



Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική • Τόμος 6 • 2013

# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

Ετήσια Έκδοση της  
Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
ISSN 1791-9130

Hellenic Hospital Dentistry  
Hellenic Society for Hospital Dentistry

Volume VI • 2013

ISSN 1791-9130

## Θέματα

Οδοντιατρικός φόβος: Ένα πρόβλημα για τον ασθενή και τον οδοντίατρο

Το σάλιο ως παράγοντας ελέγχου της τερηδόνας στην τρίτη ηλικία

Αντιμετώπιση ατόμων με αναπηρία. Ιστορική Αναδρομή

Χρόνια δήξη στοματικού βλεννογόνου

Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας -

Μια κοινωνική αναγκαιότητα για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες

Δραστηριότητες Τμημάτων Νοσοκομείων





Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική • Τόμος 6 • 2013

# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

Ετήσια Έκδοση της  
Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
ISSN 1791-9130

Hellenic Hospital Dentistry  
Hellenic Society for Hospital Dentistry

Volume VI • 2013  
ISSN 1791-9130

## Θέματα

Οδοντιατρικός φόβος: Ένα πρόβλημα για τον ασθενή και τον οδοντίατρο

Το σάλιο ως παράγοντας ελέγχου της τερηδόνας στην τρίτη ηλικία

Αντιμετώπιση ατόμων με αναπηρία. Ιστορική Αναδρομή

Χρόνια δήξη στοματικού βλεννογόνου

Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας - Μια κοινωνική αναγκαιότητα για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες

Δραστηριότητες Τμημάτων Νοσοκομείων



# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

ΤΟΜΟΣ 6, 2013  
ISSN 1791-9130

## ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

## ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη

## ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ. Ανδρεσάκης	Α. Αντωνιάδου
Α. Γιαννοπούλου	Θ. Ζουριδάκη
Ι. Κουτσούκος	Χ. Μάκος
Ε. Μπογοσιάν	Μ. Σερέτη

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΕΚΔΟΣΗΣ

Κ. Αλεξανδρίδης	Κ. Αντωνιάδης
Γ. Βουγιουκλάκης	Α. Δουκουδάκης
Η. Καρκαζής	Α. Κοσιώνη
Ο. Νικολάτου	Λ. Παπαγιαννούλη
Α. Σκλαβούνου	Ι. Τζοτζας
Κ. Τσιχλάκης	

## ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη, Μ. Φραγκάκης,  
Α. Γιαννοπούλου, Ι. Κουτσούκος, Ι. Φανδρίδης

## ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΥΠΩΣΗΣ

Π. Δ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ Ε.Π.Ε.  
Επικούρου 31 & Πειραιώς  
Τηλ.: 210 3214904 - 212 700 3 200,  
Fax: 212 700 3 240  
e-mail: mpampais@press-time.gr

Το περιοδικό "Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική" είναι το επίσημο επιστημονικό έντυπο της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Εκδίδεται επίσης. Συνδρομή: 0,01 €.

## ΕΚΔΟΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
Πρόεδρος: Φλώρα Ζερβού-Βάλβη

## ΕΔΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαυρογένους 32 Χαϊδάρη ΤΚ 124 61  
Τηλ.& Fax: (210) 58.16.778  
www.hospitaldentistry.gr  
e-mail: info@hospitaldentistry.gr

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- **Οδοντιατρικός φόβος: Ένα πρόβλημα για τον ασθενή και τον οδοντίατρο**  
Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος, Ελευθέριος Ντόκος.....11-20
- **Το σάλιο ως παράγοντας ελέγχου της τερηδόνας στην τρίτη ηλικία**  
Ανδρέας Καψάλας, Άννα Κιτοπούλου, Μαρία Αντωνιάδου .....21-30
- **Αντιμετώπιση ατόμων με αναπηρία. Ιστορική Αναδρομή**  
Ευαγγελία Μπογοσιάν .....31-36
- **Χρόνια δήξη στοματικού βλεννογόνου**  
Αικατερίνη Δημητρίου, Παναγιώτα Μαραγκού,  
Φλώρα Ζερβού-Βάλβη .....37-41

# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

ΤΟΜΟΣ 6, 2013  
ISSN 1791-9130

## ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

## ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη

## ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ. Ανδρεσάκης	Α. Αντωνιάδου
Α. Γιαννοπούλου	Θ. Ζουριδάκη
Ι. Κουτσούκος	Χ. Μάκος
Ε. Μπογοσιάν	Μ. Σερέτη

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΕΚΔΟΣΗΣ

Κ. Αλεξανδρίδης	Κ. Αντωνιάδης
Γ. Βουγιουκλάκης	Α. Δουκουδάκης
Η. Καρκαζής	Α. Κοσιώνη
Ο. Νικολάτου	Λ. Παπαγιαννούλη
Α. Σκλαβούνου	Ι. Τζούτζας
Κ. Τσιχλάκης	

## ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη, Μ. Φραγκάκης,  
Α. Γιαννοπούλου, Ι. Κουτσούκος, Ι. Φανδρίδης

## ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΥΠΩΣΗΣ

Π. Δ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ Ε.Π.Ε.  
Επικούρου 31 & Πειραιώς  
Τηλ.: 210 3214904 - 212 700 3 200,  
Fax: 212 700 3 240  
e-mail: mpampais@press-time.gr

Το περιοδικό "Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική" είναι το επίσημο επιστημονικό έντυπο της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Εκδίδεται ετήσια.  
Συνδρομή: 0,01 €.

## ΕΚΔΟΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
Πρόεδρος: Φλώρα Ζερβού-Βάλβη

## ΕΔΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαυρογένους 32 Χαιδάρι ΤΚ 124 61  
Τηλ. & Fax: (210) 58.16.778  
www.hospitaldentistry.gr  
e-mail: info@hospitaldentistry.gr

- Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας - Μια κοινωνική αναγκαιότητα για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες  
Αναστασία Ε. Κοσιώνη, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη.....43-48
- Δραστηριότητες Τμημάτων Νοσοκομείων σε θέματα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής.....49-52

# Hellenic Hospital Dentistry

VOLUME 6, 2013  
ISSN 1791-9130

**PROPRIETOR:**

Hellenic Society for Hospital Dentistry

**EDITOR -IN- CHIEF:**

F. Zervou-Valvi

**EDITORIAL BOARD:**

D. Andresakis	A. Antoniadou
A. Giannopoulou	Th. Zouridaki
J. Koutsoukos	Gr. Makos
E. Bogosian	M. Sereti

**SCIENTIFIC CONSULTANTS**

K. Alexandridis	K. Antoniadis
G. Vougiouklakis	A. Doukoudakis
H. Karkazis	A. Kossioni
O. Nicolatou	L. Papagiannoulis
A. Sklavounou	J. G. Tzoutzas
K. Tsiklakis	

**PRODUCTION SUPERVISORS:**

F. Zervou-Valvi, M. Fragakis,  
A. Giannopoulou, J. Koutsoukos, J. Fandridis

**PRODUCTION - PROMOTION:**

P.D. PUBLISHING E.P.E  
31 Epikourou Str., Athens Hellas  
Phone#: (3) 210 3214904 - 212 700 3 200,  
Fax#: (3) 212 700 3 240  
e-mail: mpampais@press-time.gr

The journal Hellenic Hospital Dentistry is the  
official publication of the Hellenic Society for  
Hospital Dentistry

It is published annually.

Subscription: 10 \$ USD

**PUBLISHER:**

Hellenic Society for Hospital Dentistry  
President: Flora Zervou-Valvi

**ADDRESS**

32 Mavrogenous Str., Haidari, 124 61  
Phone & Fax#: (3210) 58.16.778  
www.hospitaldentistry.gr  
e-mail: info@hospitaldentistry.gr

## CONTENTS

- **Dental fear: An issue concerning patient and dentist**  
Athanasios Spiliotopoulos, Eleftherios Dokos .....11-20
- **The saliva as a caries's control parameter in third age patients**  
Kapsalas Andreas, Kitopoulou Anna, Antoniadou Maria .....21-30
- **Treating people with disabilities. History review**  
Evagelia Bogosian .....31-36
- **Chronic biting of oral mucosa**  
Aikaterini Dimitriou, Panagiota Maragou,  
Flora Zervou-Valvi .....37-41

# Hellenic Hospital Dentistry

VOLUME 6, 2013  
ISSN 1791-9130

**PROPRIETOR:**

Hellenic Society for Hospital Dentistry

**EDITOR -IN- CHIEF:**

F. Zervou-Valvi

**EDITORIAL BOARD:**

D. Andresakis	A. Antoniadou
A. Giannopoulou	Th. Zouridaki
J. Koutsoukos	Gr. Makos
E. Bogosian	M. Sereti

**SCIENTIFIC CONSULTANTS**

K. Alexandridis	K. Antoniadis
G. Vougiouklakis	A. Doukoudakis
H. Karkazis	A. Kossioni
O. Nicolatou	L. Papagiannoulis
A. Sklavounou	J. G. Tzoutzas
K. Tsiklakis	

**PRODUCTION SUPERVISORS:**

F. Zervou-Valvi, M. Fragakis,  
A. Giannopoulou, J. Koutsoukos, J. Fandridis

**PRODUCTION - PROMOTION:**

P.D. PUBLISHING E.P.E  
31 Epikourou Str., Athens Hellas  
Phone#: (3) 210 3214904 - 212 700 3 200,  
Fax#: (3) 212 700 3 240  
e-mail: mpampais@press-time.gr

The journal Hellenic Hospital Dentistry is the  
official publication of the Hellenic Society for  
Hospital Dentistry

It is published annually.

Subscription: 10 \$ USD

**PUBLISHER:**

Hellenic Society for Hospital Dentistry  
President: Flora Zervou-Valvi

**ADDRESS**

32 Mavrogenous Str., Haidari, 124 61  
Phone & Fax#: (3210) 58.16.778  
www.hospitaldentistry.gr  
e-mail: info@hospitaldentistry.gr

- **Domiciliary dental care: A social necessity for frail social groups**

Anastassia E. Kossioni, Flora Zervou-Valvi.....43-48

- **Hospital departments' activities on issues of hospital dentistry.....49-52**



## ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Ο 5ος Τόμος του περιοδικού μας εκδόθηκε ηλεκτρονικά. Η ηλεκτρονική έκδοση αποτέλεσε ένα βήμα στο οποίο προχωρήσαμε κατόπιν πολλής σκέψης και αρκετών δισταγμών. Κυρίως λόγοι οικονομικοί μας ώθησαν στην πραγματοποίησή της, όμως παράλληλα εξυπηρετήθηκαν και οικολογικοί σκοποί. Επίσης και σκοποί εξοικονόμησης αποθηκευτικών χώρων, αφού βέβαια δεν χρειάστηκαν χώροι για την αποθήκευση των τόμων μέχρι την αποστολή τους, ούτε χώροι για την φύλαξη όσων περίσσευσαν.

Όμως, αυτά τα πλεονεκτήματα θα ήταν ελάχιστης αξίας εάν εσείς, συνάδελφοι, δεν αγκαλιάζατε με την ίδια αγάπη και αυτού του είδους την έκδοση. Η αγάπη αυτή μας δίνει το κουράγιο να συνεχίζουμε.

Το 2014 αναπτύξαμε σημαντικές εκπαιδευτικές και επιστημονικές δραστηριότητες:

Διοργανώσαμε σε συνεργασία με το Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ σεμινάριο με τίτλο «Η χρήση πρωτοξειδίου του αζώτου και άλλων φαρμάκων καταστολής του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) στην Οδοντιατρική», που διεξήχθη στην Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, το Σάββατο 20 Δεκεμβρίου 2014. Στο σεμινάριο αυτό αφιερώνεται ολόκληρος ο επόμενος τόμος του περιοδικού μας, που αναρτάται παράλληλα με τον τρέχοντα.

Όπως πάντα, συμμετείχαμε στο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (34ο), που διεξήχθη στην Θεσσαλονίκη στις 14-16 Νοεμβρίου 2014 με την εισήγηση «Οστεοπόρωση και οδοντίατρος» της κ. Αγγελικής Γιαννοπούλου και της υπογράφουσας. Την εισήγηση παρουσίασε η κ. Γιαννοπούλου και έτυχε μεγάλου ενδιαφέροντος από τους συνέδρους.

Παραχωρήσαμε την αιγίδα μας στην Ημερίδα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής με θέμα «Έναρξη προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ατόμων με χρόνιες παθήσεις και ΑμεΑ: Προτάσεις - Εξελίξεις», που διοργανώθηκε με πολύ μεγάλη επιτυχία από το Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς, την Παρασκευή 19 Δεκεμβρίου 2014. Αναλυτική ενημέρωση σχετικά με την ημερίδα αυτή παρέχεται στο τέλος του τόμου.

Ο παρών 6ος τόμος, ακολουθώντας και αυτός την παράδοση της ποικίλης και ενδιαφέρουσας θεματολογίας των 5 προηγούμενων, περιλαμβάνει:

- Μία θεματική ενότητα για τον οδοντιατρικό φόβο, που αποτελεί πρόβλημα τόσο για τον ασθενή όσο και για τον οδοντίατρο.
- Δύο ανασκοπήσεις, μία για το σάλιο ως παράγοντα ελέγχου της τερηδόνας στην τρίτη ηλικία και μία ιστορική αναδρομή της αντιμετώπισης ατόμων με αναπηρία.

- Μία ερευνητική εργασία για την χρόνια δήξη του στοματικού βλεννογόνου.
- Ένα εκπαιδευτικό θέμα για την κατ οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας που αποτελεί κοινωνική αναγκαιότητα για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.
- Στο τέλος, παρουσιάζονται οι Δραστηριότητες Τμημάτων Νοσοκομείων σε θέματα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και συγκεκριμένα η προαναφερθείσα ημερίδα που διοργανώθηκε από το Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΓΝ Κιλκίς, καθώς και ο κύκλος μαθημάτων με θέμα «Το Ιατρικό Επείγον στην Οδοντιατρική» που διοργανώθηκε από το Οδοντιατρικό Τμήμα του ΠαΓΝΗ.

Αγαπητοί συνάδελφοι,

δεδομένου ότι παράλληλα προχωράμε στη διοργάνωση του Συνεδρίου μας, περιμένουμε με χαρά τις ιδέες και τις υποδείξεις σας.

**Φλώρα Ζερβού-Βάλβη**  
**Πρόεδρος EENO**  
**Διευθυντής Σύntαξης**

# ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ είναι το επίσημο επιστημονικό περιοδικό της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Στόχος της έκδοσης είναι η σύγχρονη ενημέρωση των συναδέλφων σε θέματα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής καθώς και η συστηματική καλλιέργεια της Οδοντιατρικής Επιστήμης στον χώρο των Ελληνικών Νοσοκομείων.

## Κατηγορίες κειμένων

Το περιοδικό δημοσιεύει κείμενα τα οποία αναφέρονται σε θέματα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Επιστημών Υγείας των ακόλουθων κατηγοριών:

1. Κύρια άρθρα. Πρόκειται για επίκαιρα θέματα που γράφονται με προτροπή της Συντακτικής Επιτροπής από Οδοντίατρο ή άλλο επιστήμονα υγείας με ειδικές γνώσεις.
2. Ανασκοπήσεις
3. Ερευνητικές εργασίες
4. Πρακτικά θέματα
5. Παρουσιάσεις δραστηριοτήτων Οδοντιατρικών Τμημάτων Νοσοκομείων
6. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις
7. Βραχείες δημοσιεύσεις που έχουν έκταση μέχρι 2.000-2.500 λέξεις. Αυτές θα δημοσιεύονται σύντομα και μετά από αξιολόγηση της Συντακτικής Επιτροπής.
8. Επαγγελματικά θέματα
9. Εκπαιδευτικά θέματα
10. Θεματικές ενότητες
11. Περίληψεις άρθρων Ελλήνων οδοντιάτρων που έχουν δημοσιευθεί πρόσφατα σε επιστημονικά έντυπα του εξωτερικού.
12. Επιστολές προς τη Συντακτική Επιτροπή, οι οποίες αφορούν α) κρίσεις για το περιοδικό β) κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, γ) κριτικές βιβλίων, κ.ά. Οι επιστολές δημοσιεύονται μετά από έγκριση της Συντακτικής Επιτροπής.

## Έκταση άρθρων

Οι ανασκοπήσεις πρέπει να έχουν έκταση μέχρι 8.000 λέξεις και 80 βιβλιογραφικές παραπομπές, οι ερευνητικές εργασίες μέχρι 6.000 λέξεις και 60 παραπομπές, τα δε πρακτικά θέματα μέχρι 3.500 λέξεις και 40 παραπομπές αντίστοιχα.

## Προδιαγραφές κειμένων

1. Τα κείμενα που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένα στη νεοελληνική δημοτική γλώσσα, με μονοτονικό σύστημα. Ο διορθωτής του περιοδικού έχει το δικαίωμα να τροποποιεί γλωσσικά το κείμενο, χωρίς όμως να αλλοιώνει το ύφος του συγγραφέα.
2. Τα κείμενα πρέπει να είναι πληκτρολογημένα σε πρόγραμμα Word με χαρακτήρες 12 στιγμών. Επίσης να είναι

μορφοποιημένα σε διπλό διάστημα, με γραμματοσειρές Arial ή Times New Roman, με περιθώριο και από τις δύο πλευρές.

3. Όλες οι κατηγορίες των κειμένων υποβάλλονται ηλεκτρονικά στον Διευθυντή Σύνταξης στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [info@hospitaldentistry.gr](mailto:info@hospitaldentistry.gr)

4. Όλες οι κατηγορίες των εργασιών πρέπει να περιλαμβάνουν τις εξής ενότητες: i) Σελίδα τίτλου, ii) περίληψη στην ελληνική και λέξεις - κλειδιά, iii) κείμενο της εργασίας, iv) περίληψη στην αγγλική και λέξεις - κλειδιά στην αγγλική, v) βιβλιογραφικές παραπομπές, vi) λεζάντες, vii) πίνακες και viii) εικόνες. Κάθε ενότητα αρχίζει με ξεχωριστή σελίδα. Η αρίθμηση όλων των σελίδων ακολουθεί την προαναφερόμενη σειρά των ενότητων.

**Σελίδα τίτλου.** Περιλαμβάνει: α) τον τίτλο της εργασίας, β) το όνομα και τον τίτλο του συγγραφέα ή των συγγραφέων, γ) το ίδρυμα προέλευσης της εργασίας, δ) το συνέδριο στο οποίο έχει ενδεχομένως ανακοινωθεί η εργασία, ε) το όνομα, την διεύθυνση, το τηλέφωνο και το e-mail του συγγραφέα με τον οποίο θα γίνεται η αλληλογραφία, στ) την κατηγορία της εργασίας, ζ) την πηγή χρηματοδότησης της έρευνας, εάν υπάρχει.

**Ελληνική περίληψη.** Περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, τα ονόματα των συγγραφέων, το κείμενο της περίληψης και 3-5 λέξεις - κλειδιά. Η περίληψη πρέπει να έχει έκταση 150-200 λέξεις. Στις ερευνητικές εργασίες, η περίληψη περιλαμβάνει τον σκοπό, το υλικό και την μέθοδο, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Στις ανασκοπήσεις περιλαμβάνει στοιχεία από όλα τα κεφάλαια της ανασκόπησης καθώς και τα συμπεράσματα. Στο τέλος αυτής της σελίδας γράφονται οι λέξεις κλειδιά, οι οποίες είναι μεμονωμένοι όροι ή μικρές φράσεις που αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης και αναφέρονται στο Index Medicus και Dental Index.

**Κείμενο.** Οι ανασκοπήσεις πρέπει να περιλαμβάνουν μια εισαγωγή για το θέμα, όλες τις σύγχρονες βιβλιογραφικά τεκμηριωμένες απόψεις, κριτική ανάλυση των απόψεων αυτών και τα συμπεράσματα. Οι ερευνητικές εργασίες πρέπει να αποτελούνται από τα κεφάλαια: Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Ευρήματα-Αποτελέσματα, Συζήτηση και Συμπεράσματα. Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις πρέπει να αποτελούνται από μια σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, μια εκτενή παρουσίαση της περίπτωσης και να ακολουθεί συζήτηση. Στις υπόλοιπες κατηγορίες των άρθρων το κείμενο διαμορφώνεται ανάλογα με τις απαιτήσεις του θέματος.

**Βιβλιογραφικές παραπομπές.** Οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο, στους πίνακες και στις λεζάντες των εικόνων προσδιορίζονται με αραβικούς αριθμούς ως εκθέτη. Η αρίθμηση των βιβλιογραφικών παραπομπών γίνεται κατ'αύξοντα αριθμό με την σειρά που αυτές εμφανίζονται

στο κείμενο. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στο κείμενο, αναγράφονται στον βιβλιογραφικό κατάλογο, ο οποίος αρχίζει σε ξεχωριστή σελίδα μετά το κείμενο.

Οι συντμήσεις των τίτλων περιοδικών πρέπει να γράφονται σύμφωνα με το Dental Index και Index Medicus. Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών οι συγγραφείς πρέπει να συμβουλευονται τον σχετικό κατάλογο του ΙΑΤΡΟΤΕΚ.

Παραδείγματα γραφής των βιβλιογραφικών παραπομπών:

**Περιοδικό:** Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων μέχρι έξη (όταν είναι περισσότεροι ακολουθεί η ένδειξη «et al» προκειμένου για ξενόγλωσσα άρθρα ή «και συν.» προκειμένου για ελληνικά άρθρα), ο τίτλος της εργασίας, η συντομογραφία του περιοδικού, το έτος, ο τόμος, το τεύχος, η πρώτη και η τελευταία σελίδα της δημοσίευσης. Π.χ. Ettinger RL: Rational Dental Care: Part 1. Has the concept changed in 20 years? J Can Dent Assoc 2006; 72(5): 441-445.

Σημειώτεον ότι η συντομογραφία του περιοδικού Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική είναι Ελλ Νοσ Οδοντ.

**Βιβλίο, εγχειρίδιο, μονογραφία:** Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων, ο τίτλος του βιβλίου, ο αριθμός έκδοσης, η πόλη έκδοσης, ο εκδότης, το έτος, άνω - κάτω τελεία και η σελίδα. Π.χ. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL: Dental Management. 5th ed. St. Louis. Mosby. 1997: 274.

Αν η βιβλιογραφική παραπομπή αποτελεί κεφάλαιο ενός βιβλίου που έχει γραφεί από άλλο συγγραφέα, η αναφορά γίνεται ως εξής: Mitchell PF: Pain Management in the Hospital. In: Zambito RF, Black HA, Tesch LB, eds. Hospital Dentistry Practice and Education. St. Louis. Mosby. 1997: 223-242.

**Πρακτικά Συνεδρίου:** Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων, ο τίτλος της εργασίας, ο τίτλος του συνεδρίου, έτος έκδοσης των πρακτικών, σελίδες, οργανωτής, τόπος Π.χ. Welbury R: The role of the dental team in child protection. Τόμος Πρακτικών 27ου Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου, 2007, σελ. 49, Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Αθήνα.

**Ιστοσελίδες:**

<http://www.dentalcare.com/soap/intermed/conhea.htm>, όπως αυτό εμφανίζεται την ..... (ημερομηνία αναζήτησης).

**Αγγλική περίληψη.** Περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας,

τα ονόματα των συγγραφέων, το κείμενο της περίληψης και 3-5 λέξεις - κλειδιά. Η έκταση των περιλήψεων θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 300 και 350 λέξεων. Κατά τα άλλα ισχύουν τα αναφερόμενα στην ελληνική περίληψη.

**Πίνακες.** Δακτυλογραφούνται σε χωριστή σελίδα που περιλαμβάνει και τη λεζάντα. Αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς που αναφέρονται στο κείμενο. Οι επεξηγήσεις των συντομογραφιών και οι τυχόν απαιτούμενες διευκρινίσεις, αναγράφονται στο τέλος του πίνακα.

**Εικόνες.** Τα σχήματα, τα διαγράμματα και οι φωτογραφίες πρέπει να να μην εμπεριέχονται στην ροή του κειμένου της εργασίας. Αυτά κατατίθενται ηλεκτρονικά σε μορφή αρχείων JPG το καθένα αποθηκευμένο ξεχωριστά.

Οι λεζάντες των εικόνων γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα με τον αύξοντα αριθμό τους και υποβάλλονται επίσης ηλεκτρονικά.

Επισημαίνεται ότι εάν στις εικόνες εμφανίζεται το πρόσωπο του ασθενούς, η Συντακτική Επιτροπή κατά τη δημοσίευση θα καλύπτει τους οφθαλμούς με μαύρη ταινία για λόγους σεβασμού των προσωπικών δεδομένων.

**Κρίση - δημοσίευση εργασίας**

Η κρίση των εργασιών γίνεται από δύο κριτές οι οποίοι επιλέγονται από την Συντακτική Επιτροπή. Η Συντακτική Επιτροπή έχει το δικαίωμα να προτείνει τροποποιήσεις ή να απορρίπτει τα άρθρα που δεν υποβάλλονται γραμμένα σύμφωνα με τις ανωτέρω οδηγίες.

**Ειδικές επισημάνσεις**

Για την παραλαβή κάθε επιστημονικής εργασίας για δημοσίευση, επισυνάπτεται υποχρεωτικά ενυπόγραφη διαβεβαίωση των συγγραφέων ότι η εργασία δεν έχει κατατεθεί σε άλλο επιστημονικό περιοδικό, επίσης ότι δεν περιέχει αυτούσιες προτάσεις από άλλες επιστημονικές δημοσιεύσεις (εκτός από ορισμούς, νόμους, διατάξεις και κανόνες) καθώς και ότι το φωτογραφικό υλικό είναι είτε ίδιο είτε με-τασχεδιασμένο.

Τα δημοσιευμένα άρθρα, των εικόνων συμπεριλαμβανομένων, αποτελούν ιδιοκτησία του περιοδικού. Προκειμένου να αναδημοσιευθούν απαιτείται η άδεια της Συντακτικής Επιτροπής και του συγγραφέα.

# Οδοντιατρικός φόβος: Ένα πρόβλημα για τον ασθενή και τον οδοντίατρο

Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος<sup>1</sup>, Ελευθέριος Ντόκος<sup>2</sup>

«Οδοντιατρικός φόβος» (ΟΦ) είναι ο υπερβολικός φόβος για ο,τιδήποτε γίνεται στα δόντια με αποτέλεσμα κάθε οδοντιατρική επέμβαση, ανεξάρτητα από το πόσο μικρή είναι, να αναβάλλεται ή να καθυστερεί τόσο, ώστε να μπορεί να επηρεαστεί η συνολική κατάσταση της στοματικής υγείας του ασθενούς.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα: Α) Τη διάκριση ανάμεσα στους όρους: «οδοντιατρικό άγχος», «οδοντιατρικός φόβος» και «οδοντιατρική φοβία». Β) Τον επιπολασμό και τις μεθόδους καταγραφής του ΟΦ. Γ) Τα ερεθίσματα που μπορούν να προκαλέσουν ΟΦ καθώς και την αιτιολογία και τις συνέπειες του ΟΦ, τόσο στον ασθενή όσο και τον οδοντίατρο. Δ) Την αντιμετώπιση του ΟΦ.

Ο ΟΦ συναντάται σε ποσοστό 4-20% του γενικού πληθυσμού των βιομηχανοποιημένων χωρών. Η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική τάξη, η εθνική καταγωγή και η ενδεχόμενη παρουσία κάποιας ψυχολογικής, ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο του ΟΦ. Οι μέχρι τώρα μελέτες δείχνουν ότι ο ΟΦ συναντάται και στην Ελλάδα σε συχνότητα και με χαρακτηριστικά ανάλογα με αυτά που παρατηρούνται διεθνώς.

Σοβαρή συνέπεια του ΟΦ αποτελεί η «οδοντιατρική αποφυγή» η οποία συνεπάγεται καθυστέρηση ή και ακύρωση της οδοντιατρικής πρόληψης και θεραπείας με αποτέλεσμα την επιδείνωση της στοματικής υγείας και, ίσως, κατ'επέκταση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Η αντιμετώπιση του ΟΦ πρέπει να στηρίζεται κυρίως σε θεραπευτικές - συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, σαν εναλλακτικές λύσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν: α) η χρήση φαρμάκων (συνήθως μιδαζολάμη και βενζοδιαζεπίνη), β) η ψυχολογική προσέγγιση με τεχνικές χαλάρωσης από τον οδοντίατρο, γ) η χαλάρωση με πρωτοξείδιο αζώτου και δ) η γενική αναισθησία.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 6: 11-20, 2013

**Λέξεις κλειδιά:** οδοντιατρικός φόβος, οδοντιατρικό άγχος, οδοντιατρική φοβία, οδοντοθεραπεία.

<sup>1</sup> Οδοντίατρος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ.

<sup>2</sup> Οδοντίατρος, Συντονιστής Διευθυντής Ε.Σ.Υ.

Ίδρυμα προέλευσης:

Οδοντιατρικό Τμήμα, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδας

Μέρος της εργασίας παρουσιάστηκε ως ελεύθερη ανακοίνωση στο 15ο Πανελλοπονειακό Οδοντιατρικό Συνέδριο (Καλαμάτα, 20-22 Ιουνίου 2014)

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΟΡΙΣΜΟΙ

Ο φόβος απέναντι στις οδοντιατρικές επεμβάσεις έχει κατά καιρούς περιγραφεί από διάφορους μελετητές ως «οδοντιατρικός φόβος» (ΟΦ) ("dental fear"), ή «οδοντιατρικό άγχος» ("dental anxiety") ή «οδοντιατρική φοβία» ("dental phobia")<sup>1</sup>. Ορισμένοι συγγραφείς χρησιμοποιούν και τον όρο «οδοντιατρικός φόβος και άγχος» ("dental fear and anxiety").

Οι παραπάνω όροι αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία χωρίς οι συγγραφείς να αποδίδουν πάντα την ίδια σημασία σε αυτούς. Για να κατανοηθούν οι παραπάνω όροι και οι διαφορές μεταξύ τους, θα πρέπει πρώτα να ορισθούν οι γενικότερες έννοιες άγχος, φόβος και φοβία. Το άγχος και ο φόβος αποτελούν

τις συναισθηματικές απαντήσεις του ατόμου κατά την εκτίμηση επερχόμενου κινδύνου. Άγχος είναι μια δυσάρεστη συγκινησιακή κατάσταση ποικίλλουσας έντασης και διάρκειας, που εκλύεται από την εκτίμηση επερχόμενης απειλής κατά του εαυτού, ακαθόριστης ή μη πραγματικής. Εκτίμηση είναι η ταχύτατη γνωστική εγκεφαλική διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο αξιολογεί μια κατάσταση. Όταν, επομένως, μια κατάσταση αξιολογηθεί ως επικίνδυνη για το άτομο, ακολουθεί ως απάντηση το άγχος. Το άγχος δηλαδή είναι αποτέλεσμα και όχι αιτία αυτής της κατάστασης. Φόβος είναι μια δυσάρεστη συγκινησιακή κατάσταση ποικίλλουσας έντασης και διάρκειας, που εκλύεται από την εκτίμηση πραγματικής και καθορισμένης επερχόμενης απειλής. Η δε φοβία είναι μορφή υπερβολικού ή παθολογικού φόβου που επιμένει στον χρόνο, προέρχεται από συγκεκριμένο ερέθισμα και γίνεται εμπόδιο στην φυσιολογική αντιμετώπιση της καθημερινότητας του ατόμου. Η φοβία είναι ένας επίμονος και παράλογος φόβος για κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση, που έχει ως αποτέλεσμα την επιθυμία αποφυγής αυτού του αντικειμένου ή της κατάστασης<sup>2,3</sup>.

«Οδοντιατρικό άγχος» είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα λιγότερο ή περισσότερο δυνατό αλλά όχι παθολογικό αίσθημα φόβου σε σχέση με μια οδοντιατρική επίσκεψη ή ένα ερέθισμα σχετικό με το οδοντιατρικό θραύσμα<sup>4</sup>. Ο πρώτος που εισήγαγε τον όρο «οδοντιατρικός φόβος» (ΟΦ) ήταν ο Coriat<sup>5</sup> ο οποίος τον όρισε ως «ένα υπερβολικό φόβο για οτιδήποτε γίνεται στα δόντια» με αποτέλεσμα «κάθε οδοντιατρική επέμβαση, ανεξάρτητα από το πόσο μικρή είναι, να αναβάλλεται ή να καθυστερεί τόσο, ώστε να μπορεί να επηρεαστεί η συνολική κατάσταση της οδοντικής υγείας». Ο Lautch<sup>6</sup> όρισε την «οδοντιατρική φοβία» ως «ένα ιδιαίτερο είδος φοβίας δυσανάλογο προς τις απαιτήσεις της κατάστασης, που δεν ανταποκρίνεται στην αιτία, υπερβαίνει σαφώς τον εθελούσιο έλεγχο και οδηγεί στην αποφυγή της οδοντιατρικής θεραπείας, όπου αυτή είναι πραγματικά απαραίτητη».

Τα DSM-IV ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders") και ICD-10 ("International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision") αποτελούν τα συστήματα διάγνωσης της ψυχοπαθολογίας που χρησιμοποιούνται σήμερα πανευρωπαϊκά. Σε κανένα από αυτά δεν υπάρχει ιδιαίτερος ορισμός για την οδοντιατρική φοβία αλλά αυτή κατανοείται σαν ένα είδος ειδικής φοβίας<sup>7</sup>. Σύμφωνα με το DSM-IV, ο ορισμός της ειδικής φοβίας είναι: «Έκδηλος και επίμονος φόβος που είναι υπερβολικός ή αδικαιολόγητος, συνοδευόμενος από την παρουσία ή αναμονή ενός συγκεκριμένου αντικειμένου ή κατάστασης»<sup>8</sup>. Η οδοντιατρική φοβία χαρακτηρίζεται ως ειδική φοβία, διότι εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά: α) Ο ασθενής βρίσκεται υπό το καθεστώς συνεχούς φόβου για το συγκεκριμένο ερέθισμα, που είναι η οδοντιατρική επίσκεψη. β) Η έκθεση στο συγκεκριμένο ερέθισμα προκαλεί σχεδόν άμεση και αναπό-

φευκτη αντίδραση φόβου. γ) Το ερέθισμα (οδοντιατρική επίσκεψη) αποφεύγεται. δ) Η καθημερινότητα του ατόμου επηρεάζεται σημαντικά από το άγχος ή την αποφυγή της οδοντιατρικής επίσκεψης. ε) Ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός και αδικαιολόγητος<sup>9</sup>. Είναι σαφές ότι η οδοντιατρική φοβία χαρακτηρίζεται από αποφυγή της οδοντιατρικής θεραπείας και υψηλό επίπεδο άγχους<sup>10</sup>. Ο Freeman<sup>11</sup> τονίζει τη σημασία της αποφυγής της οδοντιατρικής θεραπείας στην οδοντιατρική φοβία, ισχυριζόμενος ότι η οδοντιατρική φοβία δεν μπορεί να διαγνωσθεί μόνο από την παρουσία οδοντιατρικού άγχους αλλά θα πρέπει να συνεκτιμηθεί πρώτα και το ιστορικό των προηγούμενων οδοντιατρικών εμπειριών του ασθενούς. Η οδοντιατρική φοβία θεωρείται από το σύνολο των μελετητών ως το τέλος μιας συνέχειας του οδοντιατρικού άγχους<sup>12</sup>.

### ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΦ

Το οδοντιατρικό άγχος συναντάται σε ποσοστό 4-20% του γενικού πληθυσμού των βιομηχανοποιημένων χωρών<sup>13,14</sup>. Ο επιπολασμός των ατόμων με υψηλά επίπεδα ΟΦ ποικίλλει ανάμεσα σε 4%<sup>15,16</sup> έως και πάνω από 20%<sup>16</sup>, με τις περισσότερες μελέτες να αναφέρουν τιμές κάτω του 10%<sup>17,18</sup>. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο ΟΦ ή το οδοντιατρικό άγχος υπολογίζεται ότι επηρεάζουν περίπου το 36% του ενήλικου πληθυσμού ενώ ένα επιπλέον ποσοστό 12% φαίνεται να υποφέρει από ακραίο οδοντιατρικό φόβο<sup>12</sup>. Στην Γερμανία, τρεις έρευνες για τον ΟΦ, που έχουν απευθυνθεί σε ασθενείς που αναμένουν στο οδοντιατρείο για να δεχθούν οδοντιατρική θεραπεία, δείχνουν ότι περίπου 10% του πληθυσμού υποφέρει από οδοντιατρική φοβία και επισκέπτεται τον οδοντίατρο μόνο όταν ο πόνος είναι ανυπόφορος<sup>19,20</sup>. Βέβαια, οι μελέτες αυτές δεν είναι αντιπροσωπευτικές του γενικού πληθυσμού διότι οι άνθρωποι που υποφέρουν από οδοντιατρική φοβία χαρακτηρίζονται από την αποφυγή της οδοντιατρικής επίσκεψης και, επομένως, μάλλον δεν συμπεριλήφθηκαν στο παραπάνω δείγμα. Υπολογίζεται ότι το 7-10% του Γερμανικού πληθυσμού δεν πηγαίνουν στον οδοντίατρο και ότι το 75% των οδοντιατρικών περιστατικών αφορούν στο 25% του πληθυσμού<sup>21</sup>. Μελέτη των Stouthard και συν.<sup>16</sup> αποκάλυψε ότι άνω του 50% του πληθυσμού στην Ολλανδία ήταν φοβισμένοι όταν επισκέφθηκαν τον οδοντίατρο. Επίσης, βρέθηκε στην ίδια μελέτη ότι ποσοστό 15% του πληθυσμού αποφεύγει την οδοντιατρική επίσκεψη λόγω του οδοντιατρικού άγχους. Ανάλογα με την μέθοδο καταγραφής που χρησιμοποιήθηκε, ο επιπολασμός της οδοντιατρικής φοβίας στον ενήλικο πληθυσμό των Η.Π.Α. βρέθηκε να ποικίλλει ανάμεσα στο 11%<sup>22</sup> και το 20%<sup>23</sup>. Η ερευνητική ομάδα των Agras και συν.<sup>24</sup> ζήτησε από ένα δείγμα ασθενών να αναγνωρίσουν κοινές καταστάσεις που προκαλούν φόβο. Ο οδοντιατρικός φόβος κατατάχθηκε πέμπτος ανάμεσα σε όλες τις αυτές τις καταστάσεις στη συγκεκριμένη μελέτη. Οι έρευνες που έχουν έως τώρα πραγματο-

ποιηθεί δείχνουν ότι ο οδοντιατρικός φόβος συναντάται και στην Ελλάδα με συχνότητα και χαρακτηριστικά ανάλογα με αυτά που παρατηρούνται διεθνώς.

Μελέτες δείχνουν ότι δεν εμφανίζεται ο ίδιος βαθμός ΟΦ σε όλες τις κοινωνικές ομάδες. Η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική τάξη και η εθνική καταγωγή μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο του ΟΦ. Νεώτεροι άνθρωποι φοβούνται περισσότερο την οδοντιατρική θεραπεία από ό,τι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία<sup>25-27</sup>. Οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ΟΦ σε σχέση με τους άνδρες<sup>15, 23, 27, 28</sup>. Έχει βρεθεί συσχέτιση ανάμεσα στο κοινωνικό περιβάλλον και το επίπεδο του ΟΦ. Συγκεκριμένα, ο ΟΦ συναντάται συχνότερα: α) σε αγροτικές (σε σχέση με αστικές) περιοχές<sup>29</sup> και β) σε ανθρώπους με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και με χαμηλούς δείκτες στοματικής υγείας<sup>30</sup>. Επίσης, έχει βρεθεί συσχέτιση του ΟΦ με την εθνική καταγωγή. Αυτό αποτελεί εύρημα αρκετών ερευνών και φαίνεται μάλλον ως αποτέλεσμα πολιτισμικών διαφορών και διαφορετικών συμπεριφορών των ασθενών παρά ως απόρροια των κληρονομικών τους χαρακτηριστικών. Η εθνική καταγωγή επηρεάζει το επίπεδο του ΟΦ για τα αγόρια μόνο, σύμφωνα με μελέτη που έγινε στο Ισραήλ<sup>31</sup>. Οδοντιατρικοί ασθενείς κάθε ηλικίας που είναι μετανάστες στη Φινλανδία<sup>32</sup> και παιδιά μεταναστών στη Δανία<sup>33</sup> εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπισθούν με γενική αναισθησία λόγω υψηλού ΟΦ, σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό.

Ο επιπολασμός του οδοντιατρικού φόβου, όπως εκτιμάται από τους ίδιους τους ασθενείς, δεν έχει αλλάξει σημαντικά στον γενικό πληθυσμό των ενηλίκων ανάμεσα στη δεκαετία του 1950 και τα πρώτα χρόνια της τρίτης χιλιετίας<sup>34</sup>. Ωστόσο, διαφορετικά ήταν τα ευρήματα στη Μ. Βρετανία. Εκεί παρατηρήθηκε ότι, συγκρίνοντας τα αποτελέσματα μελετών του 1968 και του 2009, ο επιπολασμός του οδοντιατρικού άγχους είχε σημαντικά μειωθεί το 2009 (πιθανώς λόγω της βελτίωσης στον τομέα ελέγχου του πόνου). Αντιθέτως, ο επιπολασμός της οδοντιατρικής φοβίας είχε παραμείνει σταθερός, γεγονός που ερμηνεύθηκε με την υπόθεση ότι για τους ασθενείς που χαρακτηρίζονται «οδοντιατρικά φοβικοί» υπάρχουν πιο σύνθετες υποκείμενες αιτίες της φοβίας τους<sup>12</sup>.

Οι διάφορες έρευνες δείχνουν διαφορετική τιμή επιπολασμού του οδοντιατρικού φόβου, όπως φαίνεται και από την προαναφερθείσα βιβλιογραφία. Αυτό συμβαίνει για τους παρακάτω λόγους: α) Αναφέρονται σε διαφορετικές χώρες, ηλικίες ατόμων δείγμα-

### Πίνακας 1

#### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ DAS (DENTAL ANXIETY SCALE)<sup>35</sup>

- 1) Πως θα νοιώθατε αν έπρεπε να επισκεφθείτε αύριο τον οδοντίατρο για ένα προληπτικό έλεγχο;
  - I. Θα το περίμενα σαν μια ευχάριστη εμπειρία.
  - II. Δε θα με ενοχλούσε καθόλου.
  - III. Θα ήμουν λίγο ανήσυχος.
  - IV. Θα φοβόμουν ότι θα ήταν δυσάρεστο και επώδυνο.
  - V. Θα ήμουν πολύ φοβισμένος για ό,τι θα μου έκανε ο οδοντίατρος.
- 2) Πως νοιώθετε όταν περιμένετε τη σειρά σας στον οδοντίατρο;
  - I. Χαλαρός.
  - II. Λίγο ανήσυχος.
  - III. Σε ένταση.
  - IV. Αγχωμένος.
  - V. Τόσο αγχωμένος, ώστε μερικές φορές να ιδρώνω ξαφνικά ή να αισθάνομαι αδιάθετος.
- 3) Πως νοιώθετε όταν κάθεστε στην καρέκλα του οδοντιάτρου περιμένοντας να ετοιμάσει τον τροχό για να δουλέψει στα δόντια σας;
  - I. Χαλαρός.
  - II. Λίγο ανήσυχος.
  - III. Σε ένταση.
  - IV. Αγχωμένος.
  - V. Τόσο αγχωμένος, ώστε μερικές φορές να ιδρώνω ξαφνικά ή να αισθάνομαι αδιάθετος.
- 4) Φανταστείτε ότι βρίσκεστε στην οδοντιατρική καρέκλα για να καθαρίσετε τα δόντια σας. Πως νοιώθετε ενώ περιμένετε τον οδοντίατρο να ετοιμάσει τα εργαλεία που θα χρειαστούν για να καθαρίσει τις επιφάνειες των δοντιών σας γύρω από τα ούλα;
  - I. Χαλαρός.
  - II. Λίγο ανήσυχος.
  - III. Σε ένταση.
  - IV. Αγχωμένος.
  - V. Τόσο αγχωμένος, ώστε μερικές φορές να ιδρώνω ξαφνικά ή να αισθάνομαι αδιάθετος.

Βαθμολόγηση: I: 1 βαθμός, II: 2 βαθμοί, III: 3 βαθμοί, IV: 4 βαθμοί, V: 5 βαθμοί.

Αξιολόγηση: 9-12 βαθμοί: Μέτριο άγχος, 13-14 βαθμοί: Υψηλό άγχος, 15-20 βαθμοί: Έντονο άγχος (ή φοβία).

τος, πληθυσμιακές ομάδες και χρονικές στιγμές. β) Το δείγμα της έρευνας λαμβάνεται από διαφορετική ομάδα ασθενών κάθε φορά: ασθενείς που περιμένουν στο οδοντιατρείο για οδοντοθεραπεία - προληπτική εξέταση ή γενικός πληθυσμός που ερωτάται τηλεφωνικά ή συναντάται σε χώρους εργασίας, σχολεία ή γενικά σε χώρους εκτός οδοντιατρείου. Αυτό επηρεάζει τα αποτελέσματα της έρευνας. γ) Χρησιμοποιούνται διαφορετικά συστήματα καταγραφής (FS, DAS, MDAS ή άλλα). δ) Κάποιες έρευνες καταγράφουν τον οδοντιατρικό φόβο, άλλες το οδοντιατρικό άγχος, άλλες την οδοντιατρική φοβία, και άλλες τον «οδοντιατρικό φόβο και άγχος». Ωστόσο, πρέπει να αναφερθεί ότι οι αποκλίσεις στα αποτελέ-

**Πίνακας 2**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ MDAS (MODIFIED DENTAL ANXIETY SCALE)<sup>39</sup>**

- 1) Εάν επισκεπτόσασταν τον οδοντίατρο αύριο για θεραπεία, πως θα νοιώθατε;
- 2) Εάν καθόσασταν στην αίθουσα αναμονής (περιμένοντας για θεραπεία), πως θα νοιώθατε;
- 3) Εάν επρόκειτο να τροχιστεί το δόντι σας, πως θα νοιώθατε;
- 4) Εάν επρόκειτο να καθαριστούν και να γυαλιστούν τα δόντια σας, πως θα νοιώθατε;
- 5) Εάν επρόκειτο να δεχθείτε ένεση με τοπικό αναισθητικό στα ούλα σας πάνω από τα άνω οπίσθια δόντια σας, πως θα νοιώθατε;  
Σε κάθε ερώτηση, οι πιθανές απαντήσεις είναι οι εξής:
  - I. Όχι ανήσυχος (Βαθμός 1)
  - II. Λίγο ανήσυχος (Βαθμός 2)
  - III. Αρκετά ανήσυχος (Βαθμός 3)
  - IV. Πολύ ανήσυχος (Βαθμός 4)
  - V. Εξαιρετικά ανήσυχος (Βαθμός 5)

Συνολική βαθμολογία 19 και άνω αποτελεί ένδειξη για ασθενή με υψηλό ΟΦ ή πιθανώς οδοντιατρική φοβία.

**Πίνακας 3**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΗΑQ (HIERARCHICAL ANXIETY QUESTIONNAIRE)<sup>38</sup>**

- 1) Πώς νοιώθετε όταν σκέπτεστε ότι πρέπει να επισκεφθείτε τον οδοντίατρο αύριο;
- 2) Κάθεστε στην αίθουσα αναμονής του οδοντιατρείου και περιμένετε να σας καλέσουν. Πώς νοιώθετε;
- 3) Φανταστείτε ότι εισέρχεστε στην αίθουσα, όπου παρέχεται η οδοντοθεραπεία και οσμίζεσθε τις συνηθισμένες μυρωδιές. Πώς νοιώθετε;
- 4) Κάθεστε στην οδοντιατρική καρέκλα και ο οδοντίατρος εισέρχεται στην αίθουσα. Πώς νοιώθετε;
- 5) Εσείς και ο οδοντίατρος κοιτάζετε μια ακτινογραφία και συζητάτε τις οδοντιατρικές εργασίες που πρέπει να πραγματοποιηθούν. Πώς νοιώθετε;
- 6) Πώς νοιώθετε όταν ο οδοντίατρος σας λέει ότι πρέπει να καθαρίσει την πέτρα από τα δόντια σας;
- 7) Πώς νοιώθετε όταν ο οδοντίατρος σας λέει ότι έχετε μια τερηδόνα που πρέπει να αντιμετωπίσει;
- 8) Πώς νοιώθετε όταν ο οδοντίατρος αλλάζει θέση και ετοιμάζει μια ένεση για να σας κάνει;
- 9) Φαντασθείτε ότι ακούτε τον οδοντιατρικό τροχό. Πώς νοιώθετε;
- 10) Ο οδοντίατρος σας λέει ότι η τερηδόνα είναι πολύ βαθιά και το δόντι πρέπει να εξαχθεί. Πώς νοιώθετε;
- 11) Ένας φρονιμίτης σας πρέπει να εξαχθεί. Η τοπική αναισθησία έχει ήδη ολοκληρωθεί. Ο οδοντίατρος πιάνει το νυστέρι. Πώς νοιώθετε;  
Σε κάθε ερώτηση, οι πιθανές απαντήσεις είναι οι εξής:
  - I. Χαλαρός.
  - II. Νευρικός.
  - III. Σε ένταση.
  - IV. Ανήσυχος.
  - V. Με τάση προς έμετο από την ανησυχία.

σματα των διαφόρων ερευνών δεν είναι εξαιρετικά μεγάλες.

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΟΦ**

Η Αγγλική μέθοδος καταγραφής του ΟΦ DAS (Dental Anxiety Scale) ή CDAS (Corah's Dental Anxiety Scale) (Πίν. 1), όπως περιγράφηκε από τον Corah<sup>35, 36</sup>, ήταν ασφαλώς πρωτοποριακή στην εποχή της και υιοθετήθηκε ευρέως στην Οδοντιατρική<sup>37</sup>. Στηρίζεται στην αυτο-αναφορά του ασθενούς και επιτυγχάνει συλλογή πληροφοριών αρκετά εύκολα και γρήγορα. Τα μειονεκτήματά της, ωστόσο, είναι: α) ότι δεν παρέχει πληροφορίες σχετικά με το τι συγκεκριμένα φοβάται ο ασθενής και β) εμφανίζει μια περιοχική τελικής βαθμολογίας αρκετά στενή, γεγονός που δυσκολεύει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων στις μελέτες, όπου χρησιμοποιείται. Αυτό οδήγησε στην ανάπτυξη μιας σειράς από πρόσθετα ερωτηματολόγια για λεπτομερέστερη διάγνωση του ΟΦ. Το MDAS (Modified Dental Anxiety Scale) ερωτηματολόγιο (Πίν. 2) προέκυψε από το DAS αφού προστέθηκε μια ακόμα (πέμπτη) ερώτηση σχετική με την τοπική αναισθησία (που αποτελεί μείζον θέμα για πολλούς ασθενείς με ΟΦ) και αναμορφώθηκαν οι απαντήσεις ώστε να είναι απλούστερες και πιο ομοιόμορφες. Το MDAS ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο και αποτελεί τώρα πια το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ένα άλλο ερωτηματολόγιο, που αναπτύχθηκε από τον Jöhren<sup>38</sup> για τον ίδιο σκοπό, αποτελεί το ΗΑQ (Hierarchical Anxiety Questionnaire) (Πίν. 3) που είναι αρκετά διαδεδομένο σε γερμανόφωνες κυρίως χώρες. Ο ισχυρισμός της σχέσης συνέχειας ανάμεσα στην οδοντιατρική φοβία και το οδοντιατρικό άγχος υποστηρίζεται και από τα δύο κυρίαρχα συστήματα μέτρησης του οδοντιατρικού άγχους: το DAS' και το MDAS<sup>39</sup>.<sup>40</sup> Τόσο το DAS όσο και το MDAS διαθέτουν ένα εμπειρικό σημείο - όριο, όπου βαθμολογήσεις πάνω από αυτό το όριο υποδεικνύουν την πιθανότητα ύπαρξης οδοντιατρικής φοβίας<sup>37, 41</sup>. Οι ελληνικές αποδόσεις των ερωτηματολογίων: MDAS, DFS (Dental Fear Survey) και CFSS-DS (Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale) που χρησιμοποιούνται σε ελληνικές μελέτες θεωρούνται έγκυρες και αξιόπιστες<sup>42, 43</sup>.

**ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΟΥΝ ΟΦ**

Ο ΟΦ εμφανίζεται να ποικίλλει ανάλογα



με το είδος της θεραπείας. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε περιοδοντική και ενδοδοντική θεραπεία αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ΟΦ σε σχέση με ασθενείς που δέχονται αποκαταστατική θεραπεία ή προληπτική οδοντιατρική αγωγή<sup>44, 45</sup>. Τα ερεθίσματα που προκαλούν τον ΟΦ σε έναν ασθενή είναι: η βελόνα, ο φόβος ενδεχόμενης ασφυξίας, η θέα και ο ήχος του οδοντιατρικού τροχού. Σε μικρότερο βαθμό προκαλούν ΟΦ η σωματική επαφή από τον οδοντίατρο, ο καθαρισμός των δοντιών, το άνοιγμα του στόματος και η αίσθηση ότι κάποιος εξετάζει τον ασθενή. Ο φόβος της βελόνας είναι το μεγαλύτερο ζήτημα<sup>46, 47</sup>. Αυτό, όχι σπάνια, ωθεί τον οδοντίατρο να αποφεύγει δύσκολες περιπτώσεις τοπικής αναισθησίας, γεγονός που οδηγεί σε αναποτελεσματικό έλεγχο του πόνου ο οποίος με τη σειρά του ανατροφοδοτεί τον ΟΦ και την οδοντιατρική αποφυγή. Ο φόβος της βελόνας συνίσταται στο φόβο για: α) τον πόνο της έμπαρσης της βελόνας στους ιστούς, β) τον πόνο της έγχυσης του αναισθητικού διαλύματος, γ) ενδεχόμενες παρενέργειες της τοπικής αναισθησίας, δ) το βάθος και τη διάρκεια της αναισθησίας ή την αίσθηση του μουςιάσματος<sup>48, 49</sup>.

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο ΟΦ μπορεί να οφείλεται σε πολλές διαφορετικές αιτίες: Μια τραυματική εμπειρία σχετική με οδοντιατρική θεραπεία αποτελεί τον κύριο λόγο για την εμφάνιση του ΟΦ και την ενδεχόμενη εξέλιξή του σε έναν παθολογικό τύπο φόβου<sup>50</sup>. Το οικογενειακό περιβάλλον (με τη λογική της θεωρίας του «μαθησιακού μοντέλου») και ιστορίες αφηγημένες από ανθρώπους του κοινωνικού περιβάλλοντος θεωρείται ότι επηρεάζουν την εμφάνιση της οδοντιατρικής ανησυχίας<sup>51</sup>. Για τα παιδιά και τους εφήβους, οι σημαντικότερες επιρροές που οδηγούν σε ανάπτυξη ΟΦ προέρχονται από συζητήσεις, πειράγματα και αφηγήσεις αρνητικών οδοντιατρικών εμπειριών από μέρους των γονιών ή άλλων μελών της οικογένειας ή φίλων και συμμαθητών τους<sup>52, 53</sup>. Ο ΟΦ παιδιών ηλικίας 5, 8, 12 και 15 ετών βρέθηκε να συνδέεται με τον ΟΦ των γονέων τους στη Μ. Βρετανία<sup>54</sup> και στη Βραζιλία<sup>55</sup>.

Ο Kent<sup>56</sup> εξέτασε τη μνήμη πόνου οδοντιατρικών ασθενών συγκρίνοντας τον πόνο που θυμούνταν 3 μήνες μετά τη θεραπεία με: α) τον πόνο που ανέμεναν ότι θα έχουν και β) αυτόν που πραγματικά βίωσαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε στενότερη σύνδεση ανάμεσα στον ενθυμούμενο και τον αναμενόμενο πόνο από ό,τι ανάμεσα στον ενθυμούμενο και τον πραγματικό πόνο που έγινε αισθητός. Η σύνδεση αυτή βρέθηκε ακόμα ισχυρότερη σε περιπτώσεις ασθενών με υψηλό σκορ στην κλίμακα DAS. Αυτό εξηγήθηκε με την υπόθεση των ερευνητών πως ο οδοντιατρικός φόβος διατηρείται, ίσως λόγω της ασθενούς μνήμης του πόνου που έγινε αισθητός κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται και από τον Freeman<sup>57</sup> που διατυπώνει ότι η μνήμη δυσάρεστων οδοντιατρικών εμπειριών ήταν μεγαλύτερη

σε ασθενείς με ΟΦ από ό,τι σε ασθενείς χωρίς ΟΦ. Ασθενείς με ΟΦ αναφέρουν περισσότερες εμπειρίες τραυματικών οδοντιατρικών γεγονότων σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς ΟΦ. Επομένως, η αιτία του ΟΦ φαίνεται να είναι πιο σύνθετη από τον αρνητικό απλώς ιστορικό οδοντιατρικών εμπειριών.

Οι οδοντιατρικοί ασθενείς με ΟΦ δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα πληθυσμού ως προς την αιτία και τον τρόπο εκδήλωσης του φόβου τους. Ο Weiner και συν.<sup>58</sup> προτείνουν ότι οι πηγές του ΟΦ θα μπορούσαν να διακριθούν σε δύο ομάδες, την ενδογενή και την εξωγενή. Στην πρώτη περίπτωση, ο ΟΦ προέρχεται από κάποια ιδιοσυγκρασιακή ευαισθησία σε φοβικές δυσλειτουργίες, πολλαπλές σοβαρές φοβίες και διαταραχές της ψυχικής διάθεσης. Στη δεύτερη περίπτωση, ο ΟΦ προκύπτει σαν εξαρτημένη αντίδραση απέναντι σε τραυματική οδοντιατρική εμπειρία ή έμμεση γνώση. Επομένως, αυτή η ταξινόμηση δέχεται ότι δεν απέκτησαν όλοι οι ασθενείς με ΟΦ το φόβο αυτό σαν αποτέλεσμα εξαρτημένης αντίδρασης. Τεκμήρια για το ρόλο της εξαρτημένης αντίδρασης στον ΟΦ μέσω αρνητικών εμπειριών ή οικογενειακών επιδράσεων<sup>59, 60</sup> αλλά και για το ρόλο των πρόσθετων σοβαρών φόβων και ψυχιατρικών προβλημάτων<sup>61, 62</sup> έχουν παρουσιασθεί από πολλούς ερευνητές.

Δύο μελέτες έχουν αναφέρει αυξημένο επιπολασμό ψυχολογικών ή ψυχιατρικών δυσλειτουργιών σε ανθρώπους με ΟΦ. Ο Roy-Byrne και συν.<sup>62</sup> βρήκαν τουλάχιστον μια επιπλέον ψυχιατρική δυσλειτουργία (σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-III) στο 42% των ασθενών με ΟΦ που εξέτασαν, ενώ ο Locker και συν.<sup>63</sup> διαπίστωσαν ύπαρξη ψυχολογικών δυσλειτουργιών σε ασθενείς με ΟΦ κατά 55% περισσότερο από ό,τι σε ασθενείς χωρίς ΟΦ, σε μελέτη τους στη Ν. Ζηλανδία. Ενδιαφέροντα είναι και τα ευρήματα άλλης έρευνας στη Γερμανία: α) Σχεδόν ένας στους τρεις ασθενείς με πολλαπλές διανοητικές διαταραχές υποφέρει και από παθολογικά υψηλό ΟΦ, κάτι που στο γενικό πληθυσμό συναντάται σε συχνότητα μόνο 4,2%. β) Ποσοστό 42% ασθενών με μετα-τραυματική αγχώδη δυσλειτουργία, 31,3% με αγχώδη δυσλειτουργία και 20,7% με καταθλιπτική δυσλειτουργία εμφανίζουν και υψηλό βαθμό ΟΦ<sup>64</sup>.

Ένα θέμα που ίσως σχετίζεται με την προέλευση του ΟΦ είναι αυτό της ηλικίας που αρχίζει να εμφανίζεται<sup>65</sup>. Σε μελέτη έξι διαφορετικών τύπων φοβίας, ο Ost<sup>66</sup> βρήκε σημαντικές διαφορές στην ηλικία έναρξης. Φοβίες για το αίμα και τα ζώα αποκτήθηκαν κυρίως κατά την παιδική ηλικία. Κοινωνικές φοβίες αποκτήθηκαν στην εφηβεία ενώ αγοραφοβία και κλειστοφοβία στην ενηλικίωση. Αυτές οι διαφορετικές ηλικίες έναρξης συνδέονταν με συγκεκριμένο τρόπο απόκτησης και διαφορές στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Η ηλικία έναρξης του ΟΦ προσήλκυσε λίγη προσοχή κυρίως λόγω του ότι θεωρήθηκε ως φόβος που ξεκινά από την παιδική ηλικία και παραμένει στη μετέπειτα ζωή. Εντούτοις, δύο μελέτες που έγιναν με αυτό το αντικείμενο δεν υποστηρίζουν αυτή την άποψη. Ο Ost<sup>66</sup> μελετώντας μια ομάδα α-

σθενών με οδοντιατρική φοβία βρήκε ότι σχεδόν 20% αυτών ανέφερε έναρξη μετά την ηλικία των 14 ετών. Άλλη δε μελέτη των Milgrom και συν.<sup>23</sup> βρήκε ότι 33,3% των ασθενών με ΟΦ απέκτησε το φόβο αυτό κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή της ενηλικίωσής τους.

### ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΟΦ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Ο οδοντιατρικός φόβος έχει σαν αποτέλεσμα ο ασθενής να περιορίζει, να αναβάλλει ή και να διακόπτει εντελώς τις οδοντιατρικές επισκέψεις, φαινόμενο που είναι γνωστό σαν «οδοντιατρική αποφυγή» (“dental avoidance”)<sup>67, 68</sup>. Αυτό έχει με τη σειρά του σαν συνέπεια την αύξηση του επιπολασμού των οδοντιατρικών νόσων<sup>68, 69</sup>. Ασθενείς με ΟΦ εμφανίζουν περισσότερα τερηδονισμένα ή ελλείποντα δόντια και λιγότερα αποκαταστημένα δόντια σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό<sup>70</sup>. Ο Thom και συν.<sup>71</sup> βρήκαν ότι ασθενείς με ΟΦ που αποφεύγουν την οδοντιατρική θεραπεία για αρκετά χρόνια, εμφανίζονται να έχουν μέσο αριθμό οκτώ (8) δοντιών που χρήζουν θεραπειάς. Η τακτική οδοντιατρική φροντίδα εγκαταλείπεται από αυτούς τους ασθενείς οι οποίοι πλέον βασίζονται στην αυτοφροντίδα, στην επίσκεψη σε υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας και περιστασιακά στην χρήση παραδοσιακών μεθόδων για την ανακούφιση από τον πόνο<sup>70</sup>. Επομένως, επηρεάζεται σημαντικά τόσο η κατάσταση της στοματικής υγείας όσο και η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών<sup>72, 73</sup>, αφού πολλοί από αυτούς αισθάνονται ντροπή για την κατάσταση των δοντιών τους<sup>73</sup> με αποτέλεσμα να αποφεύγουν να μιλούν ή να γελούν δημοσίως<sup>73, 74</sup>, ακόμα και να αποφεύγουν τις κοινωνικές συναναστροφές<sup>75</sup>.

### ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΟΦ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

Η ανησυχία του ασθενούς πριν την οδοντιατρική επίσκεψη με επακόλουθο την αδυναμία ικανοποιητικής οδοντιατρικής πρόληψης και θεραπείας αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στο δρόμο για την επίτευξη ιδεώδους οδοντικής υγείας. Στο οδοντιατρείο, ο ΟΦ έχει σημαντική επιρροή, εκτός από τον ασθενή, τόσο στην παρεχόμενη οδοντιατρική θεραπεία όσο και στο θεράποντα οδοντίατρο<sup>76</sup>.

Σε σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, φάνηκε ότι η στάση των οδοντιάτρων απέναντι σε ασθενείς με ΟΦ είναι κυρίως θετική. Ωστόσο, η ενασχόληση με τέτοιους ασθενείς περιγράφεται ως σκληρή και χρονοβόρα εργασία, με πενιχρή αμοιβή και μικρή εκτίμηση από μέρους του εργοδότη. Είναι ενδιαφέρον ότι οι γυναίκες οδοντίατροι αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ασθενών με ΟΦ σε σχέση με αυτά που αναφέρονται από τους συναδέλφους τους άνδρες<sup>77</sup>.

Η μέχρι τώρα έρευνα δείχνει ότι η εκτίμηση του ΟΦ με τα συνήθη συστήματα αξιολόγησης χρησιμοποιείται σπάνια στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη<sup>78</sup>. Οι οδοντίατροι μάλλον φοβούνται να ρωτήσουν τους α-

σθενείς τους σχετικά με τον ΟΦ σκεπτόμενοι ότι αυτό ίσως αυξήσει τον όποιο φόβο τους για την οδοντιατρική θεραπεία που θα ακολουθήσει. Εντούτοις, ο Corah<sup>79</sup> ανέφερε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς για την εν γένει οδοντιατρική θεραπεία αυξήθηκε όταν ο οδοντίατρος ασχολιόταν με τον ενδεχόμενο φόβο τους για την οδοντιατρική θεραπεία. Συγκεκριμένα αναφέρει: «Αν μη τι άλλο, η ερώτηση σχετικά με τον ΟΦ δίνει στον ασθενή την άδεια να εκφράσει ανησυχία του, εάν αυτή υφίσταται. Εάν ο ασθενής δεν είναι ανήσυχος, η ερώτηση του οδοντιάτρου δεν θα αποτελέσει αιτία δημιουργίας νέας ανησυχίας». Εξάλλου, οι ασθενείς με ΟΦ αναγνωρίζουν το φόβο τους και συνήθως τον αξιολογούν σωστά. Γι' αυτό, οι οδοντιατρικοί ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΟΦ πρέπει να ερωτώνται σχετικά με κατάλληλο τρόπο, ώστε να διαγνωσθούν έγκαιρα και να αντιμετωπισθούν ανάλογα<sup>80</sup>.

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΦ

Ιδεωδώς, ο χειρισμός ασθενών με ΟΦ απαιτεί ψυχολογική - συμπεριφορική αντιμετώπιση<sup>71-75, 81-84</sup>. Τέτοιες τεχνικές έχουν δείξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε ό,τι αφορά τη βελτίωση της ικανότητας του ασθενούς να δεχθεί την οδοντιατρική θεραπεία προοδευτικά<sup>85</sup>. Αυτές οι τεχνικές, ωστόσο, δεν περιλαμβάνονται πάντα σε προπτυχιακά ή μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών των οδοντιατρικών σχολών. Μια meta-analysis<sup>86</sup> έδειξε θετικές αλλαγές στον αυτοαναφερόμενο ΟΦ σε 36 από τις 38 μελέτες, έπειτα από πρόγραμμα θεραπείας του ΟΦ που αφορούσε κυρίως θεραπευτικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Στις υπόλοιπες δύο μελέτες δεν βρέθηκε καμιά σημαντική αλλαγή. Έπειτα από 4 χρόνια θεραπείας και μέσο όρο 6-10 συνεδριών, ένα μέσο ποσοστό 77% ασθενών άρχισε να επισκέπτεται τον οδοντίατρο κανονικά. Σε περισσότερες από τις μισές μελέτες, οδοντιατρικές συνεδρίες αποτελούσαν μέρος του θεραπευτικού προγράμματος<sup>86</sup>.

Σχετική μελέτη αποκάλυψε ότι οι Σουηδοί οδοντίατροι χρησιμοποιούν ποικιλία τεχνικών προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες ασθενών με ΟΦ. Η συχνότερη «ψυχολογική προσέγγιση» περιελάμβανε τεχνικές χαλάρωσης (68%), περισπασμού (66%) και «Λέω-Δείχνω-Κάνω» (“Tell-Show-Do”) (86%). Η συχνότερη «φαρμακευτική προσέγγιση» ήταν η χρήση μιδαζολάμης (72%) και βενζοδιαζεπίνης (77%)<sup>87</sup>.

Σύμφωνα με το ψήφισμα της 11/05/2012 του Συμβουλίου των Ευρωπαίων Οδοντιάτρων (CED), «η εισπνεόμενη χαλάρωση με τη χρήση πρωτοξειδίου του αζώτου - οξυγόνου αποτελεί τεχνική ασφαλή, μεγάλης αξίας και αποτελεσματικότητας για οδοντιατρικές διαδικασίες και επιτρέπει στη μεγάλη πλειονότητα των φοβικών οδοντιατρικών ασθενών να υποστούν επιτυχώς τη νάρκωση και τη θεραπεία σε ένα περιβάλλον πολύ πιο άνετο και απαλλαγμένο από το άγχος»<sup>88, 89</sup>. Η μέθοδος της γενικής αναισθησίας, επίσης, αποτελεί μια άλλη εναλλακτική λύση για την παροχή οδο-

νιατρικής περίθαλψης στους φοβικούς οδοντιατρικούς ασθενείς<sup>32, 90-92</sup>. Η γενική αναισθησία είναι ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος, εφόσον τηρούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες για την χορήγησή της και σταθμίζονται σωστά τα αναμενόμενα οφέλη με τους ενδεχόμενους κινδύνους και το επακόλουθο κόστος για το σύστημα υγείας<sup>92, 90-93</sup>.

Σημαντικό ποσοστό οδοντιάτρων που εργάζονται στη Μ. Βρετανία έχουν εκφράσει την ανάγκη περαιτέρω εκπαίδευσής τους στην αντιμετώπιση ασθενών με ΟΦ<sup>94</sup>.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ΟΦ είναι παρών σε σημαντικό μέρος του γενικού πληθυσμού παγκοσμίως. Κάποιες πληθυσμιακές ομάδες, ωστόσο, όπως είναι οι γυναίκες, οι νεώτεροι άνθρωποι σε ηλικία και αυτοί που έχουν ήδη εμφανίσει κάποια ψυχολογική, ψυχιατρική ή διανοητική διαταραχή πλήττονται περισσότερο από τον ΟΦ. Ο φόβος της βελόνας είναι η συνηθέστερη αφορμή εκδήλωσης του ΟΦ ο οποίος, όμως, ποικίλλει σε ένταση ανάλογα με το είδος της οδοντιατρικής εργασίας που θα ακολουθήσει. Η ηλικία έναρξης του ΟΦ θεωρείται κυρίως η παιδική, αν και αρκετές μελέτες τη μεταθέτουν στην εφηβεία. Οι περισσότεροι ασθενείς με ΟΦ φαίνεται ότι τον απέκτησαν σαν αποτέλεσμα «εξαρτημένης αντίδρασης» από παλαιότερες εμπειρίες δικές τους ή άλλων. Για τους υπόλοιπους ευθύνεται μάλλον κάποιος πιο ιδιοσυγκρασιακός ατομικός παράγοντας.

Σοβαρή συνέπεια του ΟΦ αποτελεί η «οδοντιατρική αποφυγή» η οποία συνεπάγεται την καθυστέρηση ή και ακύρωση της οδοντιατρικής πρόληψης και θεραπείας με αποτέλεσμα την επιδείνωση της στοματικής υγείας και, ίσως, κατ' επέκταση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Η αντιμετώπιση του ΟΦ πρέπει να στηρίζεται κυρίως σε θεραπευτικές - συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, σαν εναλλακτικές λύσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν: α) η χρήση φαρμάκων, β) η ψυχολογική προσέγγιση με τεχνικές χαλάρωσης από τον οδοντίατρο, γ) η χαλάρωση με πρωτοξειδίο αζώτου και δ) η γενική αναισθησία. Τέλος, απαιτείται περαιτέρω εκπαίδευση για τον σύγχρονο οδοντίατρο, ώστε να είναι σε θέση να χρησιμοποιεί τα κατάλληλα μέσα και τις τεχνικές που ενδείκνυνται προκειμένου να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά ένας ασθενής με ΟΦ.

## SUMMARY

### Dental fear:

**An issue concerning patient and dentist**  
Athanasios Spiliotopoulos, Eleftherios Dokos

*hellenic hospital dentistry 6: 11-20, 2013*

*Dental fear (DF) is a severe fear of dental treatment or even prevention. The aim of the present study is to*

*ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 6: 11-20, 2013*

*introduce, according to the latest data: A) The distinction among the terms of "dental anxiety", "dental fear" and "dental phobia". B) The prevalence and the methods of recording DF. C) The stimuli potentially causing DF, its aetiology and consequences for the patient and the dentist as well. D) The ways of treating DF.*

*DF is estimated to affect approximately 4-20% of the general population in industrialized countries. Age, sex, education, social status, national origin and possible psychological, emotional or mental disorders may affect the level of DF. Studies so far have shown similar prevalence and characteristics in Greece, too. A serious consequence of DF is the avoidance of dental care, known as "dental avoidance", usually leading to poor oral health. Dentists often encounter such patients only during emergency sessions. At that point, pain-free treatment is rather impossible. Most of the patients with DF report their childhood as the age of its onset. Previous traumatic dental experiences, influence of parents and peers or personality traits are the commonest reasons for the onset of DF. One of the commonest reported concerns relates to receiving injections, with the needle fear, in particular, being the major issue. The connection between remembered and expected pain has been found stronger than the connection between remembered and experienced pain.*

*Affected persons are aware of their fear and mostly rate their degree of fear correctly. Patients at increased risk of DF should be asked about that in a targeted manner, so that the potential problem can be detected early and treated appropriately. There is no evidence that this increases patient's DF. Treatment of DF must be based mainly on cognitive - behavioural therapeutic interventions. However, alternative approaches that can be used are: a) medication (usually midazolam and benzodiazepine), b) relaxation techniques, c) nitrous oxide inhalation sedation and d) general anaesthesia.*

*Most of the dentists consider such cases as a professional challenge although time-consuming and not well-paid. There is a need for further training in managing feared dental patients which is supported by dentists' lack of confidence, as determined from the results of relevant studies.*

**Key words:** Dental fear; dental anxiety; dental phobia; dental avoidance; dental treatment.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κοκκορέ Α, Δοντά Α, Νικοπούλου-Καραγιάννη Κ: Οδοντιατρικός φόβος. Συχνότητα και επιπτώσεις στην στοματική υγεία ενηλίκων ασθενών. *Ελλ Νοσ Οδοντ* 2011; 4: 11-17.
2. LeDoux J: The Emotional Brain, Fear and the Amygdala. *Cell Mol Neurobiol* 2003; 23(4-5): 727-738.

3. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM: Principles of Neural Science. 4th ed. New York. McGraw-Hill. 2000: 13-65.
4. Enkling N, Marwinski G, Jöhren P: Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. Clin Oral Invest 2006; 10: 8491.
5. Coriat IH: Dental anxiety: fear of going to the dentist. Psychoanal Rev 1946; 33: 365-367.
6. Lauth H: Dental phobia. Br J Psychiatry 1971; 119: 151-158.
7. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> όπως αυτό εμφανίζεται την 12/03/2014.
8. Kvale G, Raadal M, Vika M, Johnsen BH, Skaret E, Vatnelid H et al: Treatment of dental anxiety disorders: outcome related to DSM-IV diagnoses. Eur J Oral Sci 2002; 110: 6974.
9. Rabe-Jablonska J, Bienkiewicz W: Anxiety disorders in the fourth edition of the classification of mental disorders prepared by the American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Psychiatr Pol 1994; 28(2): 255-268.
10. Jöhren P, Margraf-Stiksrud J: Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie bei Erwachsenen. Stellungnahme der DGZMK. Deutsch Zahnärztl Z 2002; 57: 910.
11. Freeman R: Barriers to accessing dental care: patient factors. Br Dent J 1999; 187: 141-144.
12. Hill KB, Chadwick B, Freeman R, O'Sullivan I, Murray JJ: Adult Dental Health Survey 2009: relationships between dental attendance patterns, oral health behaviours and the current barriers to dental care. Br Dent J 2013; 214(1): 25-32.
13. Locker D, Shapiro D, Liddell A: Who is dentally anxious? Community Dent Oral Epidemiol 1996; 24: 346-350.
14. Horst G, De Wit CA: Review of behavioural research in dentistry 1987/1992: Dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance. Int Dent J 1993; 43: 265-273.
15. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG: Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. Community Dent Oral Epidemiol 1992; 20: 97-101.
16. Stouthard ME, Hoogstraten J: Prevalence of dental anxiety in The Netherlands. Community Dent Oral Epidemiol 1990; 18: 139-142.
17. Doerr PA, Lang WP, Nyquist LV, Ronis DL: Factors associated with dental anxiety. J Am Dent Assoc 1998; 29: 1111-1119.
18. Neverlien PO: Normative data for Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) for the Norwegian adult population. Community Dent Oral Epidemiol 1990; 18: 162.
19. Azrak B, Willershausen B, Keller G: Befragung der Patienten zur Akzeptanz der zahnärztlichen Behandlung in der Universitätsklinik 1998; 6: 171-186.
20. Kunzelmann KH, Dünninger P: Dental fear and pain: effect on patient's perception of the dentist. Community Dent Oral Epidemiol 1990; 18: 264-266.
21. Barkowski D, Bartsch N, Bauch J: Lebenslage, Salutogenese und erhöhtes Kariesrisiko. Prävention 1996; 19: 103-106.
22. Gatchel R: The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. J Am Dent Assoc 1989; 118(5): 591-593.
23. Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P: The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major U.S. city. J Am Dent Assoc 1988; 116(6): 641-647.
24. Agras S, Sylvester D, Oliveau D: The epidemiology of common fears and phobia. Compr Psychiatry 1969; 10: 151-156.
25. Teo CS, Foong W, Lui HH, Vigneusa H, Elliott J, Milgrom P: Prevalence of dental fear in young adult Singaporeans. Int Dent J 1990; 40: 37-42.
26. Schwarz E, Bim H: Dental anxiety in Danish and Chinese adults-a cross-cultural perspective. Soc Sci Med 1995; 41: 123-130.
27. De Jongh A, Muris P, Ter Horst G, Van Zuuren F, Schoenmakers N, Makkes P: One-session treatment of dental phobia: preparing dental phobics for treatment by reconstructing negative cognitions. Behav Res Ther 1995; 33: 947-954.
28. Thomson WM, Stewart JF, Carter KD, Spencer AJ: Dental anxiety among Australians. Int Dent J 1996; 46: 320-324.
29. Ragnarsson E: Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. Acta Odontol Scand 1998; 56: 100-104.
30. Bell RA, Arcury TA, Anderson AM, Chen H, Savoca MR, Gilbert GH et al: Dental Anxiety and Oral Health Outcomes among Rural Older Adults. J Public Health Dent 2012; 72(1): 53-59.
31. Fuks AB, Steinbock N, Zadik D: The influence of social and ethnic factors on dental care habits and dental anxiety: a study in Israel. Int J Paediatr Dent 1993; 3: 37.
32. Savanheimo N, Sundberg SA, Virtanen JI, Vekhalahiti MM: Dental care and treatments provided under general anaesthesia in the Helsinki Public Dental Service. BMC Oral Health 2012; 12: 45-52.
33. Haubek D, Fuglsang M, Poulsen S, Rolling I: Dental treatment of children referred to general anaesthesia - association with country of origin and medical status. Int J Paediatr Dent 2006; 16: 239-246.
34. Smith TA, Heaton LJ: Fear of dental care: are we making any progress? J Am Dent Assoc 2003; 134(8): 1101-1108.
35. Corah NL: Development of a dental anxiety scale. J Dent Res 1969; 48: 596-602.
36. Corah NL, Gale EN, Illig SJ: Assessment of a dental anxiety scale. J Am Dent Assoc 1978; 97: 816-819.
37. Humphris G, Crawford JR, Hill K, Gilbert A, Freeman R: UK population norms for the modified dental anxiety scale with percentile calculator: adult dental health survey 2009 results. BMC Oral Health 2013; 13: 29-39.
38. Jöhren P: Validierung eines Fragebogens zur Erkennung von Zahnbehandlungsangst. Zahnärztl Z 1999; 108: 104-114.
39. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ: The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. Community Dent Health 1995; 12: 143-150.
40. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V: Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. Int Dent J 2000; 50: 367-370.
41. Newton TJ, Buck DJ: Anxiety and pain measures in dentistry: A guide to their quality and application. J Am Dent Assoc 2000; 131: 1449-1457.
42. Coolidge T, Arapostathis KN, Emmanouil D, Dabarakis N, Patrikiou A, Economides N et al: Psychometric properties of Greek versions of the Modified Corah Dental Anxiety Scale (MDAS) and the Dental Fear Survey (DFS). BMC Oral Health 2008; 8: 29-34.
43. Arapostathis KN, Coolidge T, Emmanouil D, Kotsanos N: Reliability and validity of the Greek version of the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. Int J

- Paediatr Dent 2008; 18(5): 374-379.
44. Stabholz A, Peretz B: Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. *Int Dent J* 1999; 49(2): 90-94.
  45. Wong M, Lytle WR: A comparison of anxiety levels associated with root canal therapy and oral surgery treatment. *J Endod* 1991; 17(9): 461-465.
  46. Oosterink FM, de Jongh A, Aartman IH: Negative events and their potential risk of precipitating pathological forms of dental anxiety. *J Anxiety Disord* 2009; 23(4): 451-457.
  47. Mungara J, Injet M, Joseph E, Elangovan A, Sakthivel R, Selvaraju G: Child's dental fear; cause related factors and the influence of audiovisual modeling. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2013; 31: 215-220.
  48. Milgrom P, Coldwell SE, Getz T, Weinstein P, Ramsay DS: Four dimensions of fear of dental injections. *J Am Dent Assoc* 1997; 128(6): 756-766.
  49. Armfield JM, Milgrom P: A clinician guide to patients afraid of dental injections and numbness. *SAAD Dig* 2011; 27:33-39.
  50. Lindsay SJE, Jackson C: Fear of routine dental treatment in adults: its nature and management. *Psychol Health* 1993; 8: 135-153.
  51. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander DA: Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 1973; 86: 842-847.
  52. Themessi-Huber M, Freeman R, Humphris G, MacGillivray S, Terzi N: Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent* 2010; 20(2): 83-101.
  53. Gao X, Hamzah SH, Yiu CK, McGrath C, King NM: Dental fear and anxiety in children and adolescents: qualitative study using YouTube. *J Med Internet Res* 2013; 15(2): 29.
  54. Nuttall NM, Gilbert A, Morris J: Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003. *J Dent* 2008; 36(11): 857-860.
  55. Assuncao CM, Losso EM, Andreatini R, De Menezes JV: The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their parents at dental environment. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2013; 31(3): 175-179.
  56. Kent G: Memory of dental pain. *Pain* 1985; 21: 187-194.
  57. Freeman R: The role of memory on the dentally anxious patients response to dental treatment. *Ir J Psychol Med* 1991; 8: 110-115.
  58. Weiner AA, Sheehan DJ: Etiology of dental anxiety: psychological trauma or CNS chemical imbalance? *Gen Dent* 1990; 22: 39-43.
  59. Davey G: Dental phobias and anxieties: evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behav Res Ther* 1989; 27: 51-58.
  60. Poulton R, Thomson WM, Davies S, Kruger E, Brown RH, Silva P: Good teeth, bad teeth and fear of the dentist. *Behav Res Ther* 1997; 35: 327-334.
  61. Fiset L, Milgrom P, Weinstein P, Melnick S: Common fears and their relationship to dental fear and utilization of the dentist. *Anesthes Prog* 1989; 36: 258-264.
  62. Roy-Byrne PP, Milgrom P, Khoon-Mei T, Weinstein P, Katon W: Psycho-pathology and psychiatric diagnosis in subjects with dental phobia. *J Anxiety Disord* 1994; 8: 19-31.
  63. Locker D, Poulton R, Thomson WM: Psychological disorders and dental anxiety in young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 456-463.
  64. Lenk M, Berth H, Joraschky P, Petrowski K, Weidner K, Hanning C: Fear of dental treatment-an underrecognized symptom in people with impaired mental health. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(31-32): 517-522.
  65. Marks IM, Gelder MG: Different ages of onset in varieties of phobia. *Am J Psychiat* 1996; 123: 218-221.
  66. Ost L: Age of onset of different phobias. *J Abnorm Psychol* 1987; 96: 223-229.
  67. Armfield JM: Predicting dental avoidance among dentally fearful Australian adults. *Eur J Oral Sci* 2013; 121(3): 240-246.
  68. Armfield JM: What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(3): 279-287.
  69. Doebbling S, Rowe MM: Negative perceptions of dental stimuli and their effects on dental fear. *J Dent Hyg* 2000; 74: 110-116.
  70. Schuller AA, Willumsen T, Holst D: Are there differences in oral health and oral health behaviour between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 116-121.
  71. Thomb A, Sartory G, Johren P: Comparison of one-session treatment and benzoziadepine in dental phobia. *J Consul Clin Psychol* 2000; 68: 378-387.
  72. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ: The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health* 2007; 14(7): 1-4.
  73. McGrath, Bedi R: The association between dental anxiety and oral health on quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 67-72.
  74. Moore R, Brodsgaard I, Rosenberg N: The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 10-14.
  75. Kent G, Rubin G, Getz T, Humphris G: Development of a scale to measure the social and psychological effects of severe dental anxiety: social attributes of the Dental Anxiety Scale. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 394-397.
  76. Zerfowski M, Koch MJ, Niekusch U, Staehle HJ: Caries prevalence and treatment needs of 7- to 10-year-old schoolchildren in southwestern Germany. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 348-351.
  77. Brahm CO, Lundgren J, Carlsson SG, Nilsson P, Corbeil J, Hagglin C: Dentists' views on fearful patients. Problems and premises. *Swed Dent J* 2012; 36(2): 79-89.
  78. Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA: The use of dental anxiety questionnaires: a survey of a group of UK dental practitioners. *Br Dent J* 2001; 190(8): 450-453.
  79. Corah NL: Dental anxiety: assessment, reduction and increasing patient satisfaction. *Dent Clin North Am* 1988; 32(4): 779-790.
  80. Lenk M, Berth H, Joraschky P, Petrowski K, Weidner K, Hanning C: Fear of dental treatment-an underrecognized symptom in people with impaired mental health. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(31): 517-522.
  81. Gordon D, Heimberg RG, Tellez M, Ismail AI: A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *J Anxiety Disord* 2013; 27(4): 365-378.
  82. Armfield J, Heaton L: Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J* 2013; 58(4): 390-407.
  83. Wide Boman U, Carlsson V, Westin M, Hakeberg M: Psychological treatment of dental anxiety among adults: a systematic review. *Eur J Oral Sci* 2013; 121(3): 225-234.
  84. Heaton LJ, Leroux BG, Ruff PA, Coldwell SE: Computerized dental injection fear treatment: a randomized clinical trial. *J Dent Res* 2013; 92(7): 37-42.

85. Collado V, Hennequin M, Faulks D, Mazille M-N, Nicolas E, Koscielny S, Onody P: Behavioural modifications after repeated conscious sedation: a three year study. *J Clin Psychopharm* 2006; 26: 474-481.
86. Kvale G, Berggren U, Milgrom P: Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 250-264.
87. Brahm CO, Lundgren J, Carlsson SG, Nilsson P, Hultqvist J, Hagglin C. Dentists' skills with fearful patients: education and treatment. *Eur J Oral Sci* 2013; 121(3): 283-291.
88. [http://www.eudental.eu/library/104/files/ced\\_doc\\_2012\\_007\\_e\\_fin-20120514-1715.pdf](http://www.eudental.eu/library/104/files/ced_doc_2012_007_e_fin-20120514-1715.pdf), όπως αυτό εμφανίζεται την 3/5/2014.
89. Griffiths M: Hypnosis for dental anxiety. *Dent Update* 2014; 41(7): 78-80.
90. Μπογοσιάν Ε, Ζουριδάκη Θ, Φραγκάκης Μ: Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά φοβικών οδοντιατρικών ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με γενική αναισθησία. *Ελλ Στομ Χρον* 2005; 49: 129-135.
91. Ghezzi EM, Chavez EM, Ship JA: General anesthesia protocol for the dental patient: emphasis for older adults. *Spec Care Dentist* 2000; 20: 81-94.
92. Zuniga JR: Guidelines for Anxiety Control and Pain Management in Oral and Maxillofacial Surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 4-7.
93. Φραγκάκης Μ, Μικρούλης Σ, Ζουριδάκη Θ, Ζερβού-Βάλβη Φ, Τσούνιας Β: Αντιμετώπιση οδοντιατρικών ασθενών στο χειρουργείο με νοσηλεία μιας ημέρας. *Ελλ Στομ Χρον* 2003; 47: 455-464.
94. Hill KB, Hainsworth JM, Burke FJ, Fairbrother KJ: Evaluation of dentists' perceived needs regarding treatment of the anxious patient. *Br Dent J* 2008; 204(8): 442-443.

---

**Επικοινωνία:**

Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος

Τηλ.: 6977041898.

e-mail: [athspil@yahoo.com](mailto:athspil@yahoo.com)

# Το σάλιο ως παράγοντας ελέγχου της τερηδόνας στην τρίτη ηλικία

Ανδρέας Καψάλας<sup>1</sup>, Άννα Κιτοπούλου<sup>1</sup>, Μαρία Αντωνιάδου<sup>2</sup>

Στους γηροδοντιατρικούς ασθενείς η ξηροστομία αποτελεί συχνό εύρημα λόγω αυξημένης χρήσης φαρμάκων, ακτινοθεραπείας, υποσιτισμού, παθολογικών καταστάσεων των σιελογόνων αδένων, αλλά και/ή απόρροια απλά της ηλικίας. Λόγω της αριθμητικής αύξησης της ηλικιακής αυτής ομάδας παγκοσμίως, το πρόβλημα της ξηροστομίας έχει αρχίσει να προβληματίζει σε κλινικό οδοντιατρικό επίπεδο, λόγω των συνεπακόλουθων συμβαμάτων εντός της στοματικής κοιλότητας. Η κυριότερη συνέπεια της ξηροστομίας στους οδοντικούς φραγμούς είναι η αύξηση των ενεργών τερηδονικών βλαβών και κατά συνέπεια του συνολικού τερηδονικού δείκτη του ασθενή. Η εντόπιση των βλαβών αυτών στους ασθενείς τρίτης ηλικίας παρατηρείται συχνότερα στις εκτεθειμένες ριζικές επιφάνειες (τερηδόνα ρίζας). Διάφοροι παράγοντες του σάλιου όπως το pH, η ρυθμιστική ικανότητα και ο ρυθμός ροής του, μπορούν να μετρηθούν άμεσα με διάφορους κλινικούς ελέγχους στο ιατρείο σε μία και μόνο συνεδρία. Οι εργαστηριακοί αυτοί έλεγχοι γίνονται μέσω προσυσκευασμένων, μίας χρήσης κλινικών μετρήσεων της ροής του σάλιου αλλά και προσδιορισμού του μικροβιακού φορτίου που φέρει η στοματική κοιλότητα του ασθενή, με εύκολο, γρήγορο και οικονομικό τρόπο.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά όλων των σύγχρονων δεδομένων σχετικά με τη λειτουργία του σάλιου, τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ροή του, τους τρόπους ελέγχου της ποσότητας και ποιότητάς του και τη συσχέτισή του με την παρουσία τερηδόνας σε άτομα τρίτης ηλικίας. Τέλος, γίνεται προσπάθεια τεκμηρίωσης συγκεκριμένων πρωτοκόλλων αντιμετώπισης των γηροδοντιατρικών ασθενών που πάσχουν από ξηροστομία.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 6: 21-30, 2013

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων αυξάνεται ολοένα και περισσότερο παγκοσμίως<sup>1</sup>. Τα άτομα τρίτης ηλικίας, δηλαδή άνω των 60 ετών<sup>1</sup>, αποτελούν μία ομάδα του πληθυσμού με αυξημένες ανάγκες φροντίδας, πρόληψης και διατήρησης ενός καλού επιπέδου στοματικής υγείας καθώς αυτή έχει συχνά συσχετισθεί με διάφορα γενικά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης<sup>2</sup> και οι καρδιοπάθειες<sup>3</sup>.

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία είναι το σάλιο. Η μειωμένη ροή ή/και η πλήρης έλλειψή του δημιουργεί μία κατάσταση που αποτελεί συχνή ενόχληση για τα άτομα τρίτης ηλικίας και καλείται ξηροστομία. Εμφανίζεται δε σε ποσοστό από 25% έως και 50-60% του ηλικιωμένου πληθυσμού<sup>4</sup>. Ωστόσο, φαίνεται ότι γενικά η ξηροστομία δεν έχει άμεση σχέση με την αύξηση της ηλικίας αλλά είναι μάλλον μια κατάσταση που οφείλεται κυρίως σε λήψη

**Λέξεις κλειδιά:** ξηροστομία, τεστ σάλιου, σιαλική ροή, τερηδόνα, τερηδονικός κίνδυνος

<sup>1</sup> Οδοντίατρος

<sup>2</sup> Λέκτορας, Εργαστήριο Οδοντικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών

Ίδρυμα προέλευσης:

Εργαστήριο Οδοντικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών

κάποιων συγκεκριμένων φαρμάκων. Για το λόγο αυτό και καθώς μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων λαμβάνουν συχνά πολλά φάρμακα (πολυφαρμακία), η ξηροστομία αποτελεί συχνό εύρημα στις μεγάλες ηλικιακά ομάδες του πληθυσμού<sup>5</sup>. Εξαιτίας της ξηροστομίας, δημιουργούνται ποικίλα προβλήματα στους ηλικιωμένους με κύριο εύρημα, πέρα από τη μειωμένη λειτουργικότητα του στόματος, την αύξηση των τερηδονικών δεικτών και την κατ' επέκταση απώλεια των δοντιών τους.

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά όλων των σύγχρονων δεδομένων σχετικά με τη λειτουργία του σάλιου, τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ροή του, τους τρόπους ελέγχου της ποσότητας και ποιότητάς του και τη συσχέτισή του με την παρουσία τερηδόνας σε άτομα τρίτης ηλικίας. Τέλος, γίνεται προσπάθεια τεκμηρίωσης συγκεκριμένων πρωτοκόλλων αντιμετώπισης των γηροδοντιατρικών ασθενών που πάσχουν από ξηροστομία.

## ΣΑΛΙΟ: ΣΥΝΘΕΣΗ, ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Το σάλιο είναι μία εξωκρινής έκκριση που αποτελείται κατά 99% από νερό.

Το υπόλοιπο 1% αποτελούν διάφοροι ηλεκτρολύτες όπως νάτριο, ασβέστιο, χλώριο, μαγνήσιο, φώσφορο κ.ά., καθώς και πρωτεΐνες όπως ένζυμα, ανοσοσφαιρίνες και άλλες αντιμικροβιακές ουσίες<sup>6,7</sup>. Παράγεται από τους σιελογόνους αδένες, οι οποίοι διακρίνονται σε μείζονες και ελάσσονες. Οι μείζονες σιελογόνοι αδένες είναι η παρωτίδα, οι υπογλώσσιοι και οι υπογνάθιοι. Οι ελάσσονες σιελογόνοι αδένες είναι διασκορπισμένοι σε όλη την έκταση της στοματικής κοιλότητας<sup>6,8</sup>.

Το σάλιο διακρίνεται σε σάλιο ηρεμίας, το οποίο είναι αυτό που προκύπτει από μία μικρή συνεχή ροή σάλιου στη στοματική κοιλότητα και από την έκκριση των αδένων χωρίς να έχουν δεχθεί κάποιο ερέθισμα, και σε σάλιο διέγερσης το οποίο παράγεται έπειτα από εξωγενή διέγερση και αποτελεί το 80-90% της ημερήσιας παραγωγής σάλιου<sup>6,8</sup>. Οι υπογνάθιοι είναι οι κύριοι αδένες που συμβάλλουν στην παραγωγή του σάλιου ηρεμίας ενώ οι παρωτίδες οι κύριοι αδένες που συμβάλλουν στην παραγωγή του σάλιου διέγερσης<sup>7</sup>.

Οι σιελογόνοι αδένες διεγείρονται τόσο από το συμπαθητικό, όσο και από το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, με το πρώτο να προκαλεί την παραγωγή σάλιου με κολλώδη σύσταση και το δεύτερο με μεγαλύτερη ποσότητα νερού. Για παράδειγμα, αίσθημα ξηρότητας μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια επεισοδίων άγχους, όπου διεγείρεται το συμπαθητικό

**Πίνακας 1**

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΡΟΗΣ ΤΟΥ ΣΑΛΙΟΥ<sup>6</sup>.

	Ροή σάλιου διέγερσης	Ροή σάλιου ηρεμίας
Φυσιολογική	1-3 ml/min	0.25-0.35 ml/min
Χαμηλή	0.7-1 ml/min	0.1-0.25 ml/min
Κάτω από τα όρια	<0.7 ml/min	<0.1 ml/min

**Πίνακας 2**

### ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ<sup>5</sup>.

ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ	
Προβλήματα	Επιπλοκές
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ξηρός στοματικός βλεννογόνας</li> <li>• Δυσκολία στην κατάποση και την ομιλία</li> <li>• Αίσθημα καύσου στο στόμα</li> <li>• Νυχτερινή δυσφορία</li> <li>• Διαταραχή γεύσης</li> <li>• Επιρρέπεια σε διάφορες στοματικές μολύνσεις και τερηδόνα</li> <li>• Ουλίτιδα</li> <li>• Δυσσομία στόματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δυσγευσία</li> <li>• Μυκητιάσεις</li> <li>• Δυσφαγία</li> <li>• Τραυματικές βλάβες του στόματος</li> <li>• Ξηρά χείλη</li> <li>• Αυξημένη πιθανότητα φλεγμονής των ιστών του στόματος</li> <li>• Μη ικανοποιητική συγκράτηση ολικών οδοντοστοιχιών</li> <li>• Στοματοφαρυγγική καντιντίαση</li> </ul>

νευρικό σύστημα<sup>8</sup>.

Το σάλιο παρουσιάζει μια σειρά από ευεργετικές ιδιότητες για τη στοματική κοιλότητα. Πιο συγκεκριμένα συμβάλλει: 1) στην προστασία και τη λίπανση του βλεννογόνου του στόματος, αλλά και του γαστρικού βλεννογόνου αποτρέποντας τραυματισμούς, 2) στον καθαρισμό των δοντιών, 3) στη γεύση και την πέψη, 4) στη διατήρηση σταθερής της τιμής του pH του στόματος λόγω της ρυθμιστικής του ικανότητας, 5) στην προστασία της αδαμαντίνης καθώς διαχειρίζεται τις διαδικασίες απομεταλλικοποίησης και επαναμεταλλικοποίησης, 6) στην προστασία του συνόλου των οδοντικών ιστών από την τερηδόνα λόγω των αντιμικροβιακών και ρυθμιστικών ιδιοτήτων του, 7) στη διαβροχή και ζύμωση των τροφών (διευκόλυνση μάσησης - κατάποσης - πέψης βλωμού), 8) στην προστασία της στοματικής κοιλότητας έναντι βακτηρίων, μυκήτων και ιών, μέσω αντισωμάτων (κυρίως IgA), ενζύμων (λυσοζύμη, λακτοφερίνη κ.λπ.), 9) στην ομιλία, και τέλος, 10) στον έλεγχο της κακοσμίας του στόματος<sup>4,6,8</sup>.

Οι φυσιολογικές τιμές ροής του σάλιου σε ενήλικες φαίνονται στον Πίνακα 1. Γενικά, η ημερήσια παραγωγή σάλιου ενός υγιούς ενήλικα κυμαίνεται μεταξύ ενός με ενάμιση λίτρων (1 - 1,5L). Ως ξηροστομία ορίζεται η αίσθηση ξηρού στόματος που συχνά σχετίζεται θετικά με μείωση της σιαλικής έκκρισης, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σαν το αποτέλεσμα αλλαγών στην ποιότητα του



Πίνακας 3

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ<sup>8</sup>.

Κατηγορίες φαρμάκων	Ασθενείς (%)
<b>Αντιφλεγμονώδεις παράγοντες</b>	
Στεροειδή	2,7
Μη στεροειδή	1,3
<b>Καρδιαγγειακοί παράγοντες</b>	
Αντιϋπερτασικά	60
Καρδιαγγειακά φάρμακα	24
Υπολιπιδαιμικοί παράγοντες	4
<b>Παράγοντες ΚΝΣ</b>	
Φάρμακα για νόσο Alzheimer	1,3
Φάρμακα για νόσο Parkinson	2,7
Αντιεπιληπτικά	2,7
Αναλγητικά	1,3
Αντικαταθλιπτικά	5,3
Αγχολυτικά	6,7
<b>Παράγοντες γαστρεντερικού συστήματος</b>	
Φάρμακα για γαστρίτιδα	10,7
Αντιεμετικά	1,3
<b>Αντι-αλλεργικοί και αναπνευστικοί παράγοντες</b>	
Αντιισταμινικά	1,3
Αντιασθματικά	1,3
<b>Διάφορα</b>	
Θυρεοειδικά	6,7
Ορμονικά	1,3
Υπογλυκαιμικά	8
Βιταμίνες	13,3
Φάρμακα για γλαύκωμα	8
Αντιπηκτικά	20

σάλιου, όπως είναι οι χημικές ή/και κολλώδεις/ελαστικές ιδιότητές του<sup>9,10</sup>.

Η ξηροστομία είναι ένα συχνό εύρημα σε άτομα τρίτης ηλικίας και αναφέρεται κυρίως στο υποκειμενικό αίσθημα της μείωσης της ροής του σάλιου. Συχνά, η κατάσταση αυτή δεν αντανακλά μια πραγματική μείωση της ροής του σάλιου, αλλά μάλλον μια αίσθηση στεγνού στόματος που τις περισσότερες φορές δεν θεραπεύεται σε ικανοποιητικό βαθμό. Οι ασθενείς αρχικά μπορεί να μην αντιληφθούν τη μείωση του σάλιου, εκτός αν εμφανιστούν κάποιες από τις συνοδές επιπλοκές (Πίν. 2). Συχνά παρατηρείται κυρίως μία σημαντική αύξηση της τερηδονικής προσβολής, ιδιαίτερος εντοπισμένη στους αυχένες των δοντιών<sup>8</sup>.

**ΚΥΡΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΡΟΗ ΤΟΥ ΣΑΛΙΟΥ**

Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τη ροή και σύνθεση του σάλιου. Κάποιοι από αυτούς είναι η ενυδάτωση, η

στάση του σώματος, το κάπνισμα, η λήψη φαρμάκων, το αλκοόλ, το μέγεθος των σιελογόνων αδένων, συστηματικές νόσοι και φυσικά η ηλικία<sup>6</sup>. Πιο ειδικά στους ηλικιωμένους, οι πιο σημαντικοί από αυτούς είναι οι ακόλουθοι:

**Ηλικία**

Με την αύξηση της ηλικίας παρατηρούνται κάποιες ιστολογικές αλλαγές στους σιαλογόνους αδένες, όπως και σε άλλα μέρη του σώματος. Πιο συγκεκριμένα, το παρέγχυμα των σιελογόνων αδένων σταδιακά αντικαθίσταται από λιπώδη και συνδετικό ιστό. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία στη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με την κατάσταση της σιαλικής ροής σε υγιείς υπερηλικές, πέρα από τη μείωση του σάλιου ηρεμίας, με το σάλιο διέγερσης να μένει μάλλον ανεπηρέαστο. Το πιθανότερο είναι πως η μείωση του σάλιου που παρατηρείται σε αυτές τις ηλικίες σχετίζεται με συστηματικές νόσους και συχνή χρήση φαρμάκων, παρά στην γήρανση αυτή καθαυτή<sup>5, 6</sup>. Έτσι, αν και διαπιστώθηκε πως το μέγεθος των σιελογόνων αδένων, και συγκεκριμένα των υπογλώσσων, μειώνεται με την ηλικία<sup>10</sup>, δεν υπάρχει μείωση στη ροή του σάλιου της παρωτίδας ή του συνολικού σάλιου με την πάροδο της ηλικίας σε κατάσταση υγείας. Για το λόγο αυτό, θα ήταν λάθος να αποδίδεται η παρουσία ξηροστομίας ενός ηλικιωμένου ατόμου στην ηλικία του, χωρίς να διερευνάται πρώτα η πρωτογενής αιτία του φαινομένου<sup>10-12</sup>.

**Ακτινοθεραπεία**

Η ξηροστομία αποτελεί την πιο συχνή επιπλοκή σε άτομα που έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία<sup>13</sup>, καθώς η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να τραυματίσει τους μείζονες και τους ελάσσονες σιελογόνους αδένες, γεγονός που είναι δυνατόν να οδηγήσει σε ατροφία των περιχομένων των εκκριμάτων και να έχει ως αποτέλεσμα διάφορου βαθμού μόνιμη ή παροδική ξηροστομία<sup>8, 10</sup>. Συνήθως οι διάφορες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας (ξηροστομία σε ανάπαυση, δυσκολίες στην ομιλία, δυσκολία στη μάσηση, αύξηση συχνότητας χρήσης υποκατάστατων σάλιου, μειωμένη ποιότητα ύπνου, γεύσης κ.λπ.) υποχωρούν μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, το οποίο είναι περίπου 41 έως 90 μήνες<sup>14</sup>. Ωστόσο, τονίζεται ότι η ξηροστομία και οι άλλες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας επηρεάζουν τη ζωή των ασθενών για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και μετά το τέλος της θεραπείας<sup>10, 14</sup>.

**Φάρμακα**

Είναι η πιο συχνή αιτία παρουσίας ξηροστομίας σε ηλικιωμένα άτομα<sup>5</sup>. Τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι πιθανότερο να λαμβάνουν φάρμακα, ενώ είναι και περισσότερο ευπαθή στις παρενέργειές αυτών σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό<sup>5</sup>. Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή αναφέρουν γενικά περισσότερα συμπτώματα που σχετίζονται με την ξηροστομία, όπως αίσθηση ξηρότητας του στόματος, καυσalgία, δίψα κ.ά. σε σχέση με άτομα της ί-

διας ηλικιακής ομάδας που δεν λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή<sup>10</sup>. Κατά συνέπεια φαίνεται ότι η λήψη φαρμάκων αυξάνει την πιθανότητα ένα γηραιό άτομο να παρουσιάσει σημεία και συμπτώματα που σχετίζονται με την ξηροστομία<sup>10</sup>.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι πάνω από 400 φάρμακα μπορεί να εμφανίσουν ως παρενέργεια την ξηροστομία<sup>5,8</sup> (Πίν. 3).

### Η τερηδόνα στην τρίτη ηλικία

Η γήρανση επηρεάζει και τους οδοντικούς ιστούς. Η αδαμαντίνη παρουσιάζεται λιγότερο ενυδατωμένη και το πάχος της μειώνεται από την αποτριβή και τη φθορά που υφίσταται με το χρόνο. Η οδοντίνη επεκτείνεται στο μυλικό θάλαμο, καθώς παρατηρείται δημιουργία δευτερογενούς οδοντίνης. Επίσης, τα οδοντιοσωληνάρια μικραίνουν σε διάμετρο ή μπορεί να εξαφανιστούν και τελείως. Τέλος, τα αγγεία και τα νεύρα του πολφού εξασθενούν. Οι αλλαγές αυτές κάνουν τα δόντια πιο εύθραυστα, λιγότερο ελαστικά και πιο σκούρα στο χρώμα<sup>15</sup>. Χωρίς ικανή ποσότητα σάλιου για να αποκαταστήσει το στοματικό pH και να ρυθμίσει τον βακτηριακό πληθυσμό, το στόμα αποικίζεται γρήγορα από μικροοργανισμούς που προκαλούν τερηδόνα<sup>5</sup>. Όσο μικρότερη είναι η σιαλική ροή, τόσο μεγαλύτερη η απώλεια μετάλλων από τους οδοντικούς ιστούς και τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα τερηδονικής προσβολής<sup>16</sup>.

Η κύρια μορφή τερηδόνας στους ηλικιωμένους είναι η

τερηδόνα της ρίζας. Παρουσιάζεται στη ρίζα του δοντιού και σε ποσοστό 93% των ατόμων άνω των 65 ετών<sup>17, 18</sup>. Ως πρωτογενής ορίζεται η τερηδόνα ρίζας που εμφανίζεται σε απουσία αποκατάστασης (εικ. 1) ενώ ως δευτερογενής όταν εμφανίζεται δίπλα από μία υπάρχουσα αποκατάσταση<sup>18</sup> (εικ. 2). Η θέση της τερηδόνας ρίζας έχει συσχετισθεί θετικά με την ηλικία και την υποχώρηση των ούλων που οδηγεί σε έκθεση της επιφάνειας της ρίζας στη στοματική κοιλότητα<sup>17, 18</sup> (εικ. 3).

Η αιτιολογία της τερηδόνας ρίζας είναι πολυπαραγοντική. Οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με τον υψηλό επιπολασμό της στην τρίτη ηλικία, περιλαμβάνουν τη μείωση της ροής σάλιου ή ξηροστομία και την επακόλουθη δημιουργία όξινου περιβάλλοντος, την έκθεση των επιφανειών της ρίζας στο στοματικό περιβάλλον λόγω της περιοδοντίτιδας, διάφορες χρόνιες παθήσεις, την πιθανή ακτινοθεραπεία στην περιορχή κεφαλής και τραχήλου, άλλους φυσικούς περιορισμούς, τη μειωμένη ικανότητα στοματικής υγιεινής (π.χ. λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου, αρθρίτιδας, ή νόσου του Parkinson), γνωστικά ελλείμματα (π.χ. λόγω ψυχικής ασθένειας, κατάθλιψης, ασθένειας τύπου Alzheimer ή άνοιας), ύπαρξης συνδρόμου Sjögren (αυτοάνοση νόσος), τη νόσηση από σακχαρώδη διαβήτη, την κακή στοματική υγιεινή και την ύπαρξη παλαιών κακότεχνων προσθετικών εργασιών (εικ. 4), την χρήση πολλών φαρμάκων και τέλος, τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες<sup>17-19</sup>.



Εικ. 1: Πρωτογενής τερηδόνα ρίζας σε γηροδοντιατρικό ασθενή



Εικ. 2: Δευτερογενής τερηδόνα ρίζας σε γηροδοντιατρικό ασθενή



Εικ. 3: Επανατερηδονισμός στην αυχενική αποκατάσταση του 47 και υφιζήσεις ούλων σε δόντια τόσο του άνω όσο και του κάτω οδοντικού φραγμού που αποτελούν δυνητικά θέσεις δημιουργίας νέων τερηδονικών βλαβών.



Εικ. 4: Γυναίκα ηλικίας 84 ετών, με εκτεταμένη νωδότητα στην κάτω γνάθο, και τερηδόνες ρίζας τόσο στα φυσικά δόντια όσο και στα όρια παλαιών προσθετικών εργασιών.



**Εικ. 5α-5β:** Εμπορικό σκεύασμα ελέγχου του σάλιου (Saliva check, GC). α. Το περιεχόμενο της συσκευασίας για τη συλλογή και τον έλεγχο του σάλιου. β. Μεμονωμένη συσκευασία μίας χρήσης ανά έλεγχο.

**Αλλαγές στο μικροβιακό πληθυσμό του στόματος των ηλικιωμένων**

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η μικροχλωρίδα του στόματος μπορεί να αλλάξει με την πάροδο της ηλικίας, πιθανώς λόγω εξασθένησης της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος και τον επακόλουθο αποικισμό με είδη βακτηρίων τα οποία φυσιολογικά δεν βρίσκονται στη στοματική κοιλότητα, όπως οι σταφυλόκοκοι και τα εντεροβακτηρίδια<sup>20</sup>. Άλλες συνέπειες, εξαιτίας των παραπάνω αλλαγών στο μικροβιακό πληθυσμό κατά τη γήρανση, όπως μια αύξηση στον αποικισμό από ζύμες, σχετίζονται με κάποια μακροχρόνια φαρμακευτι-

κή αγωγή, μειωμένο ρυθμό ροής σιέλου και χρήση οδοντοστοιχιών<sup>20</sup>.

Επί του παρόντος, δεν είναι πολλά γνωστά σχετικά με την αιτιολογία της τερηδόνας ρίζας στους ηλικιωμένους και δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τα μικρόβια τα οποία θα μπορούσαν να προκαλέσουν τις βλάβες αυτές. Ωστόσο έχει βρεθεί ότι οι Firmicutes είναι η κυρίαρχη φυλογενετική ομάδα μικροοργανισμών στην τερηδόνα της ρίζας του δοντιού. Επίσης, ανευρίσκονται και άλλα είδη όπως οι Veillonella (20%), οι Selenomonas (20%), οι Streptococcus (12%), Actinomyces (4,2%) και γαλακτοβάκιλλοι (2%)<sup>20</sup>.

**Πίνακας 4**

**ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΣΑΛΙΟΥ ΚΑΙ ΕΝΑΣΒΕΣΤΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ**

*Προϊόντα κατά της ξηροστομίας*

<b>Υποκατάστατα σάλιου και λιπαντικά προϊόντα</b>	Xerodent (gel) (Froika) Biotene Oral Balance (gel), (Biotene)	bioXtra (spray, gel) (bioXtra) Unimoist (liquid, spray, gel) (Intermed)
<b>Τσίχλες</b>	Miradent Xylitol, (Euromed)	Μαστίχα Χίου
<b>Στοματικά διαλύματα</b>	Xerodent (Froika) Unimoist, Chlorhexil-F (Intermed) PlakOut daily (Omega Pharma Hellas)	bioXtra (bioXtra) Duraphat (Colgate) FroiPlak Fluor (Froika)
<b>Οδοντόκρεμες</b>	Xerodent toothpaste (Froika) bioXtra Toothpaste (bioXtra)  Curaprox Enzycal (Curaprox Oral Care)	Duraphat 5000 (Colgate) Unimoist Toothpaste, Chlorhexil-F Toothpaste (InterMed) Elgidium Decay protection (Piere Fabre Oral Care)
<b>Ενασβεστωτική παράγοντες</b>	Tooth Mousse, Tooth Mouse MI Paste (GC)	Enamelast (Ultradent)

**ΤΕΣΤ ΣΑΛΙΟΥ**

Η αίσθηση ξηρότητας μπορεί να συνδυάζεται (ή και όχι) με μειωμένη ποσότητα του σάλιου<sup>16</sup>. Επίσης, η μέτρηση της ροής του σάλιου είναι σημαντική στη διάγνωση τυχόν υπολειτουργίας των σιαλογόνων αδένων που οδηγούν σε ξηροστομία<sup>7</sup>. Για αυτούς τους λόγους, υπάρχει η ανάγκη χρήσης ενός τεστ σάλιου στο ιατρείο που να προσδιορίζει την ρυθμιστική ικανότητα τόσο του σάλιου ηρεμίας όσο και του σάλιου διέγερσης και να είναι εύκολο στη χρήση του<sup>21</sup> (εικ. 5α, 5β). Ένα τεστ σάλιου μπορεί να βοηθήσει στον προσδιορισμό ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω χαρακτηριστικά: 1) σύσταση του σάλιου, 2) pH σάλιου ηρεμίας, 3) ροή σάλιου σε κατάσταση ηρεμίας, 4) ροή σάλιου σε κατάσταση διέγερσης, 5) ρυθμιστική ικανότητα σάλιου, 6) προσδιορισμό του

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΕΡΗΔΟΝΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ <sup>26</sup> .			
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ		
	ΧΑΜΗΛΟΥ	ΜΕΣΟΥ	ΥΨΗΛΟΥ
<p><b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ</b> Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο Μετανάστες</p> <p><b>ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟΙ</b> Νοσητική και φυσική αναπηρία Χρόνια νοσήματα και λήψη φαρμάκων Ενδιαφέρον και στάση για την υγεία των δοντιών Συχνότητα λήψης σακχαρούχων τροφών / ποτών Συχνότητα βουρτσίσματος Λήψη φθορίου</p> <p><b>ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ</b> Αριθμός τερηδόνων σε νέο ασθενή</p> <p>Αριθμός τερηδόνων σε ασθενή σε επανεξέταση</p> <p><b>ΑΜΟ</b> Υπαρξη ενεργής ορθοδοντικής θεραπείας</p> <p><b>ΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ)</b> Συγκέντρωση <i>S. Mutans</i> και <i>Lactobacilli</i> Ροή σάλου pH σάλου Ρυθμιστική ικανότητα σάλου</p>	<p>Υψηλό Όχι</p> <p>Όχι</p> <p>Όχι</p> <p>Άριστη</p> <p>Καθόλου</p> <p>&gt; 2 φορές ημερησίως Οδοντόκρεμα, διαλύματα</p> <p>Δεν υπάρχουν δόντια με τερηδονικές βλάβες (κλινική εξέταση) ή/και Δεν υπάρχουν τερηδόνες όμορων που υπερβαίνουν το D2 σε οπισθομυλικές ακτινογραφίες</p> <p>Καμία νέα βλάβη/έτος ή καμία εξέλιξη στις προηγούμενες διαγνωσμένες βλάβες</p> <p>Όχι</p> <p>&lt;10<sup>5</sup> CFU &gt;5 mL 6,7-7,8 Υψηλή</p>	<p>Μέσο</p> <p>Ναι, για μικρό χρονικό διάστημα Ναι, για μικρό χρονικό διάστημα Ουδέτερη</p> <p>1-2 φορές ημερησίως</p> <p>1 φορά ημερησίως Οδοντόκρεμα</p> <p>Υπαρξη 3 τερηδονικών βλαβών 1-3 κατά ICDAS 2 ή/και Υπαρξη μίας ανοικτής κοιλότητας ή/και Υπαρξη τερηδόνων όμορων κατηγορίας D3 σε οπισθομυλικές ακτινογραφίες</p> <p>1 νέα βλάβη/έτος ή/και εξέλιξη σε προηγούμενες διαγνωσμένες βλάβες</p> <p>3,5-5 mL 6-6,6 Φυσιολογική</p>	<p>Χαμηλό Ναι</p> <p>Ναι, για μεγάλο χρονικό διάστημα Ναι, για μεγάλο χρονικό διάστημα Φτωχή</p> <p>&gt;3 φορές ημερησίως</p> <p>2-3 φορές την εβδομάδα Όχι</p> <p>Υπαρξη 2 τερηδονικών βλαβών με ανοικτή κοιλότητα ή/και Υπαρξη τερηδόνων όμορων κατηγορίας D4 σε οπισθομυλικές ακτινογραφίες ή/και Υπαρξη &gt;3 τερηδονικών βλαβών 1-3 κατά ICDAS 2 &gt;1 νέα βλάβη/έτος</p> <p>Ναι</p> <p>&gt; 10<sup>5</sup> CFU &lt;3,5 mL 5-5,8 Χαμηλή</p>

μικροβιακού φορτίου<sup>22</sup>.

Ενδείξεις εφαρμογής ενός τέτοιου τεστ αποτελούν καταστάσεις που προκύπτουν από το ιστορικό του ασθενή, όπως η συστηματική λήψη φαρμάκων, η αναφορά του ασθενή για ξηροστομία, οι κλινικές ενδείξεις ξηροστομίας κ.ά.<sup>21</sup>

Ο ρυθμός ροής ηρεμίας μπορεί να προσδιορισθεί με την παρακάτω διαδικασία στο ιατρείο: πραγματοποιείται στέγνωμα στο βλεννογόνο του κάτω χείλους με γάζα και στη συνέχεια αναμένεται ο χρόνος που θα χρειασθεί για να παρατηρηθεί σταγονίδιο σάλιου. Χρόνος άνω των 60 sec υποδεικνύει μειωμένη ροή σάλιου ηρεμίας. Η μέθοδος αυτή έχει το μειονέκτημα πως αποτελεί αυθαίρετη εκτίμηση και δεν βασίζεται σε ποσοτικά δεδομένα<sup>22</sup>.

Για τον προσδιορισμό του ρυθμού ροής διέγερσης ακολουθείται η παρακάτω διαδικασία: Ο ασθενής δεν τρώει και δεν καπνίζει μία ώρα πριν, έπειτα, μένοντας καθιστός στην οδοντιατρική καρέκλα μασάει ένα κομμάτι παραφίνης για 30 δευτερόλεπτα και φτύνει το σάλιο. Συνεχίζει το μάσημα για 5 λεπτά, συλλέγοντας σε ογκομετρικό φιαλίδιο το σάλιο που συσσωρεύεται στο στόμα του, από το οποίο υπολογίζεται ο ρυθμός ροής σε ml/min<sup>23</sup>.

Η ρυθμιστική ικανότητα μετράται άμεσα και έμμεσα: Άμεσα με τη χρήση δεικτών που κυκλοφορούν στο εμπόριο και μετρούν τη συγκέντρωση των καρβονικών οξέων, που αποτελούν τον σημαντικότερο παράγοντα ρύθμισης του σάλιου. Έμμεσα μέσω του pH, με ειδικές εμποτισμένες ταινίες, καθώς όξινο pH δηλώνει χαμηλή ρυθμιστική ικανότητα<sup>23</sup>.

Παρά τον αδιαμφισβήτητο ρόλο του *S. Mutans* στην ανάπτυξη τερηδόνας, ο ποσοτικός προσδιορισμός του στο σάλιο έχει μικρή διαγνωστική αξία. Ο κύριος λόγος για αυτό είναι το γεγονός πως η καταμέτρηση του συνολικού αριθμού των μικροβίων του σάλιου δεν εκφράζει και τον αριθμό τους που αποικίζει ορισμένες περιοχές. Κυκλοφορούν στο εμπόριο συστήματα που μέσω της συλλογής δειγμάτων από το στόμα μπορούν να προσδιορίσουν τον αριθμό των *S. Mutans*, των γαλακτοβάκκων και του ενζύμου γαλακτική αφυδρογονάση αυτών των μικροβίων, τα οποία πιστοποιούν σε ικανοποιητικό βαθμό στόματα με χαμηλό δυναμικό μικροβίων<sup>23</sup>.

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Αρχικά είναι σημαντικό να γίνει σαφής τεκμηρίωση της υφιστάμενης ή όχι ξηροστομίας. Στο σημείο αυτό μπορούν να χρησιμοποιηθούν κάποια από τα προαναφερόμενα τεστ ελέγχου του σάλιου. Στη συνέχεια και εφόσον εκτιμηθεί ότι υφίσταται ξηροστομία, πρέπει να γίνει διάγνωση της υφιστάμενης βιολογικής αιτίας που υποκρύπτεται.

Σε πρακτικό επίπεδο, η ξηροστομία μπορεί να ελεγχθεί με αλλαγή της δίαιτας, με εφαρμογή υποκατάστατων σάλιου, διαφόρων λιπαντικών ουσιών, προϊόντων που διεγείρουν την παραγωγή σάλιου ή ακόμη και φαρμάκων που ανήκουν στην κατηγορία των χολινεργικών<sup>8</sup>. Τα φάρμακα αυτά μιμούνται τη δράση της ακετυλοχολίνης (χολινεργικοί αγωνιστές) και για την ξηροστομία έχει

χρησιμοποιηθεί η πιλοκαρπίνη, η οποία αποτελεί μία από τις πιο δραστικές ουσίες για την αύξηση των σιαλικών εκκρίσεων<sup>24</sup>. Ωστόσο, τα φάρμακα αυτά θα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή και όχι σε άτομα με καρδιακά προβλήματα<sup>8</sup>.

Στα υποκατάστατα σάλιου συμπεριλαμβάνεται το τεχνητό σάλιο, στις λιπαντικές ουσίες διάφορα στοματικά διαλύματα (χωρίς αλκοόλ), σπρέυ και γέλες για εφαρμογή στο στοματικό βλεννογόνο (Πίν. 4). Επίσης προτείνεται η μάσηση τσίχλας χωρίς ζάχαρη, αλλά με ξυλιτόλη για προστασία από την πρόκληση τερηδόνας<sup>9</sup>. Επιπλέον η ξυλιτόλη μειώνει τη δημιουργία της οδοντικής πλάκας και εμποδίζει τη βακτηριακή προσκόλληση<sup>25</sup>. Έχει αποδειχθεί ερευνητικά πως η καθημερινή χρήση τσίχλας ξυλιτόλης ή ξυλιτόλης σε συνδυασμό με χλωρεξιδίνη, προκαλεί αύξηση της ροής του ολικού σάλιου διέγερσης. Επιπρόσθετα, στην ομάδα των ατόμων που χρησιμοποιούσαν την τσίχλα με τον συνδυασμό και των δύο ουσιών παρατηρήθηκε τόσο μείωση του μικροβιακού φορτίου, όσο και καλύτερη στοματική υγεία<sup>9</sup>. Τσίχλα ξυλιτόλης και χλωρεξιδίνης δεν υπάρχει στην ελληνική αγορά, ωστόσο τα υπόλοιπα προϊόντα που κυκλοφορούν κατά της ξηροστομίας περιέχουν και τις δύο ουσίες.

Σε περιπτώσεις ωστόσο που έχει διαπιστωθεί πως ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή που προκαλεί ή ενισχύει το πρόβλημα της ξηροστομίας, καλό θα ήταν σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό να αντικατασταθεί το φάρμακο που χορηγείται με κάποιο άλλο, αν αυτό είναι δυνατό<sup>5</sup>.

Παράλληλα με τον έλεγχο της ξηροστομίας, ο κλινικός πρέπει να ελέγξει και το επίπεδο τερηδονικού κινδύνου του ασθενή και να τον κατατάξει αναλόγως. Ως τερηδονικός κίνδυνος ορίζεται η πιθανότητα που υπάρχει σε ένα στοματικό περιβάλλον να εκδηλωθούν νέες τερηδόνες ή να εξελιχθούν οι υπάρχουσες, μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στο μέλλον και κάτω από τις συγκεκριμένες συνθήκες που έγινε η εξέταση<sup>23,26</sup>. Ο τερηδονικός κίνδυνος προσδιορίζεται με βάση κλινικά και ακτινογραφικά σημεία που συνοπτικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Γενικά στους ενήλικες και κατ' επέκταση και τους ηλικιωμένους ασθενείς έχει αναφερθεί ότι το πρωτόκολλο αντιμετώπισης της τερηδόνας είναι αυτό που παρουσιάζεται στον Πίνακα 6.

Ειδικά ωστόσο για τα άτομα τρίτης ηλικίας με ιδιαίτερα κινητικά και νοητικά προβλήματα, θα ήταν σκόπιμο να οριστούν μελέτες που θα έλεγχαν την αποτελεσματικότητα της χρήσης διαλυμάτων φθορίου, χλωρεξιδίνης ή συνδυασμού τους, ώστε να οριστούν πιο συγκεκριμένες δόσεις και τρόποι εφαρμογής των προϊόντων αυτών. Παρ' όλα αυτά, με τα δεδομένα που υπάρχουν μέχρι σήμερα θα μπορούσε να προταθεί ένα σχέδιο αντιμετώπισης όπως αυτό που περιγράφεται στον Πίνακα 7.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, με αποτέλεσμα να έχει αυξηθεί και το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών. Τα άτομα

**Πίνακας 6**

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΧΟΜΕΝΩΝ ΤΕΡΗΔΟΝΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ<sup>27</sup>.**

**ΜΑΣΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΕΣ (ΟΠΕΣ ΚΑΙ ΣΧΙΣΜΕΣ)**

Τερηδονικός Κίνδυνος	Χαμηλός	Μέτριος	Υψηλός
Επισκέψεις στο ιατρείο	2	2	3
Αρχόμενες βλάβες: Κατηγορίες 1 & 2	Αβαθείς: Παρακολούθηση Βαθείς: ΚΟΣ Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 1 φορά/έτος, σε όλα τα δόντια, ανεξάρτητα βάθους	Αβαθείς: Παρακολούθηση Βαθείς: ΚΟΣ Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 2 φορές/έτος, σε όλα τα δόντια, ανεξάρτητα βάθους	Αβαθείς: ΚΟΣ Βαθείς: ΠΕΡ Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 3 φορές/έτος, σε όλα τα δόντια, ανεξάρτητα βάθους
Αρχόμενες βλάβες: Κατηγορία 3	Αβαθείς: ΚΟΣ Βαθείς: ΚΟΣ Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 1 φορά/έτος, σε όλα τα δόντια, ανεξάρτητα βάθους	Αβαθείς: ΠΕΡ Βαθείς: ΠΕΡ Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 2 φορές/έτος, σε όλα τα δόντια, ανεξάρτητα βάθους	Αβαθείς: ΠΕΡ Βαθείς: ΠΕΡ Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 3 φορές/έτος, σε όλα τα δόντια, ανεξάρτητα βάθους

**ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΡΙΖΑΣ**

Τερηδονικός Κίνδυνος	Χαμηλός	Μέτριος	Υψηλός
Επισκέψεις στο ιατρείο	1	2	3
Αρχόμενες βλάβες: Κατηγορία 1	Παρακολούθηση Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 1 φορά/έτος, σε όλα τα δόντια	Παρακολούθηση Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 2 φορές/έτος, σε όλα τα δόντια	Αποκατάσταση Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 3 φορές/έτος, σε όλα τα δόντια

**ΛΕΙΕΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΕΣ (ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΚΑΙ ΟΜΟΡΕΣ)**

Τερηδονικός Κίνδυνος	Χαμηλός	Μέτριος	Υψηλός
Επισκέψεις στο ιατρείο	1	2	3
Αρχόμενες βλάβες: Κατηγορίες 1 & 2	Ελεύθερες: Παρακολούθηση Όμορες: Παρακολούθηση Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 1 φορά/έτος, για βλάβες τόσο σε ελεύθερες όσο και σε όμορες	Ελεύθερες: Παρακολούθηση Όμορες: Παρακολούθηση Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 2 φορές/έτος, για βλάβες τόσο σε ελεύθερες όσο και σε όμορες	Ελεύθερες: Παρακολούθηση Όμορες: Παρακολούθηση Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 3 φορές/έτος, για βλάβες τόσο σε ελεύθερες όσο και σε όμορες
Αρχόμενες βλάβες: Κατηγορία 3	Ελεύθερες: Παρακολούθηση Όμορες: Παρακολούθηση Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 1 φορά/έτος, για βλάβες τόσο σε ελεύθερες όσο και σε όμορες	Ελεύθερες: Παρακολούθηση Όμορες: Αποκατάσταση ελάχιστης επέμβασης με ΣΡ μόνο στην όμορη επιφάνεια Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 2 φορές/έτος, για βλάβες τόσο σε ελεύθερες όσο και σε όμορες	Ελεύθερες: Παρακολούθηση Όμορες: Αποκατάσταση ελάχιστης επέμβασης με ΣΡ μόνο στην όμορη επιφάνεια Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού ή gel 3 φορές/έτος, για βλάβες τόσο σε ελεύθερες όσο και σε όμορες

**ΚΟΣ:** Κάλυψη Οπών και Σχισμών

**ΠΕΡ:** Προληπτική Εμφραξη Ρητίνης

**ΣΡ:** Σύνθετη Ρητίνη

Πίνακας 7

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.**

<b>Τερηδονικός κίνδυνος</b>			
	<b>Χαμηλός</b>	<b>Μέσος</b>	<b>Υψηλός</b>
<b>ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ</b>	1. αποτελεσματική στοματική υγιεινή 2 φορές την ημέρα με φθοριούχο οδοντόκρεμα (1000-1450 ppm F) 2. επανεξετάσεις κάθε 6 μήνες και φθορίωση 3. αποφυγή σακχαρούχων τροφών, ποτών, αναψυκτικών και σνακ στα ενδιάμεσα γεύματα	Τα 1,2,3 από την ομάδα χαμηλού τερηδονικού κινδύνου και επιπλέον:  4. χρήση στοματικού διαλύματος χωρίς αλκοόλη  5. χρήση τσίχλας με ξυλιτόλη 2-3 φορές ημερησίως	Τα 3,4,5 από την ομάδα μέσου τερηδονικού κινδύνου και επιπλέον:  6. χρήση οδοντόκρεμας με 5000 ppm F ή άλλης ειδικής οδοντόκρεμας για βούρτσισμα 2 φορές ημερησίως ή  7. επανεξετάσεις κάθε 3 μήνες και φθορίωση  8. χρήση υποκατάστατων σάλιου (Πίν. 4)  9. χρήση διαλύματος χλωρεξιδίνης 0,12% σε συνδυασμό με φθόριο για όσο κρίνεται απαραίτητο κατά την επανεξέταση

αυτά συνήθως ακολουθούν, στη συντριπτική τους μάλιστα πλειοψηφία, φαρμακευτική αγωγή, προκειμένου να διατηρήσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας. Συνέπεια αυτού είναι η πολύ συχνή εμφάνιση ξηροστομίας, μια κατάσταση που δημιουργεί ποικίλα προβλήματα στη γενική και στοματική τους υγεία. Ειδικότερα, αυξάνει την επίπτωση της τερηδόνας, ιδίως της τερηδόνας των ριζικών επιφανειών των δοντιών.

Για την μέτρηση των διαφόρων παραγόντων του σάλιου χρησιμοποιούνται αρκετές τεχνικές, ωστόσο, μόνο η μη φυσιολογική τιμή pH και ο αυξημένος αριθμός *S. Mutans* έχει συσχετισθεί με αυξημένο τερηδονικό κίνδυνο σε κλινικές έρευνες<sup>22</sup>. Για το αίσθημα ξηροστομίας περισσότερο σημαντική φαίνεται να είναι η ροή του σάλιου διέγερσης παρά αυτή του σάλιου ηρεμίας.

Ο ρόλος του οδοντιάτρου στη διάγνωση και τη θεραπεία μιας τέτοιας κατάστασης είναι πολύ σημαντικός. Ο οδοντίατρος αφού διαγνώσει, με διάφορα μέσα (τεστ σάλιου, κλινική εξέταση, ιστορικό) την υποκείμενη ξηροστομία, πρέπει να κατατάξει τον ασθενή του σε μια κατηγορία όσον αφορά τον κίνδυνο εμφάνισης τερηδόνας. Στη συνέχεια, βασισμένος στο πρωτόκολλο που προτείνεται, είναι απαραίτητο να τον καθοδηγήσει σε ένα πρόγραμμα που θα τον ανακουφίσει από τα τερηδονικά συμπτώματα και σε κάποιες περιπτώσεις αυτά να τα προλάβει ή και να τα αναχαιτίσει.

Το πρόγραμμα που ταιριάζει στον κάθε ασθενή είναι διαφορετικό και θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του. Άτομα με δυσκολίες κίνησης ή με νοητική καθυστέρηση θα ήταν προτιμότερο να μην επιβαρύνονται με πολύπλοκα σχέδια θεραπείας. Σε κάθε περίπτωση, όμως, είναι σημαντική η ενεργοποίηση και συμμετοχή του ασθενούς ή των ανθρώπων που τους βοηθούν, ώστε να επιτευχτεί μία ικανοποιητική και ελεγχόμενη στοματική κατάσταση.

**SUMMARY**

**The saliva as a caries's control parameter in third age patients**

Kapsalas Andreas, Kitopoulou Anna, Antoniadou Maria

*hellenic hospital dentistry 6: 21-30, 2013*

*Older persons are at risk of chronic diseases of the mouth, including dental infections (e.g., caries, periodontitis), tooth loss, benign mucosal lesions, and oral cancer. Another serious oral condition in this population is xerostomia (dry mouth). Xerostomia is a common finding in the elderly people mainly due to their increased use of drugs, possible radiotherapy, malnutrition, pathological situations of the salivary glands and also or simply due to age. Since there is a numerical augmentation of the third-age group worldwide, the problem of xerostomia is a matter of augmenting clinical concern. Certain factors of the saliva, such as pH or/and the flow degree, can be measured directly in one dental appointment with various clinical tests in order to diagnose directly the presence and degree of xerostomia. These tests are carried out through the use of predisposed single-use kits that count the saliva flow and the microbial population of the oral cavity easily, rapidly and economically. Diagnosed xerostomia caused by underlying disease or medication use may be treated with over-the-counter saliva substitutes. The control of xerostomia may lead to control of dental caries since the main intraoral effect of xerostomia is the increased active caries index. The main location of caries in third-age patients is usually the exposed root surfaces (root*

caries). Effort to assess the microbial population in the mouth of the elderly is the first step to (root) caries prevention.

The aim of this literature review is the discussion of the current data concerning saliva's function, the description of parameters that control the rhythm and the degree of its flow and the tests existed for quantification and examination of its quality. The relevance of saliva with root caries in the elderly population is further discussed. Finally certain protocols are suggested in order to provide prevention or caries treatment and reduce the overall caries risk index of the elderly.

**Key words:** Xerostomia, saliva tests, saliva flow, caries, caries risk assessment

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization: «Ageing well» must be a global priority. 2014. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/en/>
2. Loe H: Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1993; 16(1): 329-334.
3. Κομπόλη Μ, Μπομπέτσος Γ: Πιθανή σχέση μεταξύ καρδιαγγειακών και περιοδοντικών νοσών. *Οδοντοστοματολογική Πρόοδος* 2009; 63(1): 52-69.
4. Nagler RM: Salivary glands and the aging process: mechanistic aspects, health-status and medicinal-efficacy monitoring. *Biogerontology* 2004; 5: 223-233.
5. Turner MD, Ship JA: Dry Mouth and Its Effects on the Oral Health of Elderly People. *J Am Dent Assoc* 2007; 138: 15S-20S.
6. De Almeida PDV, Grigio AMT, Machado MAN, De Lima AAS, Azevedo LR: Saliva Composition and Functions: A Comprehensive Review. *J Contemp Dent Pract* 2008; 3 (9): 072-080.
7. Navazesh M, Kumar SKS: Measuring salivary flow. Challenges and opportunities. *J Am Dent Assoc* 2008; 139: 35s-39s.
8. Guggenheimer J, Moore PA: Xerostomia Etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc* 2003; 134: 61-69.
9. Simons D, Brailsford SR, Kidd EAM, Beighton D: The Effect of Medicated Chewing Gums on Oral Health in Frail Older People: A 1-Year Clinical Trial. *JAGS* 2002; 50: 1348-1353.
10. Coelho Leal S, Bittar J, Portugal A, Falca DP, Faber J, Zanotta P: Medication in elderly people: its influence on salivary pattern, signs and symptoms of dry mouth. *Gerodontology* 2010; 27: 129-133.
11. Moreira CR, Reis Azevedo L, Pereira Lauris JR, Taga R, Damante JH: Quantitative age-related differences in human sublingual gland. *Arch Oral Biol* 2006; 51(11): 960-966.
12. Reis Azevedo L, Damante JH, Soares Lara V, Lauris JR: Age-related changes in human sublingual glands: a post mortem study. *Arch Oral Biol* 2005; 50: 565-574.
13. Kakoei S, Haghdoost AA, Rad M, Mohammadizadeh S, Pourdamghan N, Nakhaei M, Bahador M: Xerostomia after Radiotherapy and its effect on Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients. *Arch Iran Med* 2012; 15(4): 214-218.
14. Mebmer MB, Thomsen A, Kirste S, Becker G, Momm F: Xerostomia after radiotherapy in the head & neck area: Long-term observations. *Radiotherapy and Oncology* 2011; 98: 48-50.
15. Helgeson MJ, Smith BJ, Johnsen M, Ebert C: Dental Considerations for the Frail Elderly. *Spec Care Dentist* 2002; 22(3): 40S-55S.
16. Bardow A, Nyvad B, Nauntofte B: Relationships between medication intake, complaints of dry mouth, salivary flow rate and composition, and the rate of tooth demineralization in situ. *Arch Oral Biol* 2001; 46: 413-423.
17. Roberts DR, Maragliano-Muniz P: 9 Myths about caries prevention in older adults. *Dimensions Dent Hyg* 2012; 10(1): 60-63.
18. Gupta B, Marya CM, Juneja V, Dahiya V: Root Caries: An Aging Problem. *Internet J Dent Science* 2007; 5(1). DOI: 10.5580/a32.
19. Walls AWG, Meurman JH: Approaches to Caries Prevention and Therapy in the Elderly. *Adv Dent Res* 2012; 24(2): 36-40.
20. Preza D, Olsen I, Aas JA, Willumsen T, Grinde B, Paster BJ: Bacterial Profiles of Root Caries in Elderly Patients. *J Clin Microbiol* 2008; 46(6): 2015.
21. Kitasako Y, Burrow MF, Stacey M, Huq L, Reynolds EC, Tagami J: Comparative analysis of three commercial saliva testing kits with a standard saliva buffering test. *Austr Dent J* 2008; 53: 140-144.
22. Μητρόπουλος ΠΓ: Η συγκριτική αξιολόγηση εμπορικών τεστ σάλιου και μικροβιακού φορτίου με βάση την τερηδονική κατάσταση. Διπλωματική εργασία. Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών. Αθήνα. 2012.
23. Κακάμπουρα Α, Βιουγιουκλάκης Γ: Βασικές αρχές οδοντικής χειρουργικής. Εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα. 2012: 86-87, 364-365.
24. Howland RD, Mycek MI: Φαρμακολογία. Εκδ. Παρισιάνου. 3η έκδοση. Αθήνα. 2007: 55.
25. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the use of xylitol in caries prevention, 2010. [http://www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/P\\_Xylitol.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_Xylitol.pdf)
26. Κακάμπουρα Α, Βουγιουκλάκης Γ: Συντηρητικές αποκαταστάσεις κλινικός οδηγός. Εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα. 2010: 47-49.
27. Κακάμπουρα Α, Ραχιώτης Χ: Οδηγός αντιμετώπισης αρχόμενων τερηδονικών βλαβών. Εργαστήριο Οδοντικής Χειρουργικής και Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής. Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών (με χορηγία της Colgate). 2010.

#### Επικοινωνία:

Μαρία Αντωνιάδου  
Τηλ.: 2103423417, 6944342546.  
e-mail: mantonia@dent.uoa.gr



# Αντιμετώπιση ατόμων με αναπηρία. Ιστορική Αναδρομή

Ευαγγελία Μπογοσιάν\*

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση των απόψεων, των στάσεων και της αντιμετώπισης των ατόμων με αναπηρία στην πορεία του χρόνου. Σύμφωνα με τη Σύμβαση του ΟΗΕ (2006), στα άτομα με αναπηρία περιλαμβάνονται εκείνα με μακροχρόνια σωματικά, ψυχικά, πνευματικά ή αισθητήρια προβλήματα, που, σε αλληλεπίδραση με διάφορα εμπόδια, μπορεί να παρεμποδίζουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία, σε ισότιμη βάση με τους άλλους. Οι απόψεις και στάσεις για τα άτομα με αναπηρία ποικίλλουν ανάλογα με την ιστορική περίοδο. Βελτιώνονται όταν επικρατούν στην ανθρωπότητα υψηλότερα ιδανικά και πολιτικές. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι προοδευτικές απόψεις των αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων εκφράζονται σε περίόδους άνθησης της δημοκρατίας, της επιστήμης και της φιλοσοφίας. Το ίδιο την περίοδο της Αναγέννησης, καθώς και την περίοδο των μεγάλων διεκδικήσεων για τα ανθρώπινα δικαιώματα τα τελευταία 40 χρόνια του περασμένου αιώνα. Το αντίθετο συνέβη σε περιόδους σκοταδισμού, παρακμής του ορθολογισμού και της δημοκρατίας, όπως στον Μεσαίωνα και τη Χιτλερική Γερμανία. Είναι ενδιαφέρον να δούμε τις συνέπειες της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στις απόψεις και πρακτικές για τη στήριξη των ατόμων με αναπηρία. Εμείς, όμως, ας μείνουμε σταθεροί στην συνεπή υποστήριξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στο δόγμα ότι «το κριτήριο του πολιτισμού μιας κοινωνίας είναι η φροντίδα που παρέχεται στα αδύναμα μέλη της».

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 6: 31-36, 2013

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση των απόψεων, των στάσεων και της αντιμετώπισης των ατόμων με αναπηρία στην πορεία του χρόνου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) «Άτομα με Αναπηρία, (ΑμεΑ) θεωρούνται όλα τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή μειονεξία που προκύπτει από φυσική ή διανοητική βλάβη»<sup>1</sup>. Η κατανόηση των όρων της βλάβης, της μειονεξίας και της αναπηρίας θα συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της έννοιας των αναγκών των ατόμων αυτών. Παρόλο λοιπόν που οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται συχνά ως συνώνυμα, εντούτοις έχουν διακριτό νόημα. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. το νόημα των όρων αυτών έχει ως εξής:

- Ο όρος βλάβη (impairment) αναφέρεται στην απώλεια ή στην περιορισμένη λειτουργία ενός συγκεκριμένου μέρους ή οργάνου του σώματος.
- Η αναπηρία (disability) υπάρχει όταν μια βλάβη περιορίζει την ικανότητα του ατόμου να εκτελέσει κάποια έργα με τον τρόπο που τα εκτελούν οι περισσότεροι άνθρωποι (π.χ. να περπατήσει, να δει κ.λπ.), στα όρια δηλαδή που θεωρούνται φυσιολογικά για τους περισσότερους

**Λέξεις κλειδιά:** άτομα με αναπηρία, κοινωνική αντιμετώπιση, ανθρώπινα δικαιώματα.

\* Διευθύντρια ΕΣΥ, οδοντίατρος

Ίδρυμα προέλευσης:  
Οδοντιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ανθρώπους.

- Η *μειονεξία* (handicap) αναφέρεται σε ένα πρόβλημα ή μειονέκτημα που αντιμετωπίζει ένα άτομο με αναπηρία ή βλάβη, όταν αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του. Μια αναπηρία μπορεί να δημιουργεί μειονεξία σε ένα περιβάλλον, αλλά όχι σε κάποιο άλλο. Επίσης, τα άτομα με αναπηρία βιώνουν μειονεξίες που δεν οφείλονται στις αναπηρίες τους αλλά είναι αποτέλεσμα των στάσεων και συμπεριφορών που παρεμποδίζουν τη συμμετοχή τους στις δραστηριότητες του σχολείου, της εργασίας ή της κοινότητας<sup>2,3</sup>.

Εδώ και αρκετές δεκαετίες καταβάλλεται προσπάθεια να δοθεί η κοινωνική διάσταση της αναπηρίας, προσπάθεια που αποτυπώνεται και στους ορισμούς που διατυπώνονται γι' αυτήν. Σύμφωνα με τον Jantzen (1974) «Η αναπηρία δεν μπορεί να θεωρηθεί ένα φυσικό φαινόμενο. Γίνεται φανερό και αρχίζει να υπάρχει ως αναπηρία, από τη στιγμή που κάποια γνώρισμα και χαρακτηριστικές εκδηλώσεις των γνωρισμάτων ενός ατόμου συγκριθούν προς τις εκάστοτε αντιλήψεις για το ελάχιστο των υποκειμενικών και των κοινωνικών ικανοτήτων. Με το να διαπιστωθεί πως ένα άτομο, με βάση τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα, δεν ανταποκρίνεται στις παραπάνω αντιλήψεις γίνεται η αναπηρία φανερό. Υπάρχει ως κοινωνικό φαινόμενο από τη στιγμή αυτή και μόνο». Ο Δημητρόπουλος (1995) αναφέρει ότι «Άτομο με ειδικές ανάγκες, είναι το άτομο που δεν είναι σε θέση να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαμβάνει όλα τα αγαθά που προσφέρει στα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας στην οποία ζει, εξαιτίας της κατάστασης κάποιου ή κάποιων από τα ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά του». Ο Klee (1980) σημειώνει ότι «...μέτρο της αναπηρίας είναι η μείωση της εργατικής δύναμης. Η μείωση της εργατικής δύναμης μετράει το κατά πόσο η σωματική και η νοητική ικανότητα απόδοσης είναι μειωμένη σε σχέση με την κανονική εργατική δύναμη». Εντελώς διαφορετική η θεώρηση του Bardeau (1977) που υποστηρίζει ότι οι αναπηρίες στη σημερινή κοινωνία είναι θεσμικές παραγωγές της μισθωτής-ταξικής κοινωνίας. Η ιατρική γνώση που αναπτύχθηκε έχει καταπιεστική λειτουργία και συμμετέχει στη θεσμική παραγωγή της αναπηρίας<sup>1</sup>.

Σύμφωνα με τη Σύμβαση του ΟΗΕ του 2006, στα άτομα με αναπηρία περιλαμβάνονται εκείνα που έχουν μακροχρόνια σωματικά, διανοητικά, πνευματικά ή αισθητήρια εμπόδια, που, σε αλληλεπίδραση με διάφορα εμπόδια, μπορούν να παρεμποδίσουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία, σε ίση βάση με τους άλλους<sup>4</sup>.

Τα άτομα με αναπηρία αποτελούν σημαντικό τμήμα του παγκόσμιου πληθυσμού. Περίπου το 15-20% του παγκόσμιου πληθυσμού, ή περισσότεροι από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι, ζουν με αναπηρίες. Η πρώτη Παγκόσμια Έκθεση για την αναπηρία αποκαλύπτει ότι το ένα πέμπτο εξ αυτών, δηλαδή περίπου 200 εκατομμύρια άνθρωποι, αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην καθημερινότητά τους<sup>5</sup>. Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με τα ετήσια δεδομένα απογραφής που πραγματοποιεί το υπουργείο Παιδείας, περισσότερα από 6.000.000 παιδιά και νέοι 3-21 ετών με αναπηρίες δέχτηκαν υπηρεσίες ειδικής αγωγής το σχολικό έτος 2005-2006<sup>2</sup>.

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑμεΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ

Το ζήτημα των παιδιών με αναπηρία έχει απασχολήσει τις ανθρώπινες κοινωνίες από τα πρώτα στάδια της εμφάνισής τους και συνεχίζει να τις απασχολεί μέχρι και σήμερα. Η αντιμετώπισή τους έχει περάσει από πολλά και ετερόκλητα στάδια και έχει γίνει με ποικίλους τρόπους. Ως συνηθέστεροι τρόποι αντιμετώπισης, με κάποια φωτεινά διαλείμματα, αναφέρονται η βρεφοκτονία, οι βασανισμοί, οι εγκλεισμοί, η εγκατάλειψη, ο εμπαιγμός, η εκμετάλλευση, η απομόνωση, η ελεημοσύνη. Από τον προηγούμενο αιώνα οι απόψεις και οι συμπεριφορές αυτές έχουν διαφοροποιηθεί και πλέον οι σύγχρονες απόψεις μπορούμε να πούμε πως χαρακτηρίζονται από την προστασία, την αποδοχή και το σεβασμό της διαφορετικότητας και των δικαιωμάτων τους<sup>6</sup>.

Στις πρωτόγονες κοινωνίες η βρεφοκτονία στις περιπτώσεις ΑμεΑ ήταν ευρέως αποδεκτή και πιθανόν υποχρεωτική και τα ανάπηρα άτομα είχαν μέσο όρο ζωής τα 2 χρόνια. Στον αρχαίο κόσμο η βρεφοκτονία ήταν κάτι συνηθισμένο. Εξαιρέση αποτελούσε μάλλον η Αίγυπτος, όπου τα άτομα με κάποια αναπηρία προσέφεραν διαφόρων ειδών υπηρεσίες στην πολιτεία ή σε ιδιώτες. Στην παλαιολιθική εποχή υπάρχουν στοιχεία ότι χρησιμοποιούνταν μια πρωτότυπη μέθοδος θεραπείας του ανάπηρου ατόμου από τα «κακά πνεύματα» που κατοικούσαν στο κεφάλι του. Με ειδικά αιχμηρά εργαλεία φτιαγμένα από πέτρα, τρυπούσαν το κρανίο του ανάπηρου ατόμου για να διαφύγουν τα κακά πνεύματα. Το στοιχείο αποδεικνύεται από την εύρεση των απαραίτητων εργαλείων για την επέμβαση αλλά και των τρυπημένων κρανίων<sup>6</sup>.

Εύρημα κρανίου υδροκέφαλου παιδιού της νεολιθικής περιόδου, υπολογιζόμενης ηλικίας 5 ετών, μαρτυρεί ότι στη διάρκεια της ζωής του, του είχε παρασχεθεί μια καλή αντιμετώπιση, που του επέτρεψε να ζήσει μέχρι την ηλικία των πέντε χρόνων. Ευρήματα της ίδιας εποχής δείχνουν πως οι Σουμέριοι, ο πρώτος πολιτισμένος λαός, ασχολούνταν με τα προβλήματα των ανάπηρων ανθρώπων ήδη από το 4000 π.Χ.<sup>7</sup>.

Στην αρχαία Ελλάδα οι απόψεις για την αντιμετώπιση των ΑμεΑ ποικίλλουν. Έτσι στην αρχαία Σπάρτη οι Νόμοι του Λυκούργου όριζαν ότι ο πατέρας όφειλε να παρουσιάσει το νεογέννητο παιδί του στη συνέλευση των γερόντων. Εφόσον ήταν υγιές γινόταν δεκτό από την κοινότητα. Σε αντίθετη περίπτωση το μετέφεραν στον Ταΰγετο και το έριχναν στη χαράδρα του Καιάδα<sup>7</sup>. Αξίζει να σημειωθεί πάντως ότι κάποιοι αμφισβητούν ότι αυτό συνέβαινε πραγματικά.

Αναφορές για τα άτομα με ειδικές ανάγκες υπάρχουν στον Όμηρο, ο οποίος τα διακρίνει σε ανίκανα, κουτά, νοητικά καθυστερημένα και τρελά. Μάλιστα συνιστά τη μουσική για εσωτερική ψυχική γαλήνη και την εργασία για τη θεραπεία των ψυχώσεων<sup>1</sup>.

Σίγουρα δεν είναι τυχαία η λατρεία του ανάπηρου Ήφαιστου στο συμβολιστικό Δωδεκάθεο της αρχαίας Ελλάδας. Όμως, αξίζει να σημειωθεί πως, ο ανάπηρος Ήφαιστος είναι ο μοναδικός θεός του Ολύμπου, ο οποίος πα-

ρόλο που προσωποποιεί τη φωτιά, γενεσιουργό στοιχείο του ανθρώπινου πολιτισμού, δεν αναφέρεται για το μεγαλείο ή τη γοητεία του. Ακόμα και η μάννα του Ήρα τον απαρνήθηκε και φέρεται να λείει στον Ομηρικό ύμνο τον αφιερωμένο στον Απόλλωνα: «Απ' όλους τους αθάνατους μόνο ο δικός μου γιός είναι ανάπηρος και στραβοπόδαρος. Για τούτο τη μέρα που γεννήθηκε τον πέταξα στη θάλασσα. Τον μάζεψε όμως η κόρη του Νηρέα, η Θέτιδα η ασημοπόδαρη και τον ανάθρεψε αντάμα με τις αδελφές της». Γεγονός που επιβεβαιώνει ο Ήφαιστος λέγοντας «Εκείνη μ' έσωσε, τότε που η ξεδιάντροπη μάννα μου μ' έριξε από ψηλά κι οι πόνοι με θερίζανε, γιατί ήθελε την ασκήμια και την αναπηρία να κρύψει...»<sup>8</sup>.

Στην αρχαία Ελλάδα θα συναντήσουμε τόσο αντιλήψεις ότι η αρρώστια και η φυσική αναπηρία σημαίνουν κοινωνική αχρηστία, όσο και υποστηρικτικές απόψεις για τα πάσχοντα παιδιά και άτομα. Είναι χαρακτηριστική η περίπτωση της Αντιγόνης, η οποία προειδοποιήθηκε ότι θα εξοριστεί μαζί με τον Οιδίποδα, γιατί η συναναστροφή με ένα τυφλό είναι ντροπιαστική. Επίσης ο Πλάτωνας στην Πολιτεία τοποθετείται αρνητικά απέναντι στους ανάπηρους, ενώ στους Νόμους συνιστά ότι πρέπει να παρέχεται η ίδια αγωγή για όλα τα άτομα και των δυο φύλων, ανεξάρτητα από το κοινωνικό στρώμα που ανήκουν ή το βαθμό ευφυΐας που διαθέτουν. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι η ατομικότητα του μαθητή πρέπει να αποτελεί τη βάση της εκπαίδευσης. Ο Αριστοτέλης έκανε λόγο για τις υποχρεώσεις της κοινωνίας προς τα άτομα με αναπηρία, ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τους τυφλούς και τους κωφούς και προτείνει κοινό σχολείο για όλα τα παιδιά. Ο Δημόκριτος απαιτούσε αγωγή για όλους, χωρίς διάκριση και έδινε ιδιαίτερη έμφαση στη διδασκαλία και όχι στη φύση του ατόμου, ενώ ο Θεόφραστος δείχνει ενδιαφέρον για την αγωγή των καθυστερημένων παιδιών<sup>1</sup>. Επίσης, τα ανάπηρα άτομα έπαιρναν και ένα επίδομα, το επίδομα «Περί αδυνάτων». Τα θέματα της αναπηρίας και των νοητικών και ψυχικών παθήσεων προσεγγίζονται επιστημονικά για πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη (4ος αι. π.Χ.). Ο Ιπποκράτης αμφισβήτησε τις δεισιδαιμονίες για τους δαίμονες και τους θεούς που προκαλούν τις διαφόρου τύπου αναπηρίες, νοητικές ή ψυχικές διαταραχές, τις οποίες απέδωσε σε ασθένειες. Ο ίδιος ασχολήθηκε με ψυχικά ασθενείς και νοητικά καθυστερημένα άτομα<sup>6,9</sup>.

Η αρχαία Ρώμη επεφύλαξε άσχημη μοίρα στα ΑμεΑ. Η Δωδεκάδελτος, ο πρώτος νομικός κώδικας της Ρώμης, όριζε τη μεταχείριση των παιδιών με παραμορφώσεις. Αναφέρεται ότι συχνά τα παιδιά αυτά τα πετούσαν στο δρόμο, τα έπνιγαν, τα πετούσαν στον Τίβερη ή τα εγκατέλειπαν σε ερημικές τοποθεσίες<sup>9</sup>. Η βρεφοκτονία συνεχίζεται την περίοδο αυτή, ενώ συχνά τα ανάπηρα άτομα χρησιμοποιούνται ως υπηρέτες ή γελωτοποιοί. Επίσης αγοράζονται από τα σκλαβοπάζα και χρησιμοποιούνται από τους πλούσιους της εποχής στα συμπόσια για σεξουαλική διασκέδαση και χλευασμό. Ο θάνατος μετά τη χρήση αυτή ήταν σχεδόν βέβαιος<sup>10</sup>.

Σύμφωνα με την Εβραϊκή παράδοση και την Παλαιά Διαθήκη δεν επιτρέπεται «τυφλοί και παράλυτοι να μπαίνουν στον Οίκο». Τα άτομα με αναπηρίες και νοητική υστέρηση θεωρούνται «Μώμοι» και αποκλείονται από τον

τόπο της Ιουδαϊκής λατρείας. Στα Εβραϊκά κείμενα και στις δοξασίες των Εβραίων, το ανάπηρο άτομο φέρει ευθύνη για την κατάστασή του. Η αρρώστια, οι δυσμορφίες και τα μειονεκτήματα αποτελούν θεικές ποινές για αμαρτίες του παρελθόντος. Και στην περίπτωση αυτή διαπιστώνονται αντιφάσεις. Έτσι ο Θεός επέλεξε το Μωυσή ως εκλεκτό του για τη σωτηρία του λαού του Ισραήλ, παρότι είχε πρόβλημα με την ομιλία του. Επίσης ότι σε κείμενα της Παλαιάς Διαθήκης και σε διάφορα χωρία της, εκφράζεται το ενδιαφέρον, η μέριμνα και η ανάγκη φροντίδας προς τους τυφλούς, τους χωλούς και τους ανήμπορους<sup>11</sup>.

Στην Καινή Διαθήκη τα πράγματα αντιμετωπίζονται διαφορετικά. Ο Χριστός, στην ερώτηση των μαθητών του για τον τυφλό, «Ποιος ευθύνεται που είναι τυφλός, ο ίδιος ή οι γονείς του;» -ερώτηση που δείχνει την κυρίαρχη άποψη της εποχής- διαφοροποιεί τη θέση του από αυτήν της Παλαιάς Διαθήκης, λέγοντας πως «Ούτε αυτός αμάτησε, ούτε οι γονείς του». Ωστόσο και στη χριστιανική αντίληψη συναντάται η άποψη ότι τα άτομα με αναπηρίες πληρώνουν τις αμαρτίες των προγόνων τους. Η αντίληψη που επικρατεί στα Βυζαντινά χρόνια είναι ότι οι ασθένειες και οι παθήσεις είναι σταλμένες από το Θεό και οδηγούν στον εξαγνισμό. Η αναπηρία θεωρείται πάθηση και η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται θεάρεστη γιατί εξαγνίζει και μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην κάθαρση της ψυχής και του πνεύματός του<sup>1</sup>. Ταυτόχρονα, καθώς είναι περίοδος που αρχίζουν να εφαρμόζονται πολιτικές πρόνοιες, παρουσιάζεται μια τάση προς τα φιλανθρωπικά έργα και ιδρύονται για πρώτη φορά ιδρύματα (τυφλοκομεία, άσυλα ανιάτων κ.λπ.), στα οποία, όπως και στα μοναστήρια, μπορεί να εγκλειστούν ανάπηροι. Λαμβάνουν χώρα λοιπόν, οι πρώτες προσπάθειες για μέριμνα αυτών των ατόμων, οι οποίες στόχευαν στην αρωγή αλλά όχι στην εκπαίδευση ή στην ένταξη τους<sup>1,10</sup>.

Στα σκοτεινά χρόνια του Μεσαίωνα και της Ιεράς Εξέτασης, η θρησκοληψία που επικράτησε επέβαλλε την άποψη ότι η σωματική και η διανοητική αναπηρία ήταν τιμωρία από το Θεό. Ο Ξυλοδαρμός ήταν προσφιλής μέθοδος θεραπείας της αναπηρίας και της νοητικής υστέρησης. Η νοητική υστέρηση θεωρούνταν αποτέλεσμα της κατάληψης του ατόμου από κάποιο δαίμονα και το ίδιο το άτομο ήταν αμαρτωλό. Με διάταγμα του Πάπα Ιννοκέντιου του Ζ' το 1484 χιλιάδες άτομα με αναπηρίες οδηγήθηκαν στην Ιερά Εξέταση και καθώς δε μπορούσαν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους, καταδικάστηκαν και οδηγήθηκαν στην πυρά μετά από φριχτά βασανιστήρια. Την ίδια περίοδο ανάπηρα και μικρόσωμα άτομα χρησιμοποιούνταν ως γελωτοποιοί<sup>1,10</sup>.

Με την Αναγέννηση, η κατάσταση κάπως βελτιώθηκε. Η κοινωνία άρχισε να αντιμετωπίζει πιο ανθρώπινα τα άτομα με αναπηρίες, παρόλο που συνεχίζεται η εκμετάλλευσή τους, με την εμφάνιση για παράδειγμα στο τσίρκο υδροκέφαλων, νάνων κ.λπ. Ο ευρωπαϊκός Διαφωτισμός και η Γαλλική Επανάσταση με τα κηρύγματα της ισότητας, της αδελφότητας και της δικαιοσύνης θα φέρουν τα πρώτα κηρύγματα για ισότητα και μαζί τις πρώτες προσπάθειες για εκπαίδευση και αγωγή των ΑμεΑ.

Στα τέλη του 17ου αιώνα, στην Αβινιόν της Γαλλίας θα λειτουργήσει νοσοκομείο για κωφά παιδιά υπό τη διεύθυνση του J. Itard. Το σχολείο αυτό έγινε διάσημο για την προσπάθεια εκπαίδευσης από το J. Itard του Βικτόρ, του «άγγριου του Aveyron», ενός νεαρού που μεγάλωσε στην ερημιά και η ιστορία του συγκλόνισε τη γαλλική κοινωνία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το ημερολόγιο που κρατούσε ο παιδαγωγός J. Itard, όσο ασχολιόταν με τον Βικτόρ, αποτελεί το πρώτο βιβλίο ειδικής αγωγής που περιέχει στόχους, μεθοδολογία και αξιολόγηση των εφαρμοζόμενων μεθόδων. Ο J. Itard εφάρμοσε τολμηρές παιδαγωγικές απόψεις, με τρόπο υποδειγματικό ακόμα και για τη σημερινή εποχή<sup>7,10</sup>. Στα τέλη του 18ου αιώνα άρχισαν να λειτουργούν κανονικά οργανωμένα σχολεία για τυφλούς και κωφούς αλλά ελάχιστα γίνονταν για τα παιδιά με σωματική και νοητική αναπηρία<sup>9</sup>. Τα ιδρύματα που ιδρύονταν εκείνη την περίοδο ήταν κυρίως άσυλα, που είχαν σκοπό να συγκεντρώσουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες ώστε να μην κυκλοφορούν μαζί με τους «κανονικούς». Μέχρι το 19<sup>ο</sup> αιώνα κυριαρχούσε η άποψη της απομόνωσης των «διαφορετικών»<sup>1</sup>.

Ουσιαστικά, η αρχή της Ειδικής Αγωγής και η θεώρησή της ως κρατική ευθύνη τοποθετείται το 19<sup>ο</sup>-20<sup>ο</sup> αιώνα, όπου φωτεινά μυαλά μεγάλων παιδαγωγών (Montessori, Braille, κ.ά.) στρέφουν το ενδιαφέρον τόσο στην εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία, όσο και στην αποδοχή της διαφορετικότητάς τους από το κοινωνικό σύνολο. Ο 20ος αιώνας χαρακτηρίζεται από τη συνεχή μελέτη και την επιστημονική αντιμετώπιση της αναπηρίας, με πολύ σημαντικά ευρήματα και μεγάλη πρόοδο στις στάσεις και αντιλήψεις που διαμορφώνονταν. Οι δύο Παγκόσμιοι Πόλεμοι καθυστέρησαν την εξέλιξη αυτής της διαδικασίας, που έτσι κι αλλιώς ήταν σε πρώιμο στάδιο<sup>6</sup>.

Η πιο απάνθρωπη στάση σύγχρονης κοινωνίας απέναντι στα ΑμεΑ καταγράφηκε την περίοδο του Γ' Ράιχ και του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου. Είναι αξιοσημείωτο ότι, ενώ το 1933 είχαν καταγραφεί 56.000 ΑμεΑ στη Γερμανία, το 1934 δεν βρίσκονται κανένα καταγεγραμμένο<sup>10</sup>. Η εξόντωση των ΑμεΑ στη Γερμανία στη διάρκεια της Χιτλερικής περιόδου βασίστηκε στις κυρίαρχες φασιστικές απόψεις για την εξόντωση όλων όσων δεν ανταποκρίνονταν στο πρότυπο της Άριας φυλής. Δεύτερο κριτήριο επιλογής των ανθρώπων που έπρεπε να εξοντωθούν ήταν η ανικανότητά τους για παραγωγική εργασία<sup>1</sup>. Στην ίδια περιοχή της Ευρώπης, την Γερμανία και συγκεκριμένα στην πρώην Λαϊκή Δημοκρατία της Γερμανίας, βρέθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '90 ΑμεΑ χωρίς ονοματεπώνυμο, για τα οποία εκφράστηκαν φόβοι ότι χρησιμοποιούνταν ως πειραματόζωα σε φαρμακοβιομηχανίες<sup>10</sup>.

Η απάνθρωπη μεταχείριση των ΑμεΑ συνεχίζεται πολύ μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και παρά τις διεθνείς αποφάσεις που έχουν ληφθεί. Τη δεκαετία του 1960, στις ΗΠΑ, αποκαλύφθηκε ότι στο Willowbrook State Hospital της Νέας Υόρκης, καθυστερημένα παιδιά μολύνονταν εσκεμμένα με τον ιό της ηπατίτιδας, προκειμένου να μελετηθεί η πορεία της νόσου<sup>12</sup>. Το επίσημο κράτος των ΗΠΑ ζήτησε πριν από λίγο καιρό δημοσίως συγγνώμη από τη Δημοκρατία της Γουατεμάλα, στην οποία ιατροφαρμακευτικές ερευνητικές αποστολές εκτελούσαν

πειράματα σε ΑμεΑ, όπου στο ένα χέρι τους εμβολίαζαν το μικρόβιο της σύφιλης και ταυτόχρονα από το άλλο χορηγούσαν πενικιλίνη<sup>10</sup>.

### **ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΑμεΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΕΚΑΕΤΙΩΝ ΤΟΥ 20ΟΥ ΑΙΩΝΑ**

Όπως έχει ήδη διαφανεί, η αντιμετώπιση των ατόμων με αναπηρία έχει περάσει από διάφορα στάδια ανάλογα με τις κοινωνικές αντιλήψεις που επικρατούν κάθε φορά. Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε:

- Το στάδιο της απόρριψης και της κακομεταχείρισης,
- Το στάδιο του οίκτου, της προστασίας, της περιθάλψης και της χωριστής εκπαίδευσης στα σχολεία και
- Το σημερινό στάδιο διεκδίκησης των δικαιωμάτων. Διεκδίκησης ισότιμης συμμετοχής στην κοινωνία, ίσων ευκαιριών εκπαίδευσης και συνεκπαίδευσης.

Στη διάρκεια του προηγούμενου αιώνα παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτες αλλαγές στις κοινωνικές αντιλήψεις για τα ΑμεΑ. Από την πλήρη απόρριψη, την απομόνωση σε ιδρύματα και άσυλα, την αφ' υψηλού αντιμετώπιση της φιλανθρωπίας και την πλημμελή εκπαίδευση, φτάσαμε στην πραγματικότητα της διεκδίκησης από τα ΑμεΑ ισότιμης κοινωνικής συμμετοχής, αναγνώρισης και σεβασμού της διαφορετικότητάς τους, διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους. Μεταξύ αυτών, διεκδίκηση του δικαιώματος για συνεκπαίδευση όλων των μαθητών στην ίδια τάξη, ανεξάρτητα από ιδιαιτερότητες και την πραγμάτωση του αιτήματος αυτού σε ορισμένες χώρες. Οι αλλαγές αυτές άρχισαν μετά το 1960, ξεκίνησαν από τις ΗΠΑ και εξαπλώθηκαν σύντομα και σε άλλες χώρες, ως επακόλουθο των μεγάλων κινητοποιήσεων και διεκδικήσεων για τα ανθρώπινα κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα διαφόρων κοινωνικών ομάδων και μειονοτήτων. Την ίδια περίοδο αρχίζει να αναπτύσσεται το αναπηρικό κίνημα σε πολλές χώρες, με τους ανθρώπους με αναπηρία να αναλαμβάνουν οι ίδιοι την εκπροσώπηση τους, μη δεχόμενοι πλέον τη φιλανθρωπική εκπροσώπηση από «αρτιμελείς φίλους», όπως παλιότερα. Επίσης πιο έντονη και διεκδικητική γίνεται η παρουσία των οργανώσεων των γονέων παιδιών με αναπηρία<sup>13</sup>.

Την ίδια περίοδο, 1960-1970, αρχίζει να αμφισβητείται το ιατρικό-παθολογικό μοντέλο για την αναπηρία. Η αντίληψη της αναπηρίας ως προσωπικής τραγωδίας, ως ανωμαλίας ή αρρώστιας που πρέπει να θεραπευθεί δέχεται έντονη κριτική. Διερευνάται η κοινωνική διάσταση και η ερμηνεία της αναπηρίας και αναπτύσσεται ένας έντονος και δημιουργικός διάλογος διεθνώς. Την περίοδο αυτή στην Ελλάδα δεν αναπτύσσεται κάποια συζήτηση. Τα φιλανθρωπικά και προνοιακά ιδρύματα είναι τα μόνα που «περιθάλπουν» ΑμεΑ. Το μόνο νέο στοιχείο είναι πως αρχίζουν σιγά-σιγά να δημιουργούνται και να διεκδικούν το ρόλο τους οι οργανώσεις αναπήρων και γονέων<sup>13</sup>.

Οι δεκαετίες 1970 και 1980 είναι δεκαετίες εκδημοκρατισμού και αλλαγών στο σύστημα εκπαίδευσης των ΑμεΑ. Στις ΗΠΑ η ένταξη των μαθητών στα συνηθισμένα σχολεία κατοχυρώνεται νομοθετικά και η εκπαίδευσή τους γίνεται υποχρεωτική. Μεγάλα κονδύλια διατίθενται για την έρευνα και την ανάπτυξη τεχνολογίας. Η εξέλιξη

των υπολογιστών θα βοηθήσει στην εκπαίδευση των ΑμεΑ. Η Ευρωπαϊκή Ένωση δίνει έμφαση στην κοινωνική και εκπαιδευτική ένταξη των ΑμεΑ και διαθέτει κονδύλια για ερευνητικούς λόγους αλλά και για την εφαρμογή προγραμμάτων στα κράτη μέλη. Στην Ελλάδα για πρώτη φορά παρατηρείται κινητικότητα αυτή την περίοδο. Το Υπουργείο Παιδείας το 1981 με το νόμο 1143 αναλαμβάνει την ευθύνη της εκπαίδευσης των παιδιών με αναπηρία. Ο νόμος αυτός ευνοεί την ξεχωριστή ειδική εκπαίδευση. Αναφέρει ότι η Ειδική Αγωγή παρέχεται μόνο σε ειδικά σχολεία, ειδικές τάξεις και ιδρύματα, χωρίς αναφορά στην ένταξη. Το 1984, ο νόμος 1566, για πρώτη φορά συμπεριλαμβάνει σε νόμο που αφορά στην εκπαίδευση συνολικά, νομοθεσία για την εκπαίδευση παιδιών με αναπηρία. Ο νόμος, αν και εισάγει νέα μέτρα, κρίνεται ότι απέχει από τις τάσεις της εποχής<sup>13</sup>.

Από το 1990 αρχίζει μια νέα περίοδος διεκδικήσεων για ριζοσπαστικές αλλαγές, τόσο στην κοινωνία και στην εκπαίδευση. Οι οργανώσεις των αναπήρων δραστηριοποιούνται έντονα παγκόσμια. Πλέον γίνεται αποδεκτό ότι το πρόβλημα των αναπήρων δεν πηγάζει κυρίως από τους φυσικούς και πνευματικούς τους περιορισμούς αλλά από τις απόψεις και τις στάσεις της κοινωνίας απέναντί τους. Αυτές οι απόψεις και οι στάσεις ευθύνονται για τον κοινωνικό αποκλεισμό τους. Ο αγώνας τους λοιπόν προσανατολίζεται πλέον όχι στην αναζήτηση θεραπείας αλλά στην αναγνώριση του δικαιώματος να είναι διαφορετικοί και στο σεβασμό αυτής της διαφορετικότητας. Οι διεκδικήσεις τους έχουν τα χαρακτηριστικά των διεκδικήσεων για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι ανάπηροι στιγματίζονται και δεν δέχονται πια τον κοινωνικό ρατσισμό και την κοινωνική αδικία απέναντί τους. Απαιτούν παροχές, όχι για την ανικανότητά τους, αλλά για να μπορούν να συμμετέχουν ισότιμα στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Ο αγώνας τους είναι αγώνας για κοινωνική συμμετοχή, ισοτιμία, σεβασμό στη διαφορετικότητα, προσβασιμότητα σε όλους τους τομείς της ζωής. Οι αρχές αυτές έχουν εφαρμογή και στην εκπαίδευση, όπου το αίτημα πλέον δεν είναι να παρέχονται προγράμματα ένταξης για τα παιδιά με αναπηρία αλλά να εκπαιδεύονται μαζί όλα τα παιδιά, με ή χωρίς αναπηρία. Το αίτημα είναι η συνεκπαίδευση και όχι η ένταξη. Στη σύγχρονη Ελλάδα, αυτή την περίοδο των έντονων συζητήσεων και αναζητήσεων και της συνεκπαίδευσης, οι απόψεις που κυριαρχούν θυμίζουν μάλλον παλιότερες εποχές. Το μοντέλο της αναπηρίας που υιοθετείται είναι το παθολογικό ενώ στα σχολεία δημιουργούνται ειδικά τμήματα και τάξεις για τα παιδιά με ειδικές ανάγκες και ο διάλογος για τη συνεκπαίδευση απουσιάζει παντελώς<sup>13</sup>.

Τα τελευταία χρόνια στο πλαίσιο εναρμόνισης των πολιτικών της χώρας με τις αντίστοιχες της Ευρωπαϊκής Ένωσης γίνεται μια πιο συστηματική προσπάθεια για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, εκπαίδευσης και εργασίας των ΑμεΑ<sup>14, 15</sup>.

Σημαντικά βήματα στη χώρα μας, θεωρούνται αυτά που αποτυπώνονται στις διατάξεις του Συντάγματος «...καθώς και όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το κράτος» και «Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμ-

βάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας» και «Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»<sup>16</sup>.

Όμως, τα βήματα που έχουν γίνει υπολείπονται σε σχέση με αυτά που είναι αναγκαία. Ακόμα και ο δημόσιος διάλογος ορισμένες φορές είναι πίσω από το διεθνή προβληματισμό. Η κοινωνία συχνά φαίνεται να είναι διχασμένη ανάμεσα σε δύο απόψεις. Σύμφωνα με τη μία άποψη τα ανάπηρα άτομα έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν μια ανεξάρτητη και κανονική ζωή. Σύμφωνα με την άλλη, που λέγεται ιδεολογία της προστασίας, θεωρείται ότι δεν είναι ρεαλιστικό να ζήσουν μια κανονική ζωή τα ανάπηρα άτομα και υποστηρίζεται η άποψη της οργάνωσης των ΑμεΑ σε ομάδες, έξω όμως από την κοινωνία των υγιών<sup>1</sup>. Είναι ενδιαφέρον ότι πολλές φορές η κοινωνία δείχνει να μη θέλει να κάνει τα απαραίτητα βήματα που θα βοηθήσουν τα ΑμεΑ να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο. Είναι χαρακτηριστικός ο τρόπος δόμησης των σύγχρονων πόλεων, που ουσιαστικά είναι αδιάβατες για τα ΑμεΑ. Ακόμα και εκεί που υπάρχουν διευκολύνσεις, είναι συχνά κατ'επίφαση μόνο, στενές ή απότομες ράμπες που είναι αδύνατο να χρησιμοποιηθούν. Ακόμα χειρότερες είναι οι συμπεριφορές που παρατηρούνται με την κατάληψη π.χ. διαβάσεων ή θέσεων παρκαρίσματος για τα ΑμεΑ.

Αρκετές φορές διατυπώνονται απόψεις εξοστρακισμού των ΑμεΑ από τον κοινωνικό ιστό, με άποπες διαμαρτυρίες για εγκαταστάσεις ξενώνων κ.λπ. Επίσης είναι συχνά τα πισωγυρίσματα αρκετά από τα οποία οφείλονται στην οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων και τις περικοπές των κοινωνικών δαπανών και των διαθέσιμων πόρων.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πορεία ένταξης των ΑμεΑ στον κοινωνικό ιστό δεν είναι ούτε ευθύγραμμη, ούτε ομαλή. Είναι προφανές ότι, παγκοσμίως, έχουν συντελεστεί τεράστιες αλλαγές μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Οι πράξεις βαρβαρότητας στη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, πολλές από τις οποίες αφορούσαν στα ΑμεΑ, οδήγησαν στη σύνταξη της Οικουμενικής Διακήρυξης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, το Δεκέμβριο του 1948, που ξεκινά με τη φράση «Όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα»<sup>17</sup>.

Από όλα τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι οι απόψεις και η υποστήριξη των ΑμεΑ ποικίλλουν ανάλογα με την ιστορική περίοδο. Φαίνεται ότι απόψεις και πρακτικές προς όφελός τους επικρατούσαν και εφαρμόζονταν κυρίως στα φωτεινά διαλείμματα της ανθρωπότητας, όταν επικρατούσαν ανώτερα ιδεώδη και πολιτικές. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι προοδευτικές απόψεις των αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων εκφράζονταν σε περιόδους άνησης της Δημοκρατίας, των επιστημών και της Φιλοσοφίας, παρότι πρόκειται για εποχές τόσο μακρινές από σήμερα. Η ίδια τάση διαγράφεται στην περίοδο της Αναγέννησης αλλά και στην περίοδο των μεγάλων διεκδικήσεων για τα αν-

θρώπινα δικαιώματα στα τελευταία 40 χρόνια του προηγούμενου αιώνα. Αντίθετα είναι φανερή η επικράτηση ακραία αντιδραστικών και σκοταδιστικών απόψεων και πρακτικών για τα ΑμεΑ σε περιόδους σκοταδισμού, υποχώρησης του ορθολογισμού και της δημοκρατίας, όπως στο Μεσαίωνα και στη Χιτλερική Γερμανία.

Μένει να δούμε της συνέπειες που θα έχει η παρούσα οικονομική κρίση που μαστίζει τη χώρα μας αλλά και το Δυτικό κόσμο στις απόψεις που θα επικρατήσουν και στις πρακτικές που θα εφαρμοστούν για την υποστήριξη των ΑμεΑ. Εμείς πάντως ως επιμελούμε στη σταθερή υποστήριξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της άποψης ότι «κριτήριο πολιτισμού μιας κοινωνίας είναι η φροντίδα που παρέχει στα αδύναμα μέλη της».

### SUMMARY

#### Treating people with disabilities. History review

Evagelia Bogosian

*hellenic hospital dentistry* 6: 31-36, 2013

*The purpose of this paper is to present the views, attitudes and treatment of people with disabilities over the time. According to the 2006 UN Convention, persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others. They constitute 15-20% of the world population.*

*In the past, common ways to deal with people with disabilities were infanticide, torture, inclusions, abandonment, ridicule, exploitation, isolation, alms. Since the last century these views and attitudes have changed, and most modern views are characterized by the acceptance and respect for diversity and human rights.*

*From the historical review is obvious that attitudes and support for people with disabilities vary according to the historical period. They seem to benefit mainly in bright breaks of humanity when prevailing higher ideals and policies. The progressive views of the ancient Greek philosophers, expressed in periods of flowering of democracy, science and philosophy, are characteristic. The same trend is observed in the Renaissance period, and the period of large claims on human rights in the last 40 years of the 20th century. Contrast is apparent in times of darkness, decline of rationality and democracy, as in the Middle Ages and Hitler's Germany.*

*It is interesting to see the consequences of the current economic crisis in our country and the Western world, the views will prevail and practices implemented to support the disabled. We, however, let's stay firm to the constant support of human rights and the doctrine that "a society's civilization criterion is the care provided to the weak members".*

**Key words:** *People with disabilities; social treatment; human rights.*

### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ζώνιου-Σιδέρη Α: Οι ανάπηροι και η εκπαίδευση τους. Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα. 1996: 14, 17, 22-24, 74-75.
2. Heward WL: Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Μια εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση. Αθήνα, Τόπος. 2011: 7, 9.
3. Δράκος ΓΔ: Σύγχρονα Θέματα της Ειδικής Παιδαγωγικής. Προβληματισμοί, αναζητήσεις και προοπτικές. Αθήνα, Ατραπός. 2002: 80.
4. Σύμβαση του ΟΗΕ για τα δικαιώματα ατόμων με αναπηρία και προαιρετικό πρωτόκολλο <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> (τελευταία πρόσβαση 20/12/2014).
5. Παγκόσμια Ημέρα Ατόμων με Αναπηρία <http://www.moh.gov.gr/articles/news/1501-pagkosmia-hmera-atomwn-me-anaphria> (τελευταία πρόσβαση 20/12/14).
6. Ιστορική αναδρομή στην Ειδική αγωγή. <http://kaleidoskopio-ea.blogspot.gr/2010/06/blog-post.html> (τελευταία πρόσβαση 20/12/14).
7. Anstotz C: Βασικές αρχές της παιδαγωγικής για τα ανάπηρα και καθυστερημένα άτομα. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1997. 20, 22, 29.
8. Ρισπέν Ζ: Ελληνική Μυθολογία. Αθήνα, Τριήρης, 2000: 283.
9. Ειδική αγωγή με απλά λόγια. [http://eidikiagogimeaplalogia.blogspot.gr/2011/03/blog-post\\_6020.html#more](http://eidikiagogimeaplalogia.blogspot.gr/2011/03/blog-post_6020.html#more) (τελευταία πρόσβαση 20/12/14).
10. Η ειδική αγωγή στην Ελλάδα. Μέρος 1° <http://zagkotas.blogspot.gr/2011/01/1.html> (τελευταία πρόσβαση 20/12/14).
11. Αλεξάκης Δ, Μανωλιτσάκης Ε: Τα άτομα με Ειδικές Ανάγκες μέσα στην Παλαιά και την Καινή Διαθήκη. Η συμβολή της Εκκλησίας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Πρακτικά Συνεδρίου Ειδικής Αγωγής. Ρέθυμνο, 12-14 Μαΐου 2000: 812.
12. Γαλανάκης Μ: Σημαντικοί σταθμοί στην Ιατρική Ηθική. Στο: Θέματα Βιοηθικής, Η Ζωή, η Κοινωνία και η Φύση μπροστά στις προκλήσεις των Βιοεπιστημών. Ηράκλειο, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, 2013: 64.
13. Λαμπροπούλου Β, Παντελιάδου Σ: Η Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα-Κριτική θεώρηση. Πρακτικά Συνεδρίου Ειδικής Αγωγής. Ρέθυμνο, 12-14 Μαΐου 2000: 157, 158, 162.
14. Εγχειρίδιο μελέτης για την ένταξη ατόμων με αναπηρία στην εργασία και την καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω αναπηρίας στον τομέα της εργασίας 2009. <http://www.esfhellas.gr/userfiles/oliko.pdf>. (τελευταία πρόσβαση 25/11/13).
15. Επιχειρησιακό πρόγραμμα εκπαίδευση και δια βίου μάθηση. ΕΣΠΑ 2007-2013. Εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη για ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. <http://specialeducation.gr/files4users/files/pdf/specialedups.pdf> (τελευταία πρόσβαση 25/11/13).
16. Σύνταγμα της Ελλάδας. 2008. Άρθρο 21, παράγραφοι 2, 3, 6.
17. Οικουμενική Διακήρυξη για τα ανθρώπινα Δικαιώματα. <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=grk> (τελευταία πρόσβαση 20/12/14).

#### Επικοινωνία:

Ευαγγελία Μπογοσιάν  
Τηλ.: 2810 392473, 2810 392475.  
e-mail: evbogosian@gmail.com

## Χρόνια δήξη στοματικού βλεννογόνου

Αικατερίνη Δημητρίου<sup>1</sup>, Παναγιώτα Μαραγκού<sup>2</sup>, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη<sup>3</sup>

Η χρόνια δήξη (Χ.Δ.) είναι μία μορφή ήπιου και συνεχούς τραυματισμού του στοματικού βλεννογόνου. Συνήθως οφείλεται σε έξη που παρατηρείται κυρίως σε αγχώδη άτομα ή άτομα με ψυχολογικά προβλήματα κατά την οποία το άτομο μη συνειδητά και συνεχώς μασά τον βλεννογόνο των παρειών και των χειλέων και αποσπά με τα δόντια του επιπολής τμήματα του επιθηλίου. Χ.Δ., όμως, μπορεί να προκληθεί και από αμιγώς οδοντικά αίτια όπως κακότεχνες εμφράξεις και προσθετικές εργασίες χωρίς εμφανή συμμετοχή ψυχογενών αιτίων. Τις περισσότερες φορές οι στοματικές βλάβες της χρόνιας δήξης γίνονται τυχαία αντιληπτές από τον οδοντίατρο κατά τη διάρκεια κάποιας οδοντιατρικής εξέτασης. Οι βλάβες αυτές μπορούν να δημιουργήσουν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα στον μη εξοικειωμένο με την κλινική εικόνα τους οδοντίατρο. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των κλινικών χαρακτήρων της Χ.Δ. σε ασθενείς που προσήλθαν στο Στοματολογικό Ιατρείο του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας». Επίσης, η προσπάθεια προσδιορισμού των υπευθύνων αιτίων για τη δημιουργία της.

Για τον σκοπό αυτό αξιολογήθηκαν 30 περιπτώσεις Χ.Δ. από 600 τυχαία επιλεγέντες φακέλους ασθενών που εξετάστηκαν στο Ιατρείο αυτό κατά το χρονικό διάστημα 2006-2012. Από την ανάλυση των στοιχείων των φακέλων, βλάβες Χ.Δ. εντοπίστηκαν στο 5% των περιπτώσεων. Το 67% των ασθενών ήταν γυναίκες, οι βλάβες συχνότερα εντοπιζόνταν στην παρειά (70%), ηλικία προτίμησης ήταν η 4η δεκαετία ζωής. Συχνότερη κλινική εικόνα ήταν λευκές βλάβες (53%) ενώ σαφή αίτια οδοντικής προέλευσης που προκαλούσαν χρόνιο τραυματισμό καταγράφηκαν στο 53% των περιπτώσεων και ψυχογενή που ωθούσαν σε απομύζηση και αυτοτραυματισμό στο 43%. Συμπερασματικά, πρέπει να τονισθεί ότι ο οδοντίατρος οφείλει να είναι εξοικειωμένος με τις βλάβες της Χ.Δ. ώστε να ενημερώνει και να κατευθύνει σωστά τον ασθενή.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 6: 37-41, 2013

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια δήξη (Χ.Δ.) είναι μία μορφή ήπιου και συνεχούς τραυματισμού του στοματικού βλεννογόνου. Συνήθως οφείλεται σε έξη που παρατηρείται κυρίως σε αγχώδη άτομα ή άτομα με ψυχολογικά προβλήματα κατά την οποία το άτομο μη συνειδητά και συνεχώς μασά τον βλεννογόνο των παρειών και των χειλέων και αποσπά με τα δόντια του επιπολής τμήματα του επιθηλίου<sup>1,2</sup>. Χ.Δ., όμως, μπορεί να προκληθεί και από αμιγώς οδοντικά αίτια όπως κακότεχνες εμφράξεις και προσθετικές εργασίες χωρίς εμφανή συμμετοχή ψυχογενών αιτίων<sup>3</sup>.

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν εικόνα χρόνιας δήξης είναι συνήθως ελεύθεροι συμπτωμάτων και μόνο όταν η έξη αυτή γίνει ιδιαίτερα έντονη αναφέρεται ελαφρός πόνος, οίδημα και τοπικό αίσθημα καύσου<sup>4,5</sup>. Στις χρόνιες βλάβες παρατηρείται πάχυνση του στοματι-

**Λέξεις κλειδιά:** χρόνια δήξη, υπερκερατίωση στοματικού επιθηλίου, λευκές βλάβες, χρόνιος τραυματισμός, ψυχογενή αίτια.

<sup>1</sup> Διευθύντρια ΕΣΥ, Δρ Οδοντιατρικής

<sup>2</sup> Επιμ. Α' ΕΣΥ, Δρ Οδοντιατρικής, MSc

<sup>3</sup> Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ, Δρ Οδοντιατρικής, MPhil Med

<sup>4</sup> Ίδρυμα προέλευσης:

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑμεΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας»

Η εργασία ανακοινώθηκε στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματολογίας, Αθήνα, 13-14/9/2012

κού βλεννογόνου με ιστολογική εικόνα υπερκερατίωσης του επιθηλίου από τριβή<sup>6,7</sup>. Η πλέον γνωστή κλινική εικόνα υπερκερατίωσης από τριβή είναι η *linea alba*, η οριζόντια λευκή γραμμή στο βλεννογόνο των παρειών που σχηματίζεται αντίστοιχα με τα σημεία σύγκλισης των άνω και κάτω γομφίων.

Τις περισσότερες φορές οι στοματικές βλάβες της χρόνιας δήξης γίνονται τυχαία αντιληπτές από τον οδοντίατρο κατά τη διάρκεια κάποιας οδοντιατρικής εξέτασης<sup>2</sup>. Οι οδοντίατροι είναι συχνά οι πρώτοι επαγγελματίες υγείας που θα διαπιστώσουν το πρόβλημα της Χ.Δ.<sup>8-10</sup>. Οι βλάβες αυτές μπορούν να δημιουργήσουν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα στον μη εξοικειωμένο με την κλινική εικόνα τους οδοντίατρο.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των κλινικών χαρακτηριστήρων της Χ.Δ. σε ασθενείς που προσήλθαν στο Στοματολογικό Ιατρείο (Σ.Ι.) του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας». Επίσης, η προσπάθεια προσδιορισμού των υπευθύνων αιτιών για τη δημιουργία της.

### ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε κριτική αξιολόγηση και ανάλυση των φακέλων 30 περιπτώσεων Χ.Δ. από 600 φακέλους τυχαία επιλεγέντων ασθενών που εξετάστηκαν στο Σ.Ι. του «Ασκληπιείου Βούλας» κατά το χρονικό διάστημα 2006-2012. Οι βλάβες που συμπεριλήφθηκαν ήταν αυτές για τις οποίες είχε τεκμηριωθεί επαρκώς ότι οφείλονταν σε χρόνια δήξη.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 600 φακέλους που εξετάστηκαν βρέθηκαν 30 περιπτώσεις τεκμηριωμένης Χ.Δ., δηλαδή το 5% του συνόλου των εξετασθέντων φακέλων.

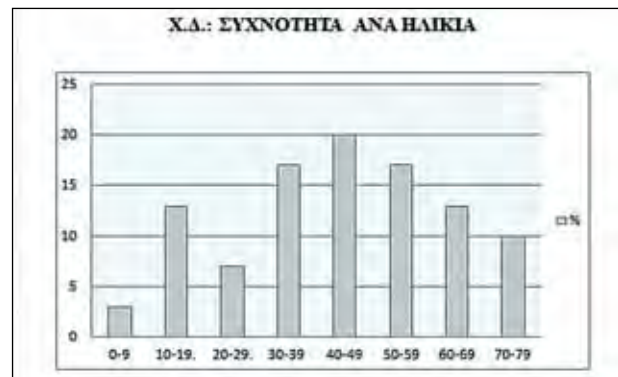
Από τις 30 περιπτώσεις Χ.Δ. που καταγράφηκαν στο Σ.Ι. του Οδοντιατρικού Τμήματος οι 7 (23%) είχαν παραπεμφθεί από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και οι 8 (27%) είχαν προσέλθει αυθόρμητα εξαιτίας της κλινικής εικόνας. Στους υπόλοιπους 15 ασθενείς βλάβες Χ.Δ. αποκαλύφθηκαν ως τυχαίο εύρημα κατά την εξέταση του στοματικού βλεννογόνου για άλλα προβλήματα όπως καντινίαση, καυσalgία, γλωσσοδυνία, δυσγευσία, έρπητα ζωστήρα και ξηροστομία.

Από το σύνολο των ασθενών 20 ήταν γυναίκες, δηλ. ποσοστό 67% και 10 άνδρες, δηλ. ποσοστό 33%. (εικ. 1). Η ηλικία κυμαινόταν από 5 έως 75 έτη με την πλειονότητα των ασθενών να βρίσκεται στην 5η δεκαετία (εικ. 2).

Οι βλάβες εντοπιζόνταν κατά κύριο λόγο στην παρειά όπου καταγράφηκε το 70% των περιπτώσεων (εικ. 3). Συγκεκριμένα, εντόπιση αποκλειστικά στην παρειά καταγράφηκε σε ποσοστό 47% και στην γλώσσα 17%. Βλάβες Χ.Δ. που να περιλαμβάνουν την παρειά σε συνδυασμό με την γλώσσα ή το χείλος παρατηρήθηκαν σε μικρότερα ποσοστά 13% και 10% αντίστοιχα (Πίν. 1, εικ. 4). Εντόπιση στο χείλος παρατηρήθηκε στο 7% των περιπτώσεων (εικ. 5) ε-



Εικ. 1



Εικ. 2



Εικ. 3: Βλάβες χρόνιας δήξης στη γωνία του βλεννογόνου της παρειάς



Εικ. 4: Βλάβες χρόνιας δήξης στο βλεννογόνο της παρειάς και του χείλους



**Πίνακας 1**

**ΕΝΤΟΠΙΣΗ Χ.Δ.**

ΘΕΣΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ	Ποσοστό
Παρειά	47%
Γλώσσα	17%
Παρειά και Γλώσσα	13%
Παρειά και Χείλος	10%
Χείλος	7%
Χείλος και Γλώσσα	3%



**Εικ. 5:** Βλάβες χρόνιας δήξης στο βλεννογόνο του άνω χείλους



**Εικ. 6:** Linea alba από χρόνια δήξη



**Εικ. 7:** Λευκή βλάβη από χρόνια δήξη στο κάτω χείλος



**Εικ. 8:** Διαβρώσεις κάτω χείλους από χρόνια δήξη



**Εικ. 9:** Βλεννογόνος παρειάς εμφανίζει μελάγχρωση από χρόνια δήξη στο σημείο σύγκλισης άνω και κάτω γομφίων

νώ ο συνδυασμός χείλους με γλώσσα εμφανίστηκε σε αρκετά μικρό ποσοστό και συγκεκριμένα στο 3%.

Κλινικά, βλάβες Χ.Δ. συμπεριλαμβανομένης και της linea alba (εικ. 6) εμφανίζονταν στο μεγαλύτερο ποσοστό ως λευκές (53%) (εικ. 7). Διαβρώσεις και έλκη ακολουθούσαν με ποσοστό 37% (εικ. 8) ενώ σε ποσοστό μόλις 1% (Πίν. 2) η βλάβη της Χ.Δ. εμφάνιζε μελάγχρωση (εικ. 9).

Η διαφορική διάγνωση περιελάβε νοσήματα με παρόμοια κλινική εικόνα, όπως λευκοίδημα, κοκκία Fordyce, καντιντίαση, λευκοπλακία, λευκό σπογγώδη σπίλο και ομαλό λειχήνα.

Μετά την κλινική εξέταση και την τεκμηρίωση της διάγνωσης αναζητήθηκαν οι αιτίες που ευθύνονταν για την δημιουργία της Χ.Δ. σε κάθε ένα από τους ασθενείς. Παρατηρήθηκε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό (53%) καταγράφονταν σαφή οδοντικά αίτια όπως στρεβλοφυή, ελλείποντα ή οξύαιχμα δόντια καθώς και κακότεχνες εμφράξεις ενώ

ψυχογενή προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη και άνοια ευθύνονταν για το 43% των περιπτώσεων (Πίν. 3).

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η χρόνια δήξη είναι μία συχνή έξη που δημιουργεί χαρακτηριστικές υπερκερατωτικές βλάβες στο στοματικό βλεννογόνο όπως είναι η linea alba, που σχηματίζεται στην παρειά στα σημεία σύγκλισης των άνω και κάτω γομφίων<sup>5</sup>. Η χρόνια δήξη δημιουργεί υπερκερατίνωση που με την συνεχή τριβή μπορεί να επεκταθεί και να εμφανίσει την εικόνα λευκοπλακίας σε συνδυασμό με οίδημα ή εξέλκωση οπότε και να δημιουργηθεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα<sup>4,5</sup>.

Η συχνότητα των στοματικών βλαβών της χρόνιας δήξης ποικίλλει στις διάφορες χώρες, όπως ποικίλλει και μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων. Στη δική μας μελέτη, το

**Πίνακας 2**

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ Χ.Δ.**

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	Ποσοστό
Λευκές βλάβες και «linea alba»	53%
Διάβρωση και έλκος	37%
Μεγάγχρωση	1%

**Πίνακας 3**

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ Χ.Δ.**

Αίτια	Ποσοστό
Στρεβλοφυή, οξύαιχμα δόντια	43%
Άγχος, κατάθλιψη, άνοια	43%
Πρόσφατες ή κακότεχνες εμφράξεις	10%

**Πίνακας 4**

**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ Χ.Δ. ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΩΡΕΣ**

ΧΩΡΑ	Ποσοστό
Ισπανία	6,8 - 11,5%
Ινδία	5,8%
Κένυα (Ενήλικες)	5,5%
Τουρκία	5,3%
Σουηδία (άνω των 15 ετών)	5,1-5,5%
ΗΠΑ: Παιδιά και Έφηβοι	1,89%
Ενήλικες	0,12-3,05%
Σλοβενία	2,2-2,7%
Μεξικό	2,2%

ποσοστό του 5% που βρέθηκε να έχει βλάβες Χ.Δ. οφειλόμενες κυρίως στη συνήθεια της συνειδητής ή μη απομύζησης ή στον χρόνιο τραυματισμό από οδοντογενή αίτια, αφορά σε δείγμα πλυθυσμού που επισκέπτεται το Σ.Ι. του Νοσοκομείου.

Μία από τις πλέον εκτεταμένες μελέτες έχει διεξαχθεί στις ΗΠΑ στα πλαίσια της Τρίτης Εθνικής Καταγραφής Υγείας και Διατροφής (Third National Health and Nutritional Examination Survey -NHANES III). Η συγκεκριμένη μελέτη κατέγραψε τη συχνότητα εμφάνισης βλαβών Χ.Δ. σε 10.030 παιδιά και εφήβους ηλικίας 2-17 ετών δίνοντας ποσοστά 1,89% για Χ.Δ. παρειών και χειλέων και 0,26% για υπερκερατινώσεις από τριβή όπως η linea alba. Στην μελέτη που αφορούσε σε ενήλικες εξετάστηκαν 17.235 μη ιδρυματοποιημένοι πολίτες και τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 3,05% και 2,67%<sup>11</sup>.

Παρόμοιες μελέτες πραγματοποιήθηκαν και σε άλλες χώρες δίνοντας ποσοστά Χ.Δ. από 2,2% όπως στην έρευνα που διεξήχθη στην Οδοντιατρική Σχολή του Μεξικού<sup>12</sup> και τη Σλοβενία<sup>13</sup> έως 11,5% που καταγράφηκε στην Ισπανία<sup>14</sup>. Ανάλογες καταγραφές έχουν διεξαχθεί και στην Ινδία<sup>15</sup>, την Κένυα<sup>16</sup>, την Τουρκία<sup>17</sup> και τη Σουηδία<sup>18</sup> (Πίν. 4).

Στις περισσότερες χώρες οι συγκεκριμένες μελέτες έχουν διεξαχθεί είτε σε οδοντιατρικές σχολές είτε σε στοματολογικές κλινικές. Αποτέλεσμα αυτού είναι να αναφέρονται υψηλότερα ποσοστά που οφείλονται τόσο στην αυξημένη εμπειρία και γνώση των εξεταζόντων όσο και στο γεγονός ότι το δείγμα δεν αφορά ακριβώς σε «γενικό πληθυσμό» αλλά κατά κάποιο τρόπο σε επιλεγμένο που προσήλθε για υπάρχον οδοντιατρικό ή στοματικό πρόβλημα, όπως και το δείγμα πληθυσμού της δικής μας μελέτης.

Η Χ.Δ. που αφορά στις παρειές και στα χείλη έχει καταγραφεί συχνότερα σε γυναίκες<sup>5</sup> όπως διαπιστώθηκε και από τη δική μας μελέτη. Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο αγχώδεις από τους άνδρες και συχνά δεν μπορούν να εξωτερικεύουν το άγχος αυτό.

Στη μελέτη μας διαπιστώθηκε ότι η Χ.Δ. παρατηρείται κυρίως σε άτομα μέσης ηλικίας όπως αναφέρεται και από άλλους συγγραφείς<sup>4, 11</sup>. Η διαπίστωση αυτή θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι στη μέση ηλικία είναι πιθανό να υπάρχουν κακότεχνες εμφράξεις και προσθετικές εργασίες που δημιουργούν ελαφρύ τραυματισμό επί σειρά ετών. Αποτέλεσμα του ήπιου και μακροχρόνιου αυτού ερεθισμού ήταν η δημιουργία βλαβών Χ.Δ. που έχει ξεκινήσει πιθανώς πριν από πολλά χρόνια<sup>4, 10</sup> αλλά έγινε αντιληπτή στη μέση ηλικία λόγω του μεγαλύτερου άγχους για θέματα υγείας που παρατηρείται στην ηλικία αυτή.

Η αντιμετώπιση της Χ.Δ. ξεκινά από την αναγνώριση της βλάβης και την ανεύρεση του αιτιολογικού παράγοντα. Στη συνέχεια, εφόσον το αίτιο είναι οδοντικής προέλευσης πρέπει να αναλάβει ο οδοντίατρος την αντικατάσταση τυχόν κακότεχνων εμφράξεων και προσθετικών εργασιών. Η αντιμετώπιση της Χ.Δ. πολλές φορές απαιτεί εξαγωγές οδόντων οι οποίοι είναι είτε εκτός οδοντικού τόξου είτε τρίτοι γομφίοι. Στην περίπτωση που δεν διαπιστώνονται σαφείς οδοντικές αιτίες πρέπει να ληφθεί ένα εκτεταμένο και αναλυτικό ιστορικό ώστε να αναδειχθεί τυχόν ψυχολογικό υπόβαθρο. Στη συνέχεια ο οδοντίατρος επιχειρεί να εξηγήσει την κατάσταση στον ασθενή και να τον συμβουλεύσει ανάλογα. Ασθενείς με πρόβλημα Χ.Δ. έχουν βοηθηθεί από συνεδρίες συμβουλευτικής, τεχνικές χαλάρωσης και ψυχιατρικές θεραπείες. Έχουν επίσης δοκιμασθεί νάρθηκες για την προστασία της γλώσσας και των χειλέων<sup>9, 10, 19</sup> κυρίως από παιδοδοντιάτρους με πολύ καλά αποτελέσματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

- 1) Καθοριστικός ο ρόλος του οδοντίατρου για την διάγνωση βλαβών από χρόνια δήξη.
- 2) Απαραίτητη η εξοικείωση του οδοντίατρου με τις στοματικές βλάβες της χρόνιας δήξης ώστε ο ασθενής να καθοδηγηθεί σωστά.

3) Η συζήτηση και η λήψη εκτενούς ιστορικού αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την σωστή αντιμετώπιση της χρόνιας δήξης.

## SUMMARY

**Chronic biting of oral mucosa**  
Aikaterini Dimitriou, Panagiota Maragou,  
Flora Zervou-Valvi

*hellenic hospital dentistry 6: 37-41, 2013*

*Chronic biting of the oral mucosa is an innocuous self-inflicted injury occurring on the buccal mucosa (mainly along the occlusal line), the lips, the lateral margins of the tongue and the edentulous alveolar ridges. This chronic biting results in hyperkeratinization of the oral mucosa and formation of white patches. However, chronic biting lesions may due to dental reasons (f.e. broken or sharp teeth, fillings or prostheses). Similar lesions also occur in a variety of other clinical conditions and may lead to a misdiagnosis.*

*In this study 600 files of patients who visited the Stomatological Clinic of the Dental Department of a General Hospital during a six-year period were studied at random and 30 cases of chronic biting of the oral mucosa were revealed. The aim of this study was to describe the clinical appearance of chronic biting lesions, their commonest location in the oral cavity and their sex and age predilection. Finally, a comparison of our findings with the results of other studies was attempted.*

*In this study the prevalence of chronic biting of oral mucosa was 5%. It appeared more often in females (67%) than in males (33%) and was located on the cheeks with a prevalence of 70%. The most affected age group was the middle age and the clinical appearance was that of a white plaque in 53% of cases. Certain dental causes were identified in 53% of the cases while 43% of the cases were due to psychological disturbances. The dentist must be familiar with the lesions of chronic biting in order to help his patients or recommend the specialist needed.*

**Key words:** *Hyperkeratosis of Oral Mucosa; white patches; chronic trauma; psychogenic factors.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Glass LF, Maize JC: Morsicatio buccarum et labiorum (excessive cheek and lip biting). *Am J Dermatopathol* 1991; 13: 271-274.
- Flaitz CM, Felefl S: Complications of an unrecognized cheek biting habit following a dental visit. *Pediatr Dent* 2000; 22: 511-2
- Flaitz CM: Differential diagnosis of oral mucosal lesions in children and adolescents. *Adv Dermatol* 2000; 16: 39-78.
- Flaitz CM, Aguirre A, Tapia JL, Hogan DJ, Wells MJ, Eisen D et al: <http://emedicine.medscape.com/article/1076089-clinical> Oral Frictional Hyperkeratosis Clinical Presentation. 27/1/2014
- Neville BW: Physical and Chemical Injuries. In: Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, 3rd ed. *Oral and Maxillofacial Pathology*, St. Louis, Mo:WB Saunders. 2009: 285-329.
- Scully C, Hegarty A: The oral cavity and lips. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, 8th ed. *Rooks textbook of dermatology*, Massachusetts Blackwell. 2010: 69.87-69.88.
- Woo SB, Lin D: Morsicatio mucosae oris- a chronic oral frictional keratosis, not a leukoplakia. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: 140-146.
- Shulman JD: Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *Int J Pediatr Dent* 2005; 15: 89-97.
- Karacay S, Guven G, Sagdic D, Basak F: Treatment of habitual lip biting: A case report. *Turk J Med Sci* 2006; 36: 187-189.
- Cehreli ZC, Olmez S: The use of a special mouthguard in the management of oral injury self inflicted by a 4 year old child. *Int J Pediatr Dent* 1996; 6: 277-81.
- Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hildago F: The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Am Dent Assoc* 2004; 135 (9): 1279-86.
- Castellanos JL, Diaz-Guzman L: Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105(1): 79-85.
- Kovac-Kovacic M, Skaleric U: The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000; 29(7): 331-5.
- Martinez Diaz-Canel AI, Garcia-Pola Vallejo MJ: Epidemiological study of oral mucosa pathology in patients of the Oviedo School of Stomatology. *Med Oral* 2002; 7(1): 4-9, 10-6.
- Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M: The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J Dent Res* 2008; 19(2): 99-103.
- Macigo FG, Mwaniki DL, Guthua SW: Prevalence of oral mucosal lesions in a Kenyan population with special reference to oral leukoplakia. *East Afr Med J Dec* 1995; 72(12): 778-82.
- Parlak AH, Koybasi S, Yavuz T: Prevalence of oral lesions in 13-to 16-year-old students in Duzse, Turkey. *Oral Dis Nov* 2006; 12(6) 553-8.
- Axell T: Occurrence of leukoplakia and some other oral white lesions among 20,333 adult Swedish people. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15(1): 46-51.
- Walker RS, Rogers WA: Modified maxillary occlusal splint for prevention of cheek biting: A clinical report. *J Prosthet Dent* 1992; 67: 581-2.

### Επικοινωνία:

Παναγιώτα Μαραγκού

Τηλ.: 2296022222.

e-mail: pmaragou@otenet.gr

---

# Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας - Μια κοινωνική αναγκαιότητα για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες

Αναστασία Ε. Κοσιώνη<sup>1</sup>, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη<sup>2</sup>

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να περιγραφούν το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, οι ανάγκες, η υπάρχουσα κατάσταση και οι κατευθύνσεις για την άσκηση της κατ' οίκον οδοντιατρικής στην χώρα μας.

Η κατ' οίκον οδοντιατρική περίθαλψη αποτελεί μία κοινωνική αναγκαιότητα για τα άτομα εκείνα τα οποία για διάφορους ιατρικούς, κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή γεωγραφικούς λόγους δεν έχουν πρόσβαση σε οργανωμένη οδοντιατρική μονάδα. Κυρίως αφορά στα ευπαθή ηλικιωμένα άτομα που είναι καθηλωμένα στο σπίτι τους ή σε κάποιο ίδρυμα. Στα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη εφαρμόζεται τόσο από ιδιωτικούς, όσο κυρίως από δημόσιους φορείς παροχής στοματικής υγείας ενώ στην Ελλάδα το νομικό πλαίσιο παραμένει ακόμα ασαφές. Για την άσκηση της κατ' οίκον οδοντιατρικής απαιτούνται συγκεκριμένες γνώσεις και δεξιότητες, οι περισσότερες από τις οποίες περικλείονται στο γνωστικό αντικείμενο της Γηροδοντιατρικής, όπως είναι η γνώση και αξιολόγηση της γενικής κατάστασης υγείας και των συνοδών προβλημάτων, η οργάνωση του χρόνου και του χώρου παροχής στοματικής φροντίδας, η χρήση κατάλληλου εξοπλισμού και η ανάπτυξη ασθενοκεντρικού σχεδίου θεραπείας.

Δύο είναι οι βασικοί άξονες ενίσχυσης της κατ' οίκον οδοντιατρικής θεραπείας. Ο πρώτος αφορά στην εκπαίδευση φοιτητών και οδοντιάτρων στις βασικές αρχές και τεχνικές της μεθόδου και ο δεύτερος στη νομοθετική ρύθμιση. Με βάση αυτούς τους άξονες μπορούν πράγματι να παρασχεθούν κατ' οίκον σημαντικές ποιοτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες σε άτομα που δεν μπορούν να μεταφερθούν σε ιατρείο.

Ιδιαίτερης σημασίας θα είναι και η ένταξη της κατ' οίκον οδοντιατρικής φροντίδας στα πλαίσια παροχών της δημόσιας οδοντιατρικής φροντίδας.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 6: 43-48, 2013

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οδοντιατρική περίθαλψη παραδοσιακά παρέχεται εντός οργανωμένων και ειδικά αδειοδοτηθέντων χώρων, όπως είναι τα ιδιωτικά οδοντιατρεία ή πολυοδοντιατρεία (Κώδικας οδοντιατρικής δεοντολογίας, ΠΔ 39, άρθρο 31.1, ΦΕΚ 3879, 1/4/2009) και τα οδοντιατρεία του δημόσιου συστήματος υγείας. Ο κανόνας λοιπόν είναι η παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε οδοντιατρείο, όπου πληρούνται συγκεκριμένες προδιαγραφές. Ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις όπου η πρόσβαση σε οργανωμένη οδοντιατρική μονάδα δεν είναι εφικτή, για διάφορους κοινωνικοϊατρικούς λόγους.

Εφόσον κάθε πολίτης έχει δικαίωμα πρόσβασης στην οδοντιατρική φροντίδα, θα πρέπει να υπάρχουν εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος. Στις περι-

**Λέξεις κλειδιά:** Κατ' οίκον οδοντιατρική, Γηροδοντιατρική.

<sup>1</sup> Επίκουρη Καθηγήτρια Κινητής Προσθετικής Οδοντιατρικού Τμήματος ΕΚΠΑ

<sup>2</sup> Συντονίστρια Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Δρ Οδοντιατρικής, MPhil Med

Ιδρύματα προέλευσης:

Εργαστήριο Προσθετικής Οδοντιατρικού Τμήματος ΕΚΠΑ, Γνωστικό αντικείμενο Γηροδοντιατρικής και Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑμεΑ Ενηλίκων, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας»

πτώσεις αυτές θα πρέπει (και στη χώρα μας) η οδοντιατρική αντιμετώπιση να παρέχεται «εκτός οδοντιατρείου», στον χώρο και στον τόπο όπου διαμένει ο ασθενής προσωρινά ή μόνιμα. Δηλαδή σε πόλεις, απομακρυσμένα νησιά ή ορεινά χωριά, σε σπίτια, γηροκομεία, νοσηλευτικές μονάδες, κέντρα ημερήσιας φροντίδας, σχολεία, ορφανοτροφεία, σωφρονιστήρια, στρατιωτικές ζώνες κ.λπ. Στην ευρύτερη έννοια της «οδοντιατρικής εκτός οδοντιατρείου» συμπεριλαμβάνονται οι κινητές οδοντιατρικές μονάδες, οι οποίες είναι μεγάλα οχήματα κατάλληλα διαμορφωμένα έτσι ώστε να εσωκλείουν πλήρως διαμορφωμένα οδοντιατρεία και οι οποίες μεταβαίνουν σε περιοχές-στόχους και παρέχουν οδοντιατρική περίθαλψη εντός του χώρου τους και η κατ' οίκον οδοντιατρική, που παρέχεται εντός του χώρου διαμονής του ασθενούς. Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να περιγραφούν το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, οι ανάγκες, η υπάρχουσα κατάσταση και οι κατευθύνσεις για την άσκηση της κατ' οίκον οδοντιατρικής στην χώρα μας.

### **ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

Η κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας αποτελεί κατηγορία της «κατ' οίκον νοσηλείας (Κ.Ο.Ν.)». Ο όρος «κατ' οίκον νοσηλεία» περιλαμβάνει δύο έννοιες αντιφατικές, που όμως συνδυάζονται επ' ωφελεία του ασθενούς. Ως Κ.Ο.Ν. νοείται η παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών από οργανωμένες μονάδες κατ' οίκον ή με απλά λόγια «η μετάβαση του νοσοκομείου στο σπίτι του ασθενούς» (“hospital care at home”) διαφέροντας σαφώς από την απλή ιατρική επίσκεψη κατ' οίκον. Η Κ.Ο.Ν. αποτελεί δικαίωμα των ασθενών και τμήμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλα τα σύγχρονα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Στην Ελλάδα εφαρμόζεται από το 1979 από το Δ.Ι.Π. «ΜΕΤΑΞΑ» μόνο για καρκινοπαθείς και από το 1987 από το Ογκολογικό Νοσοκομείο «Αγ. Ανάργυροι» για καρκινοπαθείς επίσης<sup>1</sup>.

Νομοθετικά, πάντως, πρώτη μνεία παροχής Κ.Ο.Ν. από το ΕΣΥ γίνεται στο Νόμο 1397/83. Στο άρθρο 15 του νόμου αυτού αναφέρεται ότι η νοσηλεία και η παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο είναι υποχρέωση και σκοπός των Κέντρων Υγείας, στο δε άρθρο 18 ότι οι γενικοί ιατροί πέρα από την υπηρεσία τους στο κέντρο υγείας ή το περιφερειακό ιατρείο εκτελούν και επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων ανάλογα με την κατάστασή τους.

Με το νόμο 2071/1992, άρθρο 28 (ΦΕΚ Α123 19920715, περί Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας) καθιερώθηκε η κατ' οίκον νοσηλεία, αφέθηκε όμως να καθορισθούν με προεδρικά διατάγματα οι όροι και οι προϋποθέσεις για την παροχή της. Συγκεκριμένα, με το άρθρο 28 καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για την παροχή της, ο χρόνος έναρξης του συστήματος, οι κατηγορίες ασθενών, οι τυχόν εξειδικευμένες ιατρικές ή νοσηλευτικές πράξεις, τα νοσηλευτικά ιδρύματα ή άλλες μονάδες του Τομέα Υγείας ή Πρόνοιας ή Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που με τη μέριμνα και ευθύνη τους

θα εφαρμόζεται η κατ' οίκον νοσηλεία, επιπλέον καθορίζονται οι δαπάνες κινήσεως των ατόμων, η συμμετοχή του ασφαλιστικού φορέα του νοσηλευόμενου στις δαπάνες της νοσηλείας καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια. Με το άρθρο 29 του ίδιου νόμου ορίστηκε ότι με κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών, Προεδρίας Οικονομικών και Υγείας μπορούν να συσταθούν μονάδες νοσηλείας υπό τη διεύθυνση ιατρού σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου του ν.δ.2592/1953, η στελέχωση και λειτουργία των οποίων αφέθηκε να ρυθμιστεί με Προεδρικό διάταγμα. Με το δε άρθρο 30 θεσμοθετήθηκε η σύσταση Υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας στο Υπουργείο Υγείας, της οποίας το οργανόγραμμα, η στελέχωση, η οργάνωση και η λειτουργία ομοίως αφέθηκαν να ρυθμισθούν με Προεδρικό διάταγμα.

Μεταγενέστερα, με το Νόμο 2519/8/97, άρθρο 21, ορίστηκε ότι τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και τα Κέντρα Υγείας μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας, αφήνεται δε πάλι με υπουργική απόφαση να ορισθούν οι κατηγορίες ασθενών και παθήσεων για τις οποίες αυτή θα εφαρμόζεται, όπως και ο τρόπος οργάνωσης, οι προϋποθέσεις και η διαδικασία<sup>1,2</sup>.

Το Προεδρικό Διάταγμα υπ αριθμ. 84, 10/4/2001, άρθρο 4.2, ανέφερε ότι: «ιατρική πράξη εκτός έδρας του Φορέα Παροχής Υγείας (ΦΠΥ) επιτρέπεται μόνο στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τα άρθρα 14 και 15 του ΑΝ 1565/39 (ΦΕΚ Α 16)». Ο συγκεκριμένος νόμος ανέφερε ότι: «Τακτικά περιηγήσεις προς παροχήν ιατρικής συνδρομής επιτρέπονται τη εγκρίσει του οικείου ιατρικού Συλλόγου, όταν συνηγορούν προς τούτο ιδιαίτερα τοπικά συνθήκα». Κατά βάση λοιπόν εδίνετο στους ιατρικούς και οδοντιατρικούς συλλόγους μία δυνατότητα ευρύτερης ερμηνείας του ζητήματος, τουλάχιστον όσον αφορά στους ιδιώτες γιατρούς και οδοντιάτρους.

Το 2014 δύο επιπλέον Νόμοι αναφέρονται σε αυτό το ιδιαίτερο είδος νοσηλείας:

α) Ο Νόμος 4272, άρθρο 35, που θεσμοθετεί την ανάπτυξη και οργάνωση κατ' οίκον νοσηλείας όχι μόνον από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου αλλά και από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και δεν υπάγονται στο ΕΣΥ, από δημοτικά ιατρεία και νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου των δήμων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, ακόμη δε και από Ιδιωτικές Μονάδες Υγείας καθώς και από ιδιώτες επαγγελματίες υγείας.

β) Ο Νόμος 4238, άρθρο 27, που αναφέρεται στην παροχή περίθαλψης με κινητές μονάδες. Σύμφωνα με αυτόν, δύναιται να συνιστώνται Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως μονάδες των Δ.Υ.Πε. ή των Νοσοκομείων, για την εξυπηρέτηση των αναγκών Υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης δύναιται να λειτουργούν Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από λοιπά Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α., Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και από σωματεία και εταιρείες Αστικού Δικαίου.

Έτσι, σήμερα υπάρχουν δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας σε αρκετές πόλεις.

Όμως, καμιά σχετική νομοθετική ρύθμιση δεν έχει γίνει

μέχρι σήμερα σχετικά με την κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα.

Η αβελτηρία αυτή της πολιτείας δεν στάθηκε ικανή να ανακόψει την υλοποίησή της. Έτσι, η κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα είναι μια πραγματικότητα στην χώρα μας και αρκετοί οδοντίατροι, μεμονωμένα ή μέσω εταιριών, παρέχουν υπηρεσίες κατ' οίκον, κατά τον τρόπο και με τα μέσα που οι ίδιοι κρίνουν και εκτιμούν ότι είναι τα κατάλληλα<sup>2</sup>.

### **ΠΟΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΠΩΦΕΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ**

Η κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα προσφέρει ιδιαίτερες υπηρεσίες σε άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας, προσωρινά ή μόνιμα, τα οποία καθιστούν δυσχερή ή αδύνατη τη μετακίνησή τους σε οδοντιατρική μονάδα<sup>3</sup>. Στις περιπτώσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται ασθενείς κατακεκλιμένοι ή με σοβαρά προβλήματα κινητικότητας και αναπηρίας (πχ. αρθρίτιδες, ρευματικές παθήσεις, κατάγματα ισχίων, προχωρημένο παρκινσονισμό, καθήλωση στο κρεβάτι για οποιοδήποτε λόγο όπως από τροχαίο) αλλά και ασθενείς με νευρολογικές ή ψυχιατρικές παθήσεις, στους οποίους η μετακίνηση σε άγνωστο περιβάλλον προκαλεί σύγχυση και αποπροσανατολισμό (πχ. σε ασθενείς με νόσο Alzheimer, οδοντιατρική φοβία κ.λπ). Επίσης περιλαμβάνονται ασθενείς ανοσοκατασταλμένοι, που η είσοδός τους στο νοσοκομείο εγκυμονεί κίνδυνο προσβολής από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, καρκινοπαθείς τελικού σταδίου και ασθενείς με χρόνια καρδιοαναπνευστικά προβλήματα τελικού σταδίου.

Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών των ανωτέρω κατηγοριών ανήκει στην τρίτη και τέταρτη ηλικία, καθώς η ιδιαίτερα αυξημένη ευπάθεια και αναπηρία καθιστούν συχνά απαγορευτική την πρόσβαση σε οδοντιατρική φροντίδα.

Η Παγκόσμια Μελέτη Υγείας (World Health Survey, 2002-2004) σε 54 χώρες κατέδειξε ότι 14% των ενηλίκων παρουσίαζαν τουλάχιστον ένα ή δύο σοβαρά προβλήματα που περιορίζαν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, ποσοστό που έφτανε το 39% στους ηλικιωμένους<sup>4</sup>. Στην προηγούμενη μελέτη τα αντίστοιχα ποσοστά για την Ελλάδα προσέγγιζαν το 12,4% για τους ενήλικες και το 21,1% για τους ηλικιωμένους άνω των 65, με 11,9% εξ αυτών να πάσχει από σοβαρά προβλήματα κινητικότητας<sup>4</sup>. Το 2005, 21,8% των ενηλίκων άνω των 18 ετών στις ΗΠΑ δήλωσαν προβλήματα που εμπόδιζαν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, ποσοστό που στα ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών έφτανε το 51,8%<sup>5</sup>. Ειδικότερα, 4% δήλωσε δυσκολία στο να βγει έξω από το σπίτι, ποσοστό που στους ηλικιωμένους έφτανε το 13,7%<sup>5</sup>. Η αδυναμία αυτοφροντίδας μαζί με το γεγονός της αυξημένης παρουσίας φυσικών δοντιών αυξάνει και τα οδοντικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν (τερηδόνα, περιοδοντική νόσος κ.ά.). Ωστόσο, στοματικά προβλήματα δεν καταγράφονται μόνο στους ενόδοντες, αλλά και στους νωδούς ασθενείς που φέρουν κινητές προσθετικές εργασίες. Είναι

συχνή η παρουσία φλεγμονών και μολύνσεων (στοματίτιδες, υπερπλασίες, έλκη, συγγελίτιδα κ.λπ.), που έχουν ως επίκεντρο την χρήση οδοντοστοιχιών, χωρίς συστηματική φροντίδα από τον ίδιο τον ασθενή ή τους φροντιστές, αλλά και χωρίς τακτικούς επανελέγχους από τον οδοντίατρο<sup>6,7</sup>.

Πέραν των προβλημάτων υγείας, υπάρχουν και άλλα αίτια δυσκολίας ή αδυναμίας πρόσβασης σε οδοντιατρικές μονάδες. Καταγράφεται σε διαβιούντες σε ιδρύματα, όπως είναι τα ορφανοτροφεία, τα γηροκομεία και άλλες μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας αλλά και τα σωφρονιστήρια, οι χώροι υποδοχής αστέγων ή μεταναστών, ή τα στρατιωτικά σώματα που για διάφορους λόγους βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές.

Στην Ελλάδα που είναι μία ορεινή και νησιωτική χώρα, φραγμοί στην οδοντιατρική περίθαλψη προκύπτουν και από γεωγραφικούς λόγους αφού σε πολλές απομακρυσμένες περιοχές δεν υπάρχουν εν πλήρη λειτουργία ιδιωτικές ή δημόσιες οδοντιατρικές μονάδες.

Από τις παραπάνω κατηγορίες ασθενών εκείνοι που ωφελούνται περισσότερο από την κατ' οίκον οδοντιατρική ανήκουν στην πρώτη κατηγορία των ατόμων με προβλήματα υγείας. Οι διαβιούντες σε ιδρύματα και οι κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών μπορούν να ωφεληθούν σημαντικά από τη λειτουργία πλήρως εξοπλισμένων κινητών μονάδων παροχής οδοντιατρικής φροντίδας, οι οποίες μπορούν να μετακινηθούν και να εγκατασταθούν προσωρινά σε προαυλία ιδρυμάτων, σχολεία, πλατείες και να προσφέρουν οργανωμένες υπηρεσίες φροντίδας, επιπέδου ανάλογου με εκείνες που παρέχονται σε χώρους οδοντιατρείων. Τέτοιες δράσεις αποτελούν υποχρέωση του δημόσιου συστήματος οδοντιατρικής περίθαλψης καθώς οι συγκεκριμένες τοπικές συνθήκες συχνά συνοδεύονται και από ποικίλα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα.

### **Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Η κατ' οίκον οδοντιατρική ασκείται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Κύπρος, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Λετονία, Νορβηγία, Λουξεμβούργο, Ηνωμένο Βασίλειο, Μάλτα)<sup>8</sup>, κυρίως μέσω των οδοντιάτρων του δημόσιου τομέα, αλλά και στις ΗΠΑ<sup>9</sup>, Καναδά<sup>10</sup> και Αυστραλία<sup>11,12</sup> με κύριο στόχο τους ευπαθείς ηλικιωμένους στο σπίτι ή σε ιδρύματα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο που διαθέτει ένα από τα πιο οργανωμένα συστήματα δημόσιας ιατρικής και οδοντιατρικής φροντίδας έχουν αναπτυχθεί συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για την κατ' οίκον οδοντιατρική περίθαλψη<sup>9</sup>.

Δυστυχώς σε παγκόσμιο επίπεδο οι ελεύθεροι επαγγελματίες οδοντίατροι δεν εντάσσουν συχνά την κατ' οίκον θεραπεία, σε σπίτια ή ιδρύματα, στο θεραπευτικό τους οπλοστάσιο. Αιτίες αποφυγής αποτελούν οι δύσκολες συνθήκες εργασίας<sup>13</sup>, η απουσία κατάλληλου εξοπλισμού<sup>10,12,14</sup>, η έλλειψη χρόνου<sup>10,14</sup>, οικονομικά ζητήματα<sup>10,12,13</sup>, η ανασφάλεια ως προς τη θεραπευτική προσέγγιση<sup>13</sup> και η ανεπαρκής εκπαίδευση<sup>12</sup>.

### ΑΝΑΓΚΑΙΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Για την άσκηση της κατ' οίκον οδοντιατρικής απαιτούνται συγκεκριμένες γνώσεις και δεξιότητες, οι περισσότερες από τις οποίες περικλείονται στο γνωστικό πεδίο της Γηροδοντιατρικής, όπως είναι η γνώση και αξιολόγηση της γενικής κατάστασης υγείας και των συνοδών προβλημάτων η ικανότητα διαχείρισης επείγουσών ιατρικών καταστάσεων, αλλά και η οργάνωση του χρόνου, του χώρου και του κατάλληλου εξοπλισμού<sup>3,15, 16</sup>.

### ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Ο αναγκαίος εξοπλισμός περιλαμβάνει υλικά και εργαλεία που μεταφέρονται στον χώρο άσκησης της οδοντιατρικής περιθαλψής<sup>3, 15</sup>.

#### Α) γενικός εξοπλισμός

Ο γενικός εξοπλισμός περιλαμβάνει τα απαραίτητα γραμματειακά έγγραφα (για λήψη ιστορικού, συνταγογράφηση κλπ), εξεταστικό φακό (συμβατικό ή κεφαλής), εξεταστικό σετ (κάτοπτρο, λαβίδα, ανιχνευτήρα), μέσα για την πρόληψη των λοιμώξεων (γάντια, μάσκα, αντισηπτικά επιφανείας, πετσέτες, πετσετοκάτοχο, πλαστικά ποτήρια, μέσα διαχείρισης των απορριμμάτων κλπ) και εξοπλισμό για επείγοντα (κατάλληλα φάρμακα, οξυγόνο).

#### Β) ειδικός εξοπλισμός

Ο ειδικός εξοπλισμός περιλαμβάνει εργαλεία και υλικά που χρησιμοποιούνται στις διάφορες οδοντιατρικές πράξεις (πχ. προσθετικά, επανορθωτικά, περιοδοντικά, χειρουργικά) και τα οποία μεταφέρονται από τον οδοντίατρο ανάλογα με την περίπτωση που καλείται να αντιμετωπίσει.

#### Γ) κουτιά μεταφοράς

Ο εξοπλισμός μπορεί να μεταφερθεί σε κουτιά μεταφοράς, που καλό είναι να είναι πλαστικά, για να καθαρίζονται και να απολυμαίνονται εύκολα.

#### Δ) ειδικές φορητές οδοντιατρικές μονάδες

Στο εμπόριο διατίθενται μεγάλη ποικιλία σε ποιότητα και τιμές φορητών οδοντιατρικών μονάδων, που περιλαμβάνουν ό,τι είναι αναγκαίο για την πλήρη οδοντιατρική θεραπεία (αερότορ, μικρομότορ, συσκευή υπερήχων, αεροσυμπιεστή, φιάλη νερού για τα κοπτικά εργαλεία, σιελαντλία / αναρρόφηση, φιάλη συλλογής λυμάτων κ.λπ). Στο εμπόριο διατίθενται επίσης πτυσσόμενες οδοντιατρικές έδρες, ερεισικά κεφαλα και φορητά ακτινογραφικά μηχανήματα.

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ

Πριν από την πρώτη επίσκεψη στον ασθενή, ο οδοντίατρος θα πρέπει να αντλήσει πληροφορίες σχετικά με: α) το οδοντιατρικό πρόβλημα του ασθενούς, επείγον ή χρόνιο, β) τη γενική κατάσταση υγείας και τα λαμβανόμενα φάρμακα, γ) το περιβάλλον διαβίωσης, δ) την παρουσία φροντιστή, νοσηλεύτη ή επιβλέποντα, ε) τον τρόπο μετάβασης και στάθμευσης<sup>3, 15</sup>.

Τις πληροφορίες αυτές τις λαμβάνει από τον ασθενή (αν είναι εφικτό), από τους φροντιστές, από το «υπεύθυνο πρόσωπο» για τον ασθενή και συχνά είναι αναγκαίο να

προηγηθεί συνεννόηση και με το θεράποντα ιατρό. Αυτές οι πληροφορίες θα τον βοηθήσουν ώστε να προετοιμάσει τον κατάλληλο εξοπλισμό, να διασφαλίσει την παρουσία βοηθού, αν αυτό κριθεί αναγκαίο και να διαμορφώσει αποτελεσματικό σχέδιο θεραπείας. Αν η επίσκεψη είχε προγραμματιστεί σε προγενέστερο χρόνο καλό είναι να προηγηθεί τηλεφωνική επιβεβαίωση.

### ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΟΝΤΟΣ

Σε κάθε περίπτωση είναι αναγκαίο να τηρηθεί η προστασία της ιδιωτικότητας του ασθενούς κατά την εξέταση και τη θεραπεία. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στα ιδρύματα, όπου συχνά η απομόνωση δεν είναι εύκολη, αλλά και στις οικίες. Σκόπιμο είναι να προστατεύονται τα προσωπικά δεδομένα από τυχόν τρίτους παρόντες (πχ. οικιακή βοηθό, άλλοι συγγαίτικοι, συγγενείς κ.λπ.)<sup>3</sup>. Θα πρέπει επίσης να διασφαλίζεται πρόσβαση σε νερό και ηλεκτρικό και προστασία από πιθανή διασπορά λοιμώξεων<sup>17</sup>, αλλά και η προσωπική προστασία του θεράποντα από εξωγενείς παράγοντες.

Ιδιαίτερα στα ιδρύματα θα πρέπει να διασφαλίζεται η επιβεβαίωση της ταυτότητας του ασθενούς αλλά και των παρισταμένων συγγενών ή άλλων φροντιστών.

Η διαμόρφωση του χώρου είναι σημαντική καθώς απαιτείται ένας ελάχιστος χώρος εργασίας, μία επιφάνεια για την τοποθέτηση εργαλείων και υλικών και κατάλληλος φωτισμός. Η παρουσία βοηθού βοηθά κατά πολύ στους χειρισμούς (πχ. φωτισμός πεδίου, διατήρηση ασθενούς σε κατάλληλη θέση κ.λπ).

Πολλές φορές κρίνεται αναγκαία και η παρουσία ενός συγγενή ή φροντιστή, που γνωρίζει το χώρο αλλά και καθησυχάζει και ηρεμεί τον ασθενή.

### ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στην πρώτη επίσκεψη ο οδοντίατρος θα διαγνώσει αν ο ασθενής είναι σε θέση να επικοινωνήσει αποτελεσματικά με το θεράποντα, να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του και να συναινέσει κατόπιν ενημέρωσης στη θεραπεία. Σε αντίθετη περίπτωση είναι αναγκαία η λήψη συναίνεσης από τον κατά νόμον υπεύθυνο «κηδεμόνα» του ασθενούς.

Η αντιμετώπιση του πόνου και της φλεγμονής αποτελούν πάντα την πρώτη προτεραιότητα. Το σχέδιο θεραπείας θα πρέπει να είναι εξατομικευμένο, απλό, ρεαλιστικό και εύκολα αναπροσαρμόσιμο.

Χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία αντιμετωπίζονται οι απλές εξαγωγές, η περιοδοντική θεραπεία, η κατασκευή ή επιδιόρθωση ολικών και μερικών οδοντοστοιχιών, η τοποθέτηση εμφράξεων και η συνολική διαχείριση της τερηδόνας, η αντιμετώπιση της ξηροστομίας και συνηθισμένων βλαβών του στόματος (πχ. στοματίτιδες), παρέχονται οδηγίες για την πρόληψη στοματικών βλαβών και γίνεται οδοντιατρική εκπαίδευση τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών.

Η κατ' οίκον οδοντιατρική μπορεί να αξιοποιήσει την τεχνική της ατραυματικής οδοντιατρικής<sup>16</sup>. Πρόκειται για μία εξαιρετικά απλή, οικονομική και εύκολη στην εφαρ-



μογή τεχνική αφαίρεσης της τερηδόνας με εργαλεία χειρός και τοποθέτησης συγκολλούμενου υλικού<sup>18</sup>.

Συνιστάται αποφυγή της τέλεσης οδοντιατρικών πράξεων που ενδέχεται να δημιουργήσουν επιπλοκές μη αντιμετωπίσιμες στην οικία.

### **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΜΜΑΔΑ**

Στην Οδοντιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στα τελευταία χρόνια η κατ' οίκον Οδοντιατρική περιλαμβάνεται στα μαθήματα τόσο της Γηροδοντιατρικής όσο και της Οργάνωσης και Διαχείρισης Οδοντιατρείου.

Για τους μεγαλύτερους σε ηλικία οδοντιάτρους είναι απαραίτητες σχετικές εκπαιδευτικές δράσεις στα πλαίσια της συνεχούς επιμόρφωσης. Ανάλογες πρωτοβουλίες έχουν ήδη αναλάβει ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής (5η ημερίδα, 25/9/2010), η Στοματολογική Εταιρεία Κρήτης (19η Παγκρήτια Στοματολογική Σύνοδος, 20-22/5/2011), και ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιά σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (9/02/2013).

Είναι γεγονός ότι η παροχή οδοντιατρικής φροντίδας υψηλής ποιότητας κατ' οίκον δεν είναι εύκολη και εμπεικλείει πολλές ιδιαιτερότητες. Χρειάζεται γνώσεις, εμπειρία, υπομονή, αγάπη προς τον αδύναμο συνάνθρωπο και σεβασμό της ιδιαιτερότητάς του και του χώρου του, μεταφερόμενο αναγκαίο εξοπλισμό και αποφυγή της τέλεσης εκείνων των οδοντιατρικών πράξεων που ενδέχεται να δημιουργήσουν τέτοιες επιπλοκές, οι οποίες δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν στο σπίτι. Εάν τηρούνται, όμως, αυτές οι προϋποθέσεις, μπορούν να παρέχονται κατ' οίκον σημαντικές ποιοτικές υπηρεσίες σε άτομα που η φυσική και η ιατρική τους κατάσταση ή οι συνθήκες διαβίωσης δεν επιτρέπουν τη μεταφορά τους<sup>19</sup>.

### **Η ΑΝΑΓΚΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Όπως ειπώθηκε σε προηγούμενη παράγραφο, το σύστημα κατ' οίκον παροχής περίθαλψης δεν είναι ακόμα κατοχυρωμένο νομικά στην Ελλάδα, ώστε οι μεν παρέχοντες αυτές τις υπηρεσίες να θεωρείται ότι δεν προβαίνουν σε «πλανοδιακή» (κατά τον παλαιότερα προσφιλή όρο) άσκηση και να είναι εξασφαλισμένοι από πειθαρχικούς ή ποινικούς κινδύνους και από αστικές διεκδικήσεις, οι δε ασθενείς να περιθάλπονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Δεδομένου ότι η στοματική υγεία είναι δικαίωμα όλων και ουδείς πρέπει να στερείται υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, απαραίτητη είναι η έκδοση υπουργικής απόφασης η οποία να ρυθμίζει τις προϋποθέσεις για τη σωστή παροχή της κατ' οίκον οδοντιατρικής φροντίδας<sup>2</sup>.

Είναι ακόμα επιτακτική ανάγκη η κατ' οίκον οδοντιατρική θεραπεία να ενταχθεί ουσιαστικά, αποσαφηνισμένα και σε ευρεία βάση στις υποχρεώσεις της δημόσιας οδοντιατρικής περίθαλψης με κατάλληλη νομοθετική παρέμβαση, ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού<sup>19</sup>.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η κατ' οίκον οδοντιατρική αποτελεί μία κοινωνική αναγκαιότητα για πολλές κοινωνικές ομάδες και κυρίως για τους ευπαθείς ηλικιωμένους. Δεν θα πρέπει να θεωρείται ως κατ'εξαίρεση θεραπευτική προσέγγιση, αλλά ως προσέγγιση ρουτίνας για όσους παραμένουν καθηλωμένοι στο σπίτι τους ή αδυνατούν να μεταφερθούν σε οδοντιατρείο.

Δύο είναι οι βασικοί άξονες ενίσχυσης της κατ' οίκον οδοντιατρικής θεραπείας. Ο πρώτος αφορά στην εκπαίδευση φοιτητών και οδοντιάτρων στις βασικές αρχές και τεχνικές της μεθόδου και ο δεύτερος στη νομοθετική ρύθμιση.

Ιδιαίτερης σημασίας θα είναι και η ένταξη της κατ' οίκον οδοντιατρικής φροντίδας στα πλαίσια παροχών της δημόσιας οδοντιατρικής φροντίδας.

Με βάση αυτούς τους άξονες μπορούν πράγματι να παρασχεθούν κατ' οίκον σημαντικές ποιοτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες σε άτομα που δεν μπορούν να μεταφερθούν σε ιατρείο.

### **SUMMARY**

#### **Domiciliary dental care:**

#### **A social necessity for frail social groups**

Anastassia E. Kossioni, Flora Zervou-Valvi

*hellenic hospital dentistry 6: 43-48, 2013*

*Domiciliary dental care is necessary for those patients who have no access to a fixed dental clinic due to various general, social, medical or geographical reasons. It particularly addresses the oral care needs of frail and dependent older persons, residing in their homes or in long-term care settlements.*

*Domiciliary treatment is offered in most European countries (Austria, Cyprus, Denmark, Finland, France, Germany, Norway, the UK, Malta, Luxemburg), mainly through the public care system, and in other countries such as the USA, Australia and Canada. However, many private dental practitioners feel unprepared and unwilling to provide domiciliary dental care due to inadequate training, lack of equipment, financial reasons, lack of time or unfavorable working conditions.*

*The necessary skills for providing domiciliary dental care are: thorough assessment of the patients general medical condition and the ability to consent, provision of emergency care, good organisation of the dental visits in terms of time, transportation and preparation of the necessary portable equipment, and efficient communication with other members of the health care team and the carers. It is very important to protect the patients privacy and have a close cooperation with the carers.*

*The portable equipment includes a general kit (eg. portable light, paper towels, face masks, emergency equipment, basic dental examination tools, administrative*

*papers), specialized equipment (materials and tools for prosthetics, periodontal, conservative and surgical care) and carrying boxes. Portable dental units are also available in the market.*

*The treatment plan needs to be simple, individualised, realistic, adaptable, and patient-centered. Easy to do procedures are the simple extractions, tooth scaling, dental fillings, particularly using the ART technique, manufacturing or repairing dentures, the management of xerostomia, diagnosis and management of many oral lesions, prevention and dental education.*

*The two important elements for an efficient domiciliary dental care are clear legal aspects of practice and adequate training of dentists at an undergraduate and a CPD level.*

**Key words:** *Domiciliary dental care; Geriatric Dentistry.*

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καμμιλάτος Χ, Κολιοπούλου Α: Κατ' οίκον νοσηλεία. Εισήγηση στο Στρογγυλό Τραπέζι της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας» (Συντονίστρια Φ. Ζερβού-Βάλβη). Επιστημονική Ημερίδα Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Ειδικές Περιπτώσεις Οδοντιατρικής Περιθαλψης», Ευγενίδειο Ίδρυμα, 9/02/2013.
2. Κατσίκης Α: Νομικό πλαίσιο της κατ' οίκον παροχής οδοντιατρικής φροντίδας. Εισήγηση στο Στρογγυλό Τραπέζι της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας» (Συντονίστρια Φ. Ζερβού-Βάλβη). Επιστημονική Ημερίδα Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Ειδικές Περιπτώσεις Οδοντιατρικής Περιθαλψης», Ευγενίδειο Ίδρυμα, 9/02/2013.
3. Lewis D, Fiske J: Guidelines for the delivery of a domiciliary oral healthcare service. British Society for Disability and Oral Health. August 2009  
[http://www.bsdh.org.uk/guidelines/BSDH\\_Domiciliary\\_Guidelines\\_August\\_2009.pdf](http://www.bsdh.org.uk/guidelines/BSDH_Domiciliary_Guidelines_August_2009.pdf), όπως αυτό εμφανίζεται στις 3/9/2014.
4. Mitra S, Sambamoorthi U: Disability prevalence among adults: estimates for 54 countries and progress towards a global estimate. Discussion paper No: 2013-06. Department of Economics. Fordham University, July 2013.
5. CDC: Prevalence and Most Common Causes of Disability Among Adults -- United States, 2005.  
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5816a2.htm#tab1>, όπως εμφανίζεται στις 3/9/2014.
6. Κοσιώνη Α, Ζερβού-Βάλβη Φ: Συνήθεις βλάβες του βλεννογόνου του στόματος σε ηλικιωμένους σχετιζόμενες με τη χρήση κινητών προσθετικών εργασιών. *Ελλ Νοσ Οδοντ* 2009; 1: 85-90.
7. Kossioni A: The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology* 2011; 28: 85-90.
8. The Council of European Dentists: Manual of dental practice 2014 (Edition 5).  
<http://www.eudental.eu/library/eu-manual.html>, όπως εμφανίζεται στις 3/9/2014.
9. Nunez B, Chalmers J, Warren J, Ettinger RL, Qian F, McEntee: Opinions on the provision of dental care in Iowa nursing homes. *Spec Care Dentist* 2011; 31(1): 33-40.
10. MacEntee MI, Weiss RT, Waxler-Morrison NE, Morrison BJ: Opinions of dentists on the treatment of elderly patients in long-term care facilities. *J Public Health Dent* 1992; 52(4): 239-44.
11. Chalmers JM, Hodge C, Fuss JM, Spencer AJ, Carter KD, Mathew R: Opinions of dentists and directors of nursing concerning dental care provision for Adelaide nursing homes. *Aust Dent J* 2001; 46: 277-283.
12. Hopcraft MS, Morgan MV, Satur JG, Wright FA: Dental service provision in Victorian residential aged care facilities. *Aust Dent J* 2008; 53: 239-245.
13. Nitschke I, Ilgner A, Müller F: Barriers to provision of dental care in long-term care facilities: the confrontation with ageing and death. *Gerodontology* 2005; 22: 123-129.
14. De Visschere LM, Vanobbergen JN: Oral health care for frail elderly people: actual state and opinions of dentists towards a well-organised community approach. *Gerodontology* 2006; 23: 170-176.
15. Καρκαζής ΗΧ: Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης. Σε: Καρκαζής ΗΧ, Πολυζώης ΓΛ, εκδ. Εισαγωγή στη Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσθετική Προσθετική. Αθήνα. Εκδόσεις Μπονισέλ, 1998: 223-228.
16. Κοσιώνη Α: Οδοντιατρική εκτός Οδοντιατρείου. Εισήγηση στην 4η Ημερίδα Επιστημονική ημερίδα του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής (3/7/2010) με τίτλο «Νέοι Προσανατολισμοί στην άσκηση της Οδοντιατρικής» (Συντονίστρια Α. Κοσιώνη). Το Περιοδικό του ΟΣΑ, 2010; 96: 10-12.
17. Κοζυράκης Κ, Νικολάτου-Γαλίτη Ο, Πανής Β, Τζούτζας Ι: Μέτρα Πρόληψης Διασποράς Λοιμώξεων. Αθήνα. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Οδοντιατρική Σχολή 2011,  
[http://www.dent.uoa.gr/fileadmin/dent.uoa.gr/uploads/usefull\\_files/infections2011.pdf](http://www.dent.uoa.gr/fileadmin/dent.uoa.gr/uploads/usefull_files/infections2011.pdf), όπως εμφανίζεται στις 3/9/2014.
18. Frencken JE: The ART approach using glass-ionomers in relation to global oral health care. *Dent Mater* 2010; 26(1): 1-6.
19. Ζερβού-Βάλβη Φ: Συμπεράσματα. Εισήγηση στο Στρογγυλό Τραπέζι της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας» (Συντονίστρια Φ. Ζερβού-Βάλβη). Επιστημονική Ημερίδα Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά «Ειδικές Περιπτώσεις Οδοντιατρικής Περιθαλψης», Ευγενίδειο Ίδρυμα, 9/02/2013.

#### Επικοινωνία:

Αναστασία Ε. Κοσιώνη

Τηλ.: 210-7461212.

e-mail: akossioni@dent.uoa.gr



---

## Δραστηριότητες Τμημάτων Νοσοκομείων σε θέματα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

## ΤΜΗΜΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΙΛΚΙΣ

### 1η Ημερίδα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής με θέμα: «Έναρξη προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ατόμων με χρόνιες παθήσεις και ΑμεΑ Προτάσεις Εξελίξεις»

Την Παρασκευή 19 Δεκεμβρίου 2014, ώρα 09.00, διεξήχθη από το Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς με πολύ μεγάλη επιτυχία Ημερίδα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (η 1η στο Νοσοκομείο αυτό) υπό την αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής με θέμα: «Έναρξη προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ατόμων με χρόνιες παθήσεις και ΑμεΑ. Προτάσεις-Εξελίξεις».

Η εν λόγω ημερίδα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια μιας γενικότερης προσπάθειας που έχει ως στόχο τη βελτίωση του επιπέδου της παρεχόμενης οδοντιατρικής περίθαλψης μέσα από ένα σύγχρονο δημόσιο σύστημα υγείας, ιδιαίτερα στα άτομα με βεβαρημένο ιατρικό ιστορι-

κό και στα ΑμεΑ.

Υπό αυτό το πρίσμα, το Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς με πρωτοβουλία του Διευθυντή του Τμήματος Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής κ. Χρήστου Μάκου, μέλους του Δ.Σ. της ΕΕΝΟ, και έχοντας την αμέριστη συμπαράσταση της Διοίκησης, του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας και του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, συμμετέχει ενεργά στην υλοποίηση μεταπτυχιακού προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ. υπό την ευθύνη του Καθηγητή κ. Λάμπρου Ζουλούμη.

Σκοπός της ημερίδας αυτής ήταν η ενημέρωση των αρμόδιων φορέων και του κοινού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και η διαμόρφωση προτάσεων. Την Οργανωτική Επιτροπή αποτέλεσαν οι κ.κ. Χρήστος Μάκος, Μιχάλης Ζουμπουλάκης, Μαρία Ιωαννίδου, Ανθούλα Εμμανουηλίδου, Ευθυμία Παρασκευαΐδου.

Παρουσιάστηκαν οι ακόλουθες εισηγήσεις:

«Σκέψεις και προτάσεις για την αντιμετώπιση ατόμων με αναπηρία».

*Μιχάλης Ζουμπουλάκης, Οδοντίατρος, Μεταπτυχια-*



Στιγμιότυπο από την Ημερίδα με τους συμμετέχοντες.

κός Φοιτητής Προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ΑΠΘ, Εκπαιδευόμενος Προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Γ. Ν. Κιλκίς.

«Προτάσεις διαχείρισης προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Ευρηματικότητα, επιχειρηματικότητα, αυτοδιαχείριση και οφέλη». Χρήστος Μάκος, Διευθυντής Τμήματος Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γ. Ν. Κιλκίς.

Κατά την έναρξη της εκδήλωσης αναγνώσθηκαν τα μηνύματα που απέστειλαν:

- Η Πρόεδρος του ΔΣ της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής κ. Φλώρα Ζερβού-Βάλβη, Συντονίστρια Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»
- Ο Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικού Τμήματος Α.Π.Θ. κ. Λάμπρος Ζουλούμης, Υπεύθυνος Μεταπτυχιακού Προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής.

Ομιλία - χαιρετισμό απεύθυναν:

- Ο κ. Αριστείδης Παπαδόπουλος, Εκπρόσωπος Δασκάλων-Εκπαιδευτών, Διευθυντής του 6θέσιου Ειδικού Δημοτικού Σχολείου Κιλκίς.
- Η κ. Ευθυμία Καράμπαλη, Εκπρόσωπος Γονέων και Κηδεμόνων ΑμεΑ, Πρόεδρος Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων ΑμεΑ Ν. Κιλκίς.
- Ο κ. Χάρης Χαραλαμπίδης, Εκπρόσωπος Μαθητών-Ωφελουμένων Ειδικών Σχολείων.

Ακολούθησε μουσική εκδήλωση (Υπεύθυνος Μιχάλης Ζουμπουλάκης).

Η απήχηση στην τοπική κοινωνία και όχι μόνο ήταν μεγάλη. Η ημερίδα συγκέντρωσε το ενδιαφέρον όχι μόνο των οδοντιάτρων αλλά και των οικογενειών και των εκπροσώπων φορέων των ΑμεΑ. Η διεξαγωγή της μάλιστα στην Αίθουσα Συγκέντρωσης στη Νέα Πτέρυγα του Νοσοκομείου Κιλκίς, η οποία είναι πλήρως προσβάσιμη σε άτομα



Ομιλία του Διευθυντή του Γναθοχειρουργικού Τμήματος του Γ. Ν. Κιλκίς κ. Χρήστου Μάκου.



Ομιλία του μεταπτυχιακού φοιτητή του προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Α.Π.Θ. στο Γ. Ν. Κιλκίς, Οδοντίατρο κ. Μιχάλη Ζουμπουλάκη.

με χρόνιες παθήσεις και ΑμεΑ, συνετέλεσε ώστε πολλά ΑμεΑ να μπορέσουν να προσέλθουν και να παρακολουθήσουν την ιδιαίτερου ενδιαφέροντος θεματολογία. Οι υψηλού επιπέδου εισηγήσεις και οι ενδιαφέρουσες παρεμβάσεις των συμμετεχόντων συνέβαλαν σημαντικά στην επιτυχία αυτή. Τα δε συμπεράσματά της ανακοινώθηκαν στον τοπικό τύπο, ο οποίος υποστήριξε την προσπάθεια ποικιλοτρόπως.

## ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

### Κύκλος μαθημάτων με θέμα «Το Ιατρικό Επείγον στην Οδοντιατρική»

Το Οδοντιατρικό Τμήμα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ) διοργάνωσε κύκλο μαθημάτων με θέμα «Το Ιατρικό Επείγον στην Οδοντιατρική», για το έτος 2014. Τα μαθήματα διε-

ξήχθησαν με επιτυχία στο ΠαΓΝΗ, στην αίθουσα Σεμιναρίων του Α' κτιρίου στον 3ο όροφο, ημέρα Παρασκευή και ώρα 08:00-09:30, σύμφωνα με το ακόλουθο πρόγραμμα:

Ημερομηνία	Εισηγητής	Θέμα
31-01-2014	Ε. Μπογοσιάν	Προετοιμασία για την αντιμετώπιση του ιατρικού επειγόντος
14-02-2014	Α. Μάστακα, Ε. Πεπονάκη	Οδοί χορήγησης φαρμάκων σε επείγουσες ιατρικές καταστάσεις
28-02-2014	Μ. Φραγκάκης	Η προσέγγιση «ABCDE» του ασθενούς με ιατρικό επείγον
14-03-2014	Θ. Ζουριδάκη	Άσθμα
28-03-2014	Κ. Βλασιάδης	Αλλεργία
11-04-2014	Μ. Φραγκάκης	Καρδιολογικά επείγοντα - Έμφραγμα μυοκαρδίου
25-04-2014	Θ. Ζουριδάκη	Επιληπτικές κρίσεις
02-05-2014	Ε. Μπογοσιάν	Υπογλυκαιμία
16-05-2014	Ε. Μπογοσιάν	Συγκοπτικό επεισόδιο
30-05-2014	Μ. Φραγκάκης	Απόφραξη αεραγωγού από ξένο σώμα (Γνιγμονή)
13-06-2014	Κ. Βλασιάδης	Φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια

(Τηλ. Οδοντιατρικού Τμήματος ΠαΓΝΗ 2810/392473)





