



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Εσωτερική - Εξωτερική Ντροπή και
ψυχολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με
περιοδοντικά προβλήματα και ο ρόλος τους
στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:
Νικηφορίδου Μαρία
Α.Μ.: 06002787

Επιβλέπουσα καθηγήτρια
Γκούβα Μαίρη

ΛΑΡΙΣΑ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες στους ανθρώπους που με την υποστήριξη και την συμμετοχή τους κατέστησαν δυνατή την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης και συγκεκριμένα:

Στις καθηγήτριές μου και επιβλέπουσες της εργασίας κ. Γκούβα Μαίρη και κ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία για την καθοδήγησή τους

Στον καθηγητή μου κ. Κωνσταντινίδη Αντώνη για την υποστήριξη που παρέχει σε κάθε προσπάθειά μας

Στην καθηγήτρια μου κ. Τοπίτσογλου Βάσω για την βοήθειά της

Στους συμφοιτητές και συμφοιτήτριές μου για την πολύτιμη βοήθεια στην συλλογή των ερωτηματολογίων και ιδιαίτερα στις Χαριτούδη Πέννυ, Ρισάφη Ηδύλη και Λαζαρίδου Θεοδοσία

Στην αδερφή μου Δήμητρα Νικηφορίδου για την συμπαράσταση και την πολύτιμη βοήθειά της, καθώς επιμελήθηκε την στατιστική επεξεργασία της παρούσας μελέτης.

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Εσωτερική - Εξωτερική Ντροπή και ψυχολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με περιοδοντικά προβλήματα και ο ρόλος τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Της: ΝΙΚΗΦΟΡΙΔΟΥ Μαρίας, Οδοντίατρου.

Υπό τη επίβλεψη των:

1. Γκούβα Μαίρη, Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου
2. Κοτρώτσου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας
3. Τοπίτσογλου Βασιλική, Αναπλ. Καθηγήτρια Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Ημερομηνία: Ιούνιος 2012

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών (εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή και ψυχοπαθολογία) των ατόμων με περιοδοντικά προβλήματα, επιχειρώντας σύγκριση της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, καθώς και συσχέτιση των κλιμάκων μέτρησης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών μεταξύ τους και σύγκρισή τους με τον γενικό πληθυσμό.

Υλικό-Μέθοδος: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2011 έως τον Απρίλιο του 2012. Δείγμα αποτελέσαν άτομα με περιοδοντικά προβλήματα που συνεργάζονταν με το Τμήμα Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσσαλονίκης. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994), η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002), η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977) και ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 16.

Αποτελέσματα: Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 72 ασθενείς της κλινικής Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων του Α.Π.Θ. , με μέσο όρο ηλικίας τα 50,4 έτη. Το ποσοστό των γυναικών που συμμετείχαν ήταν 65,3%, ενώ το υπόλοιπο 34,7% ήταν άνδρες. Κατά την ανάλυση των δεδομένων, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις μέσες τιμές των σκορ και για τις τρεις κλίμακες, OAS, ESS και SCL-90, μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των μέσων όρων των τιμών του δείγματος μελέτης και του ελληνικού πληθυσμού στις υποκλίμακες σωματοποίηση, διαπροσωπική ευαισθησία, άγχος, θυμός – επιθετικότητα, φοβικό άγχος και ψυχωτισμός, ($p < 0,05$) της κλίμακας SCL-90. Στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν, επίσης, μεταξύ και των τριών ερωτηματολογίων. Η κλίμακα SCL-90 βοηθάει στην εξήγηση του 22,18% της διακύμανσης των σκορ στην κλίμακα ESS και του 9,24% της διακύμανσης στην OAS, ενώ η OAS στο 30,91% της διακύμανσης της ESS.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με περιοδοντικά προβλήματα εμφανίζουν υψηλότερη έκφραση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών της σωματοποίησης, της διαπροσωπικής ευαισθησίας, του άγχους, του θυμού – επιθετικότητας, του φοβικού άγχους και του ψυχωτισμού, όπως αυτά καταγράφηκαν στο ερωτηματολόγιο SCL-90, σε σύγκριση με τον μέσο ελληνικό πληθυσμό, πράγμα ιδιαίτερα σημαντικό για την κατανόηση του ψυχολογικού προφίλ αυτών των ασθενών. Το φύλο, δεν αποτέλεσε παράγοντα που να επηρεάζει την ψυχολογική ανταπόκριση των περιοδοντικών ασθενών στις 3 κλίμακες που μελετήθηκαν. Αξιοσημείωτο είναι πάντως, ότι αν θέταμε λιγότερο αυστηρά επίπεδα σημαντικότητας, θα εντοπίζαμε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών-γυναικών για την κλίμακα SCL-90. Τα άτομα με περιοδοντικά προβλήματα που εκφράζουν υψηλό δείκτη ψυχοπαθολογίας θα έχουν και την τάση να βιώνουν και υψηλά επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, όπως φαίνεται από τις θετικές συσχετίσεις μεταξύ των τριών ερωτηματολογίων.

Abstract

Title: Internal - External Shame and Psychological characteristics of patients with periodontal problems and their role in Primary Health Care

By: Nikiforidou Maria, Dentist

Supervisors:

1. Gouva Mary, Nursing Department TEI of Hefirus
2. Kotrotsiou Evangelia, Nursing Department TEI of Larisa
3. Topitsoglou Vasiliki, Dental School , Aristotle's University of Thessaloniki

Date: June 2012

Purpose: To investigate certain psychological characteristics (external shame, internal shame and psychopathology) of individuals with periodontal problems, and to compare these characteristics between men and women , as well as to correlate the scales of psychological characteristics between each other and to compare them with the general population.

Material-Method: The study was realised from January 2011 until April 2012. Patients with periodontal problems that collaborated with the Department of Preventive Dentistry, Periodontology and Implant Biology of the Dental School of Aristotle's University of Thessaloniki, participated in the study. The study tools that were used were the Other As Shamer Scale- OAS (Goss, Gilbert and Allan, 1994), the Experience of Shame Scale- ESS (Andrews, Qian and Valentine, 2002), the psychopathology scale SCL-90 (Derogatis, 1977) and a social-demographic questionnaire. The statistical package SPSS 16 was used for the statistical analysis.

Results: 72 patients of the Department of Preventive Dentistry, Periodontology and Implant Biology of the Dental School of Aristotle's University of Thessaloniki, with mean of age the 50,4 years, participated in the present study. 65,3% of the sample size were women, while the rest 34,7% were men. The statistical analysis of the data did not result in statistically significant differences for the mean scores of the three scales, OAS, ESS and SCL-90, between men and women. Statistically significant differences were found between the mean scores of the sample and the Greek population in the subscales of somatization, interpersonal sensitivity, anxiety, anger - hostility, phobic anxiety and psychoticism, ($p < 0,05$) of the SCL-90 scale. Statistically important positive cross-correlations were also found between all three questionnaires. SCL-90 scale explains the 22,18% of the ESS scale deviation and the 9,24% of the OAS scale deviation, while the OAS scale explains the 30,91% of the ESS scale deviation.

Conclusions: Patients with periodontal problems express higher degrees of the psychological characteristics of somatization, interpersonal sensitivity, anxiety, anger - hostility, phobic anxiety and psychoticism, compared to the mean Greek population, as it was recorded in SCL-90 scale. This is particularly important in the comprehension of the psychological profile of these patients. Sex did not constitute a factor that influenced the psychological profile of periodontal patients in the 3 scales that were studied. Although, it would be remarkable, that if we were less strict in the

level of significance, a statistically significant difference would be found between men and women in the SCL-90 scale. Periodontal patients that express high levels of psychopathology, will also have the tendency to experience high levels of internal and external shame, as it was shown from the positive correlations between the three scales.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή. Νόσοι των ούλων που οφείλονται στην μικροβιακή πλάκα.
2. Παθογενετική διαδικασία της περιοδοντικής καταστροφής.
3. Επιδημιολογία χρόνιας περιοδοντίτιδας.
4. Παράγοντες κινδύνου.
5. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και περιοδοντική καταστροφή.
6. Βιολογικοί μηχανισμοί δράσης στρες.
7. Στοματικής υγεία και ποιότητα ζωής.
8. Στοματικής υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης
2. Υλικό και Μέθοδος
3. Ερευνητικά εργαλεία
 - 3.1 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)
 - 3.2 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)
 - 3.3 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)
 - 3.4 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων
4. Στατιστική επεξεργασία
5. Αποτελέσματα
 - 5.1 Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων
 - 5.2 Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα ψυχολογικών εργαλείων
 - 5.3 Σύγκριση ανδρών - γυναικών
 - 5.3.1 Περιγραφικά στατιστικά δεδομένα
 - 5.3.2 Έλεγχος κανονικότητας
 - 5.3.3 Αποτελέσματα σύγκρισης ανδρών -γυναικών
 - 5.4 Σύγκριση τιμών SCL-90 μεταξύ δείγματος μελέτης και ελληνικού πληθυσμού
 - 5.5 Συσχέτιση μεταξύ κλιμάκων και υποκλιμάκων OAS,ESS και SCL-90
6. Συμπεράσματα
7. Σύζησηση

Βιβλιογραφία

Παράρτημα I

Ερευνητικά εργαλεία

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή. Νόσοι των ούλων που οφείλονται στην μικροβιακή πλάκα.

Οι νόσοι του περιοδοντίου είναι χρόνιες λοιμώξεις οι οποίες προκαλούνται από την μικροβιακή πλάκα. Κυριότερες είναι η χρόνια ουλίτιδα και η χρόνια περιοδοντίτιδα. Η ουλίτιδα αποτελεί φλεγμονώδη αντίδραση των μαλακών περιοδοντικών ιστών στην συσσώρευση μικροβιακής πλάκας, η οποία είναι μη καταστροφική για το περιοδόντιο, και υποχωρεί με την απομάκρυνση της πλάκας (Löe 1965).

Η χρόνια περιοδοντίτιδα είναι η φλεγμονή των στηρικτικών ιστών του δοντιού που οφείλεται στην μικροβιακή πλάκα, περιλαμβάνει καταστροφή των στηρικτικών περιοδοντικών ιστών δηλ, περιρριζίου, οστού και μαλακών ιστών, και οδηγεί προοδευτικά στην απώλεια πρόσφυσης και οστικής στήριξης, με τελικό αποτέλεσμα την απώλεια των δοντιών.

Η συσσώρευση της μικροβιακής πλάκας πάνω στην οδοντική επιφάνεια, αν και αιτιολογικός παράγων των φλεγμονωδών νόσων του περιοδοντίου, δεν αποτελεί τον μόνο καθοριστικό παράγοντα. Φαίνεται ότι η επέκταση της φλεγμονής στους βαθύτερους περιοδοντικούς ιστούς επηρεάζεται και από τον παράγοντα ξενιστή, με φυσιολογικούς, ανοσολογικούς, αμυντικούς, συστηματικούς και τοπικούς παράγοντες να διαδραματίζουν σημαντικό (Page & Schroeder 1976, Page, Simpson & Ammons 1975, Lindhe J, Liljenberg B, Listgarten M. 1980, Schwartz, Goultschin, Dean & Boyan 1997, Page & Kornman 1997, Van Dyke TE & Serhan CN, 2003, Sorsa 2006, Ding 1995, Beklen 2006, Grayson 2003, Offenbacher 1996, Albandar 2002)

Η περιοδοντίτιδα αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο. Η απάντηση του ξενιστή στην παρουσία των βακτηρίων είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη της παθογενετικής διαδικασίας, καθώς μια υπερβολική αμυντική αντίδραση, όπως και μια ελλιπής αντίδραση, μπορεί να οδηγήσει σε ιστική καταστροφή του περιοδοντίου. Επιπλέον, από την βιβλιογραφία διαφαίνονται διάφοροι παράγοντες που υπεισέρχονται και με διάφορους τρόπους, γνωστούς ή υποτιθέμενους, μπορεί να επηρεάζουν την έναρξη, εξέλιξη ή βαρύτητα της νόσου (Albandar 2002).

2. Παθογενετική διαδικασία της περιοδοντικής καταστροφής.

Ο οργανισμός ως απάντηση στην μικροβιακή προσβολή, παράγει ένζυμα που διασπών τους ιστούς. Η ποικιλία ενζύμων και τοξινών που παράγεται τοπικά από τα διάφορα περιοπαθογόνα μικρόβια μπορούν επίσης να προκαλέσουν βλάβη στους ιστούς και έναρξη φλεγμονής.

Αφού η ανοσολογική και φλεγμονώδης απάντηση έχει ξεκινήσει, διάφορα μόρια της φλεγμονής όπως πρωτεάσες, κυτοκίνες, προσταγλανδίνες, και ένζυμα του ξενιστή απελευθερώνονται από τα λευκοκύτταρα και ινοβλάστες ή άλλα δομικά κύτταρα των ιστών. Οι πρωτεάσες διασπών το κολλαγόνο, κύριο συστατικό της εξωκυττάριας ουσίας, και έτσι δημιουργούν χώρο για μεγαλύτερη διήθηση από λευκοκύτταρα. Καθώς η πρόσφυση του συνδετικού ιστού στο δόντι καταστρέφεται, τα επιθηλιακά κύτταρα μεταναστεύουν ακρορριζικότερα κατά την επιφάνεια της ρίζας και αυξάνεται το βάθος του θυλάκου, αυξάνοντας τον βαθμό της φλεγμονώδους

δήθησης. Επιπλέον, οι οστεοκλάστες ξεκινούν την καταστροφή του οστού. Τελικά η περιοδοντική καταστροφή εξελίσσεται σε τέτοιο βαθμό ώστε το δόντι χάνεται (Kinane 2001).

Η παθογενετική διαδικασία στην περιοδοντική καταστροφή χαρακτηρίζεται ως μία κατάσταση που εξελίσσεται κάτω από τον έλεγχο του ξενιστή, όπου η στρατηγική είναι να αποβληθεί το δόντι ώστε να σταματήσει η φλεγμονή (Kinane 2001).

3. Επιδημιολογία χρόνιας περιοδοντίτιδας.

Η μελέτη της φυσικής ιστορίας της νόσου των Løe et al. (1986) σε έναν πληθυσμό στη Sri Lanka, κατάληξε στο συμπέρασμα ότι το 81% του πληθυσμού παρουσίαζε μέτρια εξέλιξη της νόσου, το 8% είχε γρήγορη εξέλιξη της νόσου, ενώ το 11% δεν παρουσίασε καμία εξέλιξη της νόσου κατά την διάρκεια 15ετούς παρακολούθησης.

Βλέπουμε, λοιπόν, ότι η παρουσία πλάκας δεν οδήγησε απαραίτητα σε καταστροφική περιοδοντική νόσο. Ενώ η ουλίτιδα πρέπει να προηγείται της περιοδοντίτιδας, όλες οι ουλίτιδες δεν εξελίσσονται σε περιοδοντίτιδα. Μόνο ένα ποσοστό ατόμων θα αναπτύξουν καταστροφική περιοδοντική νόσο. Επιπλέον, η περιοδοντίτιδα εμφανίζει αρκετή ποικιλομορφία στις κλινικές εκδηλώσεις της, καθώς δεν επηρεάζει όλα τα δόντια εξίσου, αλλά έχει προδιάθεση τόσο στο άτομο όσο και σε συγκεκριμένες θέσεις των δοντιών.

Από τις μελέτες των Albandar 1990, 1999, Albandar & Kingman 1999 (NHANES III, 1988-1994) συμπεραίνουμε επίσης ότι οι βαριές μορφές των νόσων του περιοδοντίου προσβάλλουν ένα μικρό ποσοστό πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών που πιθανώς δεν ξεπερνά το 10-20%. Υπάρχει, δηλαδή, μια ομάδα υψηλού κινδύνου στον πληθυσμό, ενώ ο επιπολασμός της περιοδοντίτιδας για τον υπόλοιπο πληθυσμό επηρεάζεται από το κριτήριο επιλογής της βαρύτητας της νόσου. Έτσι, όταν το κριτήριο απώλειας πρόσφυσης είναι 4mm, ο επιπολασμός της περιοδοντίτιδας βρίσκεται στο 30%.

Το γεγονός ότι υπάρχουν υποπληθυσμοί με διαφορετικό κίνδυνο εξέλιξης της νόσου, δείχνει ότι η εξέλιξη της νόσου δεν είναι γραμμική, αλλά υπόκειται σε παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της και πρέπει να αναγνωριστούν.

4. Παράγοντες κινδύνου.

Παράγοντας κινδύνου (risk factor) είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικής συμπεριφοράς ή του τρόπου ζωής ενός ατόμου, μία περιβαλλοντική έκθεση ή ένα εγγενές ή κληρονομούμενο χαρακτηριστικό, το οποίο βάση επιδημιολογικών δεδομένων σχετίζεται με μία κατάσταση υγείας. Οι παράγοντες κινδύνου είναι μέρος της αιτιολογικής αλυσίδας μιας συγκεκριμένης νόσου ή μπορεί να οδηγήσουν σε έκθεση του ξενιστή στην ασθένεια. Η παρουσία ενός παράγοντα κινδύνου υπονοεί μια άμεση αύξηση στην πιθανότητα μιας νόσου να παρουσιαστεί (Kinane 2001).

Ο όρος δείκτης κινδύνου (risk indicator) χρησιμοποιείται μερικές φορές για παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη νόσο αλλά όχι απολύτως αιτιολογικά, όπως η ηλικία, η φυλή (Περιοδοντολογία Α.Β. Κωνσταντινίδη σελ.339).

Στην βιβλιογραφία έχει αναλυθεί ποικιλία παραγόντων σε σχέση με την χρόνια περιοδοντίτιδα και έχουν διαφανεί συσχετίσεις, υποθέσεις αλλά και απόρριψη συσχετίσεων. Η εκτενής ανάλυση όλων αυτών των παραγόντων υπερβαίνει τους στόχους αυτής της εργασίας και γι' αυτό το λόγο θα γίνει σε αυτό το σημείο μια απλή αναφορά σε αυτούς.

Στα χαρακτηριστικά του ατόμου που έχουν ερευνηθεί σε σχέση με την περιοδοντίτιδα είναι η ηλικία, η φυλή, το φύλο. Κοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί είναι το κάπνισμα, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η διατροφή, ψυχολογικοί παράγοντες, η κατανάλωση αλκοόλ. Συστηματικοί παράγοντες είναι η ύπαρξη ενδοκρινικών διαταραχών όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων όπως αυτών που προκαλούν υπερπλασίες στα ούλα ή η χρήση ορμονών, η παρουσία οστεοπόρωσης, HIV-λοίμωξης, καρδιαγγειακών παθήσεων, αιματολογικών διαταραχών, ρευματοειδούς αρθρίτιδας, παχυσαρκίας. Γενετικοί παράγοντες που εμπλέκονται είναι οι πολυμορφισμοί γονιδίων IL-1, IL-1β, IL-1RN, TNF-α κ.α. Διάφοροι τοπικοί προδιαθεσικοί παράγοντες του δοντιού είναι η παρουσία τρυγίας, οι ανατομικές δυσπλασίες των δοντιών όπως οι αδαμαντινικές προσεκβολές και τα αδαμαντινικά μαργαριτάρια, η στοματική αναπνοή, η τραυματογόνος σύγκλιση, οι τραυματικές έξεις και η πλημμελής στοματική υγιεινή, η θέση του δοντιού, η παρουσία εγγύτητας ριζών, ανοικτών σημείων επαφής, η παρουσία ανατομικών χαρακτηριστικών της ρίζας όπως υπερώων αυλάκων καθώς και αποκαταστατικών εργασιών, όπως στεφάνες και εμφράξεις αμαλγάματος με προεξέχοντα όρια.

Στους μικροβιακούς παράγοντες κινδύνου ανήκουν συγκεκριμένα περιοπαθογόνα μικρόβια που έχουν αναγνωρισθεί ως αιτιολογικοί παράγοντες της περιοδοντικής καταστροφής και έχουν συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο απώλειας πρόσφυσης. Διάφοροι νέοι παράγοντες κινδύνου που ερευνούνται στην βιβλιογραφία αποτελούν δείκτες όπως η CRP, η α1-αντιτρυψίνη, τα επίπεδα λιπιδίων του ορού (Nunn 2003, Kinane 2001). Επίσης, οι παράγοντες κινδύνου κατηγοριοποιούνται στην βιβλιογραφία σε τροποποιήσιμους (όπως το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παρουσία συγκεκριμένων περιοπαθογόνων) και μη τροποποιήσιμους (όπως οι γενετικοί πολυμορφισμοί) (Borrell 2005, Van Dyke 2005).

Ιδιαίτερος λόγος θα γίνει για τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που έχουν διαπιστωθεί να επηρεάζουν την άμυνα του ξενιστή (Rogers 1979, Breivik 1996). Γίνεται φανερό από τα παραπάνω ότι η πολυπαραγοντική φύση της περιοδοντικής καταστροφής μπορεί να εξηγήσει την ποικιλομορφία και μεταβλητότητα των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου, μέρος της οποίας μπορεί να αποδοθεί και σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Monteiro da Silva 1996).

5. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και περιοδοντική καταστροφή.

Το στρες υπήρξε παράγοντας που συσχετίστηκε με οξείες μορφές περιοδοντικών νόσων από παλιά. Από τα πρώτα δεδομένα της επίδρασης των ψυχολογικών παραγόντων στην παθογένεια των περιοδοντικών νόσων αποτέλεσε η παρατήρηση του υψηλότερου επιπολασμού ελκονεκρωτικής ουλίτιδας σε πληθυσμό στρατιωτών κατά τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο (Pindborg 1951). Μελέτες επίσης βρίσκουν αυξημένο

ποσοστό προσβολής από την νόσο σε στρατιώτες και σε φοιτητές σε πανεπιστήμια (Melnick 1988).

Το άγχος έχει συσχετισθεί σε μελέτες με αυξημένα επίπεδα παρουσίας πλάκας (Johannsen 2005, Vettore 2005), πράγμα που μπορεί να αποδοθεί και στην παραμέληση της στοματικής υγιεινής των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές. . Οι Da Silva (1998), αντίθετα, δεν βρίσκουν συσχέτισης ψυχοκοινωνικών μεταβλητών όπως κατάθλιψη, άγχους, στρες, μοναχικότητας με τα επίπεδα πλάκας σε ασθενείς με περιοδοντίτιδα.

Ψυχολογικές παράμετροι όπως η παρουσία άγχους, στρες, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σωματικών παραπόνων, εσωστρέφειας, εχθρικής συμπεριφοράς έχουν συσχετισθεί σε μελέτες με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη περιοδοντίτιδας.

Πιο συγκεκριμένα, οι Vettore (2003) αναφέρουν συσχέτιση μέσου βάθους θυλάκων και απώλειας πρόσφυσης (4-6mm) με υψηλότερα επίπεδα άγχους. Οι Suominen-Taipale (2009) συσχετίζουν την εχθρική συμπεριφορά με την περιοδοντική νόσο και με φτωχή στοματική υγεία γενικά. Οι Da Silva (1995) βρίσκουν συσχέτιση της κατάθλιψης με την περιοδοντική νόσο. Αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, σωματικών παραπόνων, καθώς και μειωμένο επίπεδο ποιότητας ζωής και εσωστρέφεια ανευρίσκονται σε ασθενείς με περιοδοντίτιδα, μετά την στάθμιση για συγχυτικούς παράγοντες όπως ηλικία, κάπνισμα και δείκτη πλάκας (Saletu 2005). Η οστική απώλεια συσχετίστηκε με το ψυχολογικό στρες (Dolic 2005), ενώ η απώλεια πρόσφυσης με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και το κάπνισμα (Chiou 2010). Οι Dumitrescu (2010) αναφέρουν συσχετισμό ψυχολογικών παραγόντων, περιοδοντίτιδας και παχυσαρκίας.

Από την άλλη μεριά, υπάρχουν μελέτες οι οποίες δεν επιβεβαιώνουν συσχέτιση ανάμεσα σε ψυχολογικές παραμέτρους και στην περιοδοντίτιδα. Οι Solis (2004) δεν βρίσκουν συσχέτιση κατάθλιψης, άγχους, ψυχιατρικών συμπτωμάτων με μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη περιοδοντίτιδας. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα στην μελέτη αυτή εκτιμήθηκαν με μία κλίμακα (SRQ-20) που χρησιμοποιείται για ψυχικά προβλήματα στην ΠΦΥ. Οι Castro (2006), επίσης, δεν βρίσκουν συσχέτιση άγχους, κατάθλιψης και περιοδοντίτιδας. Άλλες μελέτες δεν βρίσκουν συσχέτιση κατάθλιψης με την περιοδοντίτιδα αλλά η κατάθλιψη συσχετίστηκε με άλλα προβλήματα όπως η απώλεια δοντιών, χρόνιους πόνους, αρθρίτιδα, γαστρικά προβλήματα, ιστορικό εγκεφαλικού και την ηλικία (Persson 2003). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα συσχετίστηκαν και με τη νωδότητα σε μη καπνιστές άνδρες, μετά από στάθμιση για συγχυτικούς παράγοντες, ενώ δεν συσχετίστηκαν με την περιοδοντική κατάσταση (Anttila 2001).

Η επίδραση ψυχοκοινωνικών παραγόντων όπως οι οικονομικές δυσκολίες, η ανεργία, η οικογενειακή κατάσταση, τα αρνητικά γεγονότα ζωής, ο αριθμός των φίλων, ο τρόπος ζωής (lifestyle) είναι παράγοντες που έχουν ερευνηθεί σε μελέτες. Οι Saletu (2005) ερευνώντας ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως αρνητικά γεγονότα ζωής, οικονομικές δυσκολίες, ανεργία, οικογενειακά προβλήματα, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι παίζουν ρόλο στην παθογένεση της περιοδοντίτιδας.

Η οικογενειακή κατάσταση συσχετίστηκε από τους Persson (2003) με την κατάθλιψη.

Το κοινωνικό δίκτυο όπως αντιπροσωπεύεται από τον αριθμό των φίλων (μικρός αριθμός) και την οικογενειακή κατάσταση (χρηρεία) σχετίστηκε σημαντικά με τον

βαθμό της απώλειας περιοδοντικής πρόσφυσης. Παρόλα αυτά δεν σχετίστηκαν με την περιοδοντίτιδα μέτριου βαθμού (Sabbah 2011). Καθοριστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη περιοδοντίτιδας θεωρήθηκαν τα αρνητικά γεγονότα ζωής, ο αριθμός των αρνητικών γεγονότων, η ανεργία και η οικογενειακή κατάσταση (Croucher 1997). Ο τρόπος ζωής (lifestyle) συνδέθηκε με την περιοδοντική στήριξη (Aleksejuniene 2002).

Οι Genco (1999) αναφέρουν ότι τα άτομα που βρίσκονταν κάτω από οικονομικές δυσκολίες και είχαν φτωχή ικανότητα διαχείρισης των δυσκολιών, βρίσκονταν σε αυξημένο κίνδυνο για βαριά περιοδοντίτιδα σε σύγκριση με άτομα που είχαν αυξημένη συμπεριφορική ικανότητα διαχείρισης των δυσκολιών καθώς και σε σύγκριση με άτομα που δεν είχαν οικονομικές δυσκολίες.

Αντιθέτως, άλλες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν τον συσχετισμό και δεν βρίσκουν συσχέτιση ψυχοκοινωνικών παραγόντων όπως αρνητικά γεγονότα ζωής, άγχους, κατάθλιψης και περιοδοντίτιδας (Castro 2006, Vettore 2003). Ένα άλλο στοιχείο που μελετήθηκε από τους Armfield (2009) είναι ο οδοντιατρικός φόβος, ο οποίος συσχετίστηκε με τον αριθμό των τερηδονισμένων και ελλειπόντων δοντιών (δείκτες DT, MT, DMFT) και όχι με τον αριθμό των σφραγισμένων δοντιών (FT).

Η απάντηση στην περιοδοντική θεραπεία έχει επίσης μελετηθεί σε σχέση με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Οι Axtelius (1998) αναφέρουν ότι οι ασθενείς που απαντούσαν λιγότερο καλά στην περιοδοντική θεραπεία είχαν ενδείξεις μεγαλύτερης ψυχοκοινωνικής πίεσης και πιο παθητική προσωπικότητα. Οι ασθενείς με καλή απάντηση στην θεραπεία είχαν πιο ισχυρή προσωπικότητα και λιγότερο στρεσογόνο ψυχοκοινωνικό παρελθόν. Σε άλλη μελέτη, οι κλινικοί δείκτες (βάθος θυλάκου και απώλεια πρόσφυσης) συσχετίστηκαν με τα επίπεδα άγχους μετά από μη χειρουργική περιοδοντική θεραπεία, υποστηρίζοντας έτσι την υπόθεση ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την απάντηση στην θεραπεία (Vettore 2005).

Τα δεδομένα αυτά επισημαίνουν την σημασία που έχει η εκτίμηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του ασθενή στην εκτίμηση της πρόγνωσης του αποτελέσματος της περιοδοντικής θεραπείας.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε για την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην περιοδοντική υγεία ότι τα δεδομένα δεν είναι ομοιογενή αλλά μάλλον αντικρουόμενα και δεν δίνουν την δυνατότητα να καταλήξουμε σε κάποιο αναμφισβήτητο συμπέρασμα (Heiz-Mayfield 2005).

6. Βιολογικοί μηχανισμοί δράσης στρες.

Η αντίδραση στο ψυχοκοινωνικό στρες είναι περιλαμβάνει ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-φλοιός επινεφριδίων, ώστε να απελευθερωθούν αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνη από τον υποθάλαμο και γλυκοκορτικοειδή (συμπεριλαμβανομένης της κορτιζόλης) από τον φλοιό των επινεφριδίων. Τα γλυκοκορτικοειδή φαίνεται να είναι σημαντικά, λόγω της ικανότητάς τους να ρυθμίζουν την ενεργοποίηση των ανοσολογικών κυττάρων στους φλεγμαινόντες ιστούς. Ιδιαίτερα η κορτιζόλη, αναστέλλει σημαντικές λειτουργίες των λευκοκυττάρων, όπως η παρουσίαση των αντιγόνων, η διαφοροποίηση των Β-λεμφοκυττάρων σε πλασμοκύτταρα, η χημειοταξία και η φαγοκυτταρική ικανότητα

των πολυμορφοπύρηνων. Παράλληλα, το στρες διεγείρει το αυτόνομο νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα έκκριση κατεχολαμινών (αδρεναλίνης, νορ-αδρεναλίνης) από τον μυελό των επινεφριδίων. Οι κατεχολαμίνες επηρεάζουν την παραγωγή προσταγλανδινών και άλλων μεσολαβητών της φλεγμονής, με σημαντική συμμετοχή στην παθογένεια των νόσων του περιοδοντίου (Chrousos 1995, Breivik&Thrane 2001, Dimsdale & Moss 1980).

Οι Axtelius το 1998 για πρώτη φορά μετρούν τις συγκεντρώσεις κορτιζόλης στο υγρό της ουλοδοντικής σχισμής (GCF) και το συγκρίνουν με τις συγκεντρώσεις στο σάλιο. Επιπλέον, παρά τις μεγάλες διακυμάνσεις των τιμών, βρίσκουν ότι οι συγκεντρώσεις της κορτιζόλης ήταν υψηλότερες στα άτομα με περιοδοντικά προβλήματα σε σύγκριση με άτομα με υγιή ούλα. Οι Hilgert (2006) συσχετίζουν τα επίπεδα κορτιζόλης στο σάλιο με την έκταση και την βαρύτητα της περιοδοντίτιδας. Τα επίπεδα της κορτιζόλης ορού βρέθηκαν να συνδέονται με την παρουσία, την έκταση και την βαρύτητα της περιοδοντίτιδας (Goyal 2011, Ishisaka 2008).

Ένας άλλος μηχανισμός με τον οποίο το στρες θα μπορούσε να επηρεάσει την περιοδοντική κατάσταση, είναι μέσω αλλαγών που επιφέρει στην συμπεριφορά με αποτέλεσμα την υιοθέτηση συνηθειών που βλάπτουν την υγεία, όπως φτωχή στοματική υγιεινή, αυξημένη κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, φτωχή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών (Genco 1998, Monteiro da Silva 1995, 1998, Borrell 2005, Stabholz 2010).

Σημαντικός μηχανισμός στην παθογενετική διαδικασία της περιοδοντικής καταστροφής φαίνεται να είναι οι μεταβολές των επιπέδων των κυτοκινών στο υγρό της ουλοδοντικής σχισμής. Οι κυτοκίνες είναι εξωκυττάρειες πρωτεΐνες μικρού μοριακού βάρους, οι οποίες έχουν γίνει αντικείμενο έρευνας στην παθογενετική διαδικασία της περιοδοντικής καταστροφής λόγω του ρόλου που διαδραματίζουν στην κυτταρική φλεγμονώδη αντίδραση των ιστών, την ανοσιακή απάντηση, την διαφοροποίηση των κυττάρων και την επούλωση. Η απελευθέρωση των κυτοκινών από διάφορα είδη κυττάρων είναι το αποτέλεσμα της ανοσολογικής απάντησης στην βακτηριακή πρόκληση κάτω από φλεγμονώδεις καταστάσεις. Κάποιες κυτοκίνες μάλιστα, έχουν προταθεί ως πιθανοί διαγνωστικοί ή προγνωστικοί δείκτες περιοδοντικής καταστροφής.

Αυξημένα επίπεδα κυτοκινών έχουν βρεθεί σε περιοδοντικούς ασθενείς που υπόκεινται σε κάποιου είδους ψυχοκοινωνικό στρες. Οι Giannopoulou (2003) αναφέρουν συσχέτιση του στρες με τα επίπεδα των κυτοκινών IL-1b, IL-6 και IL-8 στο GCF. Οι Johannsen (2007) σε γυναίκες με μακροχρόνια απουσία από την εργασία τους λόγω κατάθλιψης ανευρίσκουν πιο βαριά περιοδοντίτιδα και μεγαλύτερη συγκέντρωση IL-6 στο GCF σε σύγκριση με τις υγιείς. Σε άλλη μελέτη σε πληθυσμό ατόμων με επιθετική μορφή περιοδοντίτιδας, τα επίπεδα των κυτοκινών IL-1b, IL-4, IL-6, IL-8 βρέθηκαν αυξημένα στα νοσούντα άτομα. Επίσης, βρέθηκε συσχέτιση επιπέδων κυτοκινών στα πάσχοντα άτομα με το κάπνισμα αλλά και το στρες (Kamma 2004).

Μια άλλη ορμόνη που σχετίζεται με το στρες, η χρωμογρανίνη Α, βρέθηκε σε αυξημένα επίπεδα σε άτομα με αυξημένο βάθος θυλάκου και απώλεια πρόσφυσης, δηλαδή με περιοδοντίτιδα (Hironaka 2008).

Από την άλλη μεριά, σε μία μελέτη (Mengel 2002) που ερευνά τα επίπεδα IL-1β, IL-6, κορτιζόλης και ψυχοκοινωνικού στρες σε σχέση με την περιοδοντίτιδα, δεν επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση. Μειονέκτημα της μελέτης αυτής όμως, ήταν το μικρό δείγμα των ασθενών.

Από όλα τα παραπάνω φαίνεται ότι το στρες μπορεί να επιφέρει αλλαγές στο ορμονικό, φλεγμονώδες και ανοσολογικό και συμπεριφορικό προφίλ του ξενιστή, οδηγώντας σε αυξημένη επιδεκτικότητά του σε περιοδοντική νόσο. Είναι δύσκολο, βέβαια, να γίνει διάκριση μεταξύ των διαφόρων μηχανισμών δράσης που υπεισέρχονται και μπορεί να συνυπάρχουν. Επιπλέον, μπορεί κάποιος μηχανισμός να μην έχουν αναγνωρισθεί προς το παρόν. Παρόλα αυτά, μπορούμε να υποθέσουμε ότι το στρες έχει παθογενετική βάση, η οποία υποστηρίζει την συσχέτιση του με την περιοδοντική καταστροφή (Stabholz 2010, Heiz-Mayfield 2005).

7. Στοματικής υγείας και ποιότητα ζωής.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) ορίζει την ποιότητα ζωής (quality of life) ως την αντίληψη του ατόμου για την θέση του στην ζωή μέσα στα πλαίσια του πολιτισμού και του συστήματος αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τις αρχές και τις ανησυχίες του. Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που αναφέρεται στη λειτουργία του ατόμου σε 4 βασικούς τομείς: ψυχολογικό, κοινωνικό, εργασιακό και οργανικό.

Ο όρος ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την στοματική υγεία (oral health related quality of life, OHRQoL) χαρακτηρίζει την αντίληψη του ατόμου για το πώς η στοματική υγεία επηρεάζει την ποιότητα ζωής του, την λειτουργική και ψυχοκοινωνική ευεξία του (Ozcelik 2007, Jowett 2009). Οι Karlsson (2009) αναφέρουν 4 κύρια συστατικά της OHRQL: λειτουργία, πόνος/δυσανεξία ψυχολογικά θέματα, κοινωνικά θέματα.

Παραδοσιακά, η μελέτη των περιοδοντικών νόσων αλλά και γενικά η μελέτη των νόσων εστίαζε σε κλινικούς και παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς παρά στην επίδραση της νόσου στον ασθενή. Αυτό συμφωνεί με το βιο-ιατρικό μοντέλο προσέγγισης της νόσου που επικράτησε στο παρελθόν. Παρόλα αυτά, μια νόσος μπορεί να προκαλέσει όχι μόνο βιολογικές επιδράσεις και μπορεί να επηρεάσει τόσο την ψυχολογία όσο και την κοινωνική λειτουργία. Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της νόσου μας δίνει τη δυνατότητα πιο ολοκληρωμένης και αποτελεσματικής αντιμετώπισής της (Δ.Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, O'Dowd 2010).

Τα κλινικά σημεία της περιοδοντίτιδας, όπως η απώλεια πρόσφυσης, το βάθος θυλάκων και η αιμορραγία στην ανίχνευση, είναι αυτά στα οποία εστίαζε και εστιάζει ακόμα η μελέτη των χαρακτηριστικών της περιοδοντικής νόσου και αυτά που ενδιαφέρουν συνήθως τον θεράποντα οδοντίατρο. Οι κλινικές μετρήσεις παρέχουν ένα μέτρο των κλινικών αποτελεσμάτων μιας νόσου αλλά δεν παρέχουν κάποιες ενδείξεις για την επίδραση μιας νόσου στην λειτουργία και ψυχοκοινωνική ευεξία του ατόμου. Υπάρχει περιορισμένος αριθμός μελετών που μελετούν δεδομένα και αποτελέσματα που εστιάζουν στον ίδιο τον ασθενή (patient-centered outcomes). Η εμπειρία της νόσου που έχει ο ίδιος ο ασθενής δεν αποτέλεσε συχνά αντικείμενο

μελέτης, και αυτό γιατί η περιοδοντίτιδα θεωρούνταν, ειδικά στα αρχικά στάδιά της, μια σιωπηλή νόσος την οποία δεν μπορεί να παρατηρήσει ο ασθενής. (Ozcelik 2007, Jowett 2009) .

Οι Davies (2005 consensus report) χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι οι κλινικές μελέτες στο μέλλον είναι σημαντικό να περιέχουν και δεδομένα που εστιάζουν στον ίδιο τον ασθενή (patient-centered).

Πρόσφατες μελέτες αναφέρονται στις επιδράσεις της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Οι Needleman (2004) εκτίμησαν την επίδραση της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής περιοδοντικών ασθενών με τη χρήση του ερωτηματολογίου OHQoL-UK. Η επίδραση της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής βρέθηκε να είναι σημαντική σε φυσιολογικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο, με σημαντικά ποσοστά των ασθενών να αναφέρουν αρνητική επίδραση σε καταστάσεις όπως την άνεσή τους (19%), την οσμή του στόματος (18%), την εμφάνιση (18%), την οικονομική κατάστασή τους (32%), το χαμόγελό τους (16%), την διάθεσή τους (13%), την αυτοπεποίθησή τους (12%). Η OHQoL των ασθενών συσχετίστηκε με την περιοδοντική κατάσταση των ασθενών, όπως την ανέφεραν οι ίδιοι κατά τον τελευταίο χρόνο, αλλά και με βάση τις κλινικές μετρήσεις (αριθμό των δοντιών με βάθη θυλάκων ≥ 5 mm). Το σκορ στο OHQoL-UK συσχετίστηκε επίσης με την φάση της θεραπείας. Οι νέοι ασθενείς είχαν χαμηλότερο σκορ OHQoL, ενδεικτικό φτωχότερης ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την στοματική υγεία σε σύγκριση με ασθενείς σε φάση διατήρησης του αποτελέσματος. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι το ερωτηματολόγιο παρέχει μια μέτρηση η οποία είναι ευαίσθητη για την περιοδοντική υγεία, τόσο την αυτοαναφερόμενη από τους ασθενείς όσο και για την κλινικά μετρούμενη. Επίσης το ερωτηματολόγιο είναι ευαίσθητο στην διάκριση μεταξύ των διαφόρων φάσεων της περιοδοντικής θεραπείας.

Σε μια άλλη μελέτη (Cunha-Cruz 2007) γίνεται προσπάθεια συσχέτισης της στοματικής υγείας, όπως την αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο, με την OHRQoL και τα κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών που προσήλθαν για περιοδοντική εξέταση. Το 41,9% των ασθενών του δείγματος θεώρησαν ότι η στοματική τους υγεία είναι μέτρια ή φτωχή. Η ύπαρξη βαθέων θυλάκων και η απώλεια δοντιών συσχετίστηκαν με την αντίληψη των ασθενών για την στοματική τους υγεία και την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής τους, αλλά η συσχέτιση δεν ήταν γραμμική. Η αντίληψη των ασθενών για την στοματική τους υγεία επηρεάστηκε μόνο όταν η ύπαρξη θυλάκων αφορούσε πολλαπλά δόντια. Τα τρία συχνότερα προβλήματα που αναφέρθηκαν ήταν ο πόνος, η δυσκολία στην χαλάρωση και η δυσανεξία στις οδοντοστοιχίες, πράγμα που οι συγγραφείς θεωρούν ότι δηλώνει ότι όχι μόνο η φυσιολογική λειτουργία, αλλά και κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου μπορούν να επηρεαστούν αρνητικά.

Η επίδραση τριών διαφορετικών ειδών περιοδοντικής θεραπείας, μη χειρουργική συντηρητική θεραπεία (NS), χειρουργική θεραπεία (SG) και χειρουργική θεραπεία με εφαρμογή EMD (S+EMD), στην OHQoL ασθενών με χρόνια περιοδοντίτιδα μελετήθηκε με τη χρήση 2 ερωτηματολογίων (OHIP-14 και GOHAI), από τους Ozcelik (2007). Τα αποτελέσματα των μετρήσεων έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 3 διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών. Οι ασθενείς που δέχθηκαν χειρουργική θεραπεία ανέφεραν χειρότερη OHQoL (περισσότεροι λειτουργικοί περιορισμοί, πόνο, δυσανεξία, ψυχολογικές και συμπεριφορικές επιδράσεις) σε σύγκριση με τους ασθενείς που δέχθηκαν μη χειρουργική ή

χειρουργική+EMD. Θα πρέπει βέβαια να αναφερθεί ότι οι ασθενείς γνώριζαν για την εφαρμογή του EMD κάτι που μπορεί να είχε θετική ψυχολογική επίδραση στους ασθενείς και να επηρέασε τις απαντήσεις τους. Μειονεκτήματα της μελέτης είναι ο μικρός χρόνος παρατήρησης και το μικρό δείγμα ατόμων.

Η επίδραση της συντηρητικής θεραπείας στην ΟΗQoL ατόμων που παραπέμφθηκαν για θεραπεία μέτριας έως προχωρημένης περιοδοντίτιδας και σύγκρισή τους με ομάδα ατόμων που δεν πάσχουν από κάποια στοματική νόσο, επιχειρήθηκε στην μελέτη των Jowett (2009). Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι οι περιοδοντικοί ασθενείς δέχονται αρνητική επίδραση στην ΟΗQoL, η οποία βελτιώνεται με την εφαρμογή της συντηρητικής θεραπείας, αν και συνεχίζει να είναι σημαντικά χειρότερη σε σύγκριση με τους υγιείς ασθενείς. Μειονέκτημα της μελέτης ήταν το μικρό δείγμα των ατόμων που συμμετείχαν.

Σε μια αντιπροσωπευτική σειρά (κοορτή) ατόμων που γεννήθηκαν στην Νέα Ζηλανδία μεταξύ 1^η Απριλίου 1972 και 31 Μαρτίου 1973, όταν ήταν στην ηλικία των 32 ετών, οι Lawrence (2008) περιγράφουν την ΟHRQoL. Από την συσχέτιση των ερωτηματολογίων με την κλινική οδοντιατρική εξέταση, προέκυψε ότι η εμπειρία περιοδοντικής νόσου και η απώλεια δοντιών σχετίστηκε με λειτουργικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις σε άνδρες και γυναίκες. Στην παρούσα μελέτη, το 23% των 32χρονων ατόμων ανέφεραν ότι η στοματική τους κατάσταση τους επηρέασε αρνητικά με κάποιο τρόπο, με τις πιο συχνά αναφερόμενες επιπτώσεις να εμπίπτουν στην φυσική ανικανότητα, στον φυσικό πόνο και στην ψυχολογική δυσανεξία. Έτσι, η ΟHRQoL σχετίστηκε σημαντικά με την κατάσταση της στοματικής υγείας, αφού έγινε στάθμιση της ανάλυσης για το φύλο, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και την χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Σε δύο επίσης πρόσφατες μελέτες (Karlsson 2009, O'Dowd 2010), γίνεται περιγραφή των αντιλήψεων των ασθενών που βιώνουν την περιοδοντίτιδα, με χρήση συνεντεύξεων. Αν και το δείγμα των ατόμων ήταν μικρό, σε αυτές διαφαίνονται οι αντιλήψεις των ασθενών από τα λεγόμενά τους. Μια συχνή αντίδραση κατά την γνωστοποίηση της διάγνωσης της περιοδοντίτιδας ήταν η έκπληξη και το σοκ. Επίσης η λύπη και ο φόβος. Συχνά οι ασθενείς πίστευαν ότι η αμέλεια και η ανεπαρκής στοματική υγιεινή προκάλεσε την ασθένεια. Οι ασθενείς είχαν άγχος και φοβούνταν ότι θα χάσουν τα δόντια τους νωρίς. Μετά την διάγνωση, οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν ότι η ασθένεια απαιτούσε συνέπεια και εφαρμογή νέων μέτρων. Όσον αφορά για την ευθύνη του οδοντιάτρου, οι ασθενείς ανέφεραν ότι ήταν σημαντικό να είναι υποστηρικτικοί και να ενεργοποιούν τον ασθενή. Η πληροφόρηση και η καθοδήγηση του ασθενή πρέπει να εκπέμπει εμπιστοσύνη και σαφήνεια.

Στις αναφερόμενες συνέπειες της νόσου περιλαμβάνονται η κακοσμία από το στόμα, η ανικανότητα (κινητικότητα δοντιών και ευαισθησία), η δυσκολία στην ομιλία, ο πόνος εξαιτίας της κινητικότητας των δοντιών και των πρησμένων ούλων που επηρέαζε και την εφαρμογή της στοματικής υγιεινής και τη μάσηση. Όλα αυτά χαρακτηρίζουν την φυσική δυσανεξία που υφίστανται οι ασθενείς και οδηγούν σε λειτουργικούς περιορισμούς. Ακόμη, η νόσος οδήγησε και σε ψυχολογική και κοινωνική δυσανεξία του ατόμου, λόγω της επίδραση της στην εμφάνιση και αισθητική των δοντιών. Όσον αφορά την προσωπική ευθύνη των ασθενών, ανέφεραν ότι έπρεπε να είναι πολύ συνεπείς και να επενδύσουν περισσότερο χρόνο και χρήμα

για την στοματική τους υγιεινή. Οι ασθενείς δέχονταν την ανάγκη για αλλαγή των συνηθειών και αισθάνονταν ασφαλείς όταν η νόσος ήταν υπό έλεγχο.

Αξιοσημείωτη είναι η παρατήρηση ότι συνέπειες της νόσου όπως η κακοσμία από το στόμα, η απώλεια των δοντιών και η μεταβολής της εμφάνισης, μπορεί να αποτελούν παραδείγματα αντίληψης ως στίγμα. Οι ασθενείς, χαρακτηριστικά, αισθάνονταν άβολα να αποκαλύψουν σε άλλους τη νόσο και ανέφεραν μειωμένη αυτοπεποίθηση.

Τα δεδομένα των προαναφερόμενων μελετών δείχνουν ότι η περιοδοντική νόσος επηρεάζει την καθημερινή ζωή των ασθενών αρνητικά με πληθώρα τρόπων. Η αντίληψη ότι οι χρόνιες μορφές περιοδοντίτιδας είναι σιωπηρές ασθένειες αμφισβητείται σοβαρά, καθώς διαφαίνεται πλέον μια σημαντική επίδραση της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Τα δεδομένα που προκύπτουν από την εκτίμηση των υποκειμενικών αντιλήψεων των ασθενών μπορούν να συνεισφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για την επίδραση της ασθένειας στον ασθενή, μεταβάλλοντας την εικόνα που επικρατεί στους οδοντιάτρους για την περιοδοντίτιδα. Ακόμα και μετά από μια επιτυχημένη περιοδοντική θεραπεία, το αποτέλεσμα για τον ασθενή μπορεί να μην θεωρείται τόσο επιτυχημένο, είτε γιατί ο ασθενής βιώνει κάποιου βαθμού λειτουργική ανικανότητα, είτε λόγω ψυχοκοινωνικών συνεπειών λόγω της αντιαισθητικής εμφάνισης των δοντιών ή λόγω του φόβου κοινωνικού στίγματος. Είναι, συνεπώς, φανερό η σημασία που έχει η στοματική υγεία για την γενική ευεξία από κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά. Μεγαλύτερη προσοχή θα έπρεπε να δοθεί στην εμπειρία του ίδιου του ατόμου για την υγεία του, την ευεξία και την ποιότητά ζωής του. Η συμβολή κάθε επαγγελματία υγείας γενικά, και του οδοντιάτρου ειδικά, είναι πολύτιμη στην προσπάθεια του ασθενή να διατηρήσει την λειτουργικότητα του και να παραμείνει ακέραιος οργανικά και ψυχοκοινωνικά (Beikler 2011).

8. Στοματική υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Ο ρόλος του οδοντιάτρου στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ως παράγοντα που προσδίδει ποιότητα στη παρεχόμενη φροντίδα, αποτελεί νέο και σημαντικό πεδίο έρευνας στην οδοντιατρική επιστήμη.

Η σύγχρονη πραγματικότητα στην Υφήλιο χαρακτηρίζεται από μεγάλες δημογραφικές αλλαγές αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού, η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων, η αύξηση των χρόνιων προβλημάτων υγείας και του προσδόκιμου ζωής, η υποβάθμιση του περιβάλλοντος, η ελλιπής δημόσια υγεία, η φτώχεια, , έχουν κάνει πλέον αντιληπτό ότι οι παραδοσιακές δομές υπηρεσιών υγείας δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν αποτελεσματικά, αποδοτικά, και οικονομικά βιώσιμα στην πραγματικότητα που προκύπτει. Έχουν καταστήσει επιτακτική την ανάγκη για μετάβαση σε δομές που θα αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα σύγχρονα δεδομένα. Οι εποχές αλλάζουν, λοιπόν, και τα συστήματα υγείας αλλάζουν παγκοσμίως. Το παραδοσιακό βιο-ιατρικό μοντέλο υγείας αντιμετωπίζει την αρρώστια ως μία βιολογική δυσλειτουργία, παραβλέποντας ψυχοκοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που υπεισέρχονται στη παθογένεια ή επηρεάζουν την πορεία και έκβαση των νόσων. Το μοντέλο αυτό παραβλέπει το πολύπλευρο χαρακτήρα της ανθρώπινης ύπαρξης και εξαναγκάζει τους επαγγελματίες υγείας να επικεντρωθούν στις βιολογικές ανάγκες και προβλήματα του αρρώστου. Μια τέτοια θεώρηση ευνοεί την

παθητική στάση του επαγγελματία υγείας (Δ.Παπαδάτου). Οι υπηρεσίες υγείας με έμφαση στη νόσο και στη θεραπεία δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού. Οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν μέρος μόνο των απαραίτητων υπηρεσιών. Το σύστημα υγείας μιας χώρας οφείλει να έχει καθολική αντίληψη των αναγκών του πληθυσμού που υπηρετεί. Αυτό έχει γίνει κατανοητό εδώ και χρόνια από τους διεθνείς οργανισμούς και φορείς που ασχολούνται με την Υγεία. Το 1978 ο ΠΟΥ με τη διακήρυξη της Alma Ata αναγνωρίζει σαφώς το πολυδιάστατο του ορισμού της υγείας, λέγοντας ότι δεν είναι μόνο η έλλειψη νόσου αλλά προϋποθέτει την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Η υγεία αναγνωρίζεται ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξή της παγκοσμίως για το σύνολο του πληθυσμού ως ο σημαντικότερος και πιο ευγενής στόχος.

Η υγεία είναι ένα αγαθό που πρέπει να εξασφαλιστεί από τις κυβερνήσεις για όλους τους ανθρώπους, είτε έχουν την οικονομική δυνατότητα να το απολαμβάνουν είτε όχι, με γνώμονα την εξασφάλιση κοινωνικής δικαιοσύνης. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας και φορείς παροχής φροντίδων υγείας οφείλουν να αναπτύξουν τις κατάλληλες δομές και υπηρεσίες ώστε να επιτύχουν την πρόσβαση όλων των ανθρώπων στην υγεία., αν επιθυμούν να έχουν ένα συλλογικό και διαχρονικά υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής, είτε πρόκειται για χώρες, είτε για μικρότερες κοινωνικές ομάδες.

Η ΠΦΥ είναι το κοινωνικό μοντέλο φροντίδας υγείας που αναπτύχθηκε και στηρίχθηκε από τους διεθνείς οργανισμούς και υιοθετήθηκε από τις διάφορες χώρες με απώτερο στόχο τη δημιουργία ενός σύγχρονου, αποδοτικού, οικονομικά αποτελεσματικού και κοινωνικά δίκαιου συστήματος υγείας (διακήρυξη Άλμα-Άτα 1978, Strasser R. 2003).

Στην ΠΦΥ ο άνθρωπος γίνεται αντιληπτός ως ολότητα και όχι μόνο ως βιολογική ύπαρξη. Αυτό συμφωνεί με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, στο οποίο το άτομο δεν αποτελεί μόνο βιολογική οντότητα, αλλά έχει και ψυχολογική και κοινωνική υπόσταση. Αυτό ακριβώς είναι που δίνει στον οιονδήποτε επαγγελματία υγείας τη δυνατότητα παρέμβασης σε πολλαπλά επίπεδα και τον βγάζει από τη παθητική στάση (Δ.Παπαδάτου).

Ο ασθενής, λοιπόν, αντιμετωπίζεται ως βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα και μάλιστα μέσα στα πλαίσια του συνόλου όπου ζει, είτε αυτό το σύνολο λέγεται οικογένεια, είτε χωριό, πόλη ή εργασία. Στο επίκεντρο της προσοχής, δηλαδή, δεν είναι μόνο το άτομο, αλλά και το περιβάλλον όπου αυτό ζει, οι δυνατότητες που έχει για να εκπαιδευτεί, να μορφωθεί, να εξελιχθεί. Κάτω από αυτή την οπτική γωνία, οι δέκτες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών δεν μένουν αμέτοχοι. Αντίθετα, ενεργοποιούνται, αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους και γίνονται συνειδητοί μέτοχοι του συστήματος υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν ασχολείται μόνο με τον ασθενή. Εστιάζει στον υγιή άνθρωπο και στις παρεμβάσεις που πρέπει να εφαρμοστούν για να παραμείνει υγιής. Έτσι, αναντικατάστατες υπηρεσίες εκτός από την πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η πρόληψη της ασθένειας και του τραυματισμού και η προαγωγή της υγείας.

Το σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας στηρίζεται στην αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης. Πλησιάζει όλους τους ανθρώπους, όσο μακριά και αν μένουν από τα αστικά κέντρα και καθιστά δυνατή την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι πρωτοβάθμιες δομές έχουν αποκεντρωτικό χαρακτήρα. Πλησιάζουν τον πάσχοντα και τον υγιή και δεν περιμένουν από αυτούς να ζητήσουν βοήθεια, αναγνωρίζουν

εγκαίρως τις ανάγκες και τις καλύπτουν, καθιστούν τους πολίτες υπεύθυνους και τους διδάσκουν να αυτοπροστατεύονται. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι οι ιατροκεντρικές υπηρεσίες όπου κυριαρχεί η αντιμετώπιση της νόσου δεν είναι αρκετές. Χρειάζονται υπηρεσίες όπου η ομάδα επαγγελματιών υγείας πρέπει να εργαστεί και τα μέλη της από κοινού να προσφέρουν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου, όπου πέρα από τη θεραπεία, επιτυγχάνεται πρόληψη και αποκατάσταση στο σύνολο του πληθυσμού, με χρονική συνέχεια και συντονισμό.

Είναι μια πρόκληση για όλους τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι πρέπει να προσδιορίσουν εκ νέου τους ρόλους τους, να αποκτήσουν νέες ικανότητες και δεξιότητες, αν θέλουν να ανταποκριθούν στις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες της κοινωνίας και να είναι επιτυχημένοι επαγγελματικά, όχι μόνο από άποψη καριέρας και ατομικών επιδιώξεων, αλλά από άποψη ηθικής δικαίωσης της κοινωνικής και ανθρωπιστικής τους προσφοράς. Η ανάπτυξη νέας νοοτροπίας είναι ίσως το δυσκολότερο επίτευγμα μιας μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας για την οποία είναι υπεύθυνοι όλοι οι επαγγελματίες υγείας.

Η κρίση των υπηρεσιών υγείας είναι μια παγκόσμια πραγματικότητα, στην οποία η διεθνής κοινότητα απάντησε με την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Από τη διακήρυξη της Alma Ata έχουν περάσει 30 χρόνια και σίγουρα ο στόχος της “Υγείας για όλους” δεν έχει επιτευχθεί ακόμη. Στις σύγχρονες προκλήσεις οι επαγγελματίες υγείας καλούνται από τους διεθνείς επαγγελματικούς τους συνδέσμους να δεσμευτούν για την προώθηση δομών και τακτικών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ως του ενδεδειγμένου μοντέλου υγείας που ανταποκρίνεται στις αναδυόμενες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες.

Ο οδοντίατρος, ως μέλος της ομάδας των επαγγελματιών υγείας, που έχει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες για την ανάπτυξη των απαραίτητων πολιτικών και δράσεων στο χώρο της υγείας, μπορούν και πρέπει να υπηρετήσουν τους στόχους που θέτουν οι παγκόσμιοι οργανισμοί για καθολικότητα και ισότητα στην παροχή του αγαθού υγείας.

Ο οδοντίατρος μπορεί να αναλάβει πολυδιάστατο και πολυδύναμο ρόλο, τοποθετώντας στο επίκεντρο των δράσεων του την υγεία και τη διατήρησή της και όχι μόνο τη νόσο. Οφείλει να εστιάσει περισσότερο στις δυνάμεις του ατόμου και στον τρόπο που αυτό αντιδρά στις διάφορες συνθήκες του περιβάλλοντος του, ώστε να αποτελέσει βασικό κεφάλαιο στη πρωτοβάθμια φροντίδα.

Η φροντίδα είναι πολυεπίπεδη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σε οργανικό επίπεδο, βασικές ενέργειες του οδοντιάτρου είναι η κάλυψη των βιολογικών αναγκών του αρρώστου (στοματική υγιεινή, σίτιση, λήψη υγρών) και η ανακούφιση από τον πόνο.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, πρόσφατες μελέτες έδειξαν την ποικιλία των συναισθημάτων που μπορεί να βιώνει ο περιοδοντικός άρρωστος, όπως φόβος, άγχος, κατάθλιψη, εχθρότητα, απαισιοδοξία, δυσανεξία, μειονεκτικότητα, μειωμένη αυτοεκτίμηση και φόβος στιγματισμού. Ο οδοντίατρος οφείλει να ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων και σκέψεων του ασθενή προκειμένου να τον στηρίξει ψυχολογικά. Επιπλέον, με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής αισθάνεται ότι το προσωπικό υγείας ενδιαφέρεται πραγματικά και δημιουργείται σχέση εμπιστοσύνης.

Η φροντίδα σε κοινωνικό επίπεδο, περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της κοινωνικής δυσανεξίας του ατόμου λόγω συνεπειών της νόσου όπως η κακοσμία από το στόμα, η απώλεια των δοντιών και η μεταβολής της εμφάνισης των δοντιών του προσώπου. Ακόμα, ένα άλλο πρόβλημα μπορεί να είναι ο φόβος στιγματισμού, η αποδέσμευση από τις διαπροσωπικές σχέσεις και η κοινωνική απομόνωση.

Η κάλυψη των πνευματικών αναγκών του αρρώστου αποσκοπεί στην κάλυψη των πνευματικών ανησυχιών και ερωτημάτων του. Πολλές από τις αντιλήψεις που μπορεί να είχε γύρω από την νόσο τίθενται υπό αμφισβήτηση, ενώ αναζητούνται και νέες πληροφορίες γύρω από αυτήν (Karlsson 2009, O'Dowd 2010).

Οι οδοντίατροι μπορούν και πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο στη προσπάθεια του ασθενή να μάθει να ζει με την νόσο του. Κάθε προσπάθεια πρέπει να αποβλέπει στο να παραμείνει ο ασθενής λειτουργικός σε όλα τα επίπεδα και όχι να παθητικοποιείται αναμένοντας επίλυση των προβλημάτων του από τον ειδικό. Η ενεργοποίηση του επιτυγχάνεται με την ενεργό συμμετοχή του στην θεραπευτική διαδικασία π.χ. αναζητώντας πληροφορίες ή διεκδικώντας ικανοποιητική φροντίδα. Τέτοια στάση απέναντι στον ασθενή αίρει το αίσθημα αδυναμίας και εξάρτησης και κινητοποιεί τις ενδογενείς του δυνάμεις ώστε να προσδώσει ποιότητα και νόημα στη ζωή του. Όλα αυτά συμβάλλουν στην δημιουργία αισθήματος αισιοδοξίας και ελπίδας.

Επιπλέον η ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου του ασθενή(φίλοι, συγγενείς) είναι πολύ σημαντικός παράγοντας ώστε να μη βιώσει ψυχολογική και κοινωνική απομόνωση, αλλά είναι και ανεκτίμητο εργαλείο στην προσπάθεια για ενεργοποίηση των δημιουργικών του δυνάμεων.

Ο οδοντίατρος, εκμεταλλευόμενος την θέση του στον χώρο της υγείας μπορεί να καθοδηγήσει κατάλληλα το άτομο που χρήζει οδοντιατρικής φροντίδας, προκειμένου να διαχειριστεί τις δυσκολίες και τα προβλήματά του με τον πιο αποδοτικό τρόπο και με τα μέσα που διαθέτει. Με μια κουβέντα, μπορεί να παρέχει υπηρεσίες προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

Η διδασκαλία βασικών αρχών στοματικής υγιεινής και διατροφής, η πρόληψη ατυχημάτων και ο έλεγχος τραυματογόνων συνηθειών, η διδασκαλία υγιεινών συνηθειών ζωής (παράδειγμα ο έλεγχος του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ), η ενημέρωση γύρω από τις διαθέσιμες υπηρεσίες, πόρους και πηγές, η φροντίδα και παρακολούθηση ατόμων με χρόνια προβλήματα στοματικής υγείας, η παροχή προληπτικών, θεραπευτικών και αποκαταστατικών υπηρεσιών σε ειδικές ομάδες ασθενών όπως οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με διάφορες μορφές αναπηριών, η εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων στοματικής υγείας σε παιδιά, είναι μερικές από τις δραστηριότητες που μπορεί να αναπτύξει ο οδοντίατρος στα πλαίσια της κοινότητας.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης.

Η μελέτη των παραγόντων κινδύνου για την περιοδοντίτιδα αποτέλεσε και παραμένει σημαντικό πεδίο έρευνας στην περιοδοντολογία.

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ατόμων με περιοδοντικά προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διασύνδεση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, ψυχοπαθολογία) των ατόμων με περιοδοντικά προβλήματα με την ποιότητα ζωής τους αλλά και με την επίδρασή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Θα επιχειρηθεί σύγκριση της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, καθώς και συσχέτιση των κλιμάκων μέτρησης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών μεταξύ τους και σύγκρισή τους με τον γενικό πληθυσμό.

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι οι εξής:

Η ντροπή και η ποιότητα ζωής συνδέονται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή (Gilbert 1998, Gilbert 2003). Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με την ψυχοπαθολογία, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της ντροπής στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Goss 1994, Gilbert 1996, Gilbert & Miles, 2000, Andrews 2002). Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα με περιοδοντικά προβλήματα, θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και υψηλότερα σε σχέση με το δείγμα Ελληνικού πληθυσμού.

2. Υλικό και Μέθοδος.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Ιανουάριο του 2011 έως τον Απρίλιο του 2012.

Δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν τα άτομα με περιοδοντικά προβλήματα που συνεργάζονται με το Τμήμα Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσσαλονίκης.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

-Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών), και να εμφανίζουν περιοδοντικά προβλήματα.

-Μορφωτικό επίπεδο τέτοιου επιπέδου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων.

-Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.

Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα έπαιρνε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια – ερευνήτρια με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας και τον Υπεύθυνο του Τμήματος Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσσαλονίκης.

Τα άτομα που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώσουν τα ίδια άτομα, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

3. Ερευνητικά εργαλεία.

3.1 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's alpha= 0,96) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87. Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert 1996, Gilbert & Miles, 2000, Gilbert 2003b).

3.2 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93. Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews 2002).

3.3 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα,

καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντόνιας και συν, 1991).

3.4 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος θα δοθεί ερωτηματολόγιο το οποίο θα περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία).

4. Στατιστική επεξεργασία

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 16. Για την παρουσίαση και ανάλυση των δεδομένων μας χρησιμοποιήσαμε περιγραφικά στατιστικά (μέση τιμή, διάμεσος, τυπική απόκλιση, τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) και ελέγχους κανονικότητας κατανομών (Kolmogorov – Smirnov, ιστογράμματα συχνοτήτων, Q-Q Plots). Η σύγκριση των κατανομών έγινε με την χρήση t-test για όσα δεδομένα ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και με την χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney U, σε όσα από αυτά η κανονικότητα των κατανομών απορρίφθηκε. Για την διερεύνηση της ύπαρξης συσχετίσεων μεταξύ των κλιμάκων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό r του Pearson.

5. Αποτελέσματα

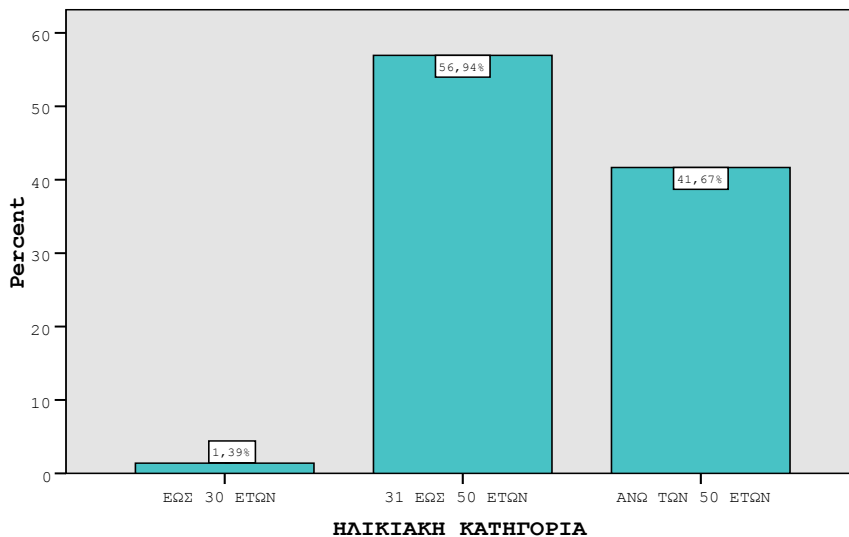
5.1 Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Στα 72 ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν οι συμμετέχοντες ήταν από 30 ετών μέχρι και 73. Ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων είναι 50,4 έτη με τυπική απόκλιση $\pm 1,1$ έτη και η διάμεσος ηλικία 50,1 έτη. Τα περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα της μελέτης φαίνονται στον πίνακα 1.

Statistics		H\K\IA
N	Valid	72
	Missing	0
Mean		50,364
Std. Error of Mean		1,1102
Median		50,182
Std. Deviation		9,4207
Variance		88,750
Range		43,0
Minimum		30,0
Maximum		73,0

Πίνακας 1: Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα

Τα ποσοστά των ηλικιακών κατηγοριών του δείγματος παρουσιάζονται στο παρακάτω διάγραμμα (σχήμα 1) και πίνακα (πίνακας 2).



Σχήμα 1: Ηλικιακές κατηγορίες δείγματος 1

		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΩΣ 30 ΕΤΩΝ	1	1,4	1,4	1,4
	31 ΕΩΣ 50 ΕΤΩΝ	41	56,9	56,9	58,3
	ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ	30	41,7	41,7	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 2: Ηλικιακές κατηγορίες δείγματος

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (56,9%) στην μελέτη είναι ηλικίας από 31 έως 50 ετών, ενώ μόλις ένας συμμετέχων είναι ηλικίας έως 30 ετών.

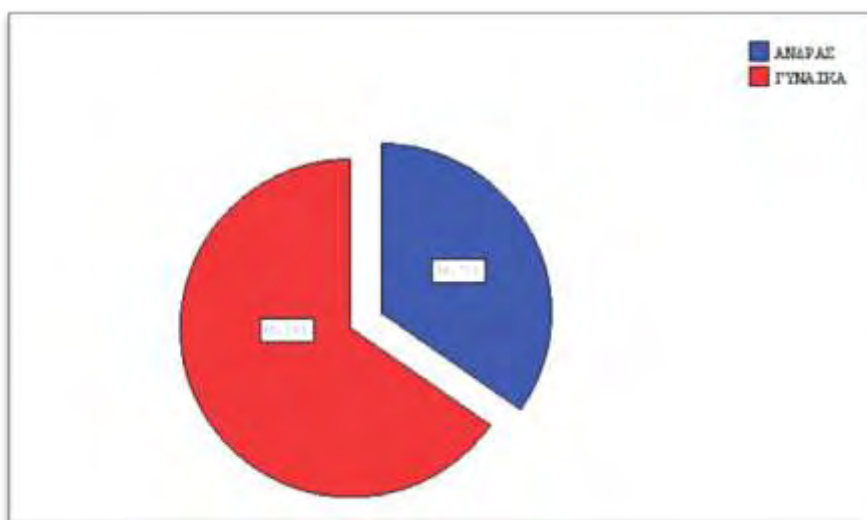
Όσον αφορά το φύλο, σε ποσοστό 65,3% συμμετείχαν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 34,7% ήταν άνδρες (πίνακας 3).

ΦΥΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	25	34,7	34,7	34,7
	ΓΥΝΑΙΚΑ	47	65,3	65,3	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 3: Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο

Διαγραμματικά, η κατανομή ως προς το φύλο φαίνεται ως εξής:



Σχήμα 2: Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στη μελέτη η πλειοψηφία αυτών (70,8%) δήλωσαν έγγαμοι, 13,9% άγαμοι, 8,3% διαζευγμένοι και 6,9% χήροι (πίνακας 4).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΓΑΜΟΣ/Η	10	13,9	13,9	13,9
	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	51	70,8	70,8	84,7
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	6	8,3	8,3	93,1
	ΧΗΡΟΣ/Α	5	6,9	6,9	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 4: Οικογενειακή κατάσταση

Από τους 72 ασθενείς οι 13 (ποσοστό 18,1%) ζούσαν σε χωριό-κωμόπολη, οι 21 (ποσοστό 29,2%) σε πόλη με λιγότερο από 150.000 κατοίκους και οι υπόλοιποι 38 (ποσοστό 52,8%) σε πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους, όπως φαίνεται και από τον σχετικό πίνακα που ακολουθεί.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΧΩΡΙΟ/ΚΩΜΟΠΟΛΗ	13	18,1	18,1	18,1
ΠΟΛΗ<150.000 ΚΑΤ.	21	29,2	29,2	47,2
ΠΟΛΗ>150.000 ΚΑΤ.	38	52,8	52,8	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 5: Τόπος διαμονής

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων διαπιστώσαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (34,7%) ήταν απόφοιτοι λυκείου. Επίσης υψηλό ήταν και το ποσοστό των απόφοιτων ΑΕΙ/ΤΕΙ το οποίο άγγιξε το 31,9% (πίνακας 6).

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΜΟΤΙΚΟ	7	9,7	9,7	9,7
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	16	22,2	22,2	31,9
ΛΥΚΕΙΟ	25	34,7	34,7	66,7
ΑΕΙ/ΤΕΙ	23	31,9	31,9	98,6
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	1	1,4	1,4	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 6: Εκπαιδευτικό επίπεδο

Στην ερώτηση αν πάσχουν από κάποια σωματική νόσο ποσοστό 18,1% αποκρίθηκε θετικά (πίνακας 7). Συγκεκριμένα από ποια σωματική νόσο έπασχαν παραθέτουμε στον πίνακα 8. Μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισαν ασθενείς με θυρεοειδή και ακολούθως με αρτηριακή πίεση.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	13	18,1	18,1	18,1
ΟΧΙ	59	81,9	81,9	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 7: Σωματική νόσος

ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΜΙΑ	59	81,9	81,9	81,9
ΔΙΑΒΗΤΗΣ	2	2,8	2,8	84,7
ΠΙΕΣΗ ΜΑΤΙΩΝ	1	1,4	1,4	86,1
ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	1	1,4	1,4	87,5
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ	3	4,2	4,2	91,7
ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ	4	5,6	5,6	97,2
ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ	2	2,8	2,8	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 8: Κατανομή σωματικών νόσων

Ακολούθως, στην ερώτηση αν πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο, μόλις 2 συμμετέχοντες αποκρίθηκαν θετικά και συγκεκριμένα ότι πάσχουν από κατάθλιψη, παρακολουθούνται από γιατρό και λαμβάνουν κατάλληλα φάρμακα γι’ αυτήν (πίνακες 9 και 10).

ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	2	2,8	2,8	2,8
ΟΧΙ	70	97,2	97,2	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 9: Ψυχική νόσος

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΜΙΑ	70	97,2	97,2	97,2
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	2	2,8	2,8	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 10: Κατανομή ψυχικών νόσων

Από τον παρακάτω πίνακα (πίνακας 11) προκύπτει ότι ποσοστό 36,1% των ασθενών ήταν στο παρελθόν και εξακολουθούν να είναι καπνιστές. Εξαιρετικά υψηλό είναι και το ποσοστό των καπνιστών στο παρελθόν το οποίο αγγίζει το 70,8%. Επίσης ποσοστό 34,7% δήλωσε ότι έκοψε το κάπνισμα.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ * ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ Crosstabulation

			ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	ΝΑΙ	Count	26	4	30
		% of Total	36,1%	5,6%	41,7%
	ΟΧΙ	Count	25	17	42
		% of Total	34,7%	23,6%	58,3%
Total		Count	51	21	72
		% of Total	70,8%	29,2%	100,0%

Πίνακας 11: Κάπνισμα

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (ποσοστό 91,7%) αποκρίθηκε ότι πίνει τουλάχιστον ένα καφέ την ημέρα. Αναλυτικότερα στοιχεία για την αναλογία των καφέδων παρουσιάζονται στους πίνακες 12 και 13.

ΚΑΦΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	66	91,7	91,7	91,7
	ΟΧΙ	6	8,3	8,3	100,0
Total		72	100,0	100,0	

Πίνακας 12: Κατανάλωση καφέ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΦΕΔΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	8,3	8,3	8,3
	1	8	11,1	11,1	19,4
	2	39	54,2	54,2	73,6
	3	13	18,1	18,1	91,7
	4	2	2,8	2,8	94,4
	5	4	5,6	5,6	100,0
Total		72	100,0	100,0	

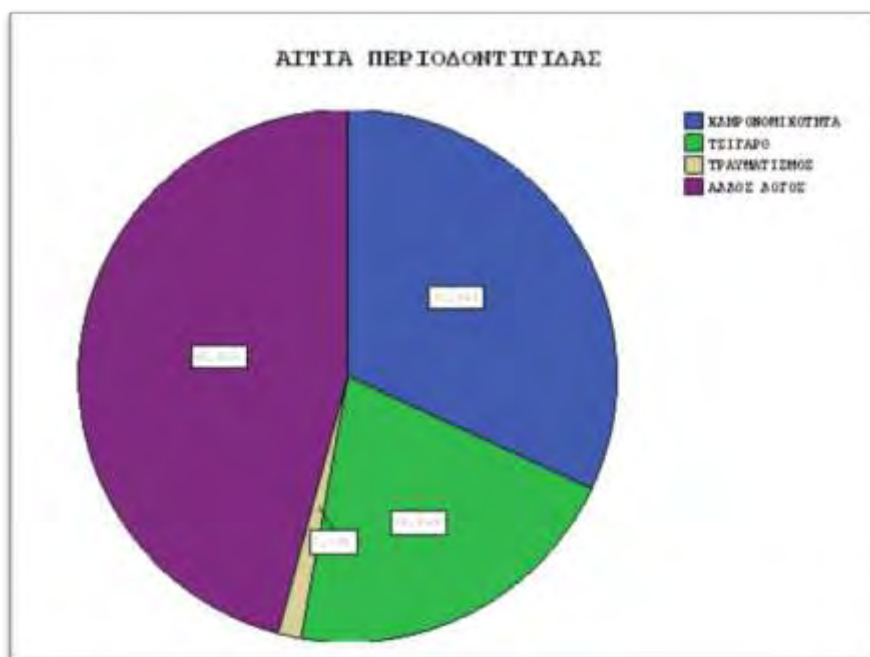
Πίνακας 13: Αριθμός καφέδων

Στην ερώτηση γιατί πιστεύουν ότι έχουν πρόβλημα με τα δόντια και τα ούλα τους, οι ασθενείς δίνουν σημασία στην κληρονομικότητα (ποσοστό 31,9%) αλλά και σε άλλους λόγους (ποσοστό 45,8%), όπως η αμέλεια, η ελλιπής φροντίδα, το άγχος και το στρες. Λιγότεροι πιστεύουν ότι ευθύνεται ο παράγοντας τσιγάρο αλλά και κάποιος τραυματισμός, με ποσοστά 20,8% και 1,4% αντίστοιχα (πίνακας 14 και σχήμα 3).

ΑΙΤΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ	23	31,9	31,9	31,9
ΤΣΙΓΑΡΟ	15	20,8	20,8	52,8
ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	1	1,4	1,4	54,2
ΑΛΛΟΣ ΛΟΓΟΣ	33	45,8	45,8	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 14: Αίτια περιοδοντίτιδας



Σχήμα 3: Αίτια περιοδοντίτιδας

Το οικογενειακό ιστορικό περιοδοντικής νόσου εμφανίζεται σε ποσοστό 62,5% από τους συμμετέχοντες και πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα σε ποσοστό 48,6% παρόμοιο πρόβλημα είχαν ένας από τους δύο γονείς, 9,7% κάποιος αδελφός/ή και ποσοστό 4,2% και οι δύο γονείς (πίνακες 15,16 και σχήμα 4).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	45	62,5	62,5	62,5
	ΟΧΙ	27	37,5	37,5	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

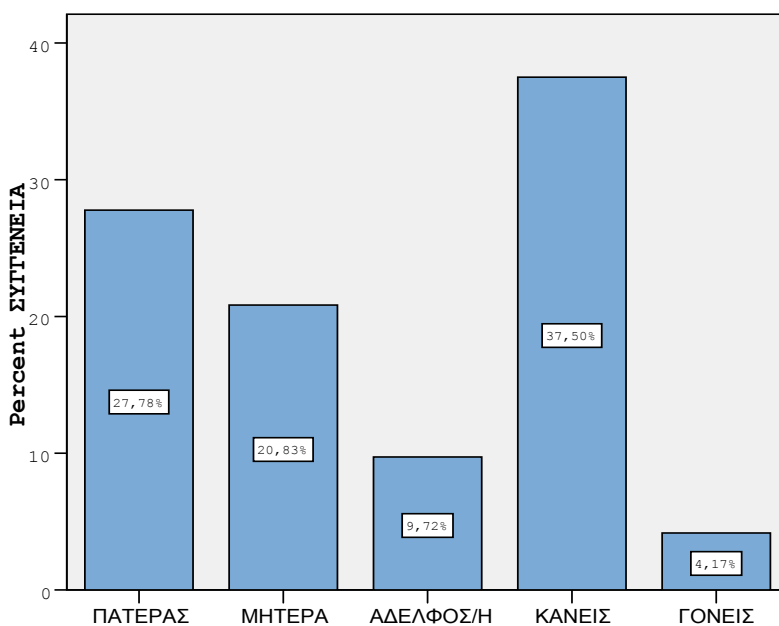
Πίνακας 15: Οικογενειακό ιστορικό

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΑΤΕΡΑΣ	20	27,8	27,8	27,8
	ΜΗΤΕΡΑ	15	20,8	20,8	48,6
	ΑΔΕΛΦΟΣ/Η	7	9,7	9,7	58,3
	ΚΑΝΕΙΣ	27	37,5	37,5	95,8
	ΓΟΝΕΙΣ	3	4,2	4,2	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 16: Οικογενειακό ιστορικό-συγγένεια

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ



Σχήμα 4: Οικογενειακό ιστορικό- συγγένεια

Στην ερώτηση αν μπορούν να ανακαλέσουν κάποιο γεγονός το οποίο να τους προκάλεσε έντονο άγχος ή στεναχώρια ως παιδί, 59,7% αποκρίθηκαν αρνητικά, ενώ 16,7% δήλωσαν απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου (πίνακας 17).

ΓΕΓΟΝΟΣ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	11	15,3	15,3	15,3
ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΓΑΠΗΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	12	16,7	16,7	31,9
ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	3	4,2	4,2	36,1
ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΑΓΑΠΗΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	3	4,2	4,2	40,3
ΚΑΝΕΝΑ	43	59,7	59,7	100,0
Total	72	100,0	100,0	

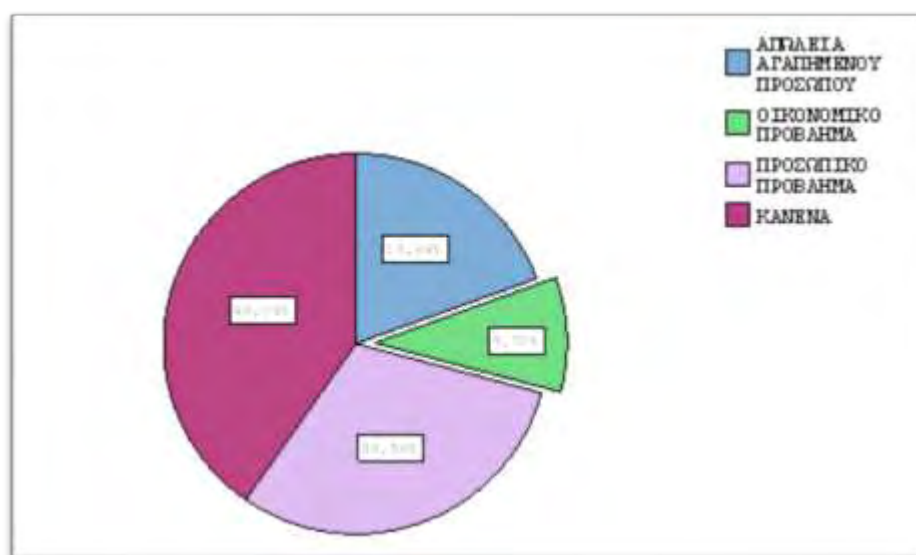
Πίνακας 17: Γεγονός στο παρελθόν

Στην ερώτηση αν μπορούν να ανακαλέσουν κάποιο γεγονός το οποίο να τους προκάλεσε έντονο άγχος ή στεναχώρια κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων, 40,3% αποκρίθηκαν αρνητικά, ενώ το 30,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει κάποιο προσωπικό πρόβλημα. Σημαντικό είναι το γεγονός της εμφάνισης της κατηγορίας «οικονομικό πρόβλημα», το οποίο δεν αναφερόταν στην προηγούμενη ερώτηση.

ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΓΕΓΟΝΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΓΑΠΗΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	14	19,4	19,4	19,4
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	7	9,7	9,7	29,2
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	22	30,6	30,6	59,7
ΚΑΝΕΝΑ	29	40,3	40,3	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Πίνακας 18: Πρόσφατο γεγονός



Σχήμα 5: Πρόσφατο γεγονός

5.2 Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα ψυχολογικών εργαλείων

Τα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος, ως προς τις απαντήσεις τους, σε κάθε κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα των ψυχολογικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη, παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΚΛΙΜΑΚΑ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
OAS	13,82	13	8,82	1,04
ESS	44,36	40,5	14,47	1,71
SCL-90	91,38	83	44,53	5,25
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	43,14	41,5	21,28	2,51
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	8,36	7,00	6,25	0,74
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	6,32	6,00	5,21	0,61
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	9,69	7,00	7,65	0,90
ΑΓΧΟΣ	4,24	3,00	4,80	0,57
ΘΥΜΟΣ – ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	2,43	2,00	2,57	0,30
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	1,08	0,00	2,25	0,27
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	5,42	5,00	3,65	0,43
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	4,26	3,00	3,68	0,43

Πίνακας 19: Περιγραφικά στατιστικά κλίμακων και υποκλιμάκων ψυχολογικών εργαλείων

5.3 Σύγκριση ανδρών - γυναικών

5.3.1 Περιγραφικά στατιστικά δεδομένα

Θέλοντας να ερευνήσουμε τις απαντήσεις ανδρών και γυναικών στις κλίμακες των ερωτηματολογίων, παραθέτουμε τους παρακάτω πίνακες:

OAS

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	15,32	15,00	8,03	1,61
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	13,02	12,00	9,20	1,34

Πίνακας 20: Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας OAS ως προς το φύλο

ESS

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	42,80	42,00	14,10	2,82
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	45,19	40,00	14,75	2,15

Πίνακας 21: Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας ESS ως προς το φύλο

SCL-90

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	78,76	78,00	36,57	7,31
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	98,09	91,00	47,23	6,89

Πίνακας 22: Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας SCL-90 ως προς το φύλο

Ακολουθεί η ίδια ανάλυση και για τις εννέα υποκλίμακες της κλίμακας SCL-90:

ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	36,44	34,00	18,41	3,68
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	46,70	47,00	22,02	3,21

Πίνακας 23: Περιγραφικά στατιστικά της υποκλίμακας «σωματοποίηση» ως προς το φύλο

ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΜΟΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	7,60	6,00	4,94	0,99
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	8,77	8,00	6,87	1,00

Πίνακας 24: Περιγραφικά στατιστικά της υποκλίμακας «ψυχαναγκασμός» ως προς το φύλο

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	6,04	6,00	4,73	0,95
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	6,47	6,00	5,49	0,80

Πίνακας 25: Περιγραφικά στατιστικά της υποκλίμακας «διαπροσωπική ευαισθησία» ως προς το φύλο

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	7,64	6,00	6,49	1,30
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	10,79	10,00	8,05	1,17

Πίνακας 26: Περιγραφικά στατιστικά της υποκλίμακας «κατάθλιψη» ως προς το φύλο ΑΓΧΟΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	2,80	2,00	2,65	0,53
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	5,00	3,00	5,50	0,80

Πίνακας 27: Περιγραφικά στατιστικά της υποκλίμακας «άγχος» ως προς το φύλο

ΘΥΜΟΣ - ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	2,16	2,00	1,84	0,37
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	2,57	2,00	2,89	0,42

Πίνακας 28: Περιγραφικά στατιστικά της υποκλίμακας «θυμός-επιθετικότητα» ως προς το φύλο

ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	0,64	0,00	1,11	0,22
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	1,32	0,00	2,65	0,39

Πίνακας 29: Περιγραφικά στατιστικά της υποκλίμακας «φοβικό άγχος» ως προς το φύλο

ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	5,64	5,00	3,28	0,66
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	5,30	5,00	3,86	0,56

Πίνακας 30: Περιγραφικά στατιστικά της υποκλίμακας «παρानοειδής ιδεασμός» ως προς το φύλο

ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΦΥΛΟ	Μέσος όρος	Διάμεσος	Σταθερή απόκλιση (SD)	Τυπικό σφάλμα Μέσης τιμής
ΑΝΔΡΕΣ	4,36	3,00	3,09	0,62
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	4,21	3,00	3,99	0,58

Πίνακας 31: Περιγραφικά στατιστικά της υποκλίμακας «ψυχωτισμός» ως προς το φύλο

Από την παραπάνω ανάλυση (πίνακες 20-31) παρατηρούμε ότι οι άνδρες παρουσιάζουν σε γενικές γραμμές χαμηλότερους μέσους όρους, με εξαίρεση τα σκορ στην κλίμακα OAS και στις δύο υποκλίμακες «παρανοειδής ιδεασμός» και «ψυχωτισμός». Το γεγονός αυτό μπορεί να μην είναι στατιστικά σημαντικό και να οφείλεται απλά στο μικρότερο δείγμα ανδρών στην μελέτη μας (ποσοστό 34,7%).

5.3.2 Έλεγχος κανονικότητας

Ο έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των σκορ στις κλίμακες OAS, ESS και SCL-90, είναι σημαντικός, καθώς από αυτόν εξαρτάται η επιλογή των κατάλληλων στατιστικών στους ελέγχους για την σύγκριση των κατανομών μεταξύ ανδρών και γυναικών. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό Kolmogorov – Smirnov. Στον πίνακα 32 παρατηρούμε ότι, τα σκορ στην κλίμακα OAS ακολουθούν την κανονική κατανομή καθώς το P-value=0,20>0,05 σημείο στο οποίο ορίσαμε το επίπεδο σημαντικότητας. Αντιθέτως η κανονικότητα των κατανομών παραβιάζεται στις άλλες δύο κλίμακες (P-values < 0,05 = α), οπότε και θα χρησιμοποιήσουμε μη παραμετρικά τεστ για τις συγκρίσεις των κατανομών.

Tests of Normality

ΦΥΛΟ	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
OAS ΑΝΔΡΑΣ	,104	25	,200*	,952	25	,276
OAS ΓΥΝΑΙΚΑ	,096	47	,200*	,930	47	,008
ESS ΑΝΔΡΑΣ	,174	25	,048	,807	25	,000
ESS ΓΥΝΑΙΚΑ	,165	47	,003	,844	47	,000
SCL-90 ΑΝΔΡΑΣ	,134	25	,200*	,948	25	,228
SCL-90 ΓΥΝΑΙΚΑ	,182	47	,000	,873	47	,000

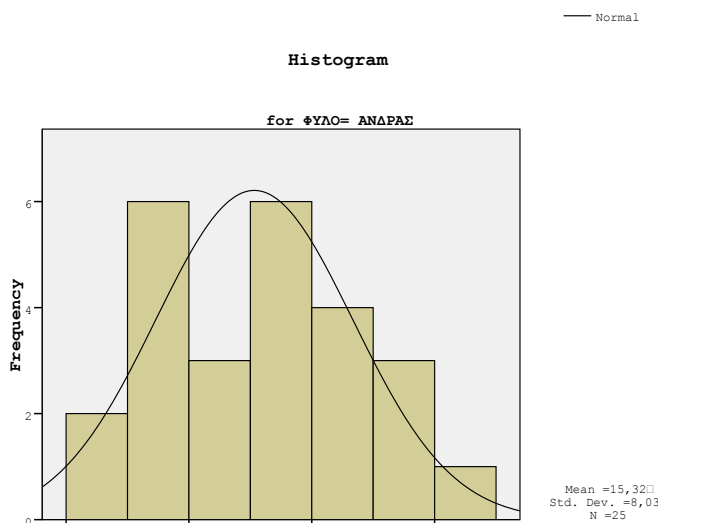
*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

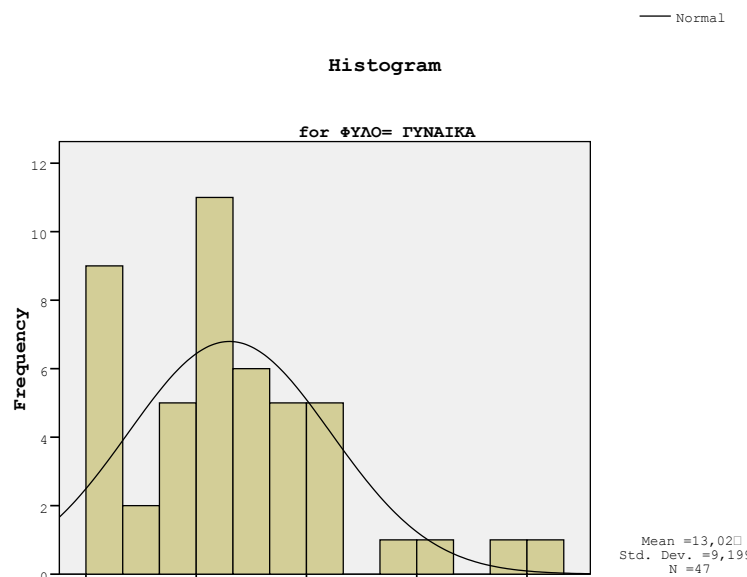
Πίνακας 32: Έλεγχοι κανονικότητας κατανομών

Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται γραφικά με τη βοήθεια ιστογραμμάτων και γραφημάτων κανονικότητας Q-Q. Για κάθε μία από τις κλίμακες ακολουθούν τα αποτελέσματα που προέκυψαν. Συγκεκριμένα για την κλίμακα OAS προκύπτουν τα ιστογράμματα του σχήματος 6 και 7.

OAS

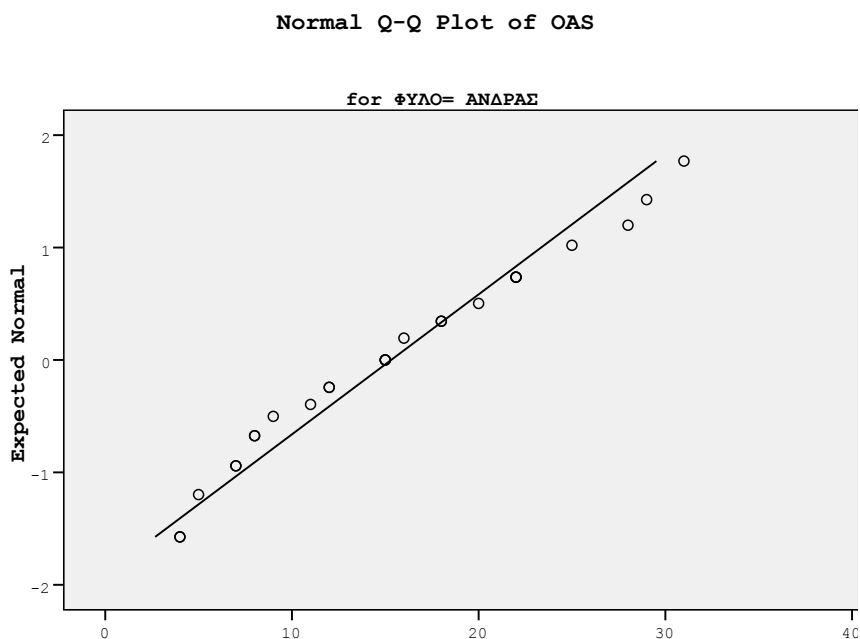


Σχήμα 6: Ιστόγραμμα συχνοτήτων της κλίμακας OAS για τους άνδρες.

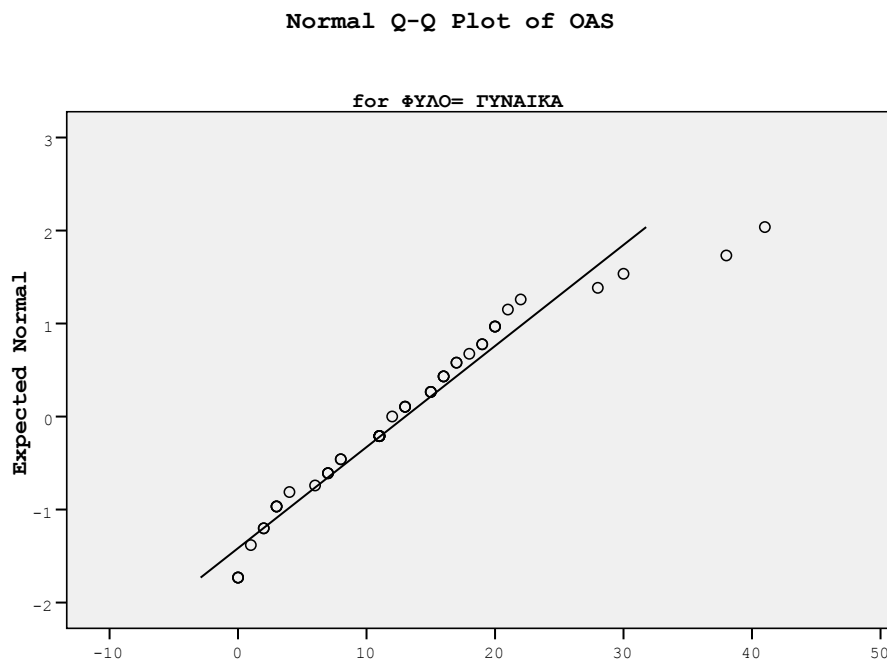


Σχήμα 7: Ιστόγραμμα συχνοτήτων της κλίμακας OAS για τις γυναίκες.

Παρατηρούμε ότι η καμπανοειδής μορφή της κανονικής κατανομής σχηματίζεται στα δεδομένα μας. Επίσης από τα παρακάτω γραφήματα (σχήμα 8 και 9) προκύπτει ότι οι παρατηρήσεις μας προσεγγίζουν την ευθεία γραμμή, γεγονός που αντανακλά την παρουσία της κανονικής κατανομής στα σκορ της κλίμακας OAS.



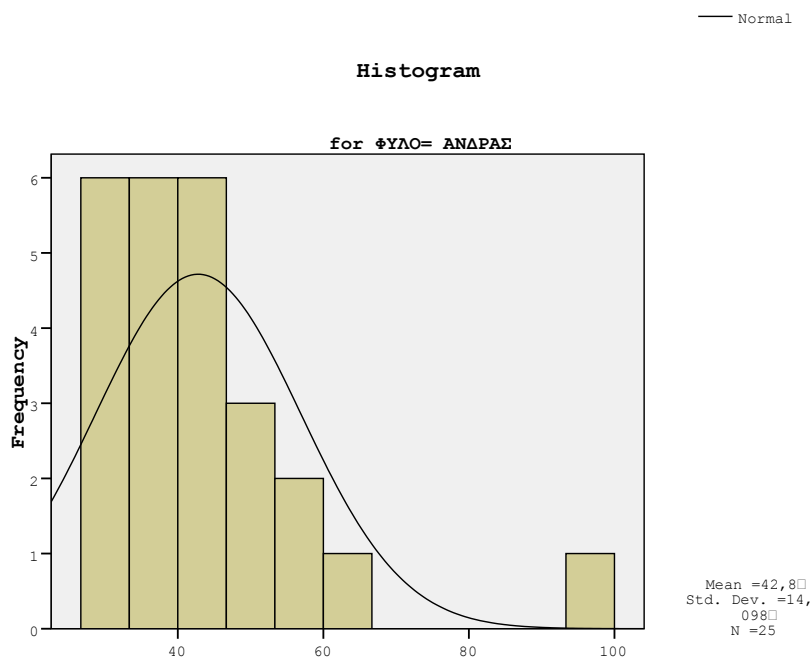
Σχήμα 8: Q-Q Plot της κλίμακας OAS για τους άνδρες.



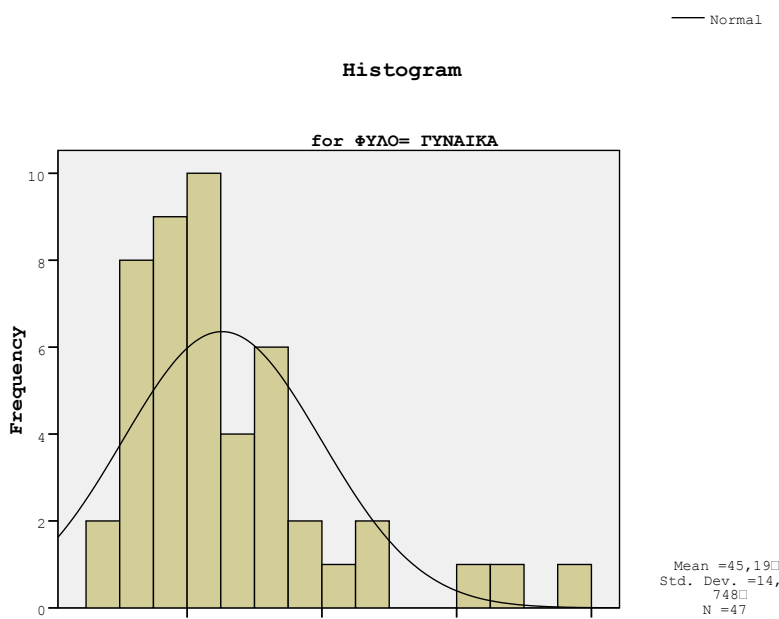
Σχήμα 9: Q-Q Plot της κλίμακας OAS για τις γυναίκες.

Κατά την ανάλυση των γραφημάτων των σκορ της κλίμακας ESS για τους άνδρες και τις γυναίκες, προκύπτει παραβίαση της κανονικότητας των κατανομών, καθώς η χαρακτηριστική καμπανοειδής μορφή εκλείπει από το ιστόγραμμα συχνοτήτων και τα σημεία στα Q-Q Plots αποκλίνουν σημαντικά από την ευθεία γραμμή (σχήματα 10-13).

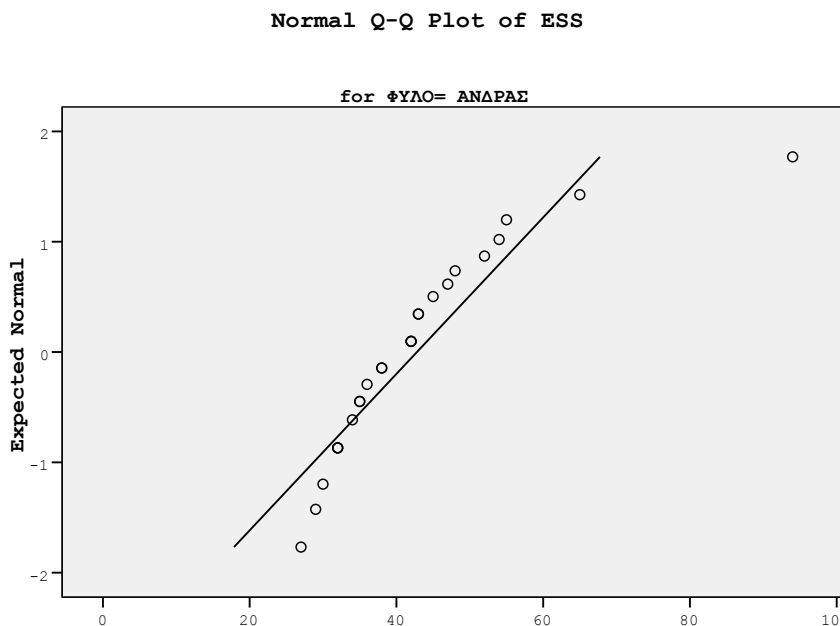
ESS



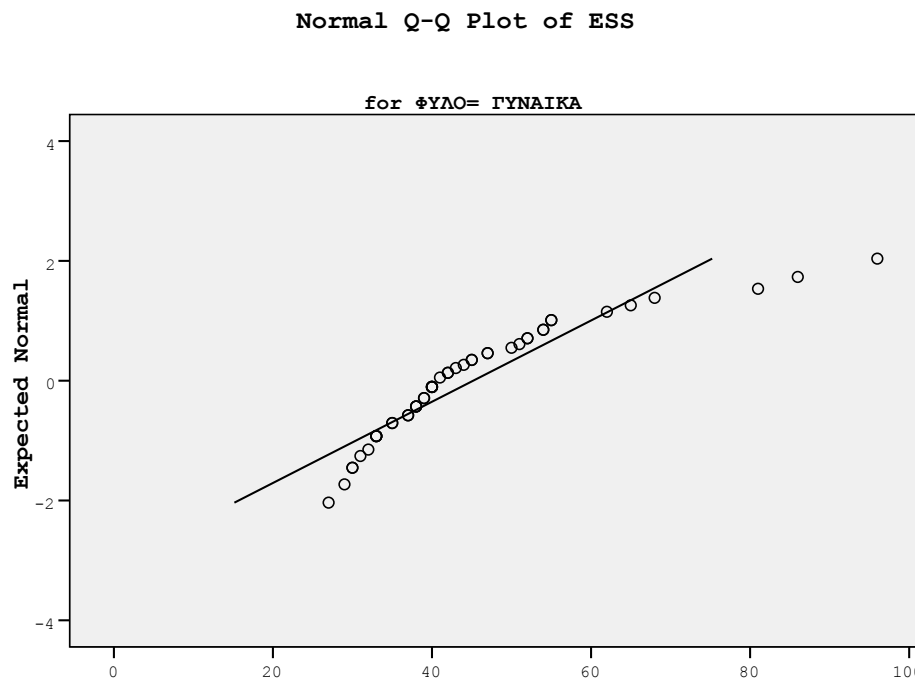
Σχήμα 10: Ιστόγραμμα συχνοτήτων της κλίμακας ESS για τους άνδρες.



Σχήμα 11: Ιστόγραμμα συχνοτήτων της κλίμακας ESS για τις γυναίκες.



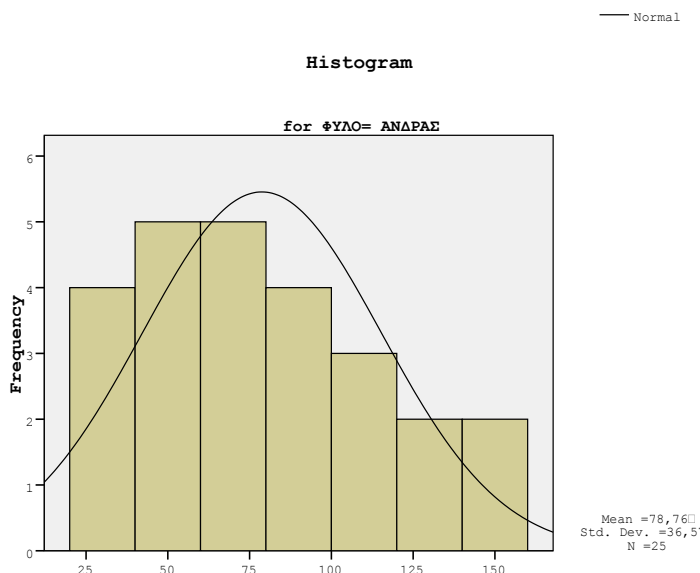
Σχήμα 12: Q-Q Plot της κλίμακας ESS για τους άνδρες.



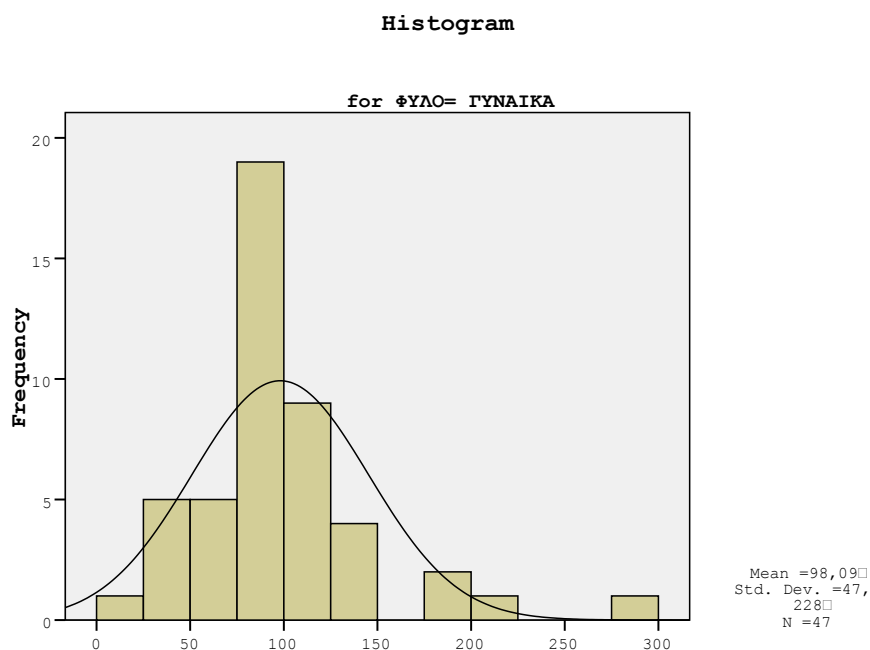
Σχήμα 13: Q-Q Plot της κλίμακας ESS για τις γυναίκες.

Παραβίαση της κανονικότητας των κατανομών, καθώς η χαρακτηριστική καμπανοειδής μορφή εκλείπει από το ιστόγραμμα συχνοτήτων και τα σημεία στα Q-Q Plots αποκλίνουν σημαντικά από την ευθεία γραμμή (σχήματα 14-17) προκύπτει και για την κλίμακα SCL-90:

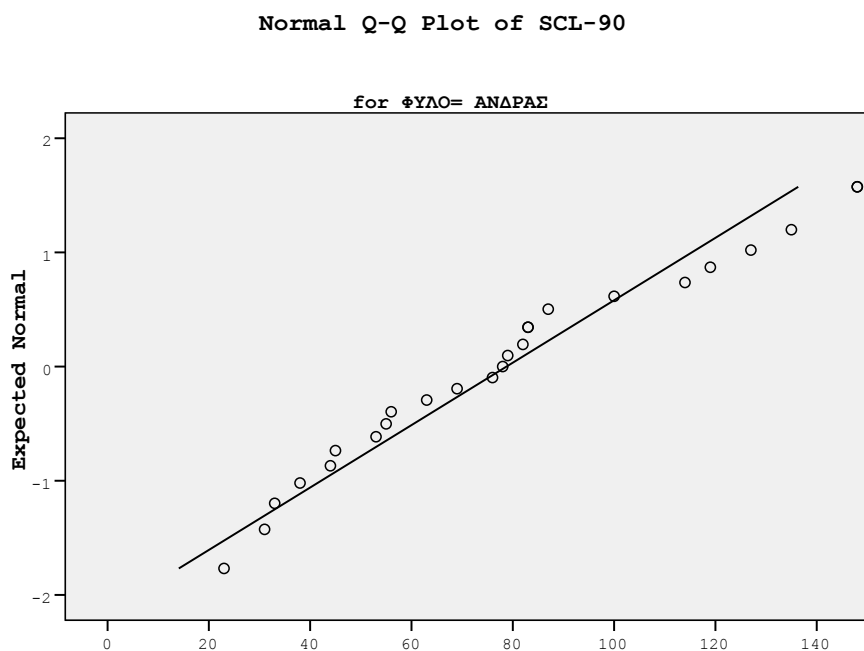
SCL-90



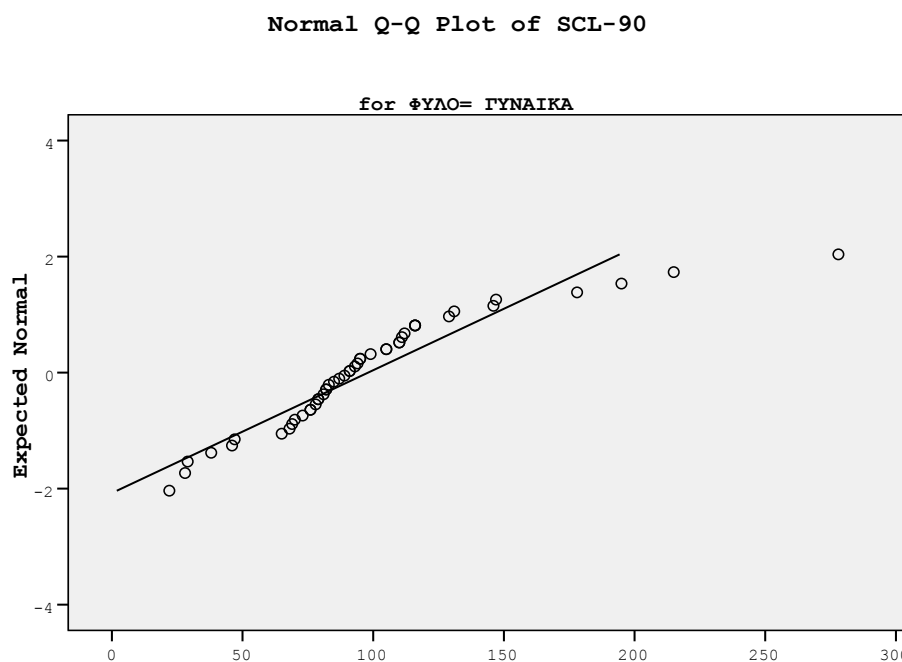
Σχήμα 14: Ιστόγραμμα συχνοτήτων της κλίμακας SCL-90 για τους άνδρες.



Σχήμα 15: Ιστόγραμμα συχνοτήτων της κλίμακας SCL-90 για τις γυναίκες.



Σχήμα 16: Q-Q Plot της κλίμακας SCL-90 για τους άνδρες.



Σχήμα 17: Q-Q Plot της κλίμακας SCL-90 για τις γυναίκες.

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα συνεχίζουμε την ανάλυση των δεδομένων μας επιλέγοντας τα κατάλληλα στατιστικά για την σύγκριση των κατανομών ανάμεσα στις δύο ομάδες (άνδρες – γυναίκες). Έτσι, στην κλίμακα OAS θα χρησιμοποιήσουμε t-test, καθώς η υπόθεση κανονικότητας των κατανομών έγινε δεκτή. Αντιθέτως, στις

κλίμακες ESS και SCL-90, θα χρησιμοποιήσουμε το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney U, καθώς η υπόθεση της κανονικότητας των κατανομών καταρρίφθηκε.

5.3.3 Αποτελέσματα σύγκρισης ανδρών -γυναικών

Η εφαρμογή του t-test για την κλίμακα OAS δίνει τα εξής αποτελέσματα:

Group Statistics

	ΦΥΛΟ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
OAS	ΑΝΔΡΑΣ	25	15,32	8,030	1,606
	ΓΥΝΑΙΚΑ	47	13,02	9,199	1,342

Πίνακας 33: Σύγκριση μέσων όρων κλίμακας OAS

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
OAS	Equal variances assumed	,056	,814	1,053	70	,296
	Equal variances not assumed			1,098	55,178	,277

Πίνακας 34: t-test κλίμακας OAS

Από τους παραπάνω πίνακες προκύπτει ότι η διακύμανση των σκορ μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι η ίδια (P-value Levene’s Test = 0,814 > 0,05). Συνεπώς και το P-value του ελέγχου είναι 0,296, το οποίο είναι κατά πολύ μεγαλύτερο του επιπέδου σημαντικότητας $\alpha = 0,05$. Καταλήγουμε, λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο όρο των σκορ ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες στην κλίμακα OAS.

Ακολούθως για την σύγκριση ανδρών-γυναικών στις κλίμακες ESS και SCL-90, χρησιμοποιήσαμε το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney U:

Ranks

	ΦΥΛΟ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ESS	0	25	34,08	852,00
	1	47	37,79	1776,00
	Total	72		
SCL-90	0	25	30,64	766,00
	1	47	39,62	1862,00
	Total	72		

Πίνακας 35: Σύγκριση μέσων τιμών στις κλίμακες ESS και SCL-90

Test Statistics^a

	ESS	SCL-90
Mann-Whitney U	527,000	441,000
Wilcoxon W	852,000	766,000
Z	-,716	-1,733
Asymp. Sig. (2-tailed)	,474	,083

a. Grouping Variable: ΦΥΛΟ

Πίνακας 36: Μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney U κλιμάκων ESS και SCL-90

Και στις δύο περιπτώσεις προέκυψαν στατιστικά μη σημαντικά αποτελέσματα, καθώς τα P-values των ελέγχων είναι μεγαλύτερα του επιπέδου σημαντικότητας (0,474 και 0,083 αντίστοιχα). Συνεπώς, δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές των σκορ των κλιμάκων ESS και SCL-90 ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες. Βέβαια αν δεν θέλαμε να είμαστε τόσο αυστηροί στους ελέγχους και ήμασταν ικανοποιημένοι με ένα επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,10$, θα εντοπίζαμε στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές των σκορ ανάμεσα στις δύο ομάδες για την κλίμακα SCL-90 ($P\text{-value} = 0,083 < 0,10 = \alpha$).

Συμπερασματικά, κατά την ανάλυση των δεδομένων μας δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στις μέσες τιμές των σκορ και για τις τρεις κλίμακες, OAS, ESS και SCL-90.

5.4 Σύγκριση τιμών SCL-90 μεταξύ δείγματος μελέτης και ελληνικού πληθυσμού

Στην προσπάθεια να πραγματοποιηθεί σύγκριση των τιμών στο ερωτηματολόγιο SCL-90 του πληθυσμού μελέτης με τις αντίστοιχες τιμές που καταγράφονται στην βιβλιογραφία για τον ελληνικό πληθυσμό (Ντώνιας και συν.1991), προέκυψαν τα δεδομένα που φαίνονται στον πίνακα 37.

Υποκλίμακα	M.O. Μέσος όρος δείγματος της έρευνας	M.O. Μέσος όρος για τον ελληνικό πληθυσμό
SCL 90 – Σωματοποίηση	43,14±21,28	7,40±7,06
SCL 90 - Ψυχαναγκαστικότητα	8,36±6,25	9,49±6,50
SCL 90 - Διαπροσωπική ευαισθησία	6,32±5,21	8,36±6,24
SCL 90 – Κατάθλιψη	9,69±7,65	11,34±8,75
SCL 90 – Άγχος	4,24±4,80	7,32±6,66
SCL 90 – Επιθετικότητα	2,43±2,57	5,08±5,04
SCL 90 - Φοβικό Άγχος	1,08±2,25	2,51±3,69
SCL 90 – Παρανοειδής Ιδεασμός	5,42±3,65	6,13±4,43
SCL 90 – Ψυχωτισμός	4,26±3,68	6,09±6,83

Πίνακας 37: Συγκριτική παρουσίαση M.O. των τιμών του δείγματος και των τιμών του ελληνικού πληθυσμού για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL-90.

Από τον παραπάνω πίνακα, προκύπτει ότι οι βαθμολογίες του δείγματός μας προσεγγίζουν τις βαθμολογίες που καταγράφηκαν για τον γενικό ελληνικό πληθυσμό. Στο δείγμα μας παρατηρήθηκε μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα σωματοποίησης, στην οποία υπάρχουν ακραίες τιμές, οι οποίες και προκάλεσαν την έντονη διαφοροποίησή της από τον μέσο όρο του πληθυσμού.

Για την σύγκριση των δύο μέσων όρων, δείγματος και πληθυσμού, χρησιμοποιήσαμε t-tests. Συγκεκριμένα, από τους ελέγχους της κάθε υποκλίμακας προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

One-Sample Test

	Test Value = 7.4					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	14,248	71	,000	35,739	30,74	40,74

Πίνακας 38. Έλεγχος ισότητας μ.ο. σωματοποίησης μεταξύ δείγματος και ελληνικού πληθυσμού

One-Sample Test

	Test Value = 9.49					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤ	-1,532	71	,130	-1,129	-2,60	,34

Πίνακας 39. Έλεγχος ισότητας μ.ο. ψυχαναγκαστικότητας μεταξύ δείγματος και ελληνικού πληθυσμού

One-Sample Test

	Test Value = 8.36					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	-3,325	71	,001	-2,041	-3,26	-,82

Πίνακας 40. Έλεγχος ισότητας μ.ο. διαπροσωπικής ευαισθησίας μεταξύ δείγματος και ελληνικού πληθυσμού

One-Sample Test

	Test Value = 11.34					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	-1,826	71	,072	-1,646	-3,44	,15

Πίνακας 41. Έλεγχος ισότητας μ.ο. κατάθλιψης μεταξύ δείγματος και ελληνικού πληθυσμού

One-Sample Test

	Test Value = 7.32					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
ΑΓΧΟΣ	-5,450	71	,000	-3,084	-4,21	-1,96

Πίνακας 42. Έλεγχος ισότητας μ.ο. άγχους μεταξύ δείγματος και ελληνικού πληθυσμού

One-Sample Test

	Test Value = 5.08					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
ΘΥΜΟΣ-ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	-8,760	71	,000	-2,649	-3,25	-2,05

Πίνακας 43. Έλεγχος ισότητας μ.ο. θυμού-επιθετικότητας μεταξύ δείγματος και ελληνικού πληθυσμού

One-Sample Test

	Test Value = 2.51					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	-5,380	71	,000	-1,427	-1,96	-,90

Πίνακας 44. Έλεγχος ισότητας μ.ο. φοβικού άγχους μεταξύ δείγματος και ελληνικού πληθυσμού

One-Sample Test

	Test Value = 6.13					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	-1,659	71	,102	-,713	-1,57	,14

Πίνακας 45. Έλεγχος ισότητας μ.ο. παρανοειδή ιδεασμού μεταξύ δείγματος και ελληνικού πληθυσμού

One-Sample Test

	Test Value = 6.09					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	-4,210	71	,000	-1,826	-2,69	-,96

Πίνακας 46. Έλεγχος ισότητας μ.ο. ψυχωτισμού μεταξύ δείγματος και ελληνικού πληθυσμού

Από τους παραπάνω πίνακες (πίνακες 38-46), προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων όρων των τιμών του δείγματος μελέτης και του ελληνικού πληθυσμού στις υποκλίμακες σωματοποίηση, διαπροσωπική ευαισθησία, άγχος, θυμός – επιθετικότητα, φοβικό άγχος και ψυχωτισμός, καθώς τα p – values των ελέγχων είναι μικρότερα του επιπέδου σημαντικότητας $\alpha = 0,05$.

5.5 Συσχέτιση μεταξύ κλιμάκων και υποκλιμάκων OAS,ESS και SCL-90

Η συσχέτιση των ερωτηματολογίων εξετάζεται με τη χρήση του στατιστικού r του Pearson. Συγκεκριμένα για τα τρία ερωτηματολόγια προέκυψαν οι παρακάτω συσχετίσεις που φαίνονται στον πίνακα 47:

Correlations

			SCL-90	ESS	OAS
Spearman's rho	SCL-90	Correlation Coefficient	1,000	,471**	,304**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,009
		N	72	72	72
	ESS	Correlation Coefficient	,471**	1,000	,556**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
		N	72	72	72
	OAS	Correlation Coefficient	,304**	,556**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,009	,000	.
		N	72	72	72

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

Πίνακας 47. Συσχετίσεις ερωτηματολογίων με τη χρήση του στατιστικού Pearsons' r

Παρατηρούμε ότι μεταξύ και των τριών ερωτηματολογίων υπάρχουν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις. Αναλυτικότερα, μεταξύ SCL-90 και ESS το r είναι 0,471, μεταξύ SCL-90 και OAS το r είναι 0,304 και μεταξύ OAS και ESS το r είναι 0,556. Αυτό σημαίνει ότι υψηλά σκορ στην μία κλίμακα συσχετίζονται με υψηλά σκορ και στις άλλες δύο. Η ισχύς των συσχετίσεων μεταξύ SCL-90 και ESS και μεταξύ SCL-90 και OAS χαρακτηρίζεται ως μέτρια καθώς το r είναι μεταξύ των τιμών 0,30 και 0,49, ενώ η ισχύς της συσχέτισης μεταξύ OAS και ESS χαρακτηρίζεται υψηλή καθώς το r είναι μεταξύ των τιμών 0,50 και 1,0. Για να υπολογίσουμε την διακύμανση που μοιράζονται οι κλίμακες ανά δύο, υψώνουμε στο τετράγωνο του συντελεστής συσχέτισης. Για παράδειγμα, η συσχέτιση μεταξύ SCL-90 και ESS είναι 0,471, συνεπώς η κλίμακα SCL-90 βοηθάει στην εξήγηση του 22,18% της διακύμανσης των σκορ στην κλίμακα ESS. Αντίστοιχα η SCL-90 στο 9,24% της διακύμανσης στην OAS και η OAS στο 30,91% της διακύμανσης της ESS.

Από τον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 48) παρατηρούμε ότι οι θετικές συσχετίσεις εξακολουθούν να υφίστανται και μεταξύ των 9 υποκλιμάκων της SCL-90 ξεχωριστά με τις OAS και ESS. Αυτό που αλλάζει είναι η ύπαρξη ορισμένων συσχετίσεων οι οποίες δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Συγκεκριμένα, μεταξύ της ESS και των υποκλιμάκων άγχος, θυμός-επιθετικότητα, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός και ψυχωτισμός, εντοπίζονται μη στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις. Το ίδιο ισχύει και για τις υποκλίμακες σωματοποίηση, άγχος, θυμός-επιθετικότητα, σε σχέση με την κλίμακα OAS.

Correlations

		ESS	OAS
ESS	Pearson Correlation	1	,513**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	72	72
OAS	Pearson Correlation	,513**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	72	72
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	Pearson Correlation	,261*	,106
	Sig. (2-tailed)	,027	,375
	N	72	72
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	Pearson Correlation	,292*	,327**
	Sig. (2-tailed)	,013	,005
	N	72	72
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	Pearson Correlation	,433**	,440**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	72	72
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	Pearson Correlation	,303**	,285*
	Sig. (2-tailed)	,010	,015
	N	72	72
ΑΓΧΟΣ	Pearson Correlation	,202	,228
	Sig. (2-tailed)	,088	,054
	N	72	72
ΘΥΜΟΣ-ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	Pearson Correlation	,125	,169
	Sig. (2-tailed)	,295	,156
	N	72	72
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	Pearson Correlation	,225	,373**
	Sig. (2-tailed)	,057	,001
	N	72	72
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	Pearson Correlation	,154	,291*
	Sig. (2-tailed)	,197	,013
	N	72	72
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Pearson Correlation	,202	,314**
	Sig. (2-tailed)	,088	,007
	N	72	72

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 48. Συσχετίσεις ερωτηματολογίων OAS και ESS με τις 9 υποκλίμακες του SCL-90 με τη χρήση του στατιστικού Pearsons' r

6. Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 72 ασθενείς της κλινικής Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων του Α.Π.Θ. , η ηλικία των οποίων κυμαινόταν από 30 μέχρι 73 ετών. Ο μέσος όρος της ηλικίας τους ήταν 50,4 έτη με τυπική απόκλιση $\pm 1,1$ έτη. Το ποσοστό των γυναικών που συμμετείχαν ήταν 65,3%, ενώ το υπόλοιπο 34,7% ήταν άνδρες. Από τους συμμετέχοντες, το 18,1% έπασχε από κάποια σωματική νόσο, με πιο συχνές τις νόσους του θυρεοειδή και την αρτηριακή υπέρταση. Δύο συμμετέχοντες (ποσοστό 2,8%) έπασχαν από κατάθλιψη και ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Το 36,1% των συμμετεχόντων ήταν στο παρελθόν και εξακολουθούν να είναι καπνιστές, ενώ το ποσοστό των καπνιστών στο παρελθόν αγγίζει το 70,8%.

Κατά την ανάλυση των δεδομένων μας ως προς τις μέσες τιμές των σκορ και για τις τρεις κλίμακες, OAS, ESS και SCL-90, μεταξύ ανδρών και γυναικών, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Το φύλο, δηλαδή, δεν αποτέλεσε παράγοντα που να επηρεάζει την ψυχολογική ανταπόκριση των περιοδοντικών ασθενών στις 3 κλίμακες που μελετήθηκαν (εξωτερικής, εσωτερικής ντροπής και ψυχοπαθολογίας). Αξιοσημείωτο είναι πάντως, ότι αν ορίζαμε ως επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,10$, θα εντοπίζαμε στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές των σκορ μεταξύ ανδρών-γυναικών για την κλίμακα SCL-90 ($P\text{-value} = 0,083 < 0,10 = \alpha$), δηλαδή το φύλο θα ήταν παράγοντας που θα επηρεάζε τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των περιοδοντικών ασθενών.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των μέσων όρων των τιμών του δείγματος μελέτης και του ελληνικού πληθυσμού στις υποκλίμακες σωματοποίηση, διαπροσωπική ευαισθησία, άγχος, θυμός – επιθετικότητα, φοβικό άγχος και ψυχωτισμός, ($p < 0,05$). Συμπεραίνουμε, επομένως, ότι οι ασθενείς με περιοδοντικά προβλήματα εμφανίζουν υψηλότερη έκφραση αυτών των ψυχολογικών χαρακτηριστικών σε σχέση με τον μέσο ελληνικό πληθυσμό, πράγμα ιδιαίτερα σημαντικό για την κατανόηση του ψυχολογικού προφίλ αυτών των ασθενών. Ως προς την ψυχοπαθολογία, η αρχική ερευνητική μας υπόθεσή ότι τα άτομα με περιοδοντικά προβλήματα θα παρουσιάζουν και υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και υψηλότερα σε σχέση με το δείγμα ελληνικού πληθυσμού, επιβεβαιώνεται όσον αφορά τις υποκατηγορίες της σωματοποίησης, της διαπροσωπικής ευαισθησίας, του άγχους, του θυμού – επιθετικότητας, του φοβικού άγχους και του ψυχωτισμού.

Από την στατιστική ανάλυση προκύπτει ακόμα ότι μεταξύ και των τριών ερωτηματολογίων υπάρχουν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις. Η συσχέτιση μεταξύ OAS και ESS χαρακτηρίζεται ως υψηλή, ενώ η συσχέτιση μεταξύ SCL-90 και ESS και μεταξύ SCL-90 και OAS χαρακτηρίζεται ως μέτρια. Η κλίμακα SCL-90 βοηθάει στην εξήγηση του 22,18% της διακύμανσης των σκορ στην κλίμακα ESS και του 9,24% της διακύμανσης στην OAS, ενώ η OAS στο 30,91% της διακύμανσης της ESS. Αυτές οι θετικές συσχετίσεις εξακολουθούν να υφίστανται και μεταξύ των υποκλιμάκων της SCL-90 ξεχωριστά με τις OAS και ESS, παρόλο που για κάποιες από τις υποκλίμακες εντοπίζονται μη στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις. Θα μπορούσαμε επομένως να υποθέσουμε ότι τα άτομα με υψηλό σκορ στο ερωτηματολόγιο SCL-90 θα έχουν την τάση να εμφανίζουν και υψηλό σκορ στα ερωτηματολόγια OAS και ESS, δηλαδή τα άτομα με περιοδοντικά προβλήματα που

εκφράζουν υψηλό δείκτη ψυχοπαθολογίας θα έχουν και την τάση να βιώνουν και υψηλά επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, το οποίο και θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας.

7. Συζήτηση

Τελικός στόχος της πρόληψης των περιοδοντικών νόσων είναι η διατήρηση μιας λειτουργικής οδοντοφυΐας χωρίς σημάδια φλεγμονής ή απώλεια πρόσφυσης (Lang consensus report 2005). Σύμφωνα με την έως τώρα γνώση, κάτι τέτοιο απαιτεί την συνεχή και πλήρη αφαίρεση των μικροβιακών βιομενίων σε όλα τα σημεία της οδοντοφυΐας. Καθώς η ουλίτιδα προηγείται της περιοδοντίτιδας, είναι φανερό ότι η πρόληψη της ουλίτιδας αποτελεί μέτρο πρωτογενούς πρόληψης της περιοδοντίτιδας. Παρόλα αυτά, κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό στα περισσότερα άτομα και πληθυσμούς. Προσπάθειες πρέπει να γίνουν για την αναγνώριση ατόμων με παράγοντες κινδύνου που τους κάνουν πιο επιρρεπείς σε τόσο στην έναρξη όσο και στην εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου. Αν κάτι τέτοιο μπορούσε να επιτευχθεί οι προσπάθειες θα μπορούσαν να κατευθυνθούν στα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για να νοσήσουν. Η αναγνώριση ομάδων και ατόμων σε κίνδυνο για εξέλιξη της περιοδοντικής καταστροφής υπήρξε στόχος πολλών μελετών. Οι Linden (1996) αναφέρουν ότι η μακροχρόνια απώλεια πρόσφυσης μπορεί να προβλεφθεί σημαντικά από την αυξημένη ηλικία, το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και η προσωπικότητα τύπου Α που χαρακτηρίζεται από επιθετική και ευέξαπτη συμπεριφορά. Άλλο εργαλείο εκτίμησης κινδύνου εξέλιξης της νόσου σε επίπεδο ατόμου αποτελεί το πολύγωνο των Lang&Tonetti, στο οποίο συνεκτιμούνται έξι παράμετροι: το ποσοστό των θέσεων που αιμορραγούν κατά την ανίχνευση, ο αριθμός των θυλάκων με βάθος $\geq 5\text{mm}$, ο αριθμός των απολεσθέντων δοντιών, η απώλεια της περιοδοντικής στήριξης σε σχέση με την ηλικία, η ύπαρξη συστηματικών και γενετικών παραγόντων και το κάπνισμα. Ειδικά και ευαίσθητα διαγνωστικά τεστ για την αναγνώριση ατόμων ευπαθών στην εξέλιξη της νόσου δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα. Η αποτελεσματική θεραπεία της περιοδοντίτιδας μπορεί να ενισχυθεί μέσω της ανάπτυξης πολυπαραγοντικών μοντέλων για την εκτίμηση του κινδύνου σε επίπεδο ατόμου (Heitz-Mayfield 2005).

Η ποιότητα ζωής η σχετιζόμενη με την στοματική υγεία (OHRQoL) όπως καταγράφηκε από τις ερωτήσεις των σχετικών ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στις διάφορες μελέτες, σχετίστηκε σημαντικά με την κατάσταση της στοματικής και ειδικότερα περιοδοντικής υγείας (Needleman 2004, Cunha-Cruz 2007, Jowett 2009, Lawrence 2008) αλλά και με την αποτελεσματικότητα και το είδος της θεραπείας που ακολουθήθηκε (Needleman 2004, Ozcelik 2007, Jowett 2009).

Αυτό δείχνει ότι τα ερωτηματολόγια αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθεί σε μελλοντικές μελέτες σε πληθυσμούς, και όχι μόνο σε επίπεδο ατόμου, όχι σαν υποκατάστατο της κλινικής εξέτασης, αλλά ως βοηθητικό μέσο αναγνώρισης των καταστάσεων που είναι πιο πιθανό να επηρεάσουν την ευεξία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Από την άποψη της κοινωνικής οδοντιατρικής τα εργαλεία της OHRQoL μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με τις κλινικές μετρήσεις όταν γίνεται σχεδιασμός κοινοτικών υπηρεσιών υγείας ή σχεδιασμός στρατηγικών στοματικής υγείας βασισμένων στην κοινότητα. Όταν οι πηγές υπηρεσιών υγείας

είναι λιγосτές, τα δεδομένα από τέτοιες μελέτες που επικεντρώνονται στον ασθενή μπορούν να χρησιμοποιηθούν, ώστε να εξασφαλισθεί ότι οι πόροι και οι υπηρεσίες θα κατευθυνθούν προς αυτές τις καταστάσεις που έχουν αρνητική επίδραση στην OHRQoL συγκεκριμένων πληθυσμών (Lawrence 2008).

Μια μεγαλύτερη κατανόηση των καταστάσεων που σχετίζονται με την περιοδοντική νόσο, των παραγόντων κινδύνου, των συνεπειών της περιοδοντικής καταστροφής όπως τις αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής, των επιδράσεων της θεραπείας στην λειτουργικότητα και στην ψυχοκοινωνική σύνθεση των ασθενών είναι απαραίτητη, ώστε να μπορέσει ο οδοντίατρος να λειτουργήσει με βάση τις αρχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Κάτι τέτοιο θα του επιτρέψει να έχει μια πιο ολοκληρωμένη αντίληψη των γεγονότων που οδηγούν στην νόσο, να κατανοήσει την πραγματική επίδραση της στοματικής υγείας στην ζωή των ασθενών, να σχεδιάσει θεραπευτικές παρεμβάσεις που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και ανησυχίες του ασθενή, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Προς αυτήν την κατεύθυνση στόχευε και η παρούσα μελέτη, δηλαδή στην μεγαλύτερη κατανόηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των περιοδοντικών ασθενών, όπως αυτά καταγράφονται μέσα από τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν.

Δυνατό σημείο της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποδεικνύεται ακριβώς η ολιστική θεώρηση των παραγόντων που συντελούν στην προαγωγή, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας. Η στοματική υγεία δεν αποτελεί ένα εστιασμένο πρόβλημα αλλά αποδεικνύεται ζωτικής σημασίας για την γενική υγεία και για την ποιότητα ζωής. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα στον οδοντίατρο που λειτουργεί σύμφωνα με τις αρχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας να αναγνωρίσει τα κενά που υπάρχουν στις παρεχόμενες υπηρεσίες και λειτουργεί συμπληρωματικά προς τις βιοιατρικού τύπου δομές που ήδη υπάρχουν. Οι οδοντίατροι με αυτό τον τρόπο, μπορούν να οδηγήσουν σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, που παρέχουν υψηλού βαθμού ικανοποίηση στους πολίτες που δέχονται τη φροντίδα. Παράλληλα, αναγνωρίζοντας έγκαιρα τις ανάγκες και καλύπτοντάς τις, ουσιαστικά οδηγούν σε μείωση του κόστους της φροντίδας, καθώς τα προβλήματα λύνονται στην απαρχή τους ή προλαμβάνονται. Πρόκειται, δηλαδή, για μια στροφή από ακριβές και εκτεταμένες υπηρεσίες σε υπηρεσίες πιο αποτελεσματικές και οικονομικά συμφέρουσες.

Η επανατοποθέτηση των υπηρεσιών υγείας από τις δευτεροβάθμιες στις πρωτοβάθμιες δομές οδηγεί στην ανάγκη για ανάληψη νέων ευρύτερων ρόλων από τους οδοντίατρος. Δημιουργείται η ανάγκη για εκπαίδευση και διεύρυνση των ικανοτήτων των οδοντιάτρων, απόκτηση νέων γνώσεων, διαρκή ενημέρωση και εγρήγορση.

Ο οδοντίατρος πρέπει να αποδείξει ότι διαθέτει όλα τα απαραίτητα προσόντα για να ανταποκριθεί στον ρόλο του στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πέρα από τη γνώση και την εμπειρία, πρέπει να διαθέτει ικανότητα διδασκαλίας, ερευνητικό πνεύμα, ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, επικοινωνιακές ικανότητες και ενσυναίσθηση των ασθενών, ικανότητα διεπιστημονικής συνεργασίας, χάραξης πολιτικών και χρησιμοποίησης και ανάπτυξης νέων τεχνολογιών προς όφελος της κοινότητας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ένα νέο πεδίο δράσης. Οι οδοντίατροι σήμερα οφείλουν να καινοτομήσουν και να αναλάβουν νέους ρόλους στις πρωτοβάθμιες

δομές, με σκοπό να αυξηθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, να επιτευχθεί ευρύτερη παροχή φροντίδας, να αντιμετωπισθούν οι ελλείψεις στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας. Επιπλέον, η βελτίωση της πρόληψης ασθενειών και ατυχημάτων, η αποτελεσματικότητα, η μείωση του κόστους καθώς μειώνονται οι εκτεταμένες και ακριβές θεραπείες που απαιτούνται, η αυξημένη συμμετοχή και ικανοποίηση των πολιτών, η εκμετάλλευση όλων των διαθέσιμων πόρων και τεχνολογιών μπορούν να είναι θετικά επακόλουθα του πρωτοπόρου ρόλου των οδοντιάτρων.

Μπορεί οι αρχές της ΠΦΥ, όπως η προσβασιμότητα σε όλους, το κοινωνικά δίκαιο σύστημα υγείας, να φαντάζουν θεωρητικές επιταγές, αλλά τα προβλήματα και τα κενά στην οδοντιατρική φροντίδα είναι πραγματικά και ζητούν λύση.

Οι δυσκολίες είναι πολλές αλλά και τα οφέλη εξίσου πολλά. Είναι ένα στοίχημα για τον οδοντίατρο, ο οποίος θα πρέπει να επαγρυπνά, να μεταβάλλεται συνεχώς, να εξελίσσεται και να προσαρμόζεται ώστε να συναντά τις ανάγκες του ανθρώπου και της κοινωνίας.

Βιβλιογραφία

Ahlbom, A. & Norell S. (1992). Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Albandar JM, Brunelle JA, Kingman A. (1999). Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988–1994. *J Periodontol*, 70: 13–29.

Albandar, J.M. (1990). A 6-year study on the pattern of periodontal disease progression. *Journal of Clinical Periodontology*, 17: 467-471.

Albandar, J.M. (1999). Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *Journal of Periodontology*, 70: 13-29.

Albandar, J.M. & Kingman, A. (1999). Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *Journal of Periodontology*, 70: 30-43.

Albandar J.M. (2002). Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases *Periodontology 2000*, 29: 177–206.

Aleksejuniene` J, Holst D, Eriksen HM, Gjermo. (2002). P. Psychosocial stress, lifestyle and periodontal health. A hypothesised structural equation model. *J Clin Periodontol*, 29: 326–335.

Allan, S., Gilbert, P., Goss, K. (1994). An exploration of shame measures- II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.* , vol. 17, p. 719- 722.

Andrews, B (1998β). Shame and Childhood Abuse. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 176- 190.

Andrews, B. (1995). Bodily Shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, p. 277- 285.

Andrews, B. (1998α). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39- 54.

Andrews, B. Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 41, p. 29- 42.

Anttila SS, Knuuttila MLE, Sakki TK. (2001). Relationship of depressive symptoms to edentulousness, dental health, and dental health behavior. *Acta Odontol Scand*, 59:406–412.

Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. (2009). Dental fear and adult oral health in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*, 37: 220–230.

Axelsson P, Albandar JM & Thomas E R. (2002). Prevention and control of periodontal diseases in developing and industrialized nations *Periodontology* 2000, 29: 235–246.

Axtelius B, Edwards S, Theodorsson E, Sycnsater G, Attstrom R. (1998). Presence of cortisol in gingival crevicular fluid. A pilot study. *J Clin Periodontol*, 25: 929-932.

Axtelius B, Soderfeldt B, Nilsson A, Edwardsson S, Attstrom R. (1998). Therapy-resistant periodontitis. Psychosocial characteristics. *J Clin Periodontol*, 25:482-491.

Beikler T.&Flemmig T. (2011). Oral biofilm-associated diseases: trends and implications for quality of life, systemic health and expenditures *Periodontology* 2000, 55: 87–103.

Beklen A, Tüter G, Sorsa T, Hanemaaijer R, Virtanen I, Tervahartiala T, Konttinen YT. (2006). Gingival tissue and crevicular fluid co-operation in adult periodontitis. *J Dent Res*, 85(1):59-63.

Bernabe´ E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Uutela A, Vehkalahti MM, Knuuttila M, Kivimaˆki M, Tsakos G. (2010). Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. *J Clin Periodontol*, 37: 981–987.

Borrell LN, Papapanou PN. (2005). Analytical epidemiology of periodontitis. *J Clin Periodontol*, 32 (Suppl. 6): 132–158.

Braegger U. (2005). Cost–benefit, cost-effectiveness and cost–utility analyses of periodontitis prevention. *J Clin Periodontol*, 32 (Suppl. 6): 301–313.

Breivik, T., Thrane, P. S., Murison, R. & Gjermo, P. (1996). Emotional stress effects on immunity, gingivitis and periodontitis. *European Journal of Oral Science* 104: 327–334.

Castro GDC, Oppermann RV, Haas AN, Winter R, Alchieri JC. (2006). Association between psychosocial factors and periodontitis: a case–control study. *J Clin Periodontol*, 33:109–114.

Chiou L-J, Yang Y-H, Hung H-C, Tsai C-C, Shieh T-Y, Wu Y-M, Wang W-C. (2010). The association of psychosocial factors and smoking with periodontal health in a community population. *J Periodont Res*, 45: 16–22.

Croucher R, Marcenes WS, Torres MCMB, Hughes WS, Sheiham A. (1997). The relationship between life-events and periodontitis. A case-control study. *J Clin Periodontol*, 24:39-43.

Chrousos GP. (1995). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immune-mediated inflammation. *N Engl J Med*, 18:1351–1362.

Cunha-Cruz J, Hujuel PP, Kressin NR. (2007). Oral health-related quality of life of periodontal patients. *J Periodont Res*, 42: 169–176.

Davies I, Karring T, Norderyd O. (2005). Advances in the behavioural and public health aspects of periodontitis. Consensus report of the fifth european workshop in periodontology. *J Clin Periodontol*, 32 (Suppl. 6): 326–327.

Derogatis, L. (1977). *The SCL-90 Manual, Scoring, Administration and Procedures for the SL-90*. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Dimsdale, J.E., Moss, J. (1980). Plasma catecholamines in stress and exercise. *Journal of the American Medical Association*, 243: 340-342.

Ding Y, Uitto VJ, Firth J, Salo T, Haapasalo M, Kontinen YT, Sorsa T. (1995). Modulation of host matrix metalloproteinases by bacterial virulence factors relevant in human periodontal diseases. *Oral Dis*, 1(4):279-86.

Dolic M, Bailer J, Staehle HJ, Eickholz P. (2005). Psychosocial factors as risk indicators of periodontitis. *J Clin Periodontol*, 32: 1134–1140.

Drisko CH. (2001). Nonsurgical periodontal therapy. *Periodontology 2000*, 25:77–88.

Dumitrescu AL, Kawamura M. (2010). Involvement of psychosocial factors in the association of obesity with periodontitis. *Journal of Oral Science*, 52(1):115-124.

Everitt B, Rabe-Hesketh S. (2001) . *Analysing medical data using S-Plus*. Springer-Verlag, New York.

Gamboa ABO, Hughes FJ, Marcenes W. (2005). The relationship between emotional intelligence and initial response to a standardized periodontal treatment: a pilot study. *J Clin Periodontol*, 32: 702–707.

Genco, R. J., Ho, A. W., Grossi, S. G., Dunford, R. G. & Tedesco, L. A. (1999). Relationship of stress, distress and inadequate coping behaviors to periodontal disease. *Journal of Periodontology*, 70: 711–723.

Genco, R. J., Ho, A. W., Kopman, J., Grossi, S.G., Dunford, R. G. & Tedesco, L. A. (1998). Models to evaluate the role of stress in periodontaldisease. *Annals of Periodontology*, 3: 288–302.

Giannopoulou C, Kamma JJ, Mombelli A. (2003). Effect of inflammation, smoking and stress on gingival crevicular fluid cytokine level. *J Clin Periodontol*, 30:145–153.

Gilbert P. (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.

Gilbert, P. & Andrews, B. (1998). Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.

Gilbert, P. & McGuire M.T. (1998). Shame, Status, and Social Roles; Psychobiology and Evolution. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 99- 125.

Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 7, p. 174- 189.

Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, vol.70, p. 1205- 1230.

Gilbert, P., Allan, S., Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 3, p. 23- 34.

Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clin. Psychol. Psychotherapy*, vol. 10, p. 108- 115.

Gilbert, P., Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences*, vol.29, p. 757- 774.

Gjerme PE. (2005). Impact of periodontal preventive programmes on the data from epidemiologic studies. *J Clin Periodontol*, 32 (Suppl. 6): 294–300.

Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17 (5), p. 713- 717.

Goyal S, Jajoo S, Nagappa G, Gururaja R. (2011). Estimation of relationship between psychosocial stress and periodontal status using serum cortisol level: A clinico-biochemical study. *Indian Journal of Dental Research*, 22(1):6-9.

Grayson R, Douglas CW, Heath J, Rawlinson A, Evans GS. (2003). Activation of human matrix metalloproteinase 2 by gingival crevicular fluid and *Porphyromonas gingivalis*. *J Clin Periodontol*, 30(6):542-50.

Heitz-Mayfield LJA. (2005.) Disease progression: identification of high-risk groups and individuals for periodontitis. *J Clin Periodontol*, 32 (Suppl. 6): 196–209.

Hilgert J.B., Hugo F.N, Bandeira D.R and Bozzetti M.C. (2006). Stress, Cortisol, and Periodontitis in a Population Aged 50 Years and Over *J DEent Res*, 85: 324.

Hironaka M, Ansai T, Soh I, Ishisaka A, Awano S, Yoshida A, Hamasaki T, Sonoki K, Takata Y, Takehara T. (2008). Association between salivary levels of chromogranin A and periodontitis in older Japanese. *Biomedical Research*, 29(3):125-130.

Ishisaka A, Ansai T, Soh I, Inenaga K, Awano S, Yoshida A, Hamasaki T, Sonoki K, Takata Y, Nishihara T, Takehara T. (2008). Association of cortisol and dehydroepiandrosterone sulphate levels in serum with periodontal status in older Japanese adults. *J Clin Periodontol*, 35: 853–861.

Johannsen A, Asberg M, Soder P-O, Soder B. (2005). Anxiety, gingival inflammation and periodontal disease in non-smokers and smokers – an epidemiological study. *J Clin Periodontol*, 32: 488–491.

Johannsen A, Rydmark I, Soder B, Asberg M. (2007). Gingival inflammation, increased periodontal pocket depth and elevated interleukin-6 in gingival crevicular fluid of depressed women on long-term sick leave. *J Periodont Res*, 42: 546–552.

Jonsson B, Ohrn K, Oscarson N, Lindberg P. (2009). The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behaviour in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). *J Clin Periodontol*, 36: 1025–1034.

Jonsson B, Ohrn K, Lindberg P, Oscarson N. (2010). Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. *J Clin Periodontol*, 37: 912–919.

Jowett AK, Orr MTS, Rawlinson A, Robinson PG. (2009). Psychosocial impact of periodontal disease and its treatment with 24-h root surface debridement. *J Clin Periodontol*, 36: 413–418.

Kamma JJ, Giannopoulou C, Vasdekis VGS, Mombelli A. (2004). Cytokine profile in gingival crevicular fluid of aggressive periodontitis: influence of smoking and stress. *J Clin Periodontol*, 31: 894–902.

Karlsson E, Lymer U-B, Hakeberg M. (2009). Periodontitis from the patient's perspective, a qualitative study. *Int J Dent Hygiene*, 7, 23–30.

Kinane D. (2001). Causation and pathogenesis of periodontal disease. *Periodontology* 2000, 25: 8–20.

Klinge B, Norlund A. (2005). A socio-economic perspective on periodontal diseases – a systematic review. *J Clin Periodontol*, 32 (Suppl. 6): 314–325.

Lang NP, Lindhe J, van der Velden U. on behalf of the European Workshop in Periodontology group D. (2005). Advances in the prevention of periodontitis. Consensus report of the 5th European Workshop in Periodontology. *J Clin Periodontol*, 32 (Suppl. 6): 291–293.

- Lawrence H, Thomson M, Broadbent J, Poulton R. (2008). Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol*, August, 36(4): 305–316.
- Lindhe J, Liljenberg B, Listgarten M. (1980). Some microbiological and histopathological features of periodontal disease in man. *J Periodontol*, 51(5):264-9.
- Linden, G. J., Mullally, B. H. & Freeman, R. (1996). Stress and the progression of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*, 23: 675–680.
- Löe H, Theilade E, Jensen SB. (1965). Experimental gingivitis in man. *J Periodontol*, 36: 177–187.
- Löe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. (1986). Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14–46 years of age. *J Clin Periodontol*, 13: 431–445.
- Melnick S.L., Roseman, J.M., Engel, D., Cogen, R.B. (1988). Epidemiology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. *Epidemiologic Reviews*, 10: 191-2.
- Mengel R, Bacher M, Flores-de-Jacoby L. (2002). Interactions between stress, interleukin-1b, interleukin-6 and cortisol in periodontally diseased patients. *J Clin Periodontol*, 29: 1012–1022.
- Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. (2004). Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol*, 31: 454–457.
- Newton JT. (2010). Psychological models of behaviour change and oral hygiene behaviour in individuals with periodontitis: a call for more and better trials of interventions. *J Clin Periodontol*, 37: 910–911.
- Ng SKS, Leung WK. (2006). Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34: 114–22.
- Nunn M. (2003). Understanding the etiology of periodontitis: an overview of periodontal risk factors. *Periodontology 2000*, 32:11-23.
- O’Dowd LK, Durham J, McCracken GI, Preshaw PM. (2010). Patients’ experiences of the impact of periodontal disease. *J Clin Periodontol*, 37: 334–339.
- Offenbacher S. (1996). Periodontal diseases: pathogenesis. *Ann Periodontol*: 1: 821–878.
- Ozcelik O, Haytac MC, Seydaoglu G. (2007). Immediate post-operative effects of different periodontal treatment modalities on oral health-related quality of life: a randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*, 34: 788–796.
- Page, R. C, Schroeder, H. E. (1976). Pathogenesis of inflammatory periodontal disease. A summary of current work. *Laboratory Investigation* 34: 235-249.

Page RC, Simpson DM, Ammons WF. (1975). Host tissue response in chronic inflammatory periodontal disease IV. The periodontal and dental status of a group of aged great apes. *J Periodontol*, 46(3):144-55.

Page RC, Kornman. (1997). The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontology 2000*, 14: 9-11.

Palland J. (2005). *SPSS survival manual*. Open university press, UK.

Persson GR, Persson RE, MacEntee CI, Wyatt CCJI, Hollender LG, Kiyak HA (2003). Periodontitis and perceived risk for periodontitis in elders with evidence of depression. *J Clin Periodontol*, 30: 691–696.

Persson RG. Immune responses and vaccination against periodontal infections. (2005). *J Clin Periodontol*, 32 (Suppl. 6): 39–53.

Pindborg J.J. (1951.) Influence of service in armed forces on incidence of gingivitis. *Journal of the American Dental Association*, 42: 517-522.

Rogers, M. P., Dubey, D. & Reich, P. (1979) .The influence of the psyche and brain on immunity and disease susceptibility. A critical review. *Psychosomatic Medicine* 41:147–164.

Sabbah W, Tsakos G, Chandola T, Newton T, Kawachi I, Sheiham A, Marmot MG, Watt RG. (2011). The relationship between social network, social support and periodontal disease among older Americans. *J Clin Periodontol*, 38: 547–552.

Saletu A, Pirker-Fruhauf H, Saletu F, Linzmayer L, Anderer P, Matejka M. (2005). Controlled clinical and psychometric studies on the relation between periodontitis and depressive mood. *J Clin Periodontol*, 32: 1219–1225.

Sanz M, Quirynen M. (2005). On behalf of the European Workshop in Periodontology group A. Advances in the aetiology of periodontitis consensus report of the 5th European workshop in periodontology. *J Clin Periodontol*, 32 (Suppl. 6): 54–56.

Schwartz Z, Goultschin J, Dean DD, Boyan BD. (1997). Mechanisms of alveolar bone destruction in periodontitis. *Periodontol 2000*, 14:158-72.

Sheiham A, Nnetuveli G. (2002). Periodontal diseases in Europe. *Periodontology 2000*, 29: 104–121.

Monteiro da Silva AM, Newman HN, Oakley DA, O'Leary R. (1998). Psychosocial factors, dental plaque levels and smoking in periodontitis patients. *J Clin Periodontol*, 25: 517-523.

Monteiro da Silva A, M., Newman, H, N, &Oakley, D A. (1995). Psychosocial factors in inflammatory periodontal diseases: a review. *Journal of Clinical Periodontology* 22:516-526.

Monteiro da Silva, A. M., Oakley, D. A., Newman, H. N., Nohl, F. S. & Lloyd, H. M. (1996). Psychosocial factors and adult onset rapidly progressive periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology* 23: 789–794.

Solis ACO, Lotufo RFM, Pannuti CM, Brunheiro EC, Marques AH, Lotufo-Neto F. (2004). Association of periodontal disease to anxiety and depression symptoms, and psychosocial stress factors. *J Clin Periodontol*, 31: 633–638.

Sorsa T, Tjäderhane L, Konttinen YT, Lauhio A, Salo T, Lee HM, Golub LM, Brown DL, Mäntylä P. (2006). Matrix metalloproteinases: contribution to pathogenesis, diagnosis and treatment of periodontal inflammation. *Ann Med*, 38(5):306-21.

Stabholz A, Soskolne A, Shapira L. (2010). Genetic and environmental risk factors for chronic periodontitis and aggressive periodontitis. *Periodontology* 2000, 53: 138–153.

Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. (2003). *Family Practice*, 20: 457-463.

Suominen-Taipale AL, Mettovaara H-L, Uutela A, Haärkänen T, Vehkalahti MM, Knuuttila MLE. (2009). Cynical hostility as a determinant of poor oral health status in an adult population. *Eur J Oral Sci*, 117: 144–153.

Van Dyke T, Dave S. (2005). Risk Factors for Periodontitis. *J Int Acad Periodontol*, 7(1): 3–7.

Van Dyke TE, Serhan CN. (2003). Resolution of inflammation: a new paradigm for the pathogenesis of periodontal diseases, *J Dent Res*, 82(2):82-90.

Vettore MV, Leao ATT, Monteiro da Silva AM, Quintanilha RS, Lamarca GA. (2003). The Relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis. *J Clin Periodontol*, 30: 394–402.

Vettore M, Quintanilha RS, Monteiro da Silva AM, Lamarca GA, Leão ATT. (2005). The influence of stress and anxiety on the response of non-surgical periodontal treatment. *J Clin Periodontol*, 32: 1226–1235.

Δ.Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος. Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας εκδ. Ελληνικά γράμματα.

Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Άλμα-Άτα, Ε.Σ.Σ.Δ., 6-12 Σεπτεμβρίου 1978.

Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, p. 42-48.

Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ".

Πριοδοντολογία, Α.Β.Κωνσταντινίδης, 1ος τόμος, 2ος τόμος.

Παράρτημα 1: Ερευνητικά εργαλεία



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τον εαυτό μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2011

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / 19.....

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ _____
 ΓΥΝΑΙΚΑ _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η _____
 ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____
 ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____
 ΧΗΡΟΣ/Α _____

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:
 ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ _____
 ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____
 ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ _____
 ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟ _____
 ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ _____
 ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ _____
 ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ _____
 ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ _____

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ:
 ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ (ΕΙΣΤΕ 1^{ος}, 2^{ος}).....

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;.....

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ;
 ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ' ΑΥΤΗ;.....
 ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;.....

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ;
 ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ' ΑΥΤΗ;.....

ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ; ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΚΑΠΝΙΖΑΤΕ; ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΠΙΝΕΤΕ ΚΑΦΕ; ΝΑΙ _____

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΟΥΣ ΚΑΦΕΔΕΣ ΠΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ; _____

ΟΧΙ _____

ΓΙΑΤΙ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ Ή ΤΑ ΟΥΛΑ ΣΑΣ; Α) ΛΟΓΩ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑΣ

Β) ΛΟΓΩ ΤΣΙΓΑΡΟΥ Γ) ΛΟΓΩ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ Δ) ΑΛΛΟΣ ΛΟΓΟΣ, ΠΟΙΟΣ;

ΕΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΠΑΡΟΜΟΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΤΟ ΔΙΚΟ ΣΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ Ή ΤΑ ΟΥΛΑ ΤΟΥ;

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟΣ; Α) ΠΑΤΕΡΑΣ

Β) ΜΗΤΕΡΑ

Γ)

ΑΔΕΛΦΟΣ/Η Δ) ΓΙΑΓΙΑ Ε) ΠΑΠΠΟΥΣ ΣΤ) ΘΕΙΟΣ/Α

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΩΣ ΠΑΙΔΙ (πχ. αποχωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο, ασθένεια ή απώλεια αγαπημένου προσώπου, αλλαγή τόπου κατοικίας, κ.α.);

.....

.....

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΥΝΕΒΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΚΑΙ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ;

.....

.....

(OAS)

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκεται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

ΠΟΤΕ		ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό.	0	1	2	3	4
2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά.	0	1	2	3	4
3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ.	0	1	2	3	4
4. Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.	0	1	2	3	4
5. Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.	0	1	2	3	4
6. Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο.	0	1	2	3	4
7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό.	0	1	2	3	4
8. Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους.	0	1	2	3	4
9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
10. Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά.	0	1	2	3	4
11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου.	0	1	2	3	4
12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος.	0	1	2	3	4
13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη.	0	1	2	3	4
14. Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο.	0	1	2	3	4
16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο.	0	1	2	3	4
17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει.	0	1	2	3	4
18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου.	0	1	2	3	4

Experience of Shame Scale (ESS)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
1.	Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2.	Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
3.	Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4.	Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5.	Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6.	Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7.	Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8.	Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9.	Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10.	Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11.	Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12.	Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13.	Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14.	Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
15.	Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16.	Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17.	Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18.	Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19.	Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20.	Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4
21.	Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22.	Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23.	Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24.	Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25.	Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή	1	2	3	4

κάποιο σημείο του σώματός σας;

SCL-90

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

ΚΑΘΟΛΟΥ		ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4

23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
ΚΑΘΟΛΟΥ		ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μουδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4

54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4	
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4	
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4	
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4	
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4	
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4	
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4	
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4	
ΚΑΘΟΛΟΥ		ΛΙΓΟ		ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4	
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4	
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4	
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4	
66. Κοιμάσθε ανήσυχια ή με διακοπές;	0	1	2	3	4	
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4	
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4	
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4	
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4	
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4	
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4	
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4	
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4	
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4	
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4	
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4	
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4	
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4	
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4	
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4	
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4	

83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4