

Η επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Προτάσεις για τη βελτίωσή της.

Πρόγραμμα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας

Κ. Ουλής*, Μ. Θεοδώρου**, Τ. Μαστρογιαννάκης***, Χ. Μαμάη-Χωματά****, Α. Πολυχρονοπούλου****, Α. Παπαγιαννούλη*****, Θ. Αθανασούλη*****

Εισαγωγή: Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί μεμονωμένα σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές στην Ελλάδα την τελευταία κυρίως εικοσαετία, οι οποίες δίνουν στοιχεία για την έκταση της τερηδόνας στον πληθυσμό, καθώς και το μέγεθος των θεραπευτικών αναγκών του.

Τα στοιχεία όμως αυτά δεν καλύπτουν όλη τη χώρα, δεν έχουν συγκεντρωθεί την ίδια χρονική περίοδο, δεν έχουν χρησιμοποιηθεί τα ίδια κριτήρια εξέτασης και οι εξεταστές είτε ένας είτε πολλοί δεν έχουν ταυτοποιηθεί (calibration) με τον εαυτό τους και μεταξύ τους για την ακρίβεια και επαναληπτικότητα στην καταγραφή των στοιχείων.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης αυτής που ήταν μία από τις τρεις δράσεις ενός ολοκληρωμένου προγράμματος έρευνας και αγωγής υγείας ήταν, μέσω της δημιουργίας ταυτοποιημένων εξεταστών να καταγράψει την ίδια χρονική περίοδο τη πορεία των οδοντιατρικών αναγκών και να δημιουργήσει τον επιδημιολογικό χάρτη της χώρας και του Ελληνικού πληθυσμού, ώστε βάσει των ευρημάτων να κάνει τις απαραίτητες προτάσεις για σωστότερη παρέμβαση της πολιτείας.

Υλικό και Μέθοδος: Το υλικό της μελέτης, η οποία είναι τύπου εθνικής διερευνητικής έρευνας (national pathfinder survey), αποτέλεσαν άτομα Ελληνικής καταγωγής, συγκεκριμένων ηλικιών (6.048 άτομα 5, 12, 15, 35-44 και 65-74 ετών, από αστικές και αγροτικές περιοχές) και σύμφωνα με τα διεθνή standards από επιλεγμένες περιοχές της χώρας (Αττικής, Αχαΐας, Έβρου, Θεσσαλονίκης, Ιωαννίνων, Καστοριάς, Κεφαλληνίας, Κυκλάδων (Νάξος), Λαρίσης, Λέσβου (Μυτιλήνη) και Χανίων). Η μεθοδολογία δειγματοληψίας είναι αυτή που προτείνεται για αυτού του τύπου μελέτες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Χρησιμοποιήθηκε η στρωματοποιημένη δειγματοληψία κατά ομάδες (stratified cluster sampling), και η εξέταση των ατόμων του δείγματος έγινε σε συγκεκριμένους χώρους, από τυποποιημένους εξεταστές - οδοντιάτρους, όπου καταγράφηκαν: Οι δείκτες dmft/DMFT/S, DI, CPITN, RCI, και απαντήσεις σχετικά με τις συνήθειες στοματικής υγιεινής, διαίτας, λήψης φθορίου κλπ. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS και έγιναν μόνοπαραγοντικές και πολυπαραγοντικές συσχετίσεις των νόσων του στόματος με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές. **Αποτελέσματα:** Η έκταση και η βαρύτητα των νόσων της τερηδόνας (dmft/DMFT) και του περιοδοντίου παρουσίασαν μια βελτιωμένη εικόνα σε σχέση με το παρελθόν, αν και διατηρούνται σε επίπεδα πολύ χειρότερα από πολλές χώρες της ΕΕ, κατατάσσοντας την χώρα μας με dmft των 5 (1,77), των 12(2,05) και των 15 ετών (3,19) αλλά και τις αθεράπευτες ανάγκες των 5 ετών (87%), των 12 και των 15 ετών (48-50%) αλλά και τον δείκτη SiC=4.04 για τα 12 και 7,07 για τα 15 ετών στην τελευταία θέση μεταξύ των 15 μελών της ΕΕ. Όλοι οι δεί-

Λέξεις κλειδιά: Στοματική υγεία, Ελληνικού πληθυσμού, τερηδόνα, περιοδόντιο.

* Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

** Καθηγητής Οικονομικών της υγείας, Πανεπιστήμιου Λευκωσίας Κύπρου.

*** MS Marketing, Δημόσιες σχέσεις

**** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κοινωνικής και Προληπτικής

Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ

***** Καθηγήτρια, Διευθύντρια του Εργαστηρίου Παιδοδοντιατρικής.

***** Επίτιμη Καθηγήτρια Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής

Χρηματοδότηση: Το όλο πρόγραμμα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας χρηματοδοτείται από την Εταιρεία Colgate Co.

Επιδημιολογική Μελέτη

κτες της τερηδόνας (DMFT), των ούλων (DI, CI, OHI)) και του περιοδοντίου (CPITN) παρουσιάζονται με μία μεγάλη διακύμανση στις διάφορες περιοχές της χώρας, επηρεάζοντας περισσότερο τα άτομα των ορεινών περιοχών και τα άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού και μορφωτικού επιπέδου. Ο δείκτης τερηδόνας χειροτερεύει με την ηλικία και στους ενήλικες φθάνει στα ίδια επίπεδα με αυτόν του 1988. Πολλές από τις ανάγκες παραμένουν χωρίς αντιμετώπιση, ιδιαίτερα στα 5-χρονα και στην τρίτη ηλικία, ενώ η στοματική υγιεινή και η ουλίτιδα είναι σε πολύ άσχημο επίπεδο ειδικά στους έφηβους που καταλήγουν σε περιοδοντίτιδα στους ενήλικες και απώλεια δοντιών στην τρίτη ηλικία. Από πλευράς οδοντοστοιχιών είμαστε στα ίδια επίπεδα με την Ιρλανδία, τη Δανία και τη Φιλανδία (40-50%) αλλά καλύτεροι από χώρες που λόγω συστήματος υγείας και χαμηλού κόστους ευνοούνται οι εξαγωγές όπως η Ισλανδία (68%), η Ολλανδία (65%) και η Αγγλία (55%). **Συμπεράσματα:** Η μεγάλη διαφοροποίηση των αναγκών μεταξύ των διαφόρων περιοχών αλλά και η χειρότερη εικόνα από έκταση και βαρύτητα που παρουσιάστηκε μεταξύ των κατώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων, επιβάλλει επαναπροσδιορισμό στο σχεδιασμό και παροχή των υπηρεσιών στοματικής περίθαλψης τόσο στον δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα για όλο τον πληθυσμό. Για τον εφηβικό πληθυσμό ειδικότερα, η εμφάνιση του μεγαλύτερου ποσοστού των αναγκών στους μόνιμους γομφίους, επιβάλλει περισσότερα στοχοποιημένα μέτρα όπως είναι οι προληπτικές καλύψεις οπών και σχισμών για την μείωση της τερηδόνας στα δόντια αυτά.

ελληνικά στοματολογικά χρονικά 53: 97-120, 2009

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημασία και η συμβολή της Στοματικής Υγείας στη Γενική Υγεία και στη ποιότητα ζωής όλων των ανθρώπων θα πρέπει να γίνει σε όλους γνωστή. Η οδοντική τερηδόνα και οι νόσοι του περιοδοντίου (ουλίτιδα-περιοδοντίτιδα), είναι οι πιο διαδεδομένες νόσοι στον άνθρωπο προσβάλλοντας το 60-90% του πληθυσμού όλης της γης.

Η Στοματική Υγεία όμως δεν είναι μόνο ωραία και γερά δόντια. Είναι μέρος της γενικής υγείας του ανθρώπου και η διατήρηση της συμβάλλει στην απουσία προβλημάτων στοματοπροσωπικού πόνου, στοματικού και φaryγγικού καρκίνου, καρδιολογικών προβλημάτων, γενετικών νόσων και βλαβών που επηρεάζουν την περιοχή του στόματος και των περιβαλλόντων ιστών. Η στοματική υγεία με άλλα λόγια είναι πολύ σημαντική στην διατήρηση και προαγωγή της γενικής υγείας και συμβάλει στη ποιότητα της ζωής του ατόμου.

Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι πολλά από τα ανωτέρω νοσήματα μπορούν έγκαιρα να εντοπιστούν στο στόμα και με συγκεκριμένα προληπτικά μέτρα σε ατομικό επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο στη πλειονότητά τους να προληφθούν. Όπως είναι γνωστό, το κάθε άτομο για να εφαρμόσει τη πρόληψη θα πρέπει να πειστεί πρώτα γι' αυτήν αφού ενημερωθεί σωστά. για την αποτελεσματικότητά της και το πώς δημιουργούνται και πως μπορούν να προληφθούν οι νόσοι του στόματος.

Η οδοντιατρική φροντίδα δυστυχώς, αντιμετωπίστηκε και αντιμετωπίζεται ακόμα και σήμερα από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία, ως ένα θέμα υγείας δευτερεύον, μετακυλώντας το χρηματοδοτικό βάρος και την ευθύνη στους ίδιους τους πολίτες. Έτσι και παρά τον υπερπληθωρισμό του οδοντιατρικού επαγγέλματος και

την σύγχρονη οδοντιατρική τεχνολογία που εγκαθίσταται ταχέως και στην Ελλάδα, δεν παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές, ιδιαίτερα στους τρόπους και τις διαδικασίες ασφάλισης, χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας. Αποτέλεσμα αυτής της στασιμότητας είναι η ελλιπής κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών, η διατήρηση των ανισοτήτων, η απουσία προληπτικών οδοντιατρικών φροντίδων και το μεγάλο έλλειμμα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κόσμου για τη σημασία της στοματικής υγείας.

Οι κύριες νόσοι του στόματος όπως η οδοντική τερηδόνα και οι νόσοι του περιοδοντίου σχετίζονται άμεσα με τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής που υιοθετούν τα άτομα κυρίως κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Έτσι όλο και περισσότερο σχεδιάζονται και υλοποιούνται δραστηριότητες προληπτικής οδοντιατρικής που απευθύνονται κυρίως στις νεώτερες ηλικίες του πληθυσμού. Για να είναι όμως αποτελεσματική μια προσπάθεια προαγωγής της στοματικής υγείας απαιτείται **πρώτον** η καταγραφή των οδοντιατρικών προβλημάτων και των αναγκών του πληθυσμού και **δεύτερον** η σχεδίαση συγκεκριμένων και εξειδικευμένων πολιτικών και προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Στην Ελλάδα τα τελευταία 30-40 χρόνια έχουν γίνει κάποιες μεμονωμένες προσπάθειες καταγραφής των επιδημιολογικών προβλημάτων της στοματικής υγείας του πληθυσμού από σχετικούς φορείς και άτομα. Οι μελέτες αυτές¹⁻¹⁶ έγιναν όμως σε συγκεκριμένες περιοχές, δεν είχαν τυποποιημένους εξεταστές και αφορούσαν συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού. Η σημαντικότερη μέχρι τώρα προσπάθεια έγινε το 1988 οπότε και πραγματοποιείται για πρώτη φορά στη χώρα μας επιδημιολογική μελέτη¹⁷ των νόσων του στόματος από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας (National Oral Health Pathfinder

Survey). Η έρευνα αυτή αφορούσε τις ηλικίες 7, 12 και 35-44 ετών σε 16 περιοχές.

Η απουσία επιδημιολογικών μελετών στοματικής υγείας και η συνακόλουθη έλλειψη στοιχείων έκτοτε, για τα προβλήματα και τις ανάγκες του πληθυσμού, είχε ως συνέπεια ο σχεδιασμός και η υλοποίηση οποιασδήποτε πολιτικής στοματικής υγείας να βαδίζει στα τυφλά και με αμφίβολα αποτελέσματα. Και αυτό γιατί προαπαιτούμενο κάθε πολιτικής και δράσης, είναι η καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων σχετικά με την έκταση και τη βαρύτητα των νόσων του στόματος.

Με βάση λοιπόν αυτή την βασική αρχή σχεδιάστηκε το πρόγραμμα «**Στοματικής Υγείας της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας**» που σαν βασικό του στόχο είχε την καταγραφή της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού και αφ' ετέρου την σχεδίαση / καθιέρωση ενός μόνιμου προγράμματος αγωγής υγείας σε κάθε νομό της χώρας που σαν βασική του επιδίωξη θα έχει την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα Στοματικής υγείας και ιδιαίτερα των νέων ηλικιακών ομάδων.

Το πρόγραμμα λοιπόν «Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού», περιλαμβάνει τρεις διακριτές αλλά και ταυτόχρονα συμπληρωματικές δράσεις, δηλαδή:

- Την **ανάπτυξη και εφαρμογή προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας.**
- Το **μήνα στοματικής υγείας.**
- Την **καταγραφή της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού.**

Δράση I: Ανάπτυξη & Εφαρμογή Προγράμματος Αγωγής Στοματικής Υγείας

Τα προγράμματα αγωγής υγείας, βοηθούν τους πολίτες να ενημερωθούν, εκπαιδευτούν και ευαισθητοποιηθούν σχετικά με τη στοματική υγεία, η οποία αποτελεί βασική συνισταμένη υγείας και ποιότητας ζωής. Ένας από τους κύριους στόχους του προγράμματος ήταν η σχεδίαση - υλοποίηση και καθιέρωση μόνιμων δραστηριοτήτων αγωγής στοματικής υγείας σε κάθε νομό της χώρας, με τη βοήθεια εκπαιδευτικού και εποπτικού υλικού αγωγής υγείας που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος και διανεμήθηκε σε κάθε Οδοντιατρικό Σύλλογο της χώρας. Για την αγωγή στοματικής υγείας χρησιμοποιήθηκαν οδοντίατροι (health educators) που εκπαιδεύτηκαν στα θέματα αγωγής στοματικής υγείας ώστε να δίνουν κοινά μηνύματα. Επικεφαλής της παρέμβασης σε τοπικό επίπεδο ανέλαβαν οι κατ' εξοχήν αρμόδιοι, οι οδοντίατροι, και επιδιώχθηκε η συμμετοχή και ενεργοποίηση τοπικών κοινωνικών φορέων. Αυτό έγινε με συγκεκριμένες δραστηριότητες και προς δύο κατευθύνσεις. Τις δραστηριότητες αγωγής στοματικής υγείας στον παιδικό και ενήλικο πληθυσμό μέσω ομιλιών και συζητήσεων από ειδικά εκπαιδευμένους οδοντιάτρους και το «Μήνα Στοματικής Υγείας» μέσω των ΜΜΕ, που υλοποιήθηκε από την Colgate Palmolive. Οι στόχοι που είχαν ορισθεί και υλοποιήθηκαν από το πρόγραμμα ήταν:

- 1) Να γίνει παρέμβαση σε όλο το φάσμα ηλικιών στην ελληνική κοινωνία και ενημέρωση στα θέματα στομα-

τικής υγείας,

- 2) Η παρέμβαση αυτή να γίνει με τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους και τους οδοντιάτρους σε συνεργασία με όλους τους τοπικούς φορείς και υπεύθυνους ανά νομό της Πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- 3) Να δημιουργηθούν εκπαιδευτές οδοντίατροι οι οποίοι σε περιοδική βάση συνεχώς θα ενημερώνουν το κοινό σε θέματα στοματικής υγείας με τη βοήθεια εκπαιδευτικού και εποπτικού υλικού που κάθε σύλλογος θα έχει ώστε όλοι να μεταφέρουν τα ίδια μηνύματα πρόληψης και αγωγής στοματικής υγείας.

Δράση II: Μήνας Στοματικής Υγείας

Ο «Μήνας Στοματικής Υγείας» περιλάμβανε ενέργειες δημοσιότητας, ενημερωτικές ομιλίες στα σχολεία, συνεντεύξεις στην τηλεόραση και δημοσιεύσεις άρθρων στον τύπο για την ενημέρωση και την επιμόρφωση του ελληνικού πληθυσμού. Αν και οι ενέργειες αυτές διεξάγονταν καθ' όλη τη διάρκεια των τριών χρόνων της μελέτης, χρονικό διάστημα κορύφωσης ήταν ο ΜΗΝΑΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, που είχε ορισθεί ο Νοέμβριος κάθε έτους. Κατά τη διάρκεια του ΜΗΝΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ θα υπάρξει επικοινωνία των αποτελεσμάτων της πανελλήνιας επιδημιολογικής έρευνας καθώς και συμβουλές για τη διασφάλιση της καλής στοματικής υγείας σε όλα τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, με στόχο την ενημέρωση και την αφύπνιση του κοινού σχετικά με τη σημασία της πρόληψης για τη στοματική υγεία.

Δράση III: Εκπόνηση Επιδημιολογικού Χάρτη της Χώρας

Η κατεύθυνση προς την οποία κινείται η παροχή οδοντιατρικής φροντίδας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, αλλά και ευρύτερα σε επίπεδο δημόσιας υγείας πρέπει να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη γνώση και την αξιολόγηση των επιδημιολογικών στοιχείων, από τα οποία προκύπτει ο επιπολασμός και η βαρύτητα των νόσων του στόματος και κατά συνέπεια και οι προληπτικές και θεραπευτικές ανάγκες του πληθυσμού. Για να είναι αποτελεσματικές οι όποιες παρεμβάσεις και δράσεις, πρέπει να στηρίζονται σε στοιχεία και δεδομένα από μελέτες που γίνονται περιοδικά και κατά τακτά χρονικά διαστήματα. Μόνο τότε καθίσταται δυνατός ο έλεγχος επάρκειας των παρεμβάσεων και λαμβάνονται διορθωτικά ή συμπληρωματικά μέτρα, όπου κριθεί αναγκαίο. Τέτοιου είδους μετρήσεις έχουν ένα επιπλέον σκοπό. Επιτρέπουν συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών κρατών κυρίως σε επίπεδο χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ) - συνεισφέροντας έτσι στην επιδίωξη καλύτερης συνειδητοποίησης των προβλημάτων, σύγκλισης των πολιτικών και πρακτικών σε νέες κατευθύνσεις με βάση την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα, αλλά και σχεδιασμού και ανάληψης κοινών προγραμμάτων συνεργασίας και συντονισμένης δράσης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στοματικής υγείας και ιδιαίτερα την καταπολέμηση των ανισοτήτων στον τομέα αυτό.

Η παρούσα έρευνα επιδημιολογικής αποτύπωσης των προβλημάτων στοματικής υγείας του Ελληνικού πληθυ-

Επιδημιολογική Μελέτη

σμού προσφέρει πρόσφατα και αξιόπιστα στοιχεία γιατί:

- 1) έγινε ταυτόχρονα σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας,
- 2) χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά ταυτοποιημένοι εξεταστές με κοινά κριτήρια εξέτασης και
- 3) συμπεριλήφθηκαν όλες οι ηλικιακές ομάδες στόχοι (5, 12, 15, 35-44 και 65-74 ετών) που διεθνώς εξετάζονται για να υπάρξει σύγκριση των αποτελεσμάτων και με άλλες χώρες.

Από τα επιδημιολογικά δεδομένα που προκύπτουν, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία είναι πλέον σε θέση να καταθέσει προτάσεις για τις πραγματικές ανάγκες στοματικής υγείας του πληθυσμού, βάσει των οποίων θα μπορέσουν οι αρμόδιοι φορείς (Υγείας, Παιδείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων) με τη συνεργασία της ΕΟΟ να σχεδιάσουν και εφαρμόσουν τις γενικές και εξειδικευμένες δράσεις που θα δώσουν λύση στα προβλήματα.

Στο πρώτο μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας τόσο όσον αφορά τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης όσο και τα ευρήματα από την ανάλυση των ερωτηματολογίων στοματικής υγείας, αποτυπώνοντας τη συνολική επιδημιολογική εικόνα της Ελλάδας για τη στοματική υγεία.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτά τα αποτελέσματα περιγράφονται στο δεύτερο μέρος και παρέχουν τη δυνατότητα για περαιτέρω συζήτηση και προβληματισμό για τη στοματική υγεία.

Στη συνέχεια και βάσει των αποτελεσμάτων και των συμπερασμάτων που προηγούνται, παρουσιάζονται προτάσεις για μια ολοκληρωμένη παρέμβαση για τη βελτίωση της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού. Οι προτάσεις αυτές αποτελούν τη βάση για να ξεκινήσει ένας διάλογος μεταξύ της πολιτείας, των επιστημονικών και συνδικαλιστικών φορέων καθώς και όλων των αρμοδίων για τη στοματική υγεία. Ο διάλογος αυτός πρέπει να καταλήξει στη συγκρότηση ενός ολοκληρωμένου σχεδίου που θα εφαρμοστεί σε εθνική κλίμακα για τη βελτίωση της Στοματικής Υγείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της επιδημιολογικής έρευνας ήταν η διερεύνηση της κατάστασης στοματικής υγείας και των αναγκών πρόληψης και περίθαλψης σε αντιπροσωπευτικές περιοχές της χώρας και σε 5 ηλικιακές ομάδες

Η μελέτη ξεκίνησε τον Οκτώβρη του 2001, ολοκληρώθηκε τον Μάιο 2005, και πραγματοποιήθηκε σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη έγινε ο σχεδιασμός της έρευνας και η διαδικασία τυποποίησης - εκπαίδευσης των ερευνητών, στη δεύτερη διεξήχθη η επιδημιολογική έρευνα και στην τρίτη έγινε η ανάλυση των στοιχείων και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Υλικό της μελέτης, η οποία είναι τύπου εθνικής διερευνητικής έρευνας (national pathfinder survey), αποτέλεσαν άτομα Ελληνικής καταγωγής, συγκεκριμένων ηλικιών από επιλεγμένες περιοχές της χώρας. Η μεθοδολογία δειγματοληψίας είναι αυτή που προτείνεται για

αυτού του τύπου μελέτες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO: Oral Health Surveys. Basic Methods. Fourth edition. Geneva: World Health Organization, 1997¹⁷).

Η εξέταση των ατόμων του δείγματος έγινε σε συγκεκριμένους χώρους, από τυποποιημένους εξεταστές οδοντιάτρους, με τη χρήση συγκεκριμένων οδοντιατρικών εργαλείων και τη συμπλήρωση τριών εντύπων καταγραφής επιδημιολογικών δεδομένων και δύο ερωτηματολογίων.

Μέγεθος του Δείγματος & Δειγματοληψία

Το μέγεθος του δείγματος ανήλθε σε 6.048 άτομα ελληνικής ιθαγένειας, που ανήκαν στις ηλικίες των 5, 12, 15, 35-44 και 65-74 ετών, από αστικές και αγροτικές περιοχές (Πίν. 1) και σύμφωνα με τα διεθνή standards. Για λόγους σύγκρισης με τα ευρήματα της έρευνας του 1984, που έγινε για τη χώρα μας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, επιλέχθηκαν ομάδες μελέτης από τους ίδιους νομούς, δηλαδή Αττικής, Αχαΐας, Έβρου, Θεσσαλονίκης, Ιωαννίνων, Καστοριάς, Κεφαλληνίας, Κυκλάδων (Νάξος), Λαρίσης, Λέσβου (Μυτιλήνη) και Χανίων. Η δειγματοληψία έγινε σε 14 αστικές περιοχές και σε 8 αγροτικές, όπως φαίνεται και στο σχετικό πίνακα.

Χρησιμοποιήθηκε η στρωματοποιημένη δειγματοληψία κατά ομάδες (stratified cluster sampling), γιατί μ' αυτή επιτυγχάνεται αντιπροσώπευση στο δείγμα πληθυσμιακών ομάδων, που πιθανόν παρουσιάζουν διαφορετική συχνότητα των υπό εξέταση νοσημάτων.

Τα άτομα του δείγματος (Πίνακας 1) για τις ηλικίες των 5, 12 και 15 ετών προήλθαν από τυχαία επιλογή νηπιαγωγείων, σχολείων (Α' Γυμνασίου και Α' Λυκείου) και σχολικών τμημάτων στις περιοχές δειγματοληψίας. Τα δείγματα των ενηλίκων - ηλικίας 35-44 ετών και 65-74 ετών - προσεγγίστηκαν με τυχαιοποίηση των χώρων συνάθροισης και εργασίας τους, σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε ηλικιακής ομάδας και της υπό εξέτασης περιοχής, αστικής ή μη.

Εκπαίδευση και Τυποποίηση Εξεταστών

Μία από τις κύριες επιδιώξεις της έρευνας ήταν η αποτύπωση των κλινικών παραμέτρων στοματικής υγείας των ατόμων του δείγματος, με σταθερά και διεθνώς αποδεκτά επιστημονικά κριτήρια και δείκτες. Γι' αυτό και προηγήθηκε τυποποίηση των εξεταστών κατά ηλικιακή ομάδα, μέσα από διαδικασίες θεωρητικής και κλινικής εκπαίδευσης. Σκοπός αυτής της τυποποίησης ήταν να δώσει στους εξεταστές την ικανότητα να αναγνωρίζουν και να καταγράφουν τις μετρήσιμες μεταβλητές με βάση τα προκαθορισμένα κριτήρια, περιορίζοντας έτσι κατά το δυνατό την προσωπική τους διαγνωστική άποψη και εμπειρία. Με τον τρόπο αυτό, μειώθηκε στα όρια του επιστημονικά αποδεκτού η πιθανότητα εμφάνισης συστηματικών σφαλμάτων.

Μέθοδοι, κριτήρια και δείκτες καταγραφής στοιχείων

Για την αποτύπωση των ευρημάτων της κλινικής εξέτασης κάθε ατόμου συντάχθηκαν τρία διαφορετικά έντυ-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Ο δείκτης DMFT και τα επιμέρους στοιχεία του					
	5 ετών	12 ετών	15 ετών	35-44 ετών	65-74 ετών
DMFT	1,77	2,05	3,19	14,06	20,97
DT (τερηδονισμένα δόντια/άτομο)	1,54	1,15	1,43	1,70	1,39
MT (εξαχθέντα δόντια/άτομο)	0,006	0,02	0,05	5,22	17,22
FT (σφραγισμένα δόντια/άτομο)	0,24	0,97	1,81	7,28	2,48
% ατόμων Χωρίς τερηδόνα	57,2	37,1	28,9	0,3	0,0

πα καταγραφής επιδημιολογικών στοιχείων (για παιδιά μέχρι 5 ετών, για παιδιά 12 και 15 ετών και για ενήλικες 35-44 και 65-74 ετών). Στα έντυπα αυτά καταγράφονταν τα δημογραφικά στοιχεία του εξεταζόμενου, καθώς και παράμετροι της στοματικής του υγείας όπως ουλίτιδα, νόσοι περιοδοντίου, ορθοδοντικά προβλήματα, προβλήματα τερηδόνας και άλλα. Για κάθε παράμετρο υπήρχαν κωδικοί λεπτομερούς αποτύπωσης του προβλήματος. Επιπλέον για τα παιδιά 12 και 15 ετών και τους ενήλικες 35-44 και 65-74 ετών, υπήρχαν ειδικά ερωτηματολόγια στοματικής υγείας με 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου, σχετικά με τις συνήθειες και πρακτικές στοματικής υγείας των εξεταζομένων, (π.χ. για ποιο λόγο επισκέπτεσαι τον οδοντίατρο, πόσο συχνά βουρτσίζεις τα δόντια σου κλπ), αλλά και προσωπικές αξιολογικές κρίσεις (π.χ. πώς κρίνεις την κατάσταση της στοματικής σου υγείας, πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υπηρεσία οδοντιατρικής φροντίδας που σας έχουν παρασχεθεί κλπ).

Ο τρόπος αποτύπωσης των παραμέτρων στοματικής υγείας με την κωδικοποίησή που χρησιμοποιήθηκε συνθέτουν συγκεκριμένους δείκτες στοματικής υγείας, διαφορετικούς για κάθε ηλικιακή ομάδα. Αυτοί οι δείκτες χρησιμοποιούνται διεθνώς για την αποτύπωση των παραμέτρων στοματικής υγείας και είναι οι εξής:

- Οι δείκτες **dmft/dmfs** που αφορούν τη νεογιλή οδοντοφυΐα και επομένως υπολογίστηκαν μόνο για τα παιδιά ηλικίας 5 ετών. Το στοιχείο **d** περιλαμβάνει όλα τα τερηδονισμένα δόντια ή επιφάνειες (decayed teeth/surfaces), το στοιχείο **m** τα δόντια ή επιφάνειες που λείπουν λόγω τερηδόνας (missing teeth/surfaces) και το στοιχείο **f** όλα τα εμφραγμένα δόντια ή επιφάνειες (filled teeth/surfaces). Για να υπολογιστούν οι δείκτες αυτοί προστίθενται όλα τα **d**, **m** και **f** των δοντιών ή επιφανειών κάθε ατόμου αντίστοιχα.
- Οι δείκτες **DMFT/DMFS** αφορούν τη μόνιμη οδοντοφυΐα και υπολογίστηκαν για τις ηλικίες 12, 15, 35-44 και 65-74 ετών. Για να υπολογιστεί ο δείκτης DMFT του ατόμου προστίθενται όλα τα **d**, **m** και **f** δόντια του, ενώ για να υπολογιστεί ο δείκτης DMFS προστίθενται όλες οι **d**, **m** και **f** επιφάνειες των δοντιών του, όπως και στην περίπτωση των δεικτών **dmft** και **dmfs** (παιδιά ηλικίας 5 ετών).

- Ο δείκτης **DI-s**, υπολογίστηκε για όλες τις ηλικιακές ομάδες και αξιολογεί την καθαριότητα των δοντιών του εξεταζόμενου και καταγράφεται σε συγκεκριμένες οδοντικές επιφάνειες. Προκειμένου να υπολογιστεί αθροίζονται οι διαβαθμίσεις του στις συγκεκριμένες επιφάνειες και διαιρούνται δια του αριθμού των επιφανειών που εξετάστηκαν. Ο εν λόγω δείκτης σε συνάρτηση με το δείκτη **CI-s** αξιολογεί την κατάσταση της στοματικής υγείας των ατόμων ηλικίας 35-44 και 65-74 ετών. Το άθροισμά τους αποτελεί το δείκτη **OHI-s** (Oral Hygiene Index).
- Ο δείκτης **CPITN**, ο οποίος προσδιορίζει την κατάσταση του περιοδοντίου με την παρουσία αιμορραγίας, τρυγίας και περιοδοντικών θυλάκων στα έξι εκτημόρια της στοματικής κοιλότητας, υπολογίστηκε για τις ηλικίες 12, 15, 35-44 και 65-74 ετών.
- Ο δείκτης **RCI** (τερηδόνα της ρίζας), ο οποίος υπολογίστηκε για τις ηλικιακές ομάδες 35-44 και 65-74 ετών, προσδιορίζει τον αριθμό των τερηδονισμένων και εμφραγμένων ριζικών επιφανειών στο σύνολο των επιφανειών που έχουν κίνδυνο προσβολής από τερηδόνα (δηλαδή στο σύνολο των αποκαλυμμένων επιφανειών των ριζών). Προκειμένου να υπολογιστεί αυτός ο δείκτης λαμβάνονται υπόψη οι επιφάνειες αποκαλυμμένων ριζών που είναι τερηδονισμένες (RD), σφραγισμένες (RF) και υγιείς (RN).

Επεξεργασία των στοιχείων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με κατάλληλο στατιστικό πακέτο. Προηγήθηκε περιγραφική ανάλυση των επιδημιολογικών δεδομένων με συνήθειες μεθόδους παρουσίασης κατανομών και συχνοτήτων των υπό εξέταση μεταβλητών, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και κατά πληθυσμιακές υποομάδες. Σε δεύτερο στάδιο πραγματοποιήθηκαν μονοπαραγοντικές αναλύσεις για πιθανές συσχετίσεις νόσων του στόματος με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν πολυπαραγοντικές αναλύσεις για τη μελέτη της ταυτόχρονης συσχέτισης αριθμού μεταβλητών με τις νόσους του στόματος.

Επιδημιολογική Μελέτη

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη δημοσίευση αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της επεξεργασίας των καταγεγραμμένων στα σχετικά έντυπα στοιχείων της κλινικής εξέτασης, αλλά και των στοιχείων από τα ερωτηματολόγια. Η παρουσίαση είναι σκόπιμα συνοπτική και σύντομη, με αναφορά σε κάποια μόνο γενικά και ουσιαστικά ευρήματα που χρήζουν προσοχής, ανάλυσης και αντίστοιχης παρέμβασης σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Μια εκτενέστερη και εις βάθος ανάλυση, με πολύ περισσότερα στοιχεία και πίνακες ανά ηλικία και είδος καταγραφής, εμπεριέχεται στον τόμο των αποτελεσμάτων της επιδημιολογικής έρευνας που συνοδεύει την παρούσα συνοπτική περιγραφή.

Η παρουσίαση των ευρημάτων-αποτελεσμάτων της κλινικής εξέτασης θα είναι θεματική, δηλαδή κατά παράμετρο στοματικής υγείας, (τερηδόνα, στοματική υγιεινή, νόσοι περιοδοντίου, προσθετική κατάσταση και ορθοδοντική θεραπεία). Τελευταία θα παρουσιαστούν τα ευρήματα των προσωπικών συνεντεύξεων που έγιναν με βάση τα σχετικά ερωτηματολόγια, (αυτοαξιολόγηση στοματικής υγείας, λόγος επίσκεψης στον οδοντίατρο, συχνότητα βουρτσίσματος δοντιών και ικανοποίηση από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες).

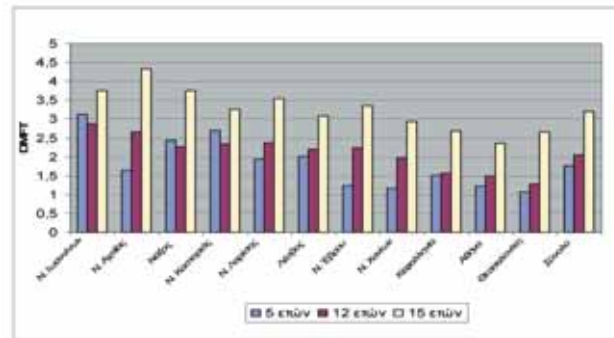
Στο Παράρτημα 1 περιγράφονται αναλυτικά το μέγεθος του δείγματος και η μέθοδος δειγματοληψίας, η διαδικασία εκπαίδευσης και τυποποίησης των εξεταστών-οδοντιάτρων και οι μέθοδοι, τα κριτήρια και δείκτες καταγραφής στοιχείων.

2.1 Ευρήματα κλινικής εξέτασης

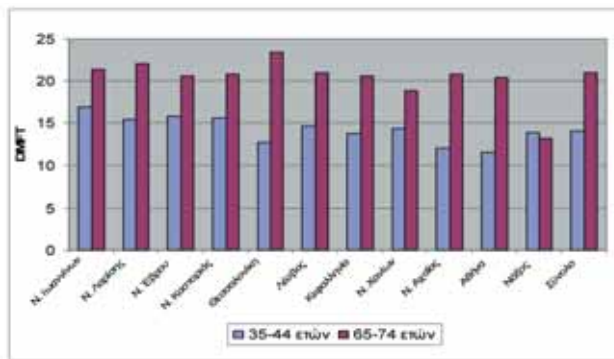
Έχει ήδη αναφερθεί ότι κατά την κλινική εξέταση των ατόμων του δείγματος συμπληρωνόταν σχετικό «έντυπο επιδημιολογικών στοιχείων στοματικής υγείας και αναγκών περίθαλψης» κάθε ηλικιακής ομάδας. Τα ευρήματα που παρουσιάζονται στη συνέχεια προέρχονται από την επεξεργασία των στοιχείων από τα έντυπα αυτά.

Τερηδόνα

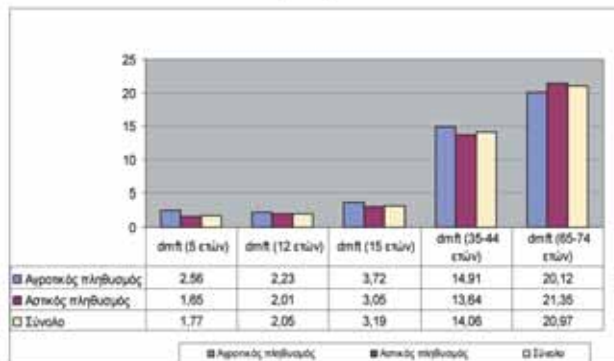
Διεθνώς η τερηδόνα μετράται με τους σύνθετους δείκτες DMFT¹ και DMFS². Ο πρώτος δείκτης, με βάση τα στοιχεία της έρευνας, πήρε για τη χώρα μας και για κάθε περιοχή εξέτασης τις τιμές που εμφανίζονται στα σχήματα 1 και 2. Οι περιοχές που ο σχετικός δείκτης παίρνει τις μεγαλύτερες τιμές είναι ο Νομός Ιωαννίνων τόσο για τους ενήλικες όσο και για τα παιδιά (κυρίως στις ηλικιακές ομάδες 5, 12 και 35-44 ετών), ο Νομός Αχαΐας για την ηλικιακή ομάδα των 15 ετών και η Θεσσαλονίκη στην ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών. Στον αντίποδα, οι μικρότερες τιμές καταγράφονται στην Αθήνα (ηλικιακές ομάδες 15 και 35-44 ετών), στη Θεσσαλονίκη (ηλικιακές ομάδες 5 και 12 ετών) και στη Νάξο (ηλικιακή ο-



Σχήμα 1: Μέση τιμή του δείκτη DMFT κατά περιοχή σε παιδιά ηλικίας 5, 12 και 15 ετών



Σχήμα 2: Μέση τιμή του δείκτη DMFT κατά περιοχή σε άτομα ηλικίας 35-44 και 65-74 ετών

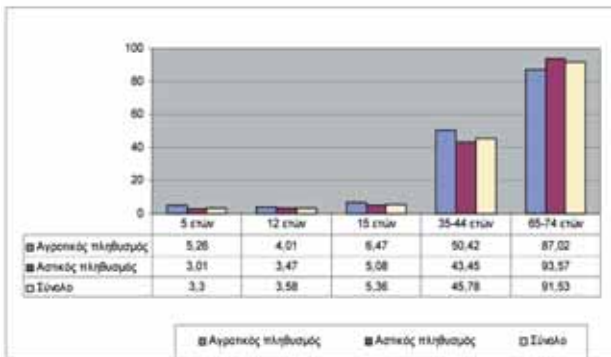


Σχήμα 3: Δείκτης DMFT κατά ηλικία και κατηγορία πληθυσμού

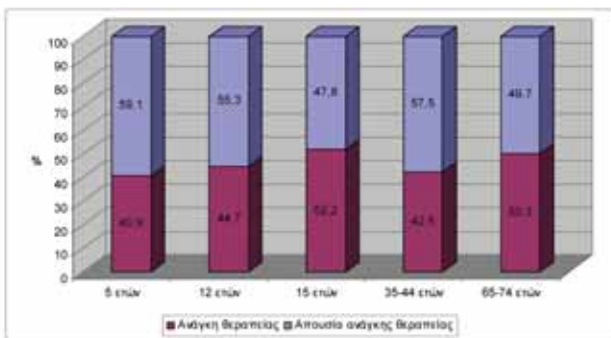
μάδα 65-74). Η πολύ χαμηλή τιμή του DMFT στη Νάξο δεν μπορεί να αξιολογηθεί λόγω του μικρού αριθμού των ατόμων (10 άτομα), στα οποία προσδιορίστηκε ο δείκτης στη συγκεκριμένη περιοχή. Τα επιμέρους στοιχεία του δείκτη για όλες τις ηλικιακές ομάδες της έρευνας παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Όπως φαίνεται από το Σχήμα 3 και το Σχήμα 4, οι διαφορές μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού είναι στατιστικά σημαντικές για όλες τις ηλικίες εκτός της ηλικίας των 12 ετών

¹ Ο δείκτης DMFT είναι το άθροισμα των δοντιών που έχουν εξαχθεί, των τερηδονισμένων δοντιών και των δοντιών που έχουν εμφραχθεί.

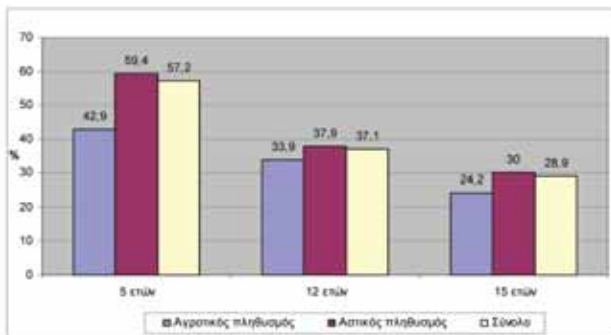
² Ο δείκτης DMFS είναι το άθροισμα των επιφανειών που έχουν εξαχθεί, των τερηδονισμένων επιφανειών και των επιφανειών που έχουν εμφραχθεί.



Σχήμα 4: Δείκτης DMFS κατά ηλικία και κατηγορία πληθυσμού



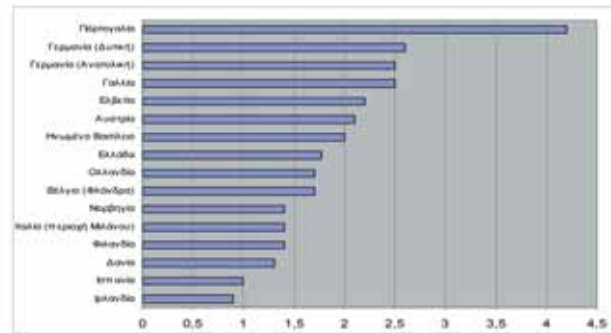
Σχήμα 5: Ανάγκη θεραπείας τερηδόνας ανα ηλικία



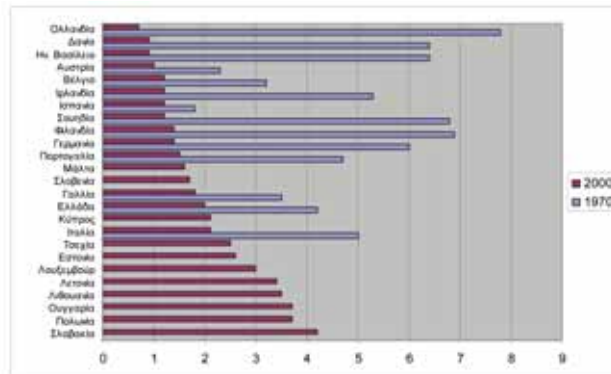
Σχήμα 6: Ελεύθερα τερηδόνας ανα ηλικία και κατηγορία πληθυσμού

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας με τη μελέτη του Π.Ο.Υ. που πραγματοποιήθηκε το 1988 (πίνακας 2), προκύπτει ότι οι δείκτες της τερηδόνας για τις ηλικίες των παιδιών βρέθηκαν βελτιωμένες σε σχέση με το παρελθόν. Παρόλα αυτά όμως μετά την ηλικία των 12 ετών χειροτερεύουν τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε ποσοστό παιδιών ελεύθερων τερηδόνας. Αυτό σημαίνει ότι οι τιμές των δεικτών της τερηδόνας συνδέονται θετικά με την ηλικία και χειροτερεύουν δραματικά μέχρι τους ενήλικες όπου εξισώνονται με τους δείκτες παρελθόντων ετών (1988). Έτσι αν στα 5 χρόνια το 57,2% είναι ελεύθερο τερηδόνας, στα 12 χρόνια το αντίστοιχο ποσοστό γίνεται 37,1% και στα 15 χρόνια 28,9% (Σχήμα 5 και 6).

Από την παρούσα επιδημιολογική έρευνα προκύπτει ακόμα ότι ο μισός περίπου πληθυσμός του δείγματος, με



Σχήμα 7: DMFT παιδιών ηλικίας 5 ετών στην Ευρώπη



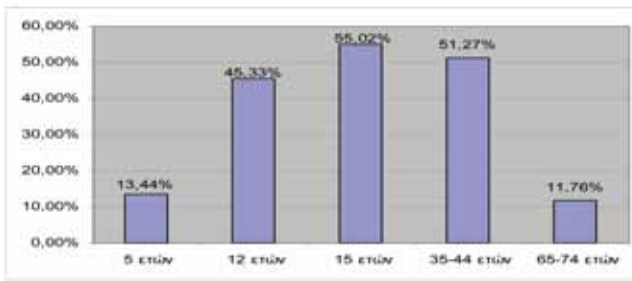
Σχήμα 8: DMFT σε παιδιά ηλικίας 12 ετών στην ΕΕ

μικρές διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα, έχει **ανάγκη θεραπείας** της τερηδόνας. Υψηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στον αγροτικό πληθυσμό και στα παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Επίσης με την αύξηση της ηλικίας όλο και λιγότερα παιδιά είναι «**ελεύθερα τερηδόνας**», ενώ καταγράφονται και διαφορές στα ποσοστά μεταξύ παιδιών από αγροτικές και αστικές περιοχές, ιδιαίτερα στην ηλικία των πέντε ετών. Δηλαδή ο αριθμός των παιδιών που κρίνονται ελεύθερα τερηδόνας είναι μεγαλύτερος στις αστικές περιοχές απ' ό,τι στις αγροτικές και προφανώς συνδέεται περισσότερο με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Συγκρίνοντας την Ελλάδα με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρούμε στα σχήματα 7 και 8 ότι αν και η Ελλάδα για τα 5χρονα είναι στην 9η θέση, για τα 12χρονα πέφτει κατακόρυφα και βρίσκεται μαζί

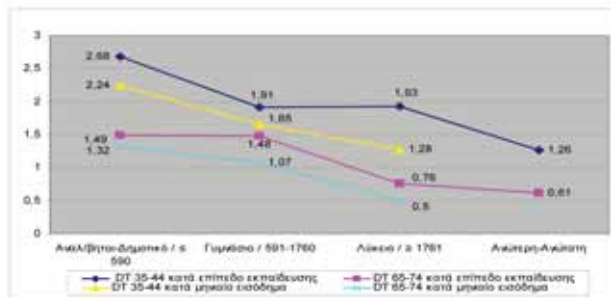
Πίνακας 2: Σύγκριση τερηδόνας το 2005 με το 1988.

	12 ετών		35-44 ετών	
	1988	2005	1988	2005
DMFT	4,3	2,05	14,5	14,06
DT	3,4	1,15	4,8	1,70
MT	0,1	0,02	5,6	5,22
FT	0,8	0,97	4,0	7,28
% Χωρίς τερηδόνα	11,9	37,1	0,7	0,3

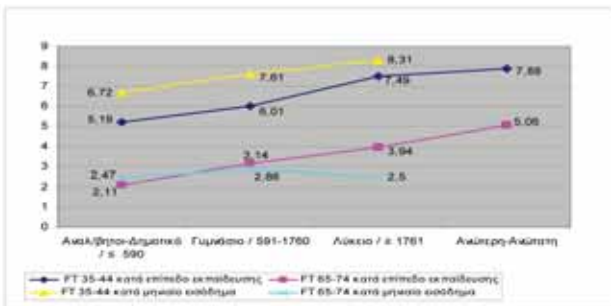
Επιδημιολογική Μελέτη



Σχήμα 9: Δείκτης θεραπείας (Care Index CI)



Σχήμα 10: Τερηδονισμένα δόντια (DT) κατά ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και εισόδημα

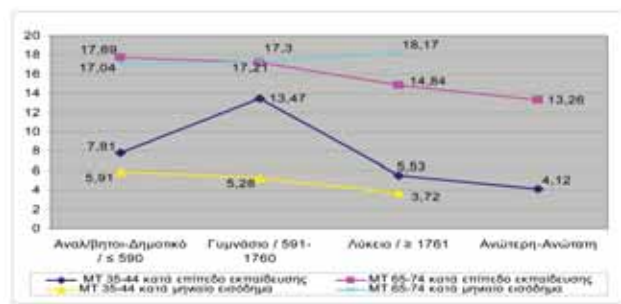


Σχήμα 11: Εμφραγμένα δόντια (FT) κατά ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και εισόδημα

με την Ιταλία στην τελευταία θέση μεταξύ των 15 κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (πριν την τελευταία διεύρυνση) και 15η μεταξύ των 25 εταίρων μας στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση.

Ένας άλλος δείκτης πολύ σημαντικός που καταμετρά το βαθμό της παρεχόμενης ή μη θεραπείας είναι ο δείκτης Care Index (CI) ή δείκτης θεραπείας. Σύμφωνα με το Σχήμα 9, ένα μεγάλο μέρος των αναγκών μένει χωρίς θεραπεία με το δείκτη να είναι πολύ μικρός ιδιαίτερα στις δύο ακραίες ηλικιακές ομάδες, τα παιδιά 5 ετών και τους ενήλικες 65-74 ετών (Σχήμα 9).

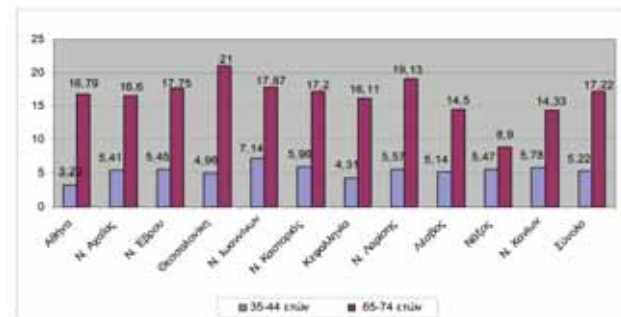
Όσον αφορά τους επιμέρους δείκτες, δηλαδή τον DT (αριθμός τερηδονισμένων δοντιών), FT (αριθμός εμφραγμένων δοντιών) και MT (αριθμός δοντιών που έχουν εξαχθεί λόγω τερηδόνας), τα σχετικά ευρήματα για τους ενήλικες παρουσιάζονται στα τρία επόμενα σχήματα 10, 11 και 12. Στο Σχήμα 10 παρουσιάζεται η μέση τιμή του δείκτη DT κατά επίπεδο εκπαίδευσης και εισόδημα για τις δύο ομάδες των ενηλίκων και προκύ-



Σχήμα 12: Εξαχθέντα δόντια (MT) κατά ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και μηνιαίο εισόδημα

πτει αρνητική συσχέτιση μεταξύ αυτού και του επιπέδου εκπαίδευσης και μηνιαίου εισοδήματος. Δηλαδή όσο αυξάνεται το εισόδημα και η εκπαίδευση του ατόμου τόσο ο συγκεκριμένος δείκτης παίρνει μικρότερες τιμές δηλαδή μειώνεται ο αριθμός των τερηδονισμένων δοντιών. Για παράδειγμα η ομάδα αναλφάβητοι/δημοτικού ηλικίας 35-44, έχουν κατά μέσο όρο 2,68 τερηδονισμένα δόντια, ενώ εκείνα με ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση της ίδιας ηλικιακής ομάδας έχουν μόνο 1,28.

Τα ευρήματα σχετικά με τον αριθμό των εμφραγμένων δοντιών (δείκτης FT) δείχνουν επίσης ότι υπάρχει θετική συσχέτιση του δείκτη με το μηνιαίο εισόδημα και το επίπεδο εκπαίδευσης. Όσο δηλαδή αυξάνεται το μηνιαίο εισόδημα και το επίπεδο εκπαίδευσης, αυξάνεται και η δυνατότητα αναζήτησης θεραπείας και ο αριθμός των εμφραγμένων δοντιών (Σχήμα 11). Για παράδειγμα, οι αναλφάβητοι/δημοτικού, ηλικίας 65-74 είχαν κατά μέσο όρο 2,11 εμφραγμένα δόντια, όταν το αντίστοιχο νούμερο για τα άτομα ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης ήταν υπερδιπλάσιο (5,06). Αυτό υποδηλώνει ότι τα άτομα χαμηλότερου οικονομικού και εκπαιδευτικού επιπέδου, δεν κα-



Σχήμα 13: Εξαχθέντα δόντια λόγω τερηδόνας (MT) κατά ηλικία και περιοχή

λύπτουν ή αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες τους, σε ποσοστό υποδιπλάσιο των ατόμων με υψηλότερο οικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο.

Το παραπάνω συμπέρασμα ενισχύεται από το γεγονός ότι τα άτομα χαμηλού εισοδήματος εκτός του ότι έχουν λιγότερα εμφραγμένα δόντια, έχουν και περισσότερα εξαχθέντα δόντια λόγω τερηδόνας, όπως φαίνεται στο Σχήμα 12. Έτσι για παράδειγμα, οι αναλφάβητοι/δημοτικού, ηλικίας 65-74 ετών είχαν κατά μέσο όρο 17,69 εξα-

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Μέση τιμή των δεικτών DI-s, CI-s & OHI-s και επίπεδου στοματικής υγιεινής ανάλογα με τις διαβαθμίσεις του OHI-s κατά ηλικιακή ομάδα						
Ηλικιακή ομάδα	Μέση τιμή δεικτών στοματικής υγιεινής			Επίπεδο στοματικής υγείας ανάλογα με τις τιμές του δείκτη OHI-s		
	DI-s	CI-s	OHI-s	καλή	μέτρια	κακή
5 ετών	0,54	-	-	58,5	39,3	2,2
12 ετών	0,92	-	-	21,5	75,0	3,5
15 ετών	0,74	-	-	37,2	61,4	1,4
35-44 ετών	0,88	0,54	1,42	52,1	39,8	8,1
65-74 ετών	1,03	0,79	1,82	43,4	37,2	19,4

χθέντα λόγω τερηδόνας δόντια, όταν το αντίστοιχο νούμερο για τα άτομα ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης ήταν 13,26. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνουν ότι **τα άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, όχι μόνο έχουν περισσότερες αθεράπευτες ανάγκες αλλά και η θεραπεία που ακολουθούν όταν την επιζητούν είναι χειρότερη (εξαγωγές) ως οικονομικότερη.**

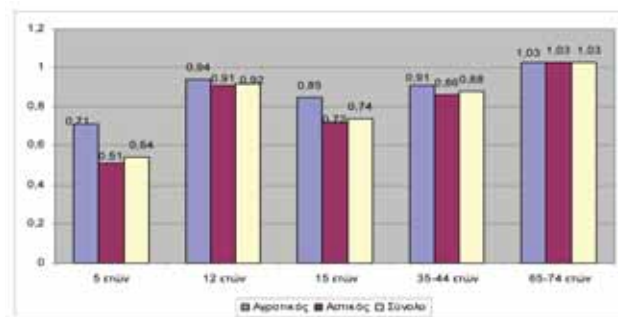
Στο σχετικό ιστόγραμμα αποτύπωσης του δείκτη MT κατά ηλικιακή ομάδα και περιοχή (Σχήμα 13), βλέπουμε ότι στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών η Αθήνα εμφανίζει το χαμηλότερο δείκτη απώλειας δοντιών (3,29) και τα Ιωάννινα τον υψηλότερο (7,14). Αντίστοιχα για την ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών οι ακραίες τιμές του δείκτη καταγράφονται στην Νάξο (8,9 δόντια) και στη Θεσσαλονίκη (21 δόντια).

Στοματική Υγιεινή

Η στοματική υγιεινή συνήθως μετράται με τους δείκτες DI-s (πλάκα), CI-s (τρυγία) και με τον OHI-s, που προκύπτει από το άθροισμα των δύο πρώτων. Όσο υψηλότερη είναι η τιμή τους τόσο μεγαλύτερος είναι και ο αριθμός των επιφανειών με οδοντική πλάκα και τρυγία.

Στον Πίνακα 3 δίνεται μια γενική εικόνα του επιπέδου στοματικής υγιεινής με βάση τους δείκτες αυτούς. Μεταξύ των τριών ηλικιακών ομάδων των παιδιών, η πλέον «προβληματική» σε όρους στοματικής υγιεινής είναι αυτή των 12 ετών με 78,2% των παιδιών να έχουν μέτρια έως κακή στοματική υγιεινή. Το ποσοστό αυτό είναι συμβατό με τα ευρήματα του ερωτηματολογίου που παρουσιάζονται στη συνέχεια, από τα οποία προκύπτει ότι 68,7% των παιδιών αυτής της ηλικίας δεν πλένουν τα δόντια τους ή τα πλένουν σποραδικά και μια φορά την ημέρα. Είναι επίσης συμβατό με το γεγονός ότι ελάχιστα χρησιμοποιούν οδοντικό νήμα ή άλλα μέσα στοματικής υγιεινής, όπως φθοριούχα διαλύματα, τοπικές φθοριώσεις στο Οδοντιατρείο, φθοριούχα δισκία. κλπ. Όλα αυτά τα μέσα και ειδικά η φθοριούχος οδοντόπαστα έχουν βρεθεί από μελέτες ότι βελτιώνουν τη Στοματική Υγεία. Η κατανάλωση φθοριούχου οδοντόκρεμας στην Ελλάδα είναι πολύ χαμηλή και βρισκόμαστε στην τελευταία θέση σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 4 που προκύπτει από στοιχεία εκτός αυτής της μελέτης. Με μέση ποσότητα κατανάλωσης οδοντόπαστας στην Ευρώπη τα 250-300 ml στην Ελλάδα καταναλώνουμε μόνο 190 ml.

ελληνικά στοματολογικά χρονικά 53: 97-120, 2009

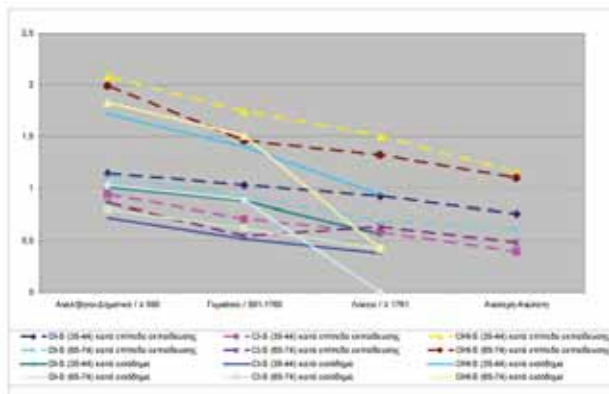


Σχήμα 14: Μέση τιμή του δείκτη DI-s κατά ηλικία και κατηγορία πληθυσμού

Επιπλέον, φαίνεται ότι στους ενήλικες και όσο αυξάνεται η ηλικία, το επίπεδο στοματικής υγιεινής επιδεινώνεται και έτσι π.χ. ενώ στην ηλικιακή ομάδα 35-44, κακή στοματική υγεία έχει ένας στους 12, στην ομάδα 65-74 γίνεται περίπου ένας στους πέντε.

Από το Σχήμα 14 φαίνεται ότι ο δείκτης DI-s σχετίζεται θετικά με την ηλικία, φτάνοντας στην μέγιστη τιμή του για την ηλικιακή ομάδα των 65-74 ετών. Στις τρεις ηλικιακές ομάδες των παιδιών και ιδιαίτερα αυτή των πέντε ετών, προκύπτει ότι το πρόβλημα είναι μεγαλύτερο στις αγροτικές περιοχές σε σύγκριση πάντα με τις αστικές.

Στο Σχήμα 15 παρουσιάζονται οι τρεις αυτοί δείκτες στοματικής υγιεινής κατά ηλικιακή ομάδα, επίπεδο εκπαίδευσης



Σχήμα 15: Δείκτες στοματικής υγιεινής (DI-s, CI-s, OHI-s) κατά ηλικία, εισόδημα και επίπεδο εκπαίδευσης

Επιδημιολογική Μελέτη

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Κατανάλωση οδοντόκρεμας στην Ευρώπη ³								
Χώρα	ΟΔΟΝΤΟΚΡΕΜΑ (Λίτρα)							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ιρλανδία	0,45	0,45	0,47	0,46	0,48	0,55	0,49	0,48
Δανία	NA	0,35	0,34	0,34	0,34	0,33	0,34	0,35
Ολλανδία	NA	0,32	0,32	0,34	0,35	0,35	0,35	0,34
Ηνωμένο Βασίλειο	NA	NA	0,30	0,30	0,32	0,33	0,33	0,34
Νορβηγία	NA	0,32	0,31	0,32	0,32	0,31	0,32	0,34
Γερμανία	0,35	0,33	0,33	0,32	0,31	0,32	0,33	0,34
Ιταλία	0,28	0,29	0,30	0,31	0,32	0,32	0,33	0,33
Αυστρία	NA	0,35	0,33	0,33	0,32	0,32	0,32	0,32
Γαλλία	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,28	0,29
Σουηδία	NA	0,27	0,28	0,29	0,29	0,29	0,30	0,29
Ελβετία	0,26	0,26	0,27	0,28	0,28	0,26	0,26	0,25
Φιλανδία	NA	0,20	0,20	0,21	0,22	0,22	0,23	0,23
Βέλγιο	NA	0,20	0,20	0,20	0,21	0,22	0,23	0,23
Ισπανία	NA	0,15	0,19	0,20	0,20	0,20	0,21	0,22
Πορτογαλία	NA	0,17	0,18	0,19	0,19	0,20	0,20	0,21
Ελλάδα	0,17	0,17	0,18	0,18	0,19	0,19	0,19	0,19
Μέσος όρος Ευρώπης	0,17	0,23	0,28	0,28	0,29	0,29	0,30	0,31

* Τα στοιχεία για το 2005 είναι κατ' εκτίμηση

σης και εισόδημα. Όπως και για τους δείκτες της τερηδόνας, έτσι και εδώ φαίνεται ότι η επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης και του εισοδήματος είναι καθοριστική και στο επίπεδο στοματικής υγιεινής. **Όσο αυξάνει το μηνιαίο εισόδημα και το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο μειώνεται η τιμή των δεικτών DI-s, CI-s, OHI-s, που σημαίνει καλύτερη στοματική υγιεινή.**

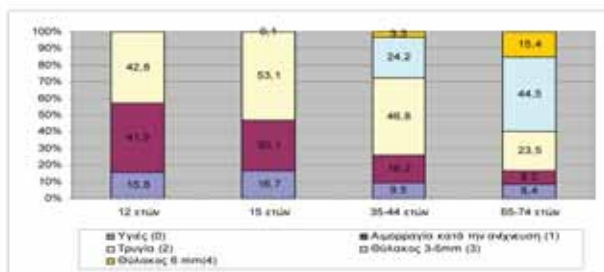
Νόσοι του περιοδοντίου

Οι νόσοι του περιοδοντίου μετρήθηκαν στην παρούσα έρευνα με τον σύνθετο δείκτη CPITN, με τον οποίο προσδιορίζεται η παρουσία αιμορραγίας, τρυγίας και περιοδοντικών θυλάκων και υπολογίστηκε για όλες τις ηλικιακές ομάδες πλην εκείνης των 5 ετών. Στο Σχήμα 16 αποτυπώνεται η «δομή» του προβλήματος αυτού κατά ηλικιακή ομάδα και πως αυτή μεταβάλλεται.

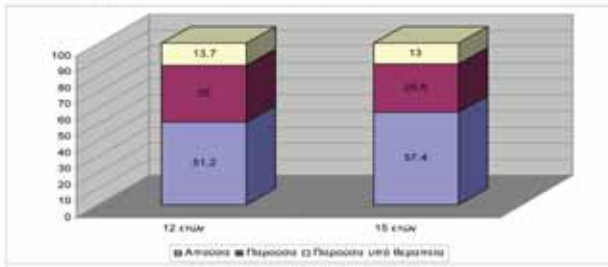
Από τα στοιχεία φαίνεται ότι υπάρχουν έντονες διακυμάνσεις κατά περιοχή όσον αφορά τη τιμή του CPITN. Στις ηλικιακές ομάδες 12 και 15 ετών η Αχαΐα εμφανίζεται με τα περισσότερα περιοδοντικά προβλήματα, κυρίως αιμορραγία και τρυγία, και η Λέσβος με τα λιγότερα. Στην ομάδα 35-44 ο νομός Χανίων εμφανίζεται με τα περισσότερα προβλήματα, κυρίως θύλακοι, και ο νομός Αχαΐας με τα λιγότερα, ενώ στην ομάδα 65-74 οι αντίστοιχοι νομοί είναι των Ιωαννίνων και Χανίων. Δηλαδή ο νομός Χανίων εμφανίζεται στην ομάδα 35-44 να είναι ο «πλέον προβληματικός» όσον αφορά τον επιπολασμό των περιοδοντικών νοσημάτων και στην ομάδα 65-74 αυτός με τα λιγότερα προβλήματα.

Αν η τερηδόνα είναι υπεύθυνη για την απώλεια των δοντιών μέχρι την ηλικία των 35-44 ετών, οι νόσοι του ούλων (ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα) ευθύνονται για την απώλεια των δοντιών στις μεγαλύτερες ηλικίες. Αυτό που επίσης διαφεύγει της προσοχής των αρμοδίων και του κόσμου είναι ότι η ουλίτιδα είναι προπομπός της περιοδοντίτιδας και εγκαθίσταται στην εφηβεία. Αν δηλαδή οι ηλικίες στόχος για την εφαρμογή μέτρων πρόληψης της τερηδόνας είναι τα 6 και τα 12 χρόνια, για τις νόσους του περιοδοντίου θα πρέπει να είναι τα 12 και 15 χρόνια. Είναι οι ηλικίες που η παρέμβαση θα πρέπει να είναι ουσιαστική αν θέλουμε να μειώσουμε τον αριθμό των ατόμων που στις μεγαλύτερες ηλικίες καταλήγουν χωρίς δόντια.

Είναι χαρακτηριστικό ότι το 41,5% των παιδιών με αιμορραγία των ούλων (αρχή ουλίτιδας) στην ηλικία των 12 ετών συνδυάζεται με το 46,8% των ενηλίκων με τρυγία (πρόδος προς περιοδοντίτιδα) στην ηλικία των 35-44 ετών και με θυλάκους (3-5 mm) στην ηλικία 65-74 ετών που



Σχήμα 16: Περιοδοντική κατάσταση κατά ηλικία.



Σχήμα 17: Ανάγκη ορθοδοντικής θεραπείας παιδιών 12 και 15 ετών.

είναι το τελικό στάδιο πριν το τέλος και την απώλεια των δοντιών. Απόλυτα συνδεδεμένο επίσης φαίνεται πως είναι το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 35-44 ετών με τρυγία (46,8%) με το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65-74 ετών που καταλήγουν με οδοντοστοιχία (41,2%).

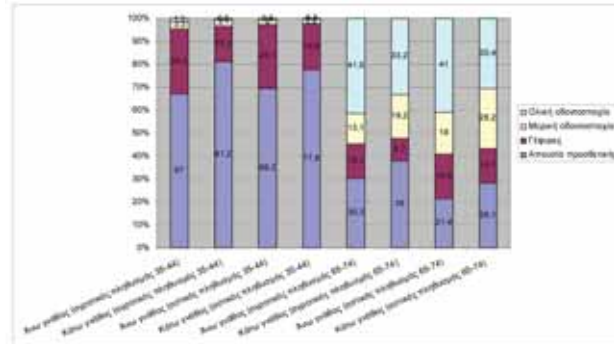
Ορθοδοντική Κατάσταση - Ορθοδοντικές Ανάγκες

Η ορθοδοντική κατάσταση και οι σχετικές ανάγκες διερευνώνται μόνο για τις ομάδες των 12 και 15 ετών. Από το Σχήμα 17 φαίνεται πολύ καθαρά ότι το ποσοστό αυτών που έχουν ανάγκη ορθοδοντικής θεραπείας στις δύο συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες είναι 48,7% και 42,6%, ενώ υπό θεραπεία βρίσκεται μόνο το 13,7 και 13% αντίστοιχα. Σχετικά με τις ανάγκες ορθοδοντικής θεραπείας στις δύο ηλικιακές ομάδες κατά κατηγορία πληθυσμού, φύλο και εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα, καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές, οι οποίες αποτυπώνονται στον Πίνακα 5 στη συνέχεια. Συνοπτικά προκύπτει ότι: (α) Ο αγροτικός πληθυσμός φαίνεται να έχει μεγαλύτερη ανάγκη ορθοδοντικής θεραπείας σε σχέση με τον αστικό και στις δύο ηλικιακές ομάδες, (β) Τα κορίτσια που έχουν ανάγκη ορθοδοντικής θεραπείας και στις δύο ηλικιακές ομάδες, βρί-

σκονται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τα αγόρια, σε ενδεδειγμένη θεραπεία. (γ) Το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα συνδέεται θετικά με την παρουσία ορθοδοντικής ανάγκης και την ενδεδειγμένη θεραπεία του παιδιού. Δηλαδή όσο υψηλότερο είναι αυτό τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των παιδιών με ορθοδοντικές ανάγκες που βρίσκονται υπό θεραπεία.

Προσθετική Κατάσταση & Προσθετικές Ανάγκες

Η προσθετική κατάσταση και οι σχετικές ανάγκες καταγράφηκαν κατά γνάθο με βάση την κωδικοποίηση των προβλημάτων και αναγκών. Για αυτή την παράμετρο της στοματικής υγείας τα ευρήματα εκφράζονται με απόλυτους αριθμούς ή ποσοστά και αναφέρονται σε άτομα που είναι ενόδοντα ή φέρουν προσθετικές αποκαταστάσεις. Το Σχήμα 18 προσφέρει μια γενική εικόνα σχετικά με την προσθετική κατάσταση άνω και κάτω γνάθου, των δύο ηλικιακών ομάδων 35-44 και 65-74. Κατ' αρχήν

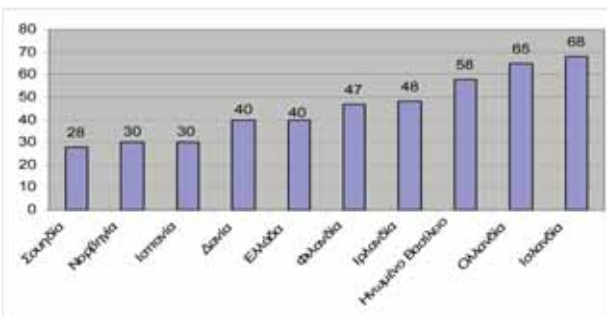


Σχήμα 18: Προσθετική κατάσταση κατά ηλικία και κατηγορία πληθυσμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Ανάγκη ορθοδοντικής θεραπείας στις ηλικιακές ομάδες των 12 και 15 ετών κατά κατηγορία πληθυσμού, φύλο και εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα							
	Κατηγορία	Απουσία %		Παρούσα %		παρούσα υπό θεραπεία %	
		12 ετών	15 ετών	12 ετών	15 ετών	12 ετών	15 ετών
Κατηγορία πληθυσμού	Αγροτικός	42,5	52	43,3	38,9	14,2	9,1
	Αστικός	53,4	58,8	32,9	27,2	13,6	14
Φύλο	Αγόρια	52,2	56,7	37,7	31,9	10,2	11,4
	Κορίτσια	50,4	58	32,7	27,8	17	14,2
Επίπεδο εκπαίδευσης Πατέρα	Αναλ/βηγοι-Δημοτικού	52,1	56	39,9	35	8	9
	Γυμνασίου	49,4	55,5	37	35,8	13,6	8,7
	Λυκείου	52,9	57,7	33,4	27	13,7	17,6
	Ανωτέρας - Ανωτάτης	49,7	57,3	31	25,1	19,4	17,2

Επιδημιολογική Μελέτη

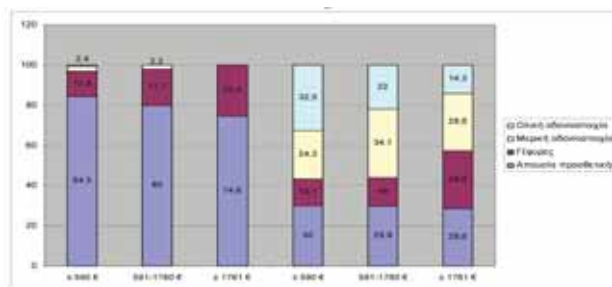
είναι αυτονόητο ότι μεταξύ το δύο ηλικιακών ομάδων υπάρχουν μεγάλες διαφορές, αφού όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνονται οι εξαγωγές και οι ανάγκες για γέφυρες, αλλά και για μερική ή ολική οδοντοστοιχία. Για παράδειγμα ενώ στην ηλικιακή ομάδα 35-44 μόνο το 0,9% είχε ολική οδοντοστοιχία άνω γνάθου, στην ηλικιακή ομάδα των 65-74 το αντίστοιχο ποσοστό εκτοξεύεται στο 41,2%. Ανάλογα είναι και τα ποσοστά για την κάτω γνάθο (0,3% & 31,4% αντίστοιχα). Ενώ τα ευρήματα δεν φανερώνουν διαφοροποιήσεις κατά φύλο, κατά κατηγορία πληθυσμού (αστικός και αγροτικός) προκύπτει ότι οι κάτοικοι αστικών περιοχών έχουν περισσότερες προσθετικές αποκαταστάσεις στα δόντια τους (γιατί έχουν τη δυνατότητα) σε σχέση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Για παράδειγμα στην ηλικιακή ομάδα των 65-74 το 38,0% του αγροτικού πληθυσμού είχε πλήρη απουσία στοματικών αποκαταστάσεων κάτω γνάθου ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τον αστικό πληθυσμό ήταν 28,1%.



Σχήμα 19: Ποσοστό ατόμων ηλικίας 65-74 ετών που έχουν χάσει όλα τα φυσικά τους δόντια

Επιχειρώντας μια σύγκριση με τις χώρες της Ευρώπης (Σχήμα 19) θα δούμε ότι από πλευράς οδοντοστοιχιών είμαστε στα ίδια επίπεδα με την Ιρλανδία, τη Δανία και τη Φιλανδία (40-50%) αλλά καλύτεροι από χώρες που λόγω συστήματος υγείας και χαμηλού κόστους ευνοούνται οι εξαγωγές όπως η Ισλανδία (68%), η Ολλανδία (65%) και η Αγγλία (55%)²⁰.

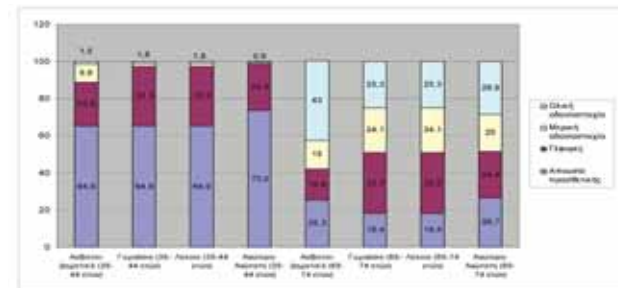
Όπως και στα προβλήματα της τερηδόνας και της υγιεινής έτσι και εδώ η προσθετική κατάσταση του στόματος συνδέεται με το μηνιαίο εισόδημα του ατόμου, όπως προκύπτει από το Σχήμα 20. Έτσι για παράδειγμα η ηλικιακή ομάδα των 35-44 με μηνιαίο εισόδημα πάνω από 1.761 ευρώ έχει διπλάσιες προσθετικές παρεμβάσεις στην κάτω γνάθο (24,4%), από εκείνη με εισόδημα έως 590 ευρώ (12,5%). Αντίστοιχα, στην ηλικιακή ομάδα 65-



Σχήμα 20: Προσθετική κατάσταση κάτω γνάθου σε άτομα ηλικίας 35-44 και 65-74 ετών κατά καθαρό μηνιαίο εισόδημα.

74, το ποσοστό αυτών με εισόδημα έως 590 ευρώ που έχουν ολική οδοντοστοιχία κάτω γνάθου είναι υπερδιπλάσιο (32,5%) από το αντίστοιχο ποσοστό εκείνων με εισόδημα πάνω από 1.761 ευρώ (14,3%).

Αντίθετα με το εισόδημα, δεν προκύπτει σαφής συσχέτιση της προσθετικής κατάστασης άνω γνάθου και του ε-



Σχήμα 21: Προσθετική κατάσταση άνω γνάθου σε άτομα ηλικίας 35-44 και 65-74 ετών.

πιπέδου εκπαίδευσης (Σχήμα 21). Για παράδειγμα οι απόφοιτοι Γυμνασίου και Λυκείου και των δύο ηλικιακών ομάδων εμφανίζονται να έχουν περισσότερες προσθετικές παρεμβάσεις τόσο από τους αναλφάβητους/απόφοιτους Δημοτικού, όσο και από τους αποφοίτους ανωτέρων και ανωτάτων σχολών.

Σχετικά με τις **προσθετικές ανάγκες** για τις δύο κατηγορίες των ενηλίκων, ο Πίνακας 6 είναι αρκετά διαφωτιστικός. Από την ηλικιακή ομάδα 35-44, οι 7 στους δέκα για άνω γνάθο και οι 6 στους δέκα για κάτω γνάθο δεν έχουν καμία προσθετική ανάγκη. Στην ηλικιακή ομάδα 65-74 τα νούμερα είναι ελαφρώς αυξημένα και για τις δύο γνάθους (7,5 και 7 στους 10 αντίστοιχα). Τα υψηλότερα ποσοστά προσθετικών αναγκών στην ομάδα των 35-44 εμφανίζονται στην «ανάγκη πρόσθεσης για αντικατάσταση ενός δοντιού» (18,6%), και στην «ανάγκη πρόσθεσης για αντικατάσταση ≥ 2 μη συνεχόμενων δοντιών» (16,5%), και τα δύο στην κάτω γνάθο. Στην ομάδα 65-74 τα υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται στην «ανάγκη πρόσθεσης για αντικατάσταση ≥ 2 μη συνεχόμενων δοντιών» τόσο της κάτω γνάθου (17,9%), όσο και της άνω (13,6%).

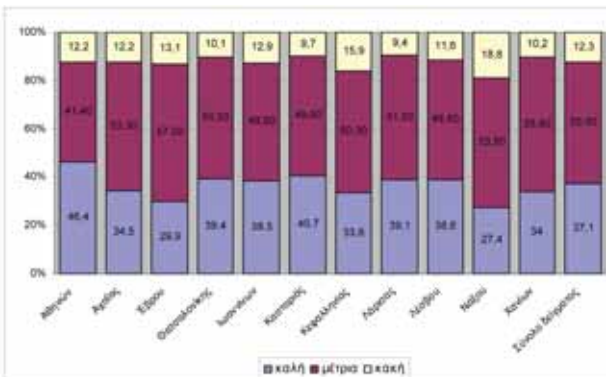
2.2 Ευρήματα ερωτηματολογίου

Μετά την κλινική εξέταση το άτομο του δείγματος απαντούσε σε 12 ερωτήσεις ενός δομημένου «ερωτηματολογίου στοματικής υγείας». Οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου και απλής ή πολλαπλής επιλογής. Τα ερωτηματολόγια ήταν συνολικά δύο, ελαφρώς διαφοροποιημένα μεταξύ τους, με κοινές τις 11 από τις 12 ερωτήσεις. Το ένα αφορούσε τις ηλικιακές ομάδες των 12 και 15 ετών και το άλλο αυτές των 35-44 και 65-74.

Οι ερωτήσεις ζητούσαν από τον ερωτώμενο είτε να κρίνει την κατάσταση της στοματικής του υγείας, είτε να ανακαλέσει στη μνήμη του γεγονότα σχετικά με τη δική του συμπεριφορά και πρακτική σε θέματα στοματικής υγείας (π.χ. εάν έχει πάει ποτέ σε οδοντίατρο, για πιο λόγο πήγε, εάν βουρτσίζει τα δόντια του και πόσο συχνά, κλπ). Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση και σχολιασμός των στοιχείων από τα ερωτηματολόγια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Προσθετικές ανάγκες κατά γνάθο και ηλικιακή ομάδα									
Καμία προσθετική ανάγκη		Ανάγκη πρόσθεσης για αντικατάσταση ενός δοντιού		Ανάγκη πρόσθεσης για αντικατάσταση ≥ 2 συνεχόμενων δοντιών		Ανάγκη πρόσθεσης για αντικατάσταση ≥ 2 μη συνεχόμενων δοντιών		Ανάγκη πρόσθεσης για αντικατάσταση όλων των δοντιών	
Άνω γνάθος	Κάτω γνάθος	Άνω γνάθος	Κάτω γνάθος	Άνω γνάθος	Κάτω γνάθος	Άνω γνάθος	Κάτω γνάθος	Άνω γνάθος	Κάτω γνάθος
69,8%	58,8%	15,5%	18,6%	4,8%	5,9%	9,6%	16,5%	0,3%	0,2%
75,4%	69,7	3,0	3,5	3,5	4,6	13,6	17,9	4,6	4,3

1 Ο δείκτης DMFT είναι το άθροισμα των δοντιών που έχουν εξαχθεί, των τερηδονισμένων δοντιών και των δοντιών που έχουν εμφραχθεί.
2 Ο δείκτης DMFS είναι το άθροισμα των επιφανειών που έχουν εξαχθεί, των τερηδονισμένων επιφανειών και των επιφανειών που έχουν εμφραχθεί.
3 Πηγή AC Nielsen



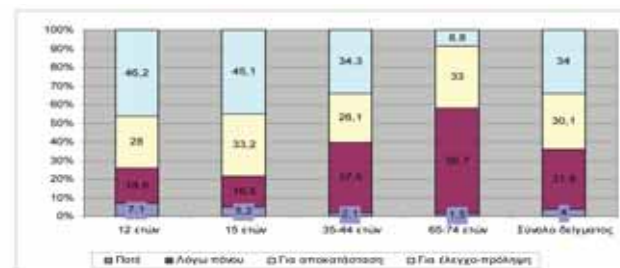
Σχήμα 22: Κατάσταση στοματικής υγείας των ατόμων όλων των ηλικιακών ομάδων κατά περιοχή, όπως οι ίδιοι την κρίνουν

Αυτοαξιολόγηση στοματικής υγείας

Συνολικά, η πλειονότητα των ερωτηθέντων έκρινε ότι η κατάσταση της στοματικής τους υγείας είναι είτε «καλή» (ποσοστό 37,1%), είτε «μέτρια» 50,6% (Σχήμα 22). Ένα ποσοστό 12,3% δήλωσε ότι η κατάστασή της στοματικής του υγείας είναι «κακή». Βέβαια τα νούμερα διαφοροποιούνται ανά περιοχή, κατηγορία πληθυσμού, ηλικιακή ομάδα, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης κλπ. Για παράδειγμα οι περιοχές της Νάξου, Κεφαλληνίας και Έβρου εμφάνισαν τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων, που κρίνουν την κατάσταση της στοματικής τους υγείας ως «κακή». Τα σχετικά ποσοστά είναι για την Νάξο 18,8%, για την Κεφαλονιά 15,9% και για τον Έβρο 13,1%. Αντίθετα, οι περιοχές με τα μεγαλύτερα ποσοστά ατόμων που κρίνουν ως «καλή» την κατάσταση της υγείας τους είναι κατά σειρά της Αθήνας (46,4%), της Καστοριάς (40,7%) και της Θεσσαλονίκης (39,4%). Από τη ανάλυση των στοιχείων προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατάστασης της στοματικής υγείας των ατόμων όπως τα ίδια την κρίνουν και των δεικτών στοματικής τους υγείας, όπως αυτά καταγράφηκαν από την κλινική εξέταση.

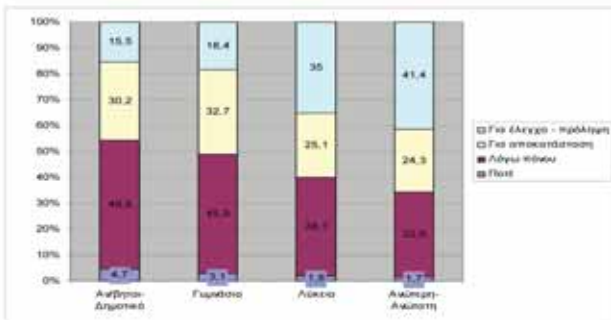
Λόγος επίσκεψης στον οδοντίατρο

Στην ερώτηση εάν «έχει επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο και για ποιο λόγο συνήθως τον επισκέπτεται» το 34% δήλωσε ότι πάει στον οδοντίατρό του για προληπτικούς λόγους, το 31,9 λόγω πόνου, το 30,1 για αποκατάσταση, ενώ ένα 4% δήλωσε ότι δεν έχει πάει ποτέ σε οδοντίατρο (Σχήμα 23). Βέβαια τα στοιχεία αυτά θα μπορούσαν εκ πρώτης αναγνώσεως να θεωρηθούν ενθαρρυντικά, αφού ένας τρεις φαίνεται να ενδιαφέρεται για την οδοντιατρική πρόληψη. Η περαιτέρω ανάλυσή τους όμως κατά ηλικιακή ομάδα οδηγεί σε διαφορετικές διαπιστώσεις. Για παράδειγμα ενώ τα παιδιά και οι έφηβοι επισκέπτονται κατά 46,1% τον οδοντίατρό τους για προληπτικούς λόγους, υπάρχει και ένα ποσοστό 17,6% που τον επισκέπτεται λόγω πόνου, άρα υπάρχουν ακόμη περιθώρια για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σχετικά με την πρόληψη. Αντίστοιχα για τους ενήλικες τα ποσοστά είναι 22,7% για πρόληψη και 47,4 λόγω πόνου. Μάλιστα στην ηλικία των 65-74 η επίσκεψη στον οδοντίατρο για προληπτικούς λόγους δεν είναι ούτε μια στις δέκα. Είναι λοιπόν φανερό ότι κατά κανόνα τα άτομα αυτής της ηλικίας δεν ενδιαφέρονται για την κατάσταση της στοματικής τους υγείας και δεν έχουν συνειδητοποιήσει τη σημασία της διατήρησης έστω και των λίγων φυσικών τους δοντιών.



Σχήμα 23: Επίσκεψη και λόγος επίσκεψης στον οδοντίατρο

Επιδημιολογική Μελέτη

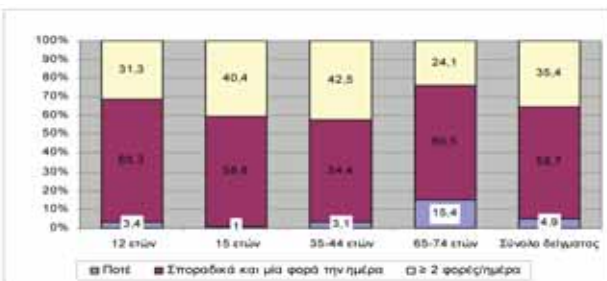


Σχήμα 24: Επίσκεψη και λόγος επίσκεψης στον οδοντίατρο από μων 35-44 ετών ανά επίπεδο εκπαίδευσης

Ο λόγος της επίσκεψης όμως συνδέεται και με το επίπεδο εκπαίδευσης, όπως αποτυπώνεται στο Σχήμα 24. Έτσι βρέθηκε ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της εκπαίδευσης, τόσο περισσότερο αυξάνεται το ποσοστό των επισκέψεων με προληπτικό περιεχόμενο και μειώνεται το ποσοστό των επισκέψεων λόγω πόνου.

Συχνότητα βουρτσίσματος

Όπως προκύπτει από το Σχήμα 25, μόνο το 35,4% βουρτσίζει τα δόντια του δύο ή περισσότερες φορές ημερησίως, ενώ 4,9% δεν τα βουρτσίζει ποτέ. Βέβαια και εδώ υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις κατά περιοχή και ηλικιακή ομάδα. Για παράδειγμα στην ηλικιακή ομάδα 65-74 το ποσοστό εκείνων που βουρτσίζουν τα δόντια τους δύο ή περισσότερες φορές την ημέρα κυμαίνονταν από

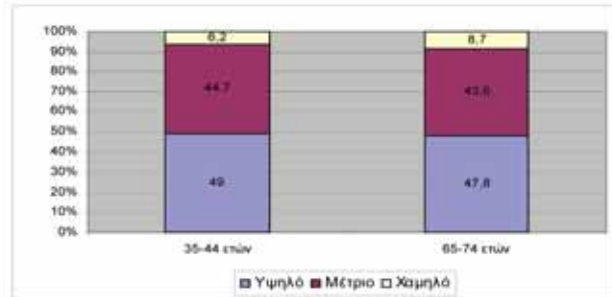


Σχήμα 25: Συχνότητα βουρτσίσματος δοντιών ανά ηλικία

5,9% στη Νάξο μέχρι 39,5% στην Αθήνα ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για την ηλικιακή ομάδα 35-44 κυμαίνονταν από 29,7% στο νομό Καστοριάς μέχρι 53% στο νομό Ιωαννίνων. Ο αστικός πληθυσμός, τα κορίτσια και τα παιδιά με γονείς με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης βούρτσιζαν τα δόντια τους συχνότερα.

Ικανοποίηση από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες

Τέλος στο ερώτημα σχετικά με την ικανοποίησή από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που του έχουν παρασχεθεί και το οποίο απευθύνεται μόνο στις ηλικιακές ομάδες των ενηλίκων, οι απαντήσεις φαίνονται στο Σχήμα 26 που ακολουθεί. Το ποσοστό αθροιστικά, με υψηλό και μέτριο επίπεδο ικανοποίησης υπερβαίνει το 90% κάτι που πιθανώς υποδηλώνει ικανοποιητική ποιότητα παρεχομένων οδοντιατρικών υπηρεσιών



Σχήμα 26: Επίπεδο ικανοποίησης από τις παρασχεθείσες οδοντιατρικές υπηρεσίες κατά ηλικιακή ομάδα.

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με την περιληπτική παρουσίαση των ευρημάτων της έρευνας που προηγήθηκε, έγινε προσπάθεια να δοθεί μια κατά το δυνατό ολοκληρωμένη εικόνα των προβλημάτων στοματικής υγείας του Ελληνικού πληθυσμού. Σε αυτή την ενότητα τα σημαντικότερα από αυτά τα προβλήματα συνοψίζονται, αξιολογούνται, σχολιάζονται και όπου κρίνεται σκόπιμο συγκρίνονται με τα ευρήματα άλλων ερευνών (κυρίως της έρευνας του Π.Ο.Υ. το 1988) καθώς και με ευρήματα άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Η ξεχωριστή αναφορά που γίνεται στην έρευνα του Π.Ο.Υ., οφείλεται στις μεγαλύτερες δυνατότητες σύγκρισης που προσφέρονται, αφού έχει παρόμοια μεθοδολογία με την παρούσα, είναι σχεδόν πανελλαδική και με έξι περιοχές κοινές και δύο ίδιες ηλικιακές ομάδες. Στην Ελλάδα, όπως ισχύει σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, τα σοβαρότερα προβλήματα στοματικής υγείας, όπως καταγράφονται από πολλές έρευνες, είναι η τερηδόνα και η περιοδοντική νόσος. Εξαιτίας της απώλειας των δοντιών που προκαλούν αυτές οι ασθένειες, οι σημαντικότερες συνέπειες είναι οι γέφυρες, οι μερικές ή/και ολικές οδοντοστοιχίες, ο πόνος, η απώλεια ωρών εργασίας και γενικά όπως έχει αποδειχθεί η επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ατόμων. Κατά συνέπεια, λανθασμένα η στοματική υγεία έχει θεωρηθεί ως δευτερευούσης σημασίας προτεραιότητα στα προβλήματα υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ., μεταξύ των 800 εκατομμυρίων ανθρώπων που ζουν στις χώρες του οικονομικού εμπορίου (established market economies) στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η Ευρώπη, χάνονται πάνω από ένα εκατομμύριο «προσαρμοσμένα χρόνια ζωής» λόγω ανικανότητας για εργασία από προβλήματα στοματικής υγείας. Αντίστοιχη απώλεια προκαλείται από το άσθμα και το διαβήτη, χωρίς να συνυπολογίζονται ο στοματικός καρκίνος και οι στοματοπροσωπικοί τραυματισμοί που θα αύξαναν ακόμα περισσότερο τις απώλειες αυτές¹⁹.

Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, η χώρα μας σε κάποιους δείκτες παρουσιάζει σαφή βελτίωση τα τελευταία χρόνια, σε κάποιους άλλους όμως καταγράφεται στασιμότητα, ή ακόμη και επιδείνωση. Ειδικότερα από την έρευνα που υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του Προγράμματος Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- 1) Η τερηδόνα με τους σχετικούς δείκτες (DMFT, DMFS) παρουσιάζεται με μεγάλες διακυμάνσεις κατά γεωγραφική περιοχή της χώρας. Υπάρχουν περιοχές όπου συχνά η υψηλότερη μέση τιμή ενός δείκτη που μετρήθηκε σε μια περιοχή είναι τρεις φορές μεγαλύτερη από τη χαμηλότερη τιμή του ίδιου δείκτη σε μια άλλη περιοχή. Τα Ιωάννινα (5, 12 και 35-44 ετών), η Αχαΐα (15 ετών) και η Θεσσαλονίκη (65-74 ετών) παρουσιάζουν τα περισσότερα προβλήματα. Στον αντίποδα, οι μικρότερες τιμές καταγράφονται στην Αθήνα (12, 15 και 35-44 ετών), και στη Θεσσαλονίκη (5 ετών).
- 2) Οι δείκτες τερηδόνας στις ηλικίες των παιδιών και των εφήβων επηρεάζονται από την κατηγορία του πληθυσμού -αγροτικός ή αστικός- και το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων τους. Σε κάθε περίπτωση όμως αυτές οι διαφοροποιήσεις επιβεβαιώνουν αυτό που όλες σχεδόν οι έρευνες διεθνώς καταγράφουν. Ότι δηλαδή το επίπεδο της στοματικής υγείας συνδέεται με κοινωνικο-οικονομικούς, δημογραφικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες, που οδηγούν σε μεγάλες ανισότητες.
- 3) Συγκρίνοντας τα ευρήματα αυτής της έρευνας με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη στην Ελλάδα από τον Π.Ο.Υ. το 1988 στην Αθήνα και σε άλλες περιοχές της χώρας καθώς και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέχρι το 2000 προκύπτει ότι η τερηδόνα στην Ελλάδα για τον παιδικό πληθυσμό έχει μειωθεί δραστικά σε σύγκριση με το παρελθόν. Επίσης έχουμε πετύχει τους στόχους της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO/EURO) για το 2000, όσον αφορά την έκταση της τερηδόνας για τα παιδιά 5 και 12 ετών. Η τιμή στόχος για τα 5χρονα ήταν 2,0 ενώ σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης έχουμε 1,77. Για τα παιδιά 12 ετών ήταν 2,5 και έχουμε 2,05 ενώ και για τους εφήβους 15 ετών ήταν 3,0 και έχουμε πετύχει 3,19.
- 4) Παρά τη βελτίωση των δεικτών που αναφέρθηκε προηγουμένως, η χώρα μας υστερεί σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης και έχουμε πολλά ακόμα να κάνουμε για τη βελτίωση της στοματικής υγείας. Αν συγκρίνουμε τους δείκτες της χώρας μας με των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα δούμε ότι η Ελλάδα για τα παιδιά 5 ετών βρίσκεται στην 9η θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ για τα παιδιά 12 ετών κατέχει την τελευταία θέση μαζί με την Ιταλία στις χώρες της Ε.Ε. (και τα δύο στοιχεία αναφέρονται στην Ε.Ε. των 15 κρατών μελών).
- 5) Πέρα από την πρώτη ανάγνωση των αριθμών, αναλύοντας τα στοιχεία θα εντοπίσουμε ένα σοβαρότατο πρόβλημα. Ότι ιδιαίτερα για τις παιδικές ηλικίες η ενεργός τερηδόνα των δοντιών αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού δείκτη τερηδόνας DMFT και τού δείκτη θεραπείας (care index), Βλέπουμε δηλαδή ότι για τα 5χρονα σε ένα ποσοστό 87%, για τα 12χρονα 56% και για τα 15χρονα 44,8% έχουν ανάγκες που δεν έχουν αντιμετωπιστεί. **Επειδή η τερηδόνα είναι νόσος μολυσματική και δόντια με τερηδόνα μένουν χωρίς θεραπεία, τα μόνιμα δόντια έρχονται σε ένα περιβάλλον που νοσεί και αυτό ίσως να εξηγεί το γεγονός της ταχείας προσβολής τους και την επιδείνωση όλων των δεικτών από ηλικία σε ηλικία.**
- 6) Το ίδιο πρόβλημα εντοπίζεται επίσης και από τους πολύ χαμηλούς δείκτες θεραπείας που λαμβάνουν αυτές οι ηλικίες. Από τα νούμερα αναδεικνύεται μια ακόμα τραγική πραγματικότητα: ότι πέραν των μεσαίων ηλικιών όπου οι μισές ανάγκες έχουν καλυφθεί, στα δύο άκρα 5 και 65-74 ετών το σύνολο των αναγκών (εκτός ενός μικρού ποσοστού) είναι αθεράπευτες.
- 7) Το μεγάλο ποσοστό των αθεράπευτων αναγκών, παρά το γεγονός ότι στα 5χρονα και 12χρονα είναι ικανοποιητικό, ίσως να είναι η αιτία για την αύξηση των αναγκών θεραπείας μετά την ηλικία των 15 ετών, που πλέον αρχίζουν να ξεφεύγουν από τον έλεγχο και προσδεδυτικά αυξανόμενες καταλήγουν στην ηλικία των 35-44 ετών να είναι στα ίδια επίπεδα που ήταν το 1988 (σύμφωνα με την μελέτη του Π.Ο.Υ. το 1988 το DMFT ήταν 14,06 και σήμερα είναι 14,26). Η άσχημη κατάσταση της Στοματικής Υγείας των ενηλίκων μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι οι ηλικίες αυτές δεν έχουν ευεργετηθεί από την επίδραση των προληπτικών μέτρων (φθορίου-φθοριούχου οδοντόπαστας) που άρχισαν να εφαρμόζονται στη χώρα μας από το 1980 και μετά. Αυτό είναι κάτι που μένει να αποδειχθεί γιατί στην αντίθετη περίπτωση δεν θα αναφερόμαστε σε πραγματική μείωση της τερηδόνας αλλά για μετατόπιση στις μεγαλύτερες ηλικίες.
- 8) Ένα άλλο πρόβλημα που έχει δείχθει και σε άλλες μελέτες στο παρελθόν και που εντοπίσαμε και στη μελέτη αυτή είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της τερηδόνας (άνω του 80%) στην ηλικία των 12 και 15 ετών, προέρχεται από το τερηδονισμό του 1ου και 2ου μόνιμου γομφίου (με 3 από τους 4 γομφίους τερηδονισμένους). Από την άλλη μεριά ενώ το κύριο και πιο αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης της τερηδόνας σ' αυτές τις επιφάνειες είναι οι προληπτικές καλύψεις οπών και σχισμών μόνο ένα ποσοστό δοντιών 7-12% ήταν προστατευμένα με sealants. **Αρα ένα πρόγραμμα δημόσιο μέσω των Κ.Υ. ή μέσω των ασφαλιστικών ταμείων με οικονομική κάλυψη για εφαρμογή των sealants στα παιδιά 6, 12 και 15 ετών, σε συνδυασμό και με τα άλλα προληπτικά μέτρα θα έλυσε αυτό το πρόβλημα.** Θα μπορούσε έτσι να μειώσει τον δείκτη DMFT από το 2,09 στο 1,1 και από 3,19 στο 1,4 δηλαδή σε μία μείωση της τάξης του 50-70%, που θα έφερνε τη χώρα μας στα επίπεδα των άλλων προηγμένων Ευρωπαϊκών χωρών.
- 9) Ένα ακόμη σοβαρό πρόβλημα με τα παιδιά είναι ότι στην εφηβική ηλικία παρουσιάστηκε ένα τόσο υψηλό ποσοστό παιδιών με τόσο άσχημη στοματική υγιεινή. Συγκεκριμένα τόσο στα 12χρονα όσο και στα 15χρονα μόνο 15-16% είχε υγιές περιοδόντιο. Κι αυτό γιατί σε ποσοστά 83%, τόσο τα 12χρονα όσο και τα 15χρονα έχουν πρόβλημα με τα ούλα τους (CPITN) με δύο στους τρεις εφήβους να μη βουρτσίζουν ή να

Επιδημιολογική Μελέτη

- βουρτσίζουν μια φορά ή σποραδικά τα δόντια τους και το 50-60% να δηλώνουν ότι πηγαίνουν στον οδοντίατρο λόγω πόνου ή αποκατάστασης και όχι για έλεγχο ή πρόληψη. Βασισμένοι στο γεγονός ότι οι νόσοι του περιοδοντίου που οδηγούν στην απώλεια των δοντιών ξεκινούν και εδράζονται στην ηλικία αυτή αναδύεται εκ των πραγμάτων μια άλλη αναγκαιότητα για παρέμβαση στην ηλικία αυτή. Παρέμβαση που πρέπει να γίνει στα σχολεία, με ειδικά φυλλάδια και εκπαίδευση σωστής χρήσης των μέσων στοματικής υγιεινής από τους δασκάλους και τους οδοντίατρους.
- 10) Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ακόμα ότι όλοι οι δείκτες της τερηδόνας, του περιοδοντίου, και των συνηθειών της στοματικής υγιεινής, είναι επιβαρημένοι σε μεγαλύτερο βαθμό σε άτομα αγροτικών περιοχών, χαμηλής εκπαίδευσης και χαμηλότερων εισοδημάτων. Αυτό αναδεικνύει τις αδύνατες ομάδες της κοινωνίας μας και τις ομάδες στόχους προς τις οποίες η πολιτεία θα πρέπει να παρέμβει προς διάφορες κατευθύνσεις: της ενημέρωσης, της πρόσβασης στις υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας και της χρηματοδότησης μέσα από ειδικά προγράμματα στήριξης των ομάδων αυτών.
- 11) Η τερηδόνα βέβαια είναι μια νόσος μολυσματική που οι αθεράπευτες ανάγκες επιδεινώνουν το πρόβλημα και το μεταφέρουν στις μετέπειτα ηλικίες και δόντια. Είναι επίσης μια νόσος όπως και η ουλίτιδα που μπορεί να προληφθεί πλήρως εάν γίνουν κάποια απλά και βασικά πράγματα, όπως η καλή Στοματική Υγιεινή και η διατήρηση καθαρών δοντιών χωρίς οδοντική πλάκα. Αυτό βέβαια δεν μπορεί να επιτευχθεί όταν το 90% των παιδιών δεν χρησιμοποιούν τα βασικά μέσα Στοματικής Υγιεινής όπως το νήμα, τα στοματοπλύματα, το φθόριο κ.λ.π. Ίσως αυτή η επιδείνωση της Στοματικής Υγιεινής στην ηλικία των 12 ετών να αιτιολογεί την αρχή της έξαρσης της τερηδόνας και ουλίτιδας στην ηλικία των 15 ετών η οποία συνεχίζεται και στους ενήλικες.
- 12) Αποτέλεσμα του προηγούμενου συμπεράσματος είναι το γεγονός ότι το σύνολο σχεδόν των ενηλίκων (99,7%) ηλικίας 35- 44 ετών έχει προσβληθεί από τερηδόνα, δύο στους τρεις (63%) έχει αιμορραγία των ούλων και τρυγία ενώ ο ένας στους τρεις έχει αρχίσει να έχει περιοδοντίτιδα με αβαθείς θυλάκους. Μόνο 1 στους 10 έχει υγιή ούλα και περιοδόντιο χωρίς πρόβλημα. Άρα λοιπόν η ηλικία των 12 και 15 ετών για τους λόγους που αναφέρθηκαν, θα πρέπει να είναι επίσης στόχος των πολιτικών στοματικής υγείας με έμφαση στη βελτίωση των δεικτών της Στοματικής Υγιεινής, για να προληφθούν οι επιπτώσεις στις μετέπειτα ηλικίες.
- 13) Αποτέλεσμα της κακής κατάστασης του περιοδοντίου και της τερηδόνας στην ηλικία των 35-44 ετών είναι το γεγονός ότι πέντε δόντια ανά άτομο έχουν ήδη εξαχθεί στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να γίνει αποκατάσταση των δοντιών που έχουν πρόβλημα και προσθήκη αυτών που χάθηκαν. Αυτό όμως για ορισμένους λόγους δεν γίνεται αφού

μόνο ο ένας στους τρεις φέρει προσθετική εργασία και ο ένας στους τρεις επισκέπτεται τον οδοντίατρο για έλεγχο και πρόληψη. Φαίνεται επίσης ότι υπάρχει έλλειψη γνώσης και σωστής ενημέρωσης για απλά πράγματα όπως, ότι:

- ο τα δόντια που χάνονται θα πρέπει να αντικαθίστανται οπωσδήποτε γιατί το στόμα απορρυθμίζεται,
- ο η περιοδοντίτιδα χρειάζεται θεραπεία και συνεχή παρακολούθηση γιατί αλλιώς οδηγεί στην απώλεια δοντιών, και ότι
- ο είναι αναγκαιότητα η μια φορά το χρόνο επίσκεψη στον οδοντίατρο

Οι αιτίες αυτές ίσως σε συνδυασμό με την έλλειψη οικονομικής στήριξης από τη κοινωνική ασφάλιση να οδηγούν στην επιδείνωση της Στοματικής Υγείας της ηλικιακής ομάδας 35-44 ετών.

- 14) Το προηγούμενο πρόβλημα επιδεινώνεται στην ηλικιακή ομάδα των 65-74 ετών και πραγματικά δεν μπορεί να γίνει χειρότερο. Οι δείκτες δείχνουν μια εγκατάλειψη της φροντίδας του στόματος από τα άτομα αυτής της ηλικίας. Ούτε ένας στους δέκα δεν επισκέπτεται τον οδοντίατρο για έλεγχο, μόνο ο ένας στους τρεις βουρτσίζει τακτικά τα δόντια του, υπάρχουν πολλές ανάγκες χωρίς αντιμετώπιση και κατά μέσο όρο 31% στη κάτω και 41% στην άνω γνάθο έχουν χάσει όλα τους τα δόντια και φέρουν ολικές οδοντοστοιχίες.
- 15) Το είδος του ασφαλιστικού φορέα επηρέαζε σημαντικά την επίσκεψη στον οδοντίατρο και οι δημογραφικοί παράγοντες κατηγορίας πληθυσμού, οικονομικής κατάστασης και εκπαίδευσης επηρέαζαν σημαντικά τους δείκτες της στοματικής κατάστασης των ατόμων. Η έλλειψη κονδυλίων και χρηματοδότησης μέσω των ασφαλιστικών ταμείων δείχνει να είναι καθοριστική στη μη αντιμετώπιση των αναγκών του πληθυσμού. Αυτό αντανακλάται από το γεγονός ότι αν και όλοι έχουν ανάγκες θεραπείας, οι ανασφάλιστοι έχουν 2 έως και 5 φορές περισσότερες εξαγωγές και ανάγκες προσθετικής αντικατάστασης δοντιών από ότι έχουν οι ασφαλισμένοι στο Δημόσιο ή στο Ι.Κ.Α. Άρα η ελλιπής οικονομική στήριξη στους ενήλικες σ' αυτήν την ηλικιακή ομάδα είναι καθοριστικής σημασίας για την επιδείνωση των αναγκών και δεν τους έχει δοθεί η σημασία που θα έπρεπε για στήριξη και βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.
- 16) Σχετικά με τα ορθοδοντικά προβλήματα και τις ανάγκες ορθοδοντικής θεραπείας το πλέον ενδιαφέρον και συγχρόνως ανησυχητικό στοιχείο είναι η μεγάλη διαφορά που καταγράφηκε μεταξύ του αριθμού εκείνων που έχουν ορθοδοντικά προβλήματα και εκείνων που βρίσκονταν υπό θεραπεία. Έτσι ενώ βρέθηκε ότι περίπου ο μισός πληθυσμός των παιδιών 12 και 15 ετών έχουν ανάγκη ορθοδοντικής θεραπείας, μόλις το 13,7% και 13% αντίστοιχα βρίσκονταν υπό ενδεδειγμένη θεραπεία. Στο συγκεκριμένο θέμα δεν υπάρχουν επαρκή συγκριτικά στοιχεία που να σηματοδοτούν κάποια τάση διαχρονικά. Μπορεί να αναφερθεί μόνον ότι στην Αθήνα, το ποσοστό των παιδιών ηλικίας 12 ε-

τών που βρισκόταν υπό ορθοδοντική θεραπεία (13,8%) ήταν αρκετά υψηλότερο εκείνου που προσδιορίστηκε σε μελέτη που διεξήχθη το 1991 (6,0%), αλλά σχεδόν παρόμοιο με εκείνο μελέτης που διεξήχθη το 1994 (12,5%).

- 17) Από την πολυπαραγοντική ανάλυση της επίδρασης των συμπεριφορικών παραμέτρων στους δείκτες στοματικής υγείας προκύπτει ότι: η επίσκεψη στον οδοντίατρο και η συχνότητα βουρτσίσματος επηρεάζουν τους περισσότερους δείκτες στοματικής υγείας, ενώ η χρήση οδοντικού νήματος και η χρήση φθοριούχου στοματοπλύματος επηρεάζουν μόνο κάποιους από τους δείκτες. Είναι λοιπόν προφανές, ότι τα ευρήματα του ερωτηματολογίου, αναφορικά με τους λόγους επίσκεψης στον οδοντίατρο, τη συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών και χρήσης οδοντικού νήματος, την αυτοεκτίμηση της στοματικής τους υγείας και όλα τα άλλα, αποτελούν εξίσου σημαντικά στοιχεία, αφού επισημαίνουν τις «προβληματικές» συμπεριφορές και αναδεικνύουν τα πεδία και τις κατευθύνσεις παρεμβάσεων. Με άλλα λόγια η γνώση των στοιχείων αυτών μαζί με τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, είναι απαραίτητα στοιχεία για τον καλύτερο σχεδιασμό των δράσεων και προγραμμάτων οδοντιατρικής φροντίδας.

4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με βάση τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα από την επιδημιολογική έρευνα, παρουσιάζονται σε αυτή την ενότητα ορισμένες προτάσεις με στόχο τη διαμόρφωση ενός πλαισίου διαλόγου για την προαγωγή της στοματικής υγείας στην Ελλάδα.

Όπως λοιπόν διαπιστώθηκε στις προηγούμενες ενότητες, παρά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα της οδοντιατρικής φροντίδας, που είχε σαν αποτέλεσμα την πτωτική πορεία ορισμένων από τους δείκτες στοματικής υγείας, αρκετά ποιοτικά και ποσοτικά προβλήματα στοματικής υγείας παραμένουν. **Συγκριτικά μάλιστα με άλλες χώρες, οι οδοντιατρικές ανάγκες κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα, μένουν χωρίς αντιμετώπιση και διαρκώς διευρύνονται ανά ηλικία.** Η αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων μπορεί και πρέπει να γίνει:

- μέσα από το σχεδιασμό ενός ολοκληρωμένου και καλά διαρθρωμένου συστήματος οδοντιατρικής φροντίδας,
- με την ενεργό συμμετοχή της Πολιτείας και των Ασφαλιστικών Ταμείων,
- τη συμμετοχή των Οδοντιατρικών Συλλόγων και βεβαίως
- τη συμμετοχή των ίδιων των οδοντιάτρων.

Ο σχεδιασμός αυτός δεν πρέπει να περιοριστεί μονοδιάστατα στην εκπόνηση προγραμμάτων και δράσεων προληπτικής και θεραπευτικής οδοντιατρικής παρέμβασης, αλλά να ενσωματώνει και τις άλλες διαστάσεις και παραμέτρους του θέματος, όπως είναι:

- η εκπαίδευση και το περιεχόμενό της,
- ο έλεγχος της οδοντιατρικής δημογραφίας,
- η ασφάλιση και χρηματοδότηση της οδοντιατρικής

φροντίδας,

- ο ρόλος των Κέντρων Υγείας, των πολυιατρείων του ΙΚΑ κλπ
- ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα.

Με δεδομένο ότι οι περισσότερες οδοντιατρικές νόσοι μπορούν να προληφθούν, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για την Ευρώπη (WHO/ EURO) έχει δώσει υψηλή προτεραιότητα στο σχεδιασμό και στην εισαγωγή μέτρων και πολιτικών για την στοματική υγεία καθώς και στο συντονισμό των χωρών για την επίτευξη κοινών στόχων.

Όπως είναι γνωστό, ένα οργανωμένο δημόσιο πρόγραμμα πρόληψης στοματικής υγείας, αντίστοιχο άλλων ευρωπαϊκών χωρών δεν υπάρχει αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα. Ο Νόμος 1397/83 ίδρυσης του ΕΣΥ έβαλε τις βάσεις για κάτι τέτοιο αλλά στην πορεία εγκαταλείφθηκε κάθε προσπάθεια βελτίωσης και οργάνωσης μιας συνεχούς προληπτικής παρέμβασης στον ελληνικό πληθυσμό.

Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία πιστή στο ρόλο που της έχει ανατεθεί ως Συμβούλου της Πολιτείας και έχοντας στα χέρια της τον επιδημιολογικό χάρτη της χώρας με την ανάλυση των αναγκών της Στοματικής υγείας του Ελληνικού πληθυσμού και των παραμέτρων που τις επηρεάζουν, προτείνει παρεμβάσεις που θα βελτιώσουν τη Στοματική υγεία του ελληνικού πληθυσμού.

Οι παρεμβάσεις αυτές είναι συντονισμένες με τις αρχές και τους στόχους της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO/EURO) που έχουν τεθεί για τις Ευρωπαϊκές χώρες και προσαρμοσμένες στα επιδημιολογικά δεδομένα και τις ανάγκες της χώρας μας, όπως αυτά προέκυψαν από το Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του «Ελληνικού Πληθυσμού».

Εστιάζοντας στα ιδιαίτερα προβλήματα Στοματικής υγείας του Ελληνικού πληθυσμού θα πρέπει να τονιστεί ότι οι ανάγκες, οι προτεραιότητες αλλά και ο τρόπος κάλυψης τους αφορούν όλους, το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Οι προτάσεις που παρουσιάζονται στη συνέχεια, λαμβάνουν υπόψη τους την υπάρχουσα κατάσταση και επιδιώκουν τη συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα παροχής οδοντιατρικής φροντίδας. Οι προτάσεις αυτές που θα πρέπει να συζητηθούν για τη διαμόρφωση ενός εθνικού πλαισίου για την προαγωγή της στοματικής υγείας περιλαμβάνουν:

1. Τον ορισμό Στρατηγικών στόχων για το μέλλον
2. Τα γενικά μέτρα παρέμβασης σε επίπεδο:
 - * αγωγής στοματικής υγείας και ενημέρωσης,
 - * πρωτοβάθμιας φροντίδας στοματικής υγείας δημόσια και ιδιωτικά προγράμματα πρόληψης,
 - * κάλυψης του κόστους παροχής υπηρεσιών και
 - * οδοντιατρικού δυναμικού

4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΟ ΕΤΟΣ 2010

Βασιζόμενοι στα αποτελέσματα της επιδημιολογικής μελέτης του προγράμματος της Ε.Ο. και σε συνάρτηση, με τις αρχές που έβαλε το 1998 ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (WHO) στο «Health for all in the 21st

Επιδημιολογική Μελέτη

century» και επαναπροσδιόρισε στο «Health for all 21 Europe» μπορούν να προσδιοριστούν οι ακόλουθοι στόχοι:

	Ηλικία	Περιγραφή στόχων
Στόχος 1	5-6 ετών:	65 % ελεύθερα τερηδόνας (από 57,2%). Μέσο dmft όχι περισσότερο από 1,2 (από 1,77) με το dt όχι περισσότερο από 0,8 (από 1,54).
Στόχος 2	12 ετών:	45% ελεύθερα τερηδόνας (από 37,1%). Μέσο DMFT όχι περισσότερο από 1,5 (από 2,05) με όχι περισσότερο το dt από 0,5 (από 1,15) και μέση τιμή DIs όχι περισσότερο από 0,5 (από 0,92).
Στόχος 3	15 ετών:	Κανένα ελλείπον δόντι από τερηδόνα. Μέσο DMFT όχι περισσότερο από 2,5 (από 3,19 και μέσο αριθμό υγιών εκτημοριών μέχρι 4 (CPI-0)).
Στόχος 4	35-44 ετών:	Μέσο DMFT όχι περισσότερο από 10 (από 14,06) με 90% των ενοδόντων να έχουν τουλάχιστον 20 φυσικά δόντια στο στόμα τους. Ο μέσος όρος των υγιών εκτημοριών περισσότερο από 2 (CPI-0).
Στόχος 5	65-74 ετών:	Μέσος αριθμός νωδών ατόμων όχι πάνω από 20% με πάνω από 70% να έχουν λειτουργική σύγκλιση με φυσικά ή τεχνητά (γέφυρες) δόντια.

4.2. ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

I. Αγωγή Στοματικής Υγείας

Η επιτυχία κάθε οργανωμένης παρέμβασης για την πρόληψη των νόσων του στόματος και την προαγωγή της Στοματικής Υγείας πρέπει να ξεκινάει από την εκπαίδευση του πληθυσμού και την αλλαγή της συμπεριφοράς του. Γονείς, παιδιά αλλά και ενήλικες πρέπει να προσεγγισθούν μέσα από το καθημερινό τους περιβάλλον και το χώρο εργασίας, με σύγχρονους τρόπους προκειμένου η παρέμβαση αυτή να είναι αποτελεσματική. Η απλή παρουσίαση και αναφορά, η επίδειξη με την οποία γινόταν μέχρι σήμερα η αγωγή στοματικής υγείας, δεν είναι αρκετή. **Αντίθετα, η βιωματική διδασκαλία με τη συμμετοχή των παιδιών και τη διερεύνηση των προβλημάτων στοματικής υγείας, εφόσον θα γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και με συνέπεια θα είναι αποτελεσματική.**

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν σαφώς ότι τόσο ο παιδικός πληθυσμός όσο και οι ενήλικες πάσχουν και έχουν σοβαρά προβλήματα με τη στοματική τους υγεία. Αυτό μπορεί πρώτιστα να αποδοθεί στην έλλειψη ενημέρωσης και της σωστής αγωγής στοματικής υγείας η οποία είτε δεν γίνεται καθόλου, ή δεν γίνεται αποτελε-

σματικά. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται από τα πολύ χαμηλά έως μηδενικά ποσοστά χρήσης οδοντικού νήματος, στοματοπλυμάτων και φθοριούχων δισκίων, το αραιό βούρτσισμα των δοντιών και την περιορισμένη επίσκεψη στον οδοντίατρο για έλεγχο και πρόληψη.

Η πρώτη προτεραιότητα θα πρέπει να είναι τα παιδιά με την ανάπτυξη ενός «προγράμματος Στοματικής φροντίδας στο σχολείο» το οποίο θα περιλαμβάνει:

- **εξέταση διάγνωση,**
- **αγωγή στοματικής υγείας,**
- **οδηγίες βουρτσίσματος- νήματος,**
- **παραπομπές για κάλυψη των αναγκών.**

Στόχος της παρέμβασης στα παιδιά πρέπει να είναι η ενημέρωση και η εκπαίδευση σε θέματα στοματικής υγείας καθώς και ο εντοπισμός παιδιών με πρόβλημα προκειμένου να ενημερωθούν οι γονείς για τις ανάγκες θεραπειάς.

Επειδή δεν υπάρχει σχολικός οδοντίατρος ούτε παραοδοντιατρικό προσωπικό στα σχολεία, προτείνεται να συμμετέχουν στην διαδικασία αυτή οι τοπικοί οδοντιατρικοί σύλλογοι με τους εκπαιδευτές στοματικής υγείας σε συνεργασία με τα σχολεία, στο πλαίσιο του προγράμματος Αγωγής Στοματικής Υγείας της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, που σχεδιάζεται να εφαρμοστεί με την μέθοδο της βιωματικής διδασκαλίας.

Η αγωγή υγείας όμως δεν πρέπει να αφορά μόνο τα παιδιά αλλά πρέπει να επεκταθεί και στους ενήλικες (ιδίως σε άτομα ηλικίας 35-44 ετών) με ειδικά προγράμματα ενημέρωσης για τη σημασία της στοματικής Υγείας, τη σύνδεση της με τη γενική υγεία και ποιότητα ζωής αλλά και τη χρησιμότητα της επίσκεψης στον οδοντίατρο για έλεγχο και πρόληψη.

II. Πρωτοβάθμια φροντίδα Στοματικής Υγείας και θεραπεία - Δημόσια και ιδιωτικά προγράμματα πρόληψης

Η παροχή υπηρεσιών που προλαμβάνουν τις νόσους του στόματος τους τραυματισμούς και τις δυσλειτουργίες και παρέχουν σε μια μόνιμη βάση θεραπεία σε οξείες και χρόνιες στοματικές παθήσεις και αναπηρίες είναι συστατικά στοιχεία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας. Είναι πολύ σημαντικό να οριοθετείται η πρωτοβάθμια φροντίδα στοματικής υγείας και να συσχετίζεται με τη πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα. Μέσω αυτής της συσχέτισης συνδέεται η στοματική με τη γενική υγεία και προβάλλεται η αναγκαιότητα της οδοντιατρικής στο «ευ ζειν» του ατόμου.

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα στοματικής υγείας περιλαμβάνεται:

- ο η αρχική αξιολόγηση κατά την πρώτη επαφή του οδοντίατρο με τον ασθενή και η προσπάθεια επίλυσης όσο το δυνατόν περισσότερων προβλημάτων υγείας αυτός αντιμετωπίζει,
- ο ο συντονισμός των ενεργειών και των θεραπόντων άλλων ειδικοτήτων για ανεύρεση λύσεων σε πολύπλοκα προβλήματα,
- ο η παραπομπή σε ειδικούς όταν χρειάζεται για την αντιμετώπιση προβλημάτων που άπτονται ειδικών παθήσεων,

- ο η λειτουργία του οδοντιάτρου σαν συμβούλου και ατόμου εμπιστοσύνης του ασθενούς και της οικογένειάς του και
- ο η υπευθυνότητα για την διατήρηση της υγείας του ασθενούς με την εφαρμογή της πρόληψης και της συνεχούς παρακολούθησης.

Η πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα χαρακτηρίζεται από τις παρακάτω τέσσερις φράσεις κλειδιά οι οποίες και οριοθετούν το στόχο και το εύρος των υπηρεσιών:

Πρώτη επαφή - συνεχής υπηρεσία - συντονισμένη δράση - ολοκληρωμένη παροχή.

Αυτές είναι οι γενικές αρχές που θα πρέπει να ακολουθούνται χωρίς παρεκκλίσεις, σε οποιοδήποτε σχεδιασμό και εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό Τομέα.

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα όποια μέτρα εφαρμόστηκαν όλα αυτά τα χρόνια για την Στοματική Υγεία, ήταν αποσπασματικά, χωρίς κεντρικό σχεδιασμό, συντονισμό και έλεγχο. Για αυτό το λόγο αφενός δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα και αφετέρου ατόνησαν. Για το λόγο αυτό προτείνονται:

1. Να ισχύσει χωρίς παρέκκλιση η παροχή πρόληψης και θεραπείας στα παιδιά 0-18 ετών που καλύπτουν τα Κέντρα Υγείας βάσει του ισχύοντος νόμου και άμεση εφαρμογή ενός δημόσιου προγράμματος εφαρμογής προληπτικών καλύψεων οπών και σχισμών των δοντιών (sealants) μέσω των Κ.Υ. ή μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, στα παιδιά 6, 12 και 15 ετών, σε συνδυασμό και με τα άλλα προληπτικά μέτρα.
2. Να γίνει μηχανοργάνωση, των Κ.Υ. με κοινό οδοντιατρικό πρόγραμμα συνδεδεμένο με τη κεντρική Διεύθυνση Στοματικής υγείας για παρακολούθηση των αναγκών και διορθωτική παρέμβαση όπου χρειάζεται.
3. Να αναπτυχθεί ένα συγκεκριμένο κεντρικό πρόγραμμα δράσης πρωτοβάθμιας φροντίδας για όλη τη χώρα που θα βασίζεται σε:
 - Συγκεκριμένα μέτρα και πρωτόκολλα εφαρμογής για συγκεκριμένες δράσεις: προληπτικό πρόγραμμα, φθοριώσεις, επανεξετάσεις, ακτινογραφίες κλπ.
 - Κοινό ιστορικό και μηχανογραφημένη κάρτα καταγραφής.
 - Κοινά κριτήρια διάγνωσης και αντιμετώπισης: π.χ. αντιμετώπιση Οδοντικών τραυματισμών.
 - Εφημερίες για κάλυψη έκτακτων περιστατικών Οδοντικού τραύματος.
 - Καταγραφή όλων των παιδιών από τη γέννησή τους στα μητρώα των Κέντρων Υγείας και χορήγηση κάρτας επισκέψεων.
 - Υποχρεωτική ετήσια επίσκεψη όλων των παιδιών στα Κέντρα Υγείας για έλεγχο και πρόληψη.
 - Επέκταση του υποχρεωτικού Οδοντιατρικού ελέγχου για εγγραφή στη 1η τάξη του Δημοτικού αλλά και στη 1η τάξη του Γυμνασίου (12 ετών).
 - Η κατάλληλη κεντρική και περιφερειακή στήριξη των οδοντιατρικών τμημάτων, η ορθολογική χρηματοδότηση και η αξιολόγηση του έργου των οδοντια-

τρικών τμημάτων.

- Η συγκρότηση οργανωμένων οδοντιατρικών κέντρων σε Παιδιατρικά Νοσοκομεία για παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης σε παιδιά και άλλα άτομα με ειδικές ανάγκες.
- Η ένταξη των ειδικοτήτων της Ορθοδοντικής και Γναθοχειρουργικής στο Ε.Σ.Υ.
- Ο έλεγχος και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η εκπαίδευση όλων των οδοντιάτρων των Κ.Υ. ανά ομάδες στα θεωρητικά νεώτερα δεδομένα και στην εφαρμογή του συγκεκριμένου κεντρικού προγράμματος δράσης που θα πρέπει να εφαρμόσουν.
- Η υποχρεωτική συνεχής επιμόρφωση όλων των Οδοντιάτρων των Κέντρα Υγείας και συγκέντρωση συγκεκριμένων εκπαιδευτικών μονάδων ανά 5ετία.
- Η επέκταση της παροχής φροντίδας σε ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως ΑΜΕΑ, άτομα τρίτης ηλικίας, άποροι κλπ.

Είναι δεδομένο ότι το 90% του Οδοντιατρικού δυναμικού απασχολείται στον ιδιωτικό τομέα και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της χώρας δεν καλύπτεται από δημόσιες υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας της στοματικής υγείας στη χώρα μας.

Για αυτούς τους λόγους όλα τα ασφαλιστικά Ταμεία θα πρέπει να δημιουργήσουν ένα πακέτο Οδοντιατρικών καλύψεων που θα περιλαμβάνει τουλάχιστον όλα τα παιδιά και τους εφήβους με τις εξής προϋποθέσεις:

- Να έχει συγκεκριμένο κόστος για κάθε έτος
- Να καλύπτει τουλάχιστον μία επίσκεψη κατ' έτος για: έλεγχο, εφαρμογή ενός πλήρους προληπτικού προγράμματος εξατομικευμένου ανάλογα με την ηλικία και την επικινδυνότητα του ασθενή, παροχή οδηγιών στοματικής υγιεινής, ανάλυση διαίτας και συμβουλές διατροφής, καθαρισμό των δοντιών και φθορίωση, προληπτικές καλύψεις οπών και σχισμών των δοντιών στα 6 και 12 χρόνια και φθορίωση.
- Να υπάρχει ελεύθερη επιλογή Οδοντιάτρου από όλους τους Οδοντιάτρους, συμβεβλημένους και μη.
- Η κάλυψη των όποιων εργασιών προκύπτουν να πραγματοποιούνται με ένα συμφωνημένο τιμολόγιο, με συμμετοχή και του ασφαλισμένου για το υπόλοιπο της κάλυψης που πιθανά θα προκύπτει ανάλογα με τον ανταγωνισμό και τον Οδοντίατρο που θα επιλέγει ο ασφαλισμένος.

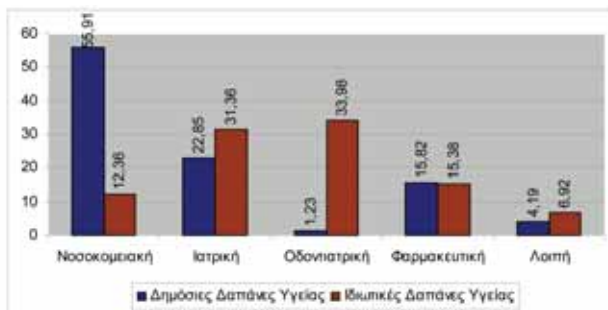
Αντίστοιχες υπηρεσίες και κάλυψη τους από τα Ασφαλιστικά Ταμεία πρέπει να προβλεφθούν όχι μόνο για τα παιδιά αλλά και για τους ενήλικες.

III. Κάλυψη του κόστους παροχής υπηρεσιών από τα Ασφαλιστικά Ταμεία

Από τα αποτελέσματα της μελέτης φάνηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των οδοντιατρικών αναγκών μένει χωρίς αντιμετώπιση. Διαπιστώθηκε επίσης ότι τα άτομα χαμηλότερου εισοδηματικού επιπέδου, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα προβλήματα Στοματικής Υγείας σαν αποτέλεσμα της αδυναμίας τους να καλύψουν το κόστος παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Επιδημιολογική Μελέτη

Δυστυχώς οι πολιτικές που εφαρμόζονται μέχρι σήμερα δεν συμβάλουν στην κάλυψη έστω και τμήματος των αναγκών αυτών μέσω των δημόσιων δαπανών. Οι ιδιωτικές δαπάνες είναι σχεδόν αποκλειστικά **το μόνο μέσο** κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού. Σχεδόν το 50% του πληθυσμού (ασφαλισμένοι ΟΓΑ και ΟΑΕΕ) δεν έχει καμία σχεδόν κάλυψη οδοντιατρικής φροντίδας, ενώ το υπόλοιπο 50% (κυρίως ασφαλισμένοι του ΙΚΑ) έχουν περιορισμένη κάλυψη και πρόσβαση σε χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες. Αυτό αποτυπώνεται πολύ καθαρά στο διάγραμμα που ακολουθεί, από το οποίο προκύπτει ότι μόλις το 1,23% των δημοσίων δαπανών υγείας διατίθεται για οδοντιατρική φροντίδα στην Ελλάδα όταν στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 5 έως 10%. Σαν αποτέλεσμα της ελλιπούς χρηματοδότησης το κάθε νοικοκυριό καλείται να επιβαρυνθεί το κόστος με αποτέλεσμα το 33,98% των χρημάτων που πληρώνει από τις δαπάνες του για την Υγεία να



Ποσοστιαία (%) κατανομή Δημόσιων και Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα

αφορούν την οδοντιατρική φροντίδα¹⁹.

Για αυτό το λόγο είναι ανάγκη να ληφθούν πρόσθετα μέτρα που θα διευκολύνουν τον πληθυσμό και ιδιαίτερα τις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, να προσεγγίσουν τις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες στοματικής υγείας. Ορισμένα από τα μέτρα αυτά είναι:

- Η πολιτεία και τα ασφαλιστικά ταμεία να εγγυηθούν μια ελάχιστη δέσμη υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας για όλους τους πολίτες. Το περιεχόμενο αυτής της δέσμης πρέπει να περιλαμβάνει τόσο θεραπευτικές υπηρεσίες όσο και υπηρεσίες προληπτικού χαρακτήρα.
- Να γίνει ανασυγκρότηση και διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης της οδοντιατρικής φροντίδας, με αποδεκτό τιμολόγιο και συμμετοχή των χρηστών.
- Να επανεξεταστούν οι συλλογικές συμβάσεις και το τιμολόγιο αμοιβών για την κάλυψη των οδοντιατρικών υπηρεσιών που παραμένει στάσιμο τα τελευταία 20 χρόνια.
- Να επεκταθούν οι συλλογικές συμβάσεις και στα Ασφαλιστικά Ταμεία (π.χ. ΟΑΕΕ, ΟΓΑ κλπ) που δεν παρέχουν κάλυψη των οδοντιατρικών υπηρεσιών.
- Να επεκταθεί η παροχή οδοντιατρικής φροντίδας και η κάλυψη της σε ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως ΑΜΕΑ, άτομα τρίτης ηλικίας, άποροι κλπ.
- Να εξασφαλιστεί η χρηματοδότηση δράσεων για την προαγωγή και πρόληψη της Στοματικής Υγείας κυ-

ρίως στις παιδικές και εφηβικές ηλικίες όπως αναλυτικά αναφέρεται στις προηγούμενες ενότητες.

IV. Οδοντιατρικό Δυναμικό

Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή μια άλλη καθοριστικής σημασίας παράμετρος για τη παροχή σωστής και απο-

Αριθμός Οδοντιάτρων ανά 1000 κατοίκους στις χώρες της Ε.Ε. (2002)

α/α	Χώρα	Δείκτης
1.	Δανία	1,23
2.	Νορβηγία	1,21
3.	Ελλάδα	1,21
4.	Φιλανδία	1,16
5.	Σουηδία	1,1
6.	Γερμανία	0,95
7.	Κύπρος	0,92
8.	Λιθουανία	0,9
9.	Ιταλία	0,88
10.	Πολωνία	0,84
11.	Βέλγιο	0,83
12.	Σλοβενία	0,77
13.	Εσθονία	0,76
14.	Τσεχία	0,75
15.	Λετονία	0,73
16.	Γαλλία	0,7
17.	Λουξεμβούργο	0,64
18.	Ιρλανδία	0,56
19.	Πορτογαλία	0,55
20.	Σλοβακία	0,55
21.	Ουγγαρία	0,54
22.	Ηνωμένο Βασίλειο	0,54
23.	Αυστρία	0,48
24.	Ισπανία	0,47
25.	Μάλτα	0,41

Πηγή: Βάση Δεδομένων του Council of European Chief Dental Officers, 2004



Πηγή: Βάση Δεδομένων Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), 2004

τελεσματικής πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας είναι και το ανθρώπινο δυναμικό. Είναι προφανές ότι το δυναμικό αυτό, οδοντίατροι και παραοδοντιατρικό προσωπικό, από πλευράς αριθμού και εκπαίδευσης επηρεάζει άμεσα το αποτέλεσμα το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών Στοματικής Υγείας.

Η χώρα μας καταλαμβάνει την τρίτη θέση στο δείκτη «οδοντίατροι ανά 1000 κατοίκους» τόσο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ όσο και μεταξύ των 25 χωρών της Ε.Ε., όπως φαίνεται στον πίνακα και στο διάγραμμα που ακολουθούν.

Με τα στοιχεία του πίνακα και των διαγραμμάτων που προηγήθηκαν αποτυπώνεται καθαρά ένα ακόμη Ελληνικό παράδοξο. Η χώρα με τους περισσότερους οδοντίατρος σε σχέση με τον πληθυσμό, «καταφέρνει» να έχει τις λιγότερες κατά κεφαλή οδοντιατρικές επισκέψεις ετησίως.

Από τη μελέτη φάνηκε ότι παρά το μεγάλο αριθμό οδοντιώντων το κοινωνικό σύνολο δεν επηρεάζεται επαρκώς θετικά και δεν επισκέπτεται τον οδοντίατρο όσο θα έπρεπε για έλεγχο και πρόληψη, αλλά λόγω πόνου ή αποκατάστασης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα το ποσοστό αυτών που επισκέπτονται τον οδοντίατρο για έλεγχο και πρόληψη είναι 70% (το 30% επισκέπτεται τον οδοντίατρο λόγω προβλήματος πόνου) ενώ στη χώρα μας με βάση τα στοιχεία της έρευνας, ισχύει το αντίστροφο.

Η έλλειψη ενημέρωσης και η αδυναμία των ατόμων να καλύψουν τις ανάγκες τους αποτελούν βασικές αιτίες εμφάνισης αυτού του φαινομένου. Ειδικότερα για το πρώτο, η Πολιτεία και κυρίως οι φορείς της Στοματικής Υγείας οφείλουν να ενημερώσουν και να πείσουν τον πληθυσμό για τη σημασία της Στοματικής Υγείας και τη σύνδεση της με την γενική υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων. Για το δεύτερο η πολιτεία οφείλει να επανεξετάσει και να αναπροσαρμόσει την υφιστάμενη τιμολογιακή πολιτική για την κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών και το εύρος των χρηματοδοτούμενων παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τέλος για την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών Στοματικής Υγείας προτείνεται η λήψη των παρακάτω μέτρων που θα αναβαθμίσουν το οδοντιατρικό επάγγελμα:

1. Ενίσχυση και στήριξη του έργου των οδοντιατρικών σχολών για τη συνεχή βελτίωση του επιπέδου σπουδών.
2. Ενίσχυση των μεταπτυχιακών σπουδών και της εξειδίκευσης των οδοντιώντων.
3. Σχεδίαση και οργάνωση προγραμμάτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης του οδοντιατρικού δυναμικού.
4. Την προσαρμογή στις ευρωπαϊκές πολιτικές πιστοποίησης εκπαιδευτικών και επαγγελματικών τίτλων και την εφαρμογή μηχανισμών έκδοσης αδειών άσκησης επαγγέλματος και στους οδοντίατρος από το Υπουργείο Υγείας και τους οδοντιατρικούς συλλόγους.
5. η αντιμετώπιση του προβλήματος του υπερπληθωρισμού και της χωροταξικής κατανομής του οδοντιατρικού δυναμικού.
6. Η στήριξη και η προώθηση του επαγγέλματος του βοηθού οδοντιατρείου το οποίο αν και υπάρχει είναι σε μαρασμό και απαξίωση.

SUMMARY

Oral health status and treatment needs of the Hellenic Population - A path finder survey - proposals for improvement

C. Oulis, M. Theodorou, T. Mastrogiannakis, H. Mamai-Chomata, A. Polychronopoulou, L. Papagiannoulis, T. Athanasoulis

hellenic stomatological review 53: 97-120, 2009

Introduction: Although, several epidemiological studies have been contacted in Greece in the last 20 years assessing the dental problems of different ages of the Hellenic population, the information gathered doesn't cover all the country neither all the ages and there are not have been using the same diagnostic criteria on data collection. It is obvious therefore, that reliable comparisons and evaluation of such data can not be made and whatever conclusions drawn should be read with caution. In order for such epidemiological data to be representative and reliable for comparison with other European countries, it has to be contacted at the same period with standardized criteria and calibrated examiners, covering in a stratified order all the age spectrum of the population. **Aim of the Study:** Since such information from Greece is lacking, this study was made in an attempt to: register and assess the oral health status and treatment needs of the Hellenic population b) correlate it to Several Socio-demographic parameters and Dental behaviour c) compare it to the oral health status found in the 1st Pathfinder Survey in 1988 d) collaborate with the authorities and make suggestions for improvement of the oral health of the Hellenic Population and e) using the same calibrated examiners to follow the trends of the disease there after every 8 years. **Sample and Methods:** The sample of the study constituted Children of 5, 12, 15, yo.

adults 35-44, 65-74 years of age). Five examiners were calibrated against a golden standard, at 85% level for inter- and intra- examiner agreement and the Variables recorded were: DMFT, DMFS, Tx Needs for carious teeth, oral hygiene (DI-S), orthodontic Tx Need and dental trauma.

Demographic data recorded: Sex, county, urban-rural area, parents educational level, income, social security coverage. Children were examined at schools under standardized conditions according to the WHO model Instruments used included: WHO CPITN ball-point probe, plane mirror, adjustable inspection light. Caries was recorded according to the criteria described in «British Association for the Study of Community Dentistry: Trainer's Pack for caries prevalence studies 1992/1993».

Results: Based on the results of this Survey, a decline in dental caries in 5 (1,77), 12(2,05) and 15-year-old (3,19) Greek children has been clearly demonstrated. These results are comparable to the results presented in other European Countries as well, although at a worst level, since the figures of the unmet needs (5 yo 87%, 12 and 15 yo 48-50%) and SiC=4.04 for the 12 yo and 7,07 for the 15 yo make Greece for the 5 yo at the 9th position and for the

Επιδημιολογική Μελέτη

12 and 15 yo to be placed at the 15th position of the EU country members. Dental caries prevalence however showed an increase from children through adolescence, both at an individual and a surface level. Unmet caries treatment needs, continue to rise through adolescence indicating the necessity of an early intervention and importance of proper dental care at these ages. Parents educational status is a significant determinant of dental caries status for the Greek children and is negatively related to DMF values and untreated caries. The total loss of teeth and the overall oral health of the adults has been improved considerably in comparison to the past and to the other European Countries. However, a serious problem still exists in two basic areas. On the extent of the disease and the number of people that do not ask treatment. Both problems although there are different in the various Districts, there are well correlated to the Education level, the monthly income and the kind of the insurance coverage the people have. Only 10% of the adults presented with a healthy periodontium while one out of three after the age of 65 years a complete denture. Aspects of Dental behaviour were also found to be related to oral health with the «reason for dental visit» to be a strong determinant of a good or bad oral health. The findings that the weakest socioeconomic group of people suffer the most and present the largest percentage of unmet needs necessitates the need for the Government to develop special programs and support these people.

Conclusions: The great variation of caries prevalence found across the different districts with the worst DMFT figures and higher percentage of untreated caries needs to be presented within the poorer and more uneducated people, necessitates a more drastic and early intervention

based on a better geographic targeting of the central health services. Since the majority of dental caries in the Greek adolescents was found on the occlusal surfaces of the posterior teeth, a more tooth surfaces targeting preventive program with sealants could eliminate caries to a large extent.

Key words: Oral Health, Greek population, Dental caries, Periodontal problems

Ευχαριστίες: Οι συγγραφείς της εργασίας αυτής εκφράζουν την ευγνωμοσύνη τους προς όλα τα μέλη της Ομάδας της Έρευνας που αναφέρονται στην επόμενη σελίδα γιατί με την εθελοντική τους προσφορά συμμετείχαν και βοήθησαν στην ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους του «Προγράμματος της Αγωγής και Προαγωγής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού», που έγινε από την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, σε συνεργασία με τα Εργαστήρια της Παιδοδοντιατρικής και Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής ΤΟΥ Πανεπιστημίου Αθηνών. Ιδιαίτερες ευχαριστίες αποδίδονται στον Καθηγητή του Οικονομικού τμήματος και Οικονομικών της Υγείας Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Ιωάννη Υφαντόπουλο και τους συνεργάτες του Ζανάκη Β. και Παπαγιαννοπούλου Β., για όλη την στήριξη και την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Χωρίς την πολύτιμη προσφορά όλων αυτών των ανθρώπων η μελέτη αυτή δεν θα ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθεί.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το πρόγραμμα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, μέρος του οποίου είναι και αυτή η μελέτη γίνεται με τη χορηγία της εταιρείας Colgate.

Η Ομάδα της Έρευνας

Επιστημονικοί Υπεύθυνοι

Αθανασούλη Θ. Καθηγήτρια Προληπτικής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
 Ουλής Κ. Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
 Παπαγιαννούλη Λ. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Συντονιστής Προγράμματος: Ουλής Κωνσταντίνος

Επιστημονική Επιτροπή

Ε. Μαμάη-Χωματά Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Προληπτικής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
 Χ. Κωλέτση-Κουνάρη Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Προληπτικής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
 Χ. Παναγόπουλος Επίκουρος Καθηγητής Προληπτικής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
 Β. Τοπίτσογλου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας εμ-
 φυτευμάτων Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
 Α. Πολυχρονοπούλου Επίκουρη Καθηγήτρια Προληπτικής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
 Γ. Βαδιάκας Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
 Κ. Τσινίδου Επιστημονική Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Εξεταστές Αναφοράς

Παναγόπουλος Χαράλαμπος Βαδιάκας Γεώργιος Τσινίδου Κυριακή Οικονόμου Παύλος

Στατιστική Επεξεργασία

Υφαντόπουλος Ι. Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας Πανεπιστημίου Αθηνών
 Παπαγιαννοπούλου Β. Συνεργάτης Πανεπιστημίου Αθηνών, MSc
 Ζανάκης Β. MSc Στατιστικής

Project Management

CMT ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΕΠΕ

Εξεταστές

Αρίζο Στέργιο	Λέκκα Μαρία	Ιωαννίδου Βαρβάρα
Μανάκου Άννα	Πηρουνάκη Ανθή	Αμούτζια Κατερίνα
Καλαποδά Ελένη	Κουστέλλη Μαρία	Συγγελάκης Αριστομένης
Φαρμάκη Ελευθερία	Κακλαμάνος Ελευθέριος	Παπαλέξης Λευτέρης
Θάνου Νίκη	Πάσχος Κωνσταντίνος	Μιχολού Άννα
Ματζαρόπουλος Γιάννης	Δεμερτζή Λέλα	Τσανίδης Βασίλης
Βαδιάκας Γεώργιος	Τσινίδου Κυριακή	

Τοπικοί Συντονιστές Έρευνας

Στεργάτου Τριανταφυλλιά	Τζήμα Ελένη	Καραπάνος Ευστάθιος
Στεφουλάκος	Κομποθέκρας- Κότσορος Σπυρίδων	Μπουγιούκα Αικατερίνη
Τσιμάρας Νικόλαος	Χιόνης Γεράσιμος	Τομπάς Πλάτων
Πολλάτου Ανθίπη	Κουστέλλη Μαρία	Μπουσούνης Ιωάννης
Βάρδας Μανώλης	Παπαλέξη Γαρουφαλιά	Νικολουδάκης Χαρίδημος
Μάλλιος Νικόλαος	Δημητριάδης Δημήτρης	Μετζιδάκης Νεκτάριος
Παρασκευά Παναγιώτα	Συγγελάκης Αριστομένης	Βουράκη
Μήλιου Μαρία	Βαφειάδου Μαργαρίτα	Αποστολάκης Δημήτριος
Μπόμπλιανη Ξένια	Μάτσου Ειρήνη	Κανελάκης Αναστάσιος
Βαφειάδης Σωτήρης	Βλυσίδης Γεράσιμος	Καραχρήστου Βασιλική
Καραχλή Σταυρούλα	Κακαγια Αλεξάνδρα	Καραγιάννη Βασιλική
Ηγουμενίδη Μάρα	Πότσης Οδυσσεάς	Στεφανής Ιωάννης
Κίτσου Παρασκευή	Ζούμπας Ευάγγελος	Μπατζιάκας Αχιλλέας
Βογιατζής Ιωάννης	Πίκουλου Ελένη	Αγορογιάννη Φανή
Κατσαμάκη Κατερίνα		

Επιδημιολογική Μελέτη

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαμίδης ΙΠ, Αμανατίδης ΠΑ: Επιδημιολογική μελέτη νόσων του στόματος του πληθυσμού της Ελλάδος. Παιδικός πληθυσμός 4. Νομός Λαρίσης. Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 1983; 37:23-39.
2. Αρτέμη Α, Λυγιδάκης Ν, Χριστοδουλίδης Α: Επιδημιολογική μελέτη νοσημάτων του στόματος, συνηθειών διατροφής και αγωγής υγείας παιδιών προσχολικής ηλικίας Νομού Αττικής. Παιδοδοντία 1992; 6:103-110.
3. Athanassouli T, Koletsis-Kounari H, Mamai-Homata H, Panagopoulos H: Oral health status of adult population in Athens, Greece. Community Dent Oral Epidemiol 1990; 17:82-84.
4. Athanassouli T, Mamai-Homata E, Panagopoulos H, Koletsis-Kounari H, Apostoloroulos A: Dental caries changes between 1982 and 1991 in children aged 6-12 in Athens, Greece. Caries Res 1994; 28:378-382.
5. Μαμάη-Χωματά Ε, Κωλέτση-Κουνάρη Χ, Παναγόπουλος Χ, Αθανασούλη Θ: Επιπολασμός τερηδόνας και ανάγκες περίθαλψης παιδικού και εφηβικού πληθυσμού Νομού Αχαΐας. Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 1987; 43:139-145.
6. Vadiakas G, Tsinidou K, Oulis C: Dental health status and treatment needs of 5 and 12 year old children in Athens, Greece. Hellenic Dent Journal 1996; 6:49-53.
7. Ουλής Κ, Δράτσα Ι, Βιέρρου Α, Αθανασούλη Θ: Οδοντιατρικές ανάγκες παιδιών σχολικής ηλικίας στην περιοχή Αθηνών. Ελλ Στομ Χρον 1990; 34:29-39.
8. Mamai-Homata H, Koletsis-Kounari H, Athanassouli T, Panagopoulos H, Apostoloroulos A: Oral health status of 6-12-year-old children in Athens. Hellenic Dent J 1997; 7:23-28.
9. Moller IJ, Marthaler TM: National oral health pathfinder survey. Report on a visit to Greece. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1988.
10. Παναγόπουλος Χ, Αθανασούλη Θ, Αποστολόπουλος Α: Κατάσταση στοματικής υγείας παιδιών προσχολικής ηλικίας Νομού Αττικής. Παιδοδοντία 1995; 9:19-24.
11. Salapata J, Blinkhorn AS, Attwood D: Dental health of 12-year-old children in Athens. Community Dent Oral Epidemiol 1990; 18:80-81.
12. Salapata GJ, Bakoula C, Hawley GM, Blinkhorn AS: A five year follow up into changes in caries experience amongst a sample of 12 year old children from Athens. Int Dent J 1995; 45:160-162.
13. Τσάκος, Δόλγερας Α, Κοντός Δ, Ντόκος Ε: Κατάσταση στοματικής υγείας σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω στην Αθήνα. Συγχ Οδοντ 1998; 18:139-159.
14. Χωματά Ε: Τάσεις στην επιδημιολογία της οδοντικής τερηδόνας στην Ελλάδα. Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 2003; 57:294-311.
15. Vadiakas G, Tsinidou K, Oulis C: Dental health status and treatment needs of 5-and 12-year old children in Athens, Greece. Hellenic Dent J 1996; 6:49-53.
16. Moller IJ, Marthaler TM: National oral health pathfinder survey. Report on a visit to Greece. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1988.
17. World Health Organization: Oral Health Surveys. Basic Methods. 4th ed. Geneva: WHO, 1997.
18. Petersen PE: The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 (Suppl. 1): 3-24.
19. Σουλιώτης Κ: Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2000.
20. Scotlands Dental Inspection 2003, Dental Health Services Research Unit in www.dundee.ac.uk.
21. Countries of European Union in Dental caries (1970-2000),

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Κ. Ουλής
Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Θηβών 2, 115 27 Γουδή
e-mail: cjoulis@techlink.gr
cjoulis@dent.uoa.gr