όπως «ποιότητα είναι η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές» και άλλοτε πιο σύνθετος όπως της Αμερικανικής Ένωσης Ποιοτικού Ελέγχου, που ορίζει ως ποιότητα «το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητά της να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες» (Bicking and Gryna, 1979). Ο Edward Deming ορίζει ότι «η ποιότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη συνεχή βελτίωση ενός παραγωγικού συστήματος που βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση λειτουργίας» (Μηταλίδου 2010). Έναν άλλο ορισμό της ποιότητας δίνει το 1979, ο Philip Crosby, αμερικάνος σύμβουλος μάνατζμεντ, ορίζοντας την ποιότητα σύμφωνα με την αρχή των «μηδέν λαθών – κάνοντάς το σωστά από την πρώτη φορά» (Μηταλίδου 2010).

Τέλος ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO), ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό, κατά τον οποίο ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών πληροί συγκεκριμένες απαιτήσεις» (Kotler, 2006). Κοινό σημείο όμως, τα τελευταία χρόνια, των διαφορετικών προσεγγίσεων της ποιότητας είναι ο αποδέκτης (καταναλωτής ή χρήστης) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, οι ανάγκες, οι επιθυμίες και οι προσδοκίες του οποίου πρέπει να ικανοποιηθούν.

3.6.2. Η ποιότητα στο χώρο της υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας απευθύνονται στο κοινωνικό σύνολο, το οποίο επιζητά το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με το μικρότερο δυνατό κόστος. Ο χώρος της υγείας όμως, παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες οι οποίες καθιστούν την αντίληψη της ποιότητας διαφορετική. Το ίδιο ισχύει για τις μεθόδους που εφαρμόζονται για τη μέτρηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται το περιεχόμενο της ποιότητας στο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας και το πώς οι ιδιαιτερότητες του χώρου αυτού επηρεάζουν τον τρόπο αξιολόγησής της.

Η ποιότητα και η ανάγκη διασφάλισής της στο χώρο των υπηρεσιών υγείας ξεκινά από τον 5ο αιώνα π.Χ. με την Ιπποκράτεια φράση «ωφελείν μη βλάπτειν». Κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου (1850), η Florence Nightingale κατέγραψε τη θνησιμότητα των τραυματιών και επιχείρησε, με τη βοήθεια των στοιχείων αυτών, να αποτιμήσει και να αξιολογήσει τις παρεχόμενες στους τραυματίες υγειονομικές φροντίδες. Το 1908 ο Groves, μετά από πολλές μελέτες και συλλογή στοιχείων από πενήντα νοσοκομεία της Μ. Βρετανίας προσδιόρισε την ανάγκη ενός συστήματος ταξινόμησης των ασθενειών και των χειρουργικών επεμβάσεων, ώστε να γίνονται διαχρονικές συγκρίσεις τόσο σε επίπεδο θνησιμότητας, όσο και ανικανότητας. Το 1915 ο Godman εξέταζε τον ασθενή που είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση μετά από ένα χρόνο για να διαπιστωθεί αν η διάγνωση που του είχε γίνει ήταν σωστή, αν η εγχείρηση είχε επιτυχία, αν ο ασθενής ωφελήθηκε από αυτήν και ακόμα αν παρουσιάστηκαν μετεγχειρητικά προβλήματα που οφείλονταν στην εγχείρηση. Στις επόμενες δεκαετίες η ανακάλυψη των εμβολίων, των νέων θεραπειών και επεμβάσεων οδήγησαν σε βελτίωση των δεικτών υγείας αλλά και σε ένα εφησυχασμό, που ατόνησε τη σημασία της ποιότητας στο χώρο της υγείας.

Έκτοτε επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός της ποιότητας στον ευαίσθητο χώρο της υγείας, με πρωτοπόρο τον Donabedian (1980) που υποστήριξε ότι ποιότητα σε χώρο της υγείας είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης. Ο Thompson (1980) υποστήριξε ότι είναι το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του ασθενή, αλλά και της οικογένειάς του, κατά τρόπο που ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα, όσο και το κόστος των υπηρεσιών. Ο Nelson (1996), προσδιόρισε την ποιότητα ως το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση. Ο Παγκόσμιος

Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα στην υγεία ως τη φροντίδα η οποία παρέχει την καλύτερη έκβαση, μεγιστοποιεί τα οφέλη, ελαχιστοποιεί τους κινδύνους για τον ασθενή και καταδεικνύει την επαγγελματική αριστεία από όλους όσους μετέχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας, και παράλληλα επιτυγχάνει την αποδοτικότητα και τη σωστή διανομή των πόρων, το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης ασθενών και της καλής κατάστασής τους καθώς και την καλύτερη εφικτή επιρροή στο τελικό αποτέλεσμα υγείας.

Ο στόχος 31 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο «Υγεία για όλους μέχρι το 2000» απαιτούσε από όλα τα μέλη του να εφαρμόσουν αποδοτικούς μηχανισμούς, που να εξασφαλίζουν την ποιότητα στην φροντίδα των ασθενών μέσα στα συστήματα υγείας. Υπάρχουν τρεις διαστάσεις που αναγνωρίζονται στο σημείο αυτό α) το όφελος υγείας που προσδιορίζεται από την προσθήκη χρόνων στη ζωή και ζωής στα χρόνια, β) η επικέντρωση στον άνθρωπο, που θα πρέπει να εμφορεί ως ιδέα τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γ) η αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων.

Σύμφωνα με τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, και τέλος, με τον έλεγχο του κόστους (Τούντας, 2008). Ουσιαστικά, το κλειδί στην αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας, είναι ένα μείγμα αποτελεσμάτων αξιολογήσεων, επικεντρωμένων στο κλινικό κομμάτι και στον ασθενή (Crow et al, 2002).

3.6.3 Μέτρηση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Για την μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται εστιάζονται σε διαφορετικές διαστάσεις των προσφερόμενων υπηρεσιών. Υπάρχουν οι μετρήσεις βάσης, που είναι οι μελέτες ικανοποίησης ασθενών και εργαζομένων, οι μετρήσεις ρουτίνας που είναι τα παράπονα των ασθενών, οι μετρήσεις της ποιότητας των επαγγελματικών πράξεων, οι μετρήσεις ορθολογικής χρήσης των πόρων και το κόστος της ποιότητας. Τέλος στις μεθόδους μέτρησης συνεπικουρούν και τα εξειδικευμένα δεδομένα όπως συχνότητα λαθών, χρόνος διεκπεραίωσης εργαστηριακών εξετάσεων κ.ά. Οι κλασσικοί δείκτες αποτελέσματος – έκβασης των υπηρεσιών είναι ο θάνατος, η αρρώστια, η ανικανότητα και η δυσαρέσκεια. Οι δείκτες όμως αυτοί έχουν αρνητικό χαρακτήρα και αντί αυτών χρησιμοποιούνται τα ποσοστά επιβίωσης, οι δείκτες ψυχολογικής και φυσικής κατάστασης της υγείας και η ικανοποίηση (Locher, 1988).

Η χρήση των παραπόνων και της κατηγοριοποίησης και επεξεργασίας τους αποτελούν βασικό δείκτη ποιότητας για τα νοσοκομεία (Vander Veen & Ritz, 1996) σε συνδυασμό με την μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών.

Συμπερασματικά, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν αποτελεί απλά συγκριτικό πλεονέκτημα των οργανισμών αλλά αναγκαιότητα, που επιβάλλεται από τον κοινωνικό χαρακτήρα του αγαθού υγεία. Παρά το γεγονός ότι το περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας είναι δυναμικό και υπόκειται σε ευαίσθητη εξάρτηση από τις συνθήκες, υπάρχουν μέθοδοι που μπορούν να προσδιορίσουν το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και τα οδηγία σημεία βελτίωσης. Μια από τις πλέον χρησιμοποιούμενες μεθόδους είναι η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3.6.4 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη τόσο της μέτρησης και της πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ενός οργανισμού, όσο και της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας. Η διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν, έχει συχνά αποτελέσει ερευνητικό στόχο πολλών επιστημονικών ειδικοτήτων, όπως της Ψυχολογίας, της Νοσηλευτικής, της Κοινωνιολογίας, των Ανθρώπινων Πόρων και του σύγχρονου Management, στο διεθνή χώρο εδώ και δεκαετίες. Παρ' όλα αυτά, εξακολουθεί να υπάρχει μικρή συναίνεση σχετικά με τον ορισμό της (Bond & Thomas, 1992).

Οι πρώτες προσπάθειες αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, ξεκίνησαν το 1956, στην Αμερική από το χώρο της Νοσηλευτικής (Abdellah & Levine, 1957). Σήμερα η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους και εγκυρότερους δείκτες αξιολόγησης και καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. (Johansson et al, 2002; Laschinger et al, 2005).

Η ικανοποίηση για τον ασθενή, είναι η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του. Άλλωστε ας μην ξεχνάμε ότι οι ασθενείς πλέον επιζητούν περισσότερη πληροφόρηση, περισσότερη συμμετοχή και περισσότερη δυνατότητα επιλογής. Ο ασθενής του μέλλοντος μετακινείται από τον παθητικό και εξαρτώμενο στον ενεργητικό και

αυτόνομο συμμετέχοντα, που θα είναι συμπαραγωγός στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας (Campen et al, 1995).

Η ικανοποίηση είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας, σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό της (Donabedian, 1980). Ο Risser (1975), αναφέρει πως ικανοποίηση για τον ασθενή είναι η σύγκλιση (congruency) μεταξύ της προσδοκίας του, για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής του, για το επίπεδο φροντίδας που πραγματικά λαμβάνει. Οι Tavana et al (2003), θεωρούν πως είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και των προσδοκιών των πελατών, γι' αυτό και η διαφορά του βαθμού ικανοποίησης και των προσδοκιών, είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος μέτρησης.

Οι Abdellah & Levine, τη δεκαετία του '50 αναγνώριζαν την ικανοποίηση με βάση τις αντιλαμβανόμενες από τους ασθενείς παραλείψεις στη φροντίδα υγείας.

Ο Donabedian το 1980 συνέδεσε την ικανοποίηση με την ποιότητα και πρότεινε την ανάγκη μέτρησης της «μεγιστοποίησης της ικανοποίησης του ασθενή από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που προκύπτουν από μία διαδικασία περίθαλψης»

Το 1983, ο Pascoe ορίζει την ικανοποίηση ως μια αντίδραση των ασθενών, εσωτερική, μοναδική και εκδηλούμενη με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά τους.

Σύμφωνα με τους Ware et al (1983), η αξιολόγηση της ικανοποίησης επηρεάζεται από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και συγκεκριμένα από την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητά τους. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες μέτρησης είναι το περιβάλλον, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η ύπαρξη κατάλληλου εξοπλισμού, κλπ.

Οι Aharony & Strasser (1993), υποστηρίζουν ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι περισσότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν τις ίδιες υπηρεσίες, και να διατηρήσουν τη σχέση με έναν συγκεκριμένο επαγγελματία υγείας. Άλλες έρευνες αναδεικνύουν ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι περισσότερο πειθαρχημένοι με τη θεραπευτική τους αγωγή, συμμετέχουν σε αυτή και συνεργάζονται με το γιατρό τους καλύτερα, δίνοντας τις κατάλληλες πληροφορίες.

Συμπερασματικά, ως ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να οριστεί, η προσωπική του εκτίμηση, όχι μόνο για τις παρεχόμενες σε αυτόν υπηρεσίες υγείας, αλλά και για τους προμηθευτές των υπηρεσιών αυτών, καθώς και για τον τρόπο παροχής τους. Είναι λοιπόν απαραίτητο οι προμηθευτές, κατά τον προσδιορισμό του τρόπου παροχής υπηρεσιών, να γνωρίζουν τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες του ασθενή. Αυτή η πληροφορία, βοηθά τους οργανισμούς προσφοράς υπηρεσιών, όχι μόνο να προσαρμόσουν, αλλά και να αναδιοργανώσουν τις υπηρεσίες τους, με τρόπο που να ικανοποιούν τις προσδοκίες του ασθενή (Sanngriry, 2005).

Επομένως η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών, αναδεικνύεται σε όλο και πιο σημαντικό κριτήριο για τον τομέα της υγείας, με στόχους την αξιολόγηση των προγραμμάτων και συστημάτων υγείας, την ανάδειξη των τομέων φροντίδας που χρήζουν βελτίωσης, καθώς και στον εντοπισμό εκείνων που είναι πιθανόν να μην θελήσουν να κάνουν χρήση στο μέλλον των υπηρεσιών του οργανισμού. (Jackson et al, 2001; Κουμανδράκη και συν, 2004)

Σε μία ακριβή μέτρηση ικανοποίησης θα πρέπει να εξετάζονται

1. Η πρόσβαση στην περίθαλψη (π.χ απόσταση της εγκατάστασης από τον ασθενή, χρόνος αναμονής)
2. Το φυσικό περιβάλλον (π.χ καθαριότητα χώρου υποδοχής και ιατρείου, ύπαρξη θορύβου, εξοπλισμός)
3. Η μέριμνα για τον άνθρωπο, τη θεραπεία, το αποτέλεσμα (Donabedian, 1988; Davis & Hobbs, 1989)

Οι προσδιοριστικοί αυτοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών συμπληρώθηκαν από μεταγενέστερες μελέτες οι οποίες εντόπισαν και την αξία των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών, όπως η ηλικία το φύλο, ή το μορφωτικό επίπεδο (Βατάρογλου, 2010) καθώς και από τις προσδοκίες των ιδίων των ασθενών από την υπηρεσία, την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Γ.Ε.Ν, 2010) και την σχέση ασθενή ιατρού (Λιακοπούλου, 2008).

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών παρ' όλο που διεθνώς έχει καθιερωθεί ως πάγια τακτική (Andaleeb et al, 2007), απουσιάζει προς το παρόν από την καθημερινή πρακτική των ελληνικών οργανισμών που ασχολούνται με τον τομέα της υγείας. (Τσιριντάνη και συν, 2010). Οι Sitzia & Wood (1997), υποστηρίζουν πως η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να γίνεται μεμονωμένα, αλλά να είναι μια επαναλαμβανόμενη διαδικασία σε τακτά χρονικά διαστήματα, μέσα στο πλαίσιο της αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

3.6.4.1 Οφέλη της μέτρησης της ικανοποίησης

Η ικανοποίηση του ασθενή προσδιορίζεται ως μεταβλητή που επηρεάζει τη συμπεριφορά και συνεργασία με τον ιατρό, την αποδοχή της θεραπείας, την αξιοπιστία της υπηρεσίας, βοηθά στον εντοπισμό των προβλημάτων και στηρίζει το ηθικό των εργαζομένων στην υγειονομική μονάδα. Επίσης συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών, στην καλύτερη διαχείριση των δαπανών της

υγείας και κυρίως αποτελεί έγκυρο δείκτη της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010).

Αναλυτικότερα: Οι ικανοποιημένοι ασθενείς ανταποκρίνονται θετικά στις υποδείξεις των ιατρών και συνεργάζονται μαζί τους κατά τη διαδικασία της περίθαλψης, με αποτέλεσμα τη γρήγορη ανάρρωση και σμίκρυνση του χρόνου νοσηλείας. Το ίδιο αποτέλεσμα μπορεί να έχει και αυτή καθ' εαυτή η ικανοποίηση η οποία ως ψυχολογικός παράγων δύναται σύμφωνα με μερικούς ερευνητές να φθάσει μέχρι και την αυτοθεραπεία (Λιακοπούλου, 2008). Οι ασθενείς αποκτούν ένα αίσθημα εμπιστοσύνης προς τους θεράποντες και την διαδικασία που ακολουθείται, καθώς και την αίσθηση ότι ελέγχουν την κατάσταση και άρα υπάρχει δυνατότητα καλύτερης εξέλιξης της νόσου. Ακόμα δε και μόνον η αναζήτηση της γνώμης του ασθενή μπορεί να δημιουργήσει τα ίδια συναισθήματα (Λιακοπούλου, 2008).

Από την πλευρά πάλι των εργαζομένων αυξάνει την υπευθυνότητα και αποδοτικότητα τους προκειμένου να ικανοποιήσουν τον ασθενή, προσφέρει στους διοικούντες τη δυνατότητα να ανταμείβουν τους εργαζόμενους με αντικειμενικά κριτήρια, προσφέρει μια εναλλακτική λύση στην αντίληψη περί αποδοτικότητας στην εργασία και τέλος κατευθύνει το προσωπικό να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του ενώ παράλληλα διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας στα οποία στηρίζονται οι διοικήσεις και τους δίνει την δυνατότητα να αξιολογήσουν τις δικές τους αποφάσεις και τον τρόπο επίλυσης των όποιων προβλημάτων (Παπανικολάου 1994).

Απόρροια όλων αυτών είναι τα οφέλη που προκύπτουν στο υγειονομικό σύστημα από υγειονομικούς παράγοντες όπως είναι π.χ η έγκαιρη διάγνωση και η μείωση του πόνου και των επιπλοκών που παρατείνουν την περίθαλψη και αυξάνουν το κόστος (Λιακοπούλου, 2008).

Συγχρόνως, η μέτρηση της ικανοποίησης αναδεικνύει παραμέτρους της προσφερόμενης ποιότητας της περίθαλψης που μπορούν να αξιοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, εντοπίζοντας προβλήματα του συστήματος από μία άλλη οπτική εκτός της οπτικής του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.

Συνοψίζοντας τα ανωτέρω, μπορούμε να αναγνωρίσουμε ότι η ικανοποίηση των ασθενών χρησιμεύει στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, στην αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων, στην λήψη διοικητικών αποφάσεων, στην αξιολόγηση της επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της περίθαλψης, στη διοίκηση του προσωπικού, στην

προσέλκυση ασθενών – πελατών (marketing), και τέλος στη διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας (Αποστόλα και συν 2008).

Συμπερασματικά, η ικανοποίηση των ασθενών αποδίδει θετικά οφέλη τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στην υγειονομική μονάδα και κατ' επέκταση στην δημόσια υγεία και την οικονομία του κράτους.

3.7.5 Ικανοποίηση οδοντιατρικών ασθενών

Στις προηγμένες κοινωνίες της εποχής μας, βασικός άξονας της άσκησης της οδοντιατρικής φροντίδας, είναι η ολιστική προσέγγιση της υγείας, ώστε εκτός των άλλων, να λαμβάνονται υπόψη τα ψυχολογικά δεδομένα και το κοινωνικό υπόβαθρο του ατόμου που δέχεται την οδοντιατρική περίθαλψη.

Η προσέγγιση αυτή συμβαδίζει με την επιταγή περί «ευεξίας» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και μας κατευθύνει άμεσα στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που τους παρέχονται. Ψυχολογικοί αλλά και κοινωνιολογικοί παράγοντες υπεισέρχονται εκ μέρους των στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών και απαιτούν από τους οδοντιάτρους την ικανότητα να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αναγνωρίσουν και να εκτιμήσουν τη βέλτιστη φροντίδα, να συνεργαστούν για τη θεραπεία τους και να αποκτήσουν θετική συμπεριφορά υγείας (Κωλέτση-Κουνάρη & Αυγέρης, 2008).

Οι εμπειρίες των ατόμων από την οδοντιατρική περίθαλψη είναι επίσης σημαντικές για τους κλινικούς γιατρούς καθώς συχνά αναθεωρούνται οι υφιστάμενες προδιαγραφές της στοματικής υγείας σε σχέση με την ποιότητα ζωής. Άλλωστε, βλέπουμε γενικότερα μια στροφή προς ανάπτυξη ερευνητικών εργαλείων με έρεισμα τις ατομικές εμπειρίες των ασθενών και τον ορισμό επιστημονικών εννοιών (Exley 2009). Οι μελέτες αυτές με επίκεντρο τις αντιλήψεις των ασθενών στα διάφορα χαρακτηριστικά της ποιότητας των υπηρεσιών και το ρόλο που έχουν οι κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές, μπορούν να ανατροφοδοτήσουν το βασικό άξονα της άσκησης της οδοντιατρικής φροντίδας και να καθορίσουν την έννοια της ικανοποίησης στους ασθενείς (Newsome, Wright 1999).

Σημαντική συμβολή στην ανίχνευση και μέτρηση της ικανοποίησης και της τεκμηριωμένης άσκησης της οδοντιατρικής, έχουν οι επιστήμες συμπεριφοράς, όπως η ψυχολογία και η κοινωνιολογία. Οι επιστήμες αυτές αποτελούν γέφυρα μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας για την κατανόηση και αξιολόγηση, μεταξύ άλλων, της οργάνωσης και χρησιμοποίησης των

υπηρεσιών υγείας και της σχέσης της οικονομίας με την υγεία και τις υπηρεσίες υγείας (Dowrick, 2001). Παραδείγματος χάριν, μελέτες που επιβεβαιώνουν ότι άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, ακόμη και στις προηγμένες χώρες, παρουσιάζουν μεγαλύτερο επιπολασμό τερηδόνας και περιοδοντίτιδας, μεγαλύτερη απώλεια δοντιών και μεγαλύτερες ανάγκες ορθοδοντικής θεραπείας ενώ αντιθέτως δεν πηγαίνουν συχνά στον οδοντίατρο και δεν λαμβάνουν προληπτικά μέτρα (Watt & Sheiham 1999; Locker, 2000; Kallestal & Wall 2002).

3.7.5.1 Παράγοντες ικανοποίησης στην οδοντιατρική φροντίδα

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει μία μεγάλη ποικιλία παραγόντων που σχετίζονται είτε θετικά, είτε αρνητικά, με την ικανοποίηση των οδοντιατρικών ασθενών από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες οι οποίοι άλλοτε μεν αλληλοσυμπληρώνονται και άλλοτε αλληλοαναιρούνται. Οι παράγοντες αυτοί ανεξαρτήτως σειράς είναι:

- ✚ Η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών (Alvesalo et al, 1984)
- ✚ Η ύπαρξη οδοντιατρικού άγχους (Liddel, 1992; Locker et al, 1996)
- ✚ Οι προσδοκίες του ατόμου από την εικόνα του οδοντίατρο (Clow et al, 1995)
- ✚ Οι προσδοκίες του ατόμου από την αναμονή (Clow et al, 1995; Chu et al, 2001)
- ✚ Προηγηθείσες εμπειρίες (Locker 1992; Clow et al, 1995; Lahti et al, 1996; Freeman, 1998)
- ✚ Οι προσωπικές προτιμήσεις (Picker, 2002)
- ✚ Η παρεχόμενη φροντίδα (Picker, 2002)
- ✚ Το πλαίσιο συστήματος παροχής υπηρεσιών (Mascarenhas, 2001)
- ✚ Η ικανότητα του οδοντίατρο (Williams et al, 1991)
- ✚ Η σχέση ανάμεσα στον οδοντίατρο και τον ασθενή (Williams et al, 1991; Gürdal et al, 2000; Okullo et al, 2004)
- ✚ Η δυσαρέσκεια του ασθενούς (Blum, 1960)
- ✚ Η φροντίδα και προσοχή εκ μέρους του οδοντίατρο (Holt and McHugh, 1997)
- ✚ Η ευαισθητοποίηση του γιατρού όσον αφορά τον πόνο του ασθενούς (Chakraborty et al, 1993; Holt and McHugh, 1997; Δημητριάδης και συν, 2008)
- ✚ Η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης (Goethart et al, 1996)
- ✚ Η ευαισθησία στην αντιμετώπιση μικρών ασθενών (Barnes, 1985)
- ✚ Η ποιότητα και η ύπαρξη κατάλληλου εξοπλισμού (Δημητριάδης και συν, 2008; Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)

- ✚ Η πληροφόρηση σχετικά με το είδος και το σχέδιο θεραπείας (Δημητριάδης και συν, 2008)
- ✚ Ο χρόνος που δαπανάται για τη θεραπεία (Holt and McHugh, 1997)
- ✚ Το κόστος θεραπείας (Alvesalo et al, 1984; Barnes 1985; Chu et al, 2001; Δημητριάδης και συν, 2008; Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Το περιβάλλον (Zeithaml et al, 1990; Λιονής 2011)
- ✚ Η καθαριότητα και η αποστείρωση των χώρων (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Η ύπαρξη βοηθητικού προσωπικού (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Η ευγένεια (Zeithaml et al, 1990)
- ✚ Η τοποθεσία του οδοντιατρείου και η προσβασιμότητα (Unell et al, 1996, Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Ο προγραμματισμός των ραντεβού και η τήρησή τους (Djemaa et al., 2011; Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Η προσθήκη πόρων σε ένα οδοντιατρείο (ανθρώπινων, υλικών) (Djemaa et al., 2011)
- ✚ Η συμπεριφορά των ατόμων ως προς τη στοματική τους υγιεινή (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Η συμμόρφωση των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής τους (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Η κάλυψη από τον ασφαλιστικό φορέα (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Το αποτέλεσμα μετά την ολοκλήρωση της οδοντιατρικής θεραπείας (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Κοινωνικά, οικονομικά, δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά
 - Ηλικία (Lathi et al, 1996; Stege et al, 1996; Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
 - Φύλο (Copalkrishna and Mummalameni, 1993; Ραφτόπουλος, 2002; Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
 - Επίπεδο εκπαίδευσης (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
 - Επαγγελματική κατάσταση (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
 - Οικονομική κατάσταση (Golletz et al 1995; Curbow, 1986; Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)

Κεφάλαιο Τέταρτο

Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός – Στόχοι

Βασικός σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι α) η μέτρηση της ικανοποίησης των οδοντιατρικών ασθενών από τις υπηρεσίες στοματικής υγείας που τους παρέχονται στην Οδοντιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ, η διερεύνηση και ο προσδιορισμός των παραγόντων εκείνων που την επηρεάζουν, την καθορίζουν και τη διαμορφώνουν καθώς και ο εντοπισμός προβλημάτων τα οποία δρουν ανασταλτικά στην παροχή των υπηρεσιών αυτών, και β) η αποτίμηση της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών και η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών που την προσδιορίζουν.

Απώτερος στόχος της, είναι η διατύπωση προτάσεων, που θα στηρίζονται στα ευρήματα της έρευνας ώστε να αναβαθμιστούν οι υπηρεσίες αυτές, μέσα στα πλαίσια της εκπαίδευσης προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών. Θα αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τη διοίκηση της Σχολής, στην προσπάθειά της για διαρκή βελτίωση των υπηρεσιών της, ώστε να εξορθολογιστούν οι αποκλίσεις από τις προσδοκίες τόσο των ασθενών, όσο και της ίδιας της διοίκησης.

4.2 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που διαμορφώνονται και επιχειρείται να προσεγγιστούν στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διατριβής είναι:

- ✚ Ποια είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών-χρηστών της Οδοντιατρικής Σχολής;
- ✚ Ποιο είναι το επίπεδο της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών της Οδοντιατρικής Σχολής και πως αυτή συσχετίζεται με δημογραφικές και λοιπές ανεξάρτητες μεταβλητές;
- ✚ Επηρεάζει ή όχι, η οικονομική κρίση την επιλογή της Οδοντιατρικής Σχολής ως κύριου φορέα παροχής υπηρεσιών στοματικής υγείας;
- ✚ Ποιος είναι ο βαθμός και ποιοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και ποιος ο συσχετισμός της με ανεξάρτητες μεταβλητές;

- ✚ Υπάρχει ή όχι στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των προσδοκιών τους και των πραγματικά προσφερομένων σε αυτούς υπηρεσίες;
- ✚ Υπάρχει ή όχι στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών που αντιμετωπίζονται στις προπτυχιακές κλινικές της Σχολής και αυτών που αντιμετωπίζονται στις μεταπτυχιακές κλινικές της;

4.3 Μεθοδολογία και Σχεδιασμός

Η έρευνα σχεδιάστηκε για να περιγράψει τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την ικανοποίηση και να εξετάσει τις πιθανές συσχετίσεις της με ανεξάρτητες μεταβλητές όπως δημογραφικές, αυτοαξιολόγηση στοματικής υγείας, άγχος, ποιότητα ζωής. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσα από έγκυρα ερωτηματολόγια. Η μέθοδος έρευνας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η περιγραφική προσέγγιση και πιο συγκεκριμένα επιλέχθηκε η ποσοτική. Ο όρος ποσοτική μέθοδος, παραπέμπει σε μια συστηματική εμπειρική έρευνα των κοινωνικών φαινομένων με τη βοήθεια της στατιστικής, των μαθηματικών και της χρήσης υπολογιστών. (Given and Lisa, 2008). Αντικείμενο της ποσοτικής μεθόδου είναι η ανάπτυξη μαθηματικών μοντέλων, θεωριών και υποθέσεων που αφορούν τα φαινόμενα, απεικονίζοντας την εμπειρική παρατήρηση με μαθηματική έκφραση.

Η ερευνητική αυτή μέθοδος, παρουσιάζει τα παρακάτω πλεονεκτήματα για αυτό και επιλέχθηκε:

- ✚ Είναι μια απλή προσέγγιση για τη μελέτη στάσεων, απόψεων, πεποιθήσεων και κινήτρων
- ✚ Είναι εύκολα προσαρμόσιμη και εφαρμόσιμη σε πολλά ερευνητικά ερωτήματα
- ✚ Δίνει τη δυνατότητα ανάλυσης μεγάλων συνόλων τυποποιημένων δεδομένων
- ✚ Είναι εξαιρετικά αποτελεσματική για την παραγωγή μεγάλων συνόλων δεδομένων με σχετικά χαμηλό κόστος και σε σύντομο χρονικό διάστημα
- ✚ Επιτρέπει την ανωνυμία, η οποία μπορεί να ενθαρρύνει την ειλικρίνεια όταν πρόκειται για ευαίσθητα θέματα (Robson, 2007; Malhotra et al., 2003; Aaker et al., 2004).

4.4 Πληθυσμός και δείγμα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο του 2014 έως και το Μάιο του 2014 σε ασθενείς με γενικευμένα προβλήματα στο στόμα που αντιμετωπίστηκαν στην προπτυχιακή και μεταπτυχιακή κλινική συνολικής αντιμετώπισης της Σχολής και των οποίων ολοκληρώθηκε το σχέδιο θεραπείας το παραπάνω διάστημα και οι οποίοι αποτέλεσαν τον πληθυσμό του δείγματος. Οι ασθενείς αυτοί ήταν 1400. Από τον τύπο υπολογισμού του μεγέθους του δείγματος, σε

επίπεδο εμπιστοσύνης 95% και διάστημα εμπιστοσύνης 5%, προέκυψε ότι το επιθυμητό μέγεθος του δείγματος είναι 301. Για τη συμπλήρωση αυτού του αριθμού ερωτηματολογίων και έχοντας ως στόχο τη διασφάλιση της αντιπροσωπευτικότητας και της τυχειότητας του δείγματος διανεμήθηκαν 700 ερωτηματολόγια, χρησιμοποιώντας στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία (stratified random sampling). Ως στρώματα (strata), ομάδες δηλαδή του πληθυσμού που έχουν ένα ή περισσότερα κοινά χαρακτηριστικά, θεωρήθηκαν ασθενείς του ίδιου προπτυχιακού ή μεταπτυχιακού φοιτητή. Δεδομένου ότι ο αριθμός ασθενών ανά φοιτητή κυμαινόταν από 4 έως 6 και ότι οι φοιτητές των κλινικών ετών είναι 270, μοιράστηκαν με τυχαίο τρόπο ερωτηματολόγια στους μισούς ασθενείς κάθε φοιτητή, αφού διαβεβαιώθηκαν ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι ανώνυμη και εθελοντική.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων γινόταν είτε την ίδια ημέρα είτε στο επόμενο ραντεβού τους, περίπου μια εβδομάδα αργότερα δίνοντάς τους τη δυνατότητα να επιλέξουν τις απαντήσεις τους, αμερόληπτα, χωρίς πίεση χρόνου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν διαρκούσε περισσότερο από 15 με 20 λεπτά.

Συλλέχθηκαν 444 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια μέχρι το τέλος Μαΐου. Ερωτηματολόγια που επιστράφηκαν μετά από αυτή την ημερομηνία δεν συμπεριελήφθησαν στην έρευνα και καταστράφηκαν αμέσως, καθώς είχε αρχίσει η ανάλυση των δεδομένων.

Έτσι λοιπόν το ποσοστό απόκρισης ήταν 64%, με κύριο ανασταλτικό παράγοντα το πλήθος των ερωτήσεων και την απροθυμία να κρίνουν στοιχεία που άπτονται της περιθάλψής τους.

4.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

4.5.1 Εργαλείο μέτρησης

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία βρίσκουμε ότι έχουν αναπτυχθεί ειδικά εργαλεία, ερωτηματολόγια, όπως το European Customer Satisfaction Index (ESCI), το American Customer Satisfaction Index (ASCI), το Common Measurement Tool (CMT), το SERVQUAL, τα οποία έχουν εφαρμοστεί ευρέως, τόσο σε ελληνικές όσο και διεθνείς μελέτες ικανοποίησης χρηστών μονάδων υγείας ως προς την απτότητα, την αξιοπιστία, την ανταπόκριση, την διασφάλιση και την ενσυναίσθηση.

Για την επίτευξη των στόχων της παρούσας έρευνας, αξιοποιήθηκε δομημένο, σε πέντε θεματικές ενότητες, ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, το 2010, υπό τους Υφαντόπουλο και Ουλή, για να μετρήσει τις

ανισότητες και την ικανοποίηση από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες και τη σχέση της στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής των Ελλήνων.

Για τη δόμηση του ερωτηματολογίου, η ερευνητική ομάδα του Ινστιτούτου Κοινωνικών Πολιτικών και Οικονομικών Ερευνών (ΠΠΟΚΕ), με τη συμβολή του οποίου πραγματοποιήθηκε η παραπάνω έρευνα, χρησιμοποίησε τη μακρόχρονη εμπειρία των συνεργατών της με διεθνή ερευνητικά δίκτυα, όπως τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τη BIOMED, καθώς και στοιχεία από προηγούμενες ελληνικές έρευνες. (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο διερευνά την ικανοποίηση ως προς την προσπελασιμότητα, την προσβασιμότητα, την εξυπηρέτηση και ανθρώπινο δυναμικό, την ενημέρωση, το περιβάλλον, το κόστος, την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης. Θα τροποποιηθεί και θα εμπλουτιστεί μερικώς με ερωτήσεις που παρουσιάζουν ενδιαφέρον για την εξαγωγή συμπερασμάτων από την παρούσα έρευνα.

Οι πέντε θεματικές ενότητες του ερωτηματολογίου αφορούν σε:

✚ Ενότητα 1^η: Χαρακτηριστικά χρηστών

- Δημογραφικά χαρακτηριστικά
- Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά

✚ Ενότητα 2^η: Απώλεια παραγωγικότητας

- Ώρες απώλειας εργασίας
- Αξιολόγηση της παραγωγικότητας

✚ Ενότητα 3^η: Χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών

- Φορέας χρήσης υπηρεσιών
- Συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών
- Κύριος λόγος χρήσης των υπηρεσιών
- Λόγος μη χρήσης των υπηρεσιών
- Δαπάνες χρήσης των υπηρεσιών
- Στο σημείο αυτό προστέθηκαν δύο ερωτήσεις που αφορούν στην ασφαλιστική μεταρρύθμιση και στην οικονομική κρίση και δύο που αφορούν στην Οδοντιατρική Σχολή

✚ Ενότητα 4^η: Ικανοποίηση από τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών ως προς:

- Συνολική αξιολόγηση της ικανοποίησης στην κλίμακα 0-10
- Προσπελασιμότητα

- Προσβασιμότητα
- Ανθρώπινο Δυναμικό-Εξυπηρέτηση
- Συμπεριφορά
- Ενημέρωση
- Περιβάλλον
- Κόστος θεραπείας
- Ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών (Προσδοκίες από τις υπηρεσίες και αξιολόγησή τους)
- Διερεύνηση και ιεράρχηση των αιτιών που οδηγούν στη μείωση ή και στη διακοπή χρήσης των υπηρεσιών.

Η ικανοποίηση αξιολογήθηκε με τη μέθοδο μιας πεντάβαθμης κλίμακας (1=καθόλου ικανοποιημένος έως 5=πολύ ικανοποιημένος)

✚ Ενότητα 5^η: Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των χρηστών

- Εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την στοματική υγεία ποιότητας ζωής- Oral Health Impact Profile (OHIP-14)
- Ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης επιπέδου στοματικής υγείας OHRQL
- Ερωτήσεις προσδιορισμού του οδοντιατρικού άγχους, Dental Anxiety Scale

4.5.2 Παρουσίαση του OHIP-14

Το εργαλείο μέτρησης OHIP – 14 ανάγεται ως προς το θεωρητικό του υπόβαθρο στη διεθνή ταξινόμηση των βλαβών, των αναπηριών και των μειονεκτημάτων (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization, 1980) όπως αυτή προσαρμόστηκε για την Οδοντιατρική από τον Locker (1988). Το ερωτηματολόγιο OHIP – 14 εξελίχθηκε από τον Slade (1997), αρχικά στην Αυστραλία, και μετρά ποικιλία επιπτώσεων που επηρεάζουν δραστικά την καθημερινή ζωή (Allen, 2003, Robinson et al., 2003).

Το OHIP – 14 είναι ένα ερωτηματολόγιο 14 ερωτήσεων, οι οποίες ανά δύο δομούν επτά διαστάσεις και προέκυψαν από τη συντόμωση της κλίμακας OHIP- 49 (Slade & Spencer, 1994). Οι διαστάσεις που διερευνώνται είναι ο λειτουργικός περιορισμός, ο φυσικός πόνος, η ψυχολογική δυσφορία, η φυσική δυσκολία, η ψυχολογική δυσκολία, η κοινωνική δυσκολία και

το μειονέκτημα. Οι επιπτώσεις των διαφόρων νοσημάτων και καταστάσεων που σχετίζονται με τη στοματική υγεία αξιολογούνται για το τελευταίο δωδεκάμηνο (Allen, 2003).

Το ερωτηματολόγιο OHIP - 14 έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του, με ικανοποιητικά αποτελέσματα (συντελεστής α του Cronbach: 0,86 – 0,95), σε αρκετές γλώσσες και πληθυσμούς, όπως σε πληθυσμό στη Σρι Λάνκα (Steele et al., 2004; Ekanayake & Perera, 2003), σε πληθυσμό ηλικιωμένων στην Ιαπωνία (Ikebe et al., 2004), στην Εβραϊκή γλώσσα (Kushnir et al, 2004), σε ενήλικο πληθυσμό της Μαλαισίας (Saub, Locker, Allison, 2005), στην πορτογαλική γλώσσα για τη Βραζιλία (Oliveira & Nadanovsky, 2005), στη γερμανική γλώσσα (John et al, 2006), στην κινέζικη γλώσσα σε ενήλικο πληθυσμό (Xin & Ling, 2006), στη σουηδική γλώσσα, (Hagglin et al, 2007) και στην κορεατική γλώσσα. Επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί στην πρωτότυπη αγγλική έκδοση σε εθνικά δείγματα πληθυσμού στη Μεγάλη Βρετανία (Nuttall et al., 2001) στη Μεγάλη Βρετανία και την Αυστραλία (Slade et al., 2005), και στο γενικό πληθυσμό της Σκωτίας (Fernandes et al, 2006), καθώς και σε ειδικές κατηγορίες οδοντιατρικών ασθενών (Locker, 2003; Lee et al, 2007; Luo et al, 2007; Mehrstedt et al, 2007; Brennan & Spencer, 2004;) και σε σχέση με εργαλεία μέτρησης της γενικής υγείας (Brennan & Spencer, 2004; Brennan & Spencer, 2006).

Η μεταφορά του στην Ελληνική γλώσσα και η εγκυροποίησή του έχει πραγματοποιηθεί 3 φορές. Η πρώτη από το εργαστήριο οδοντικής και ανωτέρας προσθετικής της Οδοντιατρικής Σχολής του ΑΠΘ (Μαστρογεωργοπούλου, Αναστασιάδου, 2011), για να μετρήσει τις επιπτώσεις της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με συμβατικές ολικές οδοντοστοιχίες.

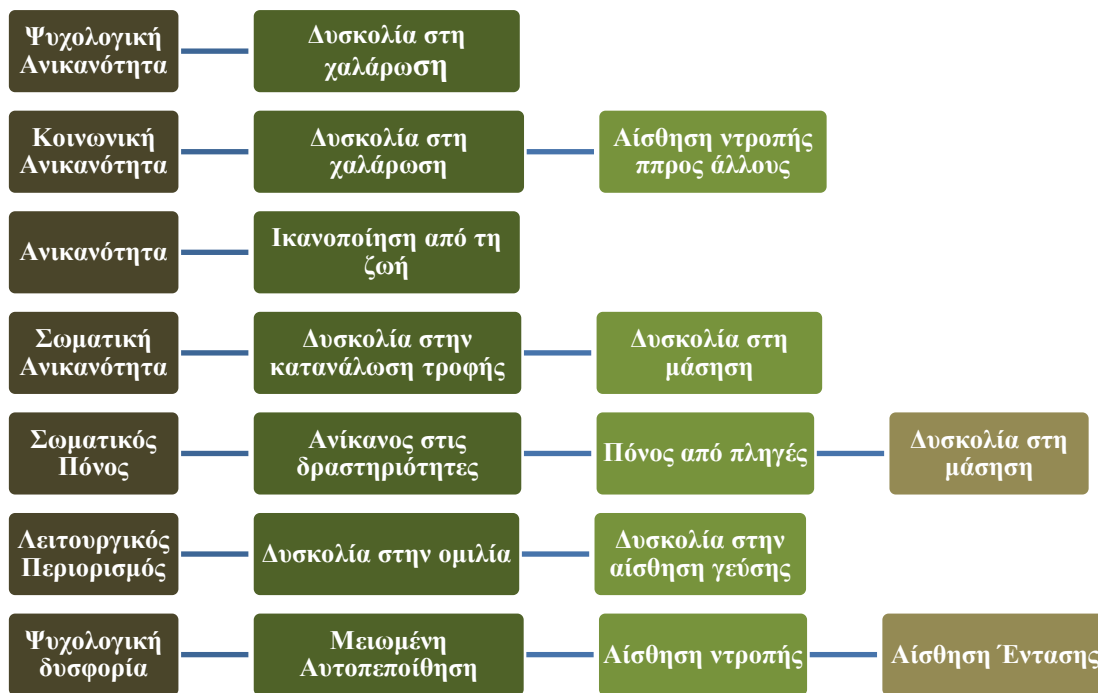
Η δεύτερη από το εργαστήριο παιδοδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, σε συνεργασία με το οικονομικό τμήμα της Νομικής Σχολής του ΕΚΠΑ (Ρουμάνη, και συν, 2010), για να εκτιμηθεί ο βαθμός εγκυρότητας και αξιοπιστίας του σε εφήβους.

Η τρίτη, που πραγματοποιήθηκε πάλι από τους ίδιους φορείς για να ελέγξει την εγκυρότητά του για χρήση σε ενήλικες, έδειξε ότι το OHIP-14 είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο ερωτηματολόγιο (συντελεστής α του Cronbach: 0,90)για την αξιολόγηση της OHRQoL μεταξύ των ενηλίκων Ελλάδα. (Papagiannopoulou et al, 2012).

Το ερωτηματολόγιο που προέκυψε από αυτήν την προσπάθεια, είναι αυτό που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υψηλά σκορ OHIP-14, συνδέονται με χαμηλή ποιότητα ζωής και το αντίθετο.

Πίνακας 4.1 Παρουσίαση του εργαλείου μέτρησης OHIP-14



4.5.3 Σύντομη παρουσίαση των ερωτηματολογίων αυτοαξιολόγησης επιπέδου στοματικής υγείας και δείκτη άγχους DAS.

Το ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης επιπέδου στοματικής υγείας μετρά την κατάσταση υγείας των ασθενών σε μία δεκάβαθμη κλίμακα, όπως αυτοί την αξιολογούν την ώρα που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο. (Cronbach's alpha= 0,89 στο δείγμα μας)

Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν στις παρακάτω ερωτήσεις:

- Πως κρίνετε την κατάσταση της υγείας σας;
- Πως κρίνετε την κατάσταση της στοματικής σας υγείας;
- Είστε ικανοποιημένος/η από την κατάσταση της στοματικής σας υγείας;
- Σε σύγκριση με τους άλλους, πως αξιολογείτε την κατάσταση της στοματικής σας υγείας;

Το ερωτηματολόγιο DAS που έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα (Dental Anxiety Scale), είναι σταθμισμένο ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητα (Αράβου, 2008), περιλαμβάνει τέσσερες ερωτήσεις αξιολόγησης του άγχους των ασθενών: (Cronbach's alpha= 0,93 στο δείγμα μας)

- στην ιδέα ότι θα επισκεφθούν οδοντίατρο
- κατά την αναμονή της έναρξης της οδοντιατρικής θεραπείας αναμονής

- για μια συγκεκριμένη οδοντιατρική πράξη π.χ. τρόχισμα
- για μια συγκεκριμένη οδοντιατρική πράξη ρουτίνας, π.χ. καθαρισμό.

4.6 Ηθικές προεκτάσεις

Κατά τη διεξαγωγή τις έρευνας δόθηκε ξεχωριστή προσοχή στην τήρηση των αρχών ηθικής και δεοντολογίας. Για το σκοπό αυτό εγκρίθηκε, κατόπιν σχετικής αιτήσεως, η διεξαγωγή της, από τη Γενική Συνέλευση που είναι το ανώτατο όργανο διοίκησης της Οδοντιατρικής Σχολής.

Ενημερώθηκαν οι διευθυντές των κλινικών, οι υπεύθυνοι των φοιτητών, καθώς και οι φοιτητές, για το σκοπό τις έρευνας και τη διανομή των ερωτηματολογίων. Επίσης, ενημερώθηκαν οι συμμετέχοντες για το σκοπό και την αναγκαιότητα της μελέτης, διαβεβαιώθηκαν για τον εθελοντικό χαρακτήρα της και για την τήρηση της ανωνυμίας και τους δόθηκε χρόνος για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ώστε να μην νιώσουν την πίεση του χώρου και του χρόνου και να εξασφαλιστεί με αυτό τον τρόπο η αντικειμενικότητα των απαντήσεων.

4.7 Ανάλυση αποτελεσμάτων

- ✚ Για την περιγραφική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν, για τις μεν ποσοτικές μεταβλητές, τα συνηθισμένα μέτρα θέσης (μέση τιμή – mean) και διασποράς (τυπική απόκλιση – SD) ενώ για τις κατηγορικές, πίνακες απόλυτων και σχετικών % συχνοτήτων, μονής ή διπλής εισόδου. Παρότι οι κατανομές αρκετών ποσοτικών ή ημιποσοτικών μεταβλητών απέκλιναν από την κανονική δεν χρησιμοποιήθηκαν τα συνηθισμένα μη-παραμετρικά μέτρα θέσης-διασποράς (median, Interquartile range) γιατί το σύνολο διαφορετικών τιμών των μεταβλητών αυτών ήταν περιορισμένο και τα αντίστοιχα αποτελέσματα δεν ήταν αρκετά πληροφοριακά.
- ✚ Για τη διερεύνηση διαφορών στα επίπεδα ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ διαφορετικών τιμών άλλης κατηγορικής μεταβλητής, χρησιμοποιήθηκαν απλά παραμετρικά τεστ (t-test, one-way anova) ή μη παραμετρικά τεστ για τάσεις (non-parametric test for trend) όταν η κατηγορική μεταβλητή είχε μια σαφώς διατεταγμένη φύση (πχ εκπαιδευτικό επίπεδο). Για συσχετίσεις μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν έλεγχοι χ^2 ενώ για συσχετίσεις μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο μη-παραμετρικός συντελεστής του Spearman.
- ✚ Για το σύνολο της περιγραφικής-διερευνητικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα γραφήματα ανάλογα με την κατανομή ή τη φύση των υπό διερεύνηση μεταβλητών (ραβδογράμματα – bar charts, στικτογράμματα – scatterplots, θηκογράμματα-box plots). Στην περίπτωση των στικτογραμμμάτων, στα γραφήματα εμφανίζεται και η γραμμή

ελαχίστων τετραγώνων προκειμένου να γίνει πιο εμφανής η κατεύθυνση των διαφορών σχέσεων. Στην ίδια περίπτωση, στην αναπαράσταση των σημείων έχει προστεθεί μικρό ποσοστό τυχαίου «θορύβου» (jitter) επειδή μεγάλος αριθμός σημείων συνέπιπτε και δυσκόλευε τη σωστή αναπαράσταση των δεδομένων.

- ✚ Στην περίπτωση συνόλου ερωτήσεων με παρόμοιο εννοιολογικό περιεχόμενο (π.χ. ερωτήσεις για την ποιότητα ζωής – OHIP-14), έγινε ανάλυση αξιοπιστίας προκειμένου να διαπιστωθεί αν είναι θεμιτό να δημιουργηθεί μια συνολική μέση ή αθροιστική βαθμολογία από τις αντίστοιχες ερωτήσεις. Στις περιπτώσεις αυτές παρουσιάζεται ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach (Cronbach's reliability coefficient α).
- ✚ Για τις μονοπαραγοντικές και πολυπαραγοντικές αναλύσεις παλινδρόμησης, με εξαρτημένες μεταβλητές, τις συνολικές κλίμακες για την ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής, χρησιμοποιήθηκε το fractional logit model. Η επιλογή αυτή κρίθηκε ως καταλληλότερη προκειμένου να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι οι μεταβλητές αυτές ήταν περιορισμένες σε συγκεκριμένο εύρος τιμών (το οποίο μετασχηματίστηκε σε κλίμακα 0 έως 1). Το μοντέλο αυτό λαμβάνει επίσης υπόψη του τη συγκεκριμένη συνάρτηση διασποράς που αναμένεται σε τέτοιου είδους δεδομένα. Οι αντιλογαριθμισμένοι συντελεστές $[\exp(\beta)]$ των μοντέλων αυτών μπορούν να ερμηνευθούν προσεγγιστικά ως αναμενόμενες σχετικές μεταβολές, π.χ. αν $\exp(\beta)=1.5$ αυτό σημαίνει αναμενόμενη αύξηση κατά ~50%.
- ✚ Να σημειωθεί ότι οι αντιλογαριθμισμένοι συντελεστές $[\exp(b)]$ των fractional logit μοντέλων δεν έχουν μια ευθεία ερμηνεία και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ενδεικτικές για την ισχύ και την κατεύθυνση της σχέσης. Η ακριβής ερμηνεία τους μοιάζει με αυτή των Odds Ratios που χρησιμοποιούμε στην απλή λογιστική παλινδρόμηση, αφορά δηλαδή σε σχετικές μεταβολές της ποσότητας «σκορ/(1-σκορ)». Έτσι, για παράδειγμα ο αντιλογαριθμισμένος συντελεστής 2.46 για τη σύγκριση ατόμων μεταπτυχιακής εκπαίδευσης με αυτά που είχαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Πίνακας 5.10) σημαίνει ότι τα πηλίκια «σκορ/(1-σκορ)» ήταν 2.46 φορές μεγαλύτερα κατά μέσο όρο στα άτομα της πρώτης κατηγορίας σε σχέση με αυτά της δεύτερης.
- ✚ P-values μικρότερα του 0,05 θεωρήθηκαν ως στατιστικώς σημαντικά, ενώ αυτά μεταξύ του 0,05 και 0,10 θεωρήθηκαν ενδεικτικά. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα Stata v. 11.2 (Stata Corp. TX, USA).

Κεφάλαιο Πέμπτο

Αποτελέσματα

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Αναφέρονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ικανοποίηση, την ποιότητα ζωής, την αυτοαξιολόγηση της στοματικής υγείας, του δείκτη άγχους, καθώς και οι μεταξύ τους συσχετίσεις.

5.1 Δημογραφικά-κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 444 ασθενείς, από τους οποίους 318 εξετάστηκαν στην προπτυχιακή κλινική και 126 στην κλινική του μεταπτυχιακού τμήματος της Οδοντιατρικής Σχολής. Το ποσοστό απόκρισης κυμάνθηκε στο 64% περίπου με κυριότερους λόγους άρνησης, το πλήθος των ερωτήσεων και την απροθυμία να κρίνουν στοιχεία που άπτονται της περίθαλψής τους. Οι γυναίκες αποτελούν το 59,9% του δείγματος συνολικά και οι άνδρες το 39,9%. Η πλειοψηφία των ασθενών ανήκει στις ηλικιακές ομάδες 41-50 και 51-60, ενώ 37,4% από αυτούς είναι εργαζόμενοι, 31,8% συνταξιούχοι 26,8% άνεργοι. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης το 11,9% είναι υποχρεωτικής, το 47,5% δευτεροβάθμιας, το 31,5% τριτοβάθμιας και μόνο το 1% περίπου, είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου σπουδών.

Το ετήσιο ατομικό εισόδημα είναι ως 6.000 ευρώ για το 20,3% των συμμετεχόντων, κυμαίνεται μεταξύ των 6.001 και 12.000 ευρώ για το 38,5%, μεταξύ των 12.001 και 24.000 ευρώ για το 23,6%, ενώ μόνο το 2,3% των συμμετεχόντων ξεπερνά τα 24.000 ευρώ.

Το 83% είναι ασφαλισμένοι σε διάφορους φορείς κοινωνικής ασφάλισης με τη μεγάλη πλειοψηφία να ανήκει στον πρώην ΕΟΠΥΥ ενώ το 17% δήλωσε ότι είναι ανασφάλιστο.

Τέλος, το 34,9% είναι καπνιστές σε αντίθεση με το 64,2% που δήλωσε μη καπνιστές. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Περιοδοντολογίας (American Academy of Periodontology), καπνιστές θεωρούνται όσοι καπνίζουν πάνω από οκτώ τσιγάρα ημερησίως. (Πίνακας 5.1)

Πίνακας 5.1. Δημογραφικά - κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά ανά κλινική

	Κλινική		Σύνολο N (%)	p- value
	Προπτυχιακή N (%)	Μεταπτυχιακή N (%)		
Φύλο				0,990
<i>Άνδρας</i>	127 (39,9)	50 (39,7)	177 (39,9)	
<i>Γυναίκα</i>	191 (60,1)	75 (59,5)	266 (59,9)	
<i>Άγνωστο</i>	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,2)	
Ηλικία				0,239
<i>έως 20</i>	5 (1,6)	7 (5,6)	12 (2,7)	
<i>21-30</i>	26 (8,2)	12 (9,5)	38 (8,6)	
<i>31-40</i>	40 (12,6)	13 (10,3)	53 (11,9)	
<i>41-50</i>	74 (23,3)	28 (22,2)	102 (23,0)	
<i>51-60</i>	100 (31,4)	44 (34,9)	144 (32,4)	
<i>61-70</i>	55 (17,3)	15 (11,9)	70 (15,8)	
<i>70+</i>	17 (5,3)	6 (4,8)	23 (5,2)	
<i>Άγνωστο</i>	1 (0,3)	1 (0,8)	2 (0,5)	
Επαγγελματική κατάσταση				0,136
<i>Εργαζόμενος</i>	114 (35,8)	52 (41,3)	166 (37,4)	
<i>Άνεργος</i>	80 (25,2)	39 (31,0)	119 (26,8)	
<i>Συνταξιούχος</i>	109 (34,3)	32 (25,4)	141 (31,8)	
<i>Άγνωστο</i>	15 (4,7)	3 (2,4)	18 (4,1)	
Εκπαίδευση				0,038
<i>Υποχρεωτική</i>	46 (14,5)	7 (5,6)	53 (11,9)	
<i>Δευτεροβάθμια</i>	153 (48,1)	58 (46,0)	211 (47,5)	
<i>Τριτοβάθμια</i>	94 (29,6)	46 (36,5)	140 (31,5)	
<i>Κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος</i>	2 (0,6)	2 (1,6)	4 (0,9)	
<i>Άγνωστο</i>	23 (7,2)	13 (10,3)	36 (8,1)	
Ετήσιο ατομικό εισόδημα				0,211
<i>έως 6.000ευρώ</i>	66 (20,8)	24 (19,0)	90 (20,3)	
<i>6.001-12.000</i>	129 (40,6)	42 (33,3)	171 (38,5)	
<i>12.001-24.000</i>	67 (21,1)	38 (30,2)	105 (23,6)	
<i>πάνω από 24.000ευρώ</i>	7 (2,2)	3 (2,4)	10 (2,3)	
<i>Άγνωστο</i>	49 (15,4)	19 (15,1)	68 (15,3)	
Καπνιστής/τρια				0,709
<i>ΟΧΙ</i>	203 (63,8)	82 (65,1)	285 (64,2)	
<i>ΝΑΙ</i>	113 (35,5)	42 (33,3)	155 (34,9)	
<i>Άγνωστο</i>	2 (0,6)	2 (1,6)	4 (0,9)	
<i>Σύνολο</i>	318 (100,0)	126 (100,0)	444 (100,0)	

5.2 Χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών υγείας

Η ανάλυση των απαντήσεων σε ότι αφορά στη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών έδειξε:

- ✚ ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απευθύνθηκε σε οδοντίατρο το τελευταίο έτος με το 41,9% να επισκέφτηκε ιδιώτη οδοντίατρο, το 47,7% την οδοντιατρική Σχολή και μόνο το 6,8% να έκανε χρήση οδοντιατρείου ασφαλιστικού φορέα, κέντρου υγείας ή νοσοκομείου. Ο κύριος λόγος επίσκεψής τους ήταν η αποκατάσταση και ο πόνος, ενώ τα χρήματα που διέθεσαν κυμάνθηκαν σε ποσοστό 52,9% , μεταξύ των 51 και 500 ευρώ.

Πίνακας 5.2. Χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών

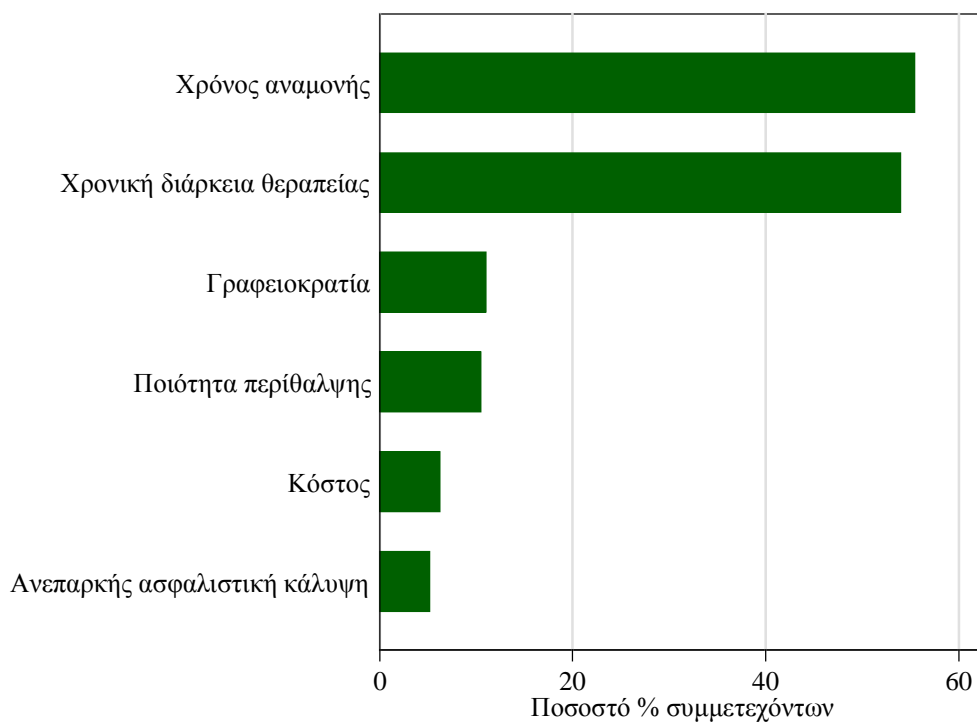
	N (%)
Αριθμός επισκέψεων στον οδοντίατρο το τελευταίο έτος	
0	69 (15,5)
1-3	182 (41,0)
4 και άνω	175 (39,4)
Άγνωστο	18 (4,1)
Τόπος οδοντιατρικής περίθαλψης	
Ιδιωτικό Οδοντιατρείο	186 (41,9)
Ιατρείο ασφαλ. φορέα	20 (4,5)
Κέντρο Υγείας και Νοσοκομεία	10 (2,3)
Οδοντιατρική Σχολή	212 (47,7)
Άγνωστο	16 (3,6)
Κύριος λόγος επίσκεψης	
Πόνος	125 (28,2)
Έλεγχος	80 (18,0)
Αποκατάσταση	197 (44,4)
Αισθητική	17 (3,8)
Άγνωστο	25 (5,6)
Κόστος οδοντιατρικής περίθαλψης το τελευταίο έτος	
Κάτω των 50 ευρώ	65 (14,6)
51-100	69 (15,5)
101-200	67 (15,1)
201-500	99 (22,3)
501-1000	55 (12,4)
πάνω από 1000 ευρώ	30 (6,8)
Άγνωστο	59 (13,3)

- ✚ ότι οι κύριοι αποτρεπτικοί παράγοντες χρήσης της Οδοντιατρικής Σχολής είναι η χρονική διάρκεια της θεραπείας (54,1%) και ο χρόνος αναμονής έναρξης της (55,4%), (Γράφημα 5.1.), ενώ για τη μη χρήση ιδιωτικού οδοντιατρείου κυρίαρχο παράγοντα αποτελεί το κόστος (88,7%) και για τα οδοντιατρεία ασφαλιστικών φορέων η έλλειψη εμπιστοσύνης στην ποιότητα των παρεχομένων από αυτά υπηρεσιών (74,8%) (Πίνακας 5.3).

Πίνακας 5.3. Λόγοι μη χρήσης

	Ιδιωτικού οδοντιατρείου N (%)	Οδοντιατρείου Ασφ. Φορέα N (%)	Οδοντιατρικής Σχολής N (%)
Κόστος	394 (88,7)	15 (3,4)	28 (6,3)
Ποιότητα περίθαλψης	62 (14,0)	332 (74,8)	47 (10,6)
Χρονική διάρκεια θεραπείας	19 (4,3)	99 (22,3)	240 (54,1)
Ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη	228 (51,4)	110 (24,8)	23 (5,2)
Χρόνος αναμονής	26 (5,9)	145 (32,7)	246 (55,4)
Γραφειοκρατία	15 (3,4)	218 (49,1)	49 (11,0)

Γράφημα 5.1. Λόγοι μη χρήσης της Οδοντιατρικής Σχολής

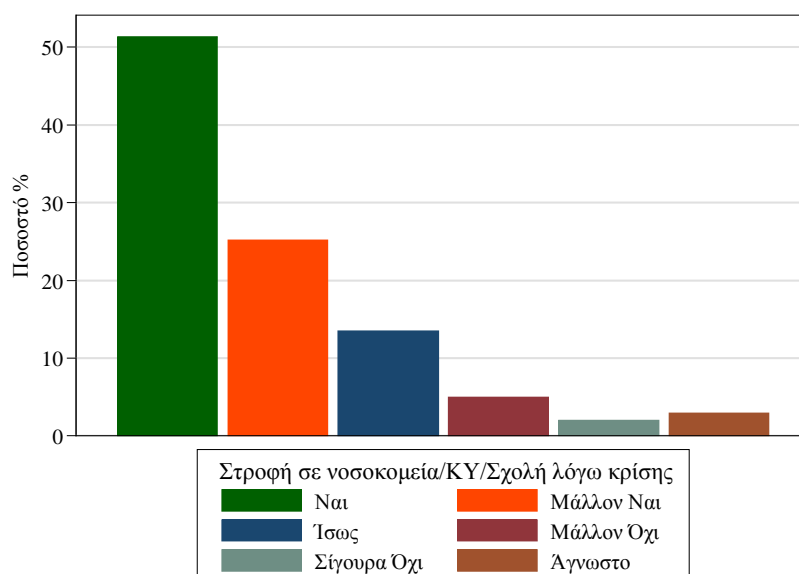


✚ ότι το 68,7% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι θα χρησιμοποιούσε συχνότερα ιδιωτικά οδοντιατρεία αν υπήρχε υψηλότερη ασφαλιστική κάλυψη, το 56,3% πιστεύει πως η επερχόμενη ασφαλιστική μεταρρύθμιση θα έχει αρνητική επίδραση στην οδοντιατρική περίθαλψη, και το 76,6 % θα στρεφόταν στην Σχολή, στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας εξ' αιτίας της οικονομικής κρίσης. (Πίνακας 5.3., Γράφημα 5.2).

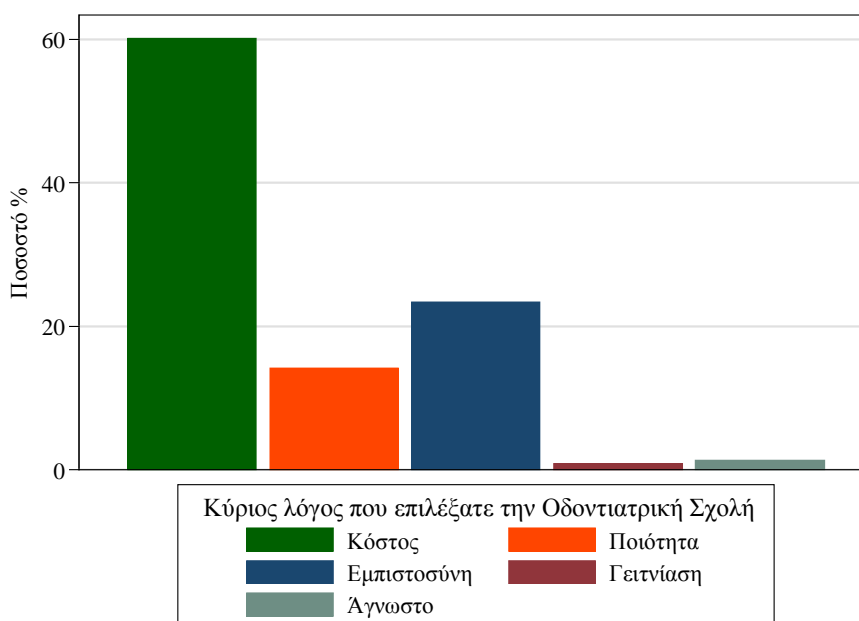
Οι περισσότεροι από τους ασθενείς ενημερώθηκαν για την Οδοντιατρική από ασθενείς που θεραπεύθηκαν, ενώ οι κύριοι λόγοι που την επέλεξαν ήταν το κόστος και η εμπιστοσύνη (Γράφημα 5.3).

Πίνακας 5.4. Χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών (συνέχεια)	N (%)
Υψηλότερη κάλυψη δαπανών -> συχνότερη χρήση ιδ. ιατρείων:	
<i>ΟΧΙ</i>	112 (25,2)
<i>ΝΑΙ</i>	305 (68,7)
<i>Άγνωστο</i>	27 (6,1)
Επίδραση ασφαλιστικής μεταρρύθμισης σε οδοντιατρική περίθαλψη	
<i>Θετικά</i>	22 (5,0)
<i>Μάλλον θετικά</i>	61 (13,7)
<i>Δεν θα επηρεάσει</i>	69 (15,5)
<i>Μάλλον αρνητικά</i>	155 (34,9)
<i>Αρνητικά</i>	95 (21,4)
<i>Άγνωστο</i>	42 (9,5)
Στροφή σε νοσοκομεία/ΚΥ/Σχολή λόγω οικονομικής κρίσης	
<i>Ναι</i>	228 (51,4)
<i>Μάλλον Ναι</i>	112 (25,2)
<i>Ίσως</i>	60 (13,5)
<i>Μάλλον Όχι</i>	22 (5,0)
<i>Σίγουρα Όχι</i>	9 (2,0)
<i>Άγνωστο</i>	13 (2,9)
Ενημέρωση για Οδοντιατρική Σχολή	
<i>Από τα ΜΜΕ</i>	39 (8,8)
<i>Από ασθενή που θεραπεύθηκε</i>	289 (65,1)
<i>Παραπομπή από Οδοντίατρο</i>	52 (11,7)
<i>Παραπομπή από Νοσοκομ./ΚΥ</i>	10 (2,3)
<i>Από φοιτητή ή διδάσκοντα</i>	46 (10,4)
<i>Άγνωστο</i>	8 (1,8)
Κύριος λόγος που επιλέξατε την Οδοντιατρική Σχολή	
<i>Κόστος</i>	267 (60,1)
<i>Ποιότητα</i>	63 (14,2)
<i>Εμπιστοσύνη</i>	104 (23,4)
<i>Γεινίαση</i>	4 (0,9)
<i>Άγνωστο</i>	6 (1,4)

Γράφημα 5.2. Στροφή σε νοσοκομεία/ΚΥ/Σχολή λόγω οικονομικής κρίσης



Γράφημα 5.3. Λόγοι επιλογής της Οδοντιατρικής Σχολής



5.3 Ικανοποίηση από τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών

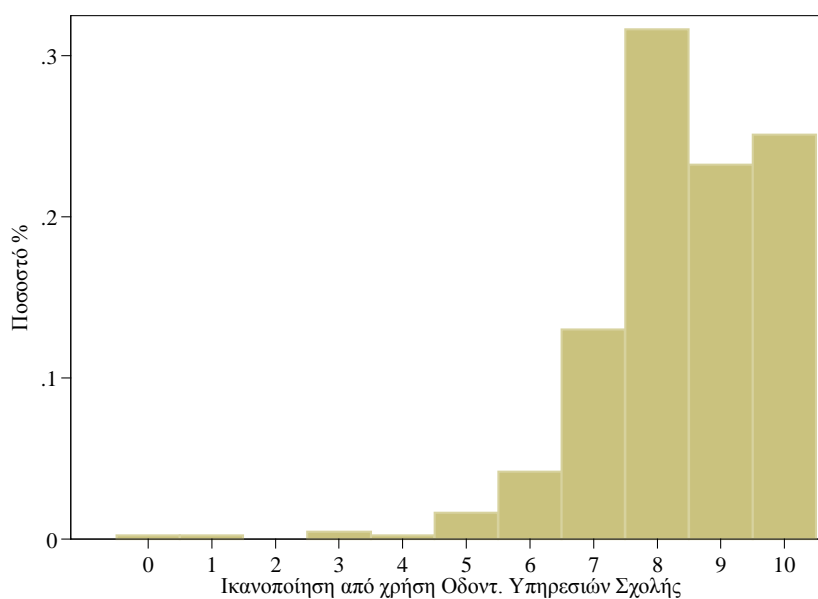
5.3.1. Βαθμός ικανοποίησης

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (90%), έχει πολύ καλή άποψη για τις παρεχόμενες από τη Σχολή οδοντιατρικές υπηρεσίες, δίνοντας μάλιστα σκορ ικανοποίησης με μέσο όρο 8,4 και τυπική απόκλιση 1,39 στην κλίμακα 0-10 (Πίνακας 5.5, Γράφημα 5.4), το οποίο δεν διαφοροποιείται μεταξύ της προπτυχιακής και μεταπτυχιακής κλινικής (Πίνακας 5.6)

Πίνακας 5.5. 'Ικανοποίηση από χρήση Οδοντιατρικών Υπηρεσιών Σχολής'

	N (%)
Ικανοποίηση από χρήση Οδοντ. Υπηρεσιών Σχολής	
0	1 (0,2)
1	1 (0,2)
3	2 (0,5)
4	1 (0,2)
5	7 (1,6)
6	18 (4,1)
7	56 (12,6)
8	136 (30,6)
9	100 (22,5)
10	108 (24,3)
Άγνωστο	14 (3,2)
Σύνολο	444 (100,0)
	Mean (SD)
Ικανοποίηση από χρήση Οδοντ. Υπηρεσιών Σχολής	8,40 (1,39)

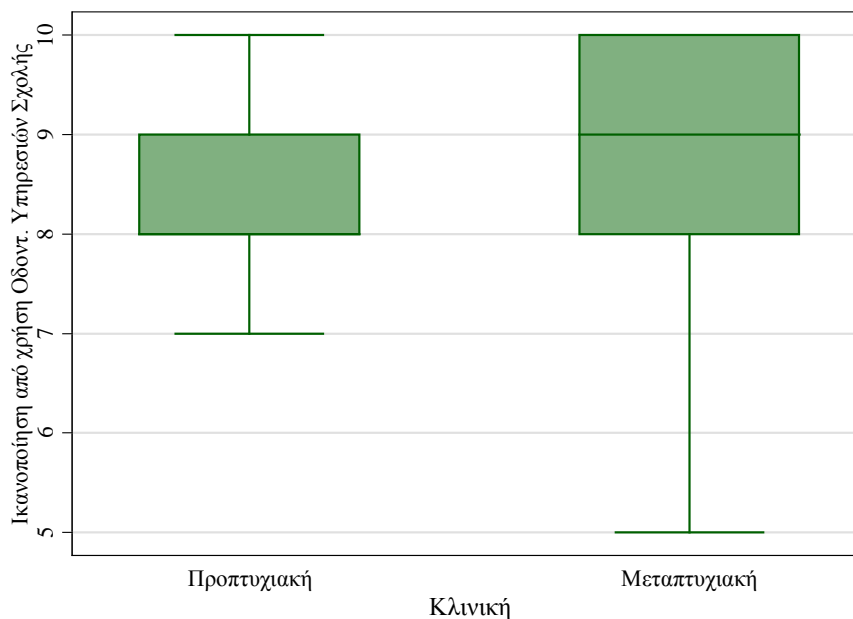
Γράφημα 5.4 'Ικανοποίηση από χρήση Οδοντιατρικών Υπηρεσιών Σχολής'



Πίνακας 5.6. Σχέση ικανοποίησης με 'Κλινική'

	Κλινική		Overall Mean (SD)	p-value
	Προπτυχιακή Mean (SD)	Μεταπτυχιακή Mean (SD)		
Ικανοποίηση από χρήση Οδοντ. Υπηρεσιών Σχολής	8.40 (1.35)	8.43 (1.51)	8.40 (1.39)	0.847

Γράφημα 5.5. Σχέση ικανοποίησης με 'Κλινική'



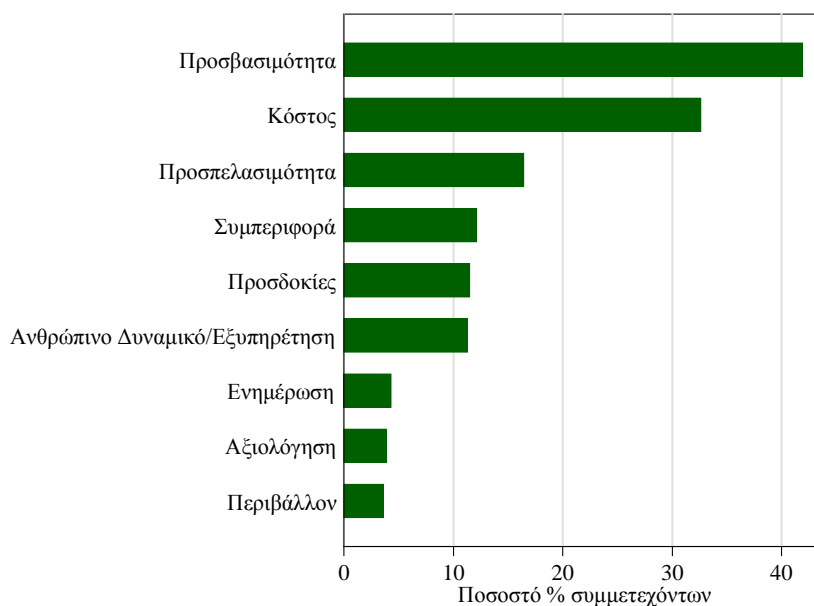
5.3.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες ικανοποίησης

Όσον αφορά στις επιμέρους διαστάσεις της ικανοποίησης οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις μέσω μιας πεντάβαθμης κλίμακας από καθόλου (0), έως απόλυτα (5). Οι επιμέρους απαντήσεις των διαστάσεων αυτών αθροίστηκαν, ώστε να εξαχθεί ένα σκορ για κάθε μία από αυτές. Αυτό κατέστη δυνατό, διότι ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha ήταν για όλες τις διαστάσεις μεγαλύτερος του απαιτούμενου 0,7, εκτός της προσπελασιμότητας που ήταν χαμηλός και δεν αθροίστηκαν οι επιμέρους απαντήσεις.

Οι ασθενείς έδειξαν να είναι από πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά και την εξυπηρέτηση του προσωπικού, από την ενημέρωση για τα προβλήματα στο στόμα τους και τον τρόπο αντιμετώπισής τους καθώς και από το περιβάλλον. Σε αρκετά υψηλά επίπεδα κυμάνθηκε και η ικανοποίηση από τις προσδοκίες που είχαν από τις υπηρεσίες που θα λάμβαναν, αλλά και από αυτές που πραγματικά έλαβαν. Λιγότερο ικανοποιημένοι έμειναν από το κόστος (Μ.Ο. 3,66 Τ.Α. 0,95), από την προσβασιμότητα και την προσπελασιμότητα. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα υψηλότερα σκορ καταγράφηκαν στη συμπεριφορά των φοιτητών (Μ.Ο. 4,55 Τ.Α. 0,70) και του προσωπικού (Μ.Ο. 4,38 Τ.Α. 0,83) και τα χαμηλότερα στο χρόνο στο χώρο αναμονής (Μ.Ο. 2,44 Τ.Α. 1,25) και στην έλλειψη πάρκινγκ (Μ.Ο. 1,73 Τ.Α. 1,07). Στον πίνακα 5.5. καταγράφονται αναλυτικά οι μέσοι όροι των βαθμολογιών των επιμέρους διαστάσεων της ικανοποίησης.

Επιπρόσθετα, στην ερώτηση ποιες είναι οι πιθανές αιτίες διακοπής ή μείωσης της χρήσης των υπηρεσιών της Οδοντιατρικής Σχολής, η προσβασιμότητα, το κόστος και η προσπελασιμότητα συγκέντρωσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά. (Γράφημα 5.6)

Γράφημα 5.6 Πιθανές αιτίες διακοπής ή μείωσης χρήσης υπηρεσιών Οδοντιατρικής Σχολής



Πίνακας 5.5. ' Διαστάσεις ικανοποίησης από χρήση Οδοντιατρικών Υπηρεσιών Σχολής'

	Mean (SD)	Cronbach's α
Προσπελασιμότητα		0,11
Ικανοποίηση από την ευκολία στο κλείσιμο ραντεβού	3,96 (0,92)	
Ικανοποίηση από το χρόνο αναμονής	2,44 (1,25)	
Προσβασιμότητα		0,71
Ικανοποίηση από την τοποθεσία Σχολής	3,33 (1,08)	
Ικανοποίηση από το χρόνο πρόσβασης	2,88 (1,00)	
Ικανοποίηση από διαθεσιμότητα χώρων στάθμευσης	1,73 (1,07)	
Ικανοποίηση από την ύπαρξη εξυπηρετικών ΜΜΜ	2,94 (1,14)	
<i>Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από προσβασιμότητα</i>	<i>2,79 (0,81)</i>	
Ανθρώπινο Δυναμικό-Εξυπηρέτηση		0,75
Ικανοποίηση από την εξυπηρέτηση του φοιτητή/μεταπτυχιακού	4,36 (0,80)	
Ικανοποίηση από την εξυπηρέτηση των επιβλεπόντων	4,28 (0,84)	
<i>Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από Ανθρώπινο Δυναμικό-Εξυπηρέτηση</i>	<i>4,32 (0,72)</i>	
Συμπεριφορά		0,77
Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά φοιτητή/μεταπτυχιακού	4,55 (0,70)	
Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των επιβλεπόντων	4,38 (0,83)	
<i>Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από Συμπεριφορά</i>	<i>4,46 (0,69)</i>	
Ενημέρωση		0,91
Ικανοποίηση από την ενημέρωση για τα προβλήματα του στόματος	4,33 (0,80)	
Ικανοποίηση από την ενημέρωση για την απαιτούμενη θεραπεία	4,31 (0,83)	
Ικανοποίηση από την ενημέρωση για την έναρξη της θεραπείας	4,12 (0,89)	
Ικανοποίηση από την ενημέρωση για τη διάρκεια της θεραπείας	3,95 (1,00)	
Ικανοποίηση από την ενημέρωση για το κόστος της θεραπείας	3,93 (0,98)	
<i>Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από Ενημέρωση</i>	<i>4,13 (0,78)</i>	
Περιβάλλον		0,89
Ικανοποίηση από τις συνθήκες υγιεινής της κλινικής	4,14 (0,86)	
Ικανοποίηση από τον τρόπο λειτουργίας της κλινικής	4,00 (0,90)	
Ικανοποίηση από τα εργαλεία-υλικά που χρησιμοποιούνται στην κλινική	4,09 (0,90)	
Ικανοποίηση από τον εξοπλισμό-μηχανήματα που διαθέτει η κλινική	3,94 (0,96)	
<i>Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από Περιβάλλον</i>	<i>4,04 (0,72)</i>	
Κόστος		
Ικανοποίηση από τα χρήματα που πληρώσατε για τη θεραπεία που λάβατε	3,66 (0,95)	
Προσδοκίες		0,79
Προσδοκία ικανοποίησης από τις οδηγίες πρόληψης που θα λάβατε	3,88 (0,87)	
Προσδοκία ικανοποίησης από τον πόνο που πιστεύατε ότι θα έχετε	3,62 (1,04)	
Προσδοκία ικανοποίησης από το αποτέλεσμα της θεραπείας που λάβατε	3,98 (0,84)	
<i>Μέση βαθμολογία Προσδοκιών</i>	<i>3,83 (0,77)</i>	
Αξιολόγηση		0,8
Ικανοποίηση από οδηγίες πρόληψης που λάβατε	4,11 (0,87)	
Ικανοποίηση από πόνο που αισθανθήκατε	3,62 (1,16)	
Ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της περιθαλψης που έχετε λάβει	4,03 (0,91)	
<i>Μέση βαθμολογία Αξιολόγησης</i>	<i>3,92 (0,83)</i>	

5.4 Σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής

5.4.1. Παρουσίαση αποτελεσμάτων OHIP-14

Η μέση τιμή της αθροιστικής βαθμολογίας του OHIP-14 ήταν 21,13 (Τ.Α. 11,18), με εύρος τιμών από 0-56. Μόνο 5% των ατόμων του δείγματος δεν ανέφερε ή ανέφερε σπάνια, μία επίπτωση στο σύνολο των ερωτήσεων.

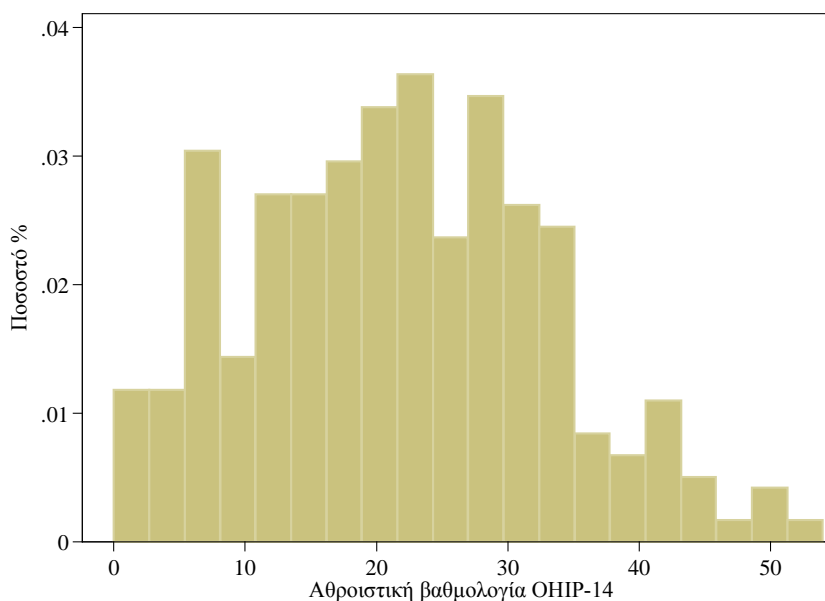
Στις διαστάσεις του λειτουργικού περιορισμού (δυσκολίες στη μάσηση) και της ψυχολογικής δυσφορίας (ενσφήνωση τροφών) καταγράφηκαν τα συχνότερα προβλήματα, ενώ η κοινωνική ανικανότητα (αποφυγή εξόδου, δυσκολίες στα καθημερινά καθήκοντα), παρουσίασε τις λιγότερες επιπτώσεις.

Πίνακας 5.6 Συγκεντρωτικός πίνακας απαντήσεων OHIP-14

	N (%)
Σύνολο	444 (100,0)
Ποιότητα ζωής	
>=1 πρόβλημα & >=Περιστασιακά	418 (94,1)
Ποτέ ή σχεδόν ποτέ για όλα τα προβλήματα	20 (4,5)
Άγνωστο	6 (1,4)
	Mean (SD)
OHIP: δυσκολίες κατά τη μάσηση τροφής	2,01 (1,13)
OHIP: κακή αναπνοή	1,74 (1,14)
OHIP: δυσκολία στην κατανάλωση κάποιας τροφής	1,87 (1,16)
OHIP: πληγές στο στόμα	1,07 (0,98)
OHIP: ενσφήνωση τροφών	2,03 (1,08)
OHIP: ντροπή εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια	1,72 (1,27)
OHIP: αποφυγή κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών	1,80 (1,18)
OHIP: αποφυγή χαμόγελου	1,62 (1,33)
OHIP: διαταραχές ύπνου	1,28 (1,06)
OHIP: διαταραχή συγκέντρωσης	1,26 (1,02)
OHIP: αποφυγή εξόδου	0,95 (0,98)
OHIP: προβλήματα στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων	1,05 (1,01)
OHIP: μεγάλα έξοδα για οδοντιατρικά προβλήματα	1,86 (1,08)
OHIP: μείωση αυτοπεποίθησης	1,42 (1,18)
Αθροιστική βαθμολογία OHIP-14	21,73 (11,18)

Reliability coefficient Cronbach's alpha= 0,92

Γράφημα 5.7. Κατανομή απαντήσεων στην αθροιστική βαθμολογία OHIP-14



5.5 Αυτοαξιολόγηση Στοματικής Υγείας και δείκτης Άγχους

Η μέση βαθμολογία αυτοαξιολόγησης στοματικής υγείας σε κλίμακα 0-10 ήταν σχετικά χαμηλή 6,62 (Πίνακας 5.7, Γράφημα 5.8), ενώ η αξιολόγηση του επιπέδου άγχους έδειξε χαμηλά επίπεδα άγχους (Μ.Ο. 3,59) και μόνο συγκεκριμένες οδοντιατρικές πράξεις όπως π.χ. εξαγωγές και η αναισθητική ένεση φαίνεται να συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά άγχους. (Πίνακας 5.8, Γράφημα 5.9)

Πίνακας 5.7. Κατανομή απαντήσεων αυτοαξιολόγησης επιπέδου στοματικής υγείας

	Mean (SD)
Αυτοαξιολόγηση: Υγεία	7,42 (1,72)
Αυτοαξιολόγηση: Στοματική υγεία	6,38 (2,16)
Αυτοαξιολόγηση: Ικανοποίηση από στοματική υγεία	6,23 (2,30)
Αυτοαξιολόγηση: στοματική υγεία σε σχέση με άλλους	6,41 (2,26)
Μέση βαθμολογία αυτοαξιολόγησης στομ. υγείας	6,62 (1,85)

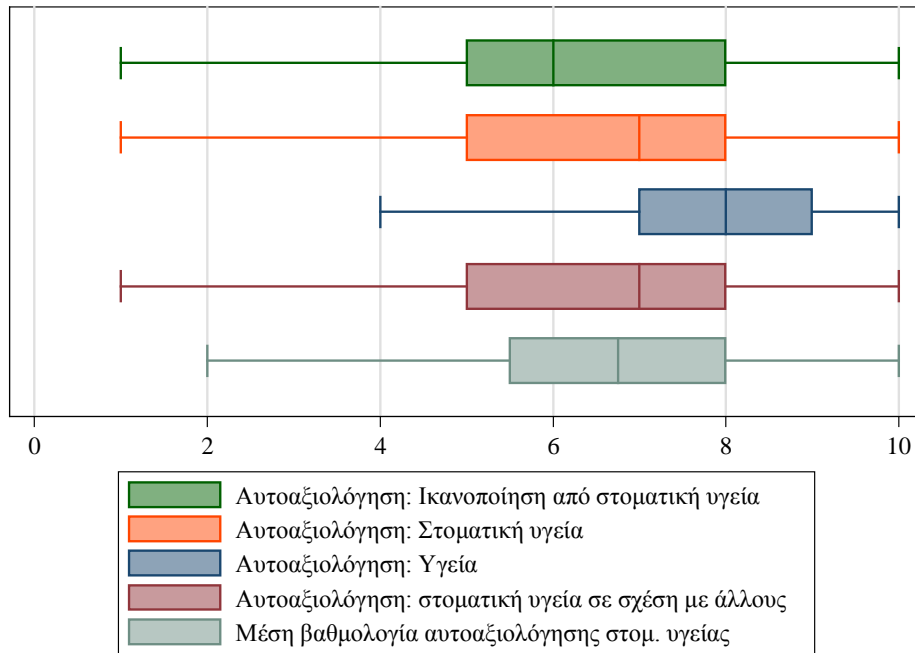
Reliability coefficient Cronbach's alpha= 0,89

Πίνακας 5.8. Κατανομή απαντήσεων δείκτη άγχους

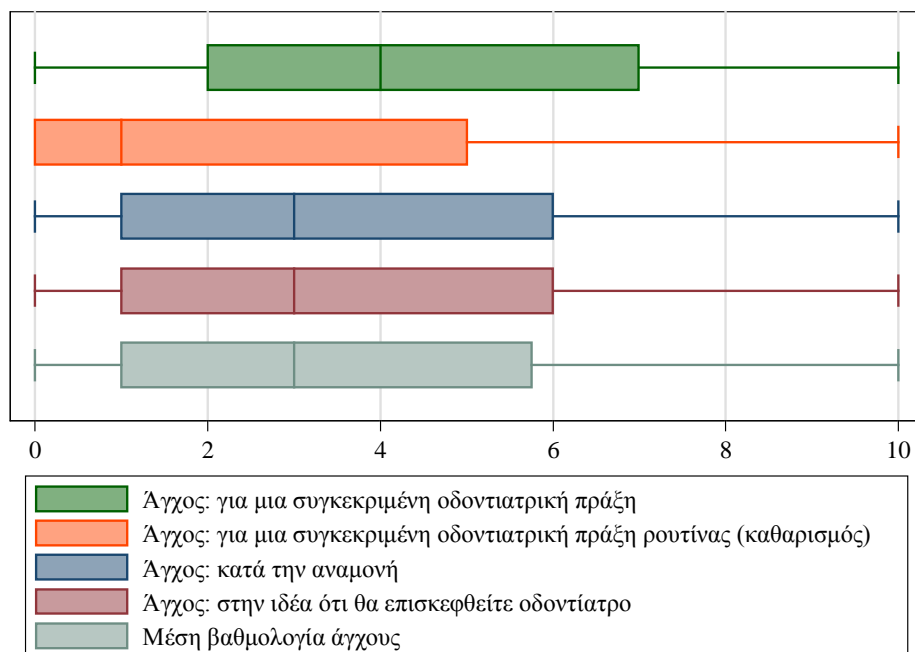
	Mean (SD)
Άγχος: στην ιδέα ότι θα επισκεφθείτε οδοντίατρο	3,79 (3,06)
Άγχος: κατά την αναμονή	3,69 (3,07)
Άγχος: για μια συγκεκριμένη οδοντιατρική πράξη	4,22 (3,08)
Άγχος: για μια συγκεκριμένη οδοντιατρική πράξη ρουτίνας (καθαρισμός)	2,61 (2,90)
Μέση βαθμολογία άγχους	3,59 (2,77)

Reliability coefficient Cronbach's alpha= 0,93

Γράφημα 5.8. Απαντήσεις αυτοαξιολόγησης στοματικής υγείας



Γράφημα 5.9. Απαντήσεις Δείκτη Άγχους



5.6 Συσχετίσεις

5.6.1. Συσχέτιση ικανοποίησης με κοινωνικοοικονομικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά, ΟΗΡ, αυτοαξιολόγηση επιπέδου στοματικής υγείας, δείκτη άγχους, κλπ

Από τη συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης με κοινωνικοοικονομικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά (Πίνακας 5.9) και την αντίστοιχη μονοπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας 5.10) προκύπτει ότι η ικανοποίηση, συσχετίζεται με την ηλικία, την εκπαίδευση και το κάπνισμα, δείχνοντας ότι τα άτομα κάτω των 20, πάνω των 70, εκείνα που έχουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης καθώς και εκείνα που δεν καπνίζουν είναι τα περισσότερο ικανοποιημένα.

Από την ανάλυση συσχέτισης της ικανοποίησης με άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακες 5.11 και 5.12), φάνηκε ότι αυτή συσχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής (ΟΗΡ), θετικά με το επίπεδο στοματικής υγείας, ενδεικτικά αρνητικά με το άγχος, ενώ δεν διαφοροποιείται ανάλογα με τον κύριο λόγο επίσκεψης και την κλινική αντιμετώπισης.

Πίνακας 5.9 Συσχέτιση ικανοποίησης με κοινωνικοοικονομικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά

		Mean (SD)	p-value
Φύλο	Άνδρας	8,39 (1,26)	0,888
	Γυναίκα	8,41 (1,48)	
Ηλικία	έως 20	9,08 (1,00)	0,095
	21-30	7,95 (1,72)	
	31-40	8,04 (1,75)	
	41-50	8,42 (1,39)	
	51-60	8,45 (1,27)	
	61-70	8,56 (1,16)	
	70+	8,95 (1,02)	
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος	8,30 (1,50)	0,100
	Άνεργος	8,32 (1,47)	
	Συνταξιούχος	8,62 (1,15)	
Εκπαίδευση	Υποχρεωτική	8,44 (1,11)	0,239
	Δευτεροβάθμια	8,34 (1,45)	
	Τριτοβάθμια	8,51 (1,26)	
	Κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος	9,25 (0,50)	
Ετήσιο ατομικό εισόδημα	έως 6.000ευρώ	8,43 (1,37)	0,169
	6.001-12.000	8,29 (1,40)	
	12.001-24.000	8,61 (1,22)	
	πάνω από 24.000ευρώ	9,00 (1,05)	
Καπνιστής/τρια	ΟΧΙ	8,55 (1,32)	0,008
	ΝΑΙ	8,17 (1,48)	

Πίνακας 5.10. Μονοπαραγοντικά μοντέλα για τη σχέση ικανοποίησης με δημογραφικά-κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά

Παράγοντας	exp(b)	95% C.I.	p-value	Global test
Φύλο				0,884
Ανδρας*	1			
Γυναίκα	1,01	(0,84, 1,23)	0,884	
Ηλικία				0,019
έως 20	1,82	(0,93, 3,55)	0,080	
21-30	0,71	(0,49, 1,03)	0,069	
31-40	0,75	(0,54, 1,05)	0,098	
41-50	0,98	(0,76, 1,27)	0,886	
51-60*	1			
61-70	1,09	(0,83, 1,43)	0,539	
70+	1,57	(0,97, 2,54)	0,068	
Επαγγελματική κατάσταση				0,069
Εργαζόμενος*	1			
Άνεργος	1,01	(0,79, 1,30)	0,927	
Συνταξιούχος	1,28	(1,02, 1,61)	0,037	
Εκπαίδευση				0,037
Υποχρεωτική	1,08	(0,83, 1,41)	0,568	
Δευτεροβάθμια*	1			
Τριτοβάθμια	1,14	(0,92, 1,42)	0,239	
Κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού	2,46	(1,31, 4,62)	0,005	
Ετήσιο ατομικό εισόδημα				0,111
έως 6.000ευρώ*	1			
6.001-12.000	0,90	(0,70, 1,17)	0,452	
12.001-24.000	1,16	(0,87, 1,55)	0,32	
πάνω από 24.000ευρώ	1,68	(0,82, 3,46)	0,159	
Καπνιστής/τρια				0,008
OXI*	1			
NAI	0,76	(0,62, 0,93)	0,008	

* Κατηγορία αναφοράς

Επίσης σύμφωνα με την πολυπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας 5.13), παράγοντες όπως ηλικία, κλινική, εκπαίδευση, αυτοαξιολόγηση επιπέδου στοματικής υγείας και σχετιζόμενη με την στοματική υγεία ποιότητα ζωής, δείχνουν να έχουν ανεξάρτητη επίδραση στην ικανοποίηση. Όσον αφορά στον παράγοντα ‘κλινική’, παρέμεινε στο πολυπαραγοντικό μοντέλο παρότι δεν ήταν σημαντικός παράγοντας, επειδή ήταν μέρος του αρχικού σχεδιασμού. Πιθανότατα τα αποτελέσματα από την ίδια κλινική, είναι συσχετισμένα σε κάποιο βαθμό μεταξύ τους (clustering). Η ανάλυση αυτή έδωσε τα ίδια περίπου αποτελέσματα συσχέτισης όσον αφορά στην εκπαίδευση και στην αυτοαξιολόγηση στοματικής υγείας, ενώ όσο αφορά στην αθροιστική βαθμολογία του OHIP φαίνεται μια ενδεικτική ($p=0,089>0,05$ & $<0,10$) αρνητική συσχέτιση.

Πίνακας 5.11. Συσχέτιση ικανοποίησης με άλλους παράγοντες (OHIP, αυτοαξιολόγηση επιπέδου στοματικής υγείας, άγχος, κλπ)

	Spearman's p-value	
Αθροιστική βαθμολογία OHIP-14	-0,189	<0,001
Μέση βαθμολογία άγχους	-0,092	0,058
Μέση βαθμολογία αυτοαξιολόγησης στομ. υγείας	0,264	<0,001
	Mean (SD)	p-value
Κύριος λόγος επίσκεψης		
Πόνος	8,38 (1,40)	0,845
Έλεγχος	8,35 (1,73)	
Αποκατάσταση	8,43 (1,32)	
Αισθητική	8,69 (1,08)	
Κλινική		
Προπτυχιακή	8,40 (1,35)	0,847
Μεταπτυχιακή	8,43 (1,51)	

Πίνακας 5.12. Μονοπαραγοντικά μοντέλα για τη σχέση ικανοποίησης με άλλους παράγοντες (OHIP, άγχος, αυτοαξιολόγηση κλπ)

Παράγοντας	exp(b)	95% C.I.	p-	Global test
Αθροιστική βαθμολογία OHIP-14				
ανά 5 μονάδες αύξηση	0,93	(0,88, 0,97)	0,002	
Μέση βαθμολογία άγχους				
ανά 1 μονάδα αύξηση	0,98	(0,94, 1,01)	0,184	
Μέση βαθμολογία αυτοαξιολόγησης				
ανά 1 μονάδα αύξηση	1,13	(1,07, 1,20)	<0,001	
Κύριος λόγος επίσκεψης				0,772
Πόνος	0,97	(0,77, 1,22)	0,775	
Έλεγχος	0,95	(0,69, 1,29)	0,723	
Αποκατάσταση*	1			
Αισθητική	1,24	(0,77, 1,98)	0,379	
Κλινική				0,855
Προπτυχιακή*	1			
Μεταπτυχιακή	1,02	(0,81, 1,29)	0,855	

Πίνακας 5.13 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικού μοντέλου

Παράγοντας	exp(b)	95% C.I.	p-value
Κλινική			
Προπτυχιακή*	1		
Μεταπτυχιακή	1,00	(0,79, 1,25)	0,975
Ηλικία			
έως 20	1,61	(0,79, 3,31)	0,192
21-30	0,69	(0,48, 1,00)	0,048
31-40	0,82	(0,62, 1,09)	0,175
41-50	1,07	(0,81, 1,40)	0,654
51-60*	1		
61-70	1,04	(0,79, 1,36)	0,787
70+	1,48	(0,92, 2,39)	0,105
Εκπαίδευση			
Υποχρεωτική	1,02	(0,78, 1,34)	0,879
Δευτεροβάθμια*	1		
Τριτοβάθμια	1,14	(0,91, 1,44)	0,249
Κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος	2,52	(1,32, 4,81)	0,005
Μέση βαθμολογία αυτοαξιολόγησης στομ. υγείας			
ανά 1 μονάδα αύξηση	1,13	(1,07, 1,19)	<0,001
Αθροιστική βαθμολογία OHIP-14			
ανά 5 μονάδες αύξηση	0,96	(0,91, 1,01)	0,089

* Κατηγορία αναφοράς

Ηλικία: Global Wald test chi-square=12,789, p=0,047

Εκπαίδευση: Global Wald test chi-square=8,353, p=0,039

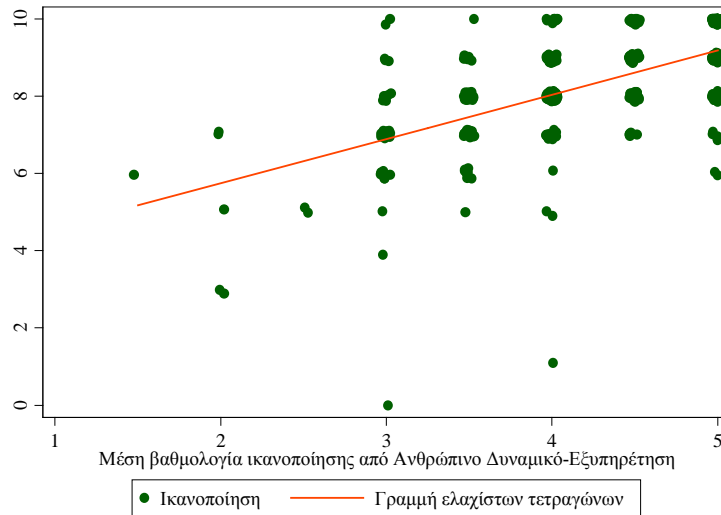
5.6.2. Συσχέτιση επιμέρους παραγόντων με ικανοποίηση

Από την ανάλυση αυτή αποδεικνύεται ότι όλοι οι επιμέρους παράγοντες, εκτός του χρόνου αναμονής, έχουν θετική σημαντική σχέση με την ικανοποίηση και ότι η εξυπηρέτηση (Γράφημα 5.10) και η συμπεριφορά τόσο των φοιτητών όσο και του προσωπικού που το επιβλέπει έχουν τις μεγαλύτερες συσχετίσεις σε αντίθεση με την προσβασιμότητα και τις προσδοκίες (Γράφημα 5.11) που έχουν τις χαμηλότερες συσχετίσεις. Στον παρακάτω πίνακα αναγράφονται οι συντελεστές συσχέτισης Spearman και τα p-values.

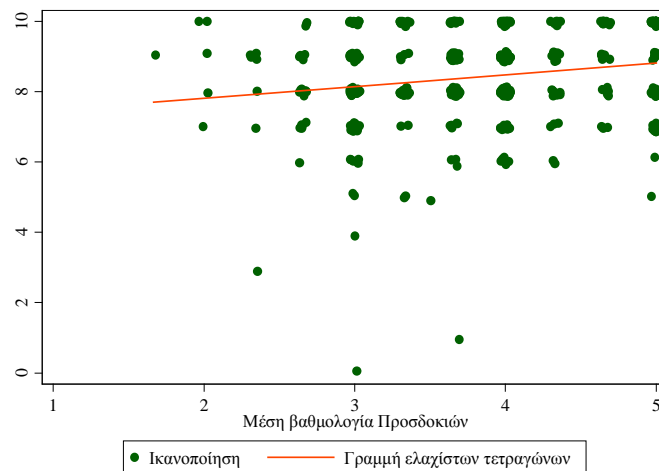
Πίνακας 5.14 Συσχέτιση ικανοποίησης-επιμέρους παραγόντων

	Spearman's p-value	
Προσπελασιμότητα- ραντεβού	0,392	<0,001
Προσπελασιμότητα- χρόνος αναμονής	-0,070	0,155
'Μέση βαθμολογία προσβασιμότητας	0,183	<0,001
'Μέση βαθμολογία Ανθρ. Δυναμικού-Εξυπηρέτησης'	0,570	<0,001
'Μέση βαθμολογία Συμπεριφοράς	0,501	<0,001
'Μέση βαθμολογία Ενημέρωσης	0,454	<0,001
Μέση βαθμολογία για το Περιβάλλον'	0,499	<0,001
'Μέση βαθμολογία Προσδοκιών'	0,185	<0,001
'Μέση βαθμολογία Αξιολόγησης'	0,444	<0,001
Κόστος θεραπείας	0,401	<0,001

Γράφημα 5.10. Στικτόγραμμα για τη σχέση ικανοποίησης με 'Μέση βαθμολογία Εξυπηρέτησης'



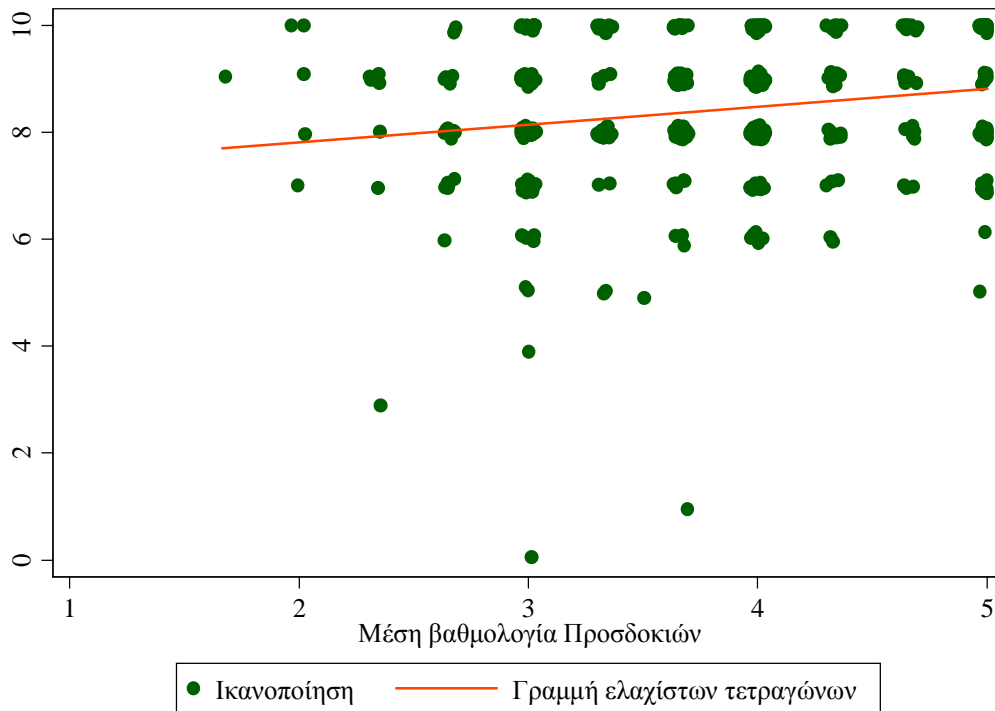
Γράφημα 5.11. Στικτόγραμμα για τη σχέση ικανοποίησης με 'Μέση βαθμολογία Προσδοκιών'



5.6.3. Συσχέτιση προσδοκιών και αξιολόγησης

Η συσχέτιση αυτή δείχνει ότι υπάρχει θετική και σημαντική συσχέτιση μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και της αξιολόγησης των προσφερομένων σε αυτούς υπηρεσιών, αλλά μέτριας προς χαμηλής ισχύος. Η αξιολόγηση δεν συμβάδιζε πάντα με τις προσδοκίες.

Γράφημα 5.12. Στικτόγραμμα για τη σχέση ικανοποίησης με 'Μέση βαθμολογία Προσδοκιών'



Συντελεστής συσχέτισης Spearman: 0,85
p-value: <0,001

5.6.4. Συσχέτιση OHIP-14 με ανεξάρτητες μεταβλητές

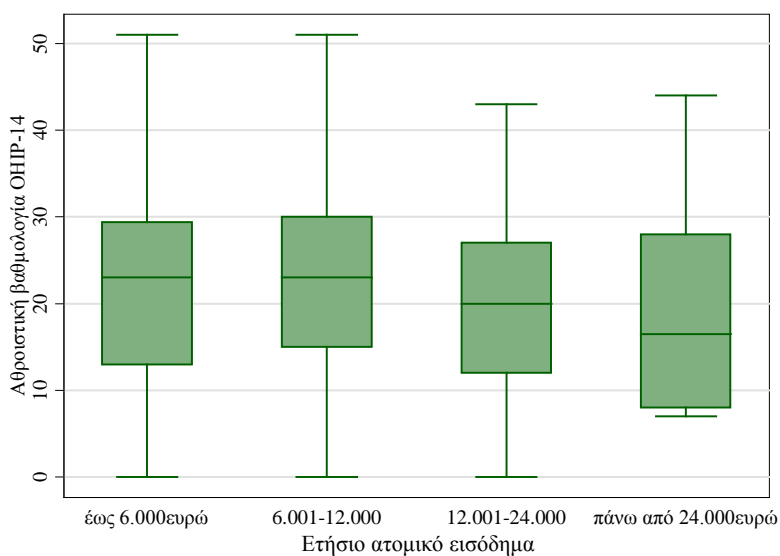
Αναλύοντας τη συσχέτιση του δείκτη στοματικής υγείας με κοινωνικοοικονομικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά, δείκτη άγχους, αυτοαξιολόγηση στοματικής υγείας, κλινικής αντιμετώπισης και κύριου λόγου επίσκεψης, βλέπουμε ότι τα χαμηλά εισοδήματα (Γράφημα 5.13) και το κάπνισμα (Γράφημα 5.14) συνδέονται με υψηλότερα σκορ του OHIP-14. Θετική αλλά ασθενή σχέση έχει με το δείκτη άγχους (Γράφημα 5.15), δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το άγχος τόσο χειρότερη είναι η ποιότητα ζωής. Αναμενόμενη είναι η αρνητική σχέση του με την αυτοαξιολόγηση: Υψηλό επίπεδο αυτοαξιολόγησης στοματικής υγείας (Γράφημα 5.17), καλύτερη ποιότητα ζωής (χαμηλό σκορ OHIP-14). Μεγαλύτερα σκορ OHIP-14 έδωσαν οι ασθενείς των οποίων ο κύριος λόγος επίσκεψης ήταν ο πόνος και η αποκατάσταση, ενώ οριακά υψηλότερα σκορ είχαν οι

ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν στην μεταπτυχιακή κλινική (Γράφημα 5.16) , πιθανόν λόγω σοβαρότερων προβλημάτων που αντιμετώπιζαν. (Πίνακας 5.15, 5.16, 5.17 και 5.18)
Τα ίδια περίπου αποτελέσματα έδωσε και η πολυπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας 5.19)

Πίνακας 5.15 Συσχέτιση ποιότητας ζωής με κοινωνικοοικονομικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά

		Mean (SD)	p-value
Φύλο	<i>Άνδρας</i>	20,82 (10,54)	0,163
	<i>Γυναίκα</i>	22,35 (11,57)	
Ηλικία	<i>έως 20</i>	20,22 (10,00)	0,580
	<i>21-30</i>	21,02 (11,40)	
	<i>31-40</i>	20,88 (10,25)	
	<i>41-50</i>	24,34 (10,56)	
	<i>51-60</i>	21,13 (10,40)	
	<i>61-70</i>	21,46 (12,99)	
	<i>70+</i>	19,19 (14,08)	
Επαγγελματική κατάσταση	<i>Εργαζόμενος</i>	22,64 (11,05)	0,463
	<i>Άνεργος</i>	21,86 (10,82)	
	<i>Συνταξιούχος</i>	21,03 (11,68)	
Εκπαίδευση	<i>Υποχρεωτική</i>	20,36 (11,04)	0,573
	<i>Δευτεροβάθμια</i>	22,60 (11,32)	
	<i>Τριτοβάθμια</i>	20,50 (10,88)	
	<i>Κάτοχος μεταπτυχιακού</i>	26,00 (9,09)	
Ετήσιο ατομικό εισόδημα	<i>έως 6.000ευρώ</i>	22,51 (11,48)	0,038
	<i>6.001-12.000</i>	23,47 (11,13)	
	<i>12.001-24.000</i>	19,61 (10,65)	
	<i>πάνω από 24.000ευρώ</i>	19,40 (13,07)	
Καπνιστής/τρια	<i>ΟΧΙ</i>	19,80 (11,24)	<0,001
	<i>ΝΑΙ</i>	25,10 (9,87)	

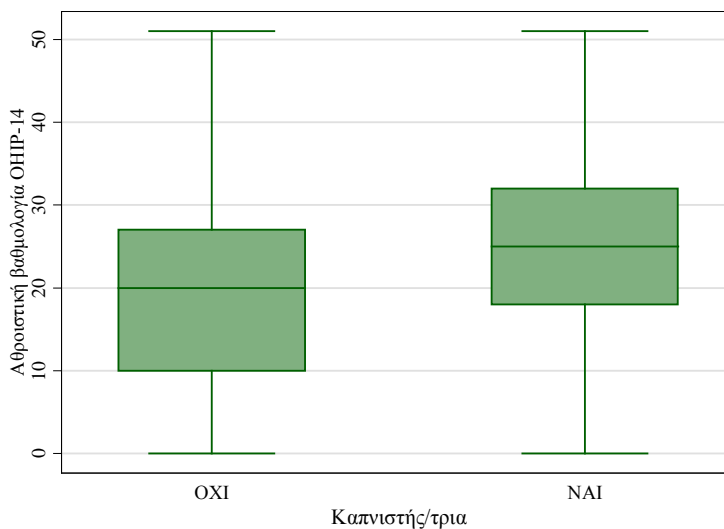
Γράφημα 5.13. Σχέση ποιότητας ζωής με 'Ετήσιο ατομικό εισόδημα'



Πίνακας 5.16 Μονοπαραγοντικά μοντέλα για τη σχέση ποιότητας ζωής με κοινωνικοοικονομικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Παράγοντας	exp(b)	95% C.I.	p-value	Global test p-value
Φύλο				0,155
Άνδρας*	1			
Γυναίκα	1,12	(0,96, 1,31)	0,155	
Ηλικία				0,210
έως 20	0,93	(0,60, 1,45)	0,758	
21-30	0,99	(0,73, 1,35)	0,957	
31-40	0,98	(0,77, 1,26)	0,881	
41-50	1,27	(1,04, 1,55)	0,018	
51-60*	1			
61-70	1,03	(0,79, 1,34)	0,851	
70+	0,86	(0,54, 1,38)	0,535	
Επαγγελματική κατάσταση				0,473
Εργαζόμενος*	1			
Άνεργος	0,94	(0,78, 1,14)	0,555	
Συνταξιούχος	0,89	(0,73, 1,08)	0,222	
Εκπαίδευση				0,172
Υποχρεωτική	0,84	(0,65, 1,09)	0,192	
Δευτεροβάθμια*	1			
Τριτοβάθμια	0,85	(0,71, 1,02)	0,084	
Κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού	1,28	(0,73, 2,26)	0,392	
Ετήσιο ατομικό εισόδημα				0,035
έως 6.000ευρώ*	1			
6.001-12.000	1,07	(0,87, 1,33)	0,519	
12.001-24.000	0,8	(0,63, 1,02)	0,070	
πάνω από 24.000ευρώ	0,79	(0,42, 1,48)	0,462	
Καπνιστής/τρια				<0,001
OXI*	1			
NAI	1,48	(1,27, 1,73)	<0,001	

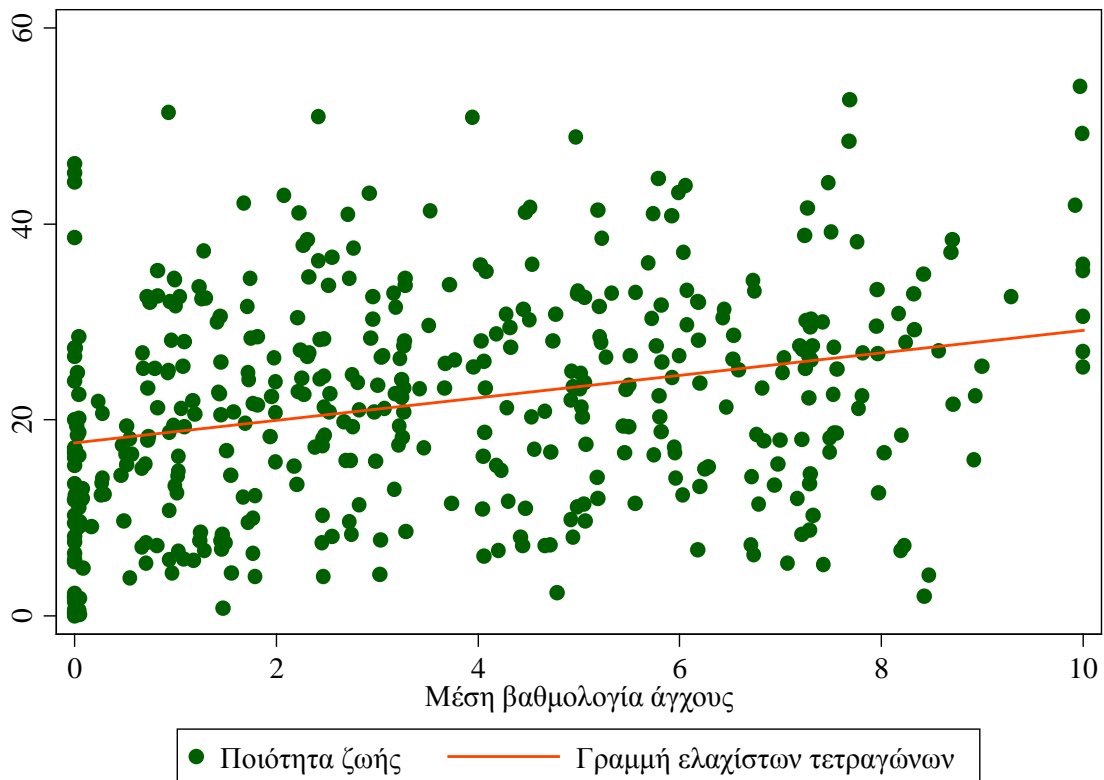
Γράφημα 5.14 Σχέση ποιότητας ζωής με 'Κάπνισμα'



Πίνακας 5.17 Συσχέτιση ποιότητας ζωής με άλλους παράγοντες (άγχος, αυτοαξιολόγηση κλπ)

	Spearman's	p-value
Μέση βαθμολογία άγχους	0,297	<0,001
Μέση βαθμολογία αυτοαξιολόγησης στομ. υγείας	-0,498	<0,001
	Mean (SD)	p-value
Κύριος λόγος επίσκεψης		<0,001
Πόνος	22,62	
Έλεγχος	15,72 (7,64)	
Αποκατάσταση	23,98	
Αισθητική	18,65	
Κλινική		0,054
Προπτυχιακή	21,10	
Μεταπτυχιακή	23,40	

Γράφημα 5.15 Στικτόγραμμα για τη σχέση ποιότητας ζωής με 'Μέση βαθμολογία άγχους'

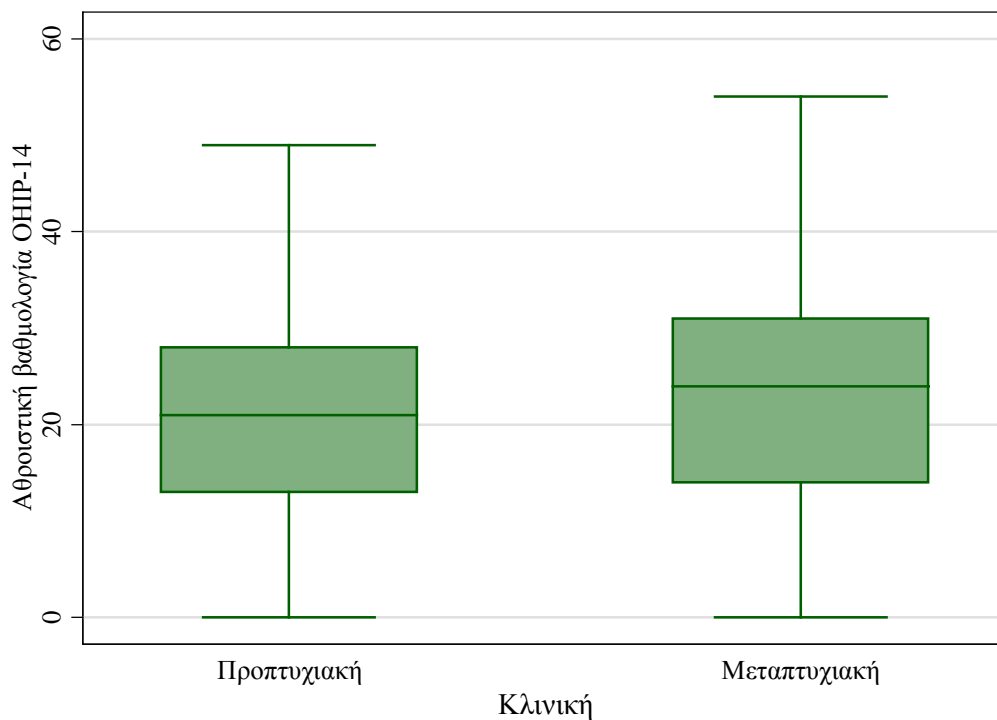


Πίνακας 5.18 Μονοπαραγοντικά μοντέλα για τη σχέση ποιότητας ζωής με άλλους παράγοντες (άγχος, αυτοαξιολόγηση κλπ)

Παράγοντας	exp(b)	95% C.I.	p-value	Global test p-value
Μέση βαθμολογία άγχους				<0,001
Ανά 1 μονάδα αύξηση	1,09	(1,06, 1,12)	<0,001	
Μέση βαθμολογία				<0,001
Ανά 1 μονάδα αύξηση	0,8	(0,76, 0,83)	<0,001	
Κύριος λόγος επίσκεψης				<0,001
Πόνος	0,9	(0,75, 1,09)	0,3	
Έλεγχος	0,52	(0,43, 0,63)	<0,001	
Αποκατάσταση*	1			
Αισθητική	0,67	(0,43, 1,02)	0,065	
Κλινική				0,062
Προπτυχιακή*	1			
Μεταπτυχιακή	1,19	(0,99, 1,42)	0,062	

* Κατηγορία αναφοράς

Γράφημα 5.16 Σχέση ποιότητας ζωής με 'Κλινική'



Πίνακας 5.19 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικού μοντέλου

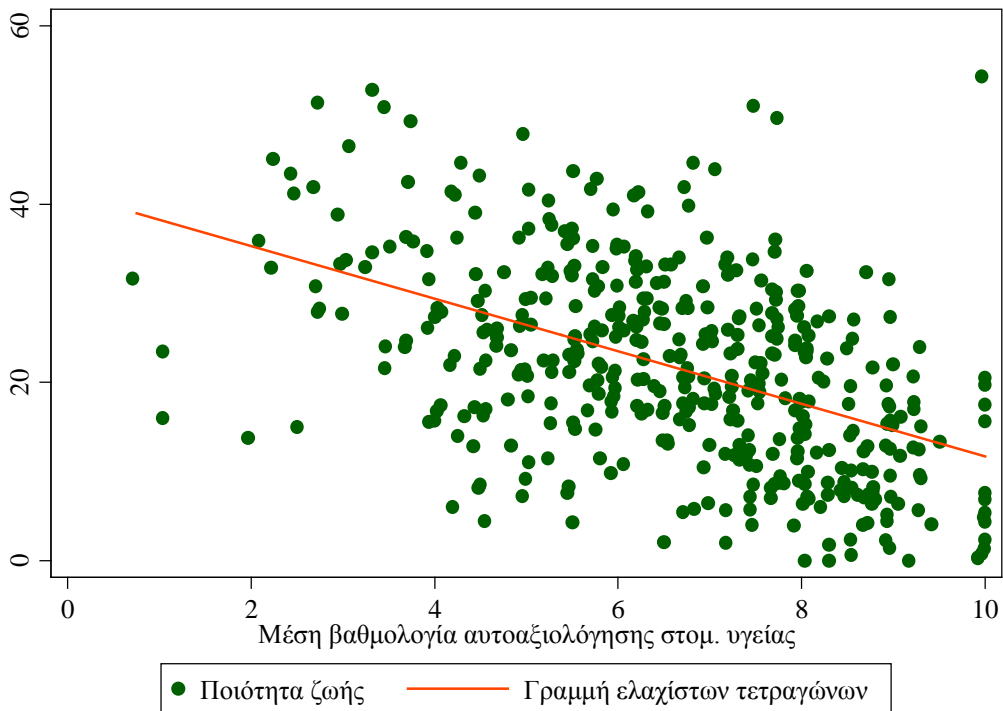
Παράγοντας	exp(b)	95% C.I.	p-value
Εκπαίδευση			
Υποχρεωτική	0,73	(0,56, 0,94)	0,017
Δευτεροβάθμια*	1		
Τριτοβάθμια	0,90	(0,77, 1,05)	0,199
Κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος	1,56	(1,24, 1,97)	<0,001
Μέση βαθμολογία αυτοαξιολόγησης Σ.Υ.			
Ανά 1 μονάδα αύξησης	0,83	(0,79, 0,87)	<0,001
Καπνιστής/τρια			
ΟΧΙ*	1		
ΝΑΙ	1,24	(1,07, 1,44)	0,005
Κύριος λόγος επίσκεψης			
Πόνος	0,87	(0,73, 1,04)	0,118
Έλεγχος	0,70	(0,58, 0,83)	<0,001
Αποκατάσταση*	1		
Αισθητική	0,89	(0,67, 1,19)	0,445
Μέση βαθμολογία άγχους			
Ανά 1 μονάδα αύξησης	1,07	(1,04, 1,10)	<0,001

* Κατηγορία αναφοράς

Εκπαίδευση: Global Wald test chi-square=29,468, p=<0,001

Αιτία επίσκεψης: Global Wald test chi-square=16,179, p=0,001

Γράφημα 5.17 Στικτόγραμμα για τη σχέση ποιότητας ζωής με ' αυτοαξιολόγηση στομ. υγείας'



Εισηγήσεις

6.1 Συζήτηση

Στόχος της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής ήταν α) η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών καθώς και η μέτρηση της και β) η αποτίμηση της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών και η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών που την προσδιορίζουν.

Στην έρευνα συμμετείχαν 444 από τους περίπου 700 ενεργούς ενήλικες ασθενείς με γενικευμένα προβλήματα στο στόμα, που αντιμετωπίστηκαν στην προπτυχιακή και μεταπτυχιακή κλινική συνολικής αντιμετώπισης της Σχολής κατά το διάστημα Απριλίου-Μαΐου του 2014 και στους οποίους δόθηκε ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση. Στο δείγμα δεν συμπεριελήφθησαν άτομα με μεμονωμένα προβλήματα, όπως για παράδειγμα τερηδόνα σε ένα με δύο δόντια, προσθετική αποκατάσταση σε ένα δόντι, κλπ, άτομα που δεν κατανοούσαν πλήρως την Ελληνική γλώσσα.

Μελετήθηκε το δημογραφικό και κοινωνικό προφίλ των ασθενών, μετρήθηκε ο βαθμός της ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Οδοντιατρικής Σχολής και διερευνήθηκαν οι παράγοντες που τη διαμορφώνουν και την προσδιορίζουν.

Εξετάσθηκε η συσχέτιση ή μη των ανεξάρτητων μεταβλητών όπως το φύλο, η ηλικία, το ετήσιο ατομικό εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, επίπεδο αυτοαξιολόγησης της στοματικής υγείας, ο δείκτης άγχους, το αθροιστικό σκορ του δείκτη στοματικής υγείας (OHIP-14), με το βαθμό ικανοποίησης που οι συμμετέχοντες έδωσαν.

Διερευνήθηκε, επίσης, η συσχέτιση των ανεξάρτητων μεταβλητών με τη σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής.

Το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα δομημένο σε πέντε θεματικές ενότητες ερωτηματολόγιο, που είχε χρησιμοποιηθεί επίσης και στην έρευνα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, το 2010, για τη διερεύνηση των ανισοτήτων, της ικανοποίησης από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες και της σχέσης στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής των Ελλήνων. Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων, διαπιστώνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (95,7%), είχε θετική άποψη για τις παρεχόμενες από την Οδοντιατρική Σχολή υπηρεσίες

οδοντιατρικής περίθαλψης, βαθμολογώντας τες μάλιστα με μέσο όρο 8,4 στην κλίμακα 0-10. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει τόσο με προηγούμενες έρευνες ικανοποίησης ιατρικής περίθαλψης (Fitzpatrick 2000), όσο και με την έρευνα της ΕΟΟ.

Στο σημείο αυτό, όμως, θα πρέπει να αναφερθεί η άποψη των Locker & Dunt (1978), σύμφωνα με την οποία η υψηλή θετική γνώμη που χαρακτηρίζει συνήθως τη μέτρηση της ικανοποίησης από τις υγειονομικές υπηρεσίες, οφείλεται σε κοινωνική προκατάληψη, σε σκοπιμότητα και σε απροθυμία να εκφράσουν αρνητική γνώμη σε ερωτήσεις που αφορούν σε εκείνους που τους παρέχουν περίθαλψη.

Οι κύριες ηλικιακές ομάδες του δείγματος ήταν 41-50 και 51-60, με την πλειοψηφία των ασθενών να είναι γυναίκες (59,9%), κάτι που συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες (Charalambous, 2004; Woolfolk et al., 1999), οι οποίες πιστοποιούν και επιβεβαιώνουν την κοινή αίσθηση πως οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα το γιατρό και ακολουθούν πιο πιστά τη συνιστώμενη αγωγή.

Οι περισσότεροι ασθενείς επισκέφθηκαν περισσότερες από μία φορές τον οδοντίατρο κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους με κυριότερες αιτίες επίσκεψης τον πόνο και την αποκατάσταση. Στο ίδιο συμπέρασμα είχε καταλήξει και η έρευνα της ΕΟΟ.

Κύριο αποτρεπτικό παράγοντα μη χρήσης ιδιωτικού οδοντιατρείου αποτελεί το κόστος, οδοντιατρείου ασφαλιστικού φορέα η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, επιβεβαιώνοντας την έρευνα της ΕΟΟ, ενώ αιτίες μη χρήσης της Οδοντιατρικής Σχολής αποτελούν η έναρξη και η χρονική διάρκεια της θεραπείας, γεγονός που εξηγείται από τον εκπαιδευτικό χαρακτήρα της Σχολής.

Οι συνεχείς ασφαλιστικές μεταρρυθμίσεις αποτελούν πηγή δυσαρέσκειας για τους ασθενείς και η πλειονότητά τους θα στρεφόταν στη δημόσια οδοντιατρική περίθαλψη εξ' αιτίας της οικονομικής κρίσης. Αυτό το εύρημα είναι αντιφατικό με αποτέλεσμα προηγούμενης έρευνας (Κομνηνού, 2012).

Η έρευνα αυτή ανέδειξε ως κύριους προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης από την οδοντιατρική περίθαλψη που παρέχει Σχολή τους παρακάτω: (Στις παρενθέσεις αναγράφονται προηγούμενες μελέτες που επιβεβαιώνουν τα ευρήματα)

✚ Τη διάρκεια θεραπείας (Holt and McHugh, 1997)

- ✚ Το κόστος θεραπείας (Alvesalo et al, 1984; Barnes 1985;, Chu et al, 2001; Δημητριάδης και συν, 2008; Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Τον εξοπλισμό της κλινικής (Δημητριάδης και συν, 2008; Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Την ενημέρωση σχετικά με τα προβλήματα και το σχέδιο θεραπείας (Δημητριάδης και συν, 2008)
- ✚ Την ύπαρξη οδοντιατρικού άγχους (Liddel, 1991; Locker et al, 1996)
- ✚ Τις προσδοκίες του ατόμου από την αναμονή (Clow et al, 1995; Chu et al, 2001)
- ✚ Το περιβάλλον (Zeithaml et al, 1990; Λιονής 2011)
- ✚ Τις συνθήκες υγιεινής της κλινικής (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Την αποστείρωση των χώρων και των εργαλείων (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης (Goethart et al, 1996)
- ✚ Την τοποθεσία του οδοντιατρείου και την προσβασιμότητα (Unell et al, 1996, Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Τον προγραμματισμό των ραντεβού και την τήρησή τους (Djemaa et al 2011; Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής τους (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Το αποτέλεσμα μετά την ολοκλήρωση της οδοντιατρικής θεραπείας (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
- ✚ Τη συμπεριφορά (Zeithaml et al, 1990)
- ✚ Κοινωνικά, οικονομικά, δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά όπως:
 - ✓ Την ηλικία (Lahti et al, 1996; Stege et al, 1996; Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
 - ✓ Το επίπεδο εκπαίδευσης (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)
 - ✓ Την οικονομική κατάσταση (Golletz et al 1995; Curbow, 1986; Υφαντόπουλος και Ουλής, 2010)

Επιπρόσθετα σύμφωνα με την έρευνά μας η Σχετιζόμενη με τη Στοματική Υγεία Ποιότητα Ζωής των ατόμων με χαμηλό εισόδημα είναι μειωμένη σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλότερο (Johansson et al., 2010).

Σε μελέτη των Caglayan et al. (2009), εδείχθη ότι η ΣΣΥΠΖ, επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης, συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει και η παρούσα.

Η μελέτη των Hassel et al. (2006), που είχε ως σκοπό τη σχέση μεταξύ της ΣΣΥΠΖ και τριών ηλικιακών ομάδων (έφηβοι, ενήλικες, υπερήλικες), έδειξε ότι αυτή διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την ομάδα, ενώ τα ευρήματα της παρούσας δεν συνάδουν με αυτό.

6.2 Περιορισμοί της μελέτης

Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτής της έρευνας θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ο χώρος διεξαγωγής της, ο οποίος είναι ένας φορέας στον οποίο παρέχονται τα δύο σημαντικότερα κοινωνικά αγαθά ενός οργανωμένου Κράτους-Πρόνοιας, η Υγεία και η Παιδεία.

Επιπλέον δεν ευρέθησαν αντίστοιχες ελληνικές μελέτες, ώστε να πραγματοποιηθεί σύγκριση των αποτελεσμάτων και να εξαχθούν πιο ασφαλή και ουσιαστικά συμπεράσματα.

Άλλωστε, στην Ελλάδα υπάρχουν μόνο δύο Οδοντιατρικές Σχολές, αυτή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και αυτή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στις οποίες μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί άλλη μελέτη μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους.

6.3 Συμπεράσματα

Τα κυριότερα συμπεράσματα της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι:

- ✚ Οι ασθενείς που προσέρχονται στην Οδοντιατρική Σχολή ανήκουν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάστασης και σχεδόν σε όλα τα οικονομικά επίπεδα.
- ✚ Η οικονομική κρίση, αλλά και η ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη στρέφουν τους ασθενείς για περίθαλψη στη Σχολή, την οποία εμπιστεύονται και επιλέγουν τόσο για την ποιότητα των υπηρεσιών της όσο και για το χαμηλό νοσήλιο που διατηρεί.
- ✚ Κύριοι παράγοντες αποφυγής χρήσης της Σχολής είναι η έναρξη και η χρονική διάρκεια θεραπείας.
- ✚ Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες της Σχολής.
- ✚ Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης είναι η προσβασιμότητα, η ενημέρωση, το περιβάλλον, οι προσδοκίες των ασθενών, η αξιολόγηση των υπηρεσιών από τους ασθενείς, η εξυπηρέτηση και η συμπεριφορά.
- ✚ Η ηλικία, η εκπαίδευση, το κάπνισμα, το εισόδημα, η αθροιστική βαθμολογία του OHIP-14 και το επίπεδο αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας σχετίζονται με την ικανοποίηση, ενώ το φύλο, η επαγγελματική κατάσταση, η κλινική αντιμετώπιση και ο κύριος λόγος επίσκεψης δεν την επηρεάζουν.

- ✚ Υπάρχει θετική και σημαντική συσχέτιση μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και της αξιολόγησης των προσφερομένων σε αυτούς υπηρεσιών, αλλά μέτριας προς χαμηλής ισχύος.
- ✚ Η ΣΣΥΠΖ των ασθενών συνδέεται με το εισόδημα, το κάπνισμα, το επίπεδο αυτοαξιολόγησης, το άγχος και τον κύριο λόγο επίσκεψης.

6.4 Εισηγήσεις

Τις τελευταίες δεκαετίες η αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών των φορέων περίθαλψης, αποκτά όλο και περισσότερο αυξανόμενο επιστημονικό ενδιαφέρον με στόχο τον εντοπισμό και κατ' επέκταση τον εξορθολογισμό των παρεκκλίσεων.

Η επιδείνωση των οικονομικών του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας, η αύξηση του αριθμού των ανέργων και των ανασφαλιστών, η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των ατόμων τρίτης ηλικίας που έχουν αυξημένες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης, το μεγάλο ποσοστό καπνιστών της χώρας μας και κυρίτερα η επιδείνωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης μεγάλης μερίδας του πληθυσμού, με αρνητικές επιπτώσεις τόσο στη στοματική υγεία, όσο και στην πρόσβαση των ατόμων σε υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας καθιστούν την οδοντιατρική Σχολή, σημαντικό πόλο έλξης οδοντιατρικών ασθενών, με δεδομένο το χαμηλό κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει.

Υπό το πρίσμα αυτό, οι τομείς δυσαρέσκειας που ανέδειξε η έρευνα αυτή θα πρέπει να εξορθολογιστούν, διευρύνοντας πιθανώς το ωράριο λειτουργίας των κλινικών, είτε ενσωματώνοντας στη λειτουργία της απογευματινά ιατρεία, θεσπίζοντας χαμηλότερο νοσήλιο από αυτό των ιδιωτικών οδοντιατρείων.

Επίσης, θα μπορούσε να οργανώσει προγράμματα πρόληψης και προαγωγής στοματικής υγείας ανέργων, ανασφαλιστών και αλλοδαπών, καθώς και να προσφέρει δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη σε άτομα που δεν μπορούν να πληρώσουν για αυτήν, αναδεικνύοντας με αυτόν τον τρόπο και τον κοινωνικό της χαρακτήρα.

Όσον αφορά γενικότερα στην κατάσταση στοματικής υγείας των Ελλήνων και στην οδοντιατρική περίθαλψη στη χώρα, επιτακτική προκύπτει η ανάγκη α) δημιουργίας ενός καλά πληροφορημένου υγειονομικού οδοντιατρικού χάρτη της χώρας και β) διεξαγωγής μιας πανελλαδικής επιδημιολογικής μελέτης και καταγραφής της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού, η οποία θα καλύπτει ένα μεγάλο εύρος δείγματος και ηλικιακών ομάδων με στόχους

- την καταγραφή επικαιροποιημένων επιδημιολογικών στοιχείων στοματικής υγείας που θα συμβάλλουν στην ολοκληρωμένη εικόνα του στοματικού προφίλ του Έλληνα πολίτη.
- τη δυνατότητα σύγκρισης της υφιστάμενης κατάστασης διαχρονικά αλλά και σε σχέση με άλλες χώρες.
- την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του οδοντιατρικού κόσμου αλλά και του πληθυσμού για την σημασία της στοματικής υγείας και τις δυνατότητες πρόληψης σε όλες τις ηλικίες.
- τη διερεύνηση των ανισοτήτων όσον αφορά το επίπεδο της κατανομής των κυριότερων νοσημάτων του στόματος στον ελληνικό πληθυσμό όσο και στο επίπεδο των αναγκών οδοντιατρικής περίθαλψης και στον τρόπο με τον οποίο καλύπτονται αυτές από το σύστημα υγείας
- τη χάραξη ενιαίας, μακροχρόνιας και αποτελεσματικής στρατηγικής πολιτικής, με έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της στοματικής υγείας, παιδιών, ενηλίκων, ατόμων τρίτης ηλικίας και ευπαθών ομάδων.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Aaker, D. A., Kumar, V., Day, G. S.** (2004). *Marketing Research* (8th ed.). USA: Wiley and Sons
- Aaronson, N.K., Meyerowitz, B.E., Bard, M., Bloom, J.R.,** (1991). Quality of Life Research in oncology. Past achievements and future priorities. *Cancer*, 67 (3): 839-843.
- Abdellah, F.G. & Levine, E.** (1957). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing research*, 5 (3), 100-108.
- Aharony, L., Strasser, S.,** (1993). Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care research and Review*, 50(1):49-79
- Andaleeb, S.S. Siddiqui, N. Khandakar, S.** (2007). Patient Satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22, 263-273
- Allen F** (2003). Assessment of oral health related quality of life *Health and Quality of Life Outcomes*, 40 doi:10.1186/1477-7525-1-40
- Alvesalo I., Uusi-Heikkilä Y.** (1984). Use of services, care-seeking behavior and satisfaction among university dental clinic patients in Finland Community *Dental Oral Epidemiology* 12(5): 297-302.
- Barnes N,** (1985). Open wide: an examination of how patients select and evaluate their dentist. *Health Market Quarterly*, 3: 49–56.
- Bicking C.A. and Gryna, F.M.** (1979). Process control by statistical methods, in *Quality Control Handbook*, 3rd ed, Mc Grow-Hill, New York
- Blum RH,** (1960). Introduction. *"The Management of the Doctor-Patient Relationship"*, Mc Graw- Hill Book Company Eds Inc, New York, Toronto, London
- Bond S, & Thomas L,** (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 52-63.
- Bowling, A.** (1997). *Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales*. Open University Press, Buckingham, UK
- Buthaina A. Al-Muda,** (2003). Patient Satisfaction with Three Dental Speciality Services: A Centre-Based Study *Medical Principles Practice*, 2003;12:39–43
- Brennan, D., Spencer, J.** (2004). Dimensions of oral health-related quality of life measured by

EQ-5D and OHIP-14. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2: 35.

Brennan, D., Spencer, J. (2006). Mapping oral health-related quality of life to generic health state values. *BMC Health Services Research*, 6: 96

Caglayan F, Altun O, O Miloglou, Dursun M, A Yilmaz, (2009). Correlation between oral health-related quality of life (OHRQoL) oral disorders in a Turkish patient population. *Oral Medicine and Pathology*

Campbell, A. (1981). *The Sense of Well-being in America*. McGraw-Hill, New York.

Campbell, S., Roland, M. and Buetow, S. (2000). Defining quality of care. *Social Science and Medicine*, 51(II):1611-1625.

Campen C., Sixma H., Friele R., Kerssens J., Peters L., (1995). Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. *Medical Care Research and Review*, 52(1):109-133

Chakraborty G, Gaeth G, (1993). Cunningham M. Understanding consumers' preferences for dental service. *Journal of Health Care Market*, 13: 48–58.

Charalambous, C. (2004). “Patients’ satisfaction with urban and rural public dental services in Cyprus.” A report submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master in Science in Dental Public Health in the Faculty of Medicine, University of London.

Chen et al. (1997). *Comparing oral health care systems: A second international collaborative study*; WHO, Geneva

Chu C.H., Yeung C.Y.Y.J., (2001). Lo E.C.M. Monitoring patient satisfaction with university dental services under two fee-paying systems. *Community Dental Oral Epidemiology*, 29(5):390-398

Clow K., Fisher A., O’ Bryan D. (1995). Patient expectations of dental services. *Journal of Health Care Market*, 1995;15:23-31.

Cohen, L.K., Jago, J.D. (1976). Toward the formulation of sociodental indicators. *International Journal of Health Services*, 6: 681-698.

Cohen L, Jago J. (1987). Toward the formulation of socio-dental indicators. *International Journal of Health Services*, 6:681–687

Crow R, Cage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L & Thomas H, (2002). The Measurement of Satisfaction with healthcare: Implications for practice. *Health Technology Assessment*, Vol.6, No. 32.

Coulter, I., Marcus, M., Atchison, K., (1994). Measuring oral health status: Theoretical and methodological challenges. *Social Science and Medicine*, 38: 1531–1541.

- Curbow, B.**, (1986). Health care and poor: psychological implications of restrictive policies. *Health Psychology*,5:375-391.
- Deming, W.E. (1986).** *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.
- Divaris K, Barlow P J, Chendea S A, Cheong W S, Dounis A, Dragan I F, et al., (2008).** *European Journal of Dental Education*, 12(1): 120–130
- Davis P.** (1976). Compliance structures and the delivery of health care: The case of dentistry. *Social Science & Medicine*, 1976, 10:329–337
- Djemaa N., Riopel D., Perez-Gladish B.** (2011). Impact de la taille de l' équipe de travail d' une clinique dentaire sur la satisfaction de la clientèle
- Donabedian A.** (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, 260:1743-48.
- Donabedian A.** (1980). *Exploration in quality assessment and monitoring, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Anne Arbor, Health Administration Press, Michigan
- Dowrick C,** (2001). Behavioral sciences and medicine. In: Dowrick C. ed. *Medicine in Society Arnold*.
- Ekanayake L, Perera I.** (2003). Validation of a Sinhalese translation of the oral health impact profile-14 for use with older adults. *Gerodontology*, 20:95–99
- Engel G.** (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196:129–136
- Exley C,** (2009). Bridging a gap: the (lack of a) sociology of oral health and healthcare, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 31 No. 7 2009 ISSN 0141–9889, pp. 1093–1108.
- Farah C., McCullough M.,** (2008), The role of alcohol in oral carcinogenesis with particular reference to alcohol-containing mouthwashes. *Australian Dental Journal*, 53(4):302-5
- Farquhar M.,** (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3):502-8.
- Fayers, P., Machin, D.** (2000). *Ποιότητα ζωής αξιολόγηση, ανάλυση και ερμηνεία*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Fernandes, M., Ruta, D., Ogden, G., Pitts,** (2006). Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: Validation of the OHIP-14. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34: 53–62.
- Fisher MA., Mascarenhas AK.J.** (2009). A comparison of medical and dental outcomes for Medicaid-insured and uninsured Medicaid-eligible children: a U.S. population-based study.

American Dental Association, 140(11):1403-12.

Fitzpatrick, R., (2000). Surveys of Patient Satisfaction: Important General Considerations, *British Medical Journal*, Vol.302, p. 887 – 889, in McCarthy, K., McGee, H.M. & O' Boyle, C.A., Outpatient Clinic Waiting Times and Non-attendance as Indicators of Quality, *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 5, No. 3, pp. 287 – 293.

Freeman R, (1998), A psychodynamic theory for dental phobia. *British Dental Journal*, 184(4): 170-172.

Gill, T.M., Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*, 272: 619-625.

Gift, H.C., Atchison, K.A. (1995). Oral health, health, and health-related quality of life. *Medical Care*, 33 (11 Suppl): 57-77.

Gift H, Atchison K, Dayton M. (1997). Conceptualizing oral health related quality of life. *Social Science & Medicine*, 44:601–608

Gift H. (1997). Oral health outcomes research – challenges and opportunities. In: Slade GD (ed) Measuring oral health quality of life. Chapel Hill, University of North Carolina, *Dental Ecology*, 25–46

Given, A., Lisa, M., (2008). The Sage encyclopedia of qualitative research methods. Los Angeles, Sage Publications

Goedhart H., Eijkman M.A.J., Horst G. (1996). Quality of dental care: the view of regular attenders. *Community of Dental Oral Epidemiology*, 24(1):28-31.

Golletz, Milgrom P, Mancini L, (1995). Dental care satisfaction: The reliability and validity of the DSQ in a low-income population. *Journal of Public Health Dentist*, 55: 210–217.

Gopalkrishna and Mummalameni (1993). Influencing satisfaction for dental services, *Journal of Health Care Market*, 13, 26-22.

Gürdal P., Çankaya H., Önem E., Dinçer S., Yılmaz T. (2000). Factors of patient satisfaction/dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic in Turkey, *Community of Dental Oral Epidemiology*, 28(6):461-469.

Hagglin C, Bergren U, Hakenberg M, Edvardson A, Eriksson M. (2007). Evaluation of a Swedish version of the OHIP-14 among patients in general and specialist dental care. *Swedish of Dental Journal*, 31:91–101

Hashim, R. (2005). Patient satisfaction with dental services at Ajman University, United Arab Emirates, *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 11, Nos 5/6,

- Hassel AJ, Koke U, Schmitter M, Rannelsberg P.** (2006). Factors associated with oral health-related quality of life in institutionalized elderly. *Acta Odontologica Scandinavian*, 64(1):9-15
- Haumschild MS, Haumschild RJ.,** (2009). The importance of oral health in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(9):667-71.
- Holt V, McHugh K** (1997). Factors influencing patient loyalty to dentist and dental practice. *British Dental Journal*, 183: 365–370.
- Hornquist, J.O.** (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian journal of social medicine* 10 (2): 57-61.
- Hobdell, M., Petersen, P.E., Clarkson, J. & Johnson, N.** (2003). Global Goals for Oral Health 2020. *International Dental Journal* 53, pp. 285-88.
- Ikebe, K., Watkins, C., Ettinger, R., Hidenori, S.** (2004). Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology*, 21: 167–176.
- Inglehart, M.R., Bagramian, R.A.** (2002). “Oral Health-Related Quality of Life: An Introduction”, in Inglehart, M.R., Bagramian, R.A. (eds) *Oral Health-Related Quality of Life*. Quintessence Publishing Company, Inc. Carol Stream, USA.
- Jackson, J.L., Chamberlin, J. & Kroenke, K.** (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52, 609–620.
- Janda S., Wang Z., Rao C.** (1996). Matching dental offerings with expectations. *Journal of Health Care Market*; 16:38-44.
- Johansson V, Axtelius B, Sampogna F, Paoulander J, Sondell K.** (2010). Multivariate analyses of patient financial systems and oral health-related quality of life. *Community of Dental Oral Epidemiology*
- Johansson, P., Oleni, M. and Fridlund, B.** (2002). Patient satisfaction with care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4):337-344.
- John M, Miglioretti D, LeResche L, Koepsell T, Hujoel P, Micheelis W.**(2006). German short forms of the oral health impact profile. *Community of Dental Oral Epidemiology*, 34:277–278
- Juran, J.M. & Gryna, F.M.,** (1988). *The Quality control Handbook*. New York: McGraw-Hill.
- Kallestal C, Wall S:** (2002), Socio-economic effect on caries. Incidence data among Swedish 12-14-years-old. *Community of Dental Oral Epidemiology*, 30: 108-114.
- Kashinath K. R., Bharateesh, J.V., Chandan Agali, Mythri, H., Darshana Bennadi, Mohan Kumar C.T.,** (2010). Factors Affecting Patient Satisfaction among those Attending an Outpatient Department of a Dental College in Tumkur City – A Survey. *Journal of Dental sciences and Research*, v.1 is. 2. pages110

Kotler, P., Keller, L., (2006). *Μάρκετινγκ Μάνατζμεντ* 12η Αμερικανική έκδοση, εκδόσεις Κλειδάριθμος

Kumar S, Bhargav P, Patel A, Bhati M, Balasybramanyam G, Duraiswamy P, Kulkarni S (2009). Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India, *Journal of Oral Science*, 51(2):245-54

Kushnir, D., Zusman, S., Robinson, P. (2004). Validation of a Hebrew version of the oral health impact profile-14. *Journal of Public Health Dentistry*, 64: 71–75

Laschinger, H.S. Hall, L.M. Pedersen, C. Almost, J., (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 220-230.

Lahti S., Hausen H., Kaariainen R. (1996). Patients' expectations of an ideal dentist and their views concerning the dentist they visited: Do the views conform to the expectations and what determines how well they conform? *Community Dent Oral Epidemiology*, 24:240-244.

Lee S, McGrath C, Samman N.(2007). Quality of life in patients with dentofacial deformity: A comparison of measurement approaches. *International of Journal Oral Maxillofacial Surgery*, 36:488–492

Liddell A, Locker D. (1992). Dental visit satisfaction in a group of adults aged 50 years and over. *Journal of Behavioral Medicine*, 15: 415–427.

Locker, D., Matear, D., Stephens, M., Jokovic, A. (2002). Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dental Health*, 19 (2):90-97.

Locker, D., Allen, F. (2007). What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35 (6): 401-411.

Locker, D. (1988), Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health*, 5 (1): 3-18.

Locker, D. (2003), Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of an elderly institutionalized population. *Special Care Dentistry* 23: 86–93.

Locker, D., Jokovic, A., Tompson, B. (2005). Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 42: 260-266.

Locker, D. (2007). Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35: 348-356.

Locker D., Shapiro D., Liddell A. (1996). Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 13:86-92.

- Locher D, Slade GD.** (1994). Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population; *Gerontology*, 11: 108-114.
- Locker D.** (1997). Concepts of oral health, disease and quality of life. In: Slade GD(ed). Measuring oral health and quality of life; Chapel Hill: University of North Carolina; *Dental Ecology*, 11-24.
- Locker D, Grushka M.** (1987). The impact of dental and facial pain. *Journal of Dental Research*, 66:1414–1417
- McCullough M.J., Farah C.S.,** (2008). *The role of alcohol in oral carcinogenesis with particular reference to alcohol-containing mouthwashes.* Australian Dental Journal 53(4), 302-305
- Malhotra, N., Birks, D.** (2003). Marketing research: An applied Approach, 2nd European edition. Harlow: Pearson Education
- Mascarenhas A.K.** (2001). Patient satisfaction with the comprehensive care model of dental care delivery. *Journal of Dental Education*, 65: 1266-71.
- Mehrstedt, M., John, M.T., Tonnes, S., Micheelis, W.** (2007), Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 35: 357-363.
- Nelson, A.R.,** (1996). *Measuring Performance and Improving Quality.* London: Sterling.
- Newsome P R H, Wright G H,** (1999), Patient Management: A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature, *British Dental Journal*, 186, 166 – 170
- Nuttall, N., Steele, J., Pine, C., White, D.** (2001), The impact of oral health on people in the UK in 1998. *British Dental Journal* 190: 121–126.
- Okullo I, Nordrehaug Astrom A, Haugejorden O,**(2004). Influence of perceived provider performance on satisfaction with oral health care among adolescents, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32: 447-55
- Oliveira B, Nadanovsky P.** (2005) Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33:307–314
- Papagiannopoulou V., Oulis C., Papaioannou W., Antonogeorgow G., Yfantopoulos J.,** (2012), Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:7
- Pascoe G,** (1983), Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Programme Planning*, 6, 189.
- Patient satisfaction survey,** www.dentalPBRN.org

Patrick, B., Erikson, P.D. (1993), Health status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care. Oxford University Press. Oxford, UK.

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 Dentistry and Oral Epidemiology*, 31 (suppl. 1): 3-23.

Petersen, P.E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S. (2005), The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:661-669

Petersen, P.E. & Ogawa, H. (2005) Strengthening the Prevention of Periodontal Disease: the WHO Approach. *Journal of Periodontology*, 76, pp. 2187-93.

Picker Institute Europe (2002), *Through the Eyes of the Patient*, www.pickereurope.org/surveys/approach.htm

Pigou, A.C. (1920), *The economics of welfare*. Macmillan and Co., Ltd, London, UK.

Piovesan C, Antunes JL, Guedes RS, Ardenghi TM. (2010). Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*.

Platonova, E., Kennedy, K., Shewchuk, R. (2008). Understanding Patient Satisfaction, Trust and Loyalty to Primary Care Physicians, *Medical Care Research and Review*, Vol. 65. No.6, pp. 696-712

Rahman, T., Mittelhammer, R.C., Wandschneider, P.R. (2011), Measuring quality of life across countries: A multiple indicators and multiple causes approach. *The Journal of Socio-Economics*, 40 (1): 43-52.

Reisine, S., Miller, J., (1985), A longitudinal study of work loss related to dental diseases. *Social Science and Medicine*, 21: 1309–1314.

Reisine, S. (1981). Theoretical considerations in formulating sociodental indicators. *Social Science and Medicine*, 14: 745–750.

Reisine S. (1985). Dental health and public policy: The social impact of dental disease. *American Journal of Public Health*, 75:27–30

Reisine S. (1984). Dental disease and work loss. *Journal of Dental Research*, 63:1158–1161

Risser, N. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care setting. *Nursing Research*, 24(1):45-52.

Robinson PG., Gibson B., Khan FA., Birnbaum W., (2003). Validity of two oral health-related quality of life measures. *Community Dental Health*, 18(3):144-149

Robson, C. (2007). Η έρευνα του πραγματικού κόσμου, ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες

και επαγγελματίες ερευνητές Αθήνα εκδόσεις Gutenberg

Roumani T., Oulis C., Papagiannopoulou V., Yfantopoulos J., (2010). Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) in adolescents. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 11(5):247-252

Sanders , A., Slade, G., Turrell, ., Spencer, J., Marcenes, W., (2006). The shape of the socioeconomic–oral health gradient: implications for theoretical explanations. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 34(4):310–319

Sanders AE, Spencer AJ., (2010). Childhood circumstances, psychological factors and the social impacts of adult oral health (COHRQoL) *Quality Life Rescue*.

Sansgiry, S., (2005). Pharmacy patient –reported satisfaction with health care services offered by health plans, health clinics and pharmacies. *Drug Benefit Trends*, 17(1), 38-49.

Saub, R., Locker, D., Allison, P. (2005). Derivation and validation of the short version of the Malaysian oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33: 378–383.

Sheiham, A., Croog, H. (1981). The psychosocial impact of dental diseases on individuals and communities. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 257–272.

Sheiham, A. & Watt, R.G. (2000). The Common Risk Factor Approach: a Rational Basis for Promoting Oral Health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28, pp. 399-406.

Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83: 644-645.

Sischo, L., Broder, H.L. (2011). Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *Journal of Dental Research*, 90 (11): 1264-1270

Sitzia J., Wood N., (1997). “Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts”, *Social Science & Medicine*, Vol. 45, No 12, 1829-1843.

Slade GD, Stauss RP, Atchinson KA, Kressin NR, Locker D, Reisine ST. (1998). Conference summary: assessing oral health outcomes-measuring health status and quality of life; *Community Dental Health*;15:1:3-7.

Slade, G.D. (1997). Measuring oral health and quality of life. University of North Carolina, Chapel Hill, USA.

Slade, G.D., Spencer, A.J. (1994), Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health* 11: 3-11.

Steele J, Sanders A, Slade G, Allen P, Lahti S, Nuttall N. (2004). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples.

Community Dentistry and Oral Epidemiology, 32:107–114

Slade, G., Nuttall, N., Sanders, A., Steele, J. et al (2005), Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *British Dental Journal* 198: 489–493.

Stegé P, Handelman S, Baric J, Espeland M. (1986), Satisfaction of the older patient with dental care. *Gerodontology* 2: 171–174.

Sun N., Burnside G. and Harris R. (2010). Patient satisfaction with care by dental therapists *British Dental Journal*, 208: E9

Tavana, M., Mohebbi, B., Kennedy, D.T., (2003). Total quality index: a benchmarking tool for total quality management. *Benchmarking: An International Journal*, 10(6), 507- 527.

The World Oral Health Report 2003. (2003). Continuous improvement of oral health in the 21st century. – the approach of the WHO Global Oral Health Programme.

The World Science Report series was launched by UNESCO in 1993 www.unesco.org/new/en/natural.../unesco.../world-science-report-1993/ ημ προσπελ 30-6-2014

Thompson R.E., (1980) ‘*Next Steps in Implementing Quality Appraisal/ Action Plans in Hospitals*’ Thompson, Mohr and Associates Inc.

Unell L., Soderfeldt B., Hailing A., Solén G., Paulander J., Birkhed B. (1996). Equality in satisfaction, perceived need, and utilization of dental care in a 50-year old Swedish population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(3): 191-195.

Unesco. The Universal Declaration of Human Rights www.un.org/en/documents/udhr/ ημ. προσπελ. 30-6-2014

United Kingdom Department of Health (1994). An Oral Health Strategy for England, London, UK.

Vander Veen L., Ritz. M., (1996). Customer Satisfaction: A Practical Approach for Hospitals. *Journal for Healthcare Quality*, 18(2)10-15

Ware J, Snyder M, Wright R, Davies A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 983, 6:247–263.

Watt R G, Sheiham A, (1999). Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *British Dental Journal*, 187: 6-12.

Williams B, (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine* 38, 509-516.

Williams S.J., Calnan M. (1991). Convergence and divergence: Assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science & Medicine*, 133(6):707-716.

Woolfolk, M W, Lang, W P, Borgnakke, W S, Taylor, G W, et al. (1999). “*Determining dental check-up frequency*”. *Journal of the American Dental Association*,130 (50) :715-23.

WHO. <http://www.who.int> 1958 Definition on Health ημ. προσπελ. 30-6-2014

World Health Organization 1948. The constitution of the World Health Organization. *WHO Chronicles*, 1:29

World Health Organization 2003. The World Oral Health Report WHO. Global Oral Health Programme, Geneva, 2003

Xin W, Ling J. (2006). Validation of a Chinese version of the oral health impact profile-14. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*, 41:242–245

Young, K.J., Longman, A.J. (1983). Quality of life and persons with melanoma: a pilot study. *Cancer Nursing*, 6 (3): 219-225.

Zavras D, Economou Ch, Kyriopoulos J, (2004). Factors influencing dental utilization in Greece, *Community Dental Health*,21: 181188

Zeithaml V, Bitner M, (1996), *Services marketing*. New York: McGraw-Hill.

Zeithaml, V, Parasuraman A & Berry L, (1990), *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press.

Ελληνόγλωσση

Αγγελίδου-Γαλάζη (2012). *Αξιολόγηση και σύγκριση των γνώσεων συνηθειών και αντιλήψεων αναφορικά με την στοματική υγεία και υγιεινή μεταξύ των γενικών ιατρών και των οδοντιατρικών ασθενών*. Μεταπτυχιακή διατριβή ΑΠΚΥ, Λευκωσία

Αγγελόπουλος, Α., Παπανικολάου Σ. Αγγελοπούλου, Κ, (2000). *Σύγχρονη στοματική & γναθοπροσωπική παθολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 3η έκδοση, Αθήνα.

Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., Νιάκας, Δ. (2007). Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24(1):89-96

Αλετράς, Β., Μπασιούρη, Φ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Δ.,Νιάκας, Δ. (2009). Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 26(1):79-89

Αράβου Σ, (2008), *Διαδικασίες επιρροής οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών*

Διδακτορική διατριβή Τμήμα Ψυχολογίας Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα

Αποστόλα, Μ., Σκαρλέα, Δ., Χρυσού, Μ., (2008), *Σύγκριση απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στα παθολογικά τμήματα των Δημόσιων Νοσοκομείων της Κρήτης*. Πτυχιακή Εργασία Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης Σ.Ε.Υ.Π. Νοσηλευτικής Ηράκλειο Κρήτης

Βατάρογλου, (2010). Συγκριτική εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών σε ιδιωτικά απογευματινά και τακτικά εξωτερικά ιατρεία στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου

Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ, Ανδρουτσόπουλος Δ Καπλάνης Ν, (1992), *Η κατανάλωση οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα*, Στο Κωλέτση – Κουνάρη Χ

Δημητριάδης Δ, Κωνσταντινίδης Ρ, Σαραφίδου Γ, Κοντός Δ, Αγραφιώτης Δ, Petersen Ρ.Ε, (2008), *Σχέση οδοντιάτρου-ασθενούς. Αντιλήψεις και στάσεις ασθενών ιδιωτικών οδοντιατρείων ενός δήμου της Αθήνας*. Στοματολογία, 65: 46-54

Δόλγερας Α, Σουλιώτης Κ, (2002), Μεθοδολογία υπολογισμού της δημόσιας οδοντιατρικής δαπάνης. Στο Κυριόπουλος, Γ- Σουλιώτης, Κ *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα στην μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*. Αθήνα. Εκδόσεις Παπαζήση, σελ 117-119

Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας Κύπρου (2010).

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Στοματική Υγεία 2008-2012, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2008), Αθήνα, <http://www.yyka.gov.gr/> (ημερομηνία πρόσβασης: 27/5/2014)

Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ε.Ο.Ο), 2011 *Πρόγραμμα προαγωγής και καταγραφής της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού* <http://www.eoo.gr/> (ημερομηνία πρόσβασης: 2/6/2014)

Κομνηνού Φ., (2012), Ιδιωτικές υπηρεσίες: Ικανοποίηση δημοσίων και δημοτικών υπαλλήλων στο νομό Αχαΐας. Μεταπτυχιακή διατριβή στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Κοτσαγιώργη Ι, Γκέκα Κ (2010) Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, *Το βήμα του Ασκληπιού Τόμος 9ος*, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2010

Κουμανδράκη, Α. Θεοδώρου, Μ. Καϊτελίδου, Δ. (2004). Ικανοποίηση ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου». *Νοσηλευτική*, 43(2), 237-245.

Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Μαμάη-Χωματά Ε., (2012), Κοινωνική Οδοντιατρική, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.

- Κωλέτση-Κουνάρη Χ, Αυγέρης Ι**, (2005), Επιστήμες συμπεριφοράς και Οδοντιατρική, *Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά* 49(2) σελ 211-218
- Λιακοπούλου Ε**, (2008), *Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Νοσοκομείο «Χατζηκώστα»*. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών
- Λιονής Χ**, (2011), *Σχέση Ιατρού-Ασθενούς: Οδηγίες για μια αποτελεσματική επικοινωνία* Πανεπιστημιακές σημειώσεις Τμήμα Ιατρικής Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Μαντωνανάκη Μ, Κωλέτση-Κουνάρη Χ**, (2006), Τάσεις στην ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, οδοντιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών ιατρών στην Ελλάδα τα έτη 1987, 1993 και 1998, *Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά*, 50 (2), σελ 145-152
- Μαστρογεωργοπούλου Χ., Αθανασιάδου Β.**, (2011), Συμβολή της Ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου OHIP-14 στη διαπολιτισμική υιοθέτησή του. *Στόμα* 39:183-188
- Μηταλίδου Α**, (2010). *Η ποιότητα παροχής υπηρεσιών στον τομέα της εκπαίδευσης*. Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Οργάνωσης & Διοίκησης Επιχειρήσεων. Δ.Π.Μ.Σ. στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Ουλής, Κ., Μαστρογιαννάκης, Α., Θεοδώρου, Μ. & Βλάχος, Σ.** (2005). *Η Επιδημιολογική Κατάσταση της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού*. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Αθήνα
- Παπανικολάου Β**, (1994), *Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*. Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Ραφτόπουλος Β**, (2002), *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. Διδακτορική διατριβή Ε.Κ.Π.Α Αθήνα
- Ρουμάνη, Θ.**, (2009). Μελέτη αξιοπιστίας και εγκυρότητας των δεικτών Oral Health Impact Profile (OHIP-14) Dental Anxiety Scale (DAS) στους Έλληνες εφήβους. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
- Σίσκου Ο. Καϊτελίδου Δ, Θεοδώρου Μ. Λιαρόπουλος Α.** (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το Ελληνικό παράδοξο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5):663-672
- Σουλιώτης Κ**, (2000), Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Τούντας Γ**, (2003), *Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας*, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20 (5):532-546.
- Τούντας Γ, Οικονόμου Α Ν**, (2007), Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):7-21.

- Τούντας, Γ.** (2008). Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία.
- Τσιριντάνη, Μ. Γιοβάνης, Α. Μπινιώρης, Σ. Γούλα, Α.** (2010). Μια νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών. *Νοσηλευτική*, 49(1), 40-52.
- Υφαντόπουλος, Γ.** (2001a). Η "κοινωνική" ποιότητα ζωής, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18: 108-113.
- Υφαντόπουλος, Γ.** (2001b). Ποιότητα Ζωής και QALYs στη μέτρηση της υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18: 114-130.
- Υφαντόπουλος, Γ.** (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό Μοντέλο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (συμπλ.1): 6-18.
- 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.
- Υφαντόπουλος, Ι.** (2003) Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δάρδανος.
- Υφαντόπουλος, Ι., Ουλής, Κ.** (2010) Ανισότητες και Ικανοποίηση από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες και Σχέση της Στοματικής Υγείας με την Ποιότητα Ζωής των Ελλήνων. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία