



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Ο ΦΟΒΟΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΩΣ
ΤΡΟΧΟΠΕΔΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΚΑΠΙΝΑΚΗΣ ΠΕΤΡΟΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΠΑΚΑΛΗ ΜΑΡΙΑ

ΛΑΡΙΣΑ, 2010

Ορισμός στυλ: ΠΠ 1: Διάστιχο: 1,5
γραμμές, Στηλοθέτες: 15,98 εκ.,
Δεξιά,Οδηγός: ...

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 1,
Αριστερά, Διάστιχο: μονό

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</u>	<u>1</u>	Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: Verdana, 11 pt
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	<u>3</u>	Μορφοποιήθηκε: Σηλοθέτες: Όχι κατά 15,98 εκ.
<u>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΤΟΠΙΚΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΩΝ</u>	<u>3</u>	
<u>ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</u>	<u>4</u>	
<u>Διαταραχές της κροτασογναθικής διάρθρωσης</u>	<u>4</u>	Μορφοποιήθηκε: Διάστιχο: 1,5 γραμμές
<u>Νόσοι του βλεννογόνου του στόματος</u>	<u>4</u>	
<u>Νόσοι του πολφού</u>	<u>5</u>	
<u>Συγγενείς νόσοι</u>	<u>5</u>	
<u>Νόσοι των σκληρών οδοντικών ιστών</u>	<u>5</u>	
<u>Τερηδόνα ⁴</u>	<u>5</u>	
<u>Επιδημιολογία της τερηδόνας</u>	<u>6</u>	
<u>Νόσοι του περιοδοντίου</u>	<u>6</u>	
<u>Ταξινόμηση των νόσων του περιοδοντίου ⁶</u>	<u>7</u>	
<u>Επιδημιολογία των νόσων του περιοδοντίου</u>	<u>7</u>	
<u>Παράγοντες κινδύνου στις περιοδοντικές νόσους</u>	<u>8</u>	
<u>Οδοντιατρική Πρόληψη</u>	<u>9</u>	
<u>Το οικονομικό αντίκτυπο των στοματικών νοσημάτων</u>	<u>11</u>	
<u>Επιβάρυνση λόγω στοματικών ασθενειών και παράγοντες κινδύνου</u>	<u>12</u>	
<u>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ</u>	<u>13</u>	Μορφοποιήθηκε: Σηλοθέτες: Όχι κατά 15,98 εκ.
<u>Η πρόληψη σήμερα</u>	<u>14</u>	Μορφοποιήθηκε: Διάστιχο: 1,5 γραμμές
<u>Η οδοντιατρική πρόληψη στην πράξη</u>	<u>15</u>	
<u>Δίαιτα και προαγωγή της υγείας</u>	<u>16</u>	
<u>Ανάλυση διαίτας</u>	<u>19</u>	
<u>Οδοντική πλάκα – Βιοϋμένας</u>	<u>22</u>	
<u>Φθόριο</u>	<u>24</u>	
<u>Αποφρακτικά Υλικά Οπών και Σχισμών (Sealants)</u>	<u>27</u>	
<u>Η Στοματική Υγιεινή</u>	<u>28</u>	
<u>Ο ΦΟΒΟΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ</u>	<u>29</u>	Μορφοποιήθηκε: Σηλοθέτες: Όχι κατά 15,98 εκ.

Γενικά.....	2928
Η έννοια και το περιεχόμενο του άγχους.....	3231
Φόβος.....	3331
Απειλή.....	3332
Αγωνία.....	3433
Στρες.....	3433
Φοβία.....	3534
Διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος.....	3534
Τα συμπτώματα του άγχους.....	3634
Αιτίες οδοντιατρικού φόβου ή άγχους.....	3735
Αποτελέσματα του οδοντιατρικού φόβου.....	3837
Διάγνωση του οδοντιατρικού φόβου.....	4038
Διαχείριση του οδοντιατρικού Άγχους – Συμπεριφορά προς τον ασθενή.....	4039
Αντιλήψεις των Ασθενών για τον επαγγελματισμό στην οδοντιατρική.....	4746
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	4948
Σκοπός.....	5048
Μέθοδος – υλικό.....	5048
Αποτελέσματα.....	5049
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	7368
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	7772

Μορφοποιήθηκε: Διάστιχο: 1,5 γραμμές

Μορφοποιήθηκε: Σηλοθέτες: Όχι κατά 15,98 εκ.

Μορφοποιήθηκε: Διάστιχο: 1,5 γραμμές

Μορφοποιήθηκε: Σηλοθέτες: Όχι κατά 15,98 εκ.

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: Verdana, 12 pt

Η εγκαθίδρυση της οδοντιατρικής επιστήμης σαν ανεξάρτητη επιστήμη παρατηρείται τον 18^ο αιώνα. Οδοντιατρικές εργασίες και θεραπείες καταγράφονται όμως στην αρχαία Αίγυπτο, Ινδία, Κίνα και Ιαπωνία, στην προ-Κολομβιανή Αμερική, στην αρχαία Ελλάδα και Ρώμη, στη Βυζαντινή Αυτοκρατορία και στην Ευρώπη στις αρχές του Μεσαίωνα καθώς και στο Ισλάμ κατά το τέλος του Μεσαίωνα, τον 16^ο και 17^ο αιώνα.

Η αιτιολογία των οδοντικών νόσων δεν είχε κατανοηθεί ως τον 18^ο αιώνα και θεωρούνταν πως αυτές οφείλονταν σε σκουλήκια που προκαλούν διάβρωση από το εσωτερικό του δοντιού. Οι θεραπείες βρισκόταν επίσης στο ίδιο επίπεδο και ήταν εντελώς εμπειρικές.

Παρ' όλα αυτά τα τελευταία 200 χρόνια η οδοντιατρική επιστήμη παρουσιάζει ταχεία εξέλιξη και εμπειριστατωμένες επιστημονικές μέθοδοι εφαρμόζονται για τη διάγνωση και τη θεραπεία των οδοντιατρικών νόσων. Ταχεία επίσης είναι η εξέλιξη και των υλικών που χρησιμοποιούνται στην οδοντιατρική για γενική αναισθησία και ελέγχου του πόνου ως τις προσθετικές αποκαταστάσεις και την ολιστική θεραπεία ολόκληρου του στοματογναθικού συστήματος¹.

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΤΟΠΙΚΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΩΝ

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 1, Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστιχο: μονό

Από την αρχαιότητα ο άνθρωπος προσπάθησε με διάφορα μέσα και μεθόδους να απαλλαγεί από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου. Η προσπάθεια αυτή συνεχίζεται μέχρι σήμερα και συμβάλλει αναμφισβήτητα στην ανάπτυξη διαφόρων τομέων της Ιατρικής και ειδικότερα της χειρουργικής. Αυτονόητο είναι, ότι δεν θα ήταν δυνατόν να υπάρξει πρόοδος στην οδοντιατρική χωρίς την ανάπτυξη και εξέλιξη της τοπικής αναισθησίας.

Οι πρώτες αξιόλογες προσπάθειες για τοπική αναισθησία έγιναν στην αρχαιότητα από τους Κινέζους με βελονισμό, τους Έλληνες με τοπική ψύξη και τους Άραβες με τη δημιουργία ισχαιμίας. Από τον 18^ο αιώνα όπου άρχισε η κατασκευή των πρώτων συριγγών ξεκίνησε και η πρόοδος των τοπικών αναισθητικών με πρώτο χρησιμοποιούμενο την κοκαΐνη που όμως λόγω μεγάλης τοξικότητας και εθισμού εγκαταλείφτηκε. Ακολούθησε η ανακάλυψη της

νοβοκαίνης, πετρακαίνης, βουτεθαμίνης, βενζοκαίνης, για να φτάσουμε στις ευρέως χρησιμοποιούμενες σήμερα ξυλοκαίνης και λιδοκαίνης με χαμηλή τοξικότητα και μεγάλη αναισθητική διάρκεια².

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 1, Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστιχο: μονό

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Οι νόσοι του Στοματογναθικού Συστήματος³ διαχωρίζονται σε διαταραχές της κροταφογναθικής διάρθρωσης, νόσους του βλεννογόνου του στόματος, νόσους του πολφού, νόσους των σκληρών οδοντικών ιστών, νόσους του περιοδοντίου και συγγενείς νόσους. Στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη συχνότερες είναι οι δύο τελευταίες κατηγορίες νόσων.

Διαταραχές της κροτασογναθικής διάρθρωσης

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: Verdana, 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστιχο: μονό

Οι διαταραχές αυτές εμπίπτουν σε τρεις κύριες κατηγορίες:

1. Μυοπεριτοναϊκός πόνος, η πιο κοινή διαταραχή και η οποία συνεπάγεται δυσφορία ή πόνο στους μυς που ελέγχουν την γνάθο.
2. Εσωτερική διαταραχή της ΚΦΓΔ η οποία συνεπάγεται εκτοπισμένο δίσκο, εξαρθρωμένη γνάθο ή τραυματισμό του κονδύλου.
3. Αρθρίτιδα η οποία αναφέρεται σε μια ομάδα από εκφυλιστικές / φλεγμονώδεις κοινές διαταραχές και μπορούν να επηρεάσουν την ΚΦΓΔ.

Ένα άτομο μπορεί να έχει μια ή περισσότερες από αυτές τις διαταραχές την ίδια στιγμή. Επίσης είναι δυνατόν να αποτελούν συνοδά συμπτώματα άλλων παθήσεων όπως του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης, διαταραχών ύπνου ή ινομυαλγίας και ρευματικών νόσων.

Νόσοι του βλεννογόνου του στόματος

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστημα Πριν: 0 στ., Διάστιχο: μονό

Η συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα νόσων στις οποίες περιλαμβάνονται οι δυσπλασίες, οι παθήσεις της γλώσσας, οι φλεγμονώδεις νόσοι, οι αλλεργίες, τα αφθώδη νοσήματα, οι δυσχρωμίες, τα νοσήματα των σιελογόνων αδένων, οι αντιδραστικές υπερπλασίες, οι κύστει των μαλακών ιστών, οι προκαρκινικές καταστάσεις, τα νεοπλάσματα και τέλος, λοιμώδεις

νόσοι, ιογενείς λοιμώξεις, δερματοπάθειες, νόσοι του κολλαγόνου, νόσοι του αιμοποιητικού συστήματος, των ενδοκρινικών αδένων, του μεταβολισμού, δικτυοριδοθελιώσεις και νόσοι του νευρικού συστήματος.

Νόσοι του **π**ολφού

Η νόσος του πολφού λέγεται πολφίτιδα και τα στάδιά της είναι: ορώδης, πυώδης, νέκρωση και τέλος γάγγραινα του πολφού.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0
εκ., Διάστιχο: μονό

Συγγενείς νόσοι

Αυτές είναι διάφορες ασθένειες και οφείλονται σε κληρονομικούς και φυσικούς λόγους (γενετικές ανωμαλίες) και περιλαμβάνουν την ανωμαλία στην οργανογένεση των δοντιών από την οδοντική ταινία και ανωμαλίες στην ανατολή των νεογιλών και μόνιμων δοντιών.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0
εκ., Διάστιχο: μονό

Νόσοι των **σ**κληρών οδοντικών ιστών

Αυτές είναι η τερηδόνα και η εσωτερική απορρόφηση της ρίζας.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0
εκ., Διάστιχο: μονό

Τερηδόνα⁴

Η οδοντική τερηδόνα είναι νόσος των σκληρών οδοντικών ουσιών, μικροβιακής αιτιολογίας, που προσβάλλει κυρίως την αδαμαντίνη και κατά δεύτερο λόγο την οδοντίνη και την οστείνη. Η επίδρασή της αρχίζει με την τοπική διάλυση των ανόργανων συστατικών της επιφάνειας του δοντιού με οξέα βακτηριακής προέλευσης και συνεχίζει με την αποσύνθεση του οργανικού μέρους. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι η επεκτατική της ικανότητα, έτσι ώστε αν η αλλοίωση δεν ελεγχθεί να επεκτείνεται προς τον πολφό με συνέπεια τον πόνο, την φλεγμονή και τέλος τη νέκρωσή του. Η βλάβη που προκαλείται από την τερηδόνα δεν είναι δυνατόν να αναπληρωθεί από τον ανθρώπινο οργανισμό.

Παράγοντες καθαρισμού της ευαισθησίας του ατόμου στην τερηδόνα αποτελούν η διατροφή, η σύσταση και ο ρυθμός έκκρισης του σάλιου, η μικροδομή και η σύσταση των οδοντικών ουσιών, η μορφολογία του δοντιού, η θέση του στο οδοντικό τόξο και η σύνθεση της μικροβιακής πλάκας.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0
εκ., Διάστιχο: μονό

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt, Όχι Πλάγια, Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά:
Όχι Πλάγια, Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt, Όχι Πλάγια

Επιδημιολογία της τερηδόνας

Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν πως η τερηδόνα είναι μια παγκόσμια νόσος που προσβάλλει όλα τα άτομα ανεξάρτητα από το φύλο. Αποτελεί βασικό πρόβλημα των βιομηχανικών χωρών αφού επηρεάζει το 60-90% των μαθητών και την συντριπτική πλειοψηφία των ενηλίκων. Στο παρόν η διασπορά και η σοβαρότητα της τερηδόνας ποικίλει τόσο ανάμεσα σε διαφορετικά σημεία του κόσμου όσο και μέσα στην ίδια χώρα ή περιοχή. Στις πιο αναπτυγμένες χώρες τα επίπεδα της οδοντικής τερηδόνας ήταν χαμηλά μέχρι πρόσφάτως και τείνουν να αυξηθούν. Το γεγονός αυτό οφείλεται κυρίως στην αυξανόμενη κατανάλωση ζάχαρης και στην ανεπαρκή έκθεση στο φθόριο. Σε αντίθεση, μείωση της εμφάνισης τερηδόνας παρατηρείται στις πιο βιομηχανικές χώρες τα τελευταία 20 χρόνια ή παραπάνω. Το γεγονός αυτό είναι αποτέλεσμα ενός αριθμού μέτρων δημόσιας υγείας συμπεριλαμβανομένης αποτελεσματικής χρήσης φθορίου μαζί με αλλαγή στις συνθήκες ζωής, στον τρόπο ζωής και σε βελτιωμένη εξάσκηση αυτοφροντιδας. Παρ' όλα αυτά πρέπει να τονισθεί πως η τερηδόνα στα παιδιά δεν έχει εξαλειφθεί αλλά έχει περιορισθεί σε ένα βαθμό.

Παγκόσμια, η εμφάνιση τερηδόνας στους ενήλικες είναι υψηλή αφού επηρεάζει το 100% του πληθυσμού στην πλειονότητα των χωρών ^{4,5} (The global burden of oral diseases an risk to oral health).

Νόσοι του περιοδοντίου

Οι Page και Schroeder (1976) ταξινόμησαν την εξέλιξη των φλεγμονωδών, νόσων του περιοδοντίου με βάση κλινικά και ιστοπαθολογικά δεδομένα σε τέσσερα στάδια: Το στάδιο της α) αρχικής, β) πρώιμης, γ) εγκατεστημένης και δ) προχωρημένης βλάβης. Τα στάδια της αρχικής και πρώιμης βλάβης παριστάνουν το οξύ ή το αρχικό στάδιο της ~~ουλιτιδας~~ ουλιτιδας, ενώ η εγκατεστημένη βλάβη ανταποκρίνεται στη ιστοπαθολογική μορφή της «χρόνιας» ουλιτιδας. Η ιστοπαθολογική περιγραφή της προχωρημένης βλάβης θεωρήθηκε ότι ανταποκρίνεται στην εξέλιξη της ουλιτιδας σε περιοδοντίτιδα.

Τα «απολύτως υγιή» ούλα έχουν ρόδινο χρώμα, σκληροελαστική σύσταση και κυματοειδή παρυφή. Θεωρητικά είναι ελεύθερα από ιστολογικά ευρήματα φλεγμονώδους αντίδρασης. Η ιδεώδης αυτή κατάσταση των ούλων δημιουργείται μόνο κάτω από πειραματικές συνθήκες και δεν συναντάται στην καθημερινή κλινική πράξη.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0
εκ., Διάστιχο: μονό

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0
εκ., Διάστιχο: μονό

Τα «κλινικά υγιή» ούλα εμφανίζουν τα ίδια κλινικά χαρακτηριστικά με τα «απολύτως υγιή» ούλα, με σημαντική διαφορά την παρουσία μετρούμενου βάθους ουλοδοντικής σχισμής. Χαρακτηρίζονται όμως ιστολογικώς από φλεγμονώδεις διηθήσεις. Είναι τα υγιή ούλα που συναντούμε στα άτομα που εφαρμόζουν την καθημερινή σωστή στοματική υγιεινή⁶.

Ταξινόμηση των νόσων του περιοδοντίου⁶

Πίνακας . Βασική ομαδοποίηση νόσων και καταστάσεων του περιοδοντίου με βάση την ταξινόμηση του 1999

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1. ΠΕΡΙΘ	I. Νοσήματα των ούλων
I.-σελ 322	Νοσήματα των ούλων που οφείλονται στη μικροβιακή πλάκα*
	Βλάβες των ούλων που δεν οφείλονται στη μικροβιακή πλάκα
* Η φλεγμονή αφορά τα ούλα σε περιοδόντιο χωρίς ταυτόχρονη απώλεια πρόσφυσης ή περιοδόντιο που έχει υποστεί στο παρελθόν απώλεια πρόσφυσης, αλλά είναι πλέον σταθερό.	II. Χρόνια περιοδοντίτιδα**
	Εντοπισμένη
	Γενικευμένη
	III. Επιθετική περιοδοντίτιδα
	Εντοπισμένη
	Γενικευμένη
	IV. Περιοδοντίτιδα ως εκδήλωση συστηματικών νοσημάτων
	V. Νεκρωτικές νόσοι του περιοδοντίου
	Ελκονεκρωτική ουλίτιδα
	Ελκονεκρωτική περιοδοντίτιδα
** Διαχωρισμός με βάση την έκταση προσβολής:	VI. Αποστήματα του περιοδοντίου
γενικευμένη: αφορά >30% του συνόλου των οδοντικών επιφανειών,	Απόστημα των ούλων
εντοπισμένη: αφορά <30% του συνόλου των οδοντικών επιφανειών.	Περιοδοντικό απόστημα
	Περιστεφανίτιδα
	VII. Περιοδοντίτιδα συσχετιζόμενη με ενδοδοντικές βλάβες
	Πρωτογενής ενδοδοντική με δευτερογενή περιοδοντική βλάβη
	Πρωτογενής περιοδοντική με δευτερογενή ενδοδοντική βλάβη
	Συνδυασμένη βλάβη
	VIII. Αναπτυξιακές ή επίκτητες δυσμορφίες και καταστάσεις
** Διαχωρισμός με βάση τη βαρύτητα προσβολής (κλινική απώλεια πρόσφυσης):	Τοπικοί παράγοντες που προδιαθέτουν για την ανάπτυξη ουλίτιδας ή περιοδοντίτιδας
αρχόμενη = 1 ή 2 mm	Ουλοβλεννογόνια προβλήματα γύρω από δόντια
μέτρια = 3 ή 4 mm	Ουλοβλεννογόνια προβλήματα σε νωδές φατνιακές ακρολοφίες
προχωρημένη >5 mm	Τραύμα σύγκλισης

Επιδημιολογία των νόσων του περιοδοντίου

Δεδομένα από τη Δανία και τις Η.Π.Α. επισημαίνουν ότι τα τελευταία χρόνια οι πληθυσμοί εμφανίζουν καλύτερη κατάσταση του περιοδοντίου και ότι σχεδόν το 50% του ενήλικα πληθυσμού εμφανίζει κλινικώς υγιή ούλα. Το υπόλοιπο 50% εμφανίζει περιοδοντικούς ιστούς και αιμορραγούν. Σε όλες τις πληθυσμιακές

ομάδες οι γυναίκες εμφανίζουν λιγότερη ουλίτιδα, γεγονός που αποδίδεται στην καλύτερη στοματική υγιεινή ως συνάρτηση της μεγαλύτερης φροντίδας που προσφέρουν στον εαυτό τους σε σύγκριση με τους άνδρες.

Παράγοντες κινδύνου στις περιοδοντικές νόσους

Παρά το γεγονός ότι ο επιπολασμός και η βαρύτητα της περιοδοντικής νόσου αυξάνουν με την ηλικία, δεν θεωρείται ότι ο παράγοντας αυτός επηρεάζει την εμφάνιση και την εξέλιξη των νόσων του περιοδοντίου. Η ουλίτιδα και η περιοδοντίτιδα συσχετίζεται με την παρουσία μικροβιακής πλάκας, ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου και μακροπρόθεσμες μελέτες έχουν δείξει ότι δεν εμφανίζονται ούτε εξελίσσονται οι νόσοι του περιοδοντίου στα ηλικιωμένα άτομα επιτυγχάνουν άριστη στοματική υγιεινή.

Δεν έχει διευκρινιστεί αν η περιοδοντική νόσος κατανέμεται διαφορετικά στα δύο φύλα, ενώ θεωρείται πιαθνότερη/πιθανότερο, όταν παρατηρείται το φαινόμενο αυτό, να οφείλεται σε τοπικούς και πολιτιστικούς παράγοντες.

Διάφορες μελέτες έδειξαν πως εκείνος ο παράγοντας που χαρακτηρίζει την περιοδοντική κατάσταση δεν είναι τόσο το κοινωνικοοικονομικό όσο το μορφωτικό επίπεδο.

Επίσης σε έρευνες στην Ασία και την Αφρική (Russel 1962, Walr haug 1967) δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση ανάμεσα στην κατάσταση του περιοδοντίου και τις συνθήκες διατροφής.

Από την πρόσφατη βιβλιογραφία προκύπτουν ενδείξεις για τον σημαντικό ρόλο που παίζει η γενετικώς καθορισμένη ευαισθησία στην εμφάνιση των νόσων του περιοδοντίου.

Επίσης σημαντική είναι η επίδραση του καπνίσματος στις νόσους του περιοδοντίου καθώς συσχετίζεται με τον σχηματισμό θυλάκων και την απώλεια προσφυγής. (~~Costerberg και Mellostrom 1986, Stoltenberg & συν. 1993, Mandel 1994, Bergstram-Preder 1994~~).

Τέλος σημαντικούς παράγοντες κινδύνου αποτελούν το stress και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου I και II⁶.

(~~ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ, ΠΡΩΤΟΣ ΤΟΜΟΣ, Αντώνη Β Κωνσταντινίδη, Θεσσαλονίκη 2003~~)

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt., Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστιχο: μονό

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστιχο: μονό

Οδοντιατρική Πρόληψη

(Πηγή: ~~The global burden of oral diseases and risks to oral health, Poul Erik Petersen, Denis Bourgeois, Airoshi Ogawa, Jashia Estupinan Day & Charlotte Nelliage~~)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) πρόσφατα δημοσίευσε μια παγκόσμια έρευνα στοματικής υγείας⁷ η οποία τόνιζε πως παρά τη μεγάλη βελτίωση στη στοματική υγεία σε πληθυσμούς κάποιων χωρών, τα παγκόσμια προβλήματα ακόμη επιμένουν. Αυτό συμβαίνει κυρίως μεταξύ των μη προνομιούχων πληθυσμών τόσο σε αναπτυγμένες όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες. Οι στοματικές ασθένειες όπως η τερηδόνα, η περιοδοντίτιδα, η απώλεια δοντιών, οι νόσοι του βλεννογόνου, ο καρκίνος, οι νόσοι που σχετίζονται με το AIDS ή την ηπατίτιδα και το στοματογεννητικό τραύμα αποτελούν σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Η φτωχή στοματική υγεία έχει προφανής επίδραση στην γενική υγεία και διάφορες στοματικές ασθένειες σχετίζονται με χρόνιες όπως ο διαβήτης. Η εμπειρία του πόνου, προβλήματα με την τροφή, τη μάσηση, το χαμόγελο και την επικοινωνία εξαιτίας δυσχρωμικών ή κατεστραμμένων δοντιών ή της απώλειας δοντιών έχουν σοβαρή επίδραση στην καθημερινή ζωή και την ευημερία των ανθρώπων. Επιπλέον, οι στοματικές ασθένειες περιορίζουν τις δραστηριότητες στη δουλειά, το σχολείο, το σπίτι προκαλώντας απώλεια εκατομμυρίων διδακτικών ωρών και εργατωρών κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο.

Η τερηδόνα και η περιοδοντίτιδα θεωρούνται ιστορικά ως οι πιο σημαντικές στοματικές ασθένειες παγκοσμίως. Η τερηδόνα είναι ακόμη ένα βασικό πρόβλημα υγείας στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες αφού επηρεάζει το 60-90% των μαθητών και τη συντριπτική πλειοψηφία των ενηλίκων. Το 2004 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) αναβάθμισε τις επιδημιολογικές πληροφορίες που ήταν διαθέσιμες στις βάσεις δεδομένων^{8,9} (2,3). Στο παρόν, η διασπορά και η σοβαρότητα της τερηδόνας ποικίλει στις διάφορες περιοχές του κόσμου καθώς και μέσα στην ίδια περιοχή ή χώρα.

Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, τα επίπεδα της οδοντικής τερηδόνας ήταν χαμηλά μέχρι τα τελευταία χρόνια αλλά η συχνότητα της και η τερηδονική εμπειρία τείνουν τώρα να αυξηθούν. Αυτό κυρίως οφείλεται στην αυξανόμενη κατανάλωση ζάχαρης και την ανεπαρκή έκθεση στο φθόριο. Σε αντίθεση, μείωση της τερηδόνας έχει παρατηρηθεί στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες τα τελευταία 20 χρόνια και πάνω. Το γεγονός αυτό ήταν αποτέλεσμα

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια, Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια, Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

διαφόρων μέτρων δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αποτελεσματικής χρήσης του φθορίου ταυτόχρονα με την αλλαγή των συνθηκών ζωής, τον τρόπο ζωής και των πρακτικών αυτοφροντίδας. Παρόλα αυτά πρέπει να σημειωθεί ότι η τερηδόνα σαν νόσος των παιδιών δεν έχει εξαλειφτεί αλλά έχει ελεγχθεί σε συγκεκριμένο βαθμό.

Παγκοσμίως, η συχνότητα της τερηδόνας στους ενήλικες είναι υψηλή, καθώς η ασθένεια επηρεάζει το 100% σχεδόν του πληθυσμού στην πλειοψηφία των χωρών.

Σε διάφορες βιομηχανικές χώρες, οι γηραιότεροι έχουν εξαγάγει τα δόντια τους αρκετά προγενέστερα λόγω πόνου ή δυσανεξίας, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη ποιότητα ζωής. Το ποσοστό ενόδοντων ενηλίκων ηλικίας 65 χρόνων και άνω είναι ακόμη υψηλό σε μερικές χώρες, ~~(TABLE 1)~~ ενώ σε πολλές βιομηχανικές χώρες υπάρχει μια θετική τάση μείωσης της απώλειας δοντιών στους γηραιότερους τα τελευταία χρόνια ¹⁰⁻¹³ ~~(6-9)~~.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι υπηρεσίες στοματικής υγείας παρέχονταν στα περιφερικά ή κεντρικά νοσοκομεία των εργατικών κέντρων, ή μικρή έως καθόλου σημασία δεν δίνεται στην προληπτική ή αποκαταστατική οδοντιατρική φροντίδα. Πολλές χώρες της Αφρικής, της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής έχουν έλλειψη οδοντιατρικού προσωπικού και η ικανότητα του συστήματος περιορίζεται στην ανακούφιση από τον πόνο ή στην επείγουσα φροντίδα. Στην Αφρική, η αναλογία οδοντιάτρων ανά ασθενή είναι περίπου 1:150000 συγκρινόμενο με το 1:2000 στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες. Σε παιδιά και ενήλικες που υποφέρουν από έντονη οδοντική φθορά, τα δόντια συχνά αφήνονται αθεράπευτα ή εξαγονται με σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο και την δυσανεξία. Για το λόγο αυτό τα δημόσια προβλήματα που σχετίζονται με την απώλεια των δοντιών και την κακή στοματική λειτουργία αναμένεται να αυξηθούν.

Η απώλεια δοντιών στους ενήλικες μπορεί επίσης να αποδοθεί σε φτωχή περιοδοντική υγεία. Σοβαρή περιοδοντίτιδα η οποία οδηγεί σε απώλεια δοντιών διαγιγνώσκεται στο 5-20% των περισσότερων ενηλίκων πληθυσμών παγκοσμίως. Τα διαθέσιμα δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) ¹² δείχνουν πως τα συμπτώματα της περιοδοντικής νόσου είναι αρκετά υψηλά μεταξύ των ενηλίκων όλων των περιοχών. Επίσης τα περισσότερα παιδιά ή έφηβοι σε όλο τον κόσμο έχουν σημεία ουλίτιδας. Η επιθετική περιοδοντίτιδα, μια σοβαρή περιοδοντική κατάσταση που επηρεάζει άτομα γύρω στην εφηβεία και οδηγεί συνήθως σε οδοντική απώλεια, επηρεάζει περίπου το 2% των νέων ¹⁴.

Το οικονομικό αντίκτυπο των στοματικών νοσημάτων

Η παραδοσιακή θεραπεία των στοματικών νόσων είναι εξαιρετικά δαπανηρή, είναι η τέταρτη πιο ακριβή ασθένεια προς θεραπεία στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες. Στις βιομηχανικές χώρες το «βάρος» της στοματικής ασθένειας έχει αντιμετωπισθεί μέσω εγκαθίδρυσης εξελιγμένων συστημάτων στοματικής υγείας τα οποία πρωταρχικά προσφέρουν θεραπευτικές υπηρεσίες στους ασθενείς. Τα περισσότερα συστήματα βασίζονται στην ανάγκη για περίθαλψη η οποία παρέχεται από ιδιώτες οδοντιάτρους. Κάποιες χώρες, όπως οι σκανδιναβικές και το Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν οργανώσει δημόσιες υπηρεσίες υγείας και παρέχουν οδοντιατρική περίθαλψη σε παιδιά και μη προνομιούχες ομάδες πληθυσμού. Η παραδοσιακή οδοντιατρική θεραπεία είναι μια σημαντική οικονομική επιβάρυνση για πολλές βιομηχανικές χώρες όπου το 5-10% των εξόδων της δημόσιας υγείας σχετίζεται με την στοματική υγεία ^{15, 16}. Τα τελευταία χρόνια, μείωση στις οδοντιατρικές δαπάνες σημειώθηκε στις βιομηχανικές χώρες οι οποίες επένδυσαν στην προληπτική οδοντιατρική φροντίδα και όπου παρατηρήθηκαν θετικές τάσεις στα πλαίσια της μείωσης της συχνότητας των στοματικών ασθενειών ^{17, 18}.

Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, οι επενδύσεις στη φροντίδα της στοματικής υγείας είναι χαμηλές. Σε αυτές τις χώρες, οι πηγές εντοπίζονται πρωταρχικά στην επείγουσα στοματική φροντίδα και την ανακούφιση από τον πόνο. Αν η θεραπεία ήταν διαθέσιμη, το κόστος της τερηδόνας μόνο στα παιδιά θα ξεπερνούσε το συνολικό προϋπολογισμό της φροντίδας της υγείας σε παιδιά ¹⁹.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστιχο: μονό

Επιβάρυνση λόγω στοματικών ασθενειών και παράγοντες κινδύνου

Η τρέχουσα παγκόσμια εικόνα όσων αφορά τις στοματικές νόσους αντανακλά τους παράγοντες κινδύνου σε κάθε χώρα οι οποίοι σχετίζονται με τις συνθήκες και τον τρόπο ζωής καθώς και την εφαρμογή προγραμμάτων οδοντιατρικής πρόληψης. Κοινωνικό-επιδημιολογικές μελέτες²⁰⁻²² σε αναπτυγμένες και αυξανόμενες σε αναπτυσσόμενες χώρες δείχνουν πως η επιβάρυνση από τις στοματικές νόσους αλλά και η ανάγκη θεραπείας είναι μεγαλύτερες στις φτωχές και μη προνομιούχες πληθυσμιακές ομάδες. Οι παράγοντες κινδύνου που έχουν σχέση με κοινωνικούς παράγοντες ή παράγοντες συμπεριφοράς παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση τερηδόνας τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες σε όλο τον κόσμο²⁰. Μερικές χώρες καταγράφουν μεγαλύτερη απώλεια δοντιών σε γυναίκες παρά σε άντρες αφού οι πρώτες αναζητούν συχνότερα οδοντιατρική φροντίδα¹⁰.

Μια βασική ομάδα τροποποιούμενων παραγόντων κινδύνου είναι κοινή σε πολλές χρόνιες ασθένειες και βλάβες. Οι τέσσερις πιο διαδεδομένες και σημαντικές ασθένειες – καρδιαγγειακά, διαβήτης, καρκίνος, νόσοι του αναπνευστικού – έχουν κοινούς παράγοντες κινδύνου με τις στοματικές ασθένειες. Αυτοί είναι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και που μπορούν να προληφθούν. Για παράδειγμα, οι διαιτητικές συνήθειες είναι σημαντικές ~~για την ανάπτυξη χρόνιων παθήσεων και επηρεάζουν την ανάπτυξη τερηδόνας~~²³. Τα βακτήρια της στοματικής κοιλότητας εμπλέκονται στην πρόοδο των στοματικών νοσημάτων όπως η τερηδόνα και η περιοδοντίτιδα. Υπερβολικά ποσά και η συχνή κατανάλωση ζαχαρούχων είναι βασικά αίτια τερηδόνας και ο κίνδυνος εμφάνισης της αυξάνει με την ανεπαρκή έκθεση στο φθόριο. Επιπλέον, η χρήση καπνού έχει υπολογισθεί ότι προκαλεί πάνω από 90% των καρκίνων στην στοματική κοιλότητα και σχετίζεται με επιδεινωθείσες περιοδοντικές βλάβες, φτωχότερα πρότυπα στοματικής υγιεινής και κατά συνέπεια με οδοντική απώλεια. Το κάπνισμα φαίνεται να είναι κύριος παράγοντας κινδύνου στις περιοδοντικές ασθένειες, υπεύθυνο για πάνω από τις μισές περιπτώσεις περιοδοντίτιδας στους ενήλικες²⁴. Ο κίνδυνος στοματικού καρκίνου αυξάνει με το συνδυασμό του καπνίσματος με αλκοόλ²⁵. Στην Ασία, τα περιστατικά στοματικού καρκίνου είναι υψηλά και σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα, την χρήση καπνού και την κατανάλωση αλκοόλ²⁶.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0
εκ., Διάστιχο: μονό

Μορφοποιήθηκε: Εκθέτης

Η ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα σε διάφορες στοματικές παθήσεις και χρόνιες παθήσεις είναι αρχικά αποτέλεσμα κοινών παραγόντων κινδύνου. Πολλές γενικές ασθένειες έχουν στοματικές εκδηλώσεις και αυξάνουν τον κίνδυνο στοματικών παθήσεων οι οποίες με τη σειρά τους είναι παράγοντας κινδύνου για γενικές ασθένειες. Η σοβαρή περιοδοντίτιδα για παράδειγμα, σχετίζεται με τον σακχαρώδη διαβήτη και έχει θεωρηθεί ως η έκτη επιπλοκή του διαβήτη²⁷.

Συμπερασματικά από όλα τα παραπάνω, η παγκόσμια ενδυνάμωση των δημόσιων προγραμμάτων υγείας μέσω της εφαρμογής και προαγωγής της στοματικής υγείας είναι άμεσα απαραίτητη. Επίσης η προσέγγιση των παραγόντων κινδύνου θα έπρεπε να χρησιμοποιηθεί για ενσωμάτωση της στοματικής υγείας στα εθνικά προγράμματα υγείας.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Οι κλινικοί γιατροί διαισθητικά καταλαβαίνουν την αξία της πρόληψης. Η οδοντιατρική βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της αγωγής και προαγωγής της υγείας ενσωματώνοντας την πρόληψη στην θεωρία και την πράξη. Τα αποτελέσματα αυτών των προσπαθειών έχουν γίνει εμφανή τα τελευταία 50 χρόνια.

Τα τελευταία χρόνια της τελευταίας δεκαετίας του 20^{ου} αιώνα, το ενδιαφέρον της κοινωνίας για την δημόσια υγεία έχει αυξηθεί. Από ειδικές εκπομπές υγείας στο ραδιόφωνο και την τηλεόραση και δημοσιεύσεις στα έντυπα μέσα μαζικής ενημέρωσης αποδεικνύονται οι αυξανόμενες προσπάθειες για αγωγή και προαγωγή της υγείας και πρόληψη των ασθενειών.

Οι ασθένειες όπως η τερηδόνα, η περιοδοντίτιδα, ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο οστεοπόρωση και ο καρκίνος του στόματος βρίσκονται ανάμεσα στις ασθένειες που επηρεάζονται από την προσωπική συμπεριφορά του ατόμου και την ποιότητα της κλινικής παρέμβασης όπως έγκαιρος και επαναλαμβανόμενος προσυμπτωματικός έλεγχος, οι διαγνωστικές εξετάσεις, οι υπηρεσίες πρόληψης και θεραπευτικής.

Στην αρχή του 20^{ου} αιώνα ο Γάλλος χημικός Heuri Moissan έλαβε το βραβείο Νόμπελ για την απομόνωση του στοιχείου φθόριο. Επιπλέον, την ίδια εποχή ένας νέος Αμερικανός οδοντίατρος, ο Frederick McKay παρατηρούσε πως τα παιδιά με την «καφέ κηλίδα του Colorado» ήταν ανθεκτικά στην οδοντική φθορά. Ακολούθησε μια σειρά αξιοσημείωτων εξελίξεων στην ανόργανη χημεία και στοματική μικροβιολογία και η έλευση της πιο σημαντικής συνεισφοράς στην υγεία όλων των εποχών, η φθορίωση του πόσιμου νερού. Η οδοντιατρική άνοιξε

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 1, Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστιχο: μονό

το δρόμο με την εφαρμογή αυτού του απίστευτου προληπτικού μέτρου, χρησιμοποιώντας εκπαιδευτικά, πολιτικά μέσα καθώς και μέσα κοινωνικών οργανισμών.

Αυτό ήταν και συνεχίζει να είναι ένα από τα πιο αποτελεσματικά μέτρα προαγωγής της υγείας όλων των εποχών, μαζί με την παστερίωση του γάλακτος και την χλωρινίωση του πόσιμου νερού. Το 1940, τα παιδιά στην Αμερική αντιμετώπισαν μια εθνική επιδημία τερηδόνας. Περισσότερο από το 99% των 14χρονων παιδιών είχαν οδοντική φθορά στα μόνιμα δόντια τους. Στο τέλος της δεκαετίας του 1980, λιγότερα από 70% των Αμερικανών παιδιών 14 χρόνων είχαν οδοντική διάβρωση στα μόνιμα δόντια τους. Παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των Αμερικανών ενηλίκων ήταν νωδός το 1948 στις μέρες μας λιγότερο από 10% των ενηλίκων είναι νωδοί και το ποσοστό όλο και μειώνεται. Σε λιγότερο από 50% η συχνότητα της τερηδόνας στην μόνιμη οδοντοφυΐα έχει μειωθεί όπως και η νωδότητα στον ενήλικο πληθυσμό της Αμερικής⁴.

Η προληψη πρόληψη σημερασήμερα

Η κοινωνική ανάγκη για οδοντιατρική πρόληψη δεν έχει τελειώσει. Οι οδοντίατροι έχουν το μοναδικό προνόμιο να υπηρετήσουν ενεργά την ευρύτερη και πληρέστερη πρόληψη της οδοντικής φθοράς αλλά και την προαγωγή της στοματικής υγείας γενικότερα. Σημαντική είναι η υπεροχή τους σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας στα πλαίσια της επαφής με μεγαλύτερο μέρος του ευρέως κοινού κάθε χρόνο και στην ευκαιρία να παρέχουν κλινικές και συμπεριφορικές αξιολογήσεις, συζητήσεις, πληροφορίας, κίνητρα, εκπαίδευση, παρεμβάσεις και συνεχιζόμενη παρακολούθηση. Η οδοντιατρική επίσκεψη είναι ουσιαδώς μεγαλύτερη από μια ιατρική επίσκεψη, προσφέροντας μια σημαντική ευκαιρία για παρεμβάσεις αποτελεσματικής ώθησης για ενασχόληση με την αυτοφροντίδα και τις αποφάσεις φροντίδας της υγείας. Άλλο ένα πλεονέκτημα είναι ότι οι οδοντιατρικές επισκέψεις κανονίζονται από μια ευρεία γκάμα συνεδρίων και διενεργούνται συνήθως για προκαθορισμένη χρονική περίοδο και έτσι σχετίζονται λιγότερο με οξεία ασθένεια και εν δυνάμει περίοδο κρίσης.

Στα πλαίσια της κοινότητας, ο οδοντίατρος έχει πολυάριθμες ευκαιρίες να ασχοληθεί με προγράμματα στοματικής υγείας σε σχολεία, κοινότητες, διάφορους πληθυσμούς ή και άπορα άτομα ή οικογένειες. Λόγω της θέσης του στην κοινωνία είναι σε θέση να επηρεάσει προγράμματα προαγωγής της υγείας και πρόληψης ασθενειών μέσω της συμβουλευτικής για τη μετάδοση λοιμωδών ασθενειών μέσω

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0
εκ., Διάστιχο: μονό

της συμβουλευτικής για τη μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων, για τους παράγοντες κινδύνου για συγγενείς ανωμαλίες, για την τερηδόνα στα παιδιά, τα ιχνοστοιχεία και τα οφέλη του φθορίου, για θέματα διατροφής και άσκησης στα παιδιά αλλά και στους ενήλικες για να μειώσουν την οστεοπόρωση καθώς και για την παύση του καπνίσματος και τον στοματικό καρκίνο. Οι οδοντίατροι μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά στην κατανόηση του κοινού της σύνδεσης ανάμεσα στην σωματική και την γενική υγεία του οργανισμού, καθιστώντας εμφανές το γεγονός της ύπαρξης των κοινών παραγόντων κινδύνου.

Στην προσπάθεια για την προαγωγή της υγείας πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για την χρησιμοποίηση των σωστών και επιστημονικά αποδεδειγμένων τεχνικών και μεθόδων οδοντικής πρόληψης.

Η οδοντιατρική πρόληψη στην πράξη

Στην ευρεία της έννοια, η άσκηση της προληπτικής οδοντιατρικής περιλαμβάνει διάφορες ενέργειες οι οποίες έχουν ως σκοπό τόσο την αποκατάσταση όσο και τη διατήρηση της στοματικής υγείας. Οι ενέργειες αυτές χωρίζονται συνήθως σε 3 στάδια:

- Επίπεδο πρώτο: Αφορά την πρόληψη στην εκδήλωση μιας πάθησης. Η επιτυχία του επιπέδου αυτού πρόληψης εξαρτάται από ενέργειες τόσο του οδοντίατρου και του ασθενή αλλά και της πολιτείας. Η σημαντικότερη ενέργεια της πολιτείας, κύρια όσον αφορά την πρόληψη της τερηδόνας θεωρείται η φθορίωση του πόσιμου νερού.

- Επίπεδο δεύτερο: Αφορά τον έλεγχο της εξέλιξης ή επανεκδήλωσης μιας πάθησης. Η επιτυχία του επιπέδου αυτού εξαρτάται από την μορφή της κλινικής άσκησης της οδοντιατρικής επιστήμης, αλλά και από την ενεργή συμμετοχή του ασθενούς. Προϋπόθεση αποτελεί η σωστή εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης η οποία θα πρέπει να αποβλέπει στην αποκατάσταση και διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και φυσικά τη συνεχή βελτίωση της στοματικής υγείας του ασθενή⁵.

- Επίπεδο τρίτο: Αφορά ενέργειες που αποσκοπούν στην πλήρη αποκατάσταση της στοματικής λειτουργίας του ασθενή με προσθετικές ή και χειρουργικές επεμβάσεις οι οποίες θα πρέπει να αποσκοπούν στην πρόληψη επανεκδήλωσης των ήδη θεραπευμένων στοματικών παθήσεων.

Οι ενέργειες του πρώτου επιπέδου πρόληψης στοχεύουν στη μείωση της δραστηριότητας των προληπτικών παραγόντων ή στην αύξηση της αμυντικής

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστιχο: μονό

ικανότητας των ιστών του ασθενή, πριν από την εκδήλωση κλινικά ορατών βλαβών. Οι ενέργειες του δεύτερου και του τρίτου επιπέδου πρόληψης αποσκοπούν στην εφαρμογή βιολογικά αποδεκτών θεραπευτικών μεθόδων αποκατάστασης των εκδηλωθεισών βλαβών και οι οποίες ενέργειες θα πρέπει να στοχεύσουν στη μείωση της πιθανότητας επανεκδήλωσης της πάθησης, περιορίζοντας ή εξαλείφοντας προϋπάρχοντες προληπτικούς παράγοντες^{28, 29}.

Η επιτυχία της προληπτικής οδοντιατρικής εξαρτάται κατά πρώτο λόγο, από τις ενέργειες του οδοντιάτρου, η ευθύνη του οποίου επεκτείνεται και στα τρία επίπεδα πρόληψης και είναι άμεσα συνδεδεμένη με την έννοια της «ολοκληρωτικής» φροντίδας του ασθενή. Ο όρος αυτός θέλει να τονίσει τη σημασία της επιστημονικής ευθύνης του οδοντιάτρου η οποία πρέπει να επεκτείνεται και να καλύπτει **ΟΛΟΥΣ** τους ασθενείς^{28, 29}.

Ο όρος «**ολοκληρωτική**» αναφέρεται στο μακροχρόνιο ενδιαφέρον του οδοντιάτρου προς τον ασθενή του, και ο όρος «**φροντίδα**» περιλαμβάνει τις ενέργειες που πραγματοποιούνται προς όφελος του ασθενή. Έτσι «**ολοκληρωτική φροντίδα του ασθενή**» σημαίνει την ανάληψη ευθύνης από μέρους του οδοντιάτρου για όλες τις ενέργειες που κρίνονται απαραίτητες για τη βελτίωση και τη διατήρηση της στοματικής υγείας του ασθενή^{28, 29}.

Αν και υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία προληπτικών ενεργειών που αφορούν συγκεκριμένοι ασθενείς (π.χ. επεμβατική ορθοδοντική εξισορρόπηση σύγκλισης, ανατομικότητα εμφράξεων ή αποκατάσταση εξαχθέντων δοντιών), οι κυριότερες που θα πρέπει να παρέχονται σε κάθε ασθενή είναι:

- Ο καθημερινός έλεγχος της συγκέντρωσης της μικροβιακής πλάκας
- Διατροφική ενημέρωση
- Περιοδικές τοπικές επιθήξεις φθορίου
- Τακτικές επανεξετάσεις

(Health er. An d dental c.)

ΔιαταΔίαιτα και προαγωγήπροαγωγή της υγείαςυγείας

Η κατανάλωση ζάχαρης μπορεί να θεωρηθεί σαν ένας από τους βασικότερους αιτιολογικούς παράγοντες της τερηδόνας και χωρίς την παρουσία ζυμώσιμων υδρογονανθράκων η νόσος δεν εξελίσσεται. Παρόλο που πολλές

Μορφοποιήθηκε: Εκθέτης

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια, Χωρίς υπογράμμιση

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Διάστιχο: μονό

κλασσικές μελέτες δείχνουν την σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση ζάχαρης και την τερηδόνα (Turku Sugar Study, Hopewood House Study, Hereditary Fructose Intolerance and experimental Caries in Man) η έρευνα Vireholm απέδειξε οριστικά πως όσο πιο συχνά καταναλώνεται ζάχαρη, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος της τερηδόνας.

Για μερικές δεκαετίες, είχε παρατηρηθεί γραμμική σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση ζάχαρης και την τερηδόνα, και σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της τερηδόνας είχε παίξει ο περιορισμός της πρόσληψης της. Πιο πρόσφατα στοιχεία, όμως, ότι αυτή η σχέση δεν είναι τόσο δυνατή, όσο πριν την ευρεία χρήση του φθορίου. Το γεγονός της φθορίωσης του νερού και της κυκλοφορίας και χρήσης φθοριούχων οδοντοπαστών έχει σαν αποτέλεσμα μια υψηλά τερηδογονόνο διαίτα να μπορεί να γίνει ανεκτή πριν η τερηδόνα εμφανιστεί σε πολλά άτομα. Εν τούτοις το φθόριο έχει τους περιορισμούς του και η τερηδόνα παραμένει ένα σοβαρό πρόβλημα, κυρίως για οικονομικά μειονεκτικές ομάδες αφού σε αυτές η πρόσληψη ζάχαρης αυξάνεται και η χρήση φθορίου δεν υιοθετείται ευρέως.

Οι ασθενείς με τερηδόνα παρουσιάζουν το διαιτολόγιο ως στοιχείο που εμπλέκεται ισχυρά με την τερηδογονόνο δράση. Η αξιολόγηση των διαιτητικών συνηθειών του ασθενή είναι απαραίτητη προκειμένου να προταθούν σε αυτόν ρεαλιστικές αλλαγές και θα οδηγήσουν στην αποκατάσταση της ισορροπίας μεταξύ απασβεστίωσης και επανασβεστίωσης, Η σύσταση για περιορισμό της κατανάλωσης ζαχαρούχων μεσογευμάτων και ποτών αποτελεί μέρος των γενικών συστάσεων για σωστή διατροφή αφού το διαιτολόγιο που ένας άνθρωπος ακολουθεί είναι παράγοντας κινδύνου για διάφορες χρόνιες παθήσεις όπως ο διαβήτης ή η παχυσαρκία. Παρόλο που έχουν προταθεί διάφορες τιμές όσων αφορά στην συχνότητα λήψης αλλά και την ποσότητα κατανάλωσης της ζάχαρης (< 4 φορές την ημέρα, <60gr ημέρα)³¹, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πως η τερηδόνα είναι μια πολυπαραγοντική νόσος και άλλοι παράγοντες όπως η στοματική υγιεινή και η πρόσβαση στα προϊόντα φθορίου είναι επίσης καθοριστικοί της τερηδογονόνο δράσης και θα πρέπει να διευθετούνται για την πρόληψη και την θεραπεία της τερηδόνας³⁰.

(Dietary advice in dental practice)

Διαιτητικές Συστάσεις για την Πρόληψη και την Διαχείριση της τερηδόνας

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt

Από διατροφικής απόψεως, η καλύτερη συμβουλή για την μείωση του τερηδονικού κινδύνου είναι η μείωση της συχνότητας κατανάλωσης ζαχαρούχων τροφών και ποτών και ο περιορισμός της κατανάλωσης τους μόνο κατά την ώρα των γευμάτων. Συστήνεται επίσης η αποφυγή λήψης ζαχαρούχων ποτών και τροφών κοντά στην ώρα κατάκλισης (μέσα σε μια ώρα)⁴⁴, καθώς η ροή του σάλιου είναι χαμηλή και η προστατευτική του ικανότητα είναι μειωμένη τη νύχτα^{45,46}. Ένα συνηθισμένο σχήμα διατροφής είναι τα συχνά και μικρά γεύματα. Στην περίπτωση αυτή, η πρόταση στους ασθενείς να περιορίσουν την κατανάλωση τροφής στις τρεις φορές την ημέρα, ίσως είναι καθαρά μη ρεαλιστική και καθόλου πρακτική. Αν η λήψη μεσογευμάτων (snack) είναι αναπόφευκτη, είναι σημαντική η σύσταση λήψης τροφών και ποτών χαμηλότερου τερηδονικού κινδύνου ή τροφών και ποτών που βοηθούν στην πρόληψη της τερηδόνας. Οι ασθενείς θα έπρεπε να παρακινούνται να τρώνε τροφές όπως το τυρί και να μασάνε τσίχλες χωρίς ζάχαρη μετά τα γεύματα για να ουδετεροποιήσουν τα οξεογόνα αποτελέσματα των σακχάρων της διατροφής. Διάφορες κλινικές δοκιμές έχουν δείξει πως οι τσίχλες χωρίς ζάχαρη προστατεύουν ενάντια στην τερηδόνα^{47,32}. Η BOE (BDA) δέχεται σήμερα πως η τσίχλα χωρίς ζάχαρη βοηθά στην πρόληψη της τερηδόνας. Όσον αφορά την κατανάλωση τυριού, έχει αποδειχθεί ότι 5g σκληρού τυριού δρα αποτελεσματικά κατά της τερηδόνας στα παιδιά. Επιπλέον, η ποσότητα αυτή συνεισφέρει ασήμαντα στην πρόσληψη λίπους.

Οι γονείς θα έπρεπε να γνωρίζουν για τους κινδύνους της «τερηδόνας του μπιμπερού» και οι μητέρες θα έπρεπε να ενημερώνονται ώστε να μην προσθέτουν κανένα φαγητό ή ποτό στο μπουκάλι του μωρού παρά μόνο συνθετικό γάλα, μητρικό γάλα, γάλα αγελάδος ή νερό. Όσο νωρίτερα γίνεται, τα παιδιά θα πρέπει να αφήνουν το μπιμπερό και να χρησιμοποιούν ποτηράκι, ή κούπα και το γεγονός αυτό θα πρέπει να λαμβάνει χώρα με το πέρας του πρώτου έτους της ηλικίας⁴⁸. Το γάλα αγελάδας έχει χαμηλότερη περιεκτικότητα σε σάκχαρα από το συνθετικό γάλα και μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε προστατευτικούς παράγοντες όπως ασβέστιο και φώσφορο. Παρόλα αυτά καθόλου γάλα αγελάδας δεν πρέπει να χορηγείται σε βρέφη ως έξι μηνών λόγω του υψηλού κινδύνου αλλεργιών και του υψηλού solute φορτίου. Από τους έξι μήνες και μετά, το γάλα αγελάδος πρέπει να ενσωματωθεί στη διατροφή αλλά η κύρια πηγή γάλακτος πρέπει να παραμείνει το μητρικό ή το συνθετικό γάλα λόγω της μεγαλύτερης περιεκτικότητας τους σε σίδηρο. Από τον πρώτο χρόνο ζωής πρέπει να χορηγείται γάλα αγελάδος πλήρες

σε λιπαρά, από την ηλικία των δύο ετών ημι-αποβουτυρωμένο και από την ηλικία των πέντε πλήρως αποβουτυρωμένο, αν είναι ευαίσθητο-επιθυμητό³³.

Έχει υποτεθεί πως η μείωση του ποσού της καταναλούμενης ζάχαρης θα οδηγήσει σε αύξηση πρόσληψης λίπους. Όμως τα στοιχεία αυτά προέρχονται από διασταυρούμενες αναλύσεις δίαιτας και όχι από μελέτη πληθυσμιακών συνεχόμενων αλλαγών στην πρόσληψη ζάχαρης ή λίπους. Άλλες διαιτητικές παρεμβατικές μελέτες έχουν δείξει ταυτόχρονη μείωση πρόσληψης λίπους και ζάχαρης. Πρέπει επίσης να τονισθεί πως επιτρέποντας απεριόριστη κατανάλωση ζάχαρης το πιθανότερο είναι να μη προκύψει μείωση του λίπους της διατροφής, δηλαδή το αντίθετο δεν ισχύει.

Ανάλυση δίαιτας

Αν και όλα τα είδη ζάχαρης (φρουκτόζη, λακτόζη, μαλτόζη κ.λ.π.) είναι τερηδογόνα, η σουκρόζη είναι αποδεδειγμένα η πλέον τερηδογόνας διότι είναι απαραίτητη:

- I. Στην παραγωγή οξέως από το μικροβιακό μεταβολισμό.
- II. Στην αύξηση της προσκολλητικής ικανότητας των βακτηρίων.
- III. Στην αύξηση του αριθμού των βακτηρίων
- IV. Στη σύνθεση της οδοντικής πλάκας, όπου συμμετέχει στην παραγωγή
 - εξωκυττάρων πολυσακχαριτών
 - προσκολλητικών εξωκυττάρων πολυμερών και
 - ενδοκυττάρων πολυσακχαριτών

Η σύνθεση εξωκυττάρων πολυμερών είναι απαραίτητος μηχανισμός για την προσκόλληση της πλάκας στις οδοντικές επιφάνειες, ενώ οι άλλοι δύο παράγοντες συμβάλλουν στη μακροχρόνια επιβίωση των βακτηρίων. Έτσι η συχνή κατανάλωση σουκρόζης όχι μόνο συμβάλλει στην αύξηση της τερηδογόνου δύναμης της πλάκας, αλλά ενισχύει και την προσκολλητικότητα και τη σύνθεσή της.

Στην προληπτική οδοντιατρική, η συχνότητα, η σύσταση και το χρονικό διάστημα της ημέρας που καταναλώνονται διάφορα ζαχαρούχα προϊόντα, είναι πρωταρχικής σημασίας. Υπάρχουν περίπου 50 απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία τα οποία μπορούν να ομαδοποιηθούν στις εξής κατηγορίες:

- ❖ Υδατάνθρακες
- ❖ Λίπη

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστιχο: μονό

- ❖ Βιταμίνες
- ❖ Ίχνοστοιχεία και
- ❖ Νερό

Η ανάλυση και η αναγνώριση των διατροφικών συνηθειών που σχετίζονται με τη διατήρηση της στοματικής υγείας, απαιτούν γνώση του αντικειμένου από μέρους του οδοντιάτρου. Για τη συγκέντρωση των απαραίτητων πληροφοριών χορηγείται στον ασθενή ένα ειδικό διατροφικό ερωτηματολόγιο κατά την πρώτη προληπτική επίσκεψη (1). Ο ασθενής καταγράφει το είδος της τροφής που καταναλώνει για περίοδο τριών ημερών, συμπεριλαμβανομένης μιας ημέρας του Σαββατοκύριακου. Τονίζεται ταυτόχρονα στον ασθενή πως η καταγραφή αυτή δεν είναι εξέταση αλλά ένας τρόπος διερεύνησης του σημαντικού παράγοντα της διατροφής από τον οποίο επηρεάζεται άμεσα η οδοντική / στοματική και κατ' επέκταση η γενική υγεία του οργανισμού. Μετά τη συγκέντρωση όλων των πληροφοριών είναι εύκολο να γίνει ανάλυση των διατροφικών συνηθειών του ασθενούς και να ενημερωθεί ανάλογα από τον οδοντίατρό του (2). Εάν κατά τη διατροφική ανάλυση προκύψουν πολλές ημερήσιες λήψεις ζαχαρούχων μεσογευμάτων, το γεγονός αυτό θα πρέπει να υποδεικνύεται στον ασθενή και να τονίζεται ότι η συνήθεια αυτή, εκτός της αυξημένης και συχνής ημερήσιας παραγωγής οξέως, επηρεάζει τον ρυθμό ανάπτυξης της πλάκας και τη βιωσιμότητα και προσκολλητική ικανότητα των βακτηρίων στις οδοντικές επιφάνειες. Οι παράγοντες αυτοί αποδείχθηκε ότι σχετίζονται τόσο με την τερηδογενή όσο και με την περιοδοντική πάθηση. Οι ασθενείς μπορούν να αντιληφθούν τη σπουδαιότητα αυτών των παραγόντων με την εφαρμογή της δοκιμασίας snyder η οποία σε τρεις μέρες αποδεικνύει την οξεογόνο ή μη ικανότητα της μικροβιακής πλάκας. Ασθενείς που έχουν λιγότερο από το μισό του ποσού της φυσιολογικής ροής σάλιου, κατά κανόνα, παρουσιάζουν μια υψηλή τιμή στη δοκιμασία snyder, που συνήθως συνοδεύεται από υψηλό ρυθμό τερηδονικής δραστηριότητας. Στους ασθενείς αυτούς αν δεν υπάρχει παθολογική αιτία μείωσης της λειτουργίας των σιελογόνων αδένων, η κατάσταση βελτιώνεται με τη χρήση σκληρών τροφών καθώς και τροφών που προκαλούν σιελόρροια (π.χ. πορτοκάλι, κίτρο κ.λ.π.). Εάν κατά τη διατροφική ανάλυση ασθενών ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών ο οδοντίατρος αποκαλύψει διατροφικές συνήθειες που εκτός από τη στοματική επηρεάζουν και τη γενική υγεία, θα πρέπει να προτείνεται η επίσκεψη σε ειδικό διατροφολόγο.

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2.
Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0
εκ., Διάστιχο: μονό

Οδοντική πλάκα – Βιοϋμένας

Η μαλακή οργανωμένη μάζα μικροοργανισμών που συσσωρεύεται σε επιφάνειες δοντιών και προσθετικών αποκαταστάσεων στο στόμα ονομάζεται οδοντική μικροβιακή πλάκα. Η οδοντική πλάκα συσσωρεύεται ιδιαίτερα σε περιοχές που ευνοούν τη μηχανική συγκράτηση των μικροβιακών μαζών, όπως είναι τα μεσοδόντια διαστήματα, οι παρυφές των ούλων και οι περιοδοντικοί θήλακοι. Μικροβιακή πλάκα μπορεί επίσης να σχηματισθεί και στις επιφάνειες των μαλακών ιστών του στόματος. Εκτός από τους μικροοργανισμούς η οδοντική πλάκα περιέχει ένα οργανικό πολυσακχαρικό-πρωτεϊνικό υπόστρωμα αποτελούμενο από βακτηριακά υποπροϊόντα, ένζυμα, υπολείμματα τροφών, αποπεπτωκότα επιθηλιακά κύτταρα και ορισμένα λευκοκύτταρα. Επίσης περιέχει και ανόργανα στοιχεία όπως ασβέστιο και φώσφορο. Η μικροβιακή πλάκα διακρίνεται σε υπερουλική και υποουλική, ανάλογα με την περιοχή όπου συσσωρεύεται. Παρόλο που τα δύο αυτά είδη πλάκας έχουν διαφορετική μικροβιακή σύνθεση, αλληλοεξαρτώνται σημαντικά αφού η δημιουργία της υποουλικής πλάκας προϋποθέτει την ύπαρξη της υπερουλικής πλάκας. Σε παλαιότερη βιβλιογραφία συναντάται και ο όρος «λευκό επίχρισμα» που αποδίδεται στη μαλακή και λευκή συσσώρευση μικροοργανισμών απεπτοκότων κυττάρων, υπολειμμάτων τροφών και άλλων χαρακτηριστικών ως οδοντικής πλάκας. Το λευκό επίχρισμα χαρακτηρίζεται από χαμηλότερη προσκολλητική ικανότητα στις επιφάνειες όπου ανιχνεύεται, σε σύγκριση με την οδοντική πλάκα, πράγμα που επιτρέπει την εύκολη απομάκρυνση του ακόμη και με απλή στοματόπλυση. Η διάκριση ανάμεσα στην οδοντική πλάκα και στο λευκό επίχρισμα βασίζεται καθαρά στην κλινική παρατήρηση (υφή και χρώμα) και στερείται πρακτικής σημασίας, γεγονός που έχει οδηγήσει στην σταδιακή εξάλειψη του όρου. Πρόσφατα για την οδοντική μικροβιακή πλάκα εισήχθηκε ο όρος οδοντικός βιοϋμένας προκειμένου να τονισθεί η σχετική δομική ομοιότητα της μικροβιακής πλάκας με μικροβιακές συσσωρεύσεις σε άλλα φυσικά οικοσυστήματα. Ως βιοϋμένας (biofilm) ορίζεται γενικά ένας μικροβιακός πληθυσμός που περικλείεται από ένα οργανικό υπόστρωμα και αναπτύσσεται μέσα σε αυτό. Τα μικρόβια που τον απαρτίζουν παραμένουν αλληλοσυγκολλημένα και προσκολλημένα σε επιφάνειες ή διεπιφάνειες. Οι βιοϋμένες παρουσιάζουν ιδιαίτερη εσωτερική δομή με τις μικροβιακές συσσωρεύσεις / αποικίες, διατεταγμένες κατά τρόπο που επιτρέπει τη ροή υγρής φάσης ανάμεσά τους. Ο βιοϋμένας παρέχει σημαντική προστασία στους μικροβιακούς πληθυσμούς που φιλοξενεί, έναντι των

αντιβιοτικών και αντισηπτικών ουσιών καθώς και των αμυντικών μηχανισμών του ξενιστή. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση τερηδόνας, περιοδοντίτιδας και γενικότερα φλεγμονής στα σημεία υψηλής συγκέντρωσης του. Συνεπώς η καταστροφή του βιοϋμένα αποτελεί προϋπόθεση για την θεραπεία.

Καταστροφή του βιοϋμένα συντελείται τόσο με την απομάκρυνση της οδοντικής πλάκας και τρυγίας όσο και με την ατομική στοματική υγιεινή³⁰.

(Health promotion and dental caries)

Η έρευνα των Von der Fehr & συν²⁷⁻³⁴ (Experimental caries in Man), η έλλειψη στοματικής υγιεινής κατά τη διάρκεια 23 ημερών σε συνδυασμό με υψηλή κατανάλωση ζάχαρης, προκάλεσε κλινικά ανιχνεύσιμες τερηδονικές αλλοιώσεις. Αντιστροφή των βλαβών παρατηρήθηκε με την εφαρμογή στοματικής υγιεινής ταυτόχρονα με την καθημερινή χρήση στοματοπλύσεων με φθοριούχα διαλύματα. Οι Holmen & συν. έδειξαν πως ο έλεγχος των τερηδονικών αλλοιώσεων μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την απομάκρυνση της οδοντικής πλάκας, χωρίς τη χρήση φθορίου. Σήμερα, τα αποτελέσματα της προσωπικής στοματικής υγιεινής στην τερηδόνα δύσκολα καθορίζονται, αφού πολλές έρευνες διενεργούνται με την ταυτόχρονη χρήση φθοριούχων σκευασμάτων. Παρόλα αυτά, σε περιοχές όπου η πρόσβαση στο φθόριο και τις οδοντιατρικές υπηρεσίες είναι περιορισμένη, ο ρόλος της στοματικής υγιεινής στην πρόληψη της τερηδόνας είναι ακόμη καθοριστικός. Σε δύο κλινικές μελέτες που διενεργήθηκαν για τον καθορισμό των παραγόντων κινδύνου της τερηδόνας στη μόνιμη οδοντοφυΐα, η μόνη μεταβλητή που βρέθηκε να αποτελεί παράγοντα κινδύνου της παρουσίας και της βαρύτητας, τόσο της τερηδόνας στην αδαμαντίνη όσο και στην οδοντίνη, ήταν η φτωχή στοματική υγιεινή³⁵. Σε δύο άλλες μελέτες η μία από τις οποίες έγινε στη Βραζιλία, παράγοντες κινδύνου για την συσχέτιση και την παρουσία τερηδόνας – αναλύθηκαν σε παιδιά και ενήλικες – και η χαμηλή συχνότητα βουρτσίσματος (λιγότερο από δύο φορές την ημέρα) σχετίζονταν σημαντικά με την τερηδόνα και με μικρότερο αριθμό ακέραιων δοντιών^{36,37}.

Τα αποτελέσματα προληπτικών προγραμμάτων που συμπεριλάμβαναν μέτρα στοματικής υγιεινής για τις τερηδονικές αλλοιώσεις έχουν χαρακτηριστεί τόσο **επιτυχή**³⁷-**επιτυχή**³⁸ όσο και **ανεπιτυχή**³⁹. Στο πρόγραμμα Karlstad (Karlstad Program) η κλασική επαγγελματική αφαίρεση πλάκας ήταν μέρος του προληπτικού προγράμματος που εφαρμόστηκε σε μαθητές με υψηλό επιπολασμό τερηδόνας. Επιπρόσθετα με την ενασχόληση των γονιών και τη συμβουλευτική

όσον αφορά στη διατροφή, εφαρμόστηκε επαγγελματικός καθαρισμός των δοντιών με χρήση φθοριούχων σκευασμάτων και δόθηκαν οδηγίες στοματικής υγιεινής. Το πρόγραμμα είχε σαν αποτέλεσμα υψηλό επίπεδο στοματικής καθαριότητας και σημαντική μείωση της τερηδόνας. Τα αποτελέσματα 30 ετούς παρακολούθησης των ατόμων αυτών κατέδειξε χαμηλά επίπεδα τερηδονικής νόσου, περιοδοντίτιδας και απώλειας δοντιών, επιβεβαιώνοντας το μακροχρόνιο όφελος διατήρησης υψηλού επιπέδου στοματικής υγιεινής ^{39,40}. Στον έλεγχο της τερηδόνας, τα αποτελέσματα των προγραμμάτων στοματικής υγιεινής που απαιτούν την συμμόρφωση των συμμετεχόντων, είναι πιο δύσκολο να επιτευχθούν. Ο Maltz ³⁹ διενέργησε μια ελεγχόμενη κλινική δοκιμή στην οποία μαθητές υποβλήθηκαν σε ένα προληπτικό πρόγραμμα το οποίο περιελάμβανε εβδομαδιαίες συνεδρίες επιβλεπόμενης στοματικής υγιεινής (βούρτσισμα δοντιών με μη φθοριούχα σκευάσματα και χρήση οδοντικού νήματος) καθώς επίσης και συμβουλές διατροφής και οδηγίες στοματικής υγιεινής. Μετά από 14 μήνες, παρά τη μείωση της ουλίτιδας (αύξηση του ελέγχου οδοντικής πλάκας), δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων δοκιμής και ελέγχου. Η τερηδόνα και η περιοδοντίτιδα μπορούν να ελεγχθούν με συστηματικό βούρτσισμα.

των δοντιών με φθοριούχο οδοντόκρεμα, αλλά δεν έχει βρεθεί ακόμη μια συμφέρουσα μέθοδος όσον αφορά το κόστος – αποτελεσματικότητα της για την ασφαλή και αξιόπιστη προώθηση μιας τέτοιας συμπεριφοράς στοματικής υγιεινής. Η στοματική υγεία που εφαρμόζεται από επαγγελματίες οδοντιάτρους είναι περισσότερο αποτελεσματική από άλλες μεθόδους. Τα προγράμματα των μέσων μαζικής ενημέρωσης δεν φαίνονται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά.

Συμπερασματικά, οι διαδικασίες στοματικής υγιεινής είναι αποτελεσματικές στον έλεγχο της τερηδόνας, ιδιαίτερα αν η αφαίρεση της οδοντικής πλάκας πραγματοποιείται επαρκώς και με την ταυτόχρονη χρήση φθορίου. Τα προγράμματα που χρησιμοποιούν επαγγελματικό ή επιβλεπόμενο καθάρισμα δοντιών είναι επίσης αποτελεσματικά. Παρόλα αυτά πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη η ανάγκη για συμμόρφωση και εκπαίδευση του ασθενούς.

Φθόριο

Στην προσπάθεια πρόληψης της τερηδονικής εξεργασίας το φθόριο διαδραματίζει μια ιδιαίτερη λειτουργία, που οφείλεται στην ιδιότητά του να

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2.
Αριστερά, Διάστιχο: μονό

συνδέεται με τους πλέον σταθερούς απατίτες, οι οποίοι αποτελούν το οργανικό τμήμα των σκληρών ιστών των θηλαστικών. Η ενσωμάτωση αυτή του ιχνοστοιχείου φθορίου δημιουργεί ένα σταθερότερο δομικό πλέγμα, το οποίο είναι ανθεκτικότερο στη δράση του συνήθως παραγόμενου οξέος από τα βακτήρια της πλάκας. Αποτέλεσμα της αντίδρασης μεταξύ υδροξυαπατίτη του δοντιού και φθορίου του υγρού περιβάλλοντος στο στόματος είναι η δημιουργία ασταθούς CaF_2 , το οποίο καθώς διαλύεται αργά παρέχει ιόντα φθορίου που είναι απαραίτητα για τη δημιουργία νέων κρυστάλλων φθοριωμένου απατίτη, ο οποίος προέρχεται από την αντικατάσταση του OH του υδροξυαπατίτη του F. Ο φθοριομένος απατίτης ή φθοριοαπατίτης εκτός από τη μεγάλη σταθερότητα που πιθανόν παρουσιάζει και ικανότητα αναστολής της προσκόλλησης των βακτηρίων στην εξωτερική επιφάνεια της αδαμαντίνης.

Η ενσωμάτωση του φθορίου στο δομικό πλέγμα της αδαμαντίνης γίνεται με δύο τρόπους:

1. γενική δράση: με την κυκλοφορία του αίματος εμπλουτίζεται το αναπτυσσόμενο δόντι.
2. τοπική δράση: άμεση επαφή με τις εκτεθειμένες οδοντικές επιφάνειες στο στοματικό περιβάλλον.

Μετά την οριστική διαπίστωση, τόσο της αντιτερηδονικής ιδιότητας του F όσο και του ακίνδυνου για την υγεία του ανθρώπου όταν λαμβάνεται καθημερινά σε μικρή ποσότητα (ως 1ppm), ήρθε σαν φυσικό επακόλουθο το θέμα της απολαβής της ιδιότητας αυτής του F.

Επειδή η ανθεκτικότητα των δοντιών εξαρτάται από τις διατροφικές και προσωπικές συνήθειες στοματικής υγιεινής του κάθε ατόμου, η χρήση του φθορίου θα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα των αναγκών του. Για το λόγο αυτό έχουν προταθεί πολλοί και διάφοροι μηχανισμοί χρήσης. Μερικές μέθοδοι εφαρμόζονται στο οδοντιατρείο από τον οδοντίατρο και το εξειδικευμένο προσωπικό, ενώ άλλες προτείνονται για εφαρμογή στο σπίτι και για κοινωνικά προγράμματα δημόσιας στοματικής υγείας. Όσον αφορά τη δημόσια υγεία, η πλέον αποτελεσματικό μέθοδος χορήγησης του φθορίου είναι η τεχνική φθορίωση του πόσιμου νερού. Η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου, στη μείωση της τερηδόνας, κυμαίνεται μεταξύ 50% και 60%. Το φθοριωμένο πόσιμο νερό έχει τόσο τοπική όσο και γενική δράση. Η άμεση επαφή του καταναλώμενου πόσιμου νερού με τις οδοντικές επιφάνειες, που έχουν ήδη ανατείλει, φαίνεται ότι είναι η περισσότερο σημαντική του δράση. Ένα πλεονέκτημα της φθορίωσης του πόσιμου

νερού, σε σχέση με άλλες προταθείσες τεχνικές ομαδικής χρήσης φθορίου, είναι ότι δεν απαιτείται συνεργασία του ασθενή διότι ο κάθε πολίτης χρησιμοποιώντας φθοριωμένο νερό για τις καθημερινές διατροφικές του ανάγκες δέχεται την ευεργετική επίδραση του φθορίου. Ακόμη και για τα άτομα που παρουσιάζουν μεγάλα προβλήματα τερηδόνας και που αποδεδειγμένα παραμελούν τη στοματική του υγιεινή, η φθορίωση του πόσιμου νερού θεωρείται ως η πλέον αποτελεσματική κοινωνική αγωγή στοματικής υγείας.

Έχει αποδειχθεί όμως, ότι η τοπική επίδειξη φθορίου τόσο στο ιατρείο όσο και στο σπίτι παρέχει μια επιπλέον αντιτερηδονική προστασία και ότι η ταυτόχρονη χρήση φθοριωμένου πόσιμου νερού και μιας σωστά ακολουθούμενης αποτελεσματικής αγωγής στοματικής υγείας, είναι δυνατόν να δημιουργήσουν συνθήκες αντιτερηδονικής προστασίας που πλησιάζουν το επίπεδο του 100%.

Παράγοντες που επηρεάζουν το ποσοστό πρόσληψης φθορίου από την αδαμαντίνη, μετά από τοπική επίθεση φθοριούχων μέσων είναι:

- Η συγκέντρωση του φθορίου στο προϊόν
- Το pH του προϊόντος
- Η θερμοκρασία χρήσης του προϊόντος
- Η διάρκεια και η συχνότητα χρήσης

Το σκεύασμα επιλέγεται ανάλογα με την αποτελεσματικότητά του, το βαθμό κινδύνου που παρέχει, τον υπάρχοντα τερηδονικό κίνδυνο, την ευκολία στη χρήση και τη γενική κατάσταση του ασθενή καθώς επίσης και από το βαθμό συνεργασίας του.

Τα φθοριούχα μέσα τοπικής επίθεσης που συνήθως χρησιμοποιούνται από τους οδοντιάτρους είναι διαλύματα, ζελέ επιθήξεων, βερνίκια και διαλύματα στοματοπλύσεων.

Μετά τη φθορίωση του πόσιμου νερού και την εφαρμογή τοπικών επιθήξεων, η σκέψη στράφηκε στην τυχόν δυνατότητα εμπλουτισμού με F διαφόρων βασικών ειδών διατροφής, όπως του γάλακτος, του ψωμιού, του μαγειρικού άλατος ή την καθημερινή λήψη F με τη μορφή διαφόρων σκευασμάτων (δισκία, τροχίσκοι, σταγόνες κλ.π.)

Όπου πάντως, δεν μπορεί να εφαρμοστεί η φθορίωση του νερού ύδρευσης των πόλεων, μπορεί να φθοριωθεί το νερό των σχολείων, κυρίως μικρών οικισμών, όπου είναι δυνατό να εγκατασταθεί ένα μικρό σύστημα ύδρευσης (δεξαμενή και βρύσες παροχής). Και επειδή τα παιδιά δεν βρίσκονται όλη την ημέρα και όλο το χρόνο στο χώρο του σχολείου, έχει συστηθεί η πυκνότητα του F

στο νερό αυτό να είναι περίπου πενταπλάσια (4-5ppm). Ύστερα από σχετικές μελέτες διαπιστώθηκε ότι η ενέργεια αυτή είναι και ασφαλής για την γενική υγεία των παιδιών, και αποτελεσματική για την καταπολέμηση της τερηδόνας.

Η χρήση φθορίου και φθοριούχων σκευασμάτων γενικότερα δεν περικλείει κανένα κίνδυνο για τους ασθενείς εφόσον γίνεται με σωστό τρόπο. Τα φθοριούχα σκευάσματα μπορεί να γίνουν επιβλαβή για την υγεία μόνο εάν υπερβληθούν κατά πολύ οι συνιστώμενες δόσεις τους. Ο οργανισμός διαθέτει επαρκή μηχανισμό μεταβολισμού και αποβολής του φθορίου όταν αυτό χορηγείται σε επιτρεπόμενες δόσεις. Σε περίπτωσης λήψης τοξικής δόσης φθορίου προκαλούνται σημεία και συμπτώματα που ποικίλλουν από γαστρεντερικές διαταραχές μέχρι και θάνατο ²⁸.

Αποφρακτικά Υλικά Οπών και Σχισμών (Sealants)

Στις μασητικές επιφάνειες των γομφίων, ο βιουμένας (οδοντική πλάκα) είναι δύσκολο να αφαιρεθεί λόγω των ανατομικών χαρακτηριστικών της παρουσίας δηλαδή οπών και σχισμών. Σαν αποτέλεσμα, η απομάκρυνση του δεν επιτυγχάνεται πάντα με αποτελεσματικό τρόπο. Μια εναλλακτική λύση που επιτρέπει πιο αποτελεσματικό έλεγχο του βιουμένα στην περιοχή αυτή είναι η χρήση αποφρακτικών υλικών οπών και σχισμών ή όπως είναι σήμερα γνωστά, η χρήση των sealants. Η κάλυψη των μασητικών επιφανειών σε προληπτική προσέγγιση έχει δείξει θετικά αποτελέσματα (μείωση τερηδονικού κινδύνου 33-65%) ⁴¹⁻⁴⁴. Παρόλα αυτά εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι το υλικό που χρησιμοποιείται για την έμφραξη. Επίσης απώλεια ή θραύση / διάβρωση του sealant πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, αφού υπάρχει μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στην ακεραιότητα του sealant και την μείωση του τερηδονικού κινδύνου. Σύμφωνα με έρευνες πολύ καλύτερα αποτελέσματα παρατηρούνται αν εκτελεστεί επανατοποθέτησή του. Έχουν διενεργηθεί διάφορες μελέτες για την βιωσιμότητα των μικροοργανισμών κάτω από τα sealants και τις αποκαταστάσεις γενικότερα. Τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντική μείωση του ολικού ποσού των βακτηρίων και τροποποίηση της σύνθεσης του τερηδονικού βιουμένα μετά από κάλυψη με sealants της τερηδονισμένης οδοντίνης. Επιπλέον, τα sealants μειώνουν την πιθανότητα βιωσιμότητας των βακτηρίων περίπου στο 50%.

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια, Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Διάστιχο: μονό

Η Στοματική Υγιεινή

Η ιδανική στοματική υγιεινή περιλαμβάνει μια σειρά από μέτρα. Αυτά είναι το βούρτσισμα των δοντιών, η χρήση του οδοντικού νήματος και των οδοντογλυφίδων, η χρήση του ελαστικού εντριπήρα για τα μεσοδόντια ούλα, η μάλαξη των ούλων, διάφορες στοματοπλύσεις και η μαστιχοθεραπεία. Το κυριότερο βέβαια είναι το βούρτσισμα των δοντιών.

❖ Το βούρτσισμα των δοντιών

Σκοπός του βουρτσίσματος είναι η αφαίρεση υπολειμμάτων τροφής αλλά παράλληλα κυρίως η αφαίρεση των μικροβιακών πλακών από τα δόντια και η παρεμπόδιση του σχηματισμού τους. Συγχρόνως με το βούρτσισμα των δοντιών πρέπει να βουρτσίζονται και τα αντίστοιχα ούλα για την παροχή μάλαξης σε αυτά.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά μιας σωστής οδοντόβουρτσας, εκείνα που παίζουν σημαντικό ρόλο για την καταλληλότητα τους είναι η προέλευση και η ποιότητα των θυσάνων των τριχών, ο αριθμός και το μήκος τους. Καλύτερες είναι οι βούρτσες με καλής ποιότητας λεπτές και ευλύγιστες συνθετικές τρίχες ίδιου μήκους και τακτοποιημένες σε θυσάνους. Όσον αφορά τη σκληρότητα πρέπει να χρησιμοποιούνται αυτές με μαλακές τρίχες. Στο εμπόριο προσφέρονται και ηλεκτρικές οδοντόβουρτσες και κινούνται με μπαταρίες ή με ρεύμα. Με αυτές μπορεί να λυθεί το πρόβλημα σε ορισμένα άτομα με αναπηρία στα χέρια ή σε άτομα αδέξια ή αμελή. Ακόμη λόγω της ευχάριστης εντύπωσης που προκαλούν, σαν να είναι παιχνίδια, μπορεί να υποδειχθούν σε αμελή παιδιά. Πρέπει όμως να λεχθεί ότι όχι μόνο δεν υπερτερούν από τις χειροκίνητες αλλά μάλλον μειονεκτούν.

Για τον τρόπο του βουρτσίσματος υπάρχουν διάφορες προτάσεις. Οι βασικές αρχές όμως οι οποίες πρέπει να τηρούνται είναι οι εξής:

α) Ο χρόνος που πρέπει να αφιερώνει ένα άτομο στο βούρτσισμα πρέπει να είναι τουλάχιστον 5 λεπτά. Το βούρτσισμα πρέπει να γίνεται δύο φορές την ημέρα, πρωί και βράδυ. Στα μεσοδιαστήματα δεν προλαβαίνει να παραχθεί ικανή ποσότητα οξέως για τον σχηματισμό τερηδόνας.

β) Το καθάρισμα των δοντιών πρέπει να γίνεται με τα άκρα των τριχών. Αυτό θα βοηθήσει στο να τοποθετηθεί κάθε στιγμή η βούρτσα σωστά απέναντι στα δόντια.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Διάστιχο: μονό

Μορφοποιήθηκε: Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 1,27 εκ.

γ) Πρέπει να βουρτσίζονται όλες οι επιφάνειες των δοντιών και να αφιερώνεται ο περισσότερος χρόνος για τα πίσω δόντια και τις γλωσσικές επιφάνειες όλων των δοντιών, που καθαρίζονται εύκολα.

δ) Πρέπει ταυτόχρονα να βουρτσίζονται και τα αντίστοιχα κάθε στιγμή ούλα, για τη μάλαξή τους, και γιατί με το βούρτσισμα και των ούλων αυξάνονται οι πιθανότητες να βουρτσιστούν τα δόντια σε όλη τους την έκταση, δηλαδή μέχρι τον αυχένα τους που είναι και το σημείο που συνήθως σχηματίζεται και παραμένει ευκολότερα η πλάκα.

ε) Η πλάκα σχηματίζεται πιο εύκολα στους αυχένες των δοντιών και τα μεσοδόντια διαστήματα, όπου και πρέπει να επικεντρώνεται η προσπάθεια μας κατά το βούρτσισμα.

Η πιο ενδεδειγμένη μέθοδος θεωρείται η μέθοδος κατά Bass όπου οι θύσανοι της βούρτσας τοποθετούσατε στα δόντια με γωνία 45° με τα άκρα προς τους αυχένες των δοντιών. Στη συνέχεια ωθούνται με ήπιες δονικές κινήσεις προς την παρυφή των ούλων και τα μεσοδόντια διαστήματα. Στη θέση αυτή και χωρίς να απομακρύνονται τα άκρα των θυσάνων από εκεί δίνεται στη βούρτσα για ελαφρά δονική κίνηση εγγύς-άπω²⁹.

Ο ΦΟΒΟΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

Γενικά

Το άγχος είναι μια παγκόσμια ανθρώπινη εμπειρία, προστατευτικού ή αμυντικού χαρακτήρα. Υποδεικνύει την παρουσία απροσδιόριστου κινδύνου ή απειλής και βιώνεται ως δυσάρεστη κατάσταση εσωτερικής έντασης. Ο άνθρωπος για να λειτουργήσει αποτελεσματικά, χρειάζεται να αναγνωρίσει σχέσεις-κλειδιά μεταξύ των διαφόρων γεγονότων που διαδραματίζονται στο περιβάλλον του και μέσω αυτών να αναζητά σήματα ασφαλείας. Παράλληλα, βρίσκεται σε ετοιμότητα για οιωνούς κινδύνου γιατί και αυτά μεταφέρουν πληροφορίες που σχετίζονται με την ασφάλειά του. Όταν ένα άτομο δεν λαμβάνει μηνύματα ασφαλείας, τότε βρίσκεται σε κατάσταση άγχους. Στην περίπτωση που αυτή η κατάσταση είναι παρατεταμένη, τότε το άγχος είναι χρόνιο. Το άγχος μοιάζει πολύ με το συναίσθημα του φόβου. Η διαφορά είναι πως στην περίπτωση του άγχους δεν υπάρχει φοβογόνα αντικείμενο, το σήμα κινδύνου είναι ασυνείδητο και το άτομο κατέχεται από μια διάχυτη και αόριστη αίσθηση επικείμενου κακού. Το άγχος είναι

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 1, Αριστερά, Διάστιχο: μονό

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια, Χωρίς υπογράμμιση

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Διάστιχο: μονό

δυνατόν να παραλύσει ή να αδρανοποιήσει τελείως τον πάσχοντα. Σε αντίθεση ο φόβος οδηγεί σε συντονισμένη αντίδραση η οποία είναι κυρίως φυγή ή επίθεση.

Ως ένα βαθμό το άγχος αποτελεί φυσιολογική εμπειρία. Αυτό συμβαίνει όταν έχει ένα βαθμό συμβατότητας με τις περιστάσεις και δεν αποδιοργανώνει. Είναι δυνατόν να προσφέρει και πλεονεκτήματα όπως η προετοιμασία για αντίδραση σε επικείμενο κίνδυνο ή απειλή, το γεγονός ότι δίνει μια αίσθηση επαγρύπνησης και το ότι οδηγεί σε αποφάσεις και ενέργειες. Μπορεί ακόμη να συμβάλλει στην απόκτηση ικανοτήτων αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων και τελικώς στην ωρίμανση της προσωπικότητας. Σε κάποιες περιπτώσεις όπως διάφορα θεάματα ή αθλοπαιδιές (περιπετειώδεις ταινίες, ποδόσφαιρο κ.λ.π.) μπορεί να βιώνεται και ως ευχάριστη, επιδιωκόμενη εμπειρία. Από ένα σημείο και μετά όμως, όταν είναι υπερβολικά έντονο και διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, το άγχος παύει να είναι ένα απλό σήμα κινδύνου, γίνεται παθολογικό και προσλαμβάνει το χαρακτήρα μιας κατάστασης που επιδεινώνει τις προσαρμοστικές ικανότητες, αποδιοργανώνει πλήθος δραστηριοτήτων και εξουθενώνει τον πάσχοντα.

Το άγχος συμπορεύεται με τους περιβαλλοντικούς στρέσορες. Συνήθως ενεργοποιείται σε περιπτώσεις απώλειας και σε άλλες καταστάσεις που συνιστούν απειλή για την φυσική και ψυχολογική ομαλότητα του ατόμου. Ακόμη, είναι σύμπτωμα αρκετών ψυχιατρικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη. Από άγχος συνοδεύονται και οι σωματικές παθήσεις. Μάλιστα σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας στις χρόνιες νόσους είναι η προοπτική εξάρτησης από άλλα άτομα. Στις αγχώδεις διαταραχές το άγχος βιώνεται ως κυρίαρχο σύμπτωμα αλλά προκαλείται μέσα από διαφορετικές περιστάσεις.

Στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι ότι ο ασθενής διακατέχεται από αίσθημα μεγάλης αδυναμίας μπροστά στην προοπτική ενός δυσανάλογου και ασαφούς, αν όχι τελείως άγνωστου κινδύνου. Η διαταραχή αυτή σπάνια διαγιγνώσκεται σε καθαρή μορφή. Συνήθως συνυπάρχει με κατάθλιψη, φοβικές διαταραχές ή/και κρίσεις πανικού⁴⁵.

Ιστορικά ο οδοντιατρικός φόβος αποδίδεται στην προσδοκία του πόνου. Στους προηγούμενους αιώνες αυτός ήταν ο κύριος οδηγός για την βελτίωση του ελέγχου του πόνου. Παρά όμως τις καινοτομίες στον έλεγχο του πόνου παγκοσμίως η επικράτηση του φόβου για τον οδοντίατρο παγκοσμίως βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα και αυτό αποτελεί σημαντικό φραγμό για οδοντιατρική περίθαλψη σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Το 2001 τα έξοδα για τις οδοντιατρικές ασθένειες αντιστοιχούσαν στο 5 με 10% του συνόλου των δαπανών για την υγεία, υπερβαίνοντας το κόστος θεραπείας των καρδιαγγειακών νοσημάτων, του καρκίνου και της οστεοπόρωσης στις βιομηχανικές χώρες. Σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, το κόστος της κλασικής αποκαταστατικής θεραπείας των οδοντικών ασθενειών πιθανόν να υπερβαίνει τους διαθέσιμους πόρους για φροντίδα της υγείας. Η προαγωγή της οδοντικής υγείας και οι στρατηγικές πρόληψης είναι σαφώς περισσότερο προσιτές και υποστηρικτές. Παρόλα αυτά οι μη απειλητικές για τη ζωή οδοντικές θεραπείες είναι επιζήμιες για την ποιότητα της ζωής κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας ως την Τρίτη ηλικία και μπορεί να έχει αντίκτυπο τόσο στον αυτοσεβασμό όσο και στην ικανότητα λήψης τροφής, αλλά και γενικότερα στην δίαιτα και την γενική υγεία ενός ατόμου. Οι στοματικές ασθένειες συνδέονται με σημαντικό πόνο, άγχος και διαταραχή της κοινωνικής λειτουργίας. Η οδοντική φθορά οδηγεί σε απώλεια δοντιών, η οποία μειώνει την ικανότητα πρόσληψης ισορροπημένης και θρεπτικής τροφής, την απόλαυση του φαγητού, την εμπιστοσύνη για κοινωνικοποίηση και την ποιότητα της ζωής^{45, 70}.

Ο οδοντιατρικός φόβος / άγχος είναι ένας κοινός φόβος. Περίπου 6-15% του πληθυσμού υποφέρει από υψηλό οδοντιατρικό φόβο και αποφυγή του οδοντιάτρου/επισκέψεων παγκοσμίως. Η αρχή του οδοντιατρικού φόβου έχει τις ρίζες της στην παιδική ηλικία, κορυφώνεται στην πρώιμη ενήλικη ζωή και μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας. Το γεγονός του οδοντιατρικού φόβου προκαλεί έναν φαύλο κύκλο κατά τον οποίο οι ασθενείς αποφεύγουν τις επισκέψεις στον οδοντίατρο προκαλώντας επιδείνωση της οδοντικής του κατάστασης, κι έτσι απαιτούνται πιο περίπλοκες θεραπείες που όταν εφαρμόζονται ενισχύουν την αρχική συμπεριφορά αποφυγής. Όταν φοβισμένοι ασθενείς εμφανίζονται στο ιατρείο για θεραπεία, μπορεί να θέσουν ειδικά ζητήματα μεταχείρισης από τους ειδικούς.

Παρά τις τεράστιες καινοτομίες και πλεονεκτήματα της σύγχρονης οδοντιατρικής με τη βελτιωμένη αναισθησία και ενοργάνιση (εξοπλισμό), ο φόβος των οδοντιατρικών υπηρεσιών είναι ακόμη επικρατών και ελεύθερα αποδεκτός από πολλούς ανθρώπους. Γενικά, πολύ λίγοι άνθρωποι είναι ελεύθεροι από κάποιο, οποιοδήποτε είδους φόβο ή πρόβλημα άγχους. Νεότεροι ερευνητές ανακάλυψαν ότι ο οδοντιατρικός φόβος δεν έχει ομοιογένεια στον πληθυσμό αλλά ποικίλει κατά μήκος μιας συνεχούς διαβάθμισης που κυμαίνεται από έναν ήπιο φόβο που ξεπερνιέται με καθυσύχασση μέχρι ιδιαίτερη φοβία που παρεμποδίζει

κάθε οδοντιατρική διαδικασία από το να πραγματοποιηθεί με επιτυχία. Έτσι, όπως αναφέρθηκε, η προφανής συνέπεια της φοβικής αντίδρασης είναι η αποφυγή της οδοντικής θεραπείας. Ο οδοντιατρικός φόβος έχει ενοχοποιηθεί σαν σημαντικός παράγοντας για διακοπή ή ακύρωση οδοντιατρικών συνεδρίων. Έχει επαναλαμβανόμενα αναγνωριστεί σαν παράγοντας καθυστέρησης στην παροχή έγκαιρης πρόληψης και θεραπευτικής και έχει σαν αποτέλεσμα καταστροφικές συνέπειες. Αυτή η αποφυγή και αμέλεια συνήθως προκαλεί την ύπαρξη πολύ πιο εκτεταμένης οδοντικής φθοράς και περιοδοντίτιδας.

Παρόλο που η όλη ιδέα της οδοντιατρικής μοιάζει να προκαλεί φόβο, πολλοί άνθρωποι είναι ικανοί να αναγνωρίσουν συγκεκριμένες «όψεις» της οδοντιατρικής που τους προκαλούν φόβο. Το σημαντικότερο ερέθισμα που συνήθως προκαλεί φόβο/άγχος είναι η θέα της βελόνας, η αίσθηση του τροχού και η πιθανότητα αίσθησης φόβου παρά την τοπική αναισθησία⁴⁶.

Επίσης ο οδοντιατρικός φόβος δεν οδηγεί μόνο σε αποφυγή της οδοντιατρικής φροντίδας αλλά επηρεάζει γενικότερα το άτομο και σύμφωνα με έρευνες προκαλεί διαταραχές ύπνου, αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και εμπιστοσύνης⁴⁷.

Η έννοια και το περιεχόμενο του άγχους.

Τα τελευταία χρόνια, το άγχος έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών επιστημονικών κλάδων. Παρά το διεπιστημονικό ενδιαφέρον, η έννοια του άγχους δημιουργεί αρκετές δυσκολίες, καθώς δεν υπάρχει ένα γενικά αποδεκτό θεωρητικό υπόβαθρο από όλους και κάθε ερευνητής εισάγει δικούς του όρους για την κατανόηση του φαινομένου. Ένας από τους ορισμούς που πρόέκυψε τα τελευταία χρόνια είναι ο εξής:

«Άγχος είναι ένα ιδιότυπο βίωμα μεγάλης εσωτερικής δυσφορίας, που προκαλείται από μια αόριστη εσωτερική απειλή, η οποία με έχουσα συγκεκριμένο αντικείμενο δεν μπορεί να αποφευχθεί από το άτομο το οποίο και εξουθενώνεται» .

Το άγχος αφορά «συναισθηματικές καταστάσεις διέγερσης και έντασης και είναι συχνά μια βασανιστική κατάσταση απόγνωσης. Χαρακτηρίζεται από τη διάχυτη εντύπωση ενός μεγάλου κινδύνου λιγότερο ή περισσότερο πραγματικού, φυσικού ή ψυχικού, και συχνά μόλις συνειδητού, μπροστά στον οποίο νοιώθει κανείς αδύναμος.»

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Διάστιχο: μονό, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ κειμένου δυτικής γραφής και ασιατικού κειμένου, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ ασιατικού κειμένου και αριθμών

Ένας άλλος ορισμός που δίνεται για το άγχος αναφέρεται στην «αναγνώριση ότι τα γεγονότα που αντιμετωπίζει κανείς βρίσκονται έξω από το πεδίο καταλληλότητας του συστήματος νοητικών κατασκευών (=τρόπος αντίληψης και ερμηνείας των γεγονότων , δηλαδή δε μπορεί να τα ερμηνεύσει)».

Η έννοια της κατάστασης του άγχους «αναφέρεται στις τρέχουσες αλλαγές που προκαλούν οι στρεσογόνες συνθήκες τόσο στην ψυχολογική λειτουργία των ρυθμιστικών μηχανισμών όσο και στη συμπεριφορά του ατόμου» .

Η υποκειμενική αντίληψη του συναισθήματος του άγχους αποδίδεται με διάφορους όρους όπως φόβος, αγωνία, απειλή και στρες.

Φόβος

«Φόβος είναι το δυσάρεστο συναίσθημα που νοιώθει κάποιος μπροστά στην απειλή κάποιου συγκεκριμένου και κατανοητού λογικά κινδύνου, που συνήθως συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και συναισθηματική ταραχή, καθώς και από την επιθυμία του ατόμου να αμυνθεί ή να τραπέι σε φυγή».

Ο φόβος είναι αντικειμενική παρουσία ενός εξωτερικού, αντικειμενικού, υπαρκτού και αληθινού κινδύνου. Δημιουργεί είτε την τάση της αποφυγής και της φυγής είτε την προετοιμασία για την επίθεση και τον αγώνα. Αντίθετα, στο άγχος το οποίο είναι υποκειμενικό δημιούργημα, ο κίνδυνος και η απειλή υποβόσκουν όντας άγνωστα και απροσδιόριστα. Η αναμονή αυτών καθηλώνει, αδρανοποιεί και παραλύει το άτομο. Ως προς την περιγραφή τους από τον πάσχοντα το άγχος περιγράφεται ενσυνείδητα, αόριστα κι έχει χρόνια διάρκεια, ενώ ο φόβος περιγράφεται ασυνείδητα, πολύ συγκεκριμένα κι έχει βραχεία εντόπιση . Σε κατάσταση φόβου, το άτομο είναι σε θέση να οργανώσει την άμυνα του διότι η αιτία που τον προκαλεί είναι γνωστή και συγκεκριμένη, αντιθέτως στο άγχος αυτό δεν είναι εφικτό, επειδή ο κίνδυνος είναι εσωτερικό⁷³.

Απειλή

Η απειλή ορίζεται ως «η επίγνωση μιας επικείμενης ευρύτατης αλλαγής στην πυρηνική δομή κάποιου. Κάθε φορά που οι άνθρωποι αναλαμβάνουν κάποια νέα δραστηριότητα, εκτίθενται στη σύγχυση. Η σύγχυση μπορεί να οδηγήσει σε κάτι καινούργιο ή να εξελιχθεί σε απειλή για το άτομο».

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Διάστιχο: μονό, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ κειμένου δυτικής γραφής και ασιατικού κειμένου, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ ασιατικού κειμένου και αριθμών

Μορφοποιήθηκε: Εκθέτης

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Διάστιχο: μονό, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ κειμένου δυτικής γραφής και ασιατικού κειμένου, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ ασιατικού κειμένου και αριθμών

Το άγχος είναι στενά συνδεδεμένο με την έννοια της απειλής αντικειμενικής ή υποκειμενικής, πραγματικής ή συμβολικής . Το άγχος είναι μια αντίδραση φόβου, που κυμαίνεται από την απλή δυσφορία μέχρι τον πιο μεγάλο πανικό. Για να εκδηλωθεί απαιτούνται συνθήκες πραγματικής η φανταστικής απειλής. Το άτομο καταλαμβάνεται από δυσφορία, αγωνία, ανησυχία, μελαγχολία και πολλές φορές πλήρη πανικό λόγω της αδυναμίας εύρεσης τρόπων αντιμετώπισής της .

Η αντίληψη μιας περίπτωσης ως απειλητικής και οι ψυχολογικές αντιδράσεις προς αυτήν εξαρτώνται από την προσωπικότητα του ατόμου, το φιλοσοφικό του προσανατολισμό, τις κληρονομικές προδιαθέσεις του, την κοινωνική και πολιτιστική υποδομή του, την εμπειρία του, το βαθμό ευφυΐας, τις συνήθειες και τη μόρφωσή του.⁷³

Αγωνία

«Αγωνία είναι μια από τις πολλές λέξεις με τις οποίες αποδίδεται στα ελληνικά η υποκειμενική αντίληψη του συναισθήματος του άγχους. Το άτομο λέγοντας ότι έχει αγωνία, εννοεί ότι έχει άγχος, χωρίς να γνωρίζει πολλές φορές ότι οι δυο λέξεις είναι συνώνυμες».

Η αγωνία και το άγχος διαχωρίζονται δύσκολα. Η λέξη άγχος σημαίνει μια περίπλοκη ψυχική κατάσταση στην οποία συμμετέχουν το συγκινησιακό, το συναισθηματικό, το ιδεονοητικό και το αισθητηριακό – σωματικό στοιχείο. Γι' αυτό και το άγχος χαρακτηρίζεται από το άτομο σαν αίσθημα αποτυχίας, αδυναμίας, ηττοπάθειας και έλλειψης προσαρμογής. Στην αγωνία το αντικείμενό της είναι πιο φανερό, πιο εξωτερικό, πιο πραγματικό και προσιτό, γι' αυτό υπάρχει δυνατότητα διαφυγής και διεξόδου, η οποία οδηγεί στην ανάπτυξη δραστηριότητας. Η αγωνία εκφράζεται με περισσότερη ανησυχία από το άγχος και για το λόγο αυτό προκαλεί εντονότερες κινητικές αντιδράσεις για αποφυγή, αποτροπή και κατανίκηση του κινδύνου, από ότι το άγχος που διαποτίζει, ακινητοποιεί, παραλύει και καταβάλλει το άτομο.⁷³

Στρες

Το στρες ή αλλιώς ψυχολογική ένταση ορίζεται ως «μια ιδιαίτερη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον η οποία εκφράζεται με την εκτίμηση του ότι η

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Διάστιχο: μονό, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ κειμένου δυτικής γραφής και ασιατικού κειμένου, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ ασιατικού κειμένου και αριθμών

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Διάστιχο: μονό, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ κειμένου δυτικής γραφής και ασιατικού κειμένου, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ ασιατικού κειμένου και αριθμών

κατάσταση που αντιμετωπίζει επιβαρύνει σημαντικά ή και υπερβαίνει τα ψυχικά αποθέματα του κι έτσι θέτει σε κίνδυνο την ψυχική του ισορροπία». Το στρες σχετίζεται με στρεσογόνους παράγοντες που συναντώνται στην καθημερινότητα. Κάθε άνθρωπος μπορεί να το βιώσει ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, μόρφωσης ή κοινωνικής τάξης γιατί αποτελεί την απάντησή του σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα. Παρόλα αυτά, πιστεύεται, ότι υπάρχουν ατομικές προδιαθέσεις στην αντίδραση απέναντι του στρες, γι' αυτό διαφορετικά άτομα που εκτίθενται στις ίδιες αιτίες στρες, αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο. Τόσο οι επιστήμονες όσο και ο απλός κόσμος χρησιμοποιούν τις έννοιες του «άγχους» κ του «στρες» ως συνώνυμες. Το στρες αποτελείται από μια σύνθετη ψυχοβιολογική διεργασία η οποία προκαλείται από ένα στρεσογόνο ερέθισμα το οποίο δημιουργεί την αντίληψη μιας απειλητικής κατάστασης, προκαλώντας άγχος στο άτομο. Δεν οδηγεί σε πλήρη αμηχανία ούτε συνδέεται με εσωτερικές συγκρούσεις. Περιορίζεται σε συγκεκριμένη περίπτωση με μικρή χρονική διάρκεια. Το άγχος είναι αντίδραση προς το στρες, το οποίο βιώνεται ως δυσάρεστο συναίσθημα και απαιτεί αντιμετώπιση από το άτομο. Κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα των δυο είναι οι σωματικές εκδηλώσεις και η συναίσθηση της πίεσης από το πρόσωπο-⁷³

Φοβία-ΦΒΙΑ

_____ = Μια ειδική κατηγορία παράλογου φόβου, δυσανάλογα έντονη σε σχέση με το γεγονός που την προκάλεσε, η οποία δεν μπορεί να εξηγηθεί ή να θεμελιωθεί λογικά, βρίσκεται υπεράνω του εκούσιου ελέγχου και οδηγεί σε αποφυγή της καταστάσεως από την οποία προέκυψε. Οι ασθενείς που πάσχουν από φοβία, συνήθως αναγνωρίζουν ότι οι φόβοι τους δεν είναι βάσιμοι και πως οι άλλοι άνθρωποι δικαιολογημένα δε φοβούνται τα ίδια πράγματα. Οι φοβικοί δεν είναι ικανοί να εξηγήσουν τη φοβία τους, που θεωρείται παράλογη, παρόλο που ορθολογικές εξηγήσεις μπορεί να προβάλλονται για αυτήν.⁷³

Διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος-

Οι διαταραχές, που σχετίζονται με το άγχος, διακρίνονται στις ψυχοσωματικές και στις σωματοψυχικές. Οι ψυχοσωματικές διαταραχές αναφέρονται σε σωματικά - οργανικά συμπτώματα που προκαλούνται από ψυχολογικούς παράγοντες, ενώ οι σωματοψυχικές αναφέρονται σε ψυχολογικά

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Διάστιχο: μονό, Ρύθμιση
διαστήματος μεταξύ κειμένου δυτικής
γραφής και ασιατικού κειμένου,
Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ ασιατικού
κειμένου και αριθμών

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Διάστιχο: μονό, Ρύθμιση
διαστήματος μεταξύ κειμένου δυτικής
γραφής και ασιατικού κειμένου,
Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ ασιατικού
κειμένου και αριθμών

συμπτώματα που προκαλούνται από σωματικούς παράγοντες. Τα δυο αυτά είδη βρίσκονται σε συνεχή αλληλεξάρτηση μέσω μιας κυκλικής διαδικασίας.

Τα συμπτώματα του άγχους-

Το άγχος αποτελεί ένα καθολικό σύμπτωμα. Συνήθως οι ασθενείς το περιγράφουν σαν μια εναγώνια αναμονή κάποιας δυσάρεστης κατάστασης. Αυτή βιώνεται σαν βάρος πάνω στο στήθος συνοδευόμενο από νευροφυτικές διαταραχές όπως ταχυκαρδία, συχνοουρία, διάρροια, ναυτία, εφίδρωση.

Οι πρώτες ενδείξεις, ότι τα επίπεδα στρες έχουν ανέβει, είναι πολλές φορές αδιόρατες και δεν γίνονται αντιληπτές από το άτομο. Σε αυτές περιλαμβάνονται δυσκολίες στη συγκέντρωση, γρήγορη ομιλία, ανυπομονησία, συχνές εκρήξεις θυμού και ένα επίμονο αίσθημα κούρασης. Το άτομο συνήθως παραβλέπει αυτές τις ενδείξεις και επιπλέον αυξάνει την προσπάθεια συγκέντρωσης, με αποτέλεσμα την αποτυχία και τον εκνευρισμό. Προκειμένου να καταπολεμήσει το άγχος, το άτομο καταφεύγει σε διάφορες εξαρτησιογόνες ουσίες όπως το κάπνισμα ή το αλκοόλ αλλά και στο φαγητό.

Από τη σκοπιά της βιολογίας, το άγχος προκαλείται «*από την υπερέκκριση φλοιοτρόπου ορμόνης, που με τη σειρά της επιδρά στο φλοιό των επινεφριδίων προκαλώντας την έκκριση γλυκορτικοειδών*» .

Με ανάλογο τρόπο διαμορφώνονται τα συμπτώματα εκδήλωσης του άγχους. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα για το μυϊκό σύστημα είναι οι μυϊκοί πόνοι, τα πιασίματα, η δυσκαμψία και το τρίξιμο των δοντιών, ενώ στα αισθητηριακά οι εμβοές, η θόλωση της όρασης, το αίσθημα αδυναμίας και τα μουδιάσματα. Στα ψυχολογικά συμπτώματα του άγχους συμπεριλαμβάνονται η βαριεστημάρα, η τάση για αναβολή, η έλλειψη ικανοποίησης από τη ζωή ενώ στα γνωσιακά η αφηρημάδα, οι διαταραχές μνήμης και η δυσκολία συγκέντρωσης. Στα γαστρεντερικά συμπτώματα ανήκουν η δυσπεψία, η ναυτία, ο εμετός και η απώλεια βάρους. Τέλος, στα ουρογεννητικά υπάρχουν συμπτώματα όπως η συχνοουρία, η πρόωρη εκσπερμάτιση και η ανικανότητα.

Περισσότερο σοβαρές ασθένειες θεωρούνται η αρτηριακή υπέρταση, το έλκος στομάχου, καθώς και το ευερέθιστο έντερο. Ο σακχαρώδης διαβήτης και τα καρδιακά προβλήματα, όπως η στηθάγχη ή το έμφραγμα μπορούν να οδηγήσουν στο θάνατο. Ο καρκίνος θεωρείται από πολλούς ειδικούς συνέπεια του άγχους .

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Διάστιχο: μονό, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ κειμένου δυτικής γραφής και ασιατικού κειμένου, Ρύθμιση διαστήματος μεταξύ ασιατικού κειμένου και αριθμών

Αιτίες οδοντιατρικού φόβου ή άγχους

Η σημαντικότερη αιτία οδοντιατρικού άγχους είναι ο φόβος του πόνου. Παλαιότερες μελέτες δείχνουν πως το 6-15% του γενικού πληθυσμού υποφέρει από τον φόβο αυτό ενώ πιο πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν πως το ποσοστό αυτό αγγίζει το 50%.

Ως πόνος ορίζεται η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή απαπειλούμενη/επαπειλούμενη ιστική βλάβη ή περιγράφεται σε σχέση με τέτοια βλάβη.

Μετά την πάροδο στον τομέα της οδοντιατρικής τα μέσα που χρησιμοποιούνται τόσο της τοπικής αναισθησία όσο και της γενικότερης αντιμετώπισης των οδοντιατρικών ασθενειών, κατευθύνονται στην ελαχιστοποίηση του πόνου, της δυσανεξίας και της ενόχλησης από μέρους του ασθενούς.

Άλλη σημαντική αιτία του οδοντιατρικού φόβου είναι η αίσθηση της απώλειας ελέγχου του ασθενούς. Στην οδοντιατρική έδρα (καρέκλα) ο ασθενής πρέπει να μένει ακίνητος. Το γεγονός αυτό του δημιουργεί ένα άγχος το οποίο ενισχύεται με τη δυσκολία του να κατανοήσει τι συμβαίνει ή να προβλέψει τι πρόκειται να τον πονέσει.

Η αμηχανία είναι ακόμη μια σημαντική αιτία άγχους και φόβου. Το στόμα αποτελεί μια ιδιαίτερη περιοχή του ανθρώπινου σώματος και ο ασθενής είναι δυνατόν να αισθάνεται άβολα και αμήχανα όταν ο γιατρός κοιτάζει μέσα σε αυτό. Ιδιαίτερα αν έχει συναισθηση πως η οδοντική του κατάσταση δεν είναι καλή. Ταυτόχρονα η οδοντιατρική θεραπεία απαιτεί φυσική επαφή. Κατά τη διάρκεια της ο γιατρός βρίσκεται λίγα εκατοστά από το πρόσωπο του ασθενούς, γεγονός που μπορεί να τον φέρει σε δύσκολη θέση και να του προκαλέσει άγχος.

Τέλος, πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η προηγούμενη οδοντιατρική εμπειρία του ασθενούς τόσο όσον αφορά στην συχνότητα με την οποία επισκέπτεται τον οδοντίατρο όσο και στο πόσο επίπονη ήταν η προηγούμενη εμπειρία. Όσο συχνότερα κάποιος επισκέπτεται τον οδοντίατρο τόσο λιγότερο άγχος του προκαλεί η ιδέα μιας επόμενης συνεδρίας. Το γεγονός αυτό συνδέεται συχνά με την απουσία από το στόμα του σημαντικών αλλοιώσεων εφόσον ακολουθεί ένα τακτικό πρόγραμμα επισκέψεων και την κατά συνέπεια απουσία εμπειρίας του οδοντικού πόνου. Επιπλέον, σε όσο μικρότερη ηλικία ξεκινούν οι επισκέψεις στον οδοντίατρο τόσο πιο εξοικειωμένο γίνεται το άτομο με τη διαδικασία αυτή και τόσο πιο απελευθερωμένο από άγχος/φοβία.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Διάστιχο: μονό

Επίσης όσο πιο επίπονη είναι η προηγούμενη εμπειρία ενός ατόμου από την αντιμετώπιση κάποιου οδοντιατρικού προβλήματος τόσο πιο αγχωμένο—/φοβισμένο πρόκειται να είναι στην επόμενη επίσκεψή του.

Άλλες αιτίες που προκαλούν άγχος/ φόβο στον ασθενή είναι η πεποίθηση ότι η οδυνηρή θεραπεία είναι αναπόφευκτη, όταν δεν καταλαβαίνουν τη διαδικασία στην οποία θα προβεί ο οδοντίατρος ή υποθάλπουν ένα γενικό φόβο για το άγνωστο. Ακόμη αν έχουν βιώσει την έκθεση σε τρομακτικά πορτρέτα οδοντιάτρων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή αν έχουν μεταβιβαστεί σε αυτούς δυσάρεστες εμπειρίες από διηγήσεις γνωστών. Τέλος αν φοβούνται ότι θα γελοιοποιηθούν ανάλογα με το πώς θα αντιδράσουν σε καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν κατά την επίσκεψή τους στον οδοντίατρο.

Σύμφωνα με τον Quteish Taani⁴⁸, στους λόγους των μη συχνών οδοντιατρικών επισκέψεων συμπεριλαμβάνεται η έλλειψη χρόνου (36%), η πεποίθηση ότι δεν χρειάζεται η θεραπεία (34%), ο φόβος για τον οδοντίατρο (13%) και το κόστος της θεραπείας (17%). Συγκεκριμένα οι συνθήκες μπορούν να επιδεινωθούν σημαντικά όταν συνυπάρχει ο φόβος της ένεσης και του τροχού, που παρατηρείται κυρίως στις γυναίκες και σε όσους δεν επισκέπτονται συχνά (τουλάχιστον ετησίως) τον οδοντίατρο. Άλλοι μελετητές έχουν παρατηρήσει πως οι γυναίκες είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν οδοντιατρικό φόβο/άγχος που συνήθως αποδίδεται σε προηγούμενη αρνητική οδοντιατρική εμπειρία. Η βιβλιογραφία περιλαμβάνει διάφορες προτάσεις για την αντιμετώπιση του οδοντιατρικού άγχους όπως για παράδειγμα δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, κατάλληλη ενδυμασία, δημιουργία διαθέσιμης φαρμακευτικής αγωγής⁴⁹.

Αποτελέσματα του οδοντιατρικού φόβου

Έχει τεκμηριωθεί επαρκώς πως ο οδοντιατρικός φόβος έχει σημαντικό αντίκτυπο στην συμπεριφορά χρήσης της οδοντικής φροντίδας^{50, 51, 52}. Πολλές μελέτες αναγνωρίζουν τον οδοντιατρικό φόβο σαν το βασικότερο εμπόδιο αναζήτησης οδοντιατρικής φροντίδας. Για παράδειγμα, μια πληθυσμιακή μελέτη ανακάλυψε πως η πλειονότητα των συμμετεχόντων με οδοντιατρικό φόβο απέφευγε την απαραίτητη οδοντιατρική φροντίδα. Μια μελέτη που διεξήχθη σε Σουηδές 38 έως 84 ετών έδειξε ότι υψηλά ποσοστά οδοντιατρικού φόβου συσχετιζόνταν με λανθασμένη συμπεριφορά χρήσης οδοντιατρικής φροντίδας⁵¹. Σε ένα δείγμα Νορβηγών ενηλίκων, ο φόβος αναφερόταν ως ο κύριος λόγος για την ακύρωση ή την απώλεια οδοντιατρικών συνεδριών⁵².

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2, Αριστερά, Διάστιχο: μονό

Από την άλλη πλευρά, μια έρευνα που διεξήχθη από τον Hakeberg & συν.⁵⁵ πως πολλοί αγχώδεις ασθενείς που έχουν επίγνωση της κατάστασης τους ήταν τακτικοί όσον αφορά τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο. Ο Vassend⁵³ επίσης αναφέρει ότι ο υψηλός βαθμός φόβου δεν παρακωλύει απαραίτητα τις τακτικές οδοντιατρικές επισκέψεις και τη συμβατική οδοντιατρική θεραπεία. Ο Schuller & συν.⁵⁴ ~~Ανακάλυψαν~~ ~~ανακάλυψαν~~ πως καλοί «φοβικοί» ασθενείς επισκέπτονται τον οδοντίατρο τακτικά και δεν υπάρχει καμία διαφορά ανάμεσα στις ομάδες υψηλού και χαμηλού κινδύνου στις καθημερινές πρακτικές προσωπικής στοματικής υγιεινής, όπως το βούρτσισμα, το οδοντικό νήμα ή τις οδοντογλυφίδες. Υπάρχει μια τάση παρόλα αυτά για τα άτομα με υψηλά επίπεδα φόβου να απευθύνονται για επαγγελματική οδοντιατρική φροντίδα λιγότερο συχνά και τα άτομα αυτά είναι πιο πιθανό να μην έχουν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τα τελευταία 3 χρόνια.

Οι συνέπειες του οδοντιατρικού φόβου στα αποτελέσματα της στοματικής υγείας έχουν απασχολήσει πολλές μελέτες. Γενικά, ο φόβος σχετίζεται με την μειωμένη κατάσταση στοματικής υγείας⁵⁵, με τη φτωχή ποιότητα ζωής όσον αφορά την στοματική υγεία⁵⁶ και με προβλήματα στην ψυχολογία γενικότερα όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και το μειωμένο ηθικό. Οι McGrath και Bedi⁵⁶ αναφέρουν ότι οι άνθρωποι με φτωχή στοματική υγεία βρίσκονται συνήθως ανάμεσα σε αυτούς με τα μεγαλύτερα ποσοστά φόβου. Άλλοι ερευνητές σημειώνουν πως σε σύγκριση με τους ανθρώπους με χαμηλά ποσοστά φόβου, αυτοί με μεγαλύτερα ποσοστά παρουσιάζουν μεγαλύτερο αριθμό τερηδονισμένων επιφανειών και δοντιών και σαφώς μεγαλύτερη απώλεια δοντιών και ταυτόχρονα μικρότερο αριθμό σφραγισμένων ή ακέραιων δοντιών⁵⁴.

Μαζί με τον οδοντιατρικό φόβο, διάφοροι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την συμπεριφορά χρήσης των οδοντιατρικών υπηρεσιών και τα αποτελέσματα της στοματικής υγείας. Για παράδειγμα, τα χαμηλότερου οικονομικού επιπέδου άτομα είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν συγκεκριμένου τύπου οδοντιατρική φροντίδα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ενώ τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι πιο πιθανό να πειθαρχούν σε πρόγραμμα τακτικών επισκέψεων. Επίσης, όσον αφορά το φύλλο οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τον οδοντίατρο και τηρούν τις προκαθορισμένες συνεδρίες παρά το γεγονός ότι φοβούνται περισσότερο από τους άνδρες.

Γενικότερα, βρίσκεται στην δικαιοδοσία της δημόσιας υγείας να καθορίσει την έκταση στην οποία ο φόβος ανεξάρτητα επηρεάζει τις συμπεριφορές και τα

αποτελέσματα της οδοντικής υγείας στο γενικό πληθυσμό, ελέγχοντας για παράγοντες γενικής υγείας και κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες⁵⁷.

Διάγνωση του οδοντιατρικού φόβου

Οι αγχωμένοι / φοβισμένοι οδοντιατρικοί ασθενείς τείνουν να παρουσιάζουν μια συμπεριφορά αποφυγής του οδοντιάτρου και αναζητούν περίθαλψη μόνο σε περίπτωση οξέος πόνου. Η αποφυγή αυτή συχνά περιπλέκει τις οδοντιατρικές εργασίες που απαιτούνται, προκαλεί άγχος στον οδοντίατρο και εμπλέκεται με την ικανότητα του οδοντιάτρου να παρέχει σωστή φροντίδα και θεραπεία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή. Επιπλέον, εξαιτίας της έλλειψης επαρκών γνώσεων από μέρους των οδοντιάτρων να διαχειριστούν τα σχετιζόμενα με το άγχος ψυχολογικά θέματα, η επικοινωνία με τον ασθενή και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας πάσχουν. Για το λόγο αυτό οι οδοντίατροι πρέπει να αποκτήσουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται επαρκώς τους φοβικούς ασθενείς.

Τα εργαλεία αξιολόγησης όπως η Κλίμακα Οδοντιατρικού Άγχους DAS, τα Dental Anxiety Inventory και Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory χρησιμοποιούνται συχνά για ερευνητικούς σκοπούς στην ανίχνευση του φοβικού ασθενή. Τα μέτρα αυτά έχουν μεγάλη εγκυρότητα και αξιοπιστία, αλλά σπάνια χρησιμοποιούνται κλινικά λόγω της αντίληψης του ευαίσθητου περιεχομένου της έρευνας. Οι κλινικοί είναι επίσης απρόθυμοι να απευθύνουν τις έρευνες τους προς τους ασθενείς από φόβο για τα αρνητικά αποτελέσματα της έρευνας. Παρόλα αυτά, άσχετα από τις αιτίες, χωρίς την αντιμετώπιση του φόβου των ασθενών για την οδοντιατρική οι οδοντίατροι δεν θα καταφέρουν να χτίσουν σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή και να καταφέρουν τη συμμόρφωση του στη θεραπεία. Δεδομένων των δύσκολων συνθηκών είναι σημαντικό να διερευνηθεί αν οι τρέχοντες κατάλογοι πληροφοριών για τον ασθενή εξυπηρετούν σαν εργαλείο αξιολόγησης και να αντικατοπτρίζει το πρότυπο αποφυγής χωρίς να προκαλεί επιπρόσθετα μέτρα άγχους στις κλινικές δομές⁵⁸.

Διαχείριση του οδοντιατρικού Άγχους – Συμπεριφορά προς τον ασθενή

Γενικά οι διάφορες προσεγγίσεις για αντιμετώπιση του οδοντιατρικού άγχους θα έπρεπε να συζητούνται με τον ασθενή. Αυτό θα δώσει στον ασθενή ένα

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Διάστιχο: μονό

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Διάστιχο: μονό

αίσθημα συμμετοχής και θα τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά το άγχος που συνδέεται με τις οδοντιατρικές επισκέψεις. Για να είναι αποτελεσματική η διαχείριση του άγχους/φόβου θα πρέπει να εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή. Σύμφωνα με μια οπτική θα πρέπει πρώτα να χρησιμοποιούνται λιγότερο επεμβατικές τεχνικές όπως για παράδειγμα μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις (επικοινωνία, διαχείριση συμπεριφορά) και μέθοδοι τοπικής αναισθησίας (έλεγχος πόνου). Αν οι μέθοδοι αυτές αποτύχουν να ελέγξουν το άγχος/ φόβο αποτελεσματικά ή αναμένεται να είναι ανεπαρκής, συνίσταται η χρήση φαρμακολογικών μέσων (καταστολή εισπνοής, ενδοφλέβια νάρκωση και γενική αναισθησία).

➤ Διαχείριση ασθενούς

Η πρόληψη και η θεραπεία των οδοντιατρικών ασθενειών η διατήρηση της μασητηριακής λειτουργίας και η βελτίωση της αισθητικής εμφάνισης είναι ανάμεσα στους πρωτεύοντες στόχους της σύγχρονης οδοντιατρικής. Η επίτευξη των στόχων αυτών χωρίς δυσκολίες ή επιπλήξεις είναι αυτό που θεωρείται φυσιολογικό. Ο περιστασιακός ασθενής του οποίου το στόμα είναι δύσκολο να μουδιάσει με την τοπική αναισθησία ή που επιδεικνύει πρόβλημα στη διαχείριση της συμπεριφοράς που είναι αυτός που παραμένει πρόβλημα για τον οδοντίατρο. Σε ιδιαίτερη θέση όσων αφορά τη δυσκολία αντιμετώπισης τους, βρίσκονται και οι περιπτώσεις έκτακτων επειγόντων περιστατικών που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής συνεδρίας. Πιο ικανοποιητική βέβαια από την θεραπεία τέτοιων περιστατικών είναι η πρόληψή τους. Η πρόληψη των ιατρικών επειγόντων καταστάσεων επιτρέπει στον οδοντίατρο να διεκπεραιώσει το σχέδιο θεραπείας σε ιδανικό περιβάλλον. Για το λόγο αυτό, οι οδοντίατροι πρέπει να συλλέγουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν για την ιατρική κατάσταση του ασθενούς τους πριν αρχίσουν οποιαδήποτε οδοντιατρική θεραπεία [59, 60, 61, 69, 72](#).

Μορφοποιήθηκε: Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 1,27 εκ.

Στάδια φυσικής εξέτασης:

Τέσσερα στάδια συνιστούν τη βασική φυσική εξέταση ενός πιθανού οδοντιατρικού ασθενούς.

• **Λήψη ιατρικού ιστορικού.**

Η συμπλήρωση του ιατρικού ιστορικού πρέπει να γίνεται πριν από την έναρξη οποιασδήποτε παρέμβασης. Συνήθως το ιατρικό ιστορικό έχει τη μορφή

Μορφοποιήθηκε: Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 1,27 εκ.

ερωτηματολογίου. Αυτό πρέπει να συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή, τον κηδεμόνα του ή σε περίπτωση ανήλικου από τους γονείς του. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει διαθέσιμη μηχανογραφημένη μορφή ιστορικού και έτσι έχει απλοποιηθεί ιδιαίτερα η διαδικασία λήψης του.

Συνήθεις ερωτήσεις του ιατρικού ιστορικού είναι αν ο ασθενής κάνει χρήση φαρμακευτικών ουσιών, αν έχει νοσηλευτεί ποτέ σε νοσοκομείο ή κλινική και αν είχε προηγούμενη δυσάρεστη εμπειρία σε οδοντιατρείο. Άλλες ερωτήσεις αφορούν παιδικές ασθένειες, καρδιοπάθειες, αιμοφιλία, φυματίωση, σακχαρώδη διαβήτη, ηπατίτιδα, νεφροπάθειες, αφροδίσια, νευροψυχικές διαταραχές, αλλεργίες, ακτινοθεραπεία, εγκυμοσύνη.

- **Προφορικό ιστορικό**

Ο οδοντίατρος επανεξετάζει το συμπληρωμένο ιατρικό ιστορικό με τον ασθενή και θέτει συμπληρωματικές ερωτήσεις για όποιο ιατρικό πρόβλημα ο ασθενής έχει αναφέρει. Μέσω αυτού του διαλόγου, ο οδοντίατρος προσπαθεί να προσδιορίσει τη σημασία οποιασδήποτε ιατρικής δυσλειτουργίας στην εφαρμογή και επίτευξη του σχεδίου θεραπείας. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής είχε έμφραγμα του μυοκαρδίου το προφορικό ιστορικό θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Πότε (μήνα, έτος) συνέβη το έμφραγμα του μυοκαρδίου;
- Τι βαθμό καταστροφής υπέστη το μυοκάρδιο; Πάσχει ο ασθενής από χρόνια δύσπνοια; Κουράζεται εύκολα; Έχει πόνους στο στήθος;
- Τι φάρμακα παίρνει;

- **Φυσική εξέταση**

Η φυσική εξέταση που περιλαμβάνει την οπτική επισκόπηση και την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς, είναι το επόμενο βήμα στην διαδικασία αξιολόγησης. Τα ζωτικά σημεία παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες σε πραγματικό χρόνο για την κατάσταση του καρδιαγγειακού συστήματος του ασθενούς. Όταν είναι εφικτό, ο οδοντίατρος θα πρέπει να καταγράφει τα βασικά ζωτικά σημεία όλων των νέων ασθενών σαν ένα στάδιο ρουτίνας της προθεραπευτικής εκτίμησης.

Μορφοποιήθηκε: Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 1,27 εκ.

Μορφοποιήθηκε: Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 1,59 εκ.

- **Αξιολόγηση κινδύνου**

Μετά τη συμπλήρωση του ιατρικού ιστορικού, το προφορικό ιστορικό και την φυσική εξέταση, ο οδοντίατρος κατατάσσει τον ασθενή σ μια κατηγορία σύμφωνα με τη φυσική του κατάσταση από χαμηλού κινδύνου, μέτριου κινδύνου ή υψηλού κινδύνου ασθενή.

Αν εντοπισθούν ιατρικά προβλήματα και κριθεί ότι είναι δυνατόν να εμπλακούν στη οδοντιατρική θεραπευτική αγωγή, θεωρείται απαραίτητη η συνεργασία με τον ειδικό γιατρό.

Στα πλαίσια της προστασίας του ασθενή αλλά και του ίδιου του οδοντιάτρου δεν πρέπει να γίνεται καμία επέμβαση πριν να διευκρινιστεί πλήρως το ιατρικό πρόβλημα.

- **Πρωτόκολλο μείωσης άγχους**

Όλες οι οδοντιατρικές και χειρουργικές διαδικασίες είναι πιθανόν να προκαλέσουν φόβο/άγχος στον ασθενή. Τέτοιο άγχος μπορεί να είναι φυσιολογικής (πόνος, επίπονη άσκηση) ή ψυχολογικής φύσεως (άγχος, φόβος). Μια αντίδραση του σώματος στο άγχος είναι η αύξηση της απελευθέρωσης κατεχολαμινών (επινεφρίνη και νορεπινεφρίνη) από τον μυελό των επινεφριδίων στο καρδιαγγειακό σύστημα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του φόρτου εργασίας της καρδιάς με αυξημένο καρδιακό ρυθμό και μυοκαρδιακή συστολή και αυξημένες απαιτήσεις οξυγόνου από το μυοκάρδιο. Παρά το γεγονός ότι για ασθενής χωρίς συστηματικά προβλήματα μια τέτοια κατάσταση είναι ανεκτή, οι ασθενείς με συστηματικές νόσους και κυρίως καρδιαγγειακές παθήσεις δεν είναι ασφαλείς. Ένας ασθενής με σταθερή στηθάγχη μπορεί να αντιδράσει με επεισόδιο θωρακικής δυσφορίας και είναι δυνατόν να αναπτυχθούν αρρυθμίες. Σε ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια μη καρδιαγγειακές δυσλειτουργίες ίσως αντιδράσουν δυσμενώς σε αυξημένα επίπεδα άγχους. Ένας ασθενής με άσθμα μπορεί να αναπτύξει οξύ επεισόδιο αναπνευστικής δυσχέρειας ή ένα επιληπτικός κρίση επιληψίας. Σε ασθενείς χωρίς συνοδά σύνδρομα ασυνήθιστα επίπεδα άγχους είναι υπεύθυνα για ψυχογενή επειγουσες καταστάσεις όπως λιποθυμία ή καταπληξία (shock).

Τα πρωτόκολλα μείωσης του οδοντιατρικού άγχους είναι διαδικασίες που ελαχιστοποιούν το άγχος κατά τη διάρκεια της θεραπείας μειώνοντας για το λόγο αυτό τον κίνδυνο για τον ασθενή. Τα πρωτόκολλα αυτά βασίζονται στην αρχή ότι η πρόληψη ή η μείωση του άγχους πρέπει να αρχίζει πριν τη θεραπεία να

Μορφοποιήθηκε: Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 1,59 εκ.

Μορφοποιήθηκε: Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 1,59 εκ.

συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της και αν ενδείκνυται να ακολουθεί στην μετεπεμβατική περίοδο.

Ιατρική γνωμάτευση: όταν ο οδοντίατρος δεν είναι σίγουρος για τον βαθμό του κινδύνου που διατρέχει ο ασθενής, πρέπει να συμβουλευτεί τον ειδικό γιατρό. Η ιατρική γνωμάτευση δεν είναι απαραίτητη ούτε συνίσταται για όλους τους ασθενείς σε ιατρικό κίνδυνο. Σε κάθε περίπτωση, ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι η γνωμάτευση είναι μια πηγή πληροφοριών που αφορούν ένα συγκεκριμένο ασθενή ή την πορεία μιας ασθένειας. Ο οδοντίατρος ψάχνει πληροφορίες για να βοηθηθεί στον καθορισμό του βαθμού κινδύνου και για να τροποποιήσει προς όφελος του ασθενούς το σχέδιο θεραπείας.

Προεπεμβατική θεραπευτική αγωγή: Πολλοί φοβισμένοι ασθενείς αναφέρουν ότι ο φόβος τους για την οδοντιατρική ή τη χειρουργική είναι τόσο έντονος που δεν μπορούν να κοιμηθούν καλά το βράδυ πριν το ραντεβού τους. Κουρασμένοι όπως είναι, την επόμενη μέρα, είναι λιγότερο ικανοί να αντέξουν οποιοδήποτε άγχος τους δημιουργηθεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σε ασθενή που βρίσκεται σε ιατρικό κίνδυνο, ο κίνδυνος οξείας παρόξυνσης αυτού είναι αυξημένη. Σε ασθενή χωρίς συστηματικά νοσήματα το άγχος αυτό μπορεί να προκαλέσει ψυχογενείς αντιδράσεις.

Όταν υπάρχουν υψηλά επίπεδα άγχους ο οδοντίατρος πρέπει να αποφασίσει αν θα παρέμβει στον ύπνο του ασθενούς. Την νύχτα πριν την οδοντιατρική επίσκεψη είναι επιθυμητός ένας ξεκούραστος ύπνος. Ένας τρόπος για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος είναι να χορηγηθεί από του στόματος ηρεμιστικό. Ο οδοντίατρος μπορεί να χορηγήσει ένα ηρεμιστικό – υπνωτικό φάρμακο, όπως διαζεπάμη, τριαζολάμη, φλουραζεπάμη, ζαλεπλόνη ή ζολπιδέμη, μια ώρα πριν ο ασθενής πάει για ύπνο. Όσο η συνάντηση με τον οδοντίατρο πλησιάζει, το επίπεδο άγχους του ασθενή αυξάνεται. Ο οδοντίατρος μπορεί να χορηγήσει ένα ηρεμιστικό – υπνωτικό φάρμακο περίπου μια ώρα πριν την προγραμματισμένη αρχή της συνεδρίας για να επιτρέψει την επίτευξη ενός θεραπευτικού επιπέδου του στο αίμα του φορέα. Όποτε είναι πιθανό, το από του στόματος ηρεμιστικό μπορεί να χορηγηθεί στο ιατρείο.

Προγραμματισμός Συνεδριών: Οι φοβισμένοι ασθενείς ή εκείνοι με ιατρικά προβλήματα είναι περισσότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν το άγχος τους όταν είναι

ξεκούραστοι. Συνεπώς για τους περισσότερους από αυτούς τους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών, η ιδανική ώρα να κανονιστεί η οδοντιατρική θεραπεία είναι νωρίς το πρωί.

Ελαχιστοποίηση του χρόνου αναμονής: Όταν βρεθεί στο χώρο του οδοντιατρείου φοβισμένος ασθενής δεν πρέπει να περιμένει στην αίθουσα αναμονής ή στην οδοντιατρική καρέκλα για παρατεταμένο χρονικό διάστημα πριν αρχίσει η θεραπεία. Η αναμονή μιας διαδικασίας επιφέρει συνήθως περισσότερο φόβο από όσο η ίδια η διαδικασία. Έτσι, αν ο συγκεκριμένος ασθενής περιμένει αρκετά μέχρι την έναρξη της θεραπείας, τα επίπεδα του άγχους του πρόκειται να αυξηθούν τόσο που θα δυσχεραίνουν το έργο του οδοντιάτρου, την αντιμετώπιση του ασθενούς, τη σωστή εφαρμογή του σχεδίου θεραπείας και ίσως, σε ορισμένες περιπτώσεις, σε ακύρωση της συνεδρίας.

Προεγχειρητικά και Μετεγχειρητικά Ζωτικά Σημεία: Πριν τη θεραπεία ενός ασθενούς με ιατρικό πρόβλημα, ο οδοντίατρος ή ένα μέλος του προσωπικού του οδοντιατρείου θα πρέπει να καταγράψει τα ζωτικά σημεία του ασθενούς (πίεση αίματος, καρδιακός ρυθμός και αναπνευστικός ρυθμός). Συγκρίνοντας αυτά τα προεγχειρητικά ζωτικά σημεία με τις τιμές του ασθενή που ελήφθησαν σε προηγούμενη επίσκεψη έχουμε ένα δείκτη της φυσικής και συναισθηματικής κατάστασης του ασθενή εκείνη την ημέρα. Οι μετρήσεις αυτές των ζωτικών σημείων του ασθενή θα πρέπει να διενεργούνται για όλους όσους έχουν οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας αλλά κυρίως για τα άτομα με καρδιαγγειακά προβλήματα.

Καταστολή κατά τη διάρκεια της θεραπείας: Αν χρειαστούν συμπληρωματικές μέθοδοι μείωσης του άγχους, ο οδοντίατρος πρέπει να σκεφτεί τη χρήση οποιασδήποτε μεθόδου καταστολής ή γενικής αναισθησίας. Οι μη φαρμακευτικές τεχνικές περιλαμβάνουν ιατρική καταστολή (συμπεριλαμβανομένης μουσικής και βίντεο) και ύπνωση. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες φαρμακευτικές διαδικασίες καταστολής περιλαμβάνουν από του στόματος εισπνοή, ενδομυϊκή, ενδορινική και ενδοφλέβια (ελάχιστη ή μέτρια) καταστολή. Ο πρωταρχικός στόχος της ιατρικής και φαρμακευτικής καταστολής είναι να μειώσει ή και να εξαλείψει το άγχος. Με σωστή χρήση αυτές οι τεχνικές επιτυγχάνουν τον στόχο χωρίς να θέσουν σε κίνδυνο τον ασθενή.

Έλεγχος του πόνου: Για να επιτευχθεί η μείωση του άγχους θα πρέπει να ελεγχθεί ο πόνος του ασθενή. Η επιτυχής μείωση του πόνου είναι πολύ σημαντική για τους με προβλήματα υγείας ιδιαίτερα σε σύγκριση με αυτούς που δεν έχουν. Οι πιθανές δυσμενείς ενέργειες των ενδογενώς απελευθερούμενων κατεχολαμινών στην καρδιαγγειακή λειτουργία σε έναν ασθενή με σημαντική καρδιαγγειακή νόσο προκαλεί έγκλειση των αγγειοσυσπαστικών στο τοπικό αναισθητικό διάλυμα. Σε απουσία επαρκούς ελέγχου του πόνου, η μείωση του άγχους δεν μπορεί να επιτευχθεί κάνοντας την προσπάθεια του οδοντιάτρου να ηρεμήσει τον ασθενή σχεδόν αδύνατη.

Διάρκεια της θεραπείας: Η διάρκεια της θεραπείας είναι σημαντική για τους ασθενείς με προβλήματα υγείας και τους αγχωμένους ασθενείς. Στην απουσία παραγόντων που να υπαγορεύουν ανάγκη μικρότερων σε διάρκεια συνεδρίων, ο οδοντίατρος καθορίζει την διάρκεια αφού λάβει υπόψη του τις ανάγκες του ασθενούς και τις επιθυμίες του. Σε πολλές περιπτώσεις, ένας υγιής αλλά φοβισμένος ασθενής μπορεί να επιθυμεί να έχει όσο το δυνατόν λιγότερες συνεδρίες, ανεξάρτητα από τη διάρκεια τους. Παρόλα αυτά, η ικανοποίηση της επιθυμίας ενός ασθενούς (ή γονιού ή κηδεμόνα) για περισσότερο εκτεταμένες συνεδρίες, δεν συνιστάται αν ο οδοντίατρος πιστεύει ότι υπάρχουν κατάλληλοι λόγοι για μικρότερης διάρκειας συνεδρίες.

Ένας ασθενής με ιατρικά προβλήματα δεν θα έπρεπε να υφίσταται ιδιαίτερα χρονοβόρες συνεδρίες. Η υποβολή ενός ασθενούς υψηλού κινδύνου σε εκτεταμένη θεραπεία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο που διατρέχει, άσκοπα. Για το λόγο αυτό οι συνεδρίες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα όρια των ασθενών αυτών. Η κούραση, η ανησυχία, ο ιδρώτας και η εμφανής δυσφορία είναι σημάδια πως οι ασθενής έφτασε στα όρια του. Ο οδοντίατρος μπορεί επίσης να ρωτήσει τον ασθενή αν αυτός θα επιθυμούσε να σταματήσει. Ο πιο συνετός τρόπος διαχείρισης της φροντίδας του ασθενούς είναι να τελειώσει τη διαδικασία όσο γρηγορότερα γίνεται και να καθορίσει επανεξέταση.

➤ **Μετεγχειρητικός έλεγχος πόνου**

Ο μετεγχειρητικός έλεγχος του πόνου και του άγχους είναι εξίσου σημαντικά όσο η προεγχειρητική διαχείριση του αλλά και αυτή κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Αυτό είναι κυρίως σχετικό για όποιον ασθενή έχει υποστεί μια

Μορφοποιήθηκε: Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 1,27 εκ.

πιθανή τραυματική διαδικασία (όπως ενδοδοντία, περιοδοντική ή στοματική χειρουργική, εκτεταμένη στοματική προσθετική ή αποκαταστατικές διαδικασίες). Ο οδοντίατρος θα πρέπει να λάβει υπόψη του προσεκτικά επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια του 24 ωρου μετά τη θεραπεία να τις συζητήσουν με τον ασθενή και να κάνουν κινήσεις για να τον βοηθήσουν στη διαχείρισή τους.

Οι κινήσεις αυτές είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν κάποιο ή όλα από τα παρακάτω:

- διαθεσιμότητα του οδοντιάτρου μέσω τηλεφώνου ανά πάσα στιγμή
- έλεγχος πόνου: μια συνταγή με αναλγητικά φάρμακα, όπως χρειάζεται.
- Αντιβιοτικά: μια συνταγή για αντιβιοτικά αν υπάρχει η πιθανότητα μόλυνσης.
- Αγχολυτικά φάρμακα αν ο οδοντίατρος πιστεύει πως ο ασθενής θα τα χρειαστεί.
- Μυοχαλαρωτικά φάρμακα μετά από εκτεταμένη θεραπεία ή αν ο ασθενής έχει πολλές ενέσεις σε μια περιοχή.

Αν υπάρχει η πιθανότητα μεταθεραπευτικής δυσφορίας ή πόνου ο ασθενής θα πρέπει να έχει ενημερωθεί και είναι ωστό να του χορηγηθούν αναλγητικά φάρμακα (όπως βουπροφένη 800mg/8ωρο ή 600mg/6ωρο).

Αντιλήψεις των Ασθενών για τον επαγγελματισμό στην οδοντιατρική

Με την πάροδο των ετών η έννοια του επαγγελματισμού στην φροντίδα της υγείας είχε διάφορους ορισμούς, πολλοί από τους οποίους ήταν αμφιλεγόμενοι. Ο επαγγελματισμός εκφράζεται με διάφορους τρόπους συμπεριλαμβανομένης της έννοιας του ανταγωνισμού και κυμαίνεται από την κατανόηση απλών βιολογικών αρχών ως τις κλινικές ικανότητες. Περιλαμβάνει επίσης την έννοια της δέσμευσης η οποία εμπεριέχει συμπεριφορές και ιδιότητες που αφορούν την ευσυναίσθηση και την επικοινωνία, την έννοια της αξιοπιστίας και αφορά την θεραπεία των ασθενών, του ιατρικού προσωπικού και του ίδιου, την προσήλωση του επιστήμονα υγείας στην τοποθέτηση των αναγκών του ασθενή πάνω από τις δικές του και τέλος την μέριμνα του για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Τρία βασικά στοιχεία του επαγγελματισμού εισήχθησαν από τον Walsh, που προτείνει ότι η σωστή εμφάνιση, συμπεριφορά και συνομιλία είναι απαραίτητες για μια επιτυχημένη σχέση ιατρού-ασθενούς. Επίσης, οι ασθενείς είναι περισσότερο πρόθυμοι να συζητήσουν για ιατρικά θέματα με τον θεραπευτή τους όταν είναι

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Διάστιχο: μονό

περιποιημένος, έχει επαγγελματικό τόνο στη φωνή του και σίγουρη έκφραση προσώπου. Η ελκυστικότητα του γιατρού σχετίζεται επίσης θετικά με την αυξημένη διάθεση του ασθενή να αποκαλύψει τα συμπτώματά του. Για λόγους ευκολίας πολλές φορές ο επαγγελματισμός ορίζεται στην ευρεία έννοια του ως μια εικόνα που προωθεί μια επιτυχημένη σχέση με τον ασθενή. Στην σχέση αυτή ο ασθενής πρέπει να νιώθει σίγουρος για τις ικανότητες του γιατρού του.

Ένας σημαντικός αριθμός μελετών ασχολείται με τη επαγγελματική εικόνα των παροχών φροντίδας υγείας, εστιαζόμενες κυρίως στους οικογενειακούς γιατρούς και τις νοσηλεύτριες. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν πως οι ασθενείς τείνουν να προτιμούν έναν παραδοσιακά / τυπικά ντυμένο επαγγελματία υγείας σε αντίθεση με κάποιον με πιο αφρόντιστη εμφάνιση. Όπως αναφέρεται από τον Molloy⁶², το πιο αποδεκτό ντύσιμο για τον γιατρό είναι η λευκή ποδιά και παντελόνι εργασίας, ενώ για τις γυναίκες λευκή ποδιά, φούστα και σκούρα μάλλινη μπλούζα. Παρόλο που παρόμοιες μελέτες (Mangum et al)⁶³ είχαν ανάλογα αποτελέσματα το ερώτημα για το πόσο σημαντικό είναι το ζήτημα της εμφάνισης του επαγγελματία στα πλαίσια της οδοντιατρικής παραμένει ασαφές.

Ψυχολόγοι και κοινωνιολόγοι έχουν συχνά δηλώσει τη σημασία της φυσικής εμφάνισης και τα αποτελέσματά της στις πρώτες εντυπώσεις και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Σύμφωνα με ερευνητές, ένας προσεκτικά ντυμένος γιατρός θα μεταδώσει την εικόνα του προσεκτικού, καταρτισμένου και συμπονετικού ατόμου, ενώ μια ατημέλητη εμφάνιση μπορεί να απεικονίζει αποδιοργάνωση και αδιάφορη στάση. Οι Mangum et al⁶⁹ και ~~Fayloe~~—Taylor⁶⁴ που εξέτασαν τη σημασία των πρώτων εντυπώσεων βρήκαν τις πρώτες απόψεις των ασθενών να επηρεάζουν τις προσδοκίες τους για την παρεχόμενη φροντίδα όπως επίσης και την γνώμη τους για το επίπεδο επάρκεια του γιατρού τους. Αυτές οι μη λεκτικές νύξεις μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενή και γιατρού και να επηρεάσουν την άνεση, το άγχος και τα επίπεδα εμπιστοσύνης του ασθενή.

Ακόμη ο τρόπος που οι επαγγελματίες υγείας «φέρονται» λεκτικά στο προσωπικό, η ποσότητα του αρώματος που φοράνε, η ικανότητά τους να ακούνε τον ασθενή σημαίνουν περισσότερο για αυτόν από το να φοράνε παλιά ποδιά και παπούτσια του τένις ή καλή ποδιά και γραβάτα. Ο επαγγελματισμός είναι πολυπαραγοντικός και είναι σημαντικό να δημιουργεί μια αίσθηση άνεσης και εμπιστοσύνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Παρά το γεγονός ότι οι πρώτες εντυπώσεις είναι σημαντικές, η ικανότητα επικοινωνίας, η συμπεριφορά και η

στάση απέναντι στον ασθενή έχει σημαντικό αντίκτυπο στην σχέση γιατρού ασθενή.

Η μη λεκτική επικοινωνία που αποδίδεται στην εμφάνιση/ενδυμασία ενός επαγγελματία υγείας μπορεί να παίξει επίσης σημαντικό ρόλο στη σχέση γιατρού-ασθενή. Θετικές πρώτες εντυπώσεις, παραδοσιακό / τυπικό ντύσιμο και ένα γενικό ύφος επαγγελματισμού από ένα οδοντίατρο μπορεί να αυξήσει την άνεση και την εμπιστοσύνη που αισθάνεται ο ασθενής κι έτσι να οδηγήσει σε βελτιωμένη εμπειρία των οδοντιατρικών διαδικασιών. Αυτή η θετική στάση του ασθενούς μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα καλύτερη ανταλλαγή πληροφοριών ανάμεσα στον ασθενή και τον γιατρό και να οδηγήσει σε περισσότερο αποδοτική και βελτιωμένη παροχή οδοντιατρικής φροντίδας⁶⁵.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 1, Αριστερά, Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστιχο: μονό

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 1, Αριστερά, Διάστιχο: μονό

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η μελέτη του οδοντιατρικού φόβου και άγχους γίνεται όλο και ευστοχότερη εξαιτίας του γεγονότος ότι οι διάφορες συνέπειές τους έχουν γίνει καλλίτερα αντιληπτές. Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι ο οδοντιατρικός φόβος σχετίζεται με λιγότερες οδοντιατρικές επισκέψεις και τείνουν να περιοριστούν σε επισκέψεις που γίνονται μόνο όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα , καθώς και με ακύρωση συνεδριών και θεραπειών. Επίσης, οι ασθενείς με υψηλό επίπεδο φόβου είναι πιθανότερο να έχουν ανάγκη περισσότερο εκτεταμένης οδοντιατρικής θεραπείας λόγω περισσότερων αλλοιωμένων δοντιών.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει το φόβο και το άγχος που σχετίζεται με την οδοντιατρική πράξη καθώς και το πώς αυτά μεταβάλλονται σε σχέση με διάφορα δημογραφικά στοιχεία όπως η ηλικία, το φύλλο, το επίπεδο μόρφωσης, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα. Επίσης, το κατά πόσο ο φόβος ενός ασθενή επηρεάζει την αντιμετώπιση των αναγκών του στοματογναθικού του συστήματος όσον αφορά την υγιεινή καθώς και την τακτικότητα και τον λόγο για τον οποίο επισκέπτεται τον οδοντίατρο.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Διάστιχο: μονό

Μεθοδος

Η έρευνα διεξήχθη στους ασθενείς που προσέρχονταν στο ιδιωτικό ιατρείο της μεταπτυχιακής φοιτήτριας (της υποφαινόμενης). Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 3 μέρη. Στο πρώτο μέρος περιέχονται δημογραφικές ερωτήσεις που αφορούν την ηλικία, το φύλλο, το επίπεδο μόρφωσης, την οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα. Το επόμενο τμήμα του ερωτηματολογίου αφορά την συχνότητα των επισκέψεων και τον λόγο για τον οποίο ο ασθενής επισκέφθηκε το ιατρείο στο παρόν και στο παρελθόν περιέχει ερωτήσεις με διαφορετικά στοιχεία καθώς και ερωτήσεις που αφορούν τη συχνότητα και την αιτία επίσκεψης. Τέλος επίσης περιλαμβάνει την Τροποποιημένη Κλίμακα Οδοντιατρικού Φόβου (MDAS) και είναι ένα σύντομο αυτοτελές ερωτηματολόγιο που αποτελείται από πέντε ερωτήσεις οι οποίες αθροιζόμενες δίνουν ολικό αποτέλεσμα από 5 έως 25. Η έρευνα έλαβε μέρος από 1 Σεπτεμβρίου έως 1 Οκτωβρίου του 2010 και απαντήθηκαν συνολικά 100 ερωτηματολόγια.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Διάστιχο: μονό

Αποτελέσματα

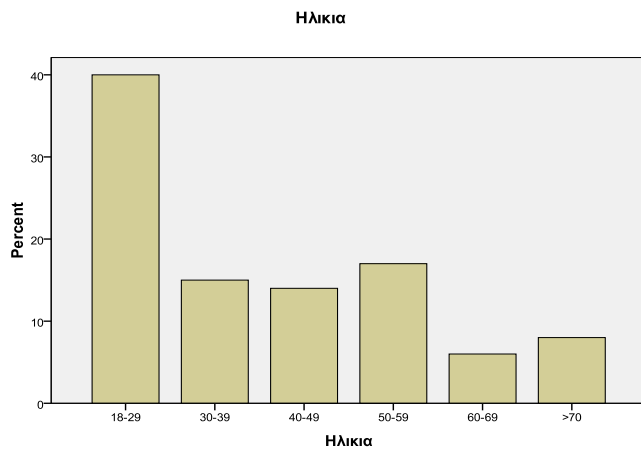
Όσον αφορά στην ηλικία των ασθενών οι ηλικιακές ομάδες που ορίστηκαν ήταν από 18 έως 29 ετών, από 30 έως 39 ετών, από 40 έως 49 ετών, 50 έως 59 ετών, 60 έως 69 ετών και τέλος 70 και άνω. Όσων αφορούσε τους ασθενείς που προσήλθαν στο οδοντιατρείο από 1 Σεπτεμβρίου έως 1 Οκτωβρίου του 2010, το 40% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα από 18 έως 29 ετών και το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό στην ομάδα από 50 έως 59 ετών. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα Ι.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12
pt. Όχι Πλάγια

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 2,
Αριστερά, Διάστιχο: μονό

Πίνακας Ι : Στατιστικά ηλικίας.

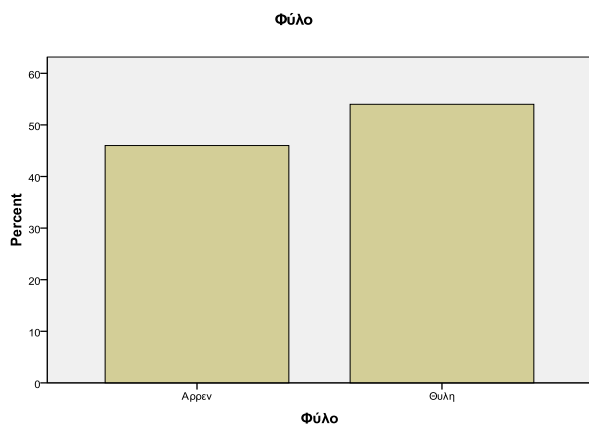
Μορφοποιήθηκε: Διάστιχο: μονό



Αν λάβουμε υπόψη μας το φύλο των ασθενών, το 46% ήταν άνδρες, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό, 54% ήταν γυναίκες (πίνακας ΙΙ)

Μορφοποιήθηκε: Διάστιχο: μονό

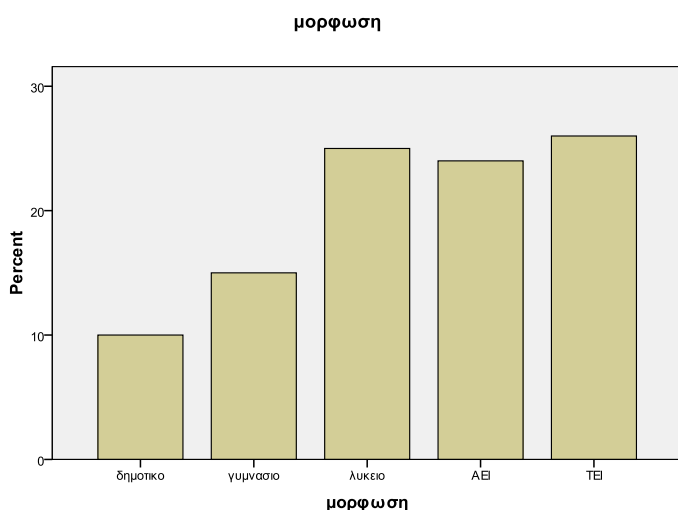
Πίνακας II : Στατιστικά φύλου.



Η ανάλυση του επιπέδου μόρφωσης των ατόμων που προσήλθαν στο ιδιωτικό ιατρείο δείχνει πως στο 50% των ασθενών, δηλαδή στους μισούς, αυτό έφτανε ως την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Το υπόλοιπο 50% είναι σχεδόν ίσα καταμερισμένο ανάμεσα σε αποφοίτους ΤΕΙ και ΑΕΙ (Πίνακας III) Οι ομάδες οι οποίες είχαν οριστεί ήταν οι εξής : απόφοιτοι δημοτικού, γυμνασίου, λυκείου, ΑΕΙ και ΤΕΙ.

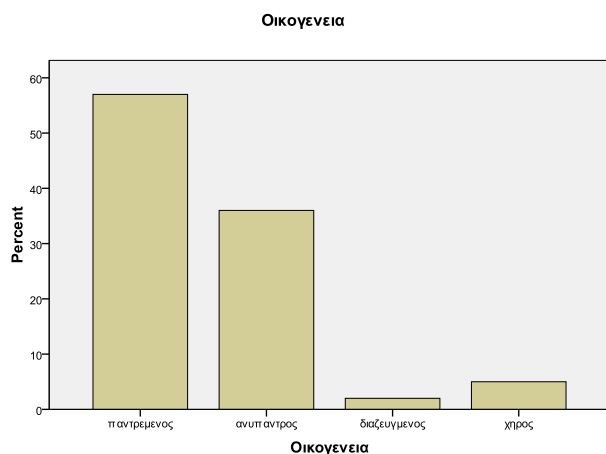
Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Πίνακας III : Στατιστικά επιπέδου μόρφωσης.



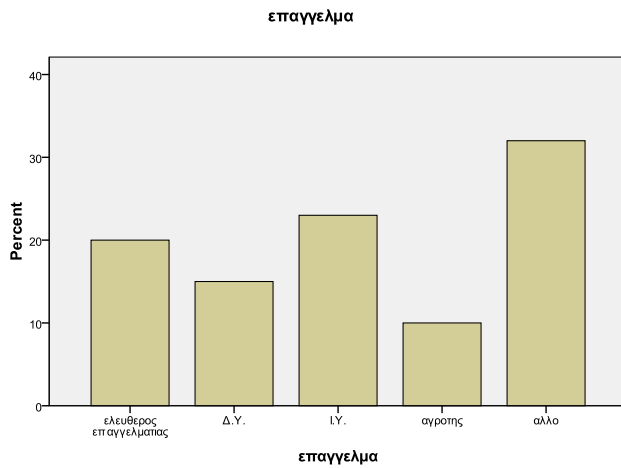
Εξετάστηκε επίσης, η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, ως επιπρόσθετο δημογραφικό στοιχείο. Αυτοί χωρίστηκαν σε παντρεμένους, ανύπαντρους, διαζευγένους ή σε διάσταση και χήρους. Στο συγκεκριμένο δείγμα, το μεγαλύτερο ποσοστό 57%, ήταν παντρεμένοι ενώ ακολουθούν οι ανύπαντροι με ποσοστό 36%. Τα ποσοστά των διαζευγμένων ή χήρων είναι μικρά 25 και 5% αντίστοιχα. (Πίνακας IV)

Πίνακας IV : Στατιστικά οικογενειακής κατάστασης.



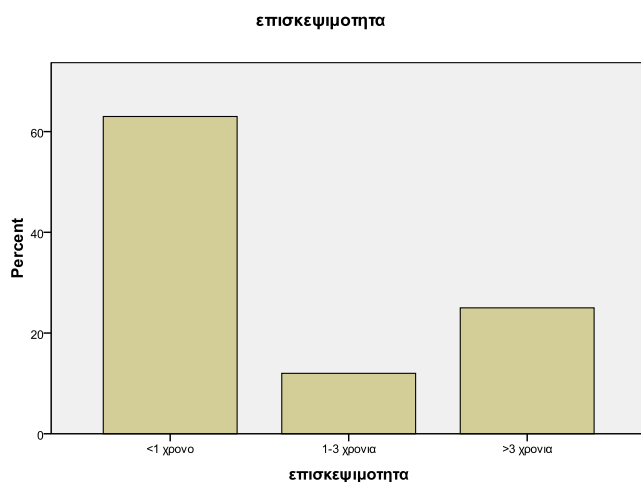
Μια άλλη παράμετρος που ερευνήθηκε ήταν το επάγγελμα των ασθενών. Οι πιθανές απαντήσεις ήταν ελεύθερος επαγγελματίας, δημόσιος υπάλληλος, ιδιωτικός υπάλληλος, αγρότης ή άλλη ενασχόληση. Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων στο δείγμα είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, ενώ μεγάλο είναι το ποσοστό των ασθενών που επέλεξαν την τελευταία κατηγορία («άλλο») στην οποία συμπεριλαμβάνονται μαθητές, φοιτητές, άνεργοι, νοικοκυρές. (Πίνακας V)

Πίνακας V : στατιστικά επαγγέλματος



Ένα άλλο στοιχείο του ερωτηματολογίου είναι η ερώτηση που αφορά πότε ο ασθενής επισκέφθηκε τελευταία φορά τον οδοντίατρο πριν την επίσκεψη κατά την οποία του δόθηκε το ερωτηματολόγιο. Οι πιθανές απαντήσεις στην κατηγορία αυτή είναι: πριν ένα χρόνο, πριν 1-3 χρόνια και περισσότερο από 3 χρόνια. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που φθάνει το 63% είχε κάνει την τελευταία του επίσκεψη στον οδοντίατρο πριν ένα χρόνο περίπου. Ακολουθούν οι ασθενείς που είχαν να επισκεφθούν τον οδοντίατρο περισσότερο από 3 χρόνια με ποσοστό 25%. Τέλος οι ασθενείς που εντάσσονται στη δεύτερη ομάδα (1 έως 3 χρόνια) αποτελούν το 12% του συνόλου. Τα αποτελέσματα αυτά απεικονίζονται στον Πίνακας VI.

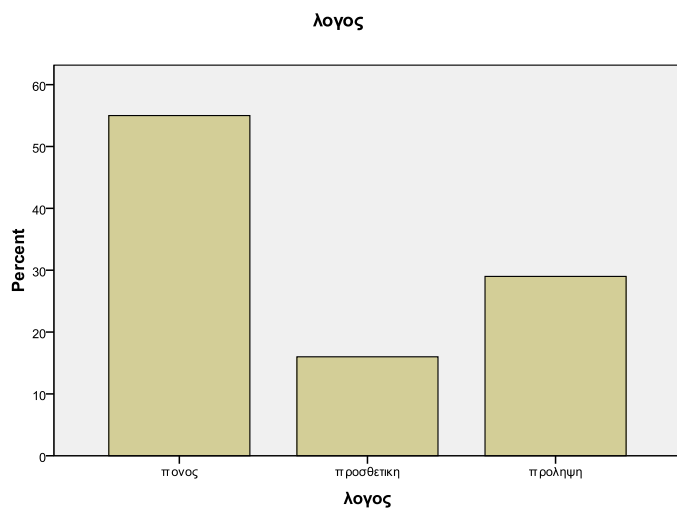
Πίνακας VI : Στατιστικά επισκεψιμότητας.



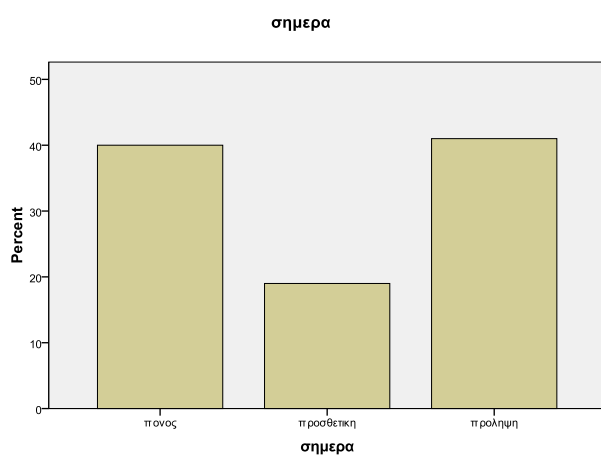
Οι επόμενες δυο ερωτήσεις αφορούν στον λόγο για τον οποίο ο ασθενής προσήλθε στο οδοντιατρείο. Η μία είναι για τον λόγο που επισκέφτηκε τελευταία φορά τον οδοντίατρο και οι επιλογές είναι ο οδοντοστοματικός πόνος, η προσθετική αποκατάσταση, και τέλος ο προληπτικός έλεγχος ή καθαρισμός. Το μεγαλύτερο ποσοστό σύμφωνα με την έρευνα, 55%, είχε επισκεφθεί τον οδοντίατρο εξαιτίας οδοντοστοματικού πόνου, το 29% για προληπτικούς λόγους ή για καθαρισμό των δοντιών και το 16% για προσθετική αποκατάσταση του οδοντιατρικού τους φραγμού (Πίνακας VII)

Στην αντίστοιχη ερώτηση για τον λόγο επίσκεψης στο οδοντιατρείο στο παρόν, στην οποία υπάρχουν οι ίδιες απαντήσεις με την προηγούμενη, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ατόμων που προσήλθαν για προληπτικούς λόγους ή καθαρισμό και το ποσοστό αυτό μάλιστα (41%) ξεπερνά κατά 1% το ποσοστό των ατόμων που προσήλθαν για οδοντοστοματικό πόνο (40%). Τα άτομα που προσήλθαν για προσθετική αποκατάσταση αγγίζουν το 19% (Πίνακας VIII)

Πίνακας VII : στατιστικά λόγου επίσκεψης

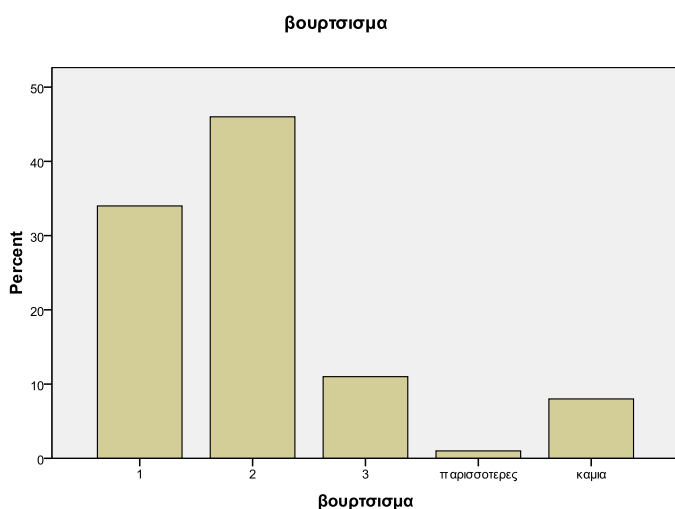


Πίνακας VIII : Στατιστικά σήμερα



Στην τελευταία ερώτηση του κυριότερου μέρους του ερωτηματολογίου διερευνάται το πόσες φορές την ημέρα ο ασθενής βουρτσίζει τα δόντια του. Οι πιθανές απαντήσεις είναι μία, δύο, τρεις, περισσότερες ή και καμία. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 46% απαντά πως βουρτσίζει τα δόντια του δυο φορές την ημέρα, ακολουθεί ένα ποσοστό 345 που βουρτσίζει μια φορά, το 11% τρεις φορές και το 1% περισσότερες. Τέλος ένα ποσοστό 8% δεν βουρτσίζει καθόλου τα δόντια του μέσα στην ημέρα. (Πίνακας IX)

Πίνακας IX : Στατιστικά βουρτσίσματος



Μετά από τις ερωτήσεις αυτές, προχωράμε στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου στο οποίο περιλαμβάνονται οι πέντε ερωτήσεις της Τροποποιημένης Κλίμακας Φόβου του Corah (MDAS) ⁷⁰

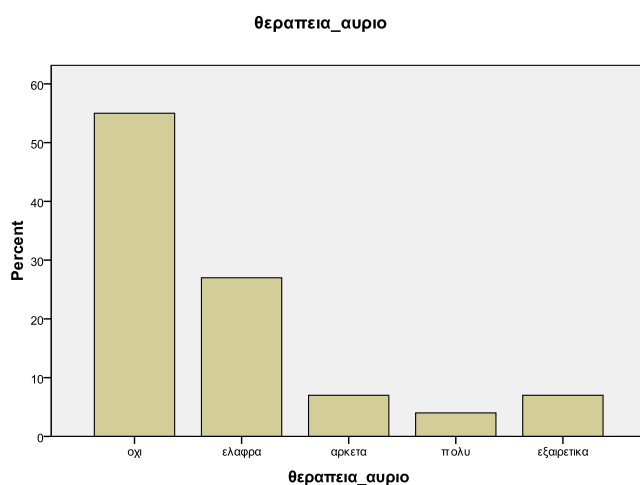
Η Τροποποιημένη Κλίμακα οδοντιατρικού Φόβου είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο πέντε ερωτήσεων με ένα συνεκτικό σύστημα απαντήσεων για κάθε ερώτηση που κυμαίνεται από «όχι αγχωμένος/η» έως «εξαιρετικά αγχωμένος/η». Οι απαντήσεις αθροίζονται για να σχηματίσουν μια κλίμακα με μικρότερο άθροισμα 5 και μεγαλύτερο 25. είναι το συχνότερα χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο φόβου στο Ηνωμένο Βασίλειο και δεν αυξάνει τον φόβο του ασθενούς κατά την συμπλήρωσή του. Έρευνες αναφέρουν πως η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μπορεί να μειώσει σημαντικά τον φόβο του στην καθημερινή πρακτική. Έχει πολλές ψυχομετρικές ιδιότητες, είναι σχετικά εύκολο να συμπληρωθεί και το άθροισμα των αποτελεσμάτων είναι εύκολο. Οι τιμές από 19 και πάνω έχουν οριστεί εμπειρικά να υποδεικνύουν υψηλά επίπεδα οδοντικού φόβου και μπορεί να απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από το οδοντιατρικό προσωπικό. Ο τρόπος μέτρησης αυτός έχει χρησιμοποιηθεί σε ερευνητικές μελέτες και συνείσφερε στη γνώση μας της σημαντικής αυτής οδοντιατρικής παραμέτρου. Είναι ένα από τα πολυάριθμα εργαλεία που σχεδιάστηκαν με σκοπό να βοηθήσουν στη μελέτη των ιδιοτήτων αυτού του δυσάρεστου συναισθήματος. Η κλίμακα αυτή βασίζεται στην κλίμακα Οδοντιατρικού Φόβου του Corah για την οποία έχουν

Μορφοποιήθηκε: Εσοχή: Πρώτη γραμμή: 1,27 εκ.

δημοσιευτεί πίνακες μετατροπής για την σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δυο εργαλείων μέτρησης. Η κλίμακα MDAS έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες [67, 68, 70](#).

Η πρώτη ερώτηση της MDAS απευθύνεται στον φόβο που προκαλεί μια προγραμματισμένη επίσκεψη στον οδοντίατρο την επόμενη ημέρα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, 55%, δεν αισθάνεται καθόλου άγχος. (Πίνακας Χ).

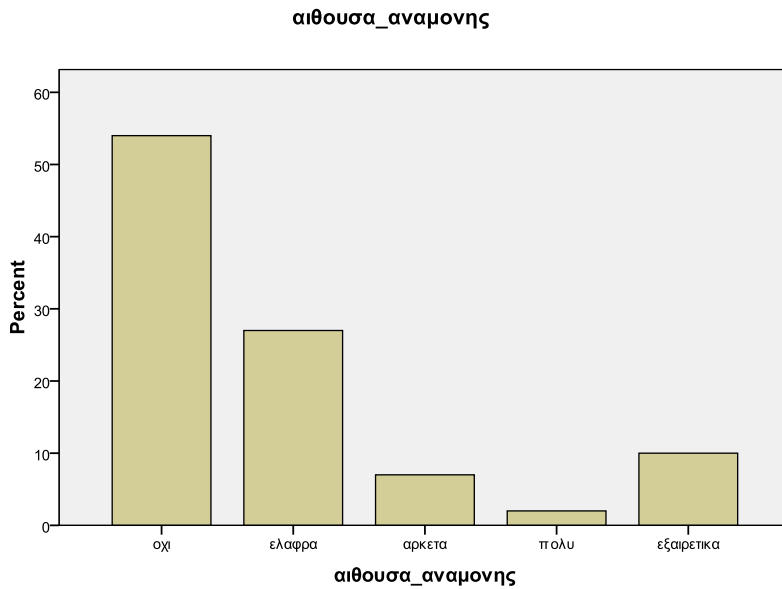
Πίνακας Χ : Στατιστικά θεραπείας αύριο



Στη δεύτερη ερώτηση εξετάζεται ο φόβος που καταβάλει τον ασθενή όταν περιμένει στην αίθουσα αναμονής. Το 54% απαντά πως δεν αισθάνεται καθόλου άγχος, όμως αυξάνεται το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν εξαιρετικά αγχωμένοι και αγγίζει το 10% (Πίνακας XI)

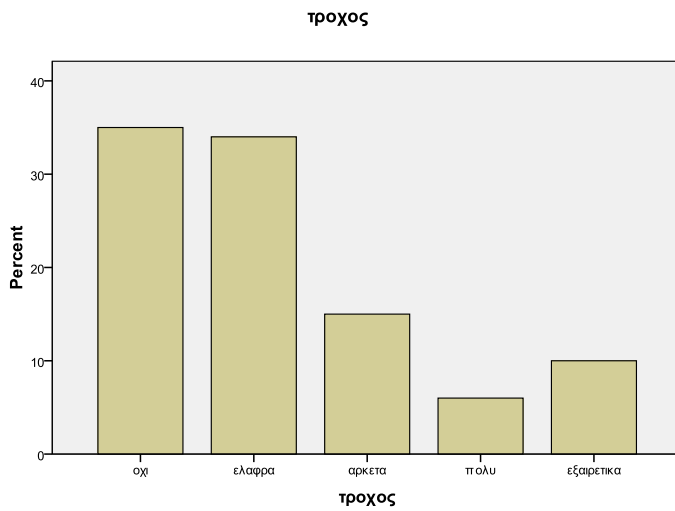
Πίνακας ΧΙ : Στατιστικά αίθουσας αναμονής

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)



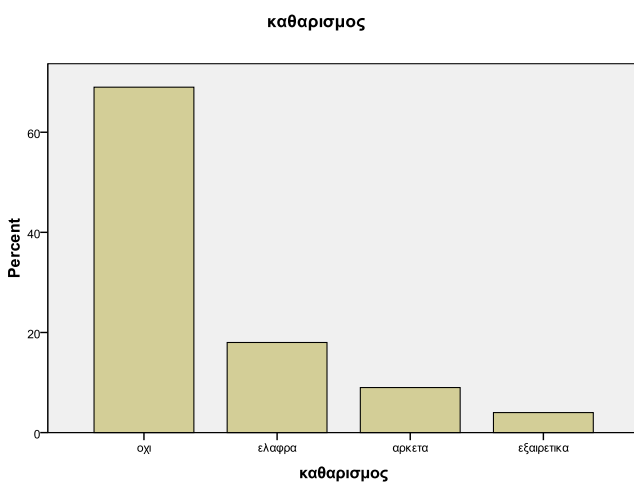
Στην ερώτηση για το πώς θα αισθάνονταν κάποιος αν επρόκειτο ο γιατρός του να τροχίσει κάποιο δόντι, σχεδόν ίδιο ποσοστό δηλώνει καθόλου ή ελαφρά αγχωμένο (35% και 34% αντίστοιχα) και το 15% αρκετά αγχωμένο (Πίνακας ΧΙΙ)

Πίνακας XII : Στατιστικά τροχού



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της τέταρτης ερώτησης της MDAS ο καθαρισμός και η στίλβωση των δοντιών προκαλεί πολύ λίγο φόβο στον ασθενή αφού το 18% δηλώνει ελαφρά αγχωμένο και μόνο το 13% πολύ ή εξαιρετικά αγχωμένο (Πίνακας XIII)

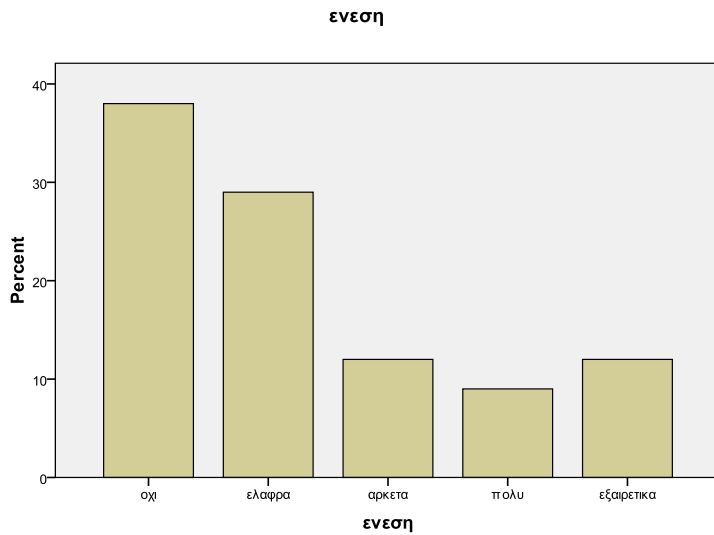
Πίνακας XIII : Στατιστικά καθαρισμού.



Η τελευταία ερώτηση του MDAS ασχολείται με το φόβο σε περίπτωση ένεσης τοπικής αναισθησίας στο ούλο σε άνω πίσω δόντι . εδώ τα ποσοστά είναι 38% για καθόλου αγχωμένος, 29% για ελαφρά αγχωμένος, 12% για αρκετά αγχωμένος, 9% για πολύ αγχωμένος και τέλος 12 για εξαιρετικά αγχωμένος. (Πίνακας XIV)

|

Πίνακας XIV : Στατιστικά ένεσης



Το άθροισμα των απαντήσεων του ερωτηματολογίου MDAS μας δείχνει σχετικά χαμηλά επίπεδα φόβου στους ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται στον οδοντίατρο. (Πίνακας XV, [XVI](#), [XVII](#)).

Correlations

		θεραπεια_αυριο	αιθουσα_αναμονης	τροχος	καθαρισμος	ενεση
θεραπεια_αυριο	Pearson Correlation	1	,874**	,684**	,634**	,559**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100
αιθουσα_αναμονης	Pearson Correlation	,874**	1	,707**	,642**	,611**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100
τροχος	Pearson Correlation	,684**	,707**	1	,645**	,772**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	100	100	100	100	100
καθαρισμος	Pearson Correlation	,634**	,642**	,645**	1	,649**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	100	100	100	100	100
ενεση	Pearson Correlation	,559**	,611**	,772**	,649**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	100	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Κατά την στατιστική ανάλυση με το πρόγραμμα SPSS βρίσκουμε υψηλή συσχέτιση των ερωτήσεων μεταξύ τους. (Πίνακας XVII, [Συσχετίσεις \(Correlation\)](#)). Επίσης, συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ του φόβου για τον καθαρισμό και του χρόνου της τελευταίας επίσκεψης στον οδοντίατρο. Όσο λιγότερο φοβάται ένας ασθενής τόσο πιο πρόσφατα είχε επισκεφθεί τον οδοντίατρο. Τα άτομα που είχαν να επισκεφθούν τον οδοντίατρο περισσότερο από 3 χρόνια φοβούνται και περισσότερο. [Η συσχέτιση αυτή βρέθηκε με τη διαδικασία ANOVA, κατά την οποία εξετάστηκε ο φόβος στο σύνολο του ως μια νέα μεταβλητή σε συσχέτιση με τον καθαρισμό.](#) (Πίνακας XIX, [VII Descriptives, Anova](#) καθαρισμός)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΧΙΧ

Μορφοποιήθηκε: Αγγλικά (Ηνωμένων Πολιτειών)

Descriptives

Μορφοποιημένος πίνακας

καθαρισμός

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<1 χρόνο	63	1,3333	,59568	,07505	1,1833	1,4834	1,00	3,00
1-3 χρόνια	12	1,8333	1,26730	,36584	1,0281	2,6385	1,00	5,00
>3 χρόνια	25	1,8400	1,37477	,27495	1,2725	2,4075	1,00	5,00
Total	100	1,5200	,95853	,09585	1,3298	1,7102	1,00	5,00

Πίνακας ΧΙΧVΗ

ANOVA

καθαρισμός

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5,933	2	2,967	3,384	,038
Within Groups	85,027	97	,877		
Total	90,960	99			

Τέλος, με τον ίδιο τρόπο όπως παραπάνω συσχέτιση παρατηρείται και ανάμεσα στον φόβο και τον αριθμό φόβων βουρτσίσματος την ημέρα. Όσο περισσότερες φορές βουρτσίζει κάποιος τόσο περισσότερο φοβάται και το αποτέλεσμα αυτό είναι ανάλογο με τα άτομα που δεν βούρτσιζαν καθόλου.

Πίνακας ΧΧVΗΗ (βούρτσισμα Descriptives & ANOVA).

Μορφοποιήθηκε: Αγγλικά (Ηνωμένου Βασιλείου)

Descriptives

βούρτσισμα

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
οχι	35	1,8286	,85700	,14486	1,5342	2,1230	1,00	5,00
ελαφρα	34	1,8529	,89213	,15300	1,5417	2,1642	1,00	5,00
αρκετα	15	2,3333	1,44749	,37374	1,5317	3,1349	1,00	5,00
πολυ	6	2,5000	1,37840	,56273	1,0535	3,9465	1,00	5,00

Εξαιρετικά	10	2,6000	1,57762	,49889	1,4714	3,7286	1,00	5,00
Total	100	2,0300	1,10513	,11051	1,8107	2,2493	1,00	5,00

ANOVA

βουρτσισμα

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8,441	4	2,110	1,782	,139
Within Groups	112,469	95	1,184		
Total	120,910	99			

Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τον φόβο.

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, όσον αφορά τις δημογραφικές ερωτήσεις το ποσοστό των γυναικών που προσέρχονται σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα για οποιοδήποτε λόγο στο οδοντιατρείο είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των ανδρών. Το ίδιο αποτέλεσμα παρατηρείται σε διάφορες μελέτες [49, 66, 67](#) και συνηγορεί στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες ενδιαφέρονται περισσότερο για τη στοματική τους υγεία ή γενικότερα πηγαίνουν πιο εύκολα στον οδοντίατρο σε περίπτωση που προκύψει κάποιο πρόβλημα. Το ίδιο ισχύει και για την ηλικιακή ομάδα από 18 έως 29 ετών, γεγονός που αντικατοπτρίζει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον των νέων για την υγεία του στοματογναθικού τους συστήματος. Επίσης, οι νέοι, λόγω των προσπαθειών για ενημέρωση και προαγωγή της οδοντικής υγείας καθώς και την διαφόρων προσπαθειών εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης είναι καλύτερα καταρτισμένοι και ενήμεροι για τη

φροντίδα των δοντιών τους και τη σημασία της επισκέψεως στον οδοντίατρο. Διαφορές από την άλλη, όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης, την οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα δε παρατηρούνται ιδιαίτερες.

Ο χρόνος της τελευταίας επίσκεψης στον οδοντίατρο στο μεγαλύτερο ποσοστό δεν ξεπερνά τον ένα χρόνο. Σύμφωνα με άλλες μελέτες αυτό παρατηρείται τα τελευταία χρόνια και στο Ενωμένο Βασίλειο και αποδίδεται στις προσπάθειες της σύγχρονης οδοντιατρικής να δώσει μεγαλύτερη βαρύτητα στην πρόληψη των οδοντοστοματικών νόσων και να περιορίσει τις ανάγκες οποιασδήποτε αποκατάστασης. Στα ίδια πλαίσια κυμαίνεται και το γεγονός πως ενώ στην αμέσως προηγούμενη επίσκεψη των ασθενών στον οδοντίατρο αιτία ήταν κατά κύριο λόγο ο οδοντιατρικός πόνος (55%), στην παρούσα επίσκεψη το ποσοστό της προσέλευσης για προληπτικό έλεγχο ή καθαρισμό, δηλαδή όχι για επείγουσες καταστάσεις ή λόγους αποκατάστασης, ανέρχεται στο 41% και μάλιστα ξεπερνά εκείνο των ασθενών και προσήλθαν λόγω πόνου κατά 1%.

Τέλος, με τα παραπάνω συνάδουν και οι απαντήσεις των ασθενών στην ερώτηση που αφορά το βούρτσισμα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών βουρτσίζει 2 φορές την ημέρα, που θεωρούνται και οι ενδεδειγμένες για τη διατήρηση της στοματικής υγείας.

Όσον αφορά το δεύτερο τμήμα που αποτελείται από το ερωτηματολόγιο UDAS τα αποτελέσματα από το άθροισμα των απαντήσεων δείχνουν ύπαρξη φόβου στο δείγμα όμως όχι σε μεγάλο βαθμό αφού η μεγαλύτερη συχνότητα απαντήσεων κυμαίνεται από άθροισμα 5 έως 10, δηλαδή στις περισσότερες ερωτήσεις απαντήθηκαν κυρίως οι δυο πρώτες επιλογές. Βέβαια, οι ερωτήσεις παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση μεταξύ τους (Πίνακας Correlation) γεγονός που δείχνει πως υπάρχει ένας διάχυτος φόβος από το σύνολο του δείγματος για την επικείμενη επίσκεψη στο οδοντιατρείο και για το τι πρόκειται να συμβεί κατά τη διάρκειά της. Το αποτέλεσμα αυτό εξηγείται από το γεγονός πως πολλοί ασθενείς δεν είναι εξοικειωμένοι με τις επισκέψεις στον οδοντίατρο ούτε με το στόμα τους και την συμπεριφορά απέναντι στην οδοντοστοματική τους υγεία. Για το λόγο αυτό τους διακατέχει φόβος, σε άλλους άλλο βαθμό, όταν επρόκειται να αντιμετωπίσουν μια επίσκεψη στον οδοντίατρο.

Στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου και τον φόβο⁶⁷. Το ίδιο παρατηρείται όσον αφορά το φύλο και την ηλικία και σε έρευνα και διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο σύμφωνα με την οποία η αλληλεπίδραση

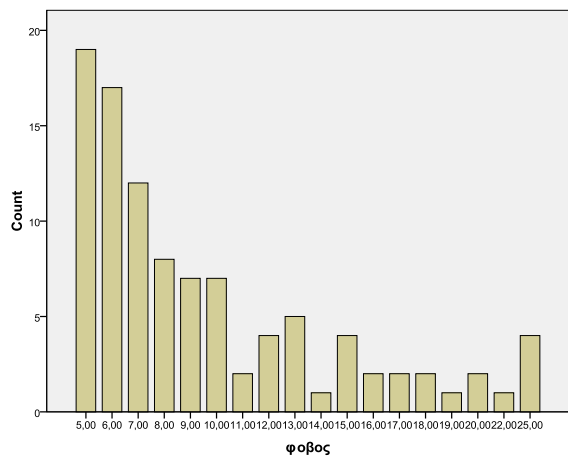
ηλικίας του φύλου με τον φόβο δεν παρατηρείται στατιστικώς σημαντική. Αντίθετα σε άλλες έρευνες φαίνεται οι γυναίκες να φοβούνται περισσότερο από τους άντρες παρά το γεγονός πως τα ποσοστά φόβου είναι μεγαλύτερα στους μεσήλικες. Το γεγονός αυτό στη συγκεκριμένη έρευνα είναι πιθανό να οφείλεται αρχικά στο μέγεθος του δείγματος (100 άτομα) αλλά και στο ότι αποτελούν ασθενείς συγκεκριμένου ιδιωτικού οδοντιατρείου και αυτό αποτελεί παράγοντα που ίσως συμβάλλει στην μεγαλύτερη άνεσή τους λόγω σωστής διαχείρισής τους.

Συσχέτιση παρουσιάζεται ανάμεσα στην τελευταία φορά που επισκέφθηκε κάποιος τον οδοντίατρο και στον φόβο του για τον καθαρισμό ή τη στίλβωση των δοντιών. Όσο πιο πρόσφατα είχε επισκεφτεί κάποιος τον οδοντίατρο τόσο λιγότερο φοβάται ~~λιγότερο φοβάται κάποιος ασθενής τόσο πιο πρόσφατα στο παρελθόν είχε επισκεφθεί το οδοντιατρείο~~. Οι ασθενείς που το επισκέφθηκαν πριν ένα χρόνο παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά φόβου από αυτούς που το επισκέφθηκαν πριν 1 έως 3 χρόνια και οι τελευταίοι χαμηλότερα ποσοστά φόβου από αυτούς που το επισκέφθηκαν πριν περισσότερα από 3 χρόνια. Το γεγονός αυτό δείχνει πως όσο πιο εξοικειωμένος είναι ένας ασθενής με την οδοντιατρική επίσκεψη και γενικότερα με τη φροντίδα του στόματός του και την πρόληψη των οδοντοστοματικών ασθενειών τόσο λιγότερο φοβάται. Άρα επισκέπτεται συχνά το οδοντιατρείο για τον καθαρισμό και τον έλεγχο των δοντιών του έτσι ώστε να μην ξεφύγει από την κατάσταση υγείας και να προλάβει οποιαδήποτε βλάβη. Αυτό δημιουργεί ένα κύκλο κατά τον οποίο εφόσον δε φοβάται, επισκέπτεται τον οδοντίατρο τακτικά και δεν έχει προβλήματα, και το αντίθετο.

Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση παρατηρείται όσον αφορά το φόβο και τη συχνότητα βουρτσίσματος. Η έρευνα δείχνει πως όσο περισσότερο φοβάται κάποιος, τόσο περισσότερο βουρτσίζει. Αυτό συμβαίνει γιατί ο ασθενής θέλει να διατηρεί τη στοματική του υγεία και να αποφύγει οποιαδήποτε αλλοίωση των οδοντικών του ιστών που μπορεί να τον οδηγήσει σε επίσκεψη στο οδοντιατρείο που ίσως του προκαλεί φόβο.

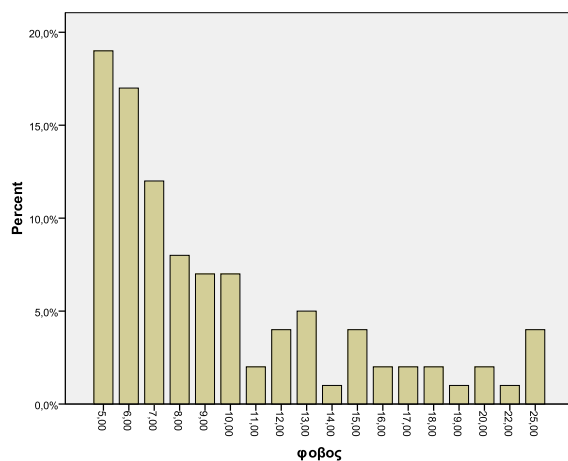
Επίσης, σύμφωνα με την έρευνα τα άτομα που δεν βουρτσίζουν καθόλου τα δόντια τους παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά φόβου. Τα άτομα αυτά έχουν λάθος συμπεριφορά απέναντι στην οδοντοστοματική τους υγεία, αποφεύγουν να ασχοληθούν με αυτή και αποφεύγουν κάθε επίσκεψη πρόληψης στον οδοντίατρο. Καταφεύγουν σε αυτόν μόνο σε επείγουσες περιπτώσεις πόνου. Η συγκεκριμένη ομάδα ασθενών είναι συνήθως τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλό φόβο, αναβάλλουν τα ραντεβού, παραμελούν τη στοματική τους υγεία και παρουσιάζουν

μεγάλο αριθμό αλλοιωμένων δοντιών καθώς και μεγάλη απώλεια δοντιών. Το γεγονός αυτό καταδεικνύουν και επιβεβαιώνουν διάφορες έρευνες⁵⁷.



ΠΙΝΑΚΑΣ XV

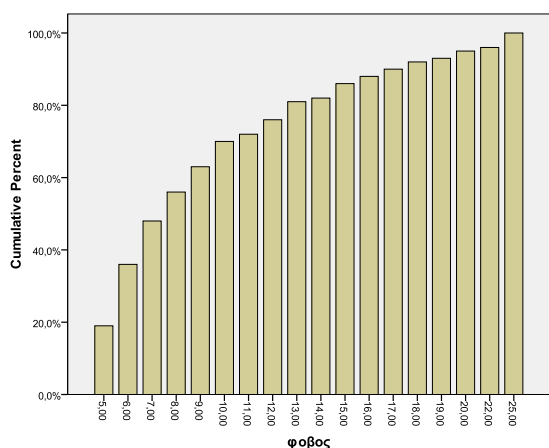
Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)



ΠΙΝΑΚΑΣ XVI

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)



ΠΙΝΑΚΑΣ XVII

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Συμπεράσματα Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα τα επίπεδα φόβου στον συγκεκριμένο πληθυσμό δεν παρουσιάζονται αυξημένα. Επίσης δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό που κάποιος ασθενής φοβάται και το φύλο, την ηλικία του, το επίπεδο μόρφωσης, την οικογενειακή τους κατάσταση ή το επάγγελμα του. Αυτό ίσως οφείλεται στο μέγεθος του δείγματος, το είδος του πληθυσμού που εξετάστηκε ακόμη και τις συνθήκες στις οποίες συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο. Ο φόβος παρουσιάζεται γενικευμένος και όχι προς κάποια συγκεκριμένη έκφανση της οδοντιατρικής πράξης και ίσως είναι ένα γενικότερο άγχος για την απειλή της υγείας ή την προσδοκία του φόβου. Πολλές μελέτες συνηγορούν πως στον οδοντιατρικό φόβο σημαντικό ρόλο παίζει η άγνοια για το τι πρόκειται να συμβεί κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής επίσκεψης. Για το λόγο αυτό οι φοβικοί ασθενείς αμελούν την τακτική εξέταση των δοντιών τους και συνήθως αναγκάζονται να καταφύγουν στο οδοντιατρείο σε περίπτωση οξέως πόνου που ενισχύει την άσχημη ψυχολογία τους. Δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος που τους αποτρέπει από την σωστή φροντίδα των δοντιών τους και την εφαρμογή εφαρμογή σωστής στοματικής υγιεινής. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα φόβου έχουν και περισσότερα τερηδονισμένα και γενικότερα αλλοιωμένα δόντια και παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά απώλειας δοντιών.

Επίσης, στην συγκεκριμένη έρευνα φαίνεται πως τα άτομα που δεν φοβούνται επισκέπτονται πιο συχνά τον οδοντίατρο και αντιμετωπίζουν αντιμετωπίζουν με σωστό τρόπο τα θέματα υγιεινής όπως το βούρτσισμα. Αντίθετα οι φοβισμένοι ασθενείς γίνονται υπερβολικοί με την

στοματική τους καθαριότητα ή δεν δίνουν απολύτως καμία σημασία σε αυτή, συμπεριφορές που και στις δύο ~~πριπτώσεις~~περιπτώσεις είναι ακραίες.

Το βέβαιο είναι πως η σύγχρονη οδοντιατρική με τον προσανατολισμό της στην πρόληψη και την προαγωγή της στοματικής υγείας, τον περιορισμό των παρεμβατικών ή αποκαταστατικών τεχνικών και τον αποτελεσματικό έλεγχο του πόνου έχει κάνει σημαντική πρόοδο στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι συμπεριφέρονται έναντι στην οδοντοστοματική τους υγεία και φροντίζουν για αυτή καθώς και στην μείωση του φόβου που οδηγούσε σε αποφυγή περίθαλψης και υγιεινής.

Προγράμματα πρόληψης εφαρμόζονται σε παιδιά μικρής ηλικίας που οργανώνονται από το κράτος ή από τους τοπικούς οδοντιατρικούς συλλόγους και έχουν σαν στόχο την αγωγή και την προαγωγή της στοματικής υγείας και την εξοικείωση του παιδιού με την ιδέα της στοματικής υγιεινής και των οδοντιατρικών ελέγχων. Τα προγράμματα αυτά κινητοποιούν ακόμη και τους γονείς εντοπίζοντας τυχόν αδυναμίες ή προβλήματα των παιδιών και παραπέμποντας τα για περαιτέρω θεραπεία.

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 1,
Διάστιχο: μονό

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά:
Verdana, 12 pt

1. ΗΛΙΚΙΑ: _____

2. ΦΥΛΟ: _____

3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

α. δημοτικό β. γυμνάσιο γ. λύκειο

δ. ΑΕΙ ε. ΤΕΙ

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

α. Παντρεμένος

β. Ανύπαντρος

γ. Διαζευγμένος / Σε διάσταση

δ. Χήρος

5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

α. ελεύθερος επαγγελματίας

β. δημόσιος υπάλληλος

γ. ιδιωτικός υπάλληλος

δ. αγρότης

ε. άλλο

6. ΠΟΤΕ ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

α. πριν ένα χρόνο β. πριν 1-3 χρόνια γ. περισσότερο από
πριν 3 χρόνια

7. ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

α. οδοντοστοματικός πόνος

β. προσθετική εργασία

γ. προληπτικός έλεγχος/ καθαρισμός

8.ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΣΗΜΕΡΑ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

α. οδοντοστοματικός πόνος

β. προσθετική εργασία

γ. προληπτικός έλεγχος/ καθαρισμός

9.ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΒΟΥΡΤΣΙΖΕΤΕ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΣΑΣ

α. μία β. δυο γ. τρεις

δ. περισσότερες ε. καμία

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

▲ Συμπληρώστε Χ στο κατάλληλο τετράγωνο.

1. Αν επισκεπτόσασταν τον οδοντίατρο σας για ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΥΡΙΟΥ, πως θα αισθανόσασταν;

α. Όχι β. Ελαφρά γ. Αρκετά
αγχωμένος/η αγχωμένος/η αγχωμένος/η

δ. Πολύ ε. Εξαιρετικά
αγχωμένος/η αγχωμένος/η

2. Αν καθόσασταν στην ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ (περιμένοντας για θεραπεία), πώς θα αισθανόσασταν;

α. Όχι β. Ελαφρά γ. Αρκετά
αγχωμένος/η αγχωμένος/η αγχωμένος/η

δ. Πολύ ε. Εξαιρετικά
αγχωμένος/η αγχωμένος/η

3. Αν επρόκειτο να σας ΤΡΟΧΙΣΕΙ κάποιο ΔΟΝΤΙ, πως θα αισθανόσασταν;

α. Όχι β. Ελαφρά γ. Αρκετά
αγχωμένος/η αγχωμένος/η αγχωμένος/η

δ. Πολύ ε. Εξαιρετικά
αγχωμένος/η αγχωμένος/η

4. Αν επρόκειτο να κάνετε ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ και ΣΤΙΛΒΩΣΗ (γυάλισμα) των ΔΟΝΤΙΩΝ σας, πως θα αισθανόσασταν;

α. Όχι β. Ελαφρά γ. Αρκετά
αγχωμένος/η αγχωμένος/η αγχωμένος/η

δ. Πολύ ε. Εξαιρετικά
αγχωμένος/η αγχωμένος/η

5. Αν επρόκειτο να κάνετε ΕΝΕΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ στο ούλο, κάτω από άνω πίσω δόντι, πώς θα αισθανόσασταν;

α. Όχι β. Ελαφρά γ. Αρκετά
αγχωμένος/η αγχωμένος/η αγχωμένος/η

δ. Πολύ
αγχωμένος/η



ε. Εξαιρετικά
αγχωμένος/η



Μορφοποιήθηκε: Αγγλικά (Ηνωμένου Βασιλείου)

Μορφοποιήθηκε: Επικεφαλίδα 1, Αριστερά, Διάστιχο: μονό

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Walter Hoffmann-Axthelm, History of dentistry, Berlin and Chicago, Quintessence Publishing, Co, 1981, 8vo, pp. 435, illus., \$100.00.
2. Τοπική Αναισθησία στην Οδοντιατρική. Δ.Π. Ιακωβίδης, Α.Θ. Τσίρλης, Γ' έκδοση, Θεσσαλονίκη 2000.
3. National Institute of Dental and Craniofacial Research.
4. The global burden of oral diseases and risk to oral health, Paul Erik Peterson, Denis Bourgeois, Hiroshi Ogawa, Saskia Ethupinon Day and Charlotte Naliaya.
5. WHO, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
6. Περιοδοντολογία Ι. Κωνσταντινίδης Αντώνης, Θεσσαλονίκη 2003, τόμος Ι, σελ. 322.
7. 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 Dentistry and Oral Epidemiology 2003; 31 Suppl 1: 3-24.
8. Global oral health data bank. Geneva: World Health Organization: 2004.
9. WHO oral health country/area profile. Geneva: World Health Organization: Available at: URL: <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>
10. Chen M, Andersen RM, Barmes DE, Leclercq M-H, Lyttle SC. Comparing oral health systems. A second international collaborative study. Geneva: World Health Organization: 1997.
11. US Department of Health and Human Services. Oral health in America. A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research: 2000.
12. Walker A, Cooper I, editors. Adult dental health survey — oral health in the United Kingdom 1998. London: The Stationery Office: 2000.
13. Petersen PE, Kjölller M, Christensen LB, Krusturup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. Journal of Public Health Dentistry 2004; 64: 127-35.
14. Albander JM, Brown LJ, Løe H. Clinical features of early-onset periodontitis. Journal of the American Dental Association 1997; 128: 1393-9.

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt

Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: 12 pt, Αγγλικά (Ηνωμένου Βασιλείου)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

15. [Widström E, Eaton KA. Oral health care systems in the extended European Union. Oral Health and Preventive Dentistry 2004; 2:155-94.](#)
16. [US Department of Health. Health care financing administration. National health expenditures, 1998. Washington, DC: Health Care Financing Administration. Available at: URL: <http://www.nidr.nih.gov/sgr/sgrweb/toc.htm>](#)
17. [Griffin SO, Jones K, Tomar SL. An economic evaluation of community water fluoridation. Journal of Public Health Dentistry 2001; 61: 78-86.](#)
18. [Wang NJ, Källestaal C, Petersen PE, Arnadottir IB. Caries preventive services for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden: strategies and resource allocation. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1998; 26: 263-71.](#)
19. [Yee R, Sheiham A. The burden of restorative dental treatment for children in third world countries. International Dental Journal 2002; 52: 1-9.](#)
20. [Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries — an international perspective. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2005; 33: 274-9.](#)
21. [Petersen PE. Social inequalities in dental health – towards a theoretical explanation. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1990; 18: 153-8.](#)
22. [Petersen PE. Inequalities in oral health — the social context for oral health. In: Harris R, Pine C, editors. Community oral health. 2nd edition. London: Quintessence; 2005 \(in press\).](#)
23. [Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutrition 2004; 7: 201-26.](#)
24. [Tomar SL, Asma S. Smoking attributable periodontitis in the United States: findings from the NHANES III. Journal of Periodontology 2000; 71: 743-51.](#)
25. [Reibel J. Tobacco and oral diseases: an update of the evidence, with recommendations. Medical Principles and Practice 2003; 12 Suppl 1: 22-32.](#)
26. [Smokeless tobacco and some tobacco-specific nitrosamines. Lyon: IARC Press; 2005. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 89.](#)
27. [Löe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. Diabetes Care 1993; 16: 329-34.](#)
28. [ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ. Από τη θεραπεία στην πράξη. Λουλουδιάδης Κων/νος, Θεσσαλονίκη, 1997.](#)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

29. Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΗΜ. Β. ΛΑΜΠΡΟΥ. University studio Press. Θεσσαλονίκη 1987.
30. Health promotion and dental caries, Marisa Maltz, Juliana Jobim Jardim, Luana Severo Alves. Braz Oral Res. 2010; 24 (Spec Iss 1): 18-25.
31. Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. Public Health Nutr. 2001;4(2B):569-91.
32. Hayes C. The effect of non-cariogenic sweeteners on the prevention of dental caries: a review of the evidence. J Dent Educ 2001; 65: 1106-1109.
33. Dietary advice in dental practice, D.J. Maynien, BRITISH DENTAL JOURNAL, VOLUME 193, No 10, November 23, 2002.
34. Von der Fehr F, Løe H, Theilade E. Experimental caries in man. Caries Res. 1970;4(2):131-48.
35. Mascarenhas A. Oral hygiene as a risk indicator of enamel and dentin caries. Community Dent Oral Epidemiol. 1998;26(5):331-9.
36. Treasure E, Kelly M, Nuttall N, Nunn J, Bradnock G, White D. Factors associated with oral health: a multivariate analysis of results from the 1998 Adult Dental Health survey. Br Dent J. 2001;190(2):60-8.
37. Tagliaferro E, Ambrosano G, Meneghim MC, Pereira A. Risk indicators and risk predictors of dental caries in schoolchildren. J Appl Oral Sci. 2008;16(6):408-13.
38. Axelsson P, Lindhe J. The effect of a preventive programme on dental plaque, gingivitis and caries in schoolchildren. Results after one and two years. J Clin Periodontol. 1974;1(2):126- 38.
39. Maltz M. Efeito de um programa de higiene oral sobre gengivite e carie dental em escolares. Porto Alegre: Federal University of Rio Grande do Sul; 1976.
40. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal/periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. J Clin Periodontol. 2004;31(9):749-57.
41. Mejøre I, Lingström P, Petersson L, Holm A, Twetman S, Killestøl C, et al. Caries-preventive effect of fissure sealants: a systematic review. Acta Odontol Scand. 2003;61(6):321-30.
42. Beirut N, Frencken J, van 't Hof M, van Palenstein Helderma W. Caries-preventive effect of resin-based and glass ionomer sealants over time: a systematic review. Community Dent Oral Epidemiol. 2006;34(6):403-9.

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

43. Griffin S, Oong E, Kohn W, Vidakovic B, Gooch B, Bader J, et al. The effectiveness of sealants in managing caries lesions. *J Dent Res*. 2008;87(2):169-74.
44. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Møkelø M, Worthington H. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(4):CD001830.
45. Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία, Αγγελόπουλος Β. Νικηφόρος.
46. Stress amongst primary dental care patients. Luis Miguel Rodriguez Vazquez, Emilio Rubinos Lopez, Almudena Varela, Centrelles, Ana Isabel Blanco Otero, Flor Varela Otero, Pablo Varela Cantrelles, *Medicina Oral S.L.C.I.F.B.*, 2007.
47. Dental Fear and Utilisation Behaviour among Antenatal Mothers in Seremban District, N.V. Savithri, R. Esa, *Annual Dent Univ. Malaya* 2008; 15 (1): 27-32.
48. Outeish Taani DS. Dental anxiety and regularity of dental attendance in younger adults. *J Oral Rehabil* 2002; 29: 604-8.
49. Strategies for Combating Dental Anxiety, Lyndsay C. Bare, B.A.; Lauren Dunder, M.H.S., Sc. D. *Journal of Dental Education*; Volume 68, Noll, 2004.
50. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 144-51.
51. Haqqin C, Hakeberg M, Ahlqvist M, Sullivan M, Berggren U. Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 451-60.
52. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway. *Eur J Oral Sci* 2000; 108: 175- 83.
53. Vassend O. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav Res Ther* 1993; 31: 659- 66.
54. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behaviour between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 116-21.
55. Stouthard MEA, Hoogstraten J. Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 139-42.
56. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 67-72.

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδας)

Μορφοποιήθηκε: Αγγλικά (Ηνωμένου Βασιλείου)

57. Effect of fear on dental utilization behaviors and oral health outcome, Neug x, Heft MW, Brandly MM, Lang PJ. Community Dent Oral Epidemiology: 2007; 35: 292-301.
58. Behavior-Associated Self-Report Items in Patients Charts As Predictors of Dental Appointment Avoidance, Kevin C. Lin, B.S., B.A., Journal Dental Education, Volume 73, No 2, 2008.
59. Knowing your Patients, Stanley F. Malamed J. Am Dent Assoc 2010; 141: 35-75.
60. Οδοντική Χειρουργική, Τόμος Ι, Γεράσιμος Περ. Δουβίτσας, Παναγιώτης Λαγουβάρδος
61. Παιδοδοντιατρική 6^{ου} εξαμήνου, Σωτ. Κάλφας, 2005-2006, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.
62. Molloy JT Dress for success. New York, Warner Books, 1975: 30-5-, 210-2.
63. Magnum S, Garrison C., Lind C., Hilton H.G. First impressions of the nurse and nursing care. J. Nurs Care Qual 1997; 11 (5): 39-47.
64. Taylor PG. Does the way house staff physicians dress influence the way patients initially perceive their competence? Med Notes 1985; 9-1.
65. Patient Perceptions of Professionalism in Dentistry, Mary E. Brosky, D.M.D.; Oliver A. Keefer, B.S.; James S. Hodger, Ph D.; Igor J. Desun, D.M.D., M.S.; Gary Cook, D.D.S., M.S., Journal of Dental Education, 2003.
66. Dental fear and adult oral health in Australia, Amfield J.M., Slade GD, Spence, AJ; Community Dent Oral Epidemiology 2009; 37: 220-230.
67. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age, Gerry M. Humphris, Tom A Dyer and Peter G. Robinson, BMC Oral Health, 2009.
68. Psychometric properties of Greek versions of the Modified Coral Dental Anxiety Scale (MDAS) and the Dental Fear Survey (DFS), Crilby Coolidge, Konstantinos Nikolaou, Arapostathis, Dimitris Emmanouil, Nikolaos Dabarakis, Antonis Patrikiou, Nikolaos Economides and Nikolaos Kotsanos, BMC Oral Health 2005.
69. Dental beliefs: factor structure of the revised dental beliefs survey in a group of regular dental patients, Abrahamsson KH, Ohrna, Hakeberg M, Eur J. Oral Sci 2009; 117: 720-727.
70. Self-Assessed Dental Status, Oral Behavior, DMF and Dental Anxiety, Gili R. Savnorodnitzky, D.M.D, Lira Levin, D.M.D., J. of Dental Educ. 2005.

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

71. Dental Anxiety: detection and Management: Mohamedad O. Sharif.

72. Making Patients Safe and comfortable for a lifetime of Dentistry: Frontiers in Office, Based Sedation: John A. Yagiela, DDS, Oh.D, J of European Education, Volume 65, No 12, 2001.

73. Το εργασιακό άγχος και οι επιπτώσεις του στους επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας στο Ν. Ηρακλείου. Πτυχιακή εργασία, Αθανασίου Όλγα, Σερακιώτης λάμπρος, Λαθάκη,Ειρήνη,

Dr. Λάντσης Δημήτρης, 2007.

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Ελληνικά (Ελλάδα)

Μορφοποιήθηκε: Αριστερά, Εσοχή:
Πρώτη γραμμή: 0 εκ., Διάστιχο: μόνο