

Παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε άτομα με σωματική ή/και νοητική διαταραχή

Σωτηρία Γκιζάνη*

Ο σκοπός της εργασίας είναι να α) παρουσιάσει ευρήματα της βιβλιογραφίας σχετικά με τη στοματική υγεία και την ανάγκη παροχής οδοντιατρικής θεραπείας στα άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜεΑ), β) περιγράψει τα αποτελέσματα μελέτης σχετικά με τη γνώση, στάση και πρακτικές οδοντιάτρων που παρακολούθησαν το 26ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο, για τη φροντίδα αυτών των ατόμων, γ) να παρουσιάσει στοιχεία σχετικά με τη διαμόρφωση ενός οδοντιατρείου για τη διευκόλυνση πρόσβασης και παροχής θεραπείας στα ΑΜεΑ.

Τα άτομα αυτά ταξινομούνται ανάλογα με το βαθμό αυτοεξυπηρέτησής τους και το σωματικό, νοητικό, ψυχολογικό ή λειτουργικό τους πρόβλημα. Η βιβλιογραφία συμφωνεί σχεδόν ομόφωνα στο γεγονός ότι τα ΑΜεΑ έχουν μεγάλη ανάγκη για οδοντιατρική θεραπεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας υποδεικνύουν ότι ο γενικός οδοντίατρος είναι αυτός που καλείται να θεραπεύσει συχνά τα ΑΜεΑ. Εντούτοις, ενώ είναι πρόθυμος, δεν έχει εκπαιδευτεί στη θεραπεία των ατόμων αυτών. Έτσι λοιπόν, είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των οδοντιάτρων στην οδοντιατρική θεραπεία των ΑΜεΑ τόσο κατά τη διάρκεια των προ- και μετα-πτυχιακών τους σπουδών όσο και με τη δια-βίου μάθηση.

Η διευκόλυνση της μετακίνησης και πρόσβασης των εμποδιζόμενων ατόμων πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά το σχεδιασμό ενός σύγχρονου οδοντιατρείου που τους παρέχει θεραπεία. Η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών στους ειδικούς ασθενείς είναι αδύνατη χωρίς τον ειδικό εξοπλισμό που εξασφαλίζει την ευκολότερη και ασφαλέστερη οδοντιατρική αντιμετώπισή τους. Καθώς ο αριθμός των ΑΜεΑ που αναζητούν οδοντιατρική φροντίδα αυξάνεται συνεχώς, η συνεργασία του γενικού οδοντίατρου με τον παιδοδοντίατρο και με άλλες ειδικότητες είναι απαραίτητη για την παροχή θεραπείας στα άτομα αυτά.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 65-71, 2011

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σκοπός της εργασίας είναι να α) παρουσιάσει ευρήματα της βιβλιογραφίας σχετικά με τη στοματική υγεία και την ανάγκη παροχής οδοντιατρικής θεραπείας στα άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜεΑ), β) περιγράψει τα αποτελέσματα μελέτης σχετικά με τη γνώση, στάση και πρακτικές οδοντιάτρων που παρακολούθησαν το 26ο Πα-

νελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο, για τη φροντίδα αυτών των ατόμων, γ) να παρουσιάσει στοιχεία σχετικά με τη διαμόρφωση ενός οδοντιατρείου για τη διευκόλυνση πρόσβασης και παροχής θεραπείας στα ΑΜεΑ.

Τα ΑΜεΑ αποτελούν ένα σημαντικό και συνεχώς αυξανόμενο μέρος του πληθυσμού, σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Παγκοσμίως, αποτελούν περίπου το 15-20% του πληθυσμού κάθε χώρας, ενώ ένας στους τέσσερις ευρωπαίους δηλώνει ότι ένα μέλος της οικογένειάς του παρουσιάζει αναπηρία/ανικανότητα (Στοιχεία απογραφής ΑΜεΑ στην Ευρωπαϊκή Ένωση, 2003)¹. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την Έκθεση της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, υπολογίζεται ότι τα άτομα που έπασχαν τη δεκαετία του 90 από χρόνιο νόσημα ή μόνιμη αναπηρία ήταν 274.223 (Στοιχεία Απογραφής, ΕΣΥ 1991)².

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η ανικανότητα/αναπηρία (disability) είναι ένας ευρύς

Λέξεις κλειδιά: στάση οδοντιάτρων, στοματική υγεία, άτομα με ειδικές ανάγκες, εκπαίδευση, παροχή θεραπείας, πρόσβαση

* Λέκτορας Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ, MScD, PhD

Ίδρυμα προέλευσης:
Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Η εργασία παρουσιάστηκε ως εισήγηση στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής 30/9 - 2/10/2011, Αθήνα

όρος που αναφέρεται στην αναπηρία (impairment) και στους περιορισμούς που αντιμετωπίζουν τα ΑΜεΑ στις δραστηριότητές τους και στη συμμετοχή τους στη καθημερινότητα. Η αναπηρία, αφορά ένα ή περισσότερα προβλήματα της λειτουργίας του οργανισμού, ενώ, ο περιορισμός στη δραστηριότητα, αφορά τη δυσκολία που αντιμετωπίζει το άτομο στην εκτέλεση μίας πράξης και κατά συνέπεια στη συμμετοχή του στην καθημερινή ζωή³. Έτσι, ο ευρύς όρος “άτομο με ειδικές ανάγκες” αναφέρεται στο άτομο που η φυσιολογική του ανάπτυξη, κοινωνική έκφραση, εργασία και ψυχαγωγία παρακωλύεται για μεγάλο χρονικό διάστημα εξαιτίας ενός σωματικού, νοητικού, ψυχολογικού ή λειτουργικού προβλήματος⁴.

Τα ΑΜεΑ ταξινομούνται ανάλογα με το βαθμό αυτοεξυπηρέτησής τους και το σωματικό, νοητικό, ψυχολογικό ή λειτουργικό τους πρόβλημα⁴. Σύμφωνα με το τελευταίο διαχωρισμό, τα ΑΜεΑ ταξινομούνται σε άτομα με:

α) Χρόνιο ιατρικό πρόβλημα: καρδιοπάθειες, νόσοι του αίματος, μεταβολικές νόσοι, νόσοι του ανοσοποιητικού συστήματος, νόσοι του αναπνευστικού συστήματος, καρκίνος κ. ά.

β) Σωματική αναπηρία (εμποδιζόμενα άτομα): συγγενής/επίκτητη απώλεια αρτιμέλειας, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος (αρθρίτιδα, μυϊκή δυστροφία, μυασθένεια Gravis, osteogenesis imperfecta), παθήσεις του νευρομυϊκού συστήματος (εγκεφαλική παράλυση, σκλήρυνση κατά πλάκα) και ολική ή μερική απώλεια όρασης ή/και ακοής.

γ) Συμπεριφερσιολογικές διαταραχές: νοητική υστέρηση, συναισθηματικές, ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές, μαθησιακές δυσκολίες (δυσλεξία, δυσαριθμική, δυσαναγνωσία), νεύρωση, ελλειμματική προσοχή-υπερκινητικότητα (ADHD- attention deficit hyperactivity disorder), αυτισμός, ψύχωση.

δ) Συγγενή ή επίκτητα σύνδρομα ή προβλήματα στη γναθοπροσωπική χώρα: άτομα με ατελή αδαμαντινογενεσία, ατελή οδοντινογενεσία, χείλο-, γναθο-, υπερωιο- σχιστίες, καρκίνο του στόματος κ.ά.

Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες ο μέσος όρος ζωής των ΑΜεΑ αυξάνεται συνεχώς καθώς βελτιώνεται η ποιότητα ζωής, εξελίσσεται η ιατρική και η τεχνολογία, και ενθαρρύνονται οι προσπάθειες για την κοινωνική ένταξη αυτών των ατόμων. Κατά συνέπεια ο αριθμός των ατόμων αυτών που αναζητά αντιμετώπιση και φροντίδα στο οδοντιατρείο συνεχώς θα αυξάνεται, γεγονός που καθιστά απολύτως αναγκαία τη γνώση και εξειδίκευση του οδοντιάτρου στην αντιμετώπισή τους.

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Αρκετές μελέτες έχουν περιγράψει τη στοματική υγεία των ΑΜεΑ. Τα ευρήματά τους συμφωνούν στο γεγονός ότι η στοματική υγεία των ατόμων αυτών και κυρίως των ατόμων με νοητική υστέρηση είναι χειρότερη από τους

υγιείς συνομήλικούς τους⁵⁻⁷. Παράμετροι όπως οι δυσκολίες στη διεξαγωγή της στοματικής υγιεινής, η λήψη φαρμάκων, τα ορθοδοντικά προβλήματα, η στοματική αναπνοή, οι δυσκολίες στη μάσηση και η κατανάλωση μαλακών τροφών συμβάλλουν αρνητικά στη στοματική κατάσταση^{8,9}. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα με ειδικές ανάγκες παρουσιάζουν ουλίτιδα ή/και περιοδοντίτιδα πιο συχνά από τα υγιή άτομα, ενώ τα ευρήματα για τον επιπολασμό της τερηδόνας είναι αντιφατικά¹⁰⁻¹³. Επιπλέον, τα άτομα με ειδικές ανάγκες εμφανίζουν συχνά ανοιχτή δήξη, σταυροειδή σύγκλιση, υπεράριθμα ή ελλείποντα δόντια, έκτοπη ανατολή δοντιών κ.ά.¹⁴⁻¹⁵. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των προαναφερθέντων μελετών θα πρέπει βέβαια να γίνεται με προσοχή αφού συχνά αυτές αφορούν δείγμα ατόμων με μικρό μέγεθος, διαφορετικές αναπηρίες / σύνδρομα καθώς και διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης. Έστω όμως και με την παραπάνω επιφύλαξη, η βιβλιογραφία δείχνει ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για περιοδοντική, οδοντική και ορθοδοντική θεραπεία σε αυτή την ομάδα πληθυσμού⁶.

Οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στη χαμηλή παροχή οδοντιατρικής θεραπείας είναι οι ακόλουθοι: α) η αναζήτηση φροντίδας σε αρκετά προχωρημένο στάδιο της τερηδόνας/περιοδοντικής νόσου, β) οι δυσκολίες στην παροχή οδοντιατρικής θεραπείας (όπως δύσκολη πρόσβαση στο οδοντιατρείο, ελλιπής εξοπλισμός, ελλιπής εκπαίδευση του οδοντιάτρου, ανεπαρκής κάλυψη της οδοντιατρικής θεραπείας από τους ασφαλιστικούς φορείς/οικονομικά προβλήματα κ.α.), γ) οι δυσκολίες στην επικοινωνία (νοητική υστέρηση), δ) η περιορισμένη παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε νοσοκομεία με συνθήκες γενικής αναισθησίας¹⁶⁻¹⁸.

Η συσσώρευση των αθεράπευτων στοματικών νόσων όπως της τερηδόνας και των νόσων του περιοδοντίου σε συνδυασμό με τους προαναφερθέντες παράγοντες, μετατρέπει την παροχή οδοντιατρικής θεραπείας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, σε πρόκληση.

Στην Ελλάδα, μέχρι τώρα, έχουν γίνει λίγες μελέτες σχετικά με τη στοματική υγεία, την οδοντιατρική θεραπεία και τις οδοντιατρικές ανάγκες των ΑΜεΑ. Αναφορικά με την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης έχει βρεθεί ότι μόνο το 1/10 έως και 1/4 των τερηδοσισμένων οδοντικών επιφανειών έχουν θεραπευτεί σε παιδιά και εφήβους με νοητική υστέρηση¹⁹⁻²⁰.

Για τον σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε μελέτη από το Εργαστήριο της Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ σε συνεργασία με την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία²¹, με στόχο να:

- περιγράψει την οδοντιατρική φροντίδα της στοματικής υγείας ατόμων με σωματική και/ή νοητική διαταραχή (ΣΝΔ) στην Ελλάδα.
- εξερευνήσει το προφίλ οδοντιάτρων που παρέχουν οδοντιατρική φροντίδα σε αυτά τα άτομα.
- καταγράψει τις απόψεις και στάσεις των οδοντιά-

τρων σχετικά με την παροχή οδοντιατρικής φροντίδας στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

Δείγμα μελέτης

Ο αρχικός στόχος του πληθυσμιακού δείγματος ήταν οι οδοντίατροι που παρακολούθησαν το 26ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο στην Αθήνα (2007). Με την τεχνική επιλογής τυχαίου δείγματος, συμμετείχαν τελικά 534/750 οδοντίατροι παρακολουθούμενοι (56% γυναίκες και 44% άνδρες). Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που προήλθε από τη τροποποίηση εκείνου που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη των Bedi και συν (2001)¹⁷. Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε, ελέγχθηκε για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του και τροποποιήθηκε κατάλληλα για την εφαρμογή του στα ελληνικά πλαίσια.

Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερις ενότητες και συνέλεξε στοιχεία σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά στοιχεία οδοντιάτρων (ηλικία, φύλο, προ-/μετα-πτυχιακές σπουδές), το είδος του οδοντιατρείου (γενική οδοντιατρική/ ειδικότητα, τοποθεσία, ύπαρξη βοηθού οδοντιατρείου), την παροχή οδοντιατρικής θεραπείας σε άτομα με σωματική/νοητική διαταραχή (συχνότητα, είδος, δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο οδοντίατρος) και τις στάσεις και απόψεις των οδοντιάτρων σχετικά με την παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε αυτά τα άτομα.

Αποτελέσματα

Δημογραφικά στοιχεία οδοντιάτρων: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 60,3% των συμμετεχόντων έχουν αποφοιτήσει από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, 24,2% από το Πανεπιστήμιο της Θεσσαλονίκης, 5,7% από τη Ρουμανία και 9,8% από Πανεπιστήμια Δυτικοευρωπαϊκών και Βαλκανικών χωρών. Περίπου 7 από τους 10 συμμετέχοντες δεν είχαν εκπαιδευτεί στη θεραπεία ατόμων με ΣΝΔ. Από τους οδοντιάτρους που είχαν εκπαιδευτεί στη θεραπεία των ΑΜεΑ κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών τους σπουδών, 26% ήταν παιδοδοντίατροι, 14,4% περιοδοντολόγοι και 13,7% προσθετολόγοι.

Είδος οδοντιατρείου: Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γενικοί οδοντίατροι που ασκούσαν γενική οδοντιατρική στο ιδιωτικό τους ιατρείο στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών. Λιγότερο από

50% των οδοντιάτρων προσέφεραν τις υπηρεσίες τους με την οδοντιατρική τεσσάρων χειρών. Ο μέσος αριθμός ΑΜεΑ που θεραπεύονταν ανά έτος ήταν 8 άτομα ενώ 4/10 οδοντιάτρους παρέπεμπαν αυτά τα άτομα σε εξειδικευμένους οδοντιάτρους.

Παρεχόμενη θεραπεία: Το είδος της οδοντιατρικής θεραπείας που παρείχετο πιο συχνά ήταν ο καθαρισμός των δοντιών (65,2%) και στη συνέχεια οι αποκαταστάσεις, η εφαρμογή φθορίου και οι εξαγωγές δοντιών. Η οδοντιατρική θεραπεία που παρείχετο λιγότερο συχνά ήταν η ορθοδοντική (Πίν. 1) και χαρακτηρίστηκε από τους ερωτηθέντες οδοντιάτρους ως η πιο δύσκολη θεραπεία (78,4%). Στο βαθμό δυσκολίας ακολούθησαν η προσθετική αποκατάσταση και η αντιμετώπιση οδοντικού τραύματος (62,9% και 45,9% αντίστοιχα, Πίν. 2). Οι αιτίες που αναφέρθηκαν πιο συχνά από τους οδοντιάτρους ως υπεύθυνες για την έλλειψη παροχής θεραπείας στα ΑμεΑ ήταν: δυσκολίες στην πρόσβαση στο οδοντιατρείο, οικονομικοί λόγοι και η έλλειψη ειδικής εκπαίδευσης.

Στάσεις και απόψεις των οδοντιάτρων: Σχεδόν όλοι οι οδοντίατροι συμφώνησαν στην άποψη ότι παρόλο που η οδοντιατρική θεραπεία των ΑΜεΑ είναι δύσκολη και χρονοβόρα, προσφέρει ταυτόχρονα ηθική ανταμοιβή (Πίν. 3). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η πλειοψηφία των οδοντιάτρων που συμμετείχαν στο 26ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό συνέδριο και ερωτήθηκαν, ήταν πρόθυμοι και παρείχαν θεραπεία στα ΑΜεΑ παρά το γεγονός ότι σχεδόν μόνο 1/3 των οδοντιάτρων είχαν εκπαιδευθεί στην αντιμετώπιση αυτής της ομάδας ασθενών. Παρ' όλα αυτά μερικά είδη οδοντιατρικής θεραπείας, όπως ορθοδοντική, ενδοδοντική και περιοδοντική θεραπεία καθώς και προσθετική αποκατάσταση παρέχο-

Πίνακας 1

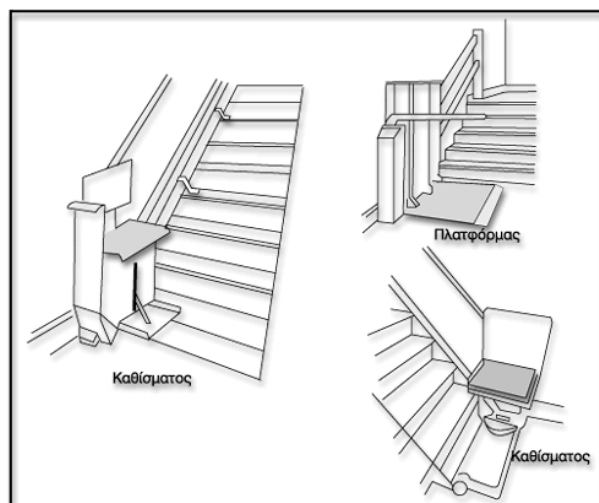
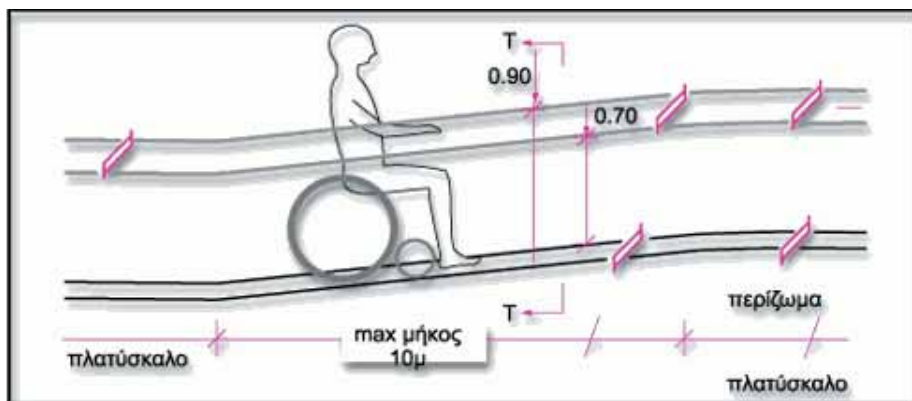
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΜεΑ

Είδος θεραπείας	Συχνότητα παροχής θεραπείας Αριθμός (%)		
	Συχνά (≥ 10 ασθενείς)	Σπάνια (≤ 5 ασθενείς)	Ποτέ (κανένα)
Καθαρισμός δοντιών	307 (58,0)	164 (30,9)	59 (11,1)
Αποκαταστάσεις	263 (49,6)	163 (30,8)	104 (19,6)
Εφαρμογή φθορίου	215 (40,7)	125 (23,6)	189 (35,7)
Εξαγωγές δοντιών	199 (37,6)	206 (39,0)	124 (23,4)
Προληπτικές καλύψεις οπών και σχισμών	141 (26,6)	134 (25,3)	255 (48,1)
Περιοδοντική θεραπεία	109 (20,6)	159 (30,0)	262 (49,4)
Ενδοδοντική θεραπεία	59 (11,2)	193 (36,6)	276 (52,2)
Ορθοδοντική θεραπεία	7 (1,3)	36 (6,8)	487 (91,9)

Πίνακας 2

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΒΑΘΜΟΥ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΑ ΑΜεΑ

Είδος θεραπείας	Βαθμός δυσκολίας Αριθμός (%)		
	Υψηλός (κλίμακα: 6,8-10,0)	Μέτριος (κλίμακα: 3,4-6,7)	Χαμηλός (κλίμακα: 0,0-3,3)
Ορθοδοντική θεραπεία	301 (78,4)	67 (17,4)	16 (4,2)
Προσθετικές αποκαταστάσεις	294 (62,9)	153 (32,8)	20 (4,3)
Οδοντικό Τραύμα	210 (46,0)	210 (46,0)	37 (8,1)
Περιοδοντική θεραπεία	162 (36,5)	232 (52,2)	50 (11,30)
Εξαγωγές δοντιών	158 (32,6)	271 (56,0)	55 (11,4)
Εμφράξεις	149 (30,7)	(279) 57,5	57 (11,8)
Πρόληψη	97 (20,9)	206 (44,4)	161 (34,7)



Εικ. 1:
Διαμόρφωση εξωτερικών χώρων (ΥΠΕΧΩΔΕ, 2011, <http://www.minenv.gr/1/16/162/16203/g1620300.html>)

νταν σπάνια. Οι προσπάθειες για τη βελτίωση της κατάστασης θα πρέπει να εστιαστούν στην εκπαίδευση των οδοντιάτρων σχετικά με την οδοντιατρική φροντίδα ειδικών ασθενών τόσο κατά τη διάρκεια των προ- και μετα-πτυχιακών σπουδών τους όσο και στη δια-βίου εκπαίδευσή τους. Βέβαια, όπως λέγει χαρακτηριστικά ο Mc Tigue "...η εκπαίδευση, από μόνη της, δεν εγγυάται ότι ο οδοντίατρος θα θεραπεύει αυτούς τους ασθενείς στο ιατρείο του"²².

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι κατά το σχεδιασμό ενός σύγχρονου οδοντιατρείου που παρέχει θεραπεία σε ΑΜεΑ θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η διευκόλυνση της μετακίνησης και πρόσβασης των εμποδιζόμενων ατόμων. Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται άτομα με ειδικές ανάγκες, άτομα τρίτης ηλικίας, οι έγκυες γυναίκες, τα άτομα με ασυνήθεις σωματικές διαστάσεις (όπως οι υπέρβαροι) και, τέλος, όσοι χρησιμοποιούν ή οδηγούν οποιουδήποτε τύπου αμαξίδιο²³.

Στην Ελλάδα το ΥΠΕΧΩΔΕ δημιούργησε ειδικό τμήμα για τη μελέτη των προδιαγραφών των χώρων όπου κινούνται και ΑΜεΑ. Ο φορέας αυτός έχει προβεί σε Νομοθετικές ρυθμίσεις ήδη από το 1989 με την μορφή προδιαγραφών για την αυτόνομη διακίνηση και διευκόλυνση ατόμων με ειδικές ανάγκες σε κοινόχρηστους και ιδιωτικούς χώρους.

Οι εξωτερικοί χώροι του ιατρείου που επηρεάζουν την πρόσβαση των ΑΜεΑ όπως οι χώροι στάθμευσης, οι δρόμοι, τα πεζοδρόμια, και οι σκάλες, πρέπει να παρέχουν ασφάλεια μέσω του σχεδιασμού, των χρησι-

Πίνακας 3

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΜεΑ

Στάσεις και απόψεις	Συμφωνώ (%)	Διαφωνώ (%)	Δεν έχω άποψη (%)
Η οδοντιατρική θεραπεία είναι χρονοβόρα	93,3	5,8	1,0
Η παροχή θεραπειών είναι δύσκολη	91,7	6,5	1,7
Η θεραπεία αυτών των ατόμων προσφέρει ηθική ανταμοιβή	71,5	18,7	9,8
Ο οδοντίατρος πρέπει να διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία ΑΜεΑ	32,9	55,0	12,1
Ο οδοντίατρος πρέπει να αμείβεται περισσότεροι για τη θεραπεία των ΑΜεΑ συγκριτικά από άλλους ασθενείς	29,2	59,5	11,3
Οι ασθενείς αυτοί αναστατώνουν άλλους ασθενείς στην αίθουσα αναμονής	15,7	65,6	18,6
Τα ΑΜεΑ δεν είναι συνεπείς στα ραντεβού τους	9,2	77,2	13,6

μποιούμενων υλικών και του τρόπου κατασκευής τους²⁴. Σε περίπτωση που η είσοδος του κτιρίου είναι ανισόπεδη με τον περιβάλλοντα χώρο, είναι απαραίτητη η σύνδεση μεταξύ τους με την ύπαρξη κεκλιμένων επιπέδων (ράμπες) (εικ. 1). Το υλικό κατασκευής των κεκλιμένων αυτών επιπέδων πρέπει απαραίτητα να είναι αντιολισθητικό, η δε κλίση τους να μην ξεπερνά το 10%. Το μήκος της ράμπας δεν πρέπει να ξεπερνά τα 10 μέτρα. Η πόρτα εισόδου να έχει εύρος τουλάχιστον 82 εκ., με χειρολαβές σε προσιτά σημεία, ειδικά σήματα αναγνώρισης και ανάγλυφα γράμματα για τα άτομα με προβλήματα όρασης καθώς και τα ηχητικά σήματα για εκείνους που έχουν προβλήματα ακοής²⁴⁻²⁵. Οι *ανελευκστήρες* πρέπει να έχουν δά-

πεδο με αντιολισθητικό υλικό και διαστάσεις που να επιτρέπουν τους ελιγμούς των αμαξιδίων. Οι διακόπτες τους πρέπει να τοποθετούνται κατακόρυφα, με ανάγλυφα ψηφία ενώ οι φωτεινοί διακόπτες αφής, να βρίσκονται σε χαμηλό σημείο.

Ο χώρος αναμονής πρέπει να προσφέρει τη δυνατότητα ελεύθερης κυκλοφορίας των ατόμων με ειδικές ανάγκες χωρίς χαλιά, με αντιολισθητικό δάπεδο. Οι διακόπτες να βρίσκονται σε χαμηλό ύψος ενώ η τηλεφωνική συσκευή δεν πρέπει να βρίσκεται χαμηλότερα από ύψος 90 εκ.

Ο χώρος του οδοντιατρείου πρέπει να έχει λειτουργικό περιβάλλον με επαρκές εύρος εισόδου (πόρτα τουλάχιστον 80 εκ.) και με ελεύθερο χώρο γύρω από την οδοντιατρική έδρα διευκολύνοντας τη μετακίνηση ασθενούς με αμαξίδιο και του προσωπικού του ιατρείου. Η οδοντιατρική έδρα θα πρέπει να είναι ευέλικτη, να περιστρέφεται και να προσαρμόζεται στην κατάλληλη θέση καθώς και να έχει τροχήλατα μηχανικά μέρη²⁴⁻²⁵.

Οι χώροι υγιεινής του ιατρείου με ορισμένες τροποποιήσεις μπορούν να γίνουν λειτουργικοί για ένα ασθενή με ειδικές ανάγκες. Κάθε χώρος υγιεινής πρέπει να επιτρέπει την διέλευση και απρόσκοπτη κίνηση και περιστροφή αναπηρικού αμαξιδίου. Το ελάχιστο εύρος της πόρτας εισόδου είναι 80 εκ.

Η μεταφορά των ασθενών που χρησιμοποιούν αναπηρικά αμαξίδια στην οδοντιατρική έδρα χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και απαιτεί γνώσεις, δεξιότητες και εμπειρία από τον ιατρό και το βοηθητικό προσωπικό του ιατρείου. Ο τρόπος επιλογής εξαρτάται από τη μυϊκή δύναμη και το συντονισμό κινήσεων του ασθενούς, την ικανότητα του ιατρού και του βοηθητικού προσωπικού του ιατρείου και τον διαθέσιμο χώρο γύρω από την οδοντιατρική έδρα. Ο

ασθενής μπορεί να μεταφέρεται από το αναπηρικό αμαξίδιο στην οδοντιατρική έδρα με την βοήθεια ενός επικλινούς επιπέδου, ενός ή και δύο ατόμων²⁵.

ΕΙΔΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών στους ειδικούς ασθενείς είναι αδύνατη χωρίς τον ειδικό εξοπλισμό που εξασφαλίζει την ευκολότερη και ασφαλέστερη οδοντιατρική αντιμετώπισή τους. Τα μέσα που χρησιμοποιούνται, στοχεύουν στην: α) ακινητοποίηση του ασθενούς όταν, για διάφορους λόγους, αυτός δεν μπορεί να παραμείνει ακίνητος στην οδοντιατρική έδρα, β) διάνοιξη του στό-

ματος του, γ) προστασία του ασθενούς και του ιατρού. Μερικά από τα μέσα αυτά που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι: Τα μέσα ακινητοποίησης του ασθενούς στην οδοντιατρική έδρα όταν ο ασθενής δεν είναι συνεργάσιμος ή αν λόγω ειδικών νευρολογικών διαταραχών εμφανίζει σπαστικές ή αθετωσικές κινήσεις. Ένας από τους τρόπους με τους οποίους επιτυγχάνεται η ακινητοποίηση του ασθενή με ασφαλές τρόπο είναι η παιδιατρική φασκιά²³ (εικ. 2).



Εικ. 2:
Παιδιατρική φασκιά (www.specializedcare.com, access 2011)

Τα μέσα στήριξης του σώματος χρησιμοποιούνται για άτομα με μυο-σκελετικές ή/και νευρο-μυο-σκελετικές διαταραχές όπως ρευματοειδή αρθρίτιδα, εγκεφαλική παράλυση και μυϊκή δυστροφία και χρησιμεύουν για την εξασφάλιση αναπαυτικότερης θέσης του ασθενή στην οδοντιατρική έδρα. Τα μέσα αυτά είναι μαξιλάρια, στρώματα από αφρολέξ ή ειδικά φουσκωτά μαξιλάρια (beanbags). Πριν από τη χρήση τους πρέπει να γίνει προσεκτική εξέταση του ασθενή και αξιολόγηση του προβλήματός του ώστε να επιλεγεί το καταλληλότερο μέσο στήριξης του σώματός του²⁴. Στα μέσα διάνοιξης του στόματος συγκαταλέγονται οι στοματοδιαστολείς (εικ. 3), που χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις ασθενών που



Εικ. 3:
Στοματοδιαστολείς διαφορετικού μεγέθους.

δεν μπορούν ή δεν θέλουν να ανοίξουν το στόμα τους. Η χρήση τους γίνεται ευρύτατα σε ασθενείς με μυϊκή δυστροφία, σκλήρυνση κατά πλάκας, μυασθένεια Gravis, νόσο Parkinson, εγκεφαλική παράλυση καθώς και άλλες παρόμοιες νευρολογικές παθήσεις.

Κατά τη χρήση του στοματοδιαστολέα χρειάζεται προσοχή γιατί μπορεί να προκληθούν προβλήματα από την κροταφογναθική άρθρωση εάν γίνει υπέρμετρη διάνοιξη του στόματος, ιδιαίτερα σε ασθενείς με μυϊκά προβλήματα. Για το λόγο αυτόν χρειάζεται η χαλάρωσή του κάθε 10 με 15 λεπτά ώστε να αναπαύεται ο ασθενής^{23,25}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βιβλιογραφία συμφωνεί σχεδόν ομόφωνα στο γεγονός ότι τα ΑΜεΑ έχουν μεγάλη ανάγκη για οδοντιατρική θεραπεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας υποδεικνύουν ότι ο γενικός οδοντίατρος είναι αυτός που καλείται να θεραπεύσει συχνά τα ΑΜεΑ. Εντούτοις, ενώ είναι πρόθυμος, δεν έχει εκπαιδευτεί στη θεραπεία των ατόμων αυτών. Έτσι λοιπόν, είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των οδοντιάτρων στην οδοντιατρική θεραπεία των ΑΜεΑ τόσο κατά τη διάρκεια των προ- και μετα-πτυχιακών τους σπουδών όσο και με τη δια-βίου μάθηση.

Καθώς ο αριθμός των ΑΜεΑ που αναζητούν οδοντιατρική φροντίδα αυξάνεται συνεχώς, η συνεργασία του γενικού οδοντίατρο με τον παιδοδοντίατρο και με άλλες ειδικότητες είναι απαραίτητη για την παροχή θεραπείας στα άτομα αυτά. Επίσης, δεδομένου ότι η κακή στοματική υγεία αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών εξαιτίας της ύπαρξης μολύνσεων και μειώνει την ποιότητα ζωής των ΑΜεΑ, είναι αναγκαία η συνολική αντιμετώπιση των οδοντιατρικών τους αναγκών σε εξειδικευμένα κέντρα ιδιωτικού ή/και δημόσιου φορέα από ομάδα διαφόρων επαγγελματιών υγείας.

SUMMARY

Provision of dental treatment to patients with physical or mental problem

Gizani S.

hellenic hospital dentistry 4: 65-71, 2011

The study aims to a) present review findings about the oral health and the need for provision of dental treatment to persons with special needs (PSN), b) describe the findings of a study on the knowledge, attitude and provision of oral health care by dentists, who attended the 26th Congress of the Hellenic Dental Association, c) present data about the necessary modifications of a dental office for the access and provision of treatment for PSN.

These persons are classified based on the degree of self-reliance, and their physical, mental, psychological or

functional problem. The literature almost unanimously agrees on the fact that PSN have great unmet needs for dental treatment. The findings of a study that was carried out in our country indicate that it is the general dentist who mostly provides treatment to PSN. Although he is willing, he is not trained for this. Therefore the education of the dentists for the oral health care of PSN is necessary during their under- and post-graduate studies as well as for continuing-education.

The transportation and access of PSN to the dental office is crucial and consequently leads to the fact that this should be taken into consideration when a dental office is designed. The provision of dental care to PSN is not feasible without the special equipment that ensures the easiest and safest management of these patients. As the number of PSN who seeks dental care is constantly increasing, the cooperation of the general dentist with the paediatric dentist and other specialties is necessary for the provision of oral health care for these patients.

Key words: dentists' attitudes; oral health; persons with special needs; education; provision of dental treatment; access

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Στοιχεία απογραφής ΑΜεΑ στην Ευρωπαϊκή Ένωση, 2003, <http://www.realising-potential.org/stakeholder-factbox/disabled-people-worldwide/>
2. Στοιχεία απογραφής ΑΜεΑ στην Ελλάδα, Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥ), 1991, <http://www.disabled.gr/lib/?p=11563>
3. Γκιζάνη Σ, Παπαγιαννούλη Λ (α): "Άτομα με ειδικές ανάγκες". ι. κατηγορίες, στοματική υγεία, ιδιαιτερότητες οδοντιατρικής περίθαλψης. Σημειώσεις Παιδοδοντιατρικής ΙΙ για τους φοιτητές 9ου εξαμήνου. 2011, σελ. 122-135.
4. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD): Guideline on management of dental patients with special health care needs, Reference Manual. *Pediatr Dent* 2008-2009; 30(7): 107-111.
5. Vignehsa H, Soh G, Lo LG, Chellappah NK: Dental health of disabled children in Singapore. *Aust Dent J* 1991; 36(2): 151-156.
6. Gizani S, Declerck D, Vinckier F, Martens L, Marks L, Goffin G: Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgium). *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 352-357.
7. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E: Inequalities in oral health for children with disabilities: A French national survey in special schools. *Plos One* 2008; 3: 1-10.
8. Lawton L: Providing oral health care for special patients. Tips for the general dentist. *J Am Dent Assoc* 2002; 133: 1666-1671.
9. Glassman P, Miller C: Preventing dental disease for people with special needs: the need for practical preventive protocols for use in community settings. *Special Care Dent* 2003; 23: 165-167.
10. Shaw L, MacLaurin ET, Foster TD: Dental study of handicapped children attending special schools in Birmingham, UK. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14: 24-7.
11. Nunn JH: The dental health of mentally and physically handicapped children: a review of the literature. *Community Dent Health* 1987; 4: 157-68.
12. Palin-Palokas T, Hausen H, Heinonen OP: Relative importance of caries risk factors in Finnish mentally retarded children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 19-23.
13. Martens L, Marks L, Goffin G, Gizani S, Declerck D, Vinckier F: Oral hygiene in 12 year old disabled children in Flanders, Belgium, related to manual dexterity. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 73-80.
14. Orelund A, Heijbel J, Lagell S: Malocclusion in physically and/or mentally handicapped children. *Swed Dent J* 1987; 11: 103-119.
15. Franklin DL, Luther F, Curzon MEJ: The prevalence of malocclusion in children with cerebral palsy. *Eur J Orthod* 1996; 18: 637-643.
16. AlSarheed M, Bedi R, Hunt N: The views and attitudes of parents of children with a sensory impairment towards orthodontic care. *Eur J Orthod* 2004; 26: 87-91.
17. Bedi R, Champion J, Horn R: Attitudes of the dental team to the provision of care for people with learning disabilities. *Spec Care Dent* 2001; 21(4): 147-52.
18. Crall JJ: Improving oral health and oral health care delivery for children. *J Calif Dent Assoc* 2011; 39(2): 90-100. Erratum in: *J Calif Dent Assoc* 2011; 39(3):138.
19. Gizani S, Papaioannou W, Papaigiannoulis L: Oral health findings in a group of Greek schoolchildren with mild mental impairment. *J Dis Oral Health* 2006; 7(1): 3-9.
20. Kavvadia K, Gizani S, Mamali S, Nassika M: Oral health status of teenagers and young adults with intellectual impairment in Athens, Greece. *J Dis and Oral Health* 2008; 9(2): 63-69.
21. Gizani S, Kandilourou H, Kavvadia K, Tzoutzas J: Oral health care provided by Greek dentists to persons with physical and/or intellectual impairment. *Spec Care Dent* 2012; 32(3): 83-89.
22. Mc Tigue DJ: Dental education and special-needs patients: challenges and opportunities. *Pediatr Dent* 2007; 29: 129-133.
23. Γκιζάνη Σ, Παπαγιαννούλη Λ (β): "Άτομα με ειδικές ανάγκες. ιι. σχεδιασμός ιατρείου για εμποδιζόμενα άτομα". Σημειώσεις Παιδοδοντιατρικής ΙΙ για τους φοιτητές 9ου εξαμήνου. 2011, σελ. 136-151.
24. Οδηγίες σχεδιασμού για την αυτόνομη διαβίωση ΑΜεΑ. ΥΠΕΧΩΔΕ. Γραφείο μελετών για άτομα με ειδικές ανάγκες. <http://www.minenv.gr/1/16/162/16203/g1620300.html>, 2011
25. Βιέρρου Α-Μ, Παπαγιαννούλη Λ: Σχεδιασμός και εξοπλισμός οδοντιατρείου για την αντιμετώπιση ατόμων με ειδικές ανάγκες. *Παιδοδοντία* 1997; 11(1): 21-29.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Σωτηρία Γκιζάνη
Ελ. Βενιζέλου 199
17123 Ν. Σμύρνη, Αθήνα
Τηλ: 210 9318813
e-mail: stgizani@dent.uoa.gr