Ιατρική Σχολή Αθηνών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

«Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Εκτίμηση της παροχής Οδοντιατρικής Περίθαλψης στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών

Δήμητρα Τρίκκα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Καντζανού Μαρία

Αθήνα, Ιούλιος 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι Υπηρεσίες Υγείας ακολουθούν πλέον ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο ανάπτυξης με αποτέλεσμα το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας να στρέφεται ολοένα και περισσότερο στην ικανοποίηση των ασθενών. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η αναγκαία αξιολόγησή τους, προκειμένου να εκτιμηθεί κατά πόσο ανταποκρίνονται στους προκαθορισμένους στόχους, αποτελεί ζητούμενο στις σύγχρονες κοινωνίες.

Σκοπός: Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως σκοπό την εκτίμηση της παροχής Οδοντιατρικής Περίθαλψης στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών καθώς και την αποτίμηση των ποιοτικών παραμέτρων ζωής σε σχέση με την Στοματική Υγεία και την διερεύνηση των παραγόντων που συνδέονται με αυτή (μορφωτικό επίπεδο, φύλο, ηλικία, είδος απασχόλησης, συχνότητα βουρτσίσματος, χρήση μεσοδόντιου καθαρισμού, χρήση στοματικού διαλύματος, συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο, τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο).

Υλικά-Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια με ερωτήσεις «κλειστού τύπου» στις οποίες οι απαντήσεις δίνονται με τη μορφή πενταβάθμιας κλίμακας Likert από δείγμα ευκολίας 210 ασθενών κατά την αναμονή τους στις αίθουσες αναμονής την Κλινική της Συνολικής Αντιμετώπισης Ασθενών (ΚΣΑΑ) της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Dental Satisfaction Questionnaire (DSQ – 19), το Oral Health Impact Profile (OHIP – 14) και ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του προσωπικού και των υποδομών. Ακόμα, αξιολογήθηκε ο τερηδονικός δείκτης DMFT (Decay – Missing – Filled index) και η Περιοδοντική Νόσος (ενεργή νόσος ή ιστορικό αυτής). Τα παραπάνω στοιχεία λήφθηκαν από το οδοντιατρικό ιστορικό των ασθενών που είχε συμπληρωθεί κατά την αρχική τους κλινική και ακτινογραφική εξέταση. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το διάστημα Απρίλιο – Μάιο του 2019. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση των παραμέτρων των ερωτηματολογίων και αναζητήθηκε η συσχέτισή τους με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις συνήθειες στοματικής υγιεινής, την επισκεψιμότητα στον οδοντίατρο, την χρήση τσιγάρων, την ύπαρξη περιοδοντικής νόσου (ενεργή νόσος ή ιστορικό αυτής) καθώς και τον τερηδονικό δείκτη DMFT με την χρήση του SPSS v19.0 προγράμματος, ώστε να απαντηθούν τα ερωτήματα που έχουν τεθεί ως σκοποί της ποιοτικής αυτής έρευνας και να αποτυπωθούν οι συσχετίσεις που θα προκύψουν. Για τη διερεύνηση συσχετίσεων των συνολικών σκορ των τριών ερωτηματολογίων αλλά και των επιμέρους ενοτήτων του DSQ-19, χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney και Kruscal-Wallis, αντίστοιχα. Η πιθανή συσχέτιση με

ποσοτικές μεταβλητές διερευνήθηκε με χρήση του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης του Spearman.

Αποτελέσματα: Το δείγμα ευκολίας αποτελείται από 210 ασθενείς εκ των οποίων η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (51.4%, 108 άτομα). Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν Έλληνες (94.3%), παρόλα αυτά και αρκετοί μετανάστες αρχίζουν να αναζητούν οδοντιατρικές υπηρεσίες από την Οδοντιατρική Σχολή. Η πλειονότητα των ασθενών ηλικιακά ανήκε στην κατηγορία των 45 – 64 ετών (50.5%, 106 άτομα). Το 59% του δείγματος (124 άτομα) είχε ενεργή περιοδοντική νόσο ή ιστορικό αυτής. Η διάμεση τιμή του δείκτη DFMT ήταν 17. Σχετικά με το γενικό σύνολο του DSQ -19 (46) που παρέχει η ΚΣΑΑ δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην συσχέτισή του με την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος απασχόλησης, το κάπνισμα, την συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο, την τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο, την συχνότητα βουρτσίσματος, την περιοδοντίτιδα, την χρήση στοματικού διαλύματος και μεσοδόντιου καθαρισμού. Σχετικά τους κανόνες υγιεινής αυτοί ακολουθούνται σε μεγάλο ποσοστό και η επικοινωνία με τα μέλη ΔΕΠ και τους εξωτερικούς συνεργάτες ήταν πολύ ικανοποιητική. Ακόμα, η ποιότητα ζωής των ασθενών σχετιζόμενη με την Στοματική Υγεία φαίνεται να σχετίζεται με την χρήση στοματικού διαλύματος, μεσοδόντιου καθαρισμού, την συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών, τον δείκτη τερηδόνας DMFT, την παρουσία περιοδοντικής νόσου ή ιστορικό αυτής, το κάπνισμα, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος απασχόλησης και την συχνότητα επισκεψιμότητας στον οδοντίατρο.

Συμπεράσματα: Η Στοματική Υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την Ποιότητας ζωής των ασθενών. Ο δείκτης DMFT και η παρουσία περιοδοντικής νόσου ή ιστορικό αυτής επιδρούν στην ποιότητα ζωής. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις οδοντιατρικές παροχές της ΚΣΑΑ δεν επηρεάζεται ότι κανέναν από τους παράγοντες που μελετήσαμε. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι απαιτείται η θεμελίωση μιας ολοκληρωμένης πολιτικής με σκοπό, την πρόληψη των νόσων του στόματος, την προαγωγή της Στοματικής Υγειάς, την αποτελεσματική θεραπεία των νόσων του στόματος, την αποδοτική και ποιοτική λειτουργιά των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, και την υλοποίηση των αναγκαίων πολίτικων και δράσεων μεσώ στοχευμένων προγραμμάτων.

Λέξεις Κλειδιά: Οδοντιατρική Φροντίδα, Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Ποιότητα Ζωής, Στοματική Υγεία, Οδοντιατρική Σχολή, Ελλάδα

Abstract

Introduction: Health Services are now following an anthropocentric development model, with the result that healthcare professionals are increasingly interested in patient satisfaction. The quality of health services and the necessary assessment in order to assess how they respord to the predetermined goals is a requirement in modern societies.

Aim: This diploma thesis aims at assessing the provision of dental care at the University Clinic of Athens School of Dentistry as well as the evaluation of quality parameters of life in relation to Oral Health and the investigation of the factors associated with it (educational level, sex , age, type of employment, frequency of brushing, use of interdental cleansing, use of oral solution, frequency of visit to the dentist, last visit to the dentist

Materials and Methods: Questionnaires with "closed-type" questions were used and the responses were given in the form of a five-level Likert scale from a sample of 210 patients while waiting in the waiting rooms of the Dental Clinic of Dental School of Athens. In addition, the Decay - Missing - Filled Index (DMFT) was measured and periodontal disease (an active disease or history) evaluated. The above data were obtained from the dental history of the patients which had been completed from their initial clinical and x-ray examination. The survey was carried out from March to April 2019. A statistical analysis of the questionnaire parameters was followed and their correlation with demographic characteristics, oral hygiene habits, dental visits, use of cigarettes, periodontal disease (active disease or history thereof) as well as DMFT index was sought with use the SPSS v19.0 program to answer the queries that have been set for the purpose of this qualitative research and to illustrate the correlations that will arise. The non-parametric Mann-Whitney and Kruscal-Wallis tests, respectively, were used to investigate correlations of the overall scores of the three questionnaires as well as of the individual sections of the DSQ-19. Possible correlation with quantitative variables was investigated using the non-parametric Spearman correlation coefficient.

Results: The convenience sample consisted of 210 patients, most of them women (51.4%, 108 subjects). Most patients were Greeks (94.3%), yet many immigrants are starting to seek dental services from the Dental School.. The majority of age patients belonged to the 45-64 age group (50.5%, 106 people). 59% of the sample (124 subjects) had active periodontal disease or a history of it. The median value of the DFMT was 17. Regarding the overall set of DSQ -19 (46) provided by the clinic of Dental School , there was no difference in its correlation with age, gender, ethnicity, educational level, type of employment, smoking, the frequency of visit to the dentist, the last visit to

the dentist, the frequency of brushing, periodontitis, the use of oral solution and interdental cleaning. With regard to hygiene rules, these are largely followed and communication with faculty members and external associates was very satisfactory. Still, the quality of life of Oral Health-related patients appears to be related to the use of oral solution, interdental cleansing, toothbrushing frequency, DMFT caries index, presence of periodontal disease or its history, smoking, age, educational level, type of employment and frequency of traffic to the dentist.

Conclusion: Oral Health is indissolubly linked to Patient Quality of Life. The DMFT index and the presence of periodontal disease or its history affect the quality of life. Patient satisfaction with dental benefits of the clinic of Dental School is not affected by any of the factors we have studied. From the above we conclude that it is necessary to establish an integrated policy aimed at the prevention of oral diseases, the promotion of oral health, the effective treatment of oral diseases, the efficient and qualitative functioning of dental care services and the realization of the necessary policies and actions through targeted programs.

Key words: dental care, dental health, quality of life, quality of dental services, dental school, Greece

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής του ΕΚΠΑ. Πριν την παρουσίαση της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους για τη συμβολή τους, την κατανόηση και κυρίως την καθοδήγηση τους.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελής επιτροπής αξιολόγησης. Πιο συγκεκριμένα θα ήθελα πρώτα από όλα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια μου κα. Καντζανού Μαρία για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής καθώς και για την συνεχή καθοδήγηση, ενθάρρυνση και υποστήριξή της όλο αυτό τον καιρό. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Καθηγητή κ. Πανή Βασίλειο, Καθηγητή στο Εργαστήριο της Περιοδοντολογίας στο Τμήμα Οδοντιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΕΚΠΑ για την πολύτιμη βοήθεια του ώστε να διεξαχθεί η ερεύνα στις Πανεπιστημιακές Κλινικές της Οδοντιατρικής Σχολής καθώς και για την σημαντική υποστήριξή του. Επίσης, τον Καθηγητή κ. Τούντα για την δημιουργία και εξαιρετική οργάνωση του μεταπτυχιακού προγράμματος που μας έδωσε την δυνατότητα να εντρυφήσουμε σε θέματα σχεδιασμού και διοίκηση των Υπηρεσιών Υγείας. Ακόμα, οφείλω να ευχαριστήσω την Επιτροπή Δεοντολογίας Έρευνας της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών που ενέκρινε τη διεξαγωγή της έρευνας στο χώρο τους καθώς και όλους τους ασθενείς που είχαν όλη την καλή πρόθεση να διαθέσουν μέρος του χρόνου τους για να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους φίλους μου για την ηθική συμπαράσταση και ενθάρρυνση.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη _____2

Abstract_____5

Ευχαριστίες_____7

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή_____10

1. Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση των ασθενών_____15

1.1 Η έννοια της ποιότητας_____15

1.2 Ορισμός της Ποιότητας Ζωής_____19

1.3 Αξιολόγηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας_____23

1.4 Ικανοποίηση των Ασθενών_____27

1.5. Σχέση Ιατρού – Ασθενή_____38

2. Η κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού και η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα_____41

2.1. Αλλαγές στην κατάσταση της υγείας των Ελλήνων_____42

2.2. Οικονομική κρίση και οι δαπάνες για την Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη_____47

2.3. Φαρμακευτικές Δαπάνες και Γενετική Ιατρική_____49

3. Η οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα_____54

3.1 Οδοντιατρικές Παροχές_____54

3.2 Σύστημα πληρωμών και συγχρηματοδότησης για την Στοματική Υγεία των ασθενών_____64

3.3 Πρόληψη και δράσεις για την Στοματική Υγεία_____77

4. Στοματική Υγεία στην Ελλάδα_____84

4.1.Αριθμός και συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο_____85

4.2 Περιοδοντική νόσος_____91

4.3 Τερηδόνα_____93

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

1. Παρουσίαση έρευνας_____100

1.1 Σκοπός της έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα_____100

1.2 Υλικά και Μέθοδος_____101

1.3 Σταστιστική Ανάλυση_____102

1.4 Αποτελέσματα_____104

1.3.1 Περιγραφή Δείγματος και γενικών χαρακτηριστικών_____104

1.3.2 Αποτελέσματα επιλασμού περιοδοντικής νόσου στο δείγμα_____117

1.3.3 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου σχετικού με την ποιότητα ζωής σε σχέση με την οδοντιατρική κατάσταση του ασθενούς (OHIP-14)_____118

1.3.3 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου σχετικού με την ποιότητα των παρεχόμενων οδοντιακτικών υπηρεσιών από τους προπτυχιακούς φοιτητές στην ΚΣΑΑ (DSQ-19)_____120

1.3.4 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου σχετικού με την αξιολόγηση των υποδομών και του προσωπικού της ΚΣΑΑ_____124

1.3.4 Συσχετίσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων_____127

1.5 Συζήτηση_____148

Βιβλιογραφία_____165

Ακρωνύμια_____182

Παραρτήματα_____183

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγειάς (ΠΟΥ) ορίζεται η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία αρρώστιας και αναπηρίας.(Saracci,1997) Με την διακήρυξη της Άλμα Άττα (1978), η υγεία θεωρήθηκε θεμελιώδες δικαίωμα του ανθρώπου και η επίτευξη του υψηλοτέρου δυνατού επιπέδου της είναι έναν από τους πιο σημαντικούς κοινωνικούς στόχους παγκοσμίως. Έτσι κάθε πολίτης, ανεξαρτήτως κοινωνικό – οικονομικής κατάστασης, έχει το δικαίωμα για Δημόσια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας. Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο οργανωμένων δραστηριοτήτων της Πολιτείας και της Κοινωνίας, που αποβλέπουν στην προαγωγή της Υγείας, στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού. (Ρούκας, 1998) Άλλωστε μια κοινωνία που αποτελείται από άτομα ψυχικά ή σωματικά υγιή μπορεί να αναπτυχθεί αρμονικά έχοντας προοπτικές για ανάπτυξη και εξέλιξη.(Κουρέα, 2007)

Οι Υπηρεσίες Υγείας παρέχουν το αγαθό της Υγείας αποβλέποντας είτε στην βελτίωση είτε στη διατήρηση του επιπέδου της στους χρήστες της. Ακόμα, αποτελούν το σημαντικότερο κομμάτι ενός Συστήματος Υγείας που σκοπό έχει να ανταποκριθεί στις ανάγκες υγειάς του πληθυσμού στον οποίο αναφέρεται. (Χλέτσος, 2012) Ως Σύστημα Υγειάς μπορούμε να ορίσουμε έναν συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών του στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου Υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας.(Λιαρόπουλος, 2007) Ένα Σύστημα Υγείας περιλαμβάνει όλους τους οργανισμούς, ανθρώπους και δράσεις που πρωταρχικός τους στόχος είναι η προαγωγή, αποκατάσταση ή συντήρηση της υγείας. (WHO, 2000)

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, έξι είναι οι θεμέλιοι λίθοι ενός Συστήματος Υγείας :

- ποιοτικές υπηρεσίες υγείας για όλους
- ένα λειτουργικό πληροφοριακό σύστημα
- πρόσβαση σε βασικά ιατρικά προϊόντα, φάρμακα, εμβόλια και τεχνολογίες

- καλή χρηματοδότηση και οικονομική διαχείριση
- ηγεσία και διακυβέρνηση
- αποδοτική εργατική δύναμη

Τα τελευταία χρόνια, στις προηγμένες χώρες, βασικός στόχος και προτεραιότητα των Συστημάτων Υγείας, αποτελεί η ανάγκη για υψηλή ποιοτική παροχή υπηρεσιών που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών. (Μαλλιαρού & συν., 2009) Βάση της διεθνούς βιβλιογραφίας, η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει άμεση σχέση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και αποτελεί αξιόπιστο δείκτη του επιπέδου ενός υγειονομικού συστήματος. Πλέον το επίπεδο της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα αξιολογείται από πληθώρα ερευνών που διεξάγονται σε Ευρώπη και Αμερική με σκοπό την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης καθώς και τη διερεύνηση των αναγκών του ασθενούς. (Lutz et al. 2000)

Η Στοματική Υγεία είναι ένα από τα πεδία της υγείας που μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή λειτουργία των ατόμων, καθώς και τη συνολική τους αντίληψη για την υγειά και την ποιότητα ζωής. Προβλήματα στη Στοματική Υγεία μπορεί να καταλήξουν σε επώδυνες καταστάσεις, δυσφορία, περιορισμένη λειτουργική ικανότητα και να οδηγήσουν σε δυσκολίες στη διατροφή, στην επικοινωνία και στην εμφάνιση, με αποτέλεσμα την εκδήλωση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. (Sheiham, 2005)

Η σχετιζόμενη με τη Στοματική Υγεία Ποιότητα ζωής είναι ένα σχετικά νέο πεδίο έρευνας, που όμως αναπτύσσεται γρήγορα. Οι συνθήκες που το δημιούργησαν ανάγονται στη διεύρυνση της έννοιας της υγείας που δέχθηκε ο ΠΟΥ, (WHO, 2007) και στην αναγνώριση της Στοματικής Υγείας ως αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας. (Gift et al. 1997, Oral Health in America 2000) Η επιστημονική κοινότητα αντιμετωπίζει τη Στοματική Υγεία, όχι απλώς ως την υγεία των δοντιών και των ούλων, αλλά ως την απουσία χρόνιου στοματοπροσωπικού πόνου, καρκίνου της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, συγγενών ανωμαλιών, περιοδοντικής νόσου, απώλειας δοντιών, τερηδόνας, και κάθε άλλης νόσου ή διαταραχής η οποία δυσχεραίνει την ικανότητα του ανθρώπου στην μάσηση, στην ομιλία, στην έκφραση του χαμόγελου καθώς και στην ψυχοκοινωνική ευεξία. (WHO 2003)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Οδοντιάτρων (ΠΟΟ, FDI: World Dental Federation) το 2012 υποστηρίζει ότι η Στοματική Υγεία είναι θεμελιώδες δικαιώματα του ανθρώπου και αποτελεί

στοιχειώδες συστατικό της καλής γενικής υγείας. Υπογραμμίζεται ότι ο ρόλος του οδοντιάτρου έγκειται στην παροχή βοήθειας στον πληθυσμό και στον ασθενή ώστε να επιτύχει καλή υγεία μέσα από καλή Στοματική Υγεία. Θέτουν δε ως ορισμό της Στοματικής Υγείας ότι είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει την ικανότητα του ανθρώπου να μιλά, να γελά, να μυρίζει, να γεύεται, να αγγίζει, να δαγκώνει, να καταπίνει και να εκφράζει τα συναισθήματά του μέσω εκφράσεων του προσώπου του με αυτοπεποίθηση και απουσία πόνου, δυσφορίας και παθήσεων του γναθοπροσωπικού συστήματος. Θεωρούν δε ως επιπλέον χαρακτηριστικά της Στοματικής Υγείας τα εξής:

- Είναι ένα θεμελιώδες συστατικό της υγείας και της σωματικής και ψυχικής ευημερίας. Υπάρχει λόγω της συνεχούς επιρροής των αξιών και της συμπεριφοράς των ανθρώπων και της κοινωνίας.
- Απεικονίζει την φυσιολογική, ψυχολογική και κοινωνική συμπεριφορά που είναι απαραίτητη για την ποιότητα της ζωής.
- Επηρεάζεται από τις αλλαγές στις ανθρώπινες εμπειρίες, αντιλήψεις, προσδοκίες, και η ικανότητα της προσαρμογής στις περιστάσεις.(Glick et al. 2012)

Ο ίδιος οργανισμός το 2016 αναζητά την δημιουργία ενός λειτουργικού ορισμού ώστε να δημιουργηθεί ένα εργαλείο μέτρησης της Στοματικής Υγείας για τους οδοντιάτρους σε διαφορετικά γεωγραφικά περιβάλλοντα μέσω ενός τυπικού συνόλου παραμέτρων που βασίζονται στη συναίνεση. Απώτερος στόχος είναι να αναπτυχθεί ένα συνολικό μέτρο, ένας «δείκτης» ή «βαθμολογία» της στοματικής υγείας, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βαθμολογήσει την στοματική υγεία ενός μεμονωμένου ασθενούς, μιας ομάδας ασθενών σε μια κλινική, μια κοινότητα ή έναν πληθυσμό. Οι δείκτες περιλαμβάνουν τις φυσιολογικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της στοματικής υγείας, καθώς και της νόσου και της κατάστασης, με έμφαση σε κοινές και προληπτικές συνθήκες, κυρίως για την τερηδόνα και την περιοδοντική νόσο.(Hescot, 2017)

Η Οδοντιατρική Επιστήμη έχει τεκμηριώσει τους αιτιολογικούς παράγοντες της εμφάνισης στοματικών νοσημάτων, γεγονός που μας παρέχει την πλήρη γνώση και τα εργαλεία για την πρόληψή τους και την προαγωγή της Στοματικής Υγείας. Η παγκόσμια μελέτη του 2016 (Global Burden of Disease Study – GBD) αναφέρει ότι οι νόσοι της στοματικής κοιλότητας εμφανίζονται σε τουλάχιστον 3.58 δισεκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως και συγκεκριμένα η τερηδόνα είχε τον

μεγαλύτερο επιπολασμό (2.4 δισεκατομμύρια άνθρωποι εμφάνισαν τερηδόνα σε μόνιμα δόντια και 486 εκατομμύρια παιδιά σε νεογιλά). Η κατανάλωση ζάχαρης και η μειωμένη έκθεση των δοντιών σε φθόριο είναι οι κυριότερες αιτίες που οδηγούν στην εμφάνισή της. (GBD 2017, Hobdell et al. 2003, Petersen et al. 2000)

Μια ακόμα συχνά εμφανιζόμενη νόσος της στοματικής κοιλότητας είναι η περιοδοντίτιδα η οποία μάλιστα, κατά την ίδια μελέτη, παρουσιάστηκε ως η 11η πιο συχνά εμφανιζόμενη νόσος παγκοσμίως. (GBD, 2017) Η κύρια αιτία που την προκαλεί είναι τα βακτήρια του οδοντικού βιουμενίου λόγω της πλημμελούς στοματικής υγιεινής.(Petersen et al., 2005) Ακόμα, στην Ελλάδα ο συνηθέστερος τραυματισμός στην περιοχή του στόματος και των γνάθων αφορά το σπάσιμο δοντιών το οποίο προκύπτει κυρίως στην παιδική και εφηβική ηλικία. Επίσης, στην χώρα μας έχει καταγραφεί αυξημένος αριθμός τροχαίων ατυχημάτων στα οποία συχνά παρουσιάζονται τραυματισμοί της γναθοπροσωπικής χώρας με αποτέλεσμα να απαιτείται υψηλό κόστος αποκατάστασης της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής.(Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας, 2007)

Στο πρώτο και γενικό μέρος γίνεται ανάλυση των εννοιών της ποιότητας και της αξιολόγησης των Υπηρεσιών Υγείας, ενώ ακολουθεί η προσέγγιση του όρου της «ικανοποίησης», της σημασίας της, η παρουσίαση των παραγόντων που την προσδιορίζουν, οι μέθοδοι μέτρησής της και παρουσιάζονται οι παράγοντες που την επηρεάζουν . Γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στην κομβική για αυτήν διαπροσωπική σχέση ιατρού – ασθενή, προεκτεινόμενη, λόγω θέματος, στην σχέση οδοντιάτρου – ασθενή. Ακόμα, παραθέτονται πληροφορίες για την κατάσταση υγείας του Ελληνικού πληθυσμού και της ιατροφαρμακευτικής του περίθαλψης. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται για την Στοματική Υγεία και την Οδοντιατρική Περίθαλψη του Ελληνικού Πληθυσμού. Ακόμα, λόγω διεξαγωγής της έρευνας στην Κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών (ΚΣΑΑ) θα παρουσιαστεί μια σύντομη ιστορική αναδρομή της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών και ακολούθως θα αναλυθούν ο σχεδιασμός, η στελέχωσή της καθώς και οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Επιπλέον, εξαιτίας της μέτρησης στην έρευνα του δείκτη τερηδόνας DMFT (Decay – Missing – Filled Teeth index), της παρουσίας ενεργής περιοδοντικής νόσου ή ιστορικού αυτής καθώς και της μέτρησης στοιχείων ποιότητας ζωής (σχετικών με την οδοντιατρική θεραπεία) επιβεβλημένη κρίθηκε η επεξήγηση των παραπάνω όρων.

Στο δεύτερο και ειδικό μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας, και περιγράφεται το αντικείμενο που ερευνά, ο στόχος της, το δείγμα και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται καθώς και η στατιστική ανάλυση των ευρημάτων. Επιπρόσθετα, περιγράφονται τα ερωτηματολόγια και ακολουθούν τα αποτελέσματα και τα εξαγόμενα συμπεράσματα. Η έρευνα διεξήχθη τους μήνες Μάιο και Ιούνιο του 2019 στην Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης των Ασθενών(ΚΣΑΑ) της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών και περιλαμβάνει δείγμα ευκολίας 210 ασθενών. Τέλος, στο κεφάλαιο της συζήτησης συνοψίζονται τα σημαντικότερα ευρήματα της εργασίας όπως προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων και τα αποτελέσματα, συγκριτικά με τα αποτελέσματα και άλλων ανάλογων μελετών που εντοπίστηκαν στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία. Στα παραρτήματα παρατίθενται τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

1.1 Η έννοια της ποιότητας

Η έννοια της Ποιότητας αρχικά εισήχθη και εφαρμόστηκε με συστηματικό τρόπο στην βιομηχανία. Σύμφωνα με τον Brucker (1954), ποιότητα σε ένα προϊόν ή μια υπηρεσία δεν είναι τι βάζει σε αυτό ο προμηθευτής. Είναι τι παίρνει ο χρήστης από αυτό/-ήν και τι είναι διατεθειμένος να πληρώσει γι' αυτό. (Reid et al. 2009)

Το 1980 ο Crosby όρισε ως ποιότητα την συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις των πελατών. Στην συνέχεια ο Ishikawa το 1985 ασχολήθηκε με την ποιότητα εργασίας, πληροφόρησης, διαδικασιών, τμημάτων και ανθρώπων. Ακολουθεί ο Juran το 1986, ασχολήθηκε με την διαχείρηση (management) της Ποιότητας και συγκεκριμένα με την εκπαίδευση των διοικητών υψηλού (top) και μεσαίου (middle) επιπέδου στην ιεραρχία μιας εταιρείας και ήταν ο πρώτος που συνειδητοποίησε το κόστος της χαμηλής ποιότητας. Κατά αυτόν η ποιότητα είναι η καταλληλότητα προς χρήση.(Phillips-Donaldson D, 2004)

Ο Deming, το 1993, ορίζει ως ποιότητα την ικανοποίηση του πελάτη. Ακόμα, εισήγαγε την εφαρμογή της στατιστικής μεθοδολογίας για τον ποιοτικό έλεγχο της γραμμής παραγωγής, τον γνωστό κύκλο του Deming (Plan – Do – Check – Act = Σχεδιάζω – Πράττω – Ελέγχω – Δρώ). Η συνεχής αφοσίωση στον στόχο, η επιμονή στη συνεχή βελτίωση, η σημασία της ηγεσίας, η αντιμετώπιση των εργαζομένων ως «εσωτερικών πελατών», καταργώντας τη στεγανότητα των διαφορετικών τμημάτων, η εξάλειψη του φόβου ήταν μερικές από τις προτάσεις του που απογείωσαν την Ιαπωνική βιομηχανία και θεμελίωσαν το Management Ολικής Ποιότητας. (Τούντας, 2003)

Αρχικά, η εφαρμογή της Ποιότητας αναφερόταν στον αναδρομικό έλεγχο με τη μορφή Ποιοτικού Ελέγχου (Quality Control). Εκ των υστέρων, προέκυψε μετά από μια γενίκευση της προσπάθειας η Διασφάλιση της Ποιότητας (Quality Assurance). Στη συνέχεια, η ανάγκη για σύγχρονες μεθόδους μάνατζμεντ οδηγήσαν στην Διοίκηση Ποιότητας (Quality Management) και η

συστηματοποίηση αυτής οδήγησε στην Βελτίωση Ποιότητας (Quality Improvement). Όταν αυτή πραγματοποιείται με συνέχεια και διάρκεια και όχι κατά περιόδους τότε αναβαθμίζεται σε Συνεχή Βελτίωση Ποιότητας (Continuous Quality Improvement), ενώ η εφαρμογή των πεπραγμένων της σε όλο τον οργανισμό, από τη ανώτατη διοίκηση έως τον τελευταίο εργαζόμενο, συνολικά αποτελεί την κυρίαρχη τάση του management σήμερα, τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management). (Τούντας, 2008)

Δεν υπάρχει ένας οικουμενικά αποδεκτός ορισμός της Ποιότητας. Για μερικούς είναι η συμμόρφωση σε συγκεκριμένες προδιάγραφες ή η καταλληλότητα για τη συγκεκριμένη χρήση που προοριζόταν εξαρχής. Για άλλους η Ποιότητα ορίζεται από το αν το προϊόν ή η υπηρεσία ανταποκρίνεται στο χρηματικό αντίτιμο που καταβλήθηκε για αυτό/-ήν ή από τις υπηρεσίες υποστήριξης που το/την συνοδεύουν μετά την αγορά. Υπάρχουν ακόμα και ψυχολογικά κριτήρια που καθορίζουν και διαμορφώνουν την κρίση ενός «καταναλωτή» για το αν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ήταν ποιοτική. (Reid et al. 2009)

Είναι εμφανές από τις παραπάνω διαφοροποιήσεις στον ορισμό της Ποιότητας πως αυτός που καθορίζει τελικά αν ήταν ποιοτικό ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι ο ίδιος ο «χρήστης». Έτσι λοιπόν όσο οι απαιτήσεις του «χρήστη» μεταβάλλονται το ίδιο συμβαίνει και με την αντίληψή του για την ποιότητα. Υπό αυτή την έννοια ο όρος Ποιότητα αναφέρεται σε διαφορετικά επίπεδα προσδοκιών από διαφορετικές ομάδες ανθρώπων. (Mitra, 2008)

1.1.1 Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Η έννοια της ποιότητας της υγείας έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα και συγκεκριμένα στα κείμενα του Ιπποκράτη, όπου αναφέρουν, ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αποτελεί έναν από τους στόχους της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και αποτυπώνεται καλύτερα στην έκφραση «ωφελέειν ή μη βλάπτειν». Οι Υπηρεσίες Υγείας ως όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τόσο την περίθαλψη ενός ατόμου που νοσεί σε κάποια από τις δομές της (ένδο-νοσοκομειακές, εξω-νοσοκομειακές) όσο και την φροντίδα που δέχεται ένα άτομο ή πληθυσμός χωρίς να εκδηλώνει συμπτώματα (π.χ. πρόληψη, εμβολιασμοί, προ-συμπτωματικοί έλεγχοι κλπ). (Τούντας, 2003)

Η έννοια της Ποιότητας στην Υγεία, ως παρεχόμενη υπηρεσία, διαφοροποιείται σημαντικά από αυτήν που αναφέρεται στο χώρο της βιομηχανίας. Η άυλη φύση της, η ένταση της εργασίας, η φυσική παρουσία του χρήστη από την αρχή της παροχής, η μοναδικότητα των αναγκών του κάθε καταναλωτή και υποχρεωτικά ο μεγάλος βαθμός εξατομίκευσης που απαιτείται, η απόλυτη απαίτηση για αποτέλεσμα από την πλευρά του χρήστη, το γεγονός ότι πολύ συχνά το δικαίωμα της επιλογής - «αγοράς» παραχωρείται στον προμηθευτή δίνουν στις Υπηρεσίες Υγείας μια ιδιαιτερότητα που καθιστούν τον ορισμό της ποιοτικής τους διάστασης δύσκολη.(Μποστανίτης & συν. 2010) Η έννοια του μηδενικού ελαττώματος έχει τελείως διαφορετική βαρύτητα απ' ότι σε οποιονδήποτε τομέα της βιομηχανίας αφού η επιδιωκόμενη θεραπεία (ή διατήρηση της υγείας) αφήνει πολύ λιγότερα περιθώρια λάθους και γεννά μεγαλύτερες ευθύνες αλλά και στρεσογόνες καταστάσεις στο προσωπικό υγείας. (Τούντας, 2008)

Σύμφωνα με τον Avedis Donabedian (1980), ως ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας εκλαμβάνεται αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενούς, λαμβάνοντας υπ' όψιν την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία. Ο ίδιος το 1988 εμβάθυνε στην έννοια της Ποιότητας αναγνωρίζοντας πως εκτός από το καθαρά «τεχνικό» μέρος της ιατρικής πράξης, που αναφέρεται στην γνώση, την κρίση και στις ικανότητες του παρόχου υπάρχει και άλλη μια διάσταση, η «διαπροσωπική», η οποία αποτελεί το μέσον για την εφαρμογή της πρώτης. Η προσωπική επικοινωνία του θεράποντα με τον ασθενή (πληροφορίες, εμπιστοσύνη, απόρρητο, ανθρωπιά κ.α.) αποτελεί το μέσο για την επιτυχημένη «τεχνική» εφαρμογή της ιατρικής επιδιώκοντας πάντα την συμμετοχή του στη διαδικασία (κινητοποίηση), την εξατομίκευση της αντιμετώπισής του λαμβάνοντας πάντα υπόψη το κοινωνικό και πολιτιστικό του περιβάλλον. Κατ' αυτόν αυτή είναι η Τέχνη της Ιατρικής.

Ο ΠΟΥ, το 1993, τροποποίησε τον ορισμό αυτό θεωρώντας ότι η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.(WHO, 1993) Ακόμα, το Ινστιτούτο της Ιατρικής (1999) αναφέρει ότι ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας είναι ο βαθμός κατά τον οποίο αυτές

αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση. (Institute of Medicine, IOM, 1999)

Το 2003 ως ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας αναφέρεται η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα. (Department of Health, UK, 2003)

Κατά άλλους, είναι το επίπεδο εκείνο κατά το οποίο οι υπηρεσίες αυτές για μεμονωμένα άτομα ή για ομάδες ανθρώπων αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων, στα πλαίσια πάντα της υπάρχουσας ιατρικής παιδείας.(Nelson, 2006) Ο ΠΟΥ το 2006 θεωρεί πως ένα Σύστημα Υγείας για να κινείται σε επίπεδα ποιότητας θα πρέπει να προσπαθεί για τη διαρκή βελτίωσή του σε έξι πεδία διαστάσεων ποιότητας τα οποία είναι: (WHO, 2006)

1. η αποτελεσματικότητα (effectiveness), καλύπτοντας τις ανάγκες των ατόμων ή των κοινοτήτων,
2. η αποδοτικότητα (efficiency), μεγιστοποίηση κερδών και αποφυγή απωλειών,
3. η προσβασιμότητα (accessibility), προσπελάσιμες τόσο χρονικά (όλο το 24ωρο) όσο και γεωγραφικά,
4. η αποδοχή (acceptable), που θα λαμβάνει υπ’ όψιν τις ιδιαιτερότητες και τις φιλοδοξίες των χρηστών,
5. η δικαιοσύνη – ισότητα (equitable), καμία διαφοροποίηση στην παροχή υπηρεσιών εξαιτίας του φύλου, της εθνότητας, της γεωγραφίας ή της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης,
6. η ασφάλεια (safety), ελαχιστοποίηση των κίνδυνων .

Το 2007 η Παπανικολάου αναφέρει ως ποιότητα την δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες Υπηρεσίες Υγείας στο συντομότερο χρόνο, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Ακόμα, αναφέρει και άλλον έναν ορσμό αυτόν της παροχής αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων» (Παπανικολάου, 2007)

Επιπρόσθετα, η καταλληλότητα, η έγκαιρη και σωστή διάγνωση, η συνέχεια της φροντίδας, η αμεσότητα της ανταπόκρισης, η υψηλή τεχνολογία, η πείρα, ο επαγγελματισμός, η ψυχραιμία, η φιλική και ανθρώπινη αντιμετώπιση συμπληρώνουν την εικόνα των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. (Σιγάλας, 1999)

Για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω είναι προφανές πως η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας δεν απευθύνεται μόνο στο αυστηρά ιατρικό κομμάτι αλλά στην αναβάθμιση κάθε τομέα ενός συστήματος (διοικητικού, λογιστικού, ξενοδοχειακού κτλ.) και σε όλο το φάσμα υπηρεσιών και φροντίδων. Όσο δε το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού ανεβαίνει τόσο και οι απαιτήσεις μεγαλώνουν. Ως «καταναλωτές» πλέον δεν αντιμετωπίζονται μόνο οι ασθενείς αυτοί καθαυτοί αλλά και οι συγγενείς, οι φίλοι και κατ' ουσία όλοι όσοι σχετίζονται μαζί τους. (Αυλώνας, 1999)

1.2 Ορισμός Ποιότητας Ζωής

Ο ΠΟΥ έδωσε τον παρακάτω ορισμό για την ποιότητα ζωής: Είναι η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του». (WHO, 1995)

1.2.1 Ορισμός Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία

Η έννοια της ποιότητας ζωής εξειδικεύεται και χρησιμοποιείται με ένα συγκεκριμένο τρόπο στο χώρο της Υγείας, όπου ορίζεται ως ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία (Health – Related Quality of Life). Σ' αυτή εξετάζεται η ποιότητα ζωής στο πλαίσιο της νόσου, δηλαδή πώς η νόσος και η θεραπεία επιδρούν στην ποιότητα ζωής του πάσχοντος ατόμου και πώς αισθάνεται ο πάσχων σε επίπεδο σωματικής λειτουργικότητας, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και απαραίτητα ποσό ικανοποιημένος είναι με τις προσφερόμενες Υπηρεσίες Υγείας. (Οικονόμου, 2001)

Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία είναι ένα νέο θέμα προς μελέτη τα τελευταία χρόνια. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η αντίληψη των επιπτώσεων μιας νόσου ή μιας κατάστασης δεν μπορεί να μετρηθεί αποκλειστικά με κλινικούς δείκτες μιας και δεν λαμβάνονται υπόψιν οι υποκειμενικές προσωπικές εμπειρίες των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. (Larson,1999) Ακόμα, η ταχεία ανάπτυξη και καθιέρωση θεραπευτικών ιατρικών πράξεων παράτασης ή βελτίωσης της ζωής ασθενών τελικού σταδίου είναι ένας ακόμα παράγοντας που

προκάλεσε το ενδιαφέρον των ιατρών και άλλων επιστημών υγείας να μελετήσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτής της κατηγορίας, ώστε να αναζητηθούν τα οφέλη, οι τυχόν κίνδυνοι ή οι επιπτώσεις που έχουν διάφορες ιατρικές πράξεις στους ασθενείς αυτούς. Γι' αυτό καθίσταται σημαντική η μελέτη των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας που έχει εφαρμοστεί σε διαφορετικές ομάδες ασθενών και αν ήταν ανάλογη των αναγκών τους. (Papaioannou, 2011) Η μελέτη της της ποιότητας ζωής πρέπει να περιέχει αφενός την προσωπική εμπειρία ενός ατόμου για την ζωή του (υποκειμενική διάσταση) και αφετέρου την εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του (αντικειμενική διάσταση). (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001)

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι απαραίτητη ώστε να διερευνηθεί πέρα από της παρουσία της υγείας ή της νόσου αλλά και του τρόπου με τον οποίο την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς και πώς επηρεάζει την καθημερινότητά τους.(McGrath et al, 2002) Οι καθημερινές δραστηριότητες ενός ανθρώπου επηρεάζονται και από την κατάσταση της υγείας του. Για παράδειγμα, μια νόσος μπορεί να επιδράσει στις καθημερινές συνήθειες ενός ανθρώπου καθώς και στην αλληλεπίδραση με τους συνανθρώπους τους οδηγώντας σε μείωση της λειτουργικότητάς τους και της ψυχολογικής ευημερίας του. Η ποιότητα ζωής λοιπόν θεωρείτε ένα πολυδιάστατο θέμα το οποίο δεν επηρεάζει μόνο την υγεία του ασθενή αλλά και την ψυχολογική και κοινωνική του ευημερία τους. (McGrath et al. 2002, John 2003)

1.2.2. Αλληλεπίδραση Ποιότητας Ζωής και Υγείας

Σήμερα, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Μείζονος σημασίας θεωρείται επίσης η συσχέτιση και αλληλεξάρτηση παραγόντων και παραμέτρων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του κάθε ανθρώπου, συντελεστές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου.(Rokeach,1973, Andrews 1974, Campbell 1976)

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικοοικονομικής

ανάπτυξης μίας χώρας καθώς και στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Η Υγεία και η Ποιότητα Ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων, εκ των οποίων οι σημαντικότεροι φαίνεται να είναι το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. (Θεοδώρου 1997) Για παράδειγμα, εστιάζοντας την προσοχή μας στην ποιότητα της παρεχόμενης φαρμακευτικής περίθαλψης, βλέπουμε ότι το καταναλωτικό πρότυπο φαρμάκων, που χαρακτηρίζεται από το φαινόμενο της πολυφαρμακίας, προκαλεί παρενέργειες στον άρρωστο – χρήστη τους. Στηριζόμενοι, λοιπόν, στους προσδιοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού, είναι δυνατή η κατηγοριοποίησή τους ως εξής: (Σαρρής, 2001)

- Κοινωνικο – οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- Οικονομικο – πολιτικοί παράγοντες: Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- Κοινωνικο – οικονομικοί παράγοντες: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες.
- Ψυχο – κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: 'Ηθη και έθιμα, επίπεδα αλφαβητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
- Γεωφυσικοί παράγοντες: Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
- Δημογραφικοί παράγοντες: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.

- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

1.2.3. Αλληλεπίδραση Ποιότητας ζωής και Στοματικής Υγείας

Η στοματική υγεία είναι ένα από τα πεδία της υγείας που μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή λειτουργία των ατόμων, καθώς και τη συνολική τους αντίληψη για την υγεία και την ποιότητα ζωής. Προβλήματα στη στοματική υγεία μπορεί να καταλήξουν σε επώδυνες καταστάσεις, δυσφορία, περιορισμένη λειτουργική ικανότητα και να οδηγήσουν σε δυσκολίες στη διατροφή, στην επικοινωνία και στην εμφάνιση, με αποτέλεσμα την εκδήλωση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. (Sheiman, 2005)

Η έννοια της στοματικής υγείας είχε συνδεθεί με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των δύο κυρίαρχων στοματικών νόσων: της τερηδόνας και των νόσων του περιοδοντίου. Για πολλά χρόνια, η μελέτη της στοματικής υγείας ήταν εστιασμένη στην κλινική μέτρηση των νόσων του στόματος αλλά πλέον κατά τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στις επιπτώσεις των στοματικών νόσων στην ποιότητα ζωής των ατόμων.(Gift, 1997) Η σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής είναι ένα σχετικά νέο πεδίο έρευνας, που όμως αναπτύσσεται γρήγορα. Η διεύρυνση της έννοιας της υγείας από τον ΠΟΥ, (WHO, 1948) η μετάβαση από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στην υγεία,(Engel, 1977) καθώς και η αναγνώριση ότι η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας είναι μερικοί απο τους παράγοντες που οδήγησαν στην αναζήτηση της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής.(Gift et al. 1997, Oral Health In America 2000, WHO 2003)

Η Οδοντιατρική κοινότητα καθυστέρησε σε σχέση με την Ιατρική στο να ανταποκριθεί στις αλλαγές του ορισμού της υγείας και να ακολουθήσει το «ολιστικό κίνημα» και την υιοθέτηση της έννοιας της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στην Ιατρική.(Coulter et al, 1994) Η άποψη ότι οι νόσοι του στόματος −αν και παρουσιάζουν μεγάλο επιπολασμό και παγκόσμια κατανομή− δεν είναι απειλητικές για τη ζωή, είναι συχνά ασυμπτωματικές, δεν οδηγούν σε ανικανότητα ή σε αναπηρία και δικαιολογούν λίγες εξαιρέσεις από τους κοινωνικούς ρόλους, (Danis, 1967) οδήγησε

στο να υποβαθμίζονται και να μην προσεγγίζονται οι οικονομικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις τους. (Reisine 1984, Locker et al. 1987)

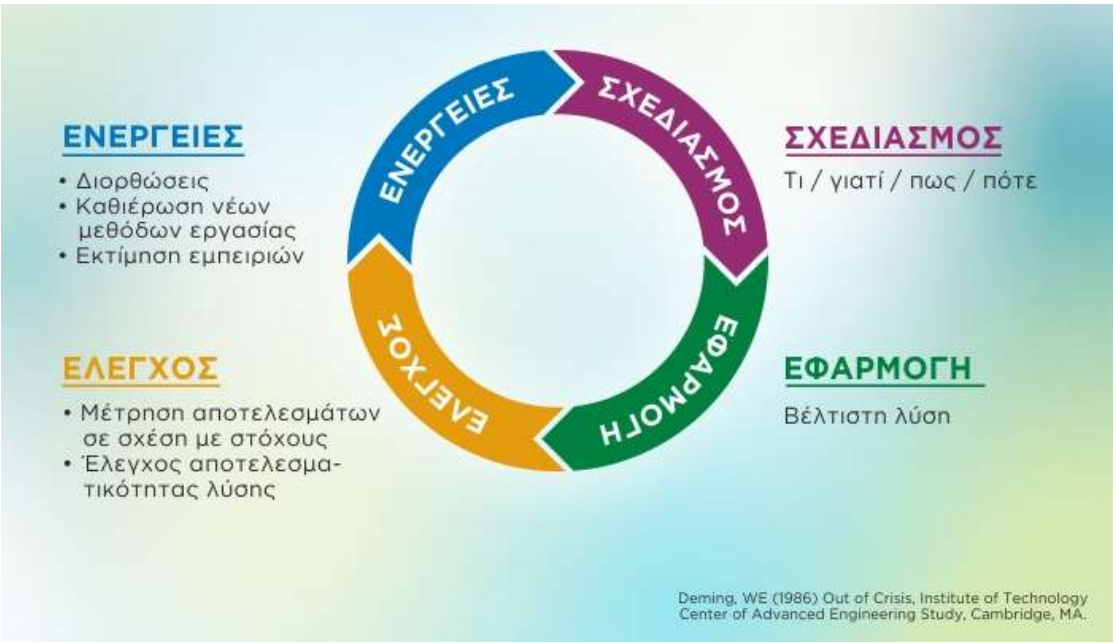
Παρόλο που δεν είναι συνήθως απειλητικές για τη ζωή, οι οδοντικές συνθήκες μπορεί να προκαλέσουν σημαντικό πόνο και, εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία, ενδέχεται να έχουν μακροπρόθεσμες επιζήμιες επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία. Ακόμα, η πρόσβαση στην οδοντιατρική υγειονομική περίθαλψη είναι επίσης ένα σημαντικό στοιχείο που συμβάλλει στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου. (Eurostar, 2018)

Πρώτοι οι Cohen και Jago (1976) θεώρησαν ότι η μεγαλύτερη συμβολή της Οδοντιατρικής είναι η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και ότι οι κλινικοί δείκτες της στοματικής υγείας θα αναβαθμιστούν σημαντικά αν προστεθεί η διάσταση του κοινωνικού αντίκτυπου, δημιουργώντας έτσι κοινωνικο – οδοντικούς δείκτες. (Reisine 1986, Reisine et al. 1985) Όσο σημαντικοί και αν είναι οι κλινικοί δείκτες δεν προσφέρουν ενδείξεις για την επίπτωση της διαδικασίας της νόσου στη λειτουργικότητα και στην ψυχοκοινωνική ευεξία. (Allen, 2003) , διότι οι περισσότεροι δείκτες αφορούν την καταγραφή της ασθένειας παρά της υγείας.(Corson et al., 1999)

Στα χρόνια που ακολούθησαν, τα θεωρητικά μοντέλα για την υγεία και τη σχετιζόμενη με αυτήν ποιότητα ζωής αποτέλεσαν το υπόβαθρο για τη δημιουργία νέων θεωρητικών κατασκευών προσαρμοσμένων στη στοματική υγεία. (Gift & Atchison 1995, Locker 1988) Αυτές οδήγησαν στην εξέλιξη των σημερινών εξειδικευμένων εργαλείων που μετρούν τη σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής σε όλο της το πολυδιάστατο περιεχόμενο.

1.3 Αξιολόγηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Ως Αξιολόγηση γενικά ορίζεται η συστηματική εκτίμηση των προκαθορισμένων σκοπών ενός συστήματος. (Τσελέπη, 2000) Ακόμα, η Παπανικολάου (2007) ορίζει ως αξιολόγηση τη διαπίστωση της αξίας ενός πράγματος, δηλαδή τη διαμόρφωση κρίσης αναφορικά με την απόδοση αυτού. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Κύκλο Ποιότητας του Deming, η εκτίμηση της κατάστασης και ο προσδιορισμός των προβλημάτων ακολουθούνται από την πραγματοποίηση των επιλεγμένων ενεργειών (παροχή υπηρεσιών υγείας) για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων.



Σχήμα 1. Κύκλος Ποιότητας Derming

Οι ενέργειες αυτές δεν είναι συμπωματικές και αυθόρμητες αλλά, προκειμένου να οδηγούν σε επίπεδα Ποιότητας, πρέπει να ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένα Κριτήρια (Criteria), Πρότυπα (Standards), Οδηγίες (Guidelines) και Πρωτόκολλα (Protocols). (Τούντας, 2003) Το επόμενο σημαντικό μέρος του Κύκλου αποτελεί η αποτίμηση της αξιολόγηση της έως τώρα κατάστασης από τα συμπεράσματα της οποίας θα αποφασιστούν οι δράσεις που θα οδηγήσουν πιο κοντά στο επιθυμητό αποτέλεσμα, με τον επαναπροσδιορισμό των στόχων, των μέσων και των μεθόδων. (Μποστανίτη, 2010)

Η αξιολόγηση αποτελεί πολύ σημαντικό τομέα των υπηρεσιών υγείας καθώς τα οφέλη της είναι πολλά και ποικίλα για τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τις μονάδες παροχής, τα ασφαλιστικά ταμεία και την Πολιτεία. Παρουσιάζονται για παράδειγμα οφέλη οικονομικά, υγειονομικά, ψυχολογικά, επαγγελματικά, λειτουργικά, κοινωνικά και άλλα.

Τα κριτήρια με βάση τα οποία αξιολογούνται οι Υπηρεσίες Υγείας είναι:

- η επάρκεια
- η αποτελεσματικότητα (effectiveness)
- η αποδοτικότητα (efficiency)
- η ποιότητα

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980) οι μετρήσεις της ποιότητας γίνονται στους τομείς:

- *της δομής (structure):* ανθρώπινοι πόροι και εγκαταστάσεις - υποδομές)
- *της διαδικασίας (process):* οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή Υπηρεσιών Υγείας
- *στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων (outcomes)*: στην τελική έκβαση της Υγειάς και στην ικανοποίηση του καταναλωτή.

Η Ποιότητα μπορεί να μετρηθεί και αυτό γίνεται με τη βοήθεια Δεικτών Ποιότητας, αριθμητικών ποσοστιαίων συχνοτήτων εμφάνισης ενός γεγονότος, με βάση τους οποίους διαμορφώνονται τα Κριτήρια, τα Πρότυπα, οι Οδηγίες και τα Πρωτόκολλα, οι συγκεκριμένοι συγκρίσιμοι στόχοι δηλαδή ενός συστήματος η απόκλιση εκ των οποίων αξιολογείται. Οι δείκτες είναι δηλαδή εργαλεία που αποτυπώνουν την εικόνα λειτουργίας ενός τμήματος και είναι χρήσιμοι για την σύγκριση τόσο μεταξύ των τμημάτων όσο και σε σχέση με τα προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών που πραγματοποιήθηκε μια δεδομένη χρονική περίοδο και μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών ενός τμήματος. Οι δείκτες αυτοί μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες όπως παρουσιάζεται στο Σχήμα 2. (Τούντας, 2003)

Σχήμα 2. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Η Παπανικολάου ορίζει ως μέτρηση της ποιότητας της διαδικασία αποκόμισης βαθμολογίας σε μια μεταβλητή και παραθέτει και τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας.(Μποστανίτης, 2010) (Σχήμα 3)

Σχήμα 3. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας

Για τον ορθό υπολογισμό των Δεικτών Ποιότητας είναι επιβεβλημένο τα στοιχεία (data) που συλλέγονται να είναι έγκυρα και προσβάσιμα ανά πάσα στιγμή. Από τη στιγμή που το μέγεθος των συστημάτων υγείας έχει αυξηθεί εκθετικά τα τελευταία χρόνια, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά, η χρησιμοποίηση πληροφοριακών συστημάτων υψηλής τεχνολογίας είναι αναγκαία. Οι πηγές των εισερχόμενων δεδομένων μπορεί να είναι: (Σιγάλας, 1999)

- ιατρικοί φάκελοι ασθενών
- φάκελοι από ασφαλιστικές εταιρείες
- ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις ασθενών που πήραν εξιτήριο πρόσφατα.

Στην Ελλάδα η συλλογή δεδομένων μοιάζει δύσκολη και είναι πολύ μικρή ποσοστιαία, ελλιπής και συνήθως περιορισμένη σε καταμέτρηση θανάτων, ωστόσο άλλες χώρες , έχοντας κατανοήσει την αξία της μέτρησης της Ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας, έχουν επενδύσει στη συγκέντρωση πληροφοριών. Στη Δανία, για παράδειγμα, από το 2000 λειτουργεί το Εθνικό Σχέδιο Δεικτών (NIP – National Indicator Project) το οποίο εφαρμόζεται υποχρεωτικά σε όλα τα νοσοκομεία, συλλέγοντας δεδομένα για 8 δείκτες που αφορούν τις πιο κοινές νόσους στην υγεία

των Δανών και από τις 50 βάσεις δεδομένων οι 32 περιέχουν δεδομένα Ποιότητας. (Κοτσαγιώργη, 2010)

1.4 Ικανοποίηση των Ασθενών

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Παρότι, διάφοροι παράγοντες, όπως το κόστος νοσηλείας και η ασφάλεια των ασθενών, έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελέτης αρκετών ερευνών, εντούτοις έως σήμερα δεν υπάρχει επαρκής αξιολόγηση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και συνεπώς, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών είναι δύσκολο να διερευνηθεί και να εκτιμηθεί. Ένα προϊόν/υπηρεσία θεωρείται ποιοτικό όταν ικανοποιεί τον καταναλωτή και επομένως αυτός γίνεται ευθέως ο διαμορφωτής. Για τους ίδιους λόγους και στο χώρο της Υγείας η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή έχει αποκτήσει δεσπόζοντα ρολό και αποτελεί μια σχετικά νέα κατηγορία αξιολόγησης των παρεχόμενων επιπέδων ποιότητας.(Schiotz, 2007)

Μόλις προς τα τέλη της δεκαετίας του 1980, το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας άρχισε να στρέφεται προς την εφαρμογή μέτρων στην καθημερινή κλινική πρακτική για την αξιολόγηση των ιατρικών διαδικασιών, όπως επίσης και τη δημιουργία προτύπων για τη διασφάλιση ποιότητας. (Envin 2006, Robinson et al. 2008, Johansson et al. 2002). Πληκτρολογώντας τον όρο “patient satisfaction” στο PubMed παρατηρούμε μια εκθετική αύξηση των δημοσιευμένων άρθρων και ερευνών με αντικείμενο την ικανοποίηση των ασθενών από το 1988 και μετά, πιο συγκεκριμένα από τις 308 το 1988 υπάρχουν δημοσιευμένες 7.914 το 2018. Πρόκειται για έναν ποιοτικό δείκτη που προσπαθεί να αποτυπώσει το κατά ποσό οι λαμβάνοντες την υπηρεσία έμειναν «ευχαριστημένοι» από αυτήν.

Πιο συγκεκριμένα, η ικανοποίηση κάθε ασθενή εκφράζει την γνώμη του για την ποιότητα των υπηρεσιών που του προσφέρεται. Η γνώμη του σχετικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες ή το χώρο και τη λειτουργικότητα της κλινικής ή του νοσοκομείου σχετίζεται με τις προσδοκίες του και με τις αξίες του. Ταυτόχρονα, σχετίζεται με την ποιότητα που προσφέρεται και έπειτα αξιολογεί τις Υπηρεσίες Υγείας που προσφέρονται σε κάθε πελάτη (Ervin 2006, Anderson 2002, Robinson et al. 2008, Johansson et al. 2002).

Η Ικανοποίηση του χρήστη αποτελεί τη σύγχρονη τάση στο χώρο της παροχής υπηρεσιών και συνδέεται στενά με την ποιότητα. Παρόλα αυτά, η έννοια της ικανοποίησης ασθενών δεν είναι σχετικά καινούργια. Σύμφωνα με παλαιότερη αναφορά των Bond και Thoma προκειμένου να εξηγήσουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, υποστήριξαν ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες». (Johansson et al. 2002)

Η εκπλήρωση αναγκών μπορεί επίσης να οριστεί ως ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία. Σε κάθε υγειονομική παρέμβαση, οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας, ενώ διάφοροι μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για να αποσπάσουν τις απαντήσεις των αρρώστων, σχετικά με τις προσδοκίες τους. (Bond, 1992) Αξιολογώντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών, επιτυγχάνεται μία βασική συνεργασία, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. Εξάλλου, Ωστόσο όσο πιο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής τόσο πιο πιθανόν είναι να συνεργαστεί με το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, να αποδεχτεί την ιατρική περίθαλψη, να έχει πιο ενεργό ρολό στη πορεία της υγείας του και με αυτό τον τρόπο δείχνει περισσότερο εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται.(Asadi-Lari 2004, Asadi-Lari 2003, Packham 2004, Guldvog 1999)

Η ικανοποίηση αντικατοπτρίζει το σημείο, όπου οι γενικές και οι συγκεκριμένες ανάγκες υγείας των ασθενών ταυτίζονται και εξαρτόνται άμεσα από το κλινικό αποτέλεσμα.(Asadi-Lari et. al 2003, Packham et al. 2004, Guldvog 1999, Donadedian, 1997, Masquis et. al 1983) Οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν να ωφεληθούν από τις έρευνες που προσδιορίζουν τις ανάγκες των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησής τους διότι είναι δυνατόν μέσω της αξιολόγησής τους, να επιτευχθεί βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και αποτελεσματικότερη διαχείριση των δαπανών για την υγεία. (Oldridge et a.l 1998, Thompson et al. 1998)

Σύμφωνα με τον Wriglesworth και τον Williams (1975), ο όρος ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για κάθε άτομο καθώς άλλοι του προσδίδουν την έννοια της ευτυχίας, της ασφάλειας, της εμπιστοσύνης, της ευχαρίστησης. Για το λόγο αυτό, οποιαδήποτε αξιολόγηση θεωρείται πολύ

υποκειμενική. Όπως άλλωστε κάθε ψυχολογικός όρος, είναι εύκολο να κατανοηθεί και δύσκολο να οριστεί και γι' αυτό η ικανοποίηση χαρακτηρίζεται ως «ρευστή» έννοια. (Meredith et al., 1995)

Ο Crowe και οι συνεργάτες του αφού εντόπισαν και ανέλυσαν πληθώρα εργασιών για την ικανοποίηση ασθενών (οι 37 ασχολούνταν με μεθοδολογικά ζητήματα και οι 138 με τους προσδιοριστικούς παράγοντες) κατέληξαν πως η κατανόηση της διαδικασίας με την οποία ένας ασθενής μένει ευχαριστημένος ή όχι δεν έχει ακόμα επιτευχθεί. Υποστηρίζουν πως η ικανοποίηση είναι μια σχετική έννοια και υπαινίσσεται μόνο επάρκεια υπηρεσιών. (Gill et al. 2009) Κατά τον Urden (2002), είναι μια γνωστική (εμπειρική) αποτίμηση των εξασκούμενων υπηρεσιών που επηρεάζονται συναισθηματικά και επομένως πρόκειται για μια ατομική υποκειμενική αντίληψη.

Η ικανοποίηση του ασθενή σύμφωνα με τον Donabedian (1993) μπορεί να θεωρηθεί μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που έχουν σχέση κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενή. Κατά τον ίδιο πάντα, πιο βαρύνουσα παράμετρος για τη διαμόρφωσή της αποτελεί η διαπροσωπική σχέση ιατρού- ασθενή

Κατά τον Pascoe, ως ικανοποίηση του ασθενή ορίζεται ως η γενική του αντίδραση σε σημαντικές πλευρές της δομής και των λειτουργιών των προσλαμβανόμενων υπηρεσιών αλλά και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας τους. (Αλετράς & συν, 2007)

Σύμφωνα με τους Adbellan & Levine (1975), η ικανοποίηση του ασθενή ορίστηκε βάσει τις αντιλαμβανόμενες από τον ασθενή παραλείψεις στη φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με τους Fitzpatrick και Hopkins, (1983) η απόκριση της ικανοποίησης των περισσοτέρων παρουσιάζεται ως συμπεριφορές που κατάγονται από προδιαθέσεις εμπειριών που έχουν αθροιστεί στο παρελθόν αλλά και ως επίπεδα υγείας που έχουν θέσει οι ίδιοι οι ασθενείς για τον εαυτό τους , η ανατροπή των οποίων λόγω ασθένειας (ή η διατήρησή τους λόγω φροντίδας υγείας) διαμορφώνει την επιδοκιμασία ή την αποδοκιμασία.

Ο Petersen (1988) υποστήριξε ότι η άποψη περί της ικανοποίησης είναι μια γενική αντίληψη του τρόπου με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη του τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Κατά τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ο συνδυασμός των αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από την φροντίδα υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

Ένας ακόμα ορισμός που έχει δοθεί για την ικανοποίηση των ασθενών είναι η θετική αξιολόγηση συγκεκριμένων διαστάσεων της φροντίδας υγείας, που παρέχεται σε οποιαδήποτε επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας, είτε αυτό είναι μια ολιγόωρη επίσκεψη είτε μια

συγκεκριμένη λειτουργιά, εγκατάσταση, σχεδιασμός του συστήματος είτε το σύστημα υγείας συνολικά. (Linder-Pelz, 1982)

Σύμφωνα με μια άλλη θεώρηση, καθώς ως δύο ξεχωριστές οντότητες, τόσο οι πάροχοι υπηρεσιών όσο και οι καταναλωτές, έχουν τους δικούς τους προσανατολισμούς, όταν αυτοί συγχρονίζονται και συνδυάζονται οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι, ενώ όταν δεν συμβαίνει αυτό δυσαρεστούνται. (Fox et al. 1981)

Ωστόσο, οι ερευνητές, εφιστούν την προσοχή στην έλλειψη συστηματικής μέτρησης της ικανοποίησης των αναγκών αλλά και στην έλλειψη συγκριτικών μελετών. Επίσης, από τη βιβλιογραφία επισημαίνεται, ότι η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται αμφίβολου οφέλους στη διευκόλυνση της διαδικασίας της ιατρικής θεραπείας, καθώς οι ασθενείς δεν έχουν εξειδικευμένη κλινική εμπειρία και ίσως εύκολα επηρεάζονται από μη ιατρικούς παράγοντες. (Thompson et al. 1998, Bellack et al. 2002)

1.4.1 Η σημασία της ικανοποίησης των ασθενών

Οι σημαντικές ανακαλύψεις τόσο στην ιατρική επιστήμη όσο και στη βιοτεχνολογία είχαν ως συνέπεια να μετατραπούν πολλές νόσοι, από οξείες και με κακή κατάληξη, σε χρόνιες αυξάνοντας το προσδόκιμο επιβίωσης. Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου προκάλεσε τη σαφή άνοδο και του μορφωτικού επιπέδου και έτσι ο ασθενής, χάρη στην αυξημένη πρόσβαση στην πληροφορία, άρχισε να έχει άποψη για τα προβλήματα υγείας του και να συνδιαμορφώνει, μαζί με τον ιατρό, το σχέδιο θεραπείας, λαμβάνοντας αποφάσεις αλλά και έχοντας μεγαλύτερες απαιτήσεις. (Lutz, 2005) Η συμμετοχή αυτή αναφέρεται και ως «patients' rights movement". Η παντοδυναμία και αυθεντία του ιατρού δεν υπάρχει πλέον με συνέπεια ο ασθενής να περάσει στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος (patient centered health services) και έτσι οποιαδήποτε έρευνα έχει να κάνει με τις προτιμήσεις του να αποκτά πολύ μεγαλύτερη αξία. (Hawthorne, 1998)

Η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας είναι από τους λόγους που κάνουν σημαντική την κάθε έρευνα ικανοποίησης, βελτιώνοντας τη διαχείριση των πόρων. Αρχικά, ο συσχετισμός ποιότητας και κόστους γινόταν μόνο στις ιδιωτικές μονάδες. Τώρα σταδιακά εισάγεται και στις δημόσιες. Οι μετρήσεις ικανοποίησης μπορούν να αναδείξουν ποια παροχή δίνει έναν πιο χαρούμενο ασθενή με το λιγότερο δυνατό κόστος, όπως επίσης συμβάλλει και στη διατήρηση της πελατείας αφού συνήθως ο ικανοποιημένος «πελάτης» θα επιστρέψει. Επιπλέον, η διοίκηση ενός

οργανισμού μπορεί να χρησιμοποιήσει τα αποτελέσματά για την υποκίνηση και την ανύψωση του ηθικού των εργαζομένων επιδοκιμάζοντάς τους. (Αλετράς, 2007)

Επιπροσθέτως, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι χρήσιμη, ώστε να συλλεχτούν πληροφορίες και να αναδειχτούν τα προβλήματα που υπάρχουν στο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση στην ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων. Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν θα πρέπει να αποτελεί απλά ένα μέτρο για την ποιότητα, αλλά θα πρέπει να είναι ο σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης. Το αποτέλεσμα αυτό προκύπτει από έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες, οι ικανοποιημένοι ασθενείς αναρρώνουν ταχύτερα και νοσηλεύονται για μικρότερο χρονικό διάστημα από αυτούς που δεν είναι ικανοποιημένοι. Ακόμη, και η διαδικασία της έρευνας για την μέτρηση της ικανοποίησης έχει θετικά αποτελέσματα, αφού έχει αποδειχτεί ότι αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Πιο συγκεκριμένα, ο ικανοποιημένος ασθενής είναι πιο συνεργάσιμος, ενστερνίζεται πιο εύκολα τις οδηγίες που λαμβάνει και ακολουθεί την αγωγή του υπεύθυνα, με αποτέλεσμα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, άρα και λιγότερη οικονομική επιβάρυνση (ατομικά και κοινωνικά). Ελαττώνει δε την πίεση της έντασης εργασίας του προσωπικού με αποτέλεσμα να αποδίδει και αυτός καλύτερα. (Αλέτρας, 2007)

Η μέτρηση της ικανοποίησης ουσιαστικά είναι μια διαδικασία ανατροφοδότησης (feedback) του συστήματος χάρη στην οποία μπορούν διορθωθούν τα όποια λάθη, ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να γίνουν πιο αποτελεσματικές (Alexander et al. 1998, Ovretveit 1998) Χρησιμοποιείται σήμερα από αρκετούς επιστήμονες υγείας, ως μέσο σύγκρισης της επίδοσης δύο ή και περισσοτέρων μονάδων ενώ βοηθάει στην κατανόηση των αντιλήψεων των εισερχόμενων στο σύστημα ως «πελατών» αλλά και στην αποσαφήνιση των προσδοκιών και των αναγκών τους. (Πίνη & συν. 2011) Καλλιεργεί δε μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον πληθυσμό που καλύπτεται, αυξάνοντας το κύρος και την αξιοπιστία της υπηρεσίας που την εκτελεί, (Λαζάρου, 2001) ενώ συμβάλλει στην τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης κάθε άλλης έρευνας που πραγματοποιείται.

Η μέτρηση της ικανοποίησης είναι πολύ σημαντική και για τα διοικητικά στελέχη των νοσοκομείων, διότι αυτοί είναι που συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων στο χώρο της υγείας. Ακόμα, προσφέρει οφέλη και στην υγειονομική μονάδα, καθώς προσφέρει στην Διοίκηση στοιχεία για να εκτιμήσει την αποδοτικότητα του προσωπικού, να την αξιολογήσει και να την επιβραβεύσει, όταν χρειάζεται. Η ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή γίνεται μέσα στο

σύστημα εκτίμησης των προσπαθειών των εργαζομένων και συμβάλλει όπως περιγράφεται ακολούθως: (Παπανικολάου & Σιγάλας, 1994).

- Αυξάνει το αληθές της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή μέσα στον οργανισμό
- Αυξάνει την υπευθυνότητα του εργαζομένου για επίδειξη υψηλού επιπέδου αποδοτικότητας πάνω στην ικανοποίηση του ασθενή
- Προσφέρει στους διοικούντες ένα νέο τρόπο ανταμοιβής των εργαζομένων στο σύστημα νοσηλείας, βασισμένο σε αντικειμενικά κριτήρια
- Προσφέρει μια εναλλακτική λύση στην αντίληψη περί αποδοτικότητας στην εργασία
- Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας πάνω στα οποία στηρίζονται οι διοικήσεις των νοσοκομείων
- Κατευθύνει το προσωπικό νοσηλείας, τόσο εντός όσο και εκτός κλινικής, να σκέπτεται περισσότερο τους ασθενείς του

Καταλήγοντας θα μπορούσαμε να επισημάνουμε μερικά από τα οφέλη της ποιοτικής φροντίδας και της ικανοποίησης του ασθενή:

1. Ψυχολογικά οφέλη από την ικανοποίηση του ασθενούς, η οποία οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση, μείωση του χρόνου νοσηλείας και σύμφωνα με μερικούς ερευνητές, όχι μονό είναι προϋπόθεση μιας επιτυχημένης έρευνας, αλλά εξισώνεται με αυτοθεραπεία (Μερκούρης, 1996).
2. Υγειονομικά οφέλη που προκύπτουν από την έγκαιρη διάγνωση, την μείωση του άλγους, την αποφυγή επιπλοκών που παρατείνουν τη νοσηλεία και εκτοξεύουν το κόστος (Μερκούρης, 1996).
3. Με την μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς, είναι δυνατό να συλλεχτούν πληροφορίες, σωστά αξιοποιημένες, που να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση της Υπηρεσίας Υγείας καθώς αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την έρευνα, την οργάνωση και τον σχεδιασμό τους και ενδείκνυται να αποτελεί τον κύριο σκοπό της υγειονομικής περίθαλψης.
4. Πραγματοποείται παράλληλα και εκτίμηση της αποδοτικότητας του προσωπικού και προάγει την υπευθυνότητα του εργαζομένου θέτοντας την Διοίκηση σε επιβράβευση ή εξάλειψη –διόρθωση των αντικινήτρων. Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας και κατευθύνει το προσωπικό των νοσοκομείων να σκέπτεται

περισσότερο τους ασθενείς του. Επιπροσθέτως, το προσωπικό γνωρίζει ότι αξιολογείται και αυτό συμβάλει στην ανάταση του ηθικού του και της αποδοτικότητάς του, σε μια εποχή που οι απαιτήσεις αυξάνονται. (Μερκούρης, 1996)

5. Βελτίωση της πολιτικής υγείας. Από τους σημαντικότερους στόχους της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα είναι να κινητοποιήσει τον κρατικό μηχανισμό μέσω της κατανόησης και της γνώσης των ουσιαστικών προβλημάτων του συστήματος υγείας. (Τσιότρας, 2002)
6. Μπορεί να δώσει συγκριτικό πλεονέκτημα στην Υπηρεσία Υγείας, αφού η συγκεκριμένη πλεονεκτεί έναντι των ομοίων του ανταγωνιστών, διότι:
    - Αναγνωρίζει τις απαιτήσεις και ανάγκες των καταναλωτών υπηρεσίας,
    - Εντοπίζει τυχόν κενά μεταξύ αυτού και του τι τελικά λαμβάνει ο καταναλωτής υπηρεσιών,
    - Εντοπίζει και θέτει νέους στόχους για το προσωπικό και τους ασθενείς.

1.4.2 Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στις Υπηρεσίας Υγείας

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί την καταγραφή της απόδοσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών απέναντι στον ασθενή.(Nelson, 1996) Η ικανοποίηση των ασθενών εκτιμάται για να διακρίνουμε την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το ανθρώπινο δυναμικό οργανισμού υγείας καθώς και το περιβάλλον του. (Barnett, 2001) Συγκεκριμένα όταν μετράμε την ικανοποίηση των ασθενών μετράμε την ποιότητα στο φαγητό, την καθαριότητα του νοσοκομείου, την ποιότητα του ξενοδοχειακού και ιατρικού εξοπλισμού, τις συνθήκες λειτουργιάς (ησυχία και άνεση), το χρόνο αναμονής, την ενημέρωση των ασθενών, τα αποτελέσματα επιτυχούς διάγνωσης των εξετάσεων, την επικοινωνία μεταξύ ασθενή με το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό κ.τ.λ. Όλα τα παραπάνω αξιολογούνται κατά την μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας (Matsui et al , 1998).

Οι τρόποι μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών επιτυγχάνεται με την μέθοδο του ερωτηματολόγιου στο όποιο καταγράφονται απόψεις, παρατηρήσεις και προτάσεις των ασθενών αναφορικά με το νοσοκομείο και την νοσηλεία που οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν όταν εισέρχονται ή όταν εξέρχονται από το νοσοκομείο. Τα τελευταία χρόνια ο κατάλογος που καλείται

να απαντήσει ο κάθε ασθενής αυξήθηκε και έτσι εκτός από το λόγο πρόσβασης, την ανταπόκριση από τις υπηρεσίες υγείας, προστεθήκαν η πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας και το κόστος, το νοσηλευτικό περιβάλλον (φαγητό, καθαριότητα κ.τ.λ.) τα δικαιώματα και η προσωπικότητα των ασθενών καθώς και η επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού (Baider et al, 1997). Οι ερωτήσεις του ερωτηματολόγιου καθώς και τα αποτελέσματα πρέπει να είναι αξιόπιστα, κατανοητά και απλά.

1.4.3. Μέθοδοι και εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης

Σύμφωνα με την εκτεταμένη ανασκόπηση για την ικανοποίηση ασθενών από τις Gill και White (2009) η πρώτη απόπειρα για τη μέτρησή της έγινε από τους Hulka et al. (1970) με την ανάπτυξη του "Satisfaction with Physician and Primary Care Scale". Στην συνέχεια οι Ware και Snyder (1975) παρουσίασαν το "Patient Satisfaction Questionnaire", ενώ στα τέλη των '70ς οι Larsen et al. (1979) ανέπτυξαν το "Client Satisfaction Questionnaire" που αντικαταστάθηκε από το "Patient satisfaction Scale" (1984). Από τότε έχουν αναπτυχθεί δεκάδες εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης αλλά το βασικό ζήτημα είναι πόσο αξιόπιστα, έγκυρα και αντιπροσωπευτικά είναι αυτά, ιδιαίτερα από τη στιγμή που προσπαθούν να μετρήσουν ένα τόσο υποκειμενικό μέγεθος όπως η ικανοποίηση.

Κατά τις οδηγίες που εξέδωσε το Υπουργείο Υγείας της Ιρλανδίας το 2003 υπάρχουν οι ακόλουθες μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης:

- Ομάδες εστίασης *(Focus groups)*: συνέντευξη με έναν εκπαιδευμένο επιστήμονα ομάδας ατόμων που αναλύουν σε βάθος τις αντιλήψεις τους και τις εμπειρίες τους, ενώ αποτελούν κίνητρο για άτομα που σε άλλη μέθοδο θα αδιαφορούσαν. Είναι χρονοβόρες, δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα, δύσκολα τα στοιχεία μπορούν να αναλυθούν ενώ το μορφωτικό επίπεδο των εξεταζομένων μπορεί να αποτελέσει φραγμό.
- Ερωτηματολόγια *(Questionnaire)*: κλειστού ή ανοικτού τύπου, που μπορούν να διερευνήσουν μια συγκεκριμένη διάσταση. Χαμηλού κόστους, μπορούν να ενσωματώσουν κ ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές, ενώ απευθύνονται σε μεγάλο αριθμό δείγματος. Οι ερωτήσεις πρέπει να σχεδιαστούν προσεκτικά, ώστε να είναι σαφείς, σχετικές με το θέμα και οι επιλογές των απαντήσεων να μην κατευθύνουν τον εξεταζόμενο. Μπορεί να αποκλείουν

ομάδες πληθυσμού λόγω αναλφαβητισμού και επιπέδου μόρφωσης ενώ είναι αναγκαία η χρήση λογισμικού για την στατιστική ανάλυση.

- Ταχυδρομικά έρευνες – ερωτηματολόγια *(Postal surveys – Questionnaire):* αποτελε- σματικές ως προς το κόστος, δυνατότητα μεγαλύτερου δείγματος, ενθαρρύνουν την μεγαλύτερη απόκριση, λιγότερες προκαταλήψεις, δεν πιέζονται χρονικά οι ερωτώμε- νοι και μπορούν να απαντήσουν χωρίς πίεση και σε ανοικτού τύπου ερωτήσεις. Από την άλλη, δυσκολία στην διαμόρφωση της ακριβούς λίστας ασθενών, καμία βοήθεια- επεξήγηση (π.χ για αναλφάβητους), απουσιάζει η ανταλλαγή απόψεων, μικρότερης αξιοπιστίας καθώς βασίζεται στην ευσυνειδησία του άλλου και όσο πιο χαμηλά τα πο- σοστά απόκρισης τόσο πιο υψηλά τα επίπεδα ικανοποίησης
- *Email/Computerised surveys:* όμοιες με τις ταχυδρομικές αλλά μέσω διαδικτύου. Αποδοτικές σε κόστος και χρόνο. Αυξημένος έλεγχος και ευκολία συλλογής δεδομένων. Δεν έχει όλος ο πληθυσμός πρόσβαση στο διαδίκτυο (αποκλεισμός) και δεν είναι εφικτή η συμπληρωματική διερεύνηση των απαντήσεων.
- *Key informer surveys:* είναι άνθρωποι που εικάζεται πως έχουν τη γνώση και τη δυνατότητα να εκθέτουν τις κοινωνικές ανάγκες. Απαιτούνται τέτοια άτομα συνήθως. Φθηνός και γρήγορος τρόπος. Τείνουν, όμως, να μεγαλοποιούν τα προβλήματα και να υποτιμούν αυτούς που επιφορτίζονται να τα επιλύσουν
- Προσωπικές συνεντεύξεις *(personal interviews):* κατά πρόσωπο συζήτηση, δομημένη ή ελεύθερη, από εκπαιδευμένο προσωπικό. Απευθείας άντληση απαντήσεων, ευέλικτη, αλληλεπίδραση και των δύο μερών, διευκρινήσεις, υψηλής ποιότητας. Χρονοβόρες, κοστοβόρες, δύσκολου σχεδιασμού, ο ερωτών μπορεί να μεταδώσει τις προκατα- λήψεις του στον ερωτώμενο, απαιτούν κατάλληλο περιβάλλον.
- Τηλεφωνικές συνεντεύξεις *(Telephone interviews):* με δομημένα ερωτηματολόγια. Γρήγορες, φθηνές αλλά χρονικά πιεσμένες, κακής συνεργασίας, αποκλεισμός όσων δεν έχουν τηλέφωνο, μετάδοση προκαταλήψεων
- *Workshops*: ειδικοί αναλύουν τις απόψεις τους. Η απόκριση του ασθενή εικάζεται από τον ειδικό
- Συμβουλευτικές επιτροπές (*Advisory Committees*)
- Δημόσιες συναντήσεις (*Public Meetings/ Forums)*
- Δημόσιες Προτάσεις (*Public Submissions)*

- Παράπονα (*Complaints)*

Κατά την Linda Powell (2001) υπάρχουν δύο βασικές μέθοδοι έρευνας της ικανοποίησης των ασθενών: οι συνεντεύξεις και τα ερωτηματολόγια, με όλα τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που προαναφέρθηκαν. Στις συνεντεύξεις ο εξεταστής είναι προτιμότερο να μην έχει σχέση με τον οργανισμό που πραγματοποιεί την έρευνα, ενώ το ζητούμενο είναι η μέγιστη δυνατή ειλικρινής τοποθέτηση των ερωτωμένων αφού η αποκάλυψη της ταυτότητάς τους, τους κάνει διστακτικούς.

Τα ερωτηματολόγια είναι ατομικά και κοινά για όλους τους εξεταζομένους και συνήθως είναι ταχυδρομικά ή ψηφιακά (ηλεκτρονικά κιόσκια στο χώρο του νοσοκομείου, ιστοσελίδες κοκ). Άλλος τύπος είναι τα ομαδικά – χορηγούμενα ερωτηματολόγια όπου ο καθένας απαντά γραπτά στις ίδιες ερωτήσεις που εκφωνούνται όμως σε όλη την ομάδα.

1.4.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Ένα ερώτημα που απασχολεί τα τελευταία χρόνια είναι ποιοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και κατόπιν του μηχανισμού μέτρησης. Οι παράγοντες που επηρεάζουν και είναι αντιληπτή από όλους μας είναι τα συναισθήματα, ο τρόπος σκέψης κάθε ανθρώπου , το επίπεδο εκπαίδευσης και τα πολιτισμικά και κοινωνικά στοιχειά. Η Irish Society for Quality and Safety in Healthcare, 2005 , υποστήριζε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι:

- *Η ασθένεια:* έχει επιβεβαιωθεί ότι όσο σοβαρότερη είναι η κατάσταση του τόσο πιο πιεσμένος είναι ψυχολογικά και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι λιγότερο ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες υγείας.
- *Το φύλο:* αν και δεν έχει επιβεβαιωθεί ακόμη, συνήθως οι γυναίκες νοσηλεύονται πιο συχνά σε νοσηλευτικές κλινικές με αποτέλεσμα να έχουν υψηλοτέρα επίπεδα ικανοποίησης.
- *Η ηλικία*: η ηλικία είναι από τους πιο σοβαρούς παράγοντες καθώς όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος τόσο περισσότερο έχει ανάγκη τους γιατρούς και τόσο πιο ικανοποιημένος είναι από αυτούς. Οι μεγαλύτερες ηλικίες έχουν περισσότερες προσδοκίες από τους

γιατρούς γιατί τους κυριεύει ο φόβος του θανάτου, ίσως δεν έχουν την κατάλληλη εμπειρία και δεν μπορούν να διαμορφώσουν μια πλήρης άποψη.

- *Οι προσδοκίες των ασθενών:* οι προσδοκίες του κάθε ασθενή για το αποτέλεσμα της κατάστασης του επηρεάζει το επίπεδο της ικανοποίησης του το όποιο το κρίνει ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό. Οι Πιερράκος και συνεργάτες υποστηρίζουν ότι δεν αποτελεί κύριο θέμα η σύνδεση μεταξύ της ικανοποίησης και της εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών, γιατί η αξιολόγηση του ασθενή για την παρεχόμενη φροντίδα κατά ένα μεγάλο μέρος, είναι ανεξάρτητη από αυτή που πραγματικά έλαβε. (Πιερράκος & συν., 2013)
- *Κοινωνικά-οικονομικά στοιχειά:* το επίπεδο εκπαίδευσης , η οικογενειακή κατάσταση καθώς και η οικονομική κατάσταση επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.
- *Οι προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή:* η εμπειρία κάθε ασθενή επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης από την παροχή υπηρεσιών του νοσοκομείου.
- *Η σχέση μεταξύ του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή:* η επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού κρίνουν το βαθμό της ικανοποίησης του ασθενή. Όσο περισσότερο αποτελεσματική είναι η επικοινωνία μεταξύ τους τόσο περισσότερο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής. Σημαντικό συναίσθημα που πρέπει να νιώθει ο ασθενής είναι η ασφάλεια ως προς τις ικανότητες του νοσηλευτικού-ιατρικού προσωπικού.
- *Το περιβάλλον και τα λειτουργικά χαρακτηριστικά κάθε κλινικής*: η καθαριότητα, ο χώρος νοσηλείας, η διαμονή καθώς και η εισαγωγή και η αναχώρηση του ασθενή από το νοσοκομείο καθορίζουν το αποτέλεσμα της ικανοποίησης τους.

Ο Fitzpatrick (1991) και ο Fox και ο Storms (1981) υποστηρίζουν ότι η ηλικία είναι παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση, αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Σε αντίθεση όμως με αυτή την άποψη, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η ηλικία έχει περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίηση (Σουλιώτης & συν, 2002).

Ο παράγοντας που αφορά το φύλο, όπως προκύπτει σε μερικές έρευνες, φαίνεται να μην έχει σχέση με την ικανοποίηση, ωστόσο μια σειρά άλλων μελετών υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση και ότι οι άνδρες είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένοι.

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι Anderson και Zimmerman (1993) υποστηρίζουν ότι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι όμως που δεν επιβεβαιώθηκε από παρόμοιες μελέτες (Ραφτόπουλος, 2002).

Αναφορικά με την κοινωνική θέση του ασθενή, οι Hall και Dornan (1988a) θεωρούν την κοινωνική θέση του ασθενή ως το σημαντικότερο παράγοντα και υποστηρίζουν ότι παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που φαίνεται να ισχύει καθώς έρευνες έδειξαν ότι οι ευκατάστατοι ασθενείς λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους. Ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις τους στους ιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των κατώτερων κοινωνικών τάξεων. Οι Khayer και Salter ενίσχυσαν αυτή την άποψη, καθώς ανακάλυψαν και αυτοί συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της ικανοποίησης (Ραφτόπουλος, 2002).

Όσο αναφορα την εθνικότητα υπάρχουν αρκετές έρευνες που την μελέτησαν ως μεταβλητή για την ικανοποίηση των ασθενών και παρατηρείται πως τα άτομα που ανήκουν σε μειονότητες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά. (Haviland et al, 2005)

1.5 Σχέση Ιατρού – Ασθενή

Η σχέση ασθενή ιατρού (επαγγελματία υγείας γενικότερα) αν και επαγγελματική είναι μια ιδιαίτερη σχέση με δυναμική αλληλεπίδραση των δύο μερών, άλλωστε όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η σχέση αυτή επηρεάζει και την ικανοποίηση του ασθενή. Ο ασθενής δεν μπορεί να αντιμετωπίσει μόνος του κάποια δυσάρεστα συμπτώματα που παρουσιάζει και λόγω της αδυναμίας του αυτής καταφεύγει σε μια μονάδα υγείας, όπου ένας ιατρός θα επιχειρήσει να επιλύσει το πρόβλημά του. Η σχέση τους επομένως είναι μια θεραπευτική σχέση, ο ιατρός βρίσκεται σε θέση ισχύος (εξουσίας) λόγω των δυνατοτήτων που μόνο αυτός διαθέτει και η επικοινωνία των δύο μερών είναι πολύ σημαντική τόσο σε θεραπευτικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Το ζητούμενο της καλλιεργούμενης επικοινωνίας είναι να ανταλλαγούν πληροφορίες για την υγεία του ασθενούς, η λήψη αποφάσεων και η δημιουργία μιας καλής και σταθερής θεραπευτικής σχέσης.

1.5.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις

Οι θεωρητικές προσεγγίσεις για την μελέτη αυτής της σχέσης έχουν ομαδοποιηθεί σε δύο μακρο – θεωρίες (απευθύνονται στο σύνολο της κοινωνικής οργάνωσης) και σε μία μικρο – θεωρία (εξετάζει τη δυναμική της συνάντησης) (Μποστανίτης , Τσαλίδου 2010):

i) Σχέση Κοινής Συναίνεσης

Σύμφωνα με τον Parsons (1951) ο ιατρός κατέχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο και πρέπει να εξασκεί τις ικανότητές του στο μέγιστο βαθμό, να είναι αντικειμενικός, να ενεργεί προς όφελος μόνο του ασθενή και να είναι συναισθηματικά αμέτοχος. Ο ρόλος του ασθενή είναι προσωρινός και ανεπιθύμητος. Σε αντάλλαγμα στον ιατρό επιτρέπεται να εξεετάζει τον ασθενή χωρίς να πραγματοποιεί ερωτήσεις προσωπικών δεδομένων και να ασκεί αυτόνομα το λειτούργημά του. Η σχέση αυτή αν και άνιση είναι αρμονική.

ii) Σχέση Συγκρούσεων

Πρόκειται σύμφωνα με τον Freidson (1971) για μια σχέση «αντίθεσης απόψεων», που απαντάται συχνά στα νοσοκομεία, όπου ο ασθενής απαιτεί από τον θεράποντα να ασχοληθεί αποκλειστικά με την περίπτωσή του ενώ ο ιατρός έχει υπό την ευθύνη του πολλούς ασθενείς ταυτόχρονα. Οι γιατροί στα νοσοκομεία δέχονται παραπομπές από άλλους ενώ οι ασκούντες την γενική ιατρική εξαρτώνται από τους απλούς πολίτες και γι’αυτό είναι πιο επιρρεπείς και υποχωρητικοί. (Adam, Herzlich 1999)

iii) Σχέση Διαπραγμάτευσης

Είναι μια σχέση πιο προσωπική, που εμφανίζεται περισσότερο σε χρόνια προβλήματα (ψυχιατρικά, γονείς με παιδιά νοητικής καθυστέρησης, χρόνια νοσήματα) όπου η κάθε πλευρά διαμορφώνει στρατηγικές, χρησιμοποιώντας όλα τα εφόδια που διαθέτει, προκειμένου να επηρεάσει το αποτέλεσμα της συνάντησης (Μάντη 2000), χωρίς να σημαίνει πως τα δύο μέρη είναι ισότιμα.

1.5.2 Πρότυπα σχέσης ιατρού – ασθενή

Σύμφωνα με τον Emanuel et al (Μάτης και συν 2009), τέσσερα (4) πρότυπα ιατρού – ασθενή διαμορφώνονται:

- Πατερναλιστικό : ιατρός ως κηδεμόνας. Ο ασθενής υπακούει
- Πληροφοριακό : ιατρός τεχνοκράτης. Ο ιατρός προτείνει επιλογές και ο ασθενής επιλέγει.

- Διερμηνευτικό : ο ιατρός βοηθάει τον ασθενεί να εκφραστεί και στη συνέχεια εξατομικεύει στις ανάγκες του.
- Διασκεπτικό : ο ιατρός ξεχωρίζει κάποιες αξίες, προτεραιότητες στις οποίες δίνει μεγαλύτερη βάση.

1.5.3 Στρατηγικές επηρεασμού της έκβασης της επίσκεψης στον ιατρό

Οι στρατηγικές επηρεασμού της έκβασης της συνάντησης είναι οι εξής:

- *Η παρουσίαση του προβλήματος*

  Ο ασθενής στην αρχή είναι επιφυλακτικός, αποοκρύπτει μέρος των συμπτωμάτων του ή δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα σε ορισμένα. Ο ιατρός συγκεντρώνει πληροφορίες και αξιολογεί την κατάσταση αλλά και την προσωπικότητα του ασθενούς.(Μάντη 2000)

- *Η πειθώ*

  Η ευθεία προσπάθεια του ενός να πείσει τον άλλον για το δίκαιο της άποψης του προκειμένου να καταρτιστεί ένα κοινό σχέδιο θεραπείας.

- *Η μη λεκτική συμπεριφορά*

  Τα μηνύματα δηλαδή που περνούν από τον έναν στον άλλον συνειδητά ή υποσυνείδητα, με τη στάση του σώματος, την οπτική επαφή, τον τόνο της φωνής, τις γκριμάτσες του προσώπου, το ντύσιμο, η διακόσμηση του ιατρείου κ.α. για το τι άνθρωπος είναι ο απέναντι, πόσο σοβαρός είναι και πόσο σοβαρά τον βλέπει, που είναι ίσως και σημαντικότερη από την λεκτική επικοινωνία διότι, εκτός από τυχόν συστάσεις και βιογραφικά, είναι ο μοναδικός τρόπος μιας πρώτης αξιολόγησης του άλλου. Σύμφωνα με τους Ong et al. (1995) μόνο το 7% της συναισθηματικής επικοινωνίας γίνεται λεκτικά, το 22% γίνεται με τον τόνο της φωνής και το 55% με την οπτική επαφή και τη στάση του σώματος.

1.5.4 Εμπόδια στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς

- Οι επαγγελματικές στάσεις, οι πεπαλαιωμένες πρακτικές δηλαδή ιατρών όπου δεν πληροφορούν επαρκώς και ολόπλευρα τον εξεταζόμενο για το πρόβλημα της υγείας του, αλλά και επιβάλλουν ένα προσωπικό μονόλογο όπου ο ασθενής δεν συμμετέχει.(Μάντη 2000)
- Τα προβλήματα της αβεβαιότητας σε διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία , ιδιαίτερα σε καταληκτικές ασθένειες (π.χ. ογκολογικοί ασθενείς) όπου εκεί ο ιατρός βρίσκεται στο δίλημμα να ενημερώσει πλήρως ή εν μέρει τον άμεσα ενδιαφερόμενο.
- Ταξικά εμπόδια, ασθενείς από μειονοτικές ομάδες, μετανάστες, χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ομοφυλόφιλοι, χρήστες ναρκωτικών (Meeuwesen et al 2006)

1.5.5 Ιδεατοί στόχοι της σχέσης ιατρού – ασθενή

Η αποκατάσταση αποδοτικής επικοινωνίας όπου ο ιατρός θα κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή και αυτός θα του δώσει πλήρες ιστορικό αλλά και ο ασθενής θα πληροφορηθεί για όλα όσα έχουν να κάνουν με το πρόβλημά του. Για να γίνει αυτό πρέπει ο ασθενής να αντιμετωπίζεται ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα. Όπου, δε, είναι δυνατόν πρέπει να επιδιώκεται η αμοιβαία λήψη αποφάσεων, η συμμετοχή και η «ενδυνάμωση» (empowerment) του χρήστη (Μάντη 2000) Η ιδεατή μορφή συνεργασίας ονομάζεται (ιδιαίτερα στην ψυχοθεραπευτική) Θεραπευτική Συμμαχία και επιφέρει τα μέγιστα αποτελέσματα και την καλύτερη δυνατή έκβαση της θεραπείας . Τέλος, η έννοια της «ενσυναίσθησης» (empathy), η προσωρινή και ελεγχόμενη ταύτιση με τον ασθενή, είναι πολύ σημαντική και πρωταγωνιστική σε πολύ σοβαρές παθήσεις και πιθανώς καταληκτικές νόσους (Θεοφίλου 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ Η ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Είναι ευρέως διαδομένη η συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της οικονομικής κατάστασης μια χώρας και της υγείας του πληθυσμού. (Τούντας & συν., 2016) Πιο συγκεκριμένα η οικονομική ευμάρεια οδηγεί σε βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Οι επιδράσεις όμως της οικονομικής κρίσης θεωρούνται πολύπλοκες, μακροπρόθεσμες και σε μερικές περιπτώσεις όχι άμεσα αντιληπτές. (Kyriopoulos et al, 2012)

Από τις αρχές του 2010 μέχρι σήμερα η Ελλάδα βρίσκεται υπό την οικονομική εποπτεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου λόγω του μεγάλου οικονομικού ελλείματος που παρουσίασε το 2008 και το 2009 σε συνδυασμό με την διεθνή οικονομική κρίση που είχε ήδη παρουσιαστεί. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η Ελλάδα να μην είναι σε θέση να δανείζεται χρήματα από τις διεθνείς αγορές. (International Monetary Fund, 2009) Η οικονομική κρίση στην οποία οδηγήθηκε επηρέασε όχι μόνο την κοινωνική ζωή των πολιτών αλλά και την κατάσταση της υγείας τους καθώς και το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). (Marmot et al, 2009) Στην προσπάθειά της η πολιτική ηγεσία να διατηρήσει ένα βιώσιμο ΕΣΥ πραγματοποίησε ρυθμιστικές αλλαγές ώστε να μειώσει τα έξοδα που σχετίζονται με την Υγεία, εφάρμοσε εργαλεία για την διευθέτηση του κόστους των νοσοκομείων, την υιοθέτηση ενός περισσότερο ελεγχόμενου συστήματος προμηθειών και την ενσωμάτωση ενός τεχνολογικού συστήματος Πληροφοριών και Επικοινωνιών στον τομέα της Υγείας. (Economou et al, 2014)

2.1. Αλλαγές στην κατάσταση της υγείας των Ελλήνων

Η οικονομική κρίση οδήγησε σε αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας, περιορισμό των εισόδων, εργασία χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Αυτό επηρέασε αρνητικά την ψυχική και σωματική υγεία του πληθυσμού όπως προέκυψε μέσα από την μέτρηση δεικτών όπως ποιότητας ζωής, θνησιμότητας, νοσηρότητας και προσδόκιμο ζωής. (Roelfs et al. 2011) Στον Πίνακας 1 αναφέρονται ο συνολικός πληθυσμός της Ελλλάδας, το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ), το προσδόκιμο ζωής, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία, το ποσοστό ανεργίας και τον πληθυσμό που κινδυνεύει από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό στην Ελλάδα για το 2013. Όσο αναφορά την εκτίμηση για την γενική υγεία του πληθυσμού πρέπει να λάβει υπόψιν πολλές παραμέτρους και τις αλληλοσυσχετίσεις τους. (Τούντας, 2000)

Total population (2013)	**11,128,000**
Gross national income per capita (PPP international €, 2013)	22,800
Life expectancy at birth male/female (years, 2013)	79/84
Probability of dying between 15 and 60 years m/f (per 1 000 population, 2013)	98/41
Total expenditure on health per capita (Intl €, 2012)	2,009
Total expenditure on health as % of GDP (2012)	9.3
General government debt	179.2% GDP (2014)
Gross domestic product (GDP) €/capita (2014)	23,202
Unemployment (2014)	26.5% of labour force
Unemployment male (2014)	23.6% of labour force
Unemployment women (2014)	30.2% of labour force
Population at risk of poverty or social exclusion	35. 7%

Πηγή: OECD Data. Country profile for Greece.

Πίνακας 1: Συνολικός πληθυσμός, κατά κεφαλήν ΑΕΠ, προσδόκιμο ζωής, συνολικές δαπάνες για την υγεία, ποσοστό ανεργίας και ο πληθυσμό που κινδυνεύει από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό στην Ελλάδα (2013)

Μελετώντας νεότερα δεδομένα μπορούμε να συγκρίνουμε την θέση της Ελλάδας σε σχέση με την Φιλανδία αλλά και με το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) όσο αναφορά τα παρακάτω:

- το προσδόκιμο ζωής των γεννήσεων
- την τυποποιημένη θνησιμότητα
- τον αριθμό των θανάτων από καρκίνο
- την περιγεννητική θνησιμότητα
- το ΑΕΠ

Στο Διάγραμμα 1 αναγράφεται **το προσδόκιμο ζωής των γεννήσεων (life expectancy at birth)** στην Ελλάδα και στην Φιλανδία την περίοδο 2008 έως 2016. Και στις 2 χώρες είναι φανερό ότι ο δείκτης αυτός αυξάνεται κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Παρόλα αυτά, το προσδόκιμο ζωής των γεννήσεων στην Ελλάδα το 2008 είναι μεγαλύτερο από της Φιλανδίας. Το 2016 ο δείκτης ήταν ίδιο και στις 2 χώρες παρά το γεγονός ότι το 2015 μια μείωση της τάξης του 0.4 σημειώθηκε στην Ελλάδα. (Organization of Economic Co – Operative and Development, 2018)

Source: Organisation for Economic Co-operation and Development Statistics (2018)

Διάγραμμα 1: Προσδόκιμο ζωής κατά της γέννηση στην Ελλάδα και Φιλανδία από το 2008 έως το 2016.

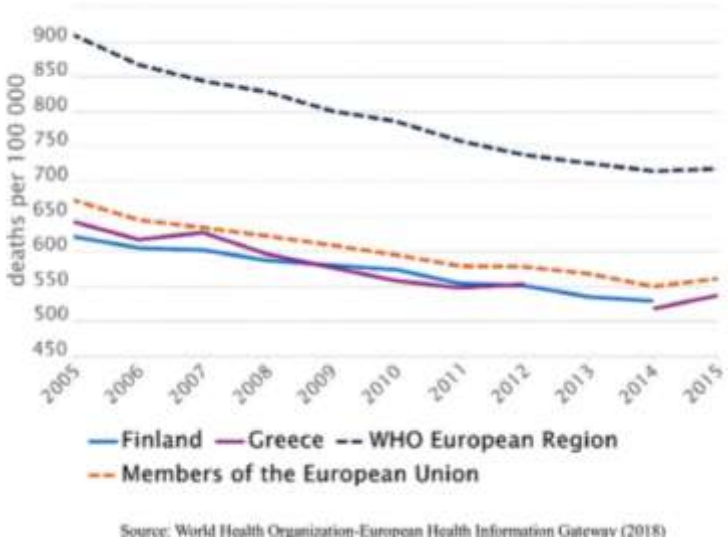
Συγκρίνοντας το προσδόκιμου ζωής των γεννήσεων μεταξύ στων 2 χωρών που αναφέρθηκαν παραπάνω καθώς και με τις ΕΕ (28 μέλη χώρες) την περίοδο του 2008 έως το 2016 οι γυναίκες βρέθηκε ότι έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής στην γέννηση από ότι οι άντρες. (Πίνακας 2) Στην περίοδο του 2008 – 2016 το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά 1.4 έτος στους άνδρες και 1 έτος στις γυναίκες. Στην Φιλανδία ο ίδιος δείκτης αυξήθηκε κατά 2.1 χρόνια για τους άνδρες αλλά μόνο 1.1 χρόνο για τις γυναίκες, η διαφορά αυτή ανάμεσα στα δύο φύλα κρίθηκε στατιστικώς σημαντική. Όσο αναφορά τις χώρες της ΕΕ παρατηρήθηκε ότι το προσδόκιμο ζωής των ανδρών αυξήθηκε κατά 9 χρόνια, ενώ των γυναικών κατά 1.3. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η οικονομική κρίση και οι επιδράσεις τον πληθυσμό δεν φαίνεται να επηρεάζουν το προσδόκιμο ζωής το οποίο μάλιστα αυξήθηκε κατά την περίοδο της μελέτης. (Organization of Economic Co- Operative and Development 2018, European Distributors of Statistical Software 2018)

Year		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Greece	Males	77.5	77.5	78	78	78	78.7	78.8	78.5	78.9
	Females	83	83.3	83.3	83.6	83.4	84	84.1	83.7	84.0
Finland	Males	76.5	76.6	76.9	77.3	77.7	78	78.4	78.7	78.6
	Females	83.3	83.5	83.5	83.8	83.7	84.1	84.1	84.4	84.4
EU-28	Males	76.3	76.6	76.9	77.3	77.4	77.7	78.1	77.9	78.2
	Females	82.3	82.6	82.8	83.1	83.0	83.3	83.6	83.3	83.6

Source: Organisation for Economic Co-operation and Development Statistics[8] and European Distributors of Statistical Software[9]

Πίνακας 2: Προσδόκιμο ζωής κατά της γέννηση στην Ελλάδα και Φιλανδία και στην Ευρώπη από το 2008 έως το 2016.

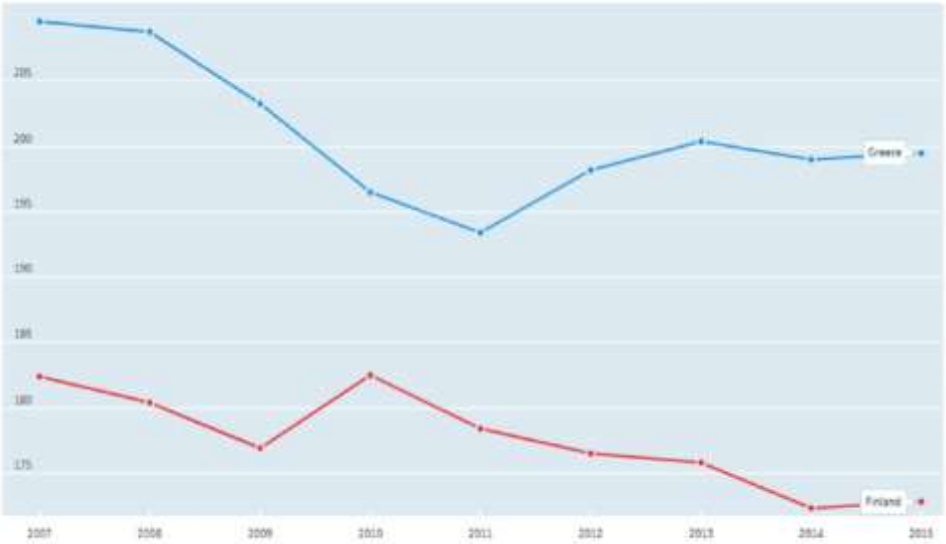
Στο Διάγραμμα 2 απεικονίζεται η **τυποποιημένη θνησιμότητα (standardized mortality)** ανά 100.000 που προέκυψε εξαιτίας όλων των αιτίων και σε όλο το ηλικιακό φάσμα στην Ελλάδα, την Φιλανδία και στην ΕΕ , η οποία φαίνεται να κατέχει χαμηλά επίπεδα. Παρόλα αυτά η Ελλάδα την χρονική περίοδο 2014 έως 2015 σημείωσε μια μικρή αύξηση. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η οικονομική κρίση δεν φαίνεται να επηρεάζει τα επίπεδα θνησιμότητας. (WHO, 2018)



Διάγραμμα 2: Τυποποιημένη θνησιμότητα ανά 100 000 άτομα λόγω όλων των αιτίων και για όλες τις ηλικίες.

Ο αριθμός των **θανάτων από καρκίνο (deaths cause by cancer)** ανά 100.000 άτομα ότι στην Ελλάδα και Φιλανδία από το 2007 έως το 2016 φαίνεται να μειώνεται. Στην Φιλανδία μια μικρή αύξηση παρατηρήθηκε το 2010, την οποία διαδέχτηκε μια μείωση το 2011. Στην Ελλάδα παρόλο που μέχρι το 2011 υπήρχε μείωση, οι θάνατοι από καρκίνο αυξήθηκαν τα επόμενα χρόνια. Τα αποτελέσματα μπορούν να συσχετιστούν με την οικονομική κρίση εφόσον οι οικονομικές παροχές για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία ήταν περιορισμένη. (Organization of Economic Co- Operative and Development, 2018) (Διάγραμμα 3)

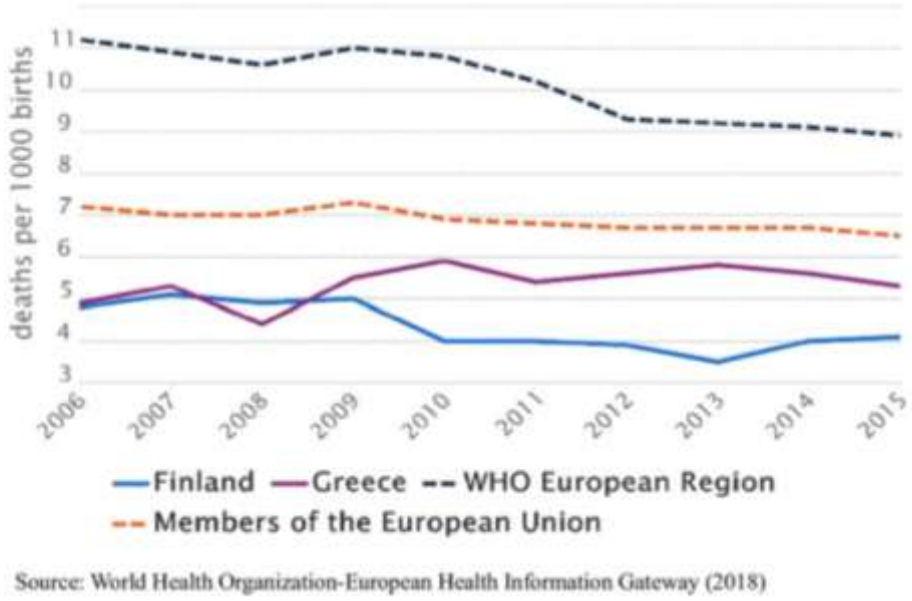
Αυτό διαπιστώνεται και απο την έρευνα των Σουλιώτη & συν. (2015) στην οποία αναφέρετε ότι το 31% των καρκινοπαθών αδυνατεί να λάβει την θεραπεία του και 1 από τους 2 ασθενείς δεν έχουν την δυνατότητα να προγραμματίσουν εγκαίρως ραντεβού με τον γιατρό τους. Ακόμα, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι το 45% των ασθενών αυτών δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα. (Souliotis et al, 2015)



Source: Organisation for Economic Co-operation and Development Statistics (2018)

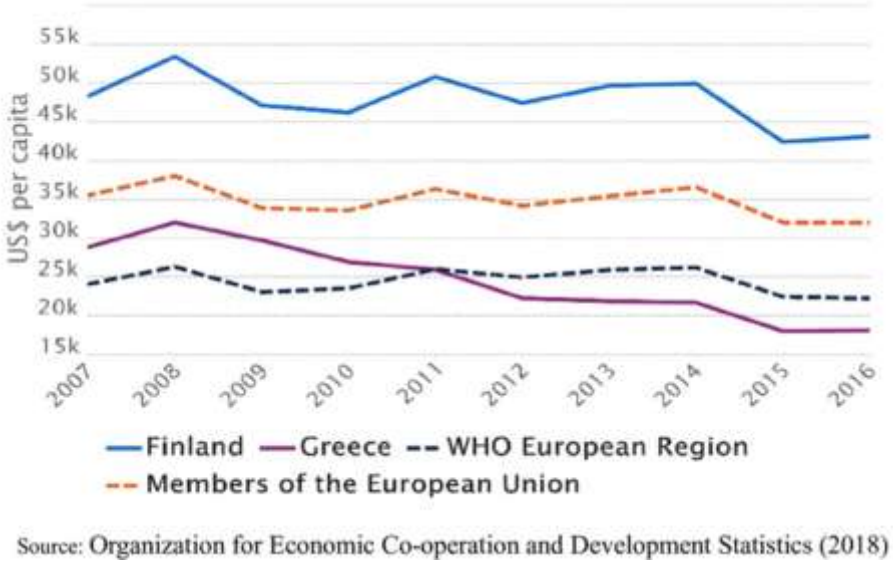
Διάγραμμα 3: Θάνατοι από καρκίνο στα 100.000 άτομα στην Ελλάδα και στην Φιλανδία.

Στο Διάγραμμα 4 παρουσιάζεται η **περιγεννητική θνησιμότητα (perinatal moltality)** στην Ελλάδα, την Φιλανδία και την ΕΕ. Στην Φιλανδία η περιγγενητική θνησιμότητα παρουσιάζει μια μείωση, ενώ στην Ελλάδα ο δείκτης είναι σταθερός με μια εξαίρεση την περίοδο του 2008 – 2010 που σημειώνει μείωση. Ο δείκτης και στις 2 προαναφερθείσες χώρες είναι χαμηλότερος συγκρινόμενος με της ΕΕ. (WHO, 2018)



Διάγραμμα 4: Περιγεννητικοί Θάνατοι (θάνατοι ανά 1000 γεννήσεις) στην Ελλάδα, την Φιλανδία και την ΕΕ.

Το Διάγραμμα 5 απεικονίζει το **ΑΕΠ (Gross Domestic Product)** κατά κεφαλήν στην Ελλάδα, Φιλανδία και Ευρώπη από το 2007 έως το 2016. Στην Ελλάδα το 2008 ήταν 32.000€, και μειώθηκε στα 18.000€ το 2015 και για 1 χρόνο μετά παρέμεινε σταθερό. Στην Φιλανδία και στην ΕΕ το ΑΕΠ κατά κεφαλήν έδειξε μείωση, αλλά μικρότερη από αυτή της Ελλάδας. (Organization of Economic Co-Operative and Development, 2018)

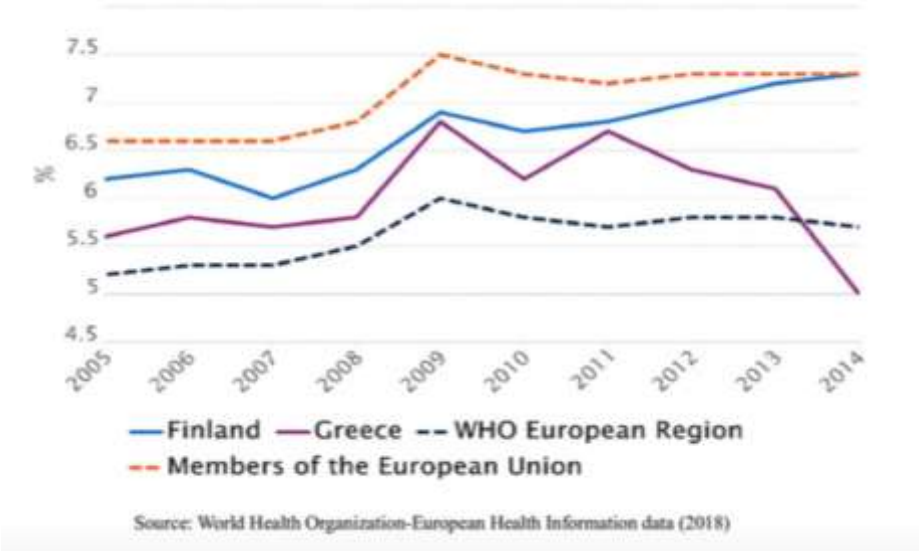


Διάγραμμα 5: ΑΕΠ κατά κεφαλήν στην Ελλάδα και στην Φιλανδία και στην ΕΕ.

2.2 Οικονομική κρίση και οι δαπάνες για την Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη

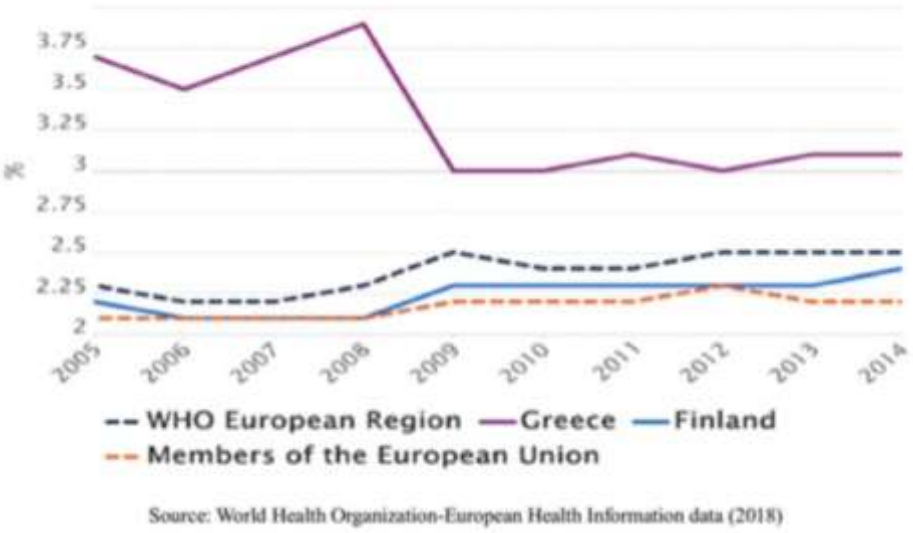
Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης το ποσό που παρεχόταν για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μειώθηκε συγκριτικά σε σχέση με αυτό πριν την κρίση. Πιο συγκεκριμένα, την χρονική περίοδο 2010 έως 2014 το ποσό για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μειώθηκε κατά 60%. (Giannitsis & Zografalis 2015) Παράλληλα, παρατηρήθηκε αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας είτε γιατί οι πολίτες απευθυνόταν στον ιδιωτικό τομέα είτε γιατί δαπανούσαν χρήματα παράνομα στον δημόσιο τομέα. Ακόμα σημειώνεται μειωμένος αριθμός των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τις ανάγκες των πολιτών. (Souliotis et al. 2018)

Το Διάγραμμα 6 δείχνει την **δαπάνη του πληθυσμού για την δημόσια υγεία** σε σχέση με το ΑΕΠ στην Ελλάδα, την Φιλανδία και το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ κατά την χρονική περίοδο 2005 – 2014. Τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Φιλανδία το ποσοστό του ΑΕΠ που καταναλώνεται στην Υγεία είναι μικρότερο από αυτό της ΕΕ. Η Φιλανδία το 2014 φαίνεται να συγκλίνει με την ΕΕ, αντίθετα το ποσοστό της Ελλάδας παρουσιάζει σημαντική μείωση από το 2011 έως το 2014. (WHO, 2018)



Διάγραμμα 6: Ποσοστό από το ΑΕΠ που καταναλώνεται για την δημόσια υγεία.

Στο Διάγραμμα 7 παρουσιάζεται το **ποσοστό του ΑΕΠ που καταναλώνεται για ιδιωτική ιατρική περίθαλψη** στην Ελλάδα, την Φιλανδία και την ΕΕ την χρονική περίοδο 2005 – 2014. Όσο αναφορά την Ελλάδα το ποσοστό ήταν 2 φορές μεγαλύτερο πριν την οικονομική κρίση, και μάλιστα από το 2009 και μετά το ποσοστό παρουσίασε μια σημαντική μείωση φτάνοντας στο 3%. Η Φιλανδία παρουσίαση μια αύξηση από το 2009 και μετά η οποία ξεπέρασε το μέσο όρο της ΕΕ. Η σημαντική μείωση που καταγράφηκε στους Έλληνες κατά την οικονομική κρίση ευθύνεται στην μείωση την εισόδων τους. (WHO, 2018)



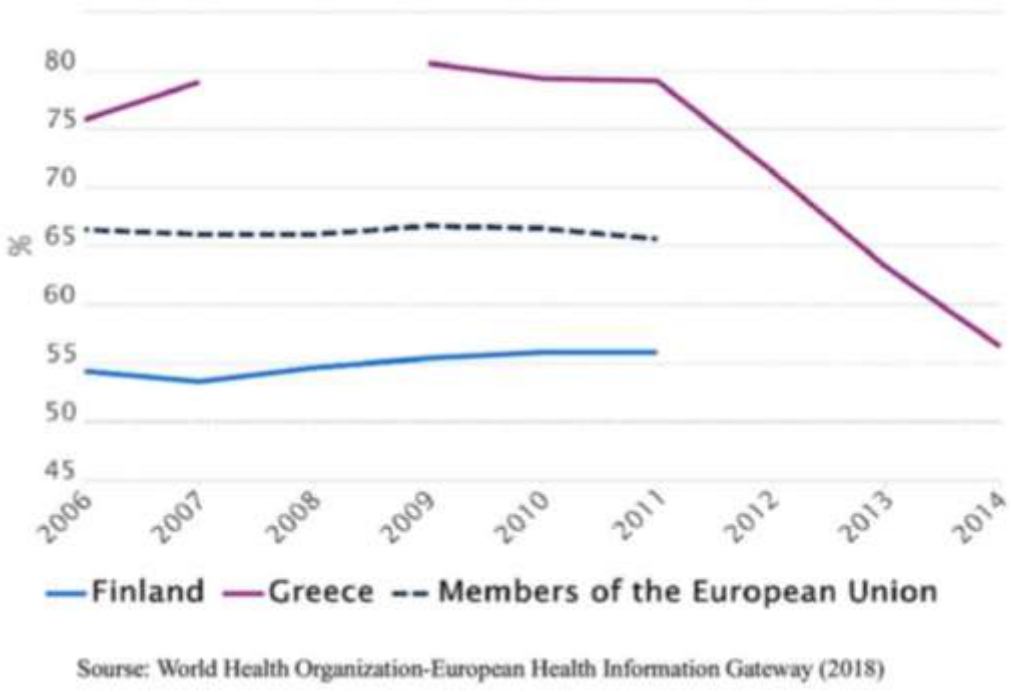
Διάγραμμα 7: Ποσοστό από το ΑΕΠ που καταναλώνεται για Ιδιωτική Ιατρική Περίθαλψη..

2.3. Φαρμακευτικές Δαπάνες και Γενετική Ιατρική

Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα είναι άμεσα συνδεμένη με το αυξημένο σύνολο των δαπανών στον τομέα της Υγείας πριν αλλά ακόμα και κατά την διάρκεια την κρίσης. Έχει παρατηρηθεί ότι το 25% του συνόλου των δαπανών στην Υγεία αφορούν φάρμακα. Πιο συγκεκριμένα, το 2012 η Ελλάδα ταξινομήθηκε τρίτη στην δαπάνη χρημάτων για φάρμακα από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και επισημάνθηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος των φαρμακευτικών δαπανών καλύπτονταν από το δημόσιο ταμείο.(Xantoupoulou & Katsaliaki, 2016) Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης ως αποτέλεσμα της πίεσης των δανειστών για μείωση του κόστους των φαρμάκων και στο πλαίσιο ευρύτερων μεταρρυθμίσεων

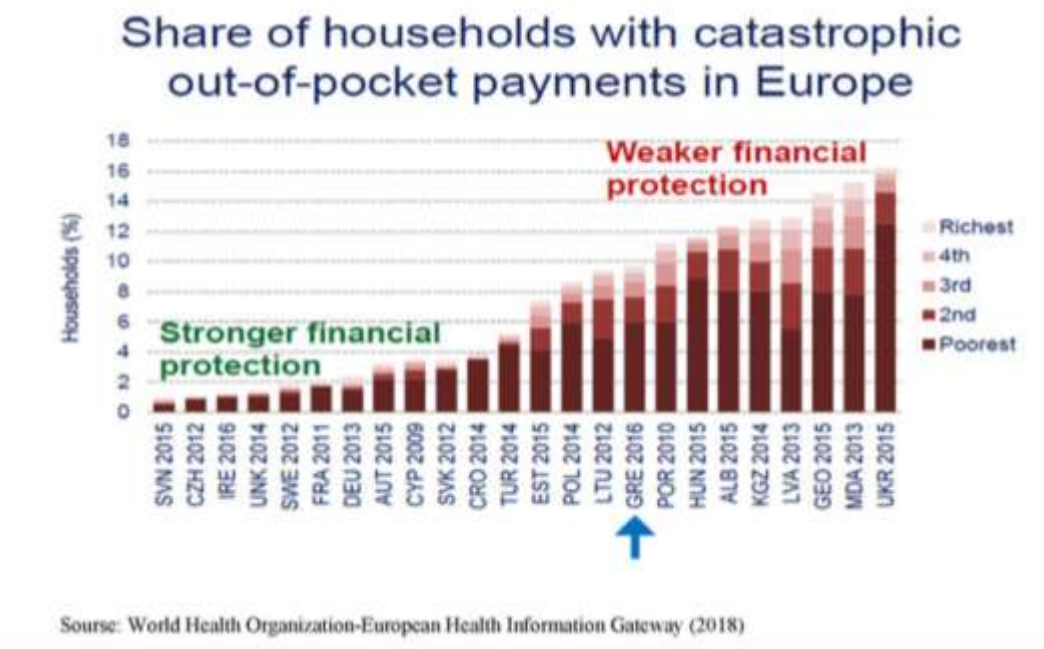
που πραγματοποιούνται από την κυβέρνηση, η χώρα πρόσφατα στράφηκε σε γενόσημα φάρμακα. (Geitonas et al. 2006)

Το Διάγραμμα 8 απεικονίζει το ποσοστό που **δαπανά ο δημόσιος τομέας σε φάρμακα** σε σχέση με το σύνολο φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα, την Φιλανδία και την ΕΕ την χρονική περίοδο 2006 έως 2014. Παρόλο που δεν είναι διαθέσιμα όλα τα δεδομένα παρατηρείται ότι στην Ελλάδα ένα μεγάλο ποσό των χρημάτων που δαπανούνται σε φάρμακα χορηγείται από τον δημόσιο τομέα, το οποίο μάλιστα ποσοστό ξεπερνά κατά 10% το μέσο όρο της ΕΕ το 2006. Αντίθετα, στην Φιλανδία το ποσοστό αυτό ήταν πολύ μικρότερο από το μέσο όρο της ΕΕ και παρέμενε σταθερό στο 55%. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτελεί η δημόσια δαπάνη σε φάρμακα μειώθηκε σε ποσοστό 25% κατά την οικονομική κρίση φτάνοντας τα επίπεδα της Φιλανδίας. Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η μείωση της δημόσιας δαπάνης σε φάρμακα οδηγεί τους πολίτες να επωμίζονται οι ίδιοι το κόστος των φαρμάκων και της λαμβανόμενης θεραπείας. (Τούντας & συν., 2016)

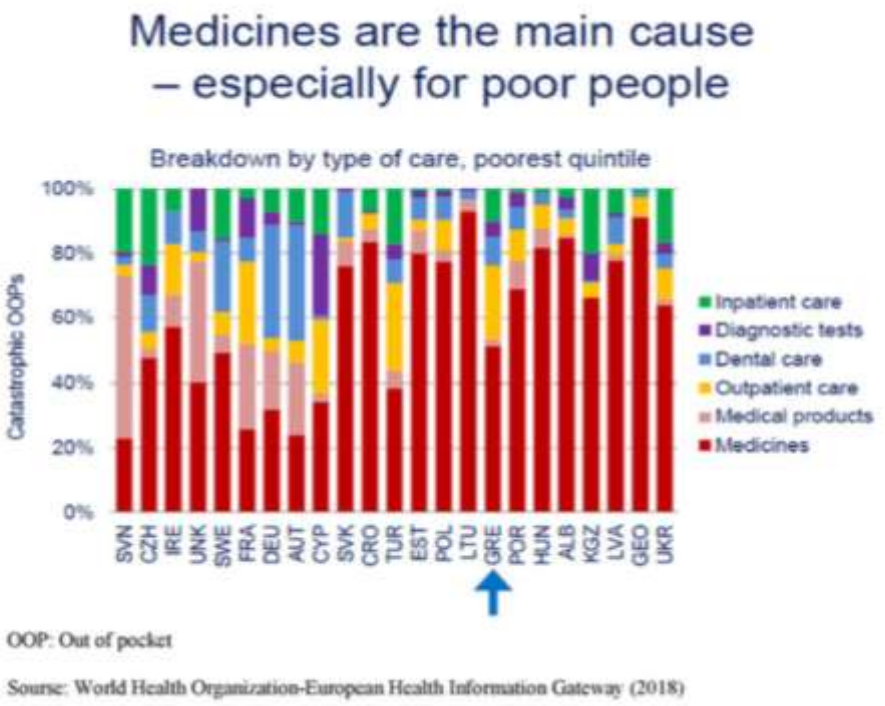


Διάγραμμα 8 Τα ποσοστά της δημόσια δαπάνη για φάρμακα σε σχέση των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα, τη Φινλανδία και την Ευρωπαϊκή Ένωση κατά την περίοδο 2006 έως 2014

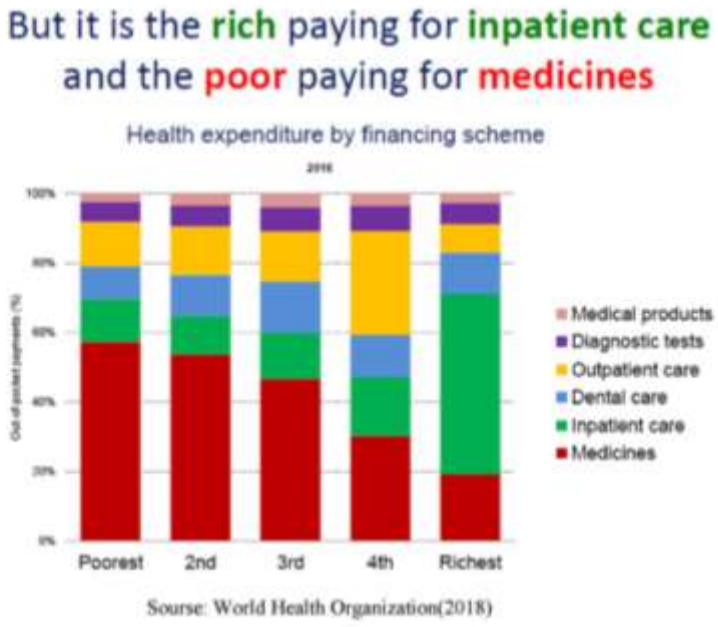
Το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας οργανώνει σεμινάρια (Workshop) στα όποια συζητώνται θέματα όπως τα έξοδα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης να καλύπτονται από τους ίδιους τους Ευρωπαίες πολίτες (out of pocket), η αναζήτηση του υπολογισμού των δαπανών της νοσηλείας, των διαγνωστικών μεθόδων, των φαρμάκων και της οδοντιατρικής περίθαλψης. Τα out of pocket έξοδα είναι τόσο υψηλά που χαρακτηρίστηκαν ως «καταστροφικά». (WHO, 2018) (Διάγραμμα 9, 10,11,12)



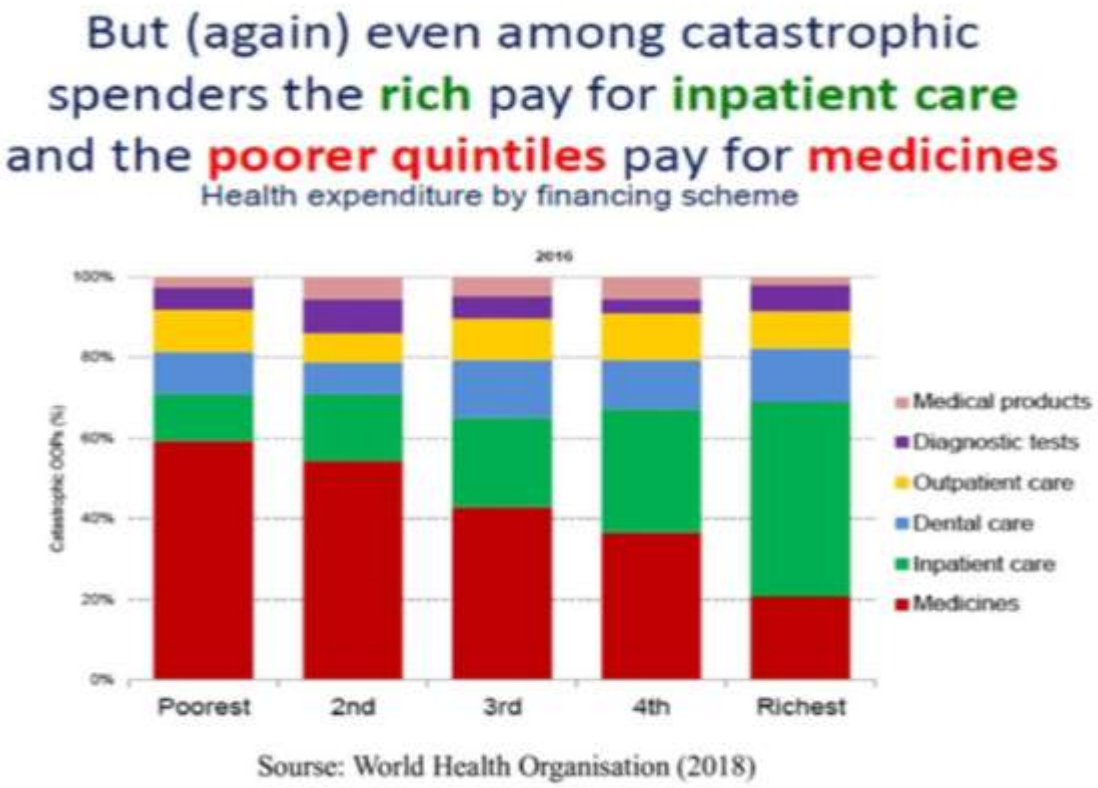
Διάγραμμα 9: Ποσοστό των χρημάτων από τα χρήματα του νοικοκυριού που δαπανώνται για την Υγεία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την περίοδο 2012 έως 2016



Διάγραμμα 10: Κατανομή ιδιωτικών δαπανών στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την περίοδο 2012 έως 2016

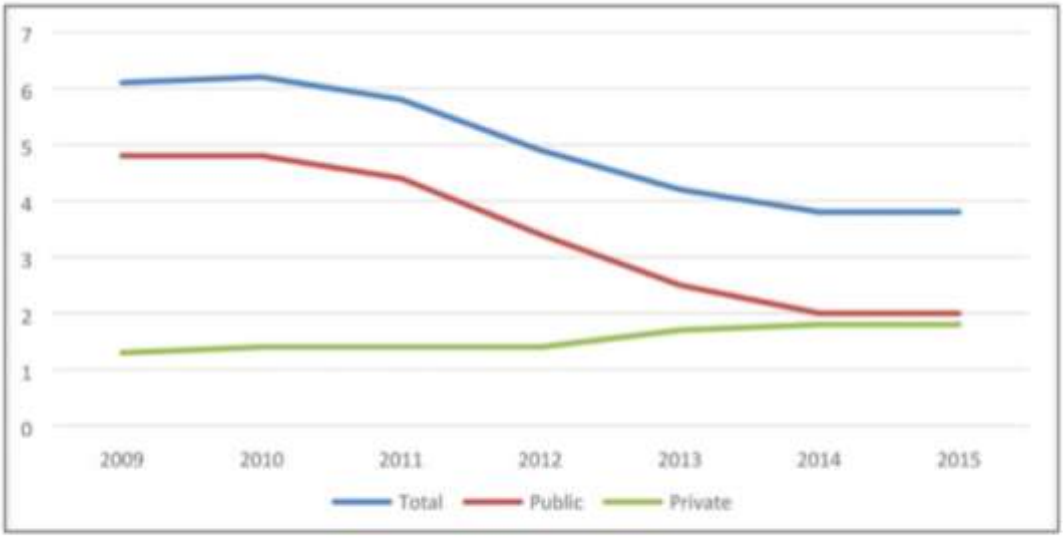


Διάγραμμα 11: Κατανομή των χρημάτων που δαπανούν οι πολίτες στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με βάση το οικονομικό δυναμικό των πολιτών κατά την περίοδο 2012 έως 2016.



Διάγραμμα 12: Διαφοροποίηση της κατανομής των χρημάτων που δαπανούν στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης οι πολίτες με βάση την υπηρεσία που παρέχεται στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την περίοδο 2012 έως 2016

Στην Ελλάδα κατά την διάρκεια της κρίσης υπήρχε μια σημαντική μείωση του συνόλου των δαπανών σε φάρμακα τόσο από δημόσιο ταμείο όσο και από τον ιδιωτικό. Ακόμα παρατηρείται στο Διάγραμμα 13 ότι τα χρήματα που χορηγούσε το δημόσιο για φαρμακευτική περίθαλψη μειώθηκαν ραγδαία, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν. Επιβεβαιώνεται ουσιαστικά αυτό που αναφέρθηκε και προηγουμένως ότι οι πολίτες πλέον επωμίζονται τις φαρμακευτικές τους δαπάνες. (Hellenic Association of Pharmaceutical Companies, 2017) Το 2015 τα γενόσημα φάρμακα αυξήθηκαν κατά 30%, λόγω της οικονομικής πίεσης που επικρατούσε στην χώρα για μείωση των εξόδων και της πολιτικής προώθησής τους. Την ίδια περίοδο ο μέσος όρος των γενόσημων φαρμάκων στην ΕΕ ήταν διπλάσιος (60%). Αξίζει να επισημανθεί ότι παρότι τα γενόσημα φάρμακα είναι σε υψηλό επίπεδο πωλήσεων, η οικονομική τους αξία είναι χαμηλή, λόγω του χαμηλού κόστους τους.(Xantoupoulou & Katsaliaki, 2016)



Sourse: Hellenic Association of Pharmaceutical Companies, Foundation for Economic and Industrial Research (ΣfEE-IOBE), 2017

Διάγραμμα 13: Σύνολο φαρμακευτικών δαπανών (σε δισεκατομμύρια) κατά την περίοδο 2009 έως 2017

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Οδοντιατρικές Παροχές

Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες υγείας παρέχονται σήμερα στην Ελλάδα από πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες και ιδιωτικές ή δημόσιες δομές. Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 3) αναφέρονται τα ποσοστά των οδοντιάτρων που απασχολούνται σε κάθε τομέα από τους προαναφερθέντες το 2014. (Damaskinos, 2016)

Dentists in Greece – work place/ type/specialist/ 2014	TOTAL	MEN	MEN %	WOMEN	WOMEN %
Hospital NHS	187	105	56.10%	82	43. 9%
Health centres NHS	212	109	51.40%	103	48. 6%
Insurance clinics	692	339	49.00%	353	51. 0%
Universities	178	126	70.80%	52	29. 2%
Only salaried	534	263	49. 3%	271	50. 7%
Salaried and private dentist	881	519	58. 9%	362	41. 1%
Private dentists	11,902	6,361	53. 4%	5,541	46. 6%
Army dentists	68	65	95. 6%	3	4. 4%
Dentists with no private dental office	917	426	46. 5%	491	53. 5%
Total	15,571*	8,313*	53. 4%	7,258*	46. 6%

*These figures are higher than the total number of dentists working in Greece as some have more than one employment

Πηγή: OECD

Πίνακας 3: Απασχόληση οδοντιάτρων στην Ελλάδα. Ιδιώτες οδοντίατροι, ποσοστό ανδρών και γυναικών, θέση εργασίας και ειδικότητες.

Το **Εθνικό σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)** παρέχει τις υπηρεσίες του από τα Εξωτερικά Ιατρεία του όσο και από τα στελεχωμένα με οδοντιάτρους Κέντρα Υγείας (ΚΥ), τα οποία ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) θεωρητικά ανήκουν στον ΕΟΠΥΥ. Διαθέτει τόσο οδοντιάτρους όσο και στοματογναθοπροσωπικούς χειρουργούς (ΣΓΠΧ) οι οποίοι διαχειρίζονται περιστατικά που συχνά χρήζουν νοσηλείας. Τα περιστατικά που διαχειρίζονται (κυρίως στα νοσοκομεία) αφορούν ασθενείς κάτω των 18 ετών, ασθενείς με γενικά νοσήματα που χρειάζονται νοσοκομειακή κάλυψη, επείγοντα οδοντιατρικά και γναθοχειρουργικά περιστατικά, ασθενείς με βεβαρυμένα ιατρικό ιστορικό, ΑΜΕΑ, ασθενείς που δεν μπορούν να συνεργαστούν με τον ιατρό τους (πχ. Σύνδρομο Down), που παρουσιάζουν ψυχικά και σοβαρά νευρολογικά προβλήματα, ασθενείς φορείς του AIDS. Ακόμα, οι κλινικές της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής διαχειρίζονται περιστατικά με κακοήθης βλάβες στην στοματοπροσωπική χώρα, κατάγμα στην περιοχή αυτή καθώς και χειρουργικές εξαγωγές εγκλείστων δοντιών. (Δημητριάδης και συν, 2009)

Ακόμα οδοντιατρικές υπηρεσίες παρέχονταν στα **εξωτερικά ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων του ΕΟΠΥΥ** του ΤΥΠΕΤ, του ΤΥΠΑΤΕ, του ΕΔΟΑΕΠ, του ΤΑΠΕΠΑ και του ΕΤΑΠ ΕΥΔΑΠ, όπου

εργάζονται γενικοί Οδοντίατροι αλλά και εξειδικευμένοι ιατροί (περιοδοντολόγοι, προσθετολόγοι, ορθοδοντικοί) καθώς και βοηθητικοί υπάλληλοι (οδοντοτεχνίτες) για τη λειτουργία των εργαστηρίων.

Το 2006 το ΙΚΑ (τώρα υπάγεται στον ΕΟΠΥΥ) απασχολούσε στις υπηρεσίες του 978 Οδοντιάτρους, 45 Ορθοδοντικούς και 13 Γναθοχειρουργούς (πηγή ΙΚΑ, 2006 – ίδιοι υπολογισμοί: στο Τούντας 2008), αθροιστικά δηλαδή το 12,83% του συνόλου του ιατρικού προσωπικού. Άλλα ασφαλιστικά ταμεία επιλέγουν τη λύση της συνεργασίας με συμβεβλημένους οδοντιάτρους (ελάχιστα) στη βάση της προκαθορισμένης τιμής ή της κάλυψης ενός ποσοστού της αμοιβής κατά πράξη. Το ΙΚΑ ήταν ο κύριος οργανισμός που παρείχε οδοντιατρικές υπηρεσίες μέχρι το 2010, όπου η κυβέρνηση κατάργησε το ΙΚΑ και εισήγαγε την Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας και δημιουργήθηκε ένας νέος φορέας για τις υπηρεσίες υγείας ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2011 και το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) το 2014. (Damaskinos, 2016)

Πιο συγκεκριμένα, (πριν από το 2011), οι οδοντίατροι που είχαν συνάψει σύμβαση με έναν ή περισσότερους από 30 οργανισμούς είτε ήταν μισθωτοί (για παράδειγμα, από τα ταμεία ασφαλιστικής κάλυψης της Δημόσιας Επιχείρησης Ηλεκτρισμού (ΔΕΗ), των τηλεπικοινωνιών και των τραπεζών) είτε εργάζονταν σε οδοντιατρικές κλινικές των οργανισμών είτε στις δικές τους ιδιωτικές κλινικές. Το κύριο κόστος της οδοντιατρικής θεραπείας εξακολουθούσε να το επωμίζεται ο ασθενής. (Damaskinos, 2016) Παρά την συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων, η Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος (ΕΤΕ) εξακολουθεί να διαθέτει Κέντρα Οδοντικής Περίθαλψης στην Αθήνα, την Θεσσαλονίκη και την Πάτρα, παρέχοντας οδοντιατρική περίθαλψη με ελάχιστη συνεισφορά των ασφαλισμένων. Τα οποία αποτελούνται από 55 οδοντίατρους, 23 βοηθούς οδοντιάτρων, δύο οδοντοτεχνίτες και δύο ακτινολόγοι και το διοικητικό προσωπικό. (National Bank of Greece, 2015)

Στις υποδομές και τα νοσοκομεία των **Ενόπλων Δυνάμεων και του Λιμενικού Σώματος** (στρατιωτικά νοσοκομεία, ιατρεία στρατοπέδων, πολυιατρεία) παρέχεται οδοντιατρική περίθαλψη.

Ακόμα οδοντιατρικές υπηρεσίες παρέχονται στα **Δημοτικά Οδοντιατρεία** όπου προσφέρονται συνήθως συμβουλευτικές υπηρεσίες, αγωγές πρόληψης και απευθύνονται κυρίως στα παιδιά. (ενταγμένα και αυτά τυπικά στον ΕΟΠΥΥ)

Η νομοθεσία για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη (νόμος 3.054 / 2012) καθόρισε ότι το ΕΟΠΥΥ: (ΕΟΠΥΥ, 2012)

1. Θα παρέχει και θα αντισταθμίσει το κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης (πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία) για τους ασφαλισμένους.
2. Οι ασφαλισμένοι θα είναι επιλέξιμοι για θεραπεία και αποζημίωση για προληπτική, κλινική θεραπεία και προσθετική.
3. Οι ασφαλισμένοι θα έχουν την ελευθερία να επιλέξουν έναν οδοντίατρο από το δίκτυο, να λάβουν οδοντιατρική πρόληψη και θεραπεία.
4. Η οδοντιατρική περίθαλψη για παιδιά ηλικίας 6-12 ετών θα παρέχεται χωρίς κόστος για:

    - Οδοντιατρική εξέταση και πιστοποιητικό
    - Επείγουσα θεραπεία
    - Κλίμακα και φθορίωση, μία φορά το χρόνο.
    - Σφραγίσματα (έως και τέσσερα)
    - Εξαγωγή νεογιλών δοντιών
    - Ορθοδοντικός διαχειριστής χώρου – εάν απαιτείται.

Η επιτροπή διοίκησης της ΕΟΠΥΥ θα έχει το δικαίωμα να αποφασίζει για την παροχή άλλων αξιολογήσεων ανάλογα με τον προϋπολογισμό της και να επεκτείνει την οδοντιατρική περίθαλψη σε άτομα ηλικίας άνω των 6-12 ετών. Θα είχαν επίσης το δικαίωμα να εφαρμόζουν πρωτόκολλα για οδοντιατρική θεραπεία. Η επιστροφή για την οδοντιατρική θεραπεία θα εγκρινόταν και θα καταγραφόταν ηλεκτρονικά. Η ημερομηνία έναρξης εφαρμογής αυτού του καθεστώτος ήταν η 1η Ιανουαρίου 2014. Ωστόσο, αυτό δεν συνέβη. (ΕΟΠΥΥ, 2012)

Το 2011, 239 οδοντίατροι εργάστηκαν σε δημόσια νοσοκομεία που παρέχουν δευτεροβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη σε ιατρικά πολύπλοκους ασθενείς. Την ίδια χρονιά, 273 οδοντίατροι εργάστηκαν σε κέντρα υγείας. Αυτά είναι εξαπλωμένα σε όλη την χώρα στις αγροτικές περιοχές και τα νησιά και παρέχουν οδοντιατρική περίθαλψη για άτομα ηλικίας έως 18 ετών και επείγουσα θεραπεία για όλες τις ηλικίες, με έμφαση σχετικά με τα προληπτικά προγράμματα στα σχολεία και την οδοντιατρική κοινότητα. Αυτό ήταν σύμφωνο με τους νόμους (νόμος της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας 1387 το 1983) και υπουργικές αποφάσεις (Α3β / οικ.3.686 / 15-3-88 και Α3β / 3.984 / 26 (1990), οι οποίες διευκρινίζουν το φάσμα της οδοντιατρικής υγειονομικής περίθαλψης

που διατίθεται στα κέντρα πρωτοβάθμιας υγείας (ΦΕΚ 1983, ΚΕΣΥ 1984, 1985α, 1985β, 1987). (Damaskinos 2015, Hellenic Dental Federation, 2015). Στο παρακάτω πίνακα (Πίνακας 4) αναγράφονται οι οδοντίατροι που εργάζονταν στον δημόσιο τομέα το 2008, 2011 και 2015.

Place of work/ year	2008	2011	2015
Health centres	313	273	212
Hospitals	254	239	187
Universities	228	212	178
Army	72	72	68
Total dentists in public sector, universities, and army hospitals	867	796	645

Πηγή:Damaskinos, 2016

Πίνακας 4: Οδοντίατροι που εργάζονταν στον δημόσιο τομέα στην Ελλάδα

Νεότερα δεδομένα δείχνουν μειωμένο αριθμό οδοντιάτρων να εργάζονται στον δημόσιο τομέα, λόγω της οικονομικής κρίσης, ως αποτέλεσμα της συγχώνευσης των νοσοκομείων και της μαζικής συνταξιοδότησης των οδοντιάτρων από τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Έτσι, τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας δεν είναι επαρκώς επανδρωμένα. Επιπλέον, ο μέσος όρος ηλικίας των οδοντιάτρων και άλλων ιατρών στο δημόσιο τομέα είναι άνω των 55 ετών. Το 2012, υπήρχαν 192 οδοντίατροι που εργάζονταν σε κέντρα υγείας, εκ των οποίων το 72% ανέφεραν ότι εργάζονταν μόνοι τους, χωρίς βοηθούς οδοντιάτρου ή άλλη βοήθεια. (Syngelakis, 2014)

Όσο αναφορά τον **Ιδιωτικό Τομέα** οι οδοντίατροι κατέχουν την μεγαλύτερη αναλογία σε σχέση με την πληθυσμό στην Ευρώπη, όμως παρατηρείται πολύ μικρός αριθμός όσο αναφορά τους βοηθούς οδοντιάτρων και κανέναν οδοντίατρο υγιεινής (dental hygienist). (Koletsi-Kounari et al., 2011) Αναφέρεται μάλιστα ότι η πλειονότητα των οδοντιάτρων που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα δεν έχουν βοηθό ή νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό είναι εντυπωσιακό καθότι σε πρόσφατη σχετικά έρευνα αναφέρεται ότι οι βοηθοί οδοντίατρων είναι επαγγελματικά και οικονομικά ικανοποιημένοι. (Damaskinos & Economou, 2012)

Ο αριθμός των οδοντιάτρων ανά 10.000 κατοίκους αυξήθηκε σημαντικά ($p < 0.05$) από το 1982 (7.7) στο 2007 (13.0), κατατάσσοντας την Ελλάδα στην πρώτη θέση σε ό, τι αφορά τους

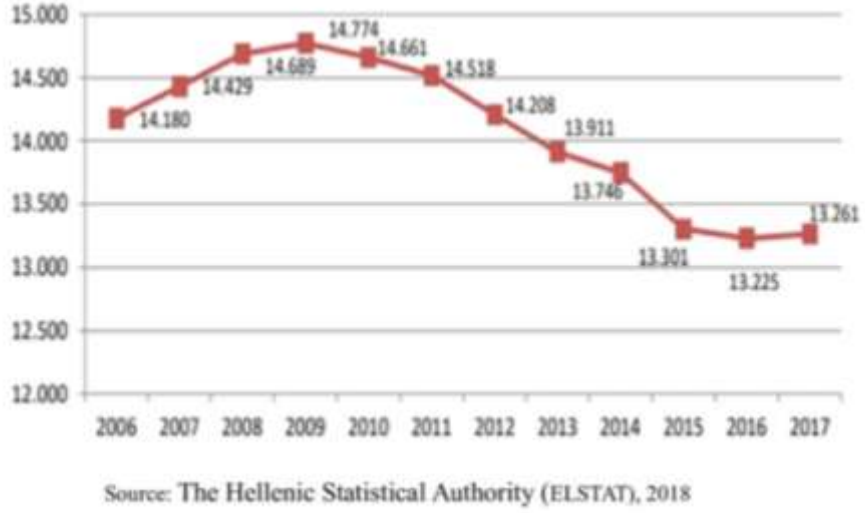
οδοντιάτρους ανά 10.000 κατοίκους, όλων των κρατών μελών της ΕΕ. (Koletsi-Kounari et al., 2011) Το 2008, ο συνολικός αριθμός οδοντιάτρων στην Ελλάδα ήταν 14.260, ενώ το 2011 παρατηρήθηκε μια μικρή μείωση (13.919). (Damaskinos, 2012). Την 1η Ιανουαρίου 2014 ο συνολικός αριθμός οδοντιάτρων ήταν 13.737. Η πλειοψηφία των ιδιωτικών οδοντικών κλινικών βρίσκεται στην Αττική (39,5%), στον Πειραιά (8%), και τη Μακεδονία (20,9%). Ωστόσο, όπως και σε πολλά άλλα κράτη μέλη της ΕΕ, δεν κατανέμονται ομοιόμορφα, καθώς λίγοι επιλέγουν να εργαστούν σε απομακρυσμένες περιοχές. (Πίνακας 5) (Hellenic Dental Federation, 2015)

Dental association/area	Dentists	Percent
Metropolitan area of Athens	6,533	47.6%
Attiki	5,423	39.5%
Piraeus	1,110	8.1%
Sterea Ellada Et Evia	621	4.5%
Peloponesse	998	7.3%
Ionian Islands	172	1.2%
Thessalia	804	5.9%
Macedonia	2,872	20.9%
Thessaloniki	1,672	12.2%
Epeiros	345	2.5%
Crete	623	4.5%
Thrace	314	2.3%
Aegean Islands	455	3.3%
Total dentists in Greece (2014)	13,737	100%

Πηγή: ΟΣΑ

Πίνακας 5: Κατανομή των Οδοντιάτρων στα επιμέρους μέρη της Ελλάδα το 2001.

Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς αναζητούσαν οδοντιατρική περίθαλψη κυρίως σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και όχι τακτικά και ακόμα λιγότερο προληπτικά.(Yfantopoulos et. al 2014) Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 14 στην περιορισμένη ζήτηση η οποία οδήγησε σε μείωση του αριθμού των οδοντιάτρων, μεγάλος αριθμός των οποίων έπρεπε να μεταναστεύουν και εργάζονται στο εξωτερικό. (The Hellenic Statistical Authority, 2017)



Διάγραμμα 14: Αριθμός Οδοντιάτρων στην Ελλάδα 2006-2017

Την 1 Ιανουαρίου του 2018 ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής δημοσίευσε την χωροταξική κατανομή των οδοντιάτρων με ιδιωτικά ιατρεία στην Αττική στον οποίο το σύνολο ήταν 3.982. (Πίνακας 6) Στον Πίνακα 7 παρατίθεται ο αριθμός των Οδοντιάτρων της Αττικής με ή χωρίς ιδιωτικό ιατρείο από το 2007 έως το 2018 όπου παρατηρείται σημαντική μείωσή τους από το 2012 στο 2013 και εκ τότε αυτή συνεχίζεται. (Hellenic Dental Federation, 2018)

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΜΕΛΗ
ΚΕΝΤΡΟ	364
ΚΥΨΕΛΗ	59
ΠΑΤΗΣΙΑ	162
ΠΛ.ΑΜΕΡΙΚΗΣ & ΛΕΒΙΔΟΥ	94
ΓΚΥΖΗ - ΝΕΑΠΟΛΗ	66
ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ	460
ΠΑΓΚΡΑΤΙ	142
Ν.ΚΟΣΜΟΣ - ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗ - ΚΟΥΚΑΚΙ	63
ΠΕΤΡΑΛΩΝΑ - ΘΗΣΕΙΟ	38
ΑΙΓΑΛΕΩ	79
ΑΓ.ΒΑΡΒΑΡΑ	24
ΧΑΙΔΑΡΙ	47
ΛΙΟΣΙΑ (Α. & Ν.)	82
ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΗ	43
ΚΑΜΑΤΕΡΟ	17

ΑΓ.ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ	31
ΑΧΑΡΝΕΣ	60
ΗΡΑΚΛΕΙΟ	67
Ν.ΙΩΝΙΑ	93
Ν.ΧΑΛΚΗΔΟΝΑ	10
Ν.ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑ	28
ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗ	7
ΑΓ.ΣΤΕΦ. ΕΚΑΛΗ, ΑΝΟΙΞΗ, ΚΡΥΟΝΕΡΙ, ΣΤΑΜΑΤΑ	13
ΚΗΦΙΣΙΑ	125
Ν.ΕΡΥΘΡΑΙΑ	32
ΠΕΥΚΗ	21
ΜΕΛΙΣΣΙΑ	32
ΜΑΡΟΥΣΙ	158
ΒΡΙΛΗΣΣΙΑ	47
ΠΕΝΤΕΛΗ	2
ΦΙΛΟΘΕΗ	0
ΧΑΛΑΝΔΡΙ	170
ΠΑΛΛΗΝΗ-ΓΕΡΑΚΑΣ-ΣΤΑΥΡΟΣ	28
ΑΓ.ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	126
ΨΥΧΙΚΟ	70
ΧΟΛΑΡΓΟΣ	68
ΠΑΠΑΓΟΣ	9
ΖΩΓΡΑΦΟΣ	77
ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗ	27
ΒΥΡΩΝΑΣ	49
ΗΛΙΟΥΠΟΛΗ	93
ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗ	25
ΤΕΡΨΙΘΕΑ (ΓΛΥΦΑΔΑΣ)	24
ΒΟΥΛΑ – ΒΑΡΚΙΖΑ	9
ΓΛΥΦΑΔΑ	86
ΕΛΛΗΝΙΚΟ	10
Ν.ΣΜΥΡΝΗ	60
ΔΑΦΝΗ	42
ΑΓ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	41
ΑΛΙΜΟΣ	30
Π.ΦΑΛΗΡΟ	41
ΚΑΛΛΙΘΕΑ	46
ΤΑΥΡΟΣ	7
ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΣ - ΜΟΣΧΑΤΟ	6
ΚΕΡΑΤΕΑ	7
ΠΑΙΑΝΙΑ	13
ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟ – Π. ΡΑΦΤΗ	15
ΣΠΑΤΑ	5
Ν.ΜΑΚΡΗ	16

Ν.ΠΕΡΑΜΟΣ	4
ΜΑΡΑΘΩΝΑΣ	3
ΕΡΥΘΡΕΣ	2
ΡΑΦΗΝΑ	14
ΚΑΛΥΒΙΑ	8
ΑΥΛΩΝΑΣ	4
ΚΑΠΑΝΔΡΙΤΙ - ΒΙΛΛΙΑ	7
ΑΝΑΒΥΣΣΟΣ	7
Ν.ΠΑΛΑΤΙΑ - ΩΡΩΠΟΣ	7
ΑΡΤΕΜΙΣ (ΛΟΥΤΣΑ)	9
ΚΑΛΑΜΟΣ	1
ΜΕΓΑΡΑ	23
ΕΛΕΥΣΙΝΑ	28
ΑΣΠΡΟΠΥΡΓΟΣ	13
ΚΟΡΩΠΙ	20
ΛΑΥΡΙΟ	7
ΜΑΝΔΡΑ - ΜΑΓΟΥΛΑ	6

Πηγή: ΟΣΑ

Πίνακας 6: Χωροταξική κατανομή των οδοντιάτρων στην Αττική, 2018

ΕΤΟΣ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΜΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΧΩΡΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ
2018	3982	1132	5114
2017	4068	1106	5192
2016	4099	1029	5128
2015	4124	950	5072
2014	4354	1041	5395
2013	4453	990	5443
2012	4850	1055	5905
2011	4862	1055	5917
2010	4865	1023	5888
2009	4860	980	5840
2008	4786	1019	5805
2007	4705	1024	5729

Πηγή: ΟΣΑ

Πίνακας 7: Οδοντίατροι στην Αττική από το 2007 - 2019 με ή χωρίς ιδιωτικό ιατρείο

Όσο αναφορά τους τα οδοντοτεχνικά εργαστήρια υπάρχουν περίπου 4.500 οδοντοτεχνίτες στην Ελλάδα και εργάζονται σε 1.400-1.500 οδοντοτεχνικά εργαστήρια, τα οποία βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα (50%), στον Πειραιά (12%) και στη Θεσσαλονίκη. (Damaskinos et al., 2016)

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν βοηθοί οδοντιάτρου καθώς αυτή η ειδικότητα δεν αναγνωρίζεται. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν 2.300 βοηθοί οδοντιατρικού, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν τους οδοντιάτρους αλλά δεν μπορούν να εργαστούν στα στόματα του ασθενούς. Η εκπαίδευσή τους προέρχεται είτε σε κρατικά είτε ιδιωτικά σχολεία από τον Οργανισμό Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (Ι.Κ.Κ.) ή συχνότερα από ιδιωτικούς οδοντιάτρους. Η Περιφέρεια Αττικής διενήργησε εξετάσεις δύο φορές το χρόνο και οι επιτυχείς υποψήφιοι έλαβαν

πιστοποιητικό που εξασφάλιζε ότι διαθέτουν τις γνώσεις τους για να εργαστούν ως βοηθοί οδοντιάτρων. Ωστόσο, από το 2012 κανείς δεν έχει υποβάλει αίτηση για να λάβει τις εξετάσεις. Εν μέρει, αυτό εξηγείται από την πληθώρα των οδοντιάτρων και επειδή μερικοί νέοι οδοντίατροι εργάζονται για μερικά χρόνια ως οδοντίατροι με έμπειρο οδοντίατρο, έτσι δεν υπάρχει ζήτηση για πιστοποιημένους βοηθούς. (Damaskinos et al, 2016)

Οδοντιατρικές υπηρεσίες παρέχονται επίσης και στις **Πανεπιστημιακές Κλινικές των Οδοντιατρικών Σχολών**. Η οδοντιατρική εκπαίδευση στην Ελλάδα προσφέρεται από τις δύο οδοντιατρικές σχολές, μία στην Αθήνα και η άλλη στη Θεσσαλονίκη. Ο συνολικός αριθμός των φοιτητών που εγγράφονται κάθε χρόνο σε αμφότερα τα πανεπιστήμια είναι περίπου 280. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι ο αριθμός αυτός θα πρέπει να μειωθεί επειδή ο αριθμός των οδοντιάτρων είναι ήδη πολύ μεγάλος για τις ανάγκες του πληθυσμού. (Damaskinos et al, 2016)

Και τα δύο Πανεπιστήμια προσφέρουν ένα πενταετές προπτυχιακό πρόγραμμα. Στην Αθήνα αυτό οδηγεί σε πτυχίο Οδοντιατρικής Χειρουργικής (DDS). Επιπλέον, η Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών παρέχει δύο κύκλους μεταπτυχιακών σπουδών (μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης ή διδακτορικό δίπλωμα). Κατά το ακαδημαϊκό έτος 2013- 2014, οι φοιτητές έφθασαν τα 640 και οι μεταπτυχιακοί φοιτητές 175. (Damaskinos et al, 2016)

Στο Οδοντιατρείο της Θεσσαλονίκης έχουν εγγραφεί 770 προπτυχιακοί και 189 μεταπτυχιακοί φοιτητές. Μελετούν κατά τη διάρκεια ενός πενταετούς προπτυχιακού προγράμματος, το οποίο οδηγεί σε πτυχίο Οδοντιατρικής Χειρουργικής (DDS). Επιπλέον, η Σχολή Οδοντιατρικής παρέχει δύο κύκλους μεταπτυχιακών σπουδών. Ο πρώτος κύκλος διαρκεί δύο ή τρία χρόνια και οδηγεί σε μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης (MSc). Ο δεύτερος κύκλος διαρκεί τρία χρόνια και οδηγεί σε διδακτορικό δίπλωμα. (Damaskinos et al, 2016)

Μεταξύ του 2009 και του 2014, 646 διδακτορικοί φοιτητές αποφοίτησαν από την Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών και 599 αποφοίτησαν από την Οδοντιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης.

Μετά την αποφοίτησή τους πρέπει να έχουν άδεια να εργαστούν ως οδοντίατροι. Αυτή η ειδική άδεια εκδίδεται από τις περιφερειακές αρχές και στη συνέχεια ο οδοντίατρος πρέπει να εγγραφεί στην τοπική οδοντιατρική ένωση (στην περιοχή του / της). (Damaskinos et al, 2016)

Οι οδοντοτεχνίτες εκπαιδεύονται σε τεχνολογικά εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΤΕΙ), αλλά οι βοηθοί οδοντοτεχνίτη εκπαιδεύονται στο ΕΠΑΣ (ΕΠΑ.Σ), δηλαδή στη δευτεροβάθμια τεχνική εκπαίδευση όπου υπάρχει ειδική εκπαίδευση για τους βοηθούς οδοντοτεχνίτη (Νομοθεσία 1245 / τΒ / 01 -07-2008). (Damaskinos et al, 2016)

Οδοντοτεχνίτες μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης στο Τ.Ε.Ι. (οκτώ εξάμηνα), έχουν εξάμηνη πρακτική άσκηση, σε συγκεκριμένες τοποθετήσεις στον κρατικό τομέα, καθώς και σε ιδιωτικές επιχειρήσεις. Είναι σε θέση να εγγραφούν στον σύλλογο οδοντοτεχνίτη (όπου ζουν) και να ασκούνται μόνο αφού περάσουν με επιτυχία τις κρατικές εξετάσεις για οδοντοτεχνίτες που προσφέρονται από το Υπουργείο Υγείας μία φορά το χρόνο (Νομοθεσία 1666/86 και Ελάχιστο Ψήφισμα 7,456 / 94). (Damaskinos et al, 2016)

3.2 Σύστημα πληρωμών και συγχρηματοδότησης για την Στοματική Υγεία των ασθενών

Είναι ζωτικής σημασίας η Οδοντιατρική Υγεία να αναγνωρίζεται από την επιστημονική κοινότητα ως αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας και της ποιότητας της υγείας ενός ατόμου, καθώς είναι αλληλένδετα με ιατρικούς, κοινωνικούς, φορολογικούς και αναπτυξιακούς δείκτες. Οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες του πληθυσμού είναι καθοριστικοί παράγοντες στην παροχή των Οδοντιατρικών Υπηρεσιών.(Syggelakis et al. 2013)

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και η κάλυψη από την στοματική υγείας χρηματοδοτούνται μέσω τριών διαφορετικών μεθόδων: (Damaskinos et al. 2012, Economou et al. 2015, Economou et al. 2012, Economou et al. 2010)

1. Από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας και των Μονάδων Υγείας για την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη
2. Με συμβολές τόσο των εργαζομένων όσο και των εργοδοτών μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης που συγχωνεύθηκαν στον ΕΟΠΥΥ
3. Κυρίως με άμεσες πληρωμές από τον ασθενή μέσω του ιδιωτικού τομέα.

Η οικονομική κρίση οδήγησε σε μείωση των δημόσιων δαπανών και αύξηση των φορολογικών εσόδων, το οποίο επηρέασε τη χρηματοδότηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και συνέβαλε στη σημαντική αύξηση των άμεσων πληρωμών από τον ασθενή στον

κλινικό ιατρό για την υγεία και την στοματική υγεία καθώς και στην αύξηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και της στοματικής υγείας. (Βάγιας & συν. 2016)

Είναι προφανές, πως οι οδοντιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα συνάδουν με ανισότητες των κατώτερων κοινωνικο-οικονομικών στρωμάτων τόσο σε πρόσβαση όσο και σε ποιότητα. Οι ανισότητες αυτές δημιουργούνται καταρχήν γιατί το κρατικό τιμολόγιο (Άρθρο 3 του Π.Δ. 98/2.4.93 ΦΕΚ 46^{Α}) (Πίνακας 8) των οδοντιατρικών πράξεων δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα με αποτέλεσμα ουσιαστικά κανείς να μην το χρησιμοποιεί αλλά και οι οδοντίατροι να μην επιδιώκουν να συμβεβληθούν με τα ταμεία. Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών από τα ταμεία σχετίζεται και με τον αναχρονιστικό τρόπο οργάνωσής τους όπου είναι ταυτόχρονα και παραγωγοί και καταναλωτές, ενώ απουσιάζουν τελείως οι διαδικασίες αξιολόγησης. (Λυγιδάκης και συν. 2007). Επίσης, όπως απέδειξε η οικονομική κρίση, η δυνατότητα του μέσου Έλληνα να ανταπεξέρχεται στις πολύ υψηλές out of pocket χρεώσεις δεν ανταποκρινόταν στην πραγματικότητα αλλά ήταν παροδική και συνέπεια του υπέρμετρου δανεισμού, των πολύ υψηλών μισθών και συντάξεων αλλά και της αλματώδους ανάπτυξης της μεταπολεμικής παγκόσμιας οικονομίας (λόγω απελευθέρωσης των αγορών αλλά και της επανάστασης της υψηλής τεχνολογίας) η οποία αποτελεί παρελθόν. (Βάγιας & συν. 2016)

Α/Α	Εργασία	Εγκρινόμενο Ποσό (ΕΥΡΩ)
1	Ακτινογραφίες ενδοστομικές	2,47
2	Γναθογραφία πανοραμική	3,99
3	Πιστοποιητικό μετά από εξέταση	5,46
4	Εξέταση προς αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού (οδοντοφατνιακό απόστημα, συρραφή τραύματος κλπ)	6,34
5	Αφαίρεση στεφάνης	3,64
6	Αφαίρεση γέφυρας κατά στήριγμα	3.64
7	Φθορίωση δοντιών με τοπική επάλειψη φθοριούχου διαλύματος κάθε χρόνο μέχρι 13 ετών	9,07

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ		
1	Εμφράξεις από αμάλγαμα ή πυριτική κονία :	6,34
α	απλές	6,34
β	σύνθετες	7,87
2	Εμφράξεις από σύνθετες ρητίνες σε πρόσθια δόντια και παρειακές επιφάνειες προγομφίων	6,66
3	Εμφράξεις από χυτό χρυσό	14,06
4	Ανασύσταση δοντιών από :	
α	Αμάλγαμα με καρφίδες	11,77
β	Σύνθετες ρητίνες με καρφίδες	11.77
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ		
1	Αφαίρεση μικρών όγκων βλεννογόνου του στόματος	15,55
2	Αφαίρεση καλύπτρας	6,34
3	Αφαίρεση κύστης	16,35
4	Αφαίρεση επουλίδας	10,89
5	Λήψη τεμαχίων και ραφή για βιοψία, που αποδεικνύεται με έκθεση	8,63
6	Εξαγωγή δοντιού ή ρίζας	6,34
7	Εξαγωγή έγκλειστου δοντιού μετά από ακτινογραφία	21,72
8	Ακρορριζεκτομή	16,35
9	Εκτομή χαλινού	10,89
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ		
1	Πολφοτομή	10,89
2	Ενδοδοντική θεραπεία πολφεκτομή ή θεραπεία πολφού δοντιού :	
α	Μονόρριζα δόντια	16,35
β	Πορύρριζα δόντια	20,22

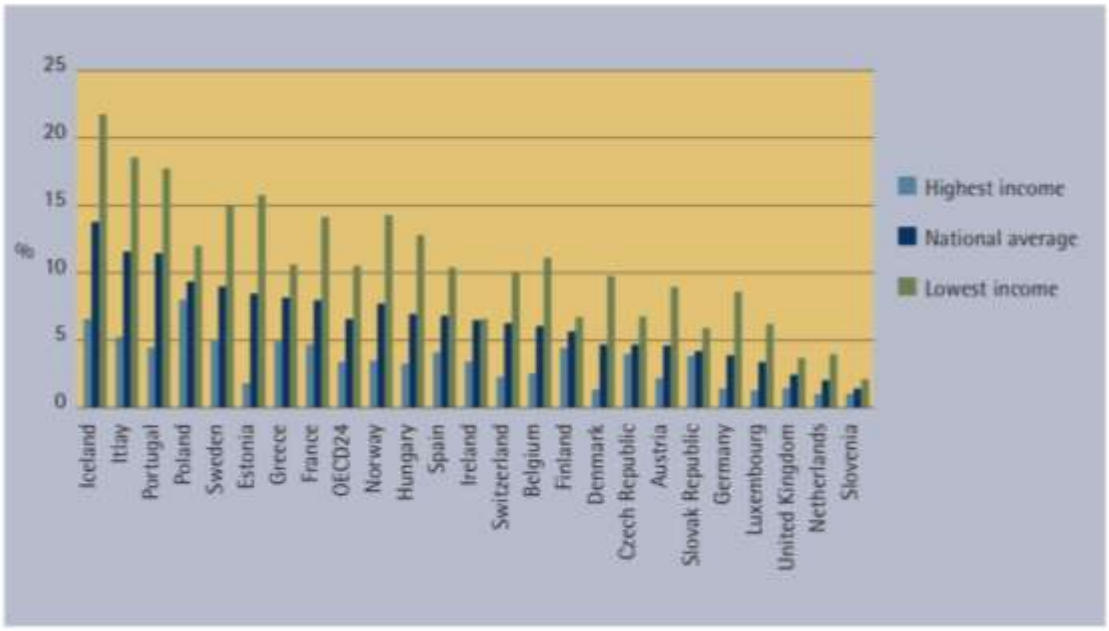
3	Αναφύτευση δοντιού και ακινητοποίηση με νάρθηκα	21,72
	ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	
1	Αποτρύγωση δοντιών – αφαίρεση πλακών	7,87
2	Θεραπεία εντοπισμένης ουλίτιδας	14,06
3	Θεραπεία γενικευμένης χρονίας ουλίτιδας	20,22
4	Θεραπεία περιδοντίτιδας με θυλάκους με ακτινογραφικά κριτήρια	24,86
5	Χειρουργικές επεμβάσεις επί νόσου του περιδοντίου ανά τεταρτημόριο	14,79
6	Ακρωτηριασμός δοντιού, εκτομή ρίζας ή διχοτόμηση	10,89
	ΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ	
1	Χυτά άγκιστρα	15,55
2	Επιδιόρθωση οδοντοστοιχίας	12,12
3	Αναπροσαρμογή βασικής πλάκας οδοντοστοιχίας (αναγόμωση) ανά διετία	25,77
4	Προσθήκη για κάθε δόντι	6,10
5	Μερική οδοντοστοιχία από ακρυλικό	85,52
6	Μερική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου από ανοξείδωτα μέταλλα	136,79
7	Ολική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου	128,19
	ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ	
1	Ενδιάμεσο δόντι γεφυρών από χρυσό ή άλλα κράματα μετάλλων βιολογικώς ανεκτά, εξολοκλήρου χυτά ή με όψη ακρυλική	34,28
2	Δόντια με άξονα (Richmand ή Davis)	30,84
3	Στεφάνες από ακρυλικό (εκτός γομφίων)	23,13
4	Ενδιάμεσα γεφυρών από ακρυλικό (εκτός γομφίων)	22,89
5	Στεφάνες εξολοκλήρου χυτές ή με όψη ακρυλική από χρυσό ή κράματα μετάλλων	38,59

6	Στεφάνες από χρυσό δύο τεμαχίων ή άλλου τύπου	23,13
Ο χρυσός ή η χρυσοπλατίνη και τα άλλα κράματα μετάλλων επιβαρύνουν σε όλες τις περιπτώσεις τον ασφαλισμένο		
ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ		
1	Ορθοδοντική θεραπεία Άνω και Κάτω Γνάθου	880,41

Πηγή: ΕΦΚΑ, 12 Ιουνίου *2019*

Πίνακας 8: Πίνακας οδοντιατρικών αμοιβών

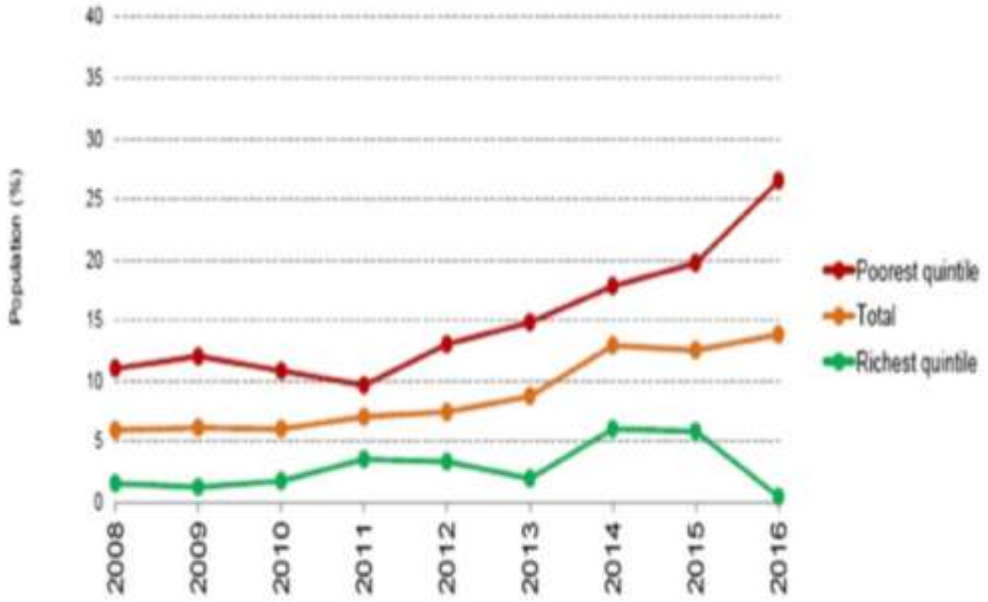
Η ανισότητα που προέκυψε φαίνεται από τα πρώτα κιόλας χρόνια της οικονομικής κρίσης όπου το 2011 στην Ελλάδα οι ανικανοποίητες οδοντιατρικές ανάγκες των κατώτερων τάξεων αποτελούν το 11% του πεμπτημορίου του εισοδήματος (income quintile), ενώ στις ανώτερες τάξεις αγγίζει μόλις το 5% (Διάγραμμα 15). (Damaskinos et al. 2015)



Πηγή: OECD

Διάγραμμα 15: Ανικανοποίητες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ανά πεμπτημόριο εισοδήματος στην χώρες της ΕΕ το 2011.

Το ίδιο υποστηρίζουν και πιο πρόσφατα δεδομένα από τον ΠΟΥ τα οποία αναφέρουν ότι η Οδοντιατρική Υγεία στην Ελλάδα έχει επιδεινωθεί και έχει διευρυνθεί και το χάσμα μεταξύ της εύπορης και μη κοινωνικής τάξης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, οι ανώτερες κοινωνικές τάξεις να έχουν περιορισμένες ανικανοποίητες ανάγκες, ενώ οι οικονομικά ασθενέστερες έχουν υψηλό ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών. (European Distributors of Statistical Software 2018) (Διάγραμμα 16)



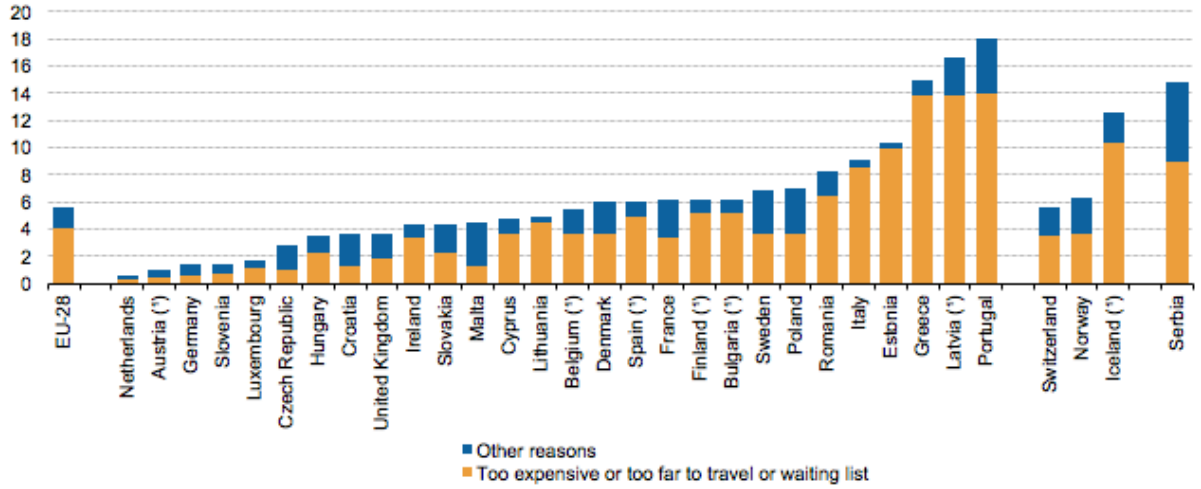
Sourse: European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), 2018

Διάγραμμα 16: Ανικανοποίητες οδοντιατρικές ανάγκες κατά την περίοδο 2008 έως 2016

Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στην υπόλοιπη ΕΕ. Πιο συγκεκριμένα είναι συνηθισμένο να διαπιστώσετε υψηλότερο ποσοστό του πληθυσμού στα κράτη μέλη της ΕΕ που δηλώνει ότι είχαν ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη με σχέση τις ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες. Το 2016 το ποσοστό των ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη ήταν κατά μέσο όρο 4,1% σε ολόκληρη την ΕΕ σε σύγκριση με το ποσοστό του 2,6% για ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες. Οι μόνες εξαιρέσεις σε αυτό παρατηρήθηκαν στην Εσθονία, την Πολωνία και την Κροατία, όπου ήταν πιο κοινό για τους ανθρώπους να έχουν ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες (Eurostat, 2018)

Σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, τουλάχιστον 1 στους 10 Εσθονούς, Λετονούς, Έλληνες και Πορτογάλους δήλωσαν ότι είχαν ανεκπλήρωτες οδοντικές ανάγκες το 2016. Τα εμπόδια πρόσβασης στην οδοντιατρική περίθαλψη ήταν σημαντικά υψηλότερα μεταξύ των φτωχότερων μελών της κοινωνίας, καθώς πάνω από το ¼ των οικονομικά ασθενέστερες πολιτών στο πρώτο πεμπτημόριο του εισοδήματος στη Λετονία, στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα ανέφεραν ανεκπλήρωτες οδοντικές ανάγκες. Στην Ελλάδα, σημειώθηκε πολύ μεγάλες διαφορές μεταξύ των μεριδίων των ανώτερων και κατώτατων πεμπτημόριων του εισοδήματος σε αυτούς που ανέφεραν ότι είχαν μη ικανοποιημένες οδοντικές ανάγκες (0,4% έναντι 26,5%), ενώ στην Πορτογαλία υπήρχε επίσης σημαντική διαφορά (2,7% σε σύγκριση με 27,0%). Υπήρχαν πολλά άλλα κράτη μέλη της ΕΕ όπου τα άτομα με τα χαμηλότερα εισοδήματα ήταν πολύ πιο πιθανό να έχουν ανεκπλήρωτες οδοντικές ανάγκες: για παράδειγμα στο Λουξεμβούργο, την Ισπανία, τη Μάλτα, την Ουγγαρία και την Αυστρία. Το μερίδιο του χαμηλότερου εισοδηματικού πεμπτημορίου των ατόμων με τις μη ικανοποιημένες οδοντικές ανάγκες ήταν πάνω από 10 φορές υψηλότερο από το μερίδιο που καταγράφηκε για το υψηλότερο εισοδηματικού πεμπτημορίου. (Eurostat, 2018)

Το 2016, περίπου το 5,6% του πληθυσμού ηλικίας 16 ετών και άνω στην ΕΕ ανέφερε ότι δεν είχε ικανοποιήσει τις ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία. Ως εκ τούτου, το μερίδιο του πληθυσμού με ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν μεγαλύτερο για την οδοντιατρική περίθαλψη απ 'ό, τι για την ιατρική περίθαλψη. Για την οδοντιατρική περίθαλψη, το ποσοστό του πληθυσμού που δεν καλύπτεται από ανάγκες κυμαίνεται από 1% στην Αυστρία έως 15% στην Ελλάδα, με την Ολλανδία να βρίσκεται κάτω από αυτό το εύρος και τη Λετονία και την Πορτογαλία πάνω από αυτό (βλ. Σχήμα 7). Αν ληφθούν υπόψη μόνο οι λόγοι που σχετίζονται με την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης - οι οικονομικοί λόγοι (υπερβολικά ακριβοί), οι μεταφορές (πολύ μακριά για ταξίδια) ή η επικαιρότητα (μακροχρόνιες λίστες αναμονής) - 4,1% του ενήλικου πληθυσμού της ΕΕ ανέφεραν ότι είχαν ανεκπλήρωτες οδοντιατρικές ανάγκες σε ποσοστό που κυμάνθηκε από λιγότερο από 1% στην Ολλανδία, την Αυστρία, τη Γερμανία και τη Σλοβενία έως 10% ή περισσότερο στην Εσθονία, την Ελλάδα, τη Λετονία και την Πορτογαλία. (Διάγραμμα 17) (Eurostat, 2018)



(¹) 2015.
Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_22)

Διάγραμμα 17: Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανεπανόρθωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία, 2016

Συνολικά, στην ο πιο συνηθισμένος κύριος λόγος για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία ήταν ότι ήταν υπερβολικά ακριβό. Αυτός ο λόγος αντιπροσώπευε μόνο τα δύο τρίτα όλων των ατόμων που ανέφεραν μη ικανοποιημένη ανάγκη για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία, που αντιστοιχεί στο 3,7% του συνολικού πληθυσμού. (Πίνακας 9) (Eurostat, 2018)

	All other reasons	Reasons related to the health system				Reasons other than those related to the health system					
		Total	Too expensive	Too far to travel	Waiting list	Total	No time	Didn't know any good doctor or specialist	Fear of doctor, hospital, examination or treatment	Wanted to wait and see if problem got better on its own	Other
EU-28	5.6	4.1	3.7	0.0	0.3	1.5	0.3	0.1	0.5	0.2	0.4
Belgium (¹)	5.4	3.7	3.5	0.1	0.1	1.7	0.5	0.0	0.5	0.3	0.4
Bulgaria (¹)	6.2	5.2	5.0	0.0	0.2	1.0	0.2	0.0	0.2	0.4	0.1
Czech Republic	2.8	1.0	0.6	0.1	0.3	1.8	0.3	0.1	0.5	0.3	0.4
Denmark	6.0	3.7	3.7	0.0	0.1	2.3	0.3	0.1	0.4	0.4	1.0
Germany	1.4	0.6	0.6	0.0	0.0	0.8	0.1	0.0	0.2	0.1	0.4
Estonia	10.4	10	9.3	0.1	0.6	0.4	0.1	0.0	0.2	0.1	0.0
Ireland	4.4	3.4	3.2	0.0	0.2	1.0	0.2	0.0	0.3	0.2	0.3
Greece	14.9	13.8	13.5	0.1	0.2	1.1	0.2	0.0	0.2	0.5	0.1
Spain (¹)	6.0	4.9	4.9	0.0	0.1	1.1	0.2	0	0.4	0.1	0.3
France	6.1	3.4	2.9	0.1	0.4	2.7	0.6	0.2	1.0	0.4	0.5
Croatia	3.6	1.2	0.9	0.1	0.1	2.4	0.7	0.0	0.7	0.5	0.4
Italy	9.1	8.5	8.1	0.1	0.3	0.6	0.1	0.0	0.2	0.1	0.1
Cyprus	4.8	3.6	3.6	0.0	0.0	1.2	0.8	0.0	0.2	0.2	0.1
Latvia (¹)	16.6	13.9	13.5	0.2	0.2	2.7	0.7	0.1	1.3	0.5	0.2
Lithuania	4.9	4.5	3.6	0.1	0.9	0.4	0.1	0.0	0.1	0.1	0.2
Luxembourg	1.7	1.1	1.1	0	0.0	0.6	0.1	0.1	0.3	0.2	0
Hungary	3.5	2.2	2.0	0.1	0.0	1.3	0.3	0.0	0.6	0.3	0.1
Malta	4.5	1.2	1.1	0	0.1	3.3	0.2	0	0.5	0.2	2.3
Netherlands	0.6	0.3	0.3	0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
Austria (¹)	1.0	0.4	0.3	0	0.1	0.6	0.1	0.0	0.2	0.1	0.2
Poland	7.0	3.7	2.9	0.1	0.7	3.3	1.1	0.0	1.2	0.6	0.3
Portugal	18.0	14.0	13.8	0.1	*0.1*	*4.0*	1.1	0.0	*1.5*	*0.6*	*0.8*
Romania	8.3	6.5	6.3	0.1	0.1	1.8	0.4	0.1	0.7	0.4	0.3
Slovenia	1.4	0.7	0.4	0	0.3	0.7	0.2	0.0	0.1	0.1	0.2
Slovakia	4.4	2.3	1.7	0.1	0.5	2.1	0.5	0.1	0.6	0.6	0.3
Finland (¹)	6.1	5.2	0.3	0.0	4.9	0.9	0.1	0.0	0.1	0.1	0.7
Sweden	6.9	3.6	3.5	0	0.1	3.3	0.7	0.2	0.8	0.8	0.8
United Kingdom	3.6	1.8	1.4	0	0.3	1.8	0.2	0.1	0.6	0.1	0.8
Iceland (¹)	12.6	10.4	10.2	0.1	0.0	2.2	0.1	0	0.4	0.1	1.5
Norway	6.3	3.6	3.6	0.0	0.0	2.7	0.8	0.1	0.8	0.3	0.7
Switzerland	5.6	3.5	3.4	0.0	0.1	2.1	0.6	0.1	0.6	0.2	0.8
Serbia	14.8	8.9	8.1	0.5	0.4	5.9	1.2	0.0	1.9	0.7	2.0

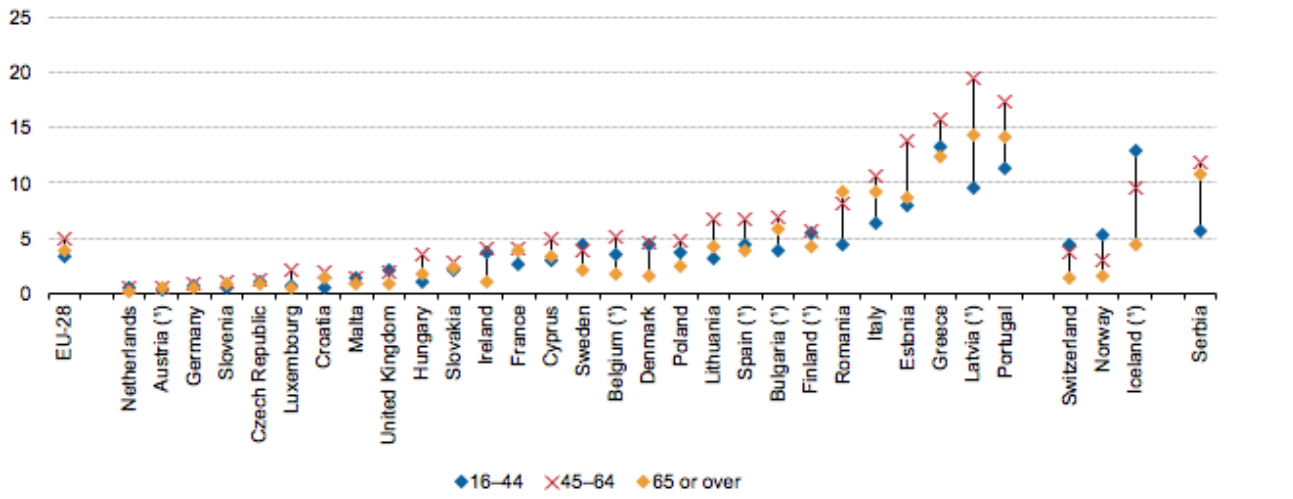
(¹) 2015.
Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_22)

Πίνακας 9: Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανεπανόρθωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία με λεπτομερή αιτιολογία, 2016

Μετά από το κόστος, οι ακόλουθοι συνηθέστεροι κύριοι λόγοι που αναφέρθηκαν για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία ήταν ο φόβος (οδοντιάτρων, νοσοκομείων, εξετάσεων ή θεραπείας) που αναφέρονται από το 0,5% του πληθυσμού, ακολουθούμενος από έλλειψη χρόνου και καταλόγων αναμονής, κατά 0,3% του πληθυσμού. Λιγότεροι συνηθισμένοι κύριοι λόγοι οφείλονταν στην αναμονή για να διαπιστωθεί αν το πρόβλημα επιλύθηκε ή ότι το άτομο δεν γνώριζε έναν καλό οδοντίατρο ή ειδικό, αναφέρθηκαν κατά 0,2% και 0,1% του πληθυσμού, αντίστοιχα. Το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρθηκε ως ο κύριος λόγος ότι ήταν πολύ μακριά για να ταξιδέψει δεν ήταν σημαντικό. Εκτός από αυτούς τους επτά καθορισμένους κύριους λόγους, ένα περαιτέρω 0,4% του πληθυσμού έδειξε έναν άλλο (μη καθορισμένο) κύριο λόγο για μια μη ικανοποιημένη ανάγκη για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία. (Eurostat, 2018)

Ακόμη ο μεγάλος κατάλογος αναμονής που εμποδίζει μια οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία ήταν ο συχνότερος κύριος λόγος που παρατηρήθηκε στη Φινλανδία. Σε όλα τα υπόλοιπα 26 κράτη μέλη της ΕΕ, το κόστος μιας οδοντιατρικής εξέτασης ή θεραπείας ήταν ο πιο συνηθισμένος κύριος λόγος για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες. Στη Βουλγαρία, την Εσθονία, την Ελλάδα, την Ισπανία, την Ιταλία και τη Λετονία, καθώς και την Ισλανδία, τουλάχιστον τέσσερις στους πέντε ανθρώπους με ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία ανέφεραν ότι ήταν επειδή μια οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία ήταν υπερβολικά δαπανηρή. Σε άλλα 11 κράτη μέλη της ΕΕ, τουλάχιστον οι μισοί από τους ανθρώπους που ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία ανέφεραν έξοδα ως κύριο λόγο. Το ίδιο ισχύει για τη Νορβηγία, την Ελβετία και τη Σερβία. (Eurostat, 2018)

Η μεσαία ηλικιακή ομάδα (άτομα ηλικίας 45-64 ετών) ήταν πιθανότερο να αναφέρει ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω υψηλού κόστους, αποστάσεων ταξιδιού ή λιστών αναμονής σε όλα τα κράτη μέλη εκτός από τέσσερα κράτη μέλη της ΕΕ. Στη Ρουμανία, η αναφορά των ανεκπλήρωτων αναγκών αυξήθηκε σταδιακά με την αύξηση της ηλικίας. Στην Ολλανδία, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, καθώς και στην Ισλανδία, τη Νορβηγία και την Ελβετία, οι ηλικιωμένοι (ηλικίας 65 ετών και άνω) ανέφεραν ότι δεν ικανοποιούν τις ανάγκες τους λιγότερο συχνά από άτομα ηλικίας 16-44 ετών ή 45-64 ετών. Όσο αναφορά την Ελλάδα παρατηρούμε ότι οι ηλικίες 16-44 και 65 και άνω έχουν σχεδόν το ίδιο ποσοστό ανικανοποιήτων οδοντατρικών αναγκών (περίπου 12.5%), ενώ η ηλιακή ομάδα 45-65 παρουσίαζει μια μικρή αύξηση (15%). Ακόμα, παρατηρούμε ότι συγκρίνοντάν την χώρα μας με τις υπόλοιπες της ΕΕ είναι μέσα στις τρεις με τα υψηλότερα ποσοστά μη ικανοποιημένων οδοντιατρικών αναγκών (Διάγραμμα 18). (Eurostat, 2018)



(¹) 2015.
Note: Ranked on the overall share of persons reporting unmet needs for dental examination or treatment due to being too expensive, too far to travel or waiting lists.
Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_22)

Διάγραμμα 18: Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανεπανόρθωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω υπερβολικά δαπανηρού, υπερβολικά μεγάλου αριθμού ταξιδιών ή καταλόγων αναμονής, κατά ηλικία 2016.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας είναι το πιο ιδιωτικοποιημένο σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ. Οι ιδιωτικές δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες αντιπροσωπεύουν σημαντικό μέρος των συνολικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών. Το 2008, η οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα αντιπροσώπευε πάνω από το 1% του ΑΕΠ και το 96% αυτού του 1% ήταν ιδιωτικές δαπάνες. Επιπλέον, την ίδια χρονική περίδο, τα έξοδα για την οδοντιατρική υγεία κοστίζουν το 2% του συνολικού προϋπολογισμού των νοικοκυριών.(Hellenic Statistical Authority 2014, Koletsi-Kounari et al. 2007, Economou et al. 2012)

Σύμφωνα με τον Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής (ΟΣΑ), οι ασθενείς καλύπτουν πάντα οι ίδιοι τα έξοδα των οδοντιατρικών τους αναγκών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι οδοντιατρικές δαπάνες να απαιτούν το 31% των εξόδων του νοικοκυριού. Λόγω της έλλειψης της δημόσιας χρηματοδότησης για την κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών κάθε νοικοκυριό στην Ελλάδα φέρει το βάρος των εξόδων οδοντιατρικής περίθαλψης, τα οποία καταλαμβάνουν περίπου το 1/3 των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης σε ετήσια βάση. (Attika Dental Association, 2007)

Όσο αναφορά την χρονική περίοδο 2009 – 2013 η Ελληνική Στατιστική Αρχή παραθέτει τα ακόλουθα δεδομένα: (Hellenic Statistical Authority, 2009– 2013)

- Μεταξύ 2009 και 2013, το κόστος για την οδοντιατρική περίθαλψη μειώθηκε κατά 57%, από 1,97 δισ. το 2009 σε 847 εκατ. Ευρώ το 2013.
- Οι δημόσιες δαπάνες (εξαιρουμένης της κοινωνικής ασφάλισης) μειώθηκαν στα 1,61 εκατ. το 2013 από 3,77 εκατ. το 2009 (-57,29%).
- Παρατηρήθηκε κατάρρευση του κόστους της κοινωνικής ασφάλισης από 19,51 εκατομμύρια το 2009 σε 1,21 εκατομμύρια ευρώ το 2013 (-93,79%).
- Οι ιδιωτικές δαπάνες για την οδοντιατρική περίθαλψη αφορούν μόνο ιδιωτικές πληρωμές και μειώθηκαν από 1953,56 εκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 843 εκατομμύρια ευρώ το 2013 (-56,8%).
- Το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών για οδοντιατρικές υπηρεσίες σε σύγκριση με το σύνολο των out-of-pocket πληρωμών για υπηρεσίες και προϊόντα υγείας μειώθηκε (28% το 2009, 16,5% το 2013)

Το 2017 οι Diamantopoulos και Niakas δημοσίευσαν το άρθρο τους με θέμα: «Οι επιδράσεις της Οικονομικής Κρίσης στην ζήτηση και παροχή Οδοντιατρικών Υπηρεσιών στην Ελλάδα» συμπεραίνοντας ότι οι οδοντιατρικές δαπάνες και το εισόδημα των οδοντιάτρων κατέρρευσαν κατά τη διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης και η μόνη ζήτηση για οδοντιατρικές υπηρεσίες που έμεινε σταθερή αφορά περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και διαχείρισης του πόνου. Αυτή η ξαφνική μείωση των δαπανών για οδοντιατρικές υπηρεσίες παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 10). (Diamantopoulos & Niakas,2017)

Year	Total expenditure		Household expenditure		Social insurance funds expenditure		Government expenditure (excluding social insurance)		Private insurance expenditure	
	Greece	OECD average	Greece	OECD average	Greece	OECD average	Greece	OECD average	Greece	OECD Average
2009	253.43	177	250.37	101.40	2.57	46.06	0.48	13.74		38.89
2010	213.81	179.68	211.35	102,00	2.19	46.65	0.25	14.10		40.63
2011	192.43	188.62	190.11	106.95	2.02	48.07	0.29	20.06		42.34
2012	125.03	183.84	124.29	105.20	0.55	49.27	0.19	20.67		45.17
2013	120.06	186.25	119.58	100.94	0.25	46.00	0.22	17.54		50.03
Variation 2009-13(%)	−52.62	+5.22	−52.23	−0.45	-90,27	-	−54.16	+27.65		+28.64

Source = OECD

Πηγή: Diamantopoulos & Niakas, 2017

Πίνακας 10: Οι δαπάνες για οδοντιατρική περίθαλψη κατά κεφαλήν.

Σε αστικές περιοχές, η μείωση της μέσης μηνιαίας δαπάνης για οδοντιατρική περίθαλψη την περίοδο 2009 -2014 έφτασε στο 61,37% και στις αγροτικές περιοχές ήταν 43,77%. (Hellenic Statistical Authority, 2009 – 2014) Τα υψηλότερα ποσοστά μείωσης των μέσων μηνιαίων δαπανών για μεμονωμένες κατηγορίες νοικοκυριών, σύμφωνα με το ποσό των μηνιαίων αγορών, καταγράφονται σε νοικοκυριά με συνολικές μηνιαίες αγορές μέχρι 1.800 ευρώ. Σύμφωνα με το μηνιαίο εισόδημα, τα υψηλότερα ποσοστά μείωσης των μηνιαίων αγορών παρατηρούνται στα νοικοκυριά με εισόδημα έως 1.451 ευρώ (Πίνακας 11). (Diamantopoulos & Niakas, 2017)

	Households with monthly total purchases							
	Up to 750 €	751-1100 €	1101-1450 €	1451-1800 €	1801-2200 €	2201-2800 €	2801-3500 €	3501euro ανω €
2009	3,13	13,80	18,36	23,55	28,04	34,99	51,07	85,85
2014	1,8	5,11	8,69	12,65	20,15	23,63	35,52	47,64
Change in 2009-2014 (%)	-73,88	-62,97%	-52,66%	-46,28%	-28,13%	-32,46%	-30,44%	-44,50%
	Households with a monthly total income							
	Up to 750 €	751-1100 €	1101-1450 €	1451-1800 €	1801-2200 €	2201-2800 €	2801-3500 €	3501euro ανω €
2009	12,73	22,12	26,75	29,53	34,63	45,60	44,33	84,68
2014	5,22	8,47	10,32	18,76	16,91	22,97	32,5	38,41
Change in 2009-2014 (%)	-58,99%	-61,70%	-61,42%	-36,47%	-51,16%	-49,62%	-26,68%	-54,64%

Source = Hellenic Statistical Authority (Household Budget Survey 2009–2014)

Πηγή: Diamantopoulos & Niakas, 2017

Πίνακας 11: Μέσος όρος μηνιαίων εξόδων των νοικοκυριών για οδοντιατρικές υπηρεσίες

Αναφέρθηκε προηγουμένως στα συμπεράσματα της έρευνα ότι τα περισσότερα περιστατικά που διαχειρίζονται οι ασθενείς αφορούν περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και του πόνου. Η πλειονότητα των οδοντιάτρων παρουσιάζει μείωση του αριθμού των οδοντιατρικών εργασιών με εξαίρεση των εμφράξεων, των απλών ή χειρουργικών εξαγωγών. Όσον αφορά το κόστος, η πλειονότητα των οδοντιάτρων δείχνει μείωση για όλες τις διαδικασίες (Πίνακας 12). (Diamantopoulos & Niakas, 2017)

Transactions	Increase (%)	Decrease (%)	At the same level (%)	They do not provide (%)
Fillings	64 (17.7)	103 (28.5)	133 (36.8)	61 (16.9)
Dentures	30 (8.3)	210 (58.2)	50 (13.9)	71 (19.7)
Extractions	177 (49)	50 (13.9)	79 (21.9)	55 (15.2)
Scalers/Radical abrasion	44 (12.2)	146 (40.4)	116 (32.1)	55 (15.2)
Root canal treatments	109 (30.2)	111 (30.7)	89 (24.7)	52 (14.4)
Crowns/Bridges	4 (1.1)	270 (74.8)	17 (4.7)	70 (19.4)
Prevention (fluoridation, sealants)	17 (4.7)	202 (56)	79 (21.9)	63 (17.5)
Surgical extractions	3 (0.8)	72 (19.9)	46 (12.7)	240 (66.5)
Apicoectomy	1 (0.3)	56 (15.5)	37 (10.2)	267 (74)
Bladders removal	1 (0.3)	51 (14.1)	38 (10.5)	271 (75.1)
Implants	4 (1.1)	94 (26)	17 (4.7)	246 (68.1)
Orthodontic incidents	5 (1,4)	23 (6,4)	16 (4,4)	317 (87,8)

Diamantopoulos & Niakas, 2017

Πίνακας 12:Εκτίμηση της αύξησης ή της μείωσης των Οδοντιατρικών εργασιών που παρέχονται κατά την διάρκεια της κρίσης

Ακόμα, οι οδοντίατροι που πήραν μέρος στη έρευνα ρωτήθηκαν για τις εργασίες που είχα κάνει τον τελευταίο μήνα και τα αποτελέσματα αναφέρονται παρακάτω: (Diamantopoulos & Niakas, 2017)

25%: 11-20 εμφράξεις

45.2%: 0-10 εξαγωγές

55.4%: 0-5 ριζική απόξεση

52.9%: 0-10 ενδοδοντικές θεραπείες

37,1%: 0-5 στεφάνες

66,8%: 0-2 οδοντοστοιχίες

67,9%: 0-5 θεραπείες φθορίου

67,6%: 0-5 προληπτικά σφραγίσματα.

Παρόλα αυτά, η μειωμένη ζήτηση σε ιδιωτικά οδοντιατρικά γραφεία δεν συνοδεύτηκε από μετατόπιση της ζήτησης στον δημόσιο τομέα. Κατά την περίοδο 2012 – 2013, ο συνολικός αριθμός επισκέψεων στα κέντρα υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας μειώθηκε κατά 33,04% από 172.411 το 2012 σε 156.206 το 2013. Κατά την ίδια περίοδο, ο αριθμός των οδοντιάτρων σε 6 από τις 7 περιοχές υγείας μειώθηκε κατά 11,11% από 117 το 2012 σε 104 το 2013. Το 2013, ο συνολικός αριθμός οδοντιάτρων που εργάζονταν σε κέντρα υγείας στις επτά περιφέρειες υγείας ήταν 153. Ο αριθμός επισκέψεων ανά οδοντίατρο στις περιοχές αυτές αυξήθηκε κατά 77,95% από 676 το 2012 έως 1203 το 2013. (Ministry of Health, 2012-2013)

3.3 Πρόληψη και δράσεις για την Στοματική Υγεία

Προληπτική αγωγή ορίζεται κάθε μέτρο που αποσκοπεί στο να αποτραπεί ή να μειωθεί ο αριθμός ή η σοβαρότητα των τραυματισμών και ασθενειών, τα επακόλουθα και οι επιπτώσεις τους. (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2015)

Ο επιπολασμός των νόσων του στόματος και οι 4 πιο συχνοί νόσοι που αποτελούν παράγοντες κινδύνους (NCDs: cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes) μπορούν να μειωθούν μέσω παρεμβάσεων δημόσιας υγείας αντιμετωπίζοντας κοινούς παράγοντες κινδύνου. (WHO, 2018)

Αυτά περιλαμβάνουν προώθηση μιας ισορροπημένης διατροφής:

- Γεύματα με χαμηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη για την πρόληψη της ανάπτυξης της οδοντικής τερηδόνας, πρόωρης απώλειας δοντιών και άλλων NCDs που σχετίζονται με τη διατροφή.
- Επαρκή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, η οποία μπορεί να έχει προστατευτικό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου του στόματος. ·
- Μείωση του καπνίσματος και της κατανάλωση αλκοόλ, για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου του στόματος, περιοδοντικής νόσου και απώλειας δοντιών. Εναλλακτικά προτείνετε η χρήση τσιγάρων χωρίς καπνό καθώς σε συνδυασμό με την κατανάλωση των ξηρών καρπών, και
- Χρήση προστατευτικού εξοπλισμού (κράνος, αθλητικοί νάρθηκες κτλ.) κατά την αθλητική δραστηριότητα και το ταξίδι σε μηχανοκίνητα οχήματα για τη μείωση του κινδύνου τραυματισμού του προσώπου.

Η τερηδόνα μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο βαθμό διατηρώντας ένα σταθερό χαμηλό επίπεδο φθορίου στην στοματική κοιλότητα. Το βέλτιστο φθόριο μπορεί να ληφθεί από διαφορετικές πηγές όπως το φθοριωμένο πόσιμο νερό, το αλάτι, το γάλα και η οδοντόκρεμα. Θα πρέπει να ενθαρρύνεται το βούρτσισμα των δοντιών δύο φορές την ημέρα με οδοντόκρεμα που περιέχει φθόριο (1000 έως 1500 ppm). (O'Mullane et al. 2016) Η μακροχρόνια έκθεση σε ένα βέλτιστο επίπεδο φθορίου έχει ως αποτέλεσμα σημαντικά χαμηλότερη εμφάνιση τερηδονικών βλαβών στα δόντια σε όλες τις ηλικίες. (Petersen & Ogawa, 2016)

Οι ανισότητες στην στοματική υγεία πρέπει να μειωθούν με την αντιμετώπιση των ευρύτερων κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων μέσω μιας σειράς ολοκληρωμένων πολιτικών παρεμβάσεων όπως:

- φθορίωση του νερού
- ρύθμιση της εμπορίας και προώθησης των ζαχαρούχων τροφίμων στα παιδιά
- επιβολών φόρων στα ποτά που περιέχουν ζάχαρη

Επιπλέον, η προαγωγή υγιεινών συνθηκών, όπως οι υγιείς πόλεις, οι υγιείς χώροι εργασίας και σχολεία που προάγουν την υγεία, είναι καθοριστικής σημασίας για την οικοδόμηση ευρέων υποστηρικτικών περιβαλλόντων για την προαγωγή της στοματικής υγείας. (WHO, 2018)

Οι λύσεις για την Δημόσια Υγεία όσο αναφορά τις ασθένειες του στόματος είναι οι αποτελεσματικές όταν ενσωματώνονται σε εκείνες που αφορούν και τις NCDs νόσους καθώς και εθνικά προγράμματα δημόσιας υγείας. Το Παγκόσμιο Πρόγραμμα Στοματικής Υγείας (WHO) ευθυγραμμίζει το έργο του με την ατζέντα του Παγκόσμιου Προγράμματος για τις NCDs νόσους και τη Δήλωση της Σαγκάης για την προώθηση της υγείας στην ατζέντα για την Αειφόρο Ανάπτυξη του 2030 (Εικόνα 1). (WHO, 2018)

Εικόνα 1 : Στόχοι που θέσπισε το 9^{ο} Παγκόσμιο Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας

Το Παγκόσμιο Πρόγραμμα Στοματικής Υγείας του ΠΟΥ βοηθά τα κράτη μέλη με: (WHO, 2018)

- την ανάπτυξη και διάδοση αξιόπιστων υποστηρικτικών εργαλείων με στόχο την ενίσχυση της συνεισφοράς στη στοματική υγεία των υπευθύνων για τη χάραξη πολιτικών, καθώς και άλλων ενδιαφερομένων σε παγκόσμιο επίπεδο
- τη δημιουργία ικανοτήτων και την παροχή τεχνικής βοήθειας σε χώρες που θα υποστηρίξουν μια προσέγγιση της πορείας ζωής και στρατηγικές που βασίζονται στον πληθυσμό που σχετίζονται με τη μείωση της κατανάλωσης σακχάρων, τον έλεγχο της χρήσης καπνού και την προώθηση οδοντόκρεμων που περιέχουν φθόριο και άλλων συσκευών φθορίου, με έμφαση στις μειονεκτούσες και φτωχές πληθυσμιακές ομάδες,
- υποστηρίζοντας την ενίσχυση των συστημάτων στοματικής υγείας βασιζόμενοι στην προσέγγιση της υγείας που επικεντρώνεται στον άνθρωπο ως μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (PHC),
- την ενίσχυση των συστημάτων πληροφόρησης για την στοματική υγεία και την ολοκληρωμένη παρακολούθησή της μαζί με τις NCDs νόσους προκειμένου να αποδειχθεί η έκταση και η επίδραση του προβλήματος και να παρακολουθείται η πρόοδος που σημειώνεται στις χώρες.

Ακόμα στα πλαίσια της πρόληψης ο ΠΟΥ συνιστά μειωμένη πρόσληψη ελεύθερων σακχάρων σε όλο το φάσμα της ζωής με μείωση της πρόσληψης ελεύθερων σακχάρων σε λιγότερο από 10% της συνολικής ενέργειας (ισχυρή σύσταση) και κατά προτίμηση κάτω 5% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά (κατευθυντήρια γραμμή της ΠΟΥ για το πρόσληψη σακχάρων για ενήλικες και παιδιά). (Breda et al., 2019)

Στην Ελλάδα, τα χρονίζοντα προβλήματα των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών οδηγούν σε αδιέξοδο των πολιτών καθώς σε μια περίοδο αυξημένων αναγκών για ένα μεγάλο μέρος τους, λόγω του ότι αδυνατούν να επισκεφθούν τα ιδιωτικά οδοντιατρεία και αντιμετωπίζουν το φάσμα της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Στις νέες συνθήκες που έχουν δημιουργηθεί, μετά την οικονομική κρίση, το πεδίο συνάντησης οδοντιάτρων και πληθυσμού δεν μπορεί να είναι μόνο η βλάβη, η απώλεια της στοματικής υγείας και η αέναη αναζήτηση εξειδικευμένων και πανάκριβων υπηρεσιών. Επιπλέον, το κόστος των προληπτικών υπηρεσιών στοματικής υγείας δεν καλύπτονταν από οργανισμούς, με εξαίρεση τους δικαιούχους τραπεζικών ταμείων. Ο ιδιωτικός τομέας και οι πληρωμές out-of-pocket από τους ασθενείς λειτουργούν ως υποκατάστατα των κενών στην

ασφαλιστική κάλυψη για την περίθαλψη από το στόμα. Υπάρχει γενική δυσαρέσκεια με το φάσμα των υφιστάμενων υπηρεσιών που προσφέρονται από τον δημόσιο τομέα. Οι καθυστερημένες πληρωμές για όλες τις δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 1,2% το 2012 και ήταν 28,8% υψηλότερες από ό, τι το 2009. Η μαύρη οικονομία καταναλώνει περίπου το 30% των out-of-pocket πληρωμών, γεγονός που συνεπάγεται διαφθορά στον τομέα της υγείας. (Βάγιας & συν. 2016)

Όμως ένα βήμα προς την απόκτηση και δημόσιου συστήματος οδοντιατρικής περίθαλψης είχε προταθεί, οργανώνοντας σταδιακά το ΠΕΔΥ με χρονικό ορίζοντα πενταετίας και με πλήρεις υπηρεσίες στα παιδιά έως 18 ετών αλλά και βασικές οδοντιατρικές υπηρεσίες σε ενήλικες, που σχεδιάστηκε από την Ομάδα Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα (ΠΦΥ). Η Ομάδα Εργασίας για την ΠΦΥ είχε συσταθεί με απόφαση του Γ.Γ. του Υπουργείου Υγείας. Αποτελούταν από 8 μέλη, που εκπροσωπούσαν, διαφορετικές πλευρές της οδοντιατρικής κοινότητας, έτσι ώστε να υπάρξει πολυφωνία, αναφορικά με το αντικείμενο εργασιών της Ομάδας, που αφορά τη λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας. Η Ομάδα έχει τονίσει στα συμπεράσματα της ότι η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών θεωρείται αναγκαία και επιβεβλημένη, σημειώνοντας ότι οι λόγοι που συνηγορούν σε αυτό, αφορούν στο ρόλο που χρειάζεται να έχουν τα δημόσια οδοντιατρεία στο σύστημα οδοντιατρικής φροντίδας της χώρας αλλά και στη δυσάρεστη συγκυρία, που επηρεάζει αρνητικά τη χρήση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες. Παρόλο που σχεδόν η πλειονότητα του ενήλικου πληθυσμού, παγκοσμίως, πλήττεται από τερηδόνα ή ουλίτιδα, τα δύο αυτά νοσήματα μπορούν να προληφθούν ενώ η βαρύτητα εμφάνισής τους στον πληθυσμό, σχετίζεται με κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες, όπως είναι το εισόδημα, η εκπαίδευση, οι συνθήκες διαβίωσης, η εργασία, το stress, κ.ά, (Υπουργείο Υγείας, 2009)

Πιο πρόσφατα ένα ακόμα βήμα προς την παροχή δημόσιας οδοντιατρικής περίθαλψης έντονα προσανατολισμένο προς την πρόληψη πραγματοποιήθηκε με την τροπολογία του Υπουργείου Υγείας που κατατέθηκε στο νομοσχέδιο του Υπουργείου Πολιτισμού και Αθλητισμού με τίτλο –Επιτροπή επαγγελματικού αθλητισμού και άλλες διατάξεις-, θεσμοθετείται η προληπτική και θεραπευτική οδοντιατρική φροντίδα παιδιών από τον ΕΟΠΥΥ, πέραν αυτής που παρέχεται από τις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δημόσιες μονάδες. Σύμφωνα με τη νέα διάταξη (άρθρο 68 παράγραφος 4 του νόμου 4603/2019), «με υπουργική απόφαση καθορίζονται μεταξύ άλλων ο χρόνος και ο τρόπος καταβολής, το ύψος της αποζημίωσης για κάθε πράξη, ο χρόνος και ο τρόπος

ελέγχου της περιοχής και προβλέπεται υπογραφή συμφωνίας συνεργασίας μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και της «Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας», στην οποία ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της δράσης. Ωφελούμενοι ορίζονται τα παιδιά ηλικίας 6 έως 12 ετών, που διαθέτουν Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ), ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους ικανότητα. Το μέτρο αυτό στοχεύει στην κάλυψη των αναγκών περίπου 800.000 παιδιών στην Ελλάδα, ενώ περαιτέρω υπάρχει πρόθεση να επεκταθεί και στους ενήλικες. (Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία 2018)

Όλες οι πράξεις θα παρέχονται υποχρεωτικά από οδοντίατρο εγγεγραμμένο σε Οδοντιατρικό Σύλλογο, Μέλος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας(ΕΟΟ), σε χώρο Οδοντιατρείου με νόμιμη άδεια λειτουργίας Πλέον όμως η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία προχώρησε σε μια νέα νομοθεσία κατά την οποία θα αποζημιώνονται οδοντιατρικές υπηρεσίες που αφορούν στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία νόσων της στοματικής κοιλότητας, καθώς και για την αποκατάσταση της στοματικής υγείας των δικαιούχων του ΕΟΠΥΥ. Αναλυτικότερα στους δικαιούχους περίθαλψης του Οργανισμού παρέχονται και αποζημιώνονται υπηρεσίες που περιλαμβάνουν προληπτικές ή θεραπευτικές δράσεις και προσθετικές αποκαταστάσεις, ως ακολούθως: (Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία,2018)

α. Προληπτικές οδοντιατρικές πράξεις σε παιδιά μέχρι 14 ετών:

- Εξέταση και χορήγηση οδοντιατρικής βεβαίωσης
- Τοπική εφαρμογή Φθορίου (2 φορές τον χρόνο)
- Προληπτική έμφραξη οπών και σχισμών μονίμων γομφίων (sealants)
- Αποτρύγωση-Αφαίρεση Οδοντικής πλάκας-Οδηγίες Στοματικής Υγιεινής
- Ενδοστοματική ακτινογραφία

β. Θεραπευτικές οδοντιατρικές πράξεις σε παιδιά μέχρι 14 ετών:

- Αντιμετώπιση επείγοντος οξέος περιστατικού για πολφίτιδα, Οδοντικό απόστημα,
- Οδοντικό τραύμα
- Απλή έμφραξη οδόντος
- Σύνθετη έμφραξη οδόντος
- Εξαγωγή νεογιλού οδόντος,
- Μηχάνημα διατήρησης χώρου σε πρόωρη απώλεια νεογιλού,
- Πολφοτομή νεογιλού
- Στεφάνη νεογιλού

- Εξαγωγή μόνιμου οδόντος

γ. Προσθετικές οδοντιατρικές πράξεις (Κινητή προσθετική) σε άτομα ολικά ή μερικώς νωδά:

- Ολική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου,
- Μερική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου με μεταλλικό σκελετό,
- Αναπροσαρμογή (αναγόμωση) οδοντοστοιχίας ή επιδιόρθωση
- Επιδιόρθωση μεταλλικού σκελετού
- Προσθήκη οδόντων σε ολικές ή μερικές οδοντοστοιχίες.

δ. Προληπτικές Οδοντιατρικές Πράξεις σε εφήβους μέχρι 18 ετών και ενήλικες:

- Απλή επίσκεψη-εξέταση-διάγνωση,
- Αντιμετώπιση επείγοντος οξέος περιστατικού όπως πολφίτιδα, οδοντικό απόστημα, οδοντικό τραύμα,
- Αποτρύγωση-Αφαίρεση οδοντικής πλάκας-Οδηγίες στοματικής υγιεινής (1 φορά το χρόνο)

ε. Ενδοστοματική ακτινογραφία

- Θεραπευτικές οδοντιατρικές πράξεις σε εφήβους μέχρι 18 ετών και ενήλικες.
- Θεραπεία Ουλίτιδας,
- Απλή έμφραξη οδόντος,
- Εξαγωγή οδόντος,
- Ενδοδοντική θεραπεία μονόρριζου, δίρριζου και πολύρριζου οδόντος.

Πιο συγκεκριμένα, η ανάγκη για τις παρεχόμενες προσθετικές αποκαταστάσεις καθώς και η επανάληψή τους θα καθορίζεται με γνωμάτευση επιτροπής και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις αποφάσεις του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ. Η οδοντιατρική πρόληψη και περίθαλψη παρέχεται από οδοντιάτρους στα Δημόσια Νοσοκομεία, στα Κέντρα Υγείας, στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, στα Στρατιωτικά Νοσοκομεία και τις λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΠΕΔΥ, σύμφωνα με τους εσωτερικούς κανονισμούς λειτουργίας τους, καθώς και εντός του δικτύου οδοντιατρείων ή πολυοδοντιατρείων που έχουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ. (Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία,2018)

Οι παρεχόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες όπως περιγράφονται παραπάνω, από το δίκτυο των συμβεβλημένων οδοντιατρείων ή πολυοδοντιατρείων, καθορίζονται σε ειδική σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με τους παρόχους, στο πλαίσιο της καθορισμένης από τον Προϋπολογισμό του Οργανισμού δαπάνης. Οι παρεχόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες από τις δομές των υγειονομικών

περιφερειών καθορίζονται με ειδική σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με τις Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ), στο πλαίσιο της καθορισμένης από τη σύμβαση δαπάνη. (Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία,2018)

Όσο αναφορά το κόστος της οδοντιατρικής δημόσιας υγείας ως ποσοστό του συνολικού κόστους για την υγεία είναι πολύ χαμηλό με την τάση να μειώνεται, όμως οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία της στοματικής κοιλότητας αντιπροσωπεύουν ένα υψηλό ποσοστό των δαπανών νοικοκυριού. Τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα ανέφεραν χαμηλότερα ιδιωτικά έξοδα στοματικής υγειονομικής περίθαλψης από ό, τι ο μέσος όρος και εκείνα με υψηλά εισοδήματα ανέφεραν υψηλότερα έξοδα για την περίθαλψη του στόματος. Κατά την περίοδο 2005-2009, οι δαπάνες για στοματική υγιεινή παρέμειναν σχεδόν ίδιες σε περίπου 2 ευρώ (1,4 δισ. Ευρώ) ετησίως, αλλά κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης του 2010 και του 2011 σημειώθηκε μείωση και έφτασε μόνο στα 1,5 ευρώ εκατομμύριο ετησίως.(Liaropoulos et al. 2008, Kaitelidou et al. 2013)

Ο ΠΟΥ ορίζει ως Κάλυψη της Παγκόσμιας Υγείας (UHC: Universal Health Coverage) "όλα τα άτομα και οι κοινότητες λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται χωρίς να υποφέρουν από οικονομικές δυσκολίες". (WHO, 2018) Με βάση τον ορισμό αυτό, τρεις τομείς είναι κρίσιμοι για την επίτευξη της κάλυψης της παγκόσμιας υγείας: (Fisher et. al 2018)

- ολοκληρωμένες βασικές υπηρεσίες στοματικής υγείας
- εργατικό δυναμικό εξειδικευμένο στην Στοματική Υγεία , προσαρμοσμένο στις ανάγκες της υγείας του πληθυσμού και στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας
- την οικονομική προστασία και την επέκταση του φορολογικού χώρου για την περίθαλψη από το στόμα.

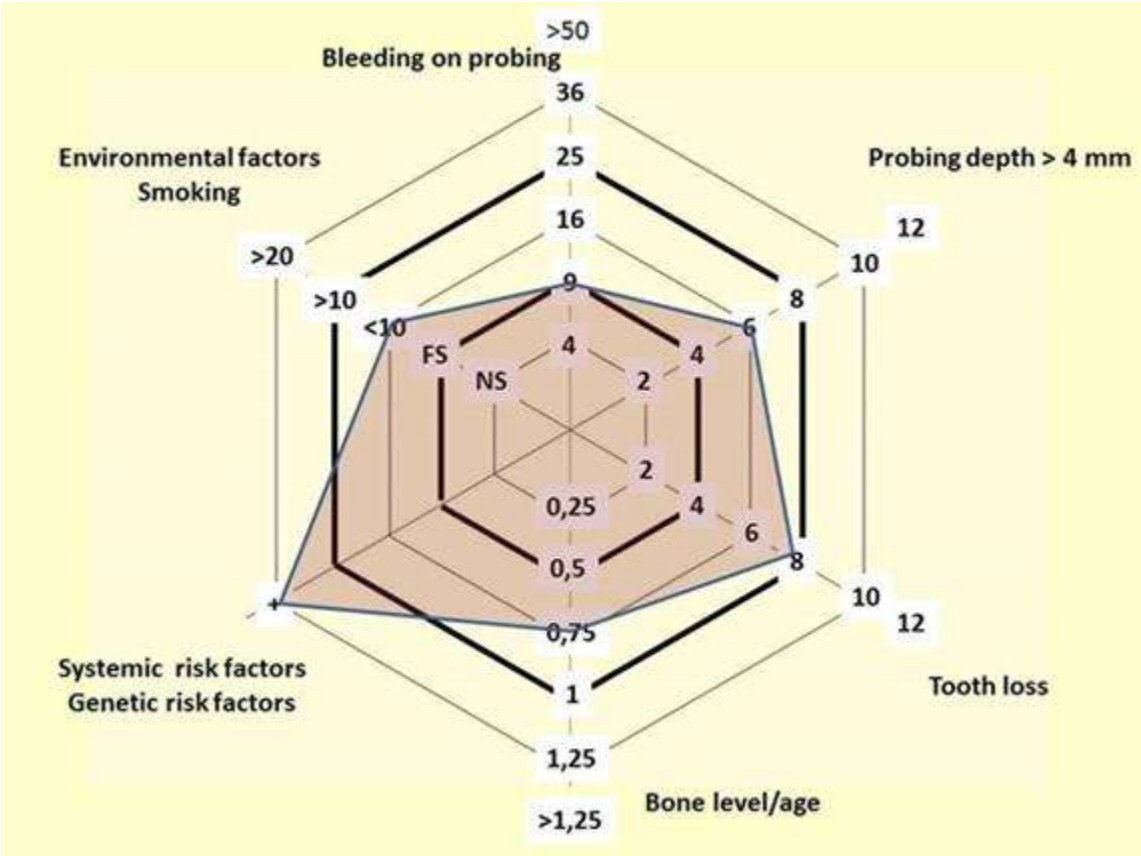
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι ανισότητες στην στοματική υγεία προκαλούνται από ένα ευρύ φάσμα αλληλεπιδράσεων βιολογικών, κοινωνικοπολιτικών, ψυχοκοινωνικών, κοινωνικών και πολιτικών παραγόντων που δημιουργούν «τις συνθήκες υπό τις οποίες γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν οι άνθρωποι» - οι λεγόμενοι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες. (Watt et al. 2016) Οι ασθένειες του στόματος επηρεάζουν δυσανάλογα τα φτωχά και κοινωνικά μειονεκτούντα μέλη της κοινωνίας.

Υπάρχει πολύ ισχυρή και σταθερή συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (εισόδημα, επάγγελμα και εκπαιδευτικό επίπεδο) και της επικράτησης και της σοβαρότητας των ασθενειών του στόματος. Αυτή η σχέση υπάρχει σε ολόκληρη την πορεία ζωής από την πρώιμη παιδική ηλικία μέχρι την ηλικία μεγαλύτερης ηλικίας και σε όλους τους πληθυσμούς στις χώρες υψηλού, μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος. Επομένως, οι ανισότητες στην στοματική υγεία θεωρούνται ως ανισότητες που μπορούν να αποφευχθούν και θεωρούνται τόσο άδικες όσο και αδικαιολόγητες στη σύγχρονη κοινωνία. (WHO, 2018)

4.1 Αριθμός και συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο

Ο ΠΟΥ θεωρεί ότι η συχνότητα επισκεψιμότητας στον οδοντίατρο πρέπει να είναι κάθε έξι μήνες. Οι ασθενείς που πάσχουν από περιοδοντίτιδα λόγω της ιδιαιτερότητας του νοσήματος εντάσσονται σε ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα επανάκλησης, αυτό καθορίζεται από τον κίνδυνο εξέλιξης της περιοδοντικής νόσου. Ο κίνδυνος αυτός μετριέται με την βοήθεια του Διαγράμματος και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως επίπεδο προβλήματα γενικής υγείας, απωλεσθέντα δόντια, οστική απώλεια σε σχέση με την ηλικία κ.α. (Διάγραμμα 19). (Lang & Tonetti 2003).

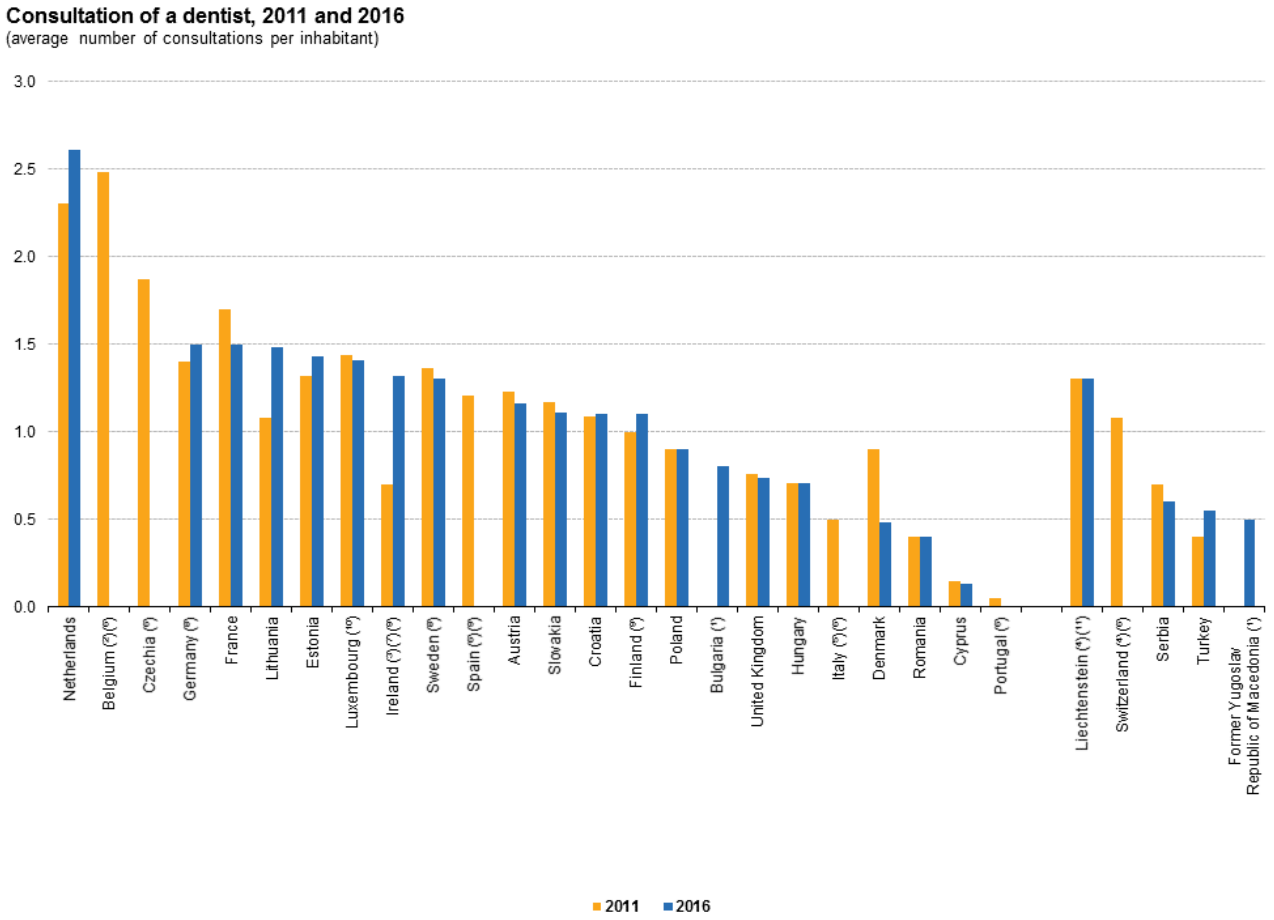


Πηγή: Oral Health Prev Dent

Διάγραμμα 19: Διάγραμμα των Lang και Tonetti που προσδιορίζει τον υψηλό, μέσο ή χαμηλό κίνδυνο εξέλιξης της περιοδοντικής νόσου.

Όσο αναφορά την ΕΕ τα δεδομένα από την Eurostat του 2011 και 2016, παρατηρείται ότι ο μέσος όρος των επισκέψεων σε οδοντιάτρους ήταν αναμφισβήτητα πολύ χαμηλότερος από τον μέσο αριθμό των επισκέψεων σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη Ρουμανία, την Κύπρο και την Πορτογαλία (στοιχεία για το 2011) , οι πολίτες πραγματοποιούν 1 τουλάχιστον ταξίδι κάθε 2 χρόνια για να συμβουλευτούν οδοντίατρο. Τέσσερα κράτη μέλη της ΕΕ ανέφεραν μέσες τιμές μεταξύ 0,5 και 1,0 επισκέψεων. Τα περισσότερα από τα υπόλοιπα κράτη μέλη ανέφεραν μέσους όρους μεταξύ 1,0 και 2,0 επισκέψεων ετησίως, με την Ολλανδία να καταγράφει σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο (2,6 επισκέψεις). (Eurostat, 2019)

Μεταξύ 2011 και 2016, ο μέσος αριθμός οδοντιατρικών επισκέψεων αυξήθηκε σε 7 από τα 18 κράτη μέλη της ΕΕ για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Οι μεγαλύτερες αυξήσεις σημειώθηκαν για την Ιρλανδία (2017 στοιχεία), τη Λιθουανία και την Ολλανδία, όπου οι μέσοι όροι των επισκέψεων αυξήθηκαν κατά 0,6, 0,3 και 0,2 αντίστοιχα. Μειώσεις καταγράφηκαν σε οκτώ κράτη μέλη, κυρίως στη Δανία και τη Γαλλία, ενώ η Ουγγαρία, η Ρουμανία και η Πολωνία δεν ανέφεραν καμία αλλαγή στον μέσο αριθμό επισκέψεων ανά κάτοικο. Δυστυχώς στο παραπάνω διάγραμμα δεν περιλαμβάνονται δεδομένα για την Ελλάδα (Διάγραμμα 20). (Eurostat, 2019)



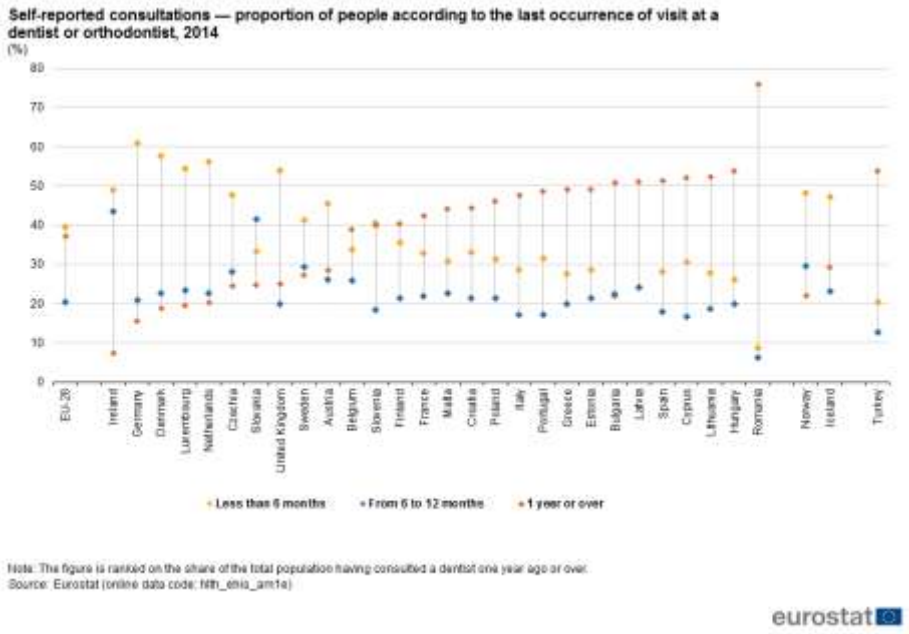
Note: Greece, Latvia, Malta and Slovenia: not available.
(1) 2011: not available.
(2) 2009 instead of 2011
(3) 2010 instead of 2011.
(4) 2012 instead of 2011.
(5) 2013 instead of 2011.
(6) 2016: not available
(7) 2017 instead of 2016
(8) Definition differs.
(9) Break in series.
(10) 2016: preliminary.
(11) 2016: estimate.
Source: Eurostat (online data code: hlth_hc_dent)

eurostat

Διάγραμμα 20:Επισκεψιμότητα σε οδοντίατρο το 2011 και το 2016.

Το 2014 παρατηρήθηκε ότι περίπου 4 στους 10 Ευρωπαίους ανέφεραν ότι έχουν επισκεφθεί έναν οδοντίατρο ή ορθοδοντικό λιγότερο από έξι μήνες πριν από την έρευνα. Το εύρος αυτού του μεριδίου κυμάνθηκε από 22% στη Βουλγαρία έως 58% περίπου στη Δανία, με τη Ρουμανία (8,8%) κάτω από αυτό το εύρος και τη Γερμανία πάνω από αυτό (61%). Η Ελλάδα βρίσκεται μέσα στο εύρος αυτό με ποσοστό περίπου 50%. Γενικά, παρατηρείται ότι στην πλειοψηφία των κρατών μελών

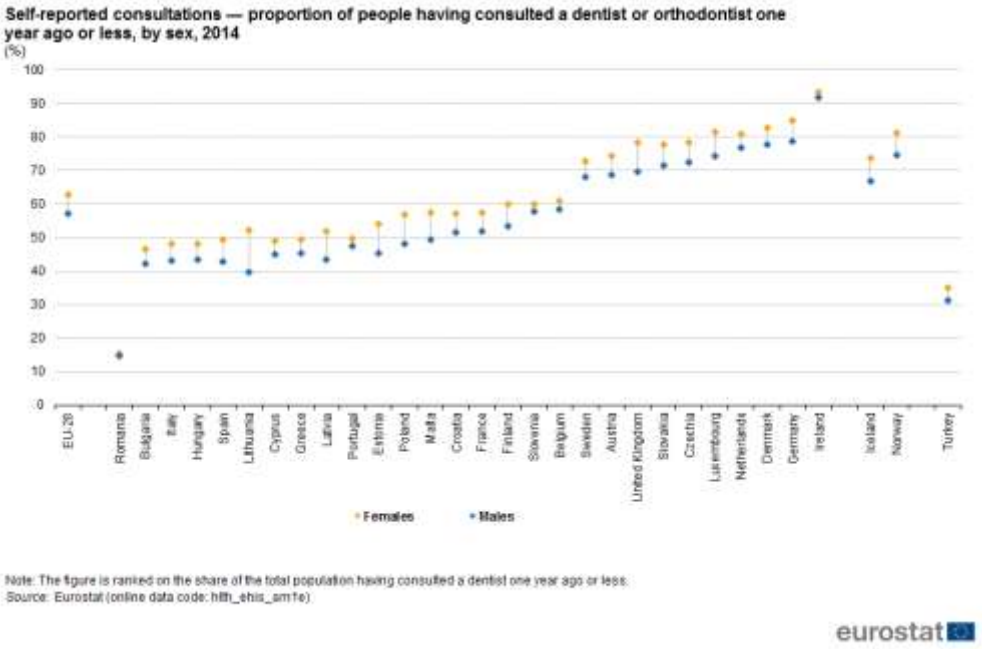
της ΕΕ τα άτομα δηλώνουν συχνότερα ότι δεν έχουν συμβουλευτεί έναν οδοντίατρο ή έναν ορθοδοντικό κατά το τελευταίο έτος. Το ποσοστό αυτό ήταν υψηλότερο στη Ρουμανία, όπου περισσότερα από τα 3/4 του πληθυσμού δήλωσαν ότι την τελευταία φορά που επισκέπτονταν έναν οδοντίατρο ή έναν ορθοδοντικό ήταν πριν από ένα χρόνο ή περισσότερο. Στην Ιρλανδία, τη Γερμανία, τη Δανία, το Λουξεμβούργο, την Ολλανδία, την Τσεχία, τη Σλοβακία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σουηδία παρατηρήθηκε η αντίθετη κατάσταση, σημειώνοντας τα χαμηλότερα ποσοστά ατόμων που επισκέφθηκαν έναν οδοντίατρο ή έναν ορθοδοντικό πριν από ένα χρόνο ή περισσότερο 7.4% έως 27.2% (Διάγραμμα 21). (Eurostat, 2019)



Διάγραμμα 21: :Αναφερόμενη τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο ή στον ορθοδοντικό (2014).

Το Διάγραμμα 22 παρουσιάζει την τελευταία αναφερόμενη επίσκεψη στον οδοντίατρο ή ορθοδοντικό των πολιτών της ΕΕ εξετάζοντας τις διαφορές που παρατηρούνται στα 2 φύλα. Φαίνεται λοιπόν ότι οι γυναίκες ήταν γενικά πιθανότερο να έχουν συμβουλευτεί τον οδοντίατρο ή τον ορθοδοντικό κατά το τελευταίο έτος από τους άνδρες, αλλά η διαφορά ήταν λιγότερο έντονη από ό, τι για τη επίσκεψη σε γιατρούς. Κατά μέσο όρο, το ποσοστό των ατόμων που επισκέφθηκαν έναν οδοντίατρο ή έναν ορθοδοντικό κατά το τελευταίο έτος (πριν την έρευνα) αντιπροσώπευε 62,8% για τις γυναίκες και 57,2% για τους άνδρες (διαφορά 5,6 ποσοστιαίων μονάδων μεταξύ των

δύο φύλων). Ένα μεγάλο χάσμα μεταξύ των δύο φύλων καταγράφηκε στην Εσθονία και την Πολωνία (και οι δύο διαφορές κατά 9 ποσοστιαίες μονάδες), σημειώνοντας αύξηση στη Λιθουανία με διαφορά 12,4 ποσοστιαίων μονάδων. Όσο αναφορά την Ελλάδα μικρές διαφορές μεταξύ των 2 φύλων σημειώνονται. (Eurostat, 2019)



Διάγραμμα 22: :Αναφερόμενη τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο ή στον ορθοδοντικό σε σχέση με το φύλο (2014).

Μια ανάλυση της ηλικιακής ομάδας σχετικά με το ποσοστό των ατόμων που έχουν συμβουλευτεί τον οδοντίατρο ή τον ορθοδοντικό κατά το τελευταίο έτος ή λιγότερο είναι εντελώς διαφορετική από εκείνη που περιγράφεται για άτομα που συμβουλεύονται ιατρούς, γιατί ενώ οι ηλικιωμένοι ήταν μεταξύ εκείνων που επισκέπτονταν συχνότερα ιατρό (γενικό ιατρό ή ειδικό ιατρό), όσο αναφορά τους οδοντιάτρους είχαν την τάση να τους επισκέπτονται λιγότερο συχνά από ότι οι νεότεροι. Το ποσοστό των ατόμων που πραγματοποιούσαν επισκέψεις με έναν οδοντίατρο ή έναν ορθοδοντικό ήταν σχετικά ομοιόμορφο στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ στις διάφορες ηλικιακές ομάδες μέχρι την ηλικία των 55-64 ετών. (Eurostat, 2019)

Όσον αφορά τις ηλικιακές ομάδες, ορισμένες χώρες κατέγραψαν σχετικά χαμηλούς ρυθμούς. Για παράδειγμα, στη Βουλγαρία, την Ουγγαρία, την Πολωνία και τη Ρουμανία, καθώς και την Τουρκία, το 1/3 του πληθυσμού ηλικίας 65-74 ετών ή λιγότερο ανέφερε ότι επισκέφθηκε έναν

οδοντίατρο ή ορθοδοντικό κατά το τελευταίο έτος, και στην ηλικιακή ομάδα ηλικίας 75 ετών και άνω το ποσοστό δεν υπερβαίνει το 20% (Πίνακας 13). (Eurostat, 2019)

Self-reported consultations — proportion of people who have consulted a dentist or orthodontist one year ago or less, by age, 2014
(%)

	Total	15-24 years	25-34 years	35-44 years	45-54 years	55-64 years	65-74 years	75 years and over
EU-28	*60.1*	*65.7*	*60.8*	*62.2*	*63.4*	*60.6*	*57.0*	*45.3*
Belgium	59.7	65.6	60.1	67.8	66.6	59.0	53.3	34.1
Bulgaria	44.5	52.3	50.2	52.1	49.6	45.0	31.8	18.8
Czechia	75.6	85.9	80.8	82.5	80.4	76.6	65.7	40.5
Denmark	80.2	79.0	66.7	77.6	83.7	87.3	87.4	79.2
Germany	81.9	84.2	76.9	82.6	82.9	83.9	83.9	78.2
Estonia	50.1	63.0	59.4	56.0	51.0	45.2	39.7	25.5
Ireland	92.6	93.5	94.0	95.3	96.0	92.2	88.1	77.4
Greece	47.4	57.2	56.9	52.9	49.0	51.2	37.4	22.4
Spain	46.2	52.1	50.0	50.4	49.1	44.3	41.6	28.0
France	54.9	56.7	51.8	54.9	56.6	59.3	55.9	46.7
Croatia	54.6	72.4	63.8	64.3	58.1	47.2	39.1	26.6
Italy	45.8	50.0	47.9	49.0	50.7	47.2	43.2	29.2
Cyprus	47.2	45.2	45.5	51.3	51.0	49.6	47.7	31.3
Latvia	48.3	63.4	59.3	59.0	49.2	42.8	33.5	20.6
Lithuania	46.5	65.1	52.1	50.3	45.5	43.1	35.3	25.2
Luxembourg	78.0	77.7	74.0	79.7	81.1	81.9	78.3	65.5
Hungary	46.0	64.0	53.6	54.7	47.9	38.5	30.6	17.7
Malta	53.6	56.1	59.5	64.1	59.9	51.2	40.2	27.0
Netherlands	78.8	87.7	78.5	86.3	85.7	79.9	69.3	45.4
Austria	71.6	77.2	73.1	77.0	76.5	71.0	63.4	52.4
Poland	52.7	67.9	64.8	61.6	54.2	44.2	33.0	19.4
Portugal	48.7	64.2	59.6	57.1	49.3	45.1	37.5	21.7
Romania	15.0	19.3	18.1	16.4	15.5	13.5	11.2	7.2
Slovenia	59.0	73.3	63.2	69.2	63.0	56.9	46.1	27.4
Slovakia	74.8	83.1	78.8	81.2	78.4	71.7	62.5	44.4
Finland	56.9	52.9	49.4	51.7	61.7	66.8	59.6	53.3
Sweden	70.5	73.9	55.5	62.9	70.6	80.3	79.7	74.4
United Kingdom	74.0	74.0	69.6	74.0	76.9	79.4	76.0	65.9
Iceland	70.3	78.0	62.0	72.4	74.9	74.4	71.7	48.1
Norway	77.9	76.0	62.2	75.7	81.3	86.2	90.0	79.5
Turkey	33.2	31.9	38.7	35.6	32.6	31.4	25.5	17.7

Source: Eurostat (online data code: hlth_ehis_am1e)

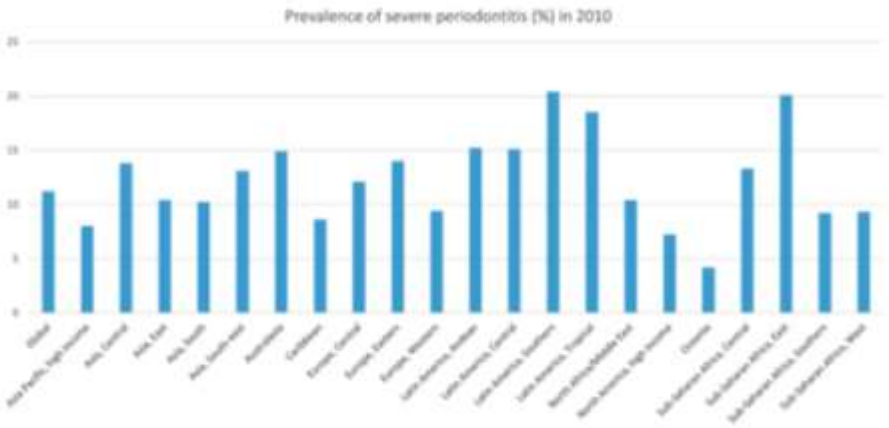
eurostat

Πίνακας 13: :Αναφερόμενη τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο ή στον ορθοδοντικό σε σχέση με το φύλο (2014).

4.2 Περιοδοντική νόσος

Η περιοδοντική νόσος είναι μια χρόνια πολυπαραγοντική νόσος που χαρακτηρίζεται από προοδευτική καταστροφή των δομών που στηρίζουν τα δόντια. Τα κύρια χαρακτηριστικά της περιλαμβάνουν την απώλεια της υποστήριξης των περιοδοντικών ιστών, που εκδηλώνεται μέσω της απώλεια πρόσφυσης και οστικής μάζας, της παρουσίας περιοδοντικών θυλάκων και αιμορραγίας των ούλων. Κριτήρια για την ύπαρξη περιοδοντική νόσος είναι η ανίχνευση κλινικής απώλειας πρόσφυσης στις μεσοδόντιες περιοχές 2 ή περισσοτέρων μη γειτονικών δοντιών ή ανίχνευση κλινικής απώλειας πρόσφυσης >3 χιλ παρειακά παρουσία θυλάκου >3 χιλ σε δυο ή περισσότερα δόντια. Για την ακριβή διάγνωση της περιοδοντικής νόσου θα αποκλειστούν περιπτώσεις απώλειας κλινικής πρόσφυσης που οφείλονται σε άλλα αίτια όπως αυχενικές τερηδόνες, επιμήκη κατάγματα ρίζας, πολφικές βλάβες και τραυματικές βλάβες όπως επίσης και απώλεια πρόσφυσης στην άπω επιφάνεια του δευτέρου γομφίου μετά από εξαγωγή του σωφρονιστήρα (Caton et al. 2018)

Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα του ΠΟΥ προκεχωρημένη περιοδοντικής νόσου την Ευρώπη απαντάται στο 5 – 20% των ενηλίκων μέσης ηλικίας (35-44 ετών) και έως στο 40% των ηλικιωμένων (65-74 ετών). Το ποσοστό επιπολασμού των ηλικιωμένων (65-74 ετών) που έχουν χάσει όλα τα φυσικά τους δόντια κυμαίνεται από 5% έως 51%. (ΠΟΥ, 2016) Ο Frencken & συν. σε πρόσφατα δημοσιευμένη έρευνα τους υποστηρίζουν ότι επιπολασμός της περιοδοντίτιδας είναι υψηλός, με περίπου το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού να νοσεί από σοβαρής μορφής περιοδοντίτιδα (Διάγραμμα 23). (Frencken & συν, 2017)



Πηγή: Kassebaum et al. 2014a

Διάγραμμα 23: : Επιπολασμός της προκεχωρημένης περιοδοντίτιδας σε παγκόσμιο επίπεδο το 2010.

Όσο αναφορά την Ελλάδα κατά την περίοδο 2005-2007, υπήρξε ένα εθνικό πρόγραμμα «Αξιολόγηση και Προώθηση της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού». Η μελέτη διεξήχθη υπό την αιγίδα του Ελληνικού Οδοντιατρικού Συλλόγου, σε συνεργασία με τις Οδοντιατρικές Σχολές Αθηνών και Θεσσαλονίκης. Το δείγμα αυτής της μελέτης ήταν 6,048 άτομα ηλικίας 5, 12, 15, 35-44 και 65-74 ετών από αστικές και αγροτικές περιοχές, με τη χρήση μεθόδου δειγματοληψίας στρωματοποιημένων ομάδων. τα αποτελέσματα σύμφωνα με τις ηλικιακές ομάδες που εξετάστηκαν ήταν ως εξής: (Mamai-Homata et al. 2010, Mamai-Homata et al. 2012)

- Οι σοβαρές, περιοδοντικές καταστάσεις ήταν συχνές μεταξύ των Ελλήνων ηλικίας 65-74 ετών.
- Όσο αναφορά την συχνότητα βουρτσίσματος, το τακτικό βούρτσισμα των δοντιών (≥ δύο φορές την ημέρα) αναφέρθηκε μόνο από το 25,3% των ερωτηθέντων. Οι περισσότεροι αναφέρουν ότι βουρτσίζουν τα δόντια τους μία φορά την ημέρα (33,0%).
- Ολική νωδότητα παρουσίασε το 0,3% των ατόμων ηλικίας 35 έως 44 ετών και το 31,5% των ατόμων ηλικίας 65 έως 74 ετών.
- Οι περισσότεροι ενήλικοι μέσης ηλικίας (92,1%) είχαν τουλάχιστον 21 φυσικά δόντια, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ηλικιωμένους ήταν 23,1%.
- Ο μέσος όρος των ελλειπόντων δοντιών ήταν 5,2 στους ενήλικες μέσης ηλικίας και 21,6 στους ηλικιωμένους.

Η περιοδοντική νόσος επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Το κάπνισμα έχει τεκμηριωθεί επαρκώς εδώ και πολλά χρόνια ότι αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση περιοδοντικής νόσου. Η σχέση ανάμεσα στη χρόνια χρήση καπνού και τις νόσου του περιοδοντίου έχει ερευνηθεί σε κλινικές μελέτες οι οποίες κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: (American Dental Hygienists 2010, Chaffee et al. 2016, Karasneh et al. 2017)

- Οι καπνιστές έχουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης σοβαρής περιοδοντικής βλάβης από ότι οι μη καπνιστές.
- Η βλάβη των περιοδοντικών ιστών είναι αθροιστική και εξαρτάται από την βαρύτητα και τα έτη καπνίσματος.

- Οι καπνιστές έχουν 3.3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να ζητήσουν εξιδεικευμένη περιοδοντική βλάβη.
- Η επούλωση και το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι καλύτερα σε μη καπνιστές ή σε τέως καπνιστές.

Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα τα τελευταία χρόνια είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένη όσο το κάπνισμα και την στοματική υγεία, μάλιστα στις Βρυξέλλες την 1 Φεβρουαρίου 2012 απονεμήθηκαν τέσσερα βραβεία σε ευρωπαίους δημοσιογράφους για τα καλύτερα άρθρα για θέματα υγείας, που επιλέχθηκαν από 500 περίπου άρθρα που υπέβαλαν δημοσιογράφοι από τα 27 κράτη μέλη. Τα βραβεία απονεμήθηκαν στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού βραβείου δημοσιογραφίας για θέματα υγείας για το 2011, το οποίο αποσκοπεί στην προβολή και την επιβράβευση της δημοσιογραφικής δουλειάς σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση που συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση για σημαντικά θέματα υγείας που επηρεάζουν τις ζωές όλων των πολιτών της ΕΕ. Κύριο θέμα του βραβείου ήταν η εκστρατεία «Η Ευρώπη για τους ασθενείς», η οποία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα θεμάτων που αφορούν την περίθαλψη και την ασφάλεια των ασθενών. Αξιοσημείωτο είναι ο διαγωνισμός περιλάμβανε την απονομή ειδικού βραβείου για άρθρο σχετικά με το σταμάτημα του καπνίσματος, ώστε να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση σχετικά με την επίδραση του καπνίσματος για την υγεία. Το βραβείο αυτό το κέρδισε η Monika Cetera από την Πολωνία για το άρθρο της στο διαδίκτυο «I've come here to have my teeth treated, not to quit smoking» (Ήρθα εδώ για οδοντική περίθαλψη και όχι για να σταματήσω το κάπνισμα), στο οποίο αναλύεται μια δυσμενής αλλά ελάχιστα γνωστή επίδραση του καπνίσματος – η κακή στοματική υγεία. Στο άρθρο καταδεικνύεται επίσης το οικονομικό κόστος του καπνίσματος.

4.3 Τερηδόνα

Η τερηδόνα είναι νόσος που οφείλεται σε μικροοργανισμούς που υπάρχουν φυσιολογικά στην στοματική κοιλότητα και έχουν την ικανότητα να διασπούν τους υδατάνθρακες παράγοντας οξέα, τα οποία διαβρώνουν την επιφάνεια του δοντιού. Πιο συγκεκριμένα η τερηδόνα είναι νόσος των σκληρών οδοντικών ιστών, η οποία χαρακτηρίζεται από απομεταλλικοποίηση της ανόργανης και αποδομή της οργανικής δομής του δοντιού. Οφείλεται σε ειδικούς μικροοργανισμούς, που υπάρχουν φυσιολογικά στην στοματική κοιλότητα και καλούνται τερηδονογόνοι. Οι τερηδονογόνοι μικροοργανισμοί σχηματίζουν μεγάλες ομάδες στην επιφάνεια των δοντιών (οδοντική πλάκα) και προκαλούν ζύμωση των υδατανθρακών, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή οξέων. Τα οξέα

που παράγονται από τους μικροοργανισμούς της οδοντικής πλάκας προκαλούν απασβέστωση, δηλαδή απώλεια ανόργανων συστατικών από τους σκληρούς οδοντικούς ιστούς, με αποτέλεσμα την δημιουργία της τερηδονικής κοιλότητας. Η ύπαρξη και μόνον των τερηδονογόνων μικροοργανισμών δεν είναι ικανή να προκαλέσει εκδήλωση της νόσου, δηλαδή εμφάνιση τερηδονικής κοιλότητας. Επιπλέον παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι η διατροφή αλλά και η αντίσταση του ξενιστή στην δράση των μικροβίων. (Κακάμπουρα, Βουγιουκλάκης, 2012)

Δείκτης DMFT ή DMFS: Υπολογίζεται από το άθροισμα των αριθμών των τερηδονισμένων (D), απωλεσθέντων (M) και εμφραχθέντων (F) δοντιών (T) ή επιφανειών (S) δοντιών ή επιφανειών αν υπολογίζεται το DMFT ή το DMFS, αντίστοιχα. (Κακάμπουρα, Βουγιουκλάκης, 2012)

Τερηδονικός κίνδυνος: Η πιθανότητα εμφάνισης σε ένα άτομο κάποιου αριθμού νέων τερηδόνων ή και εξέλιξης ήδη υπαρχόντων, σε συγκεκριμένο μελλοντικό χρόνο, κάτω από τις συνθήκες εξέτασης της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής. (Κακάμπουρα, Βουγιουκλάκης, 2012)

Ο τερηδονικός κίνδυνος δεν παραμένει στατικός καθόλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου αλλά διαμορφώνεται ανάλογα με τους παράγοντες που τον επηρεάζουν (π.χ. αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής, αλλαγή διαιτολογίου, αλλαγή συνηθειών στοματικής υγείας κλπ) (Κακάμπουρα, Βουγιουκλάκης, 2012)

Είναι απαραίτητο ο προσδιορισμός του τερηδονικού κινδύνου γιατί:

- Εντοπίζονται οι σημαντικότεροι, οι πλέον επιβαρυντικοί παράγοντες ανάπτυξης τερηδόνων, στο συγκεκριμένο άτομο
- Επιτρέπεται η πρόβλεψη του ρυθμού εξέλιξης αρχόμενων ή πιθανολογούμενων τερηδονικών βλαβών
- Λαμβάνεται ως βάση για τη διαμόρφωση ανάλογων εξατομικευμένων πρωτοκόλλων αντιμετώπισης της τερηδόνας
- Βοηθάτε η επιλογή του/των πλέον κατάλληλων εμφρακτικών υλικών, κατά περίπτωση
- Δίνεται η δυνατότητα παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας ενός εφαρμοσθέντος πρωτοκόλλου αντιμετώπισης (μέσω επαναλαμβανόμενων, στο χρόνο, προσδιορισμών τερηδονικού κινδύνου). (Κακάμπουρα, Βουγιουκλάκης, 2012)

Ο δείκτης αυτός σκιαγραφεί το Ιστορικό Της Τερηδόνας του ασθενή και εκτιμάται ως ισχυρή ένδειξη για την εξέλιξη της τερηδονικής δραστηριότητας στο μέλλον (Anusavice, 2001). Δεν μπορούν να υπάρξουν κανόνες βαθμονόμησής του DMFT/S, καθότι διαφοροποιείται έντονα μεταξύ κοινωνικών, δημογραφικών και ηλικιακών ομάδων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στην Ελλάδα, σε αστικά κέντρα, προσδιορίστηκε πρόσφατα ότι το DMFT παιδιών ηλικίας 2 ετών είναι 2 ενώ σε παιδιά 5 ετών μεταπίπτει σε 1.5.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ στην Ευρώπη, το 20-90% των παιδιών ηλικίας 6 ετών έχουν τερηδόνα. Σε ηλικία 12 ετών, κατά μέσο όρο 0,5 – 3,5 δόντια επηρεάζονται από τερηδόνα και σχεδόν το 100% των ενηλίκων έχει εμπειρία της νόσου. Στο σύνολο της ευρωπαϊκής περιφέρειας, ο μέσος όρος των δοντιών που έχουν προσβληθεί από τερηδόνα στα παιδιά ηλικίας 12 ετών μειώνεται από 3,0 το 1990 σε 1,8 το 2015. Ο χαμηλότερος επιπολασμός της οδοντικής τερηδόνας σε παιδιά ηλικίας 6 ετών είναι 17%, ενώ ο υψηλότερος είναι 94%.

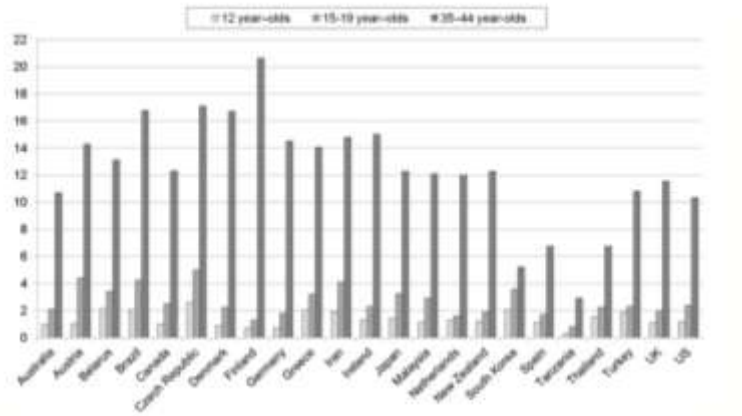
Στην έρευνα των Eduardo και Aubrey του 2014 μελετήθηκε ο DMFT στην μόνιμη οδοντοφυΐα σε παιδιά και ενήλικες 26 χωρών. Στα αποτελέσματά τους αναφέρουν πολύ υψηλά επίπεδα τερηδόνας σε όλες τις χώρες. Στις περισσότερες χώρες ο DMFT, ανεξάρτητα από την τιμή που έχει στην ηλικία των 12 ετών, παρατηρείται πολύ μεγάλη διαφορά μεταξύ των ηλικιών 12 και 33-44 ήταν μεγαλύτερη του 500% και η σχετική διαφορά ήταν μεγαλύτερη ή ίση του 5. (Πίνακας 14, Διάγραμμα 24)

Country[a]	12-year-olds	35- to 44-year-olds	Percentage difference[b]	Relative difference[c]
Tanzania	0.30	2.90	867	9.7
China	0.53	4.51	751	8.5
Finland	0.70	20.62	2846	29.5
Germany	0.70	14.50	1971	20.7
Hong Kong	0.80	7.40	825	9.3
Denmark	0.89	16.70	1776	18.8
Australia	0.95	10.70	1026	11.3
Canada	1.02	12.30[d]	1106	12.1
Austria	1.04	14.70	1313	14.1
UK	1.10	11.57	952	10.5
Malaysia	1.12	12.10	980	10.8
Spain	1.12	6.75	503	6.0
USA	1.19	10.33	768	8.7
New Zealand	1.20	12.28	923	10.2
Belgium	1.30	10.30	692	7.9
Ireland	1.30	15.00	1054	11.5
Netherlands	1.30[e]	12.00	823	9.2
Japan	1.40	12.28	777	8.8
Thailand	1.55	6.74	335	4.3
Iran	1.90	14.80	679	7.8
Turkey	1.90	10.80	468	5.7
Greece	2.05	14.06	586	6.9
Brazil	2.07	16.75	709	8.1
South Korea	2.08	5.21	150	2.5
Belarus	2.14	13.11	513	6.1
Czech Republic	2.96	17.91	505	6.1

[a]Data obtained from the latest national dental health survey in each country.
[b]Calculated with the formula: $(DMFT_{35-44} - DMFT_{12}) * 100/DMFT_{12}$.
[c]Calculated with the formula: $(DMFT_{35-44}/DMFT_{12})$.
[d]Data corresponds to age group 35- to 49 years.
[e]Data corresponds to 11-year-olds.

Πηγή: Bernabe και Sheiham, 2014

Πίνακας 14 :Δείκτης DMFT σε άτομα ηλικίας 12 και 33 έως 44 σε ορισμένες χώρες.



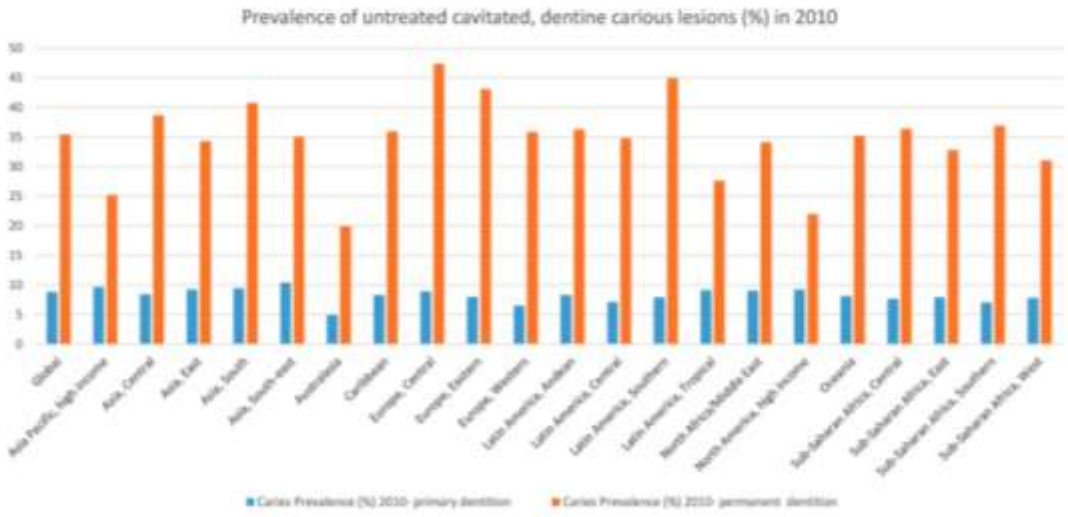
Πηγή: Bernabe και Sheiham, 2014

Διάγραμμα 24 :Δείκτης DMFT σε άτομα ηλικίας 12, 15-19 και 33- 44 σε ορισμένες χώρες

Το πανεπιστήμιο του Malmo σε μια πρόσφατη έρευνά του το 2015 επισήμανε τα παρακάτω για τον δείκτη DMFT σε παιδία 12 ετών:

- Η μέση παγκόσμια τιμή του δείκτη είναι 1.86 (σε 209 χώρες)
- Οι χώρες με DMFT ≤ 3 (στόχος του ΠΟΥ) είναι 73% (153 από την 209)
- Παγκοσμίως, 244.571.686 δόντια σε παιδία 12 ετών έχουν τερηδονιστεί από το σύνολο των 3.681.724.312 δοντιών.

Frencken & συν. σε πρόσφατα δημοσιευμένη έρευνα τους υποστηρίζουν ότι κατά τη διάρκεια των τεσσάρων τελευταίων δεκαετιών, η επικράτηση και η σοβαρότητα των τερηδονικών βλαβών στις ηλικιακές ομάδες 5 και 12 ετών μειώθηκαν. Ο μέσος όρος των τερηδονισμών δοντιών είναι πολύ υψηλός, με τον μικρότερο επιπολασμό να εμφανίζεται στην ηλικία 12 ετών σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Οι χώρες αυτές είχαν επίσης το χαμηλότερο επιπολασμό στις ηλικίες μεταξύ 35-44 ετών. Ακόμα ο αριθμός των διατηρούμενων δοντιών έχει αυξηθεί σε όλο τον κόσμο (Διάγραμμα 25). (Frencken & συν, 2017)



Πηγή: Frencken & συν, 2017

Διάγραμμα 25: Παρουσία τερηδονικών βλαβών σε νεογιλή και μόνιμη οδοντοφυΐα το 2010.

Πιο συγκεκριμένα όσο αναφορά την ηλικία των 35 - 45 ο μέσο όρος του DMFT ήταν υψηλός στις χώρες με υψηλό εισόδημα (13.5) και χαμηλός σε αυτές με χαμηλό εισόδημα (3.1), ενώ το αντίθετο ισχύει για το D-component το οποίο ήταν χαμηλό τις χώρες με χαμηλό εισόδημα (9.6%) και χαμηλό σε αυτές με χαμηλό εισόδημα (53.6%) (Πίνακας 15)

Country income	N	DMFT Median	Range	N	D-comp Median	Range %
Low	3	3.1	2.9–4.7	2	53.6	45.1–62.0
Lower-middle	6	7.5	2.6–14.6	5	39.7	24.0–54.0
Upper-middle	8	11.4	6.0–14.8	7	17.9	13.3–52.6
High	20	13.5	6.8–20.0	16	9.6	3.4–27.9

N, number of countries.

Πηγή: Frencken & συν., 2017

Πίνακας 15: Παρουσία τερηδονικών βλαβών σε νεογιλή και μόνιμη οδοντοφυΐα το 2010.

Η πρώτη εθνική έρευνα για τα παιδιά στην Ελλάδα σχετικά με τη στοματική υγιεινή ήταν το 1987. Την εποχή εκείνη ο μέσος δείκτης DMFT ήταν 4,3 στην ηλικία των 12 ετών.(Moller & Marthaler, 1988) Η εμπειρία στην τερηδόνα σε παιδιά ηλικίας 5, 12 και 15 ετών στην Ελλάδα ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων περιοχών. Το 2011, η μέση τιμή dmft / DMFT για κάθε ηλικιακή ομάδα ήταν 1, 77, 2,05 και 3,19 αντίστοιχα. Επιπλέον, το 64%, το 37% και το 29% από αυτούς δεν είχαν εμφανή οδοντική τερηδόνα. Ακόμα στην ίδια μελέτη σύγκριναν και τον δείκτη DMFT σε παιδιά ηλικίας 12 ετών σε διάφορα περιοχές στην Ελλάδα και 1983 -1988 και το 2005 και παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση (Πίνακας 16). (Oulis et al. 2012)

Districts	*DMFT Years 1983-1989*	*DMFT Year 2005*	*Decrease (% decrease)*
Athens	7.00	2.35	4.65 (66.4)
Achaia	5.80	4.32	1.48 (25.5)
Ioannina	8.61	3.76	4.85 (56.3)
Larissa	8.50	3.54	4.96 (58.4)
Chania	8.00	2.93	5.05 (63.1)
Mean	7.58	3.38	4.20 (55.4)

Πίνακας 16: Δείκτη DMFT σε παιδιά ηλικίας 12 ετών σε διάφορα περιοχές στην Ελλάδα

Όσο αναφορά την περίοδο 2005-2007, υπήρξε ένα εθνικό πρόγραμμα «Αξιολόγηση και Προώθηση της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού», που αναφέρθηκε και προηγουμένως,

στο οποίο επισημάνθηκε ότι οι ανισότητες στην στοματική υγεία υπήρξαν και επηρεάστηκαν από το φύλο και την εκπαίδευση.(Mamai-Homata et al. 2012). Πιο συγκεκριμένα:

- Μεταξύ των ατόμων ηλικίας 35-44 ετών, οι άνδρες και εκείνοι που είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές DMFS από τις γυναίκες (OR = 1.679, CI: 1.243-2.267) και άνω των 12 ετών εκπαίδευσης (OR = 0,321, CI: 0,193-0,535 αντίστοιχα).
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν ο μόνος προγνωστικός δείκτης για τους DMFS στους ηλικιωμένους (OR = 0.279, CI: 0.079-0.992).

Το 2012, η Γάτου και συν. αξιολογούν την τερηδόνα σε παιδιά στην Ελλάδα και αναφέρουν ότι σε παιδιά ηλικίας 6 ετών ο δείκτης DMFT ήταν 1,54 και σε παιδία ηλικίας ετών ήταν 1,35. (Gatou, Mamai-Homata, 2012) Μια επόμενη μελέτη το 2013 έδειξε ότι ο επιπολασμός της οδοντικής τερηδόνας σε παιδιά ηλικίας 5 ετών στην Αθήνα ήταν 16,5% . (Mantonanaki et al., 2013)

Όσο αναφορά Έλληνες μεγαλύτερες ηλικίας (65 ετών και άνω) τα προκαταρκτικά αποτελέσματα μιας συγχρονικής μελέτης που διερευνά την κοινωνική κλίση στην στοματική υγεία των 65 ετών και άνω αποκάλυψαν μια κοινωνική κλίση τόσο σε κλινικά όσο και σε υποκειμενικά μέτρα υγείας. Σημαντικές στατιστικές διαφορές παρουσιάστηκαν για την ικανοποίηση από τη ζωή, τη μοναξιά και την έλλειψη δοντιών σε σχέση με το ατομική εισόδημα (p <0, 05). Το DMFT συσχετίστηκε με τη συχνότητα του βουρτσίσματος των δοντιών ή των οδοντοστοιχιών, την αντιλαμβανόμενη γενική υγεία, την αντιλαμβανόμενη στοματική υγεία και την αντιλαμβανόμενη κοινωνική κατάσταση. Η εκπαίδευση, το εισόδημα και η νοητική λειτουργία εξηγούσαν εν μέρει την κλίση αυτού του πληθυσμού. (Damaskinos et al. 2014)

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Σκοπός της έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό την εκτίμηση της παροχής Οδοντιατρικής Περίθαλψης στην ΚΣΑΑ. Αυτό θα αποτιμηθεί την μέτρηση των ποιοτικών παραμέτρων ζωής σε σχέση με την Στοματική Υγεία και την διερεύνηση των παραγόντων που συνδέονται με αυτή. Τα ερευνητικά ερωτήματα που επιχειρείται να απαντηθούν μέσω της παρούσας μελέτης αφορούν:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών με τα δημογραφικά, τις συνήθειες στοματικής υγιεινής, το συχνότητα επίσκεψης στον ιδιώτη οδοντίατρο και το χρονικό διάστημα που έχει επέλθει από την τελευταία επίσκεψη σε αυτόν καθώς και το κάπνισμα;

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ποιότητας ζωής όπως αυτή συνδέεται με την Στοματική Υγεία με τα δημογραφικά, τις συνήθειες στοματικής υγιεινής, το συχνότητα επίσκεψης στον ιδιώτη οδοντίατρο και το χρονικό διάστημα που έχει επέλθει από την τελευταία επίσκεψη σε αυτόν καθώς και το κάπνισμα;

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του δείκτη DMFT και την παρουσία ή το ιστορικό περιοδοντικής νόσου με τα δημογραφικά, τις συνήθειες στοματικής υγιεινής, το συχνότητα επίσκεψης στον ιδιώτη οδοντίατρο και το χρονικό διάστημα που έχει επέλθει από την τελευταία επίσκεψη σε αυτόν καθώς και το κάπνισμα;

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας ζωής όπως αυτή συνδέεται με την Στοματική Υγεία;

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών για την παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών και της ικανοποίησής τους από τις υποδομές και το προσωπικό;

1.2.Υλικά και Μέθοδος

Πρόκειται για μια ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Απριλίου – Μαΐου του 2019 στην ΚΣΑΑ και συγκεντρώθηκε δείγμα ευκολίας 210 ασθενείς. Η άδεια για την εκπόνηση της μελέτης έχει εγκριθεί από την Επιτροπή Δεοντολογίας της Οδοντιατρικής και Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

Ανεύρεση Ασθενών

Το δείγμα μας θα αποτελείται από ασθενείς που έχουν ενταχθεί στην ΚΣΑΑ.

Κριτήρια επιλογής

- Άτομα άνω των 18 ετών

- Να έχουν ενταχθεί στην ΚΣΑΑ τουλάχιστον 6 μήνες, ώστε να έχουν δεχθεί θεραπεία η οποία καλύπτει σημαντικό μέρος του Σχεδίου Θεραπείας προκειμένου να είναι σε θέση να απαντήσουν τις ερωτήσεις τεκμηριωμένα και με υψηλό βαθμό αξιοπιστίας.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Άτομα κάτω των 18 ετών

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων θα γίνει με τη χρήση ερωτηματολογίων, κάποιων ερωτήσεων σχετικών με την στοματική υγιεινή και τις καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων και την συμπλήρωση των δημογραφικών τους στοιχείων.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο αποτελεί μια συνεπτυγμένη μορφή του ερωτηματολογίου Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) που εκτιμά την ποιότητα ζωής όπως αυτή αποτυπώνεται μέσα από την Στοματική Υγεία, το οποίο περιέχει 14 ερωτήσεις κλειστού τύπου και οι απαντήσεις θα δίνονται με τη μορφή πενταβάθμιας κλίμακας Likert. (Roumani et al, 2010) (Υπόδειγμα Ι)

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο αφορούν την διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών (Dental Satisfaction Questionnaire: DSQ-19), το οποίο επίσης περιέχει 19 ερωτήσεις κλειστού τύπου

και οι απαντήσεις θα δίνονται με τη μορφή πενταβάθμιας κλίμακας Likert. (López-Garví et al., 2014) (Υπόδειγμα ΙΙ)

Το τρίτο ερωτηματολόγιο αφορούν την αξιολόγηση των υποδομών και του προσωπικού (DSQ-11) το οποίο επίσης περιέχει ερωτήσεις 11 κλειστού τύπου και οι απαντήσεις θα δίνονται με τη μορφή πενταβάθμιας κλίμακας Likert. (Karydis et al. 2001, Aletras et al, 2006) (Υπόδειγμα ΙΙΙ)

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και θα συμπληρώθηκαν στις αίθουσες αναμονής, αφού προηγουμένως οι ασθενείς έχουν συμπληρώσει την φόρμα ενημέρωσης και συγκατάθεσης για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Όσο αναφορά τα απαραίτητα στοιχεία για την μέτρηση του δείκτη DMFT και την ύπαρξη περιοδοντικής νόσου (ενεργή νόσος ή ιστορικό αυτής) θα λαμβάνονται από το οδοντιατρικό ιστορικό των ασθενών που έχει συμπληρωθεί κατά την αρχική τους κλινική και ακτινογραφική εξέταση.

Ο δείκτης DMFT υπολογίζεται από το άθροισμα των απολεσθέντων δοντιών λόγω τερηδόνας, των δοντιών με τερηδονικές βλάβες (δόντια με πρωτογενή ή δευτερογενή τερηδόνα, δόντια με προσωρινές εμφράξεις) καθώς και των δοντιών που έχουν κάποια αποκατάσταση λόγω τερηδόνας (δόντια με εμφράξεις ή στεφάνες που τοποθετήθηκαν λόγω εκτεταμένης τερηδονικής βλάβης, χωρίς όμως αυτά να έχουν δευτερογενή τερηδόνα ή νέα τερηδόνα σε κάποιο άλλο σημείο). Στο δείκτη αυτό κάθε δόντι υπολογίζεται στο άθροισμα μια φορά με αποτέλεσμα ο δείκτης αυτός να παίρνει τιμές από 0 – 32. (Κακάμπουρα, Βουγιουκλάκης, 2012)

Κριτήρια για την ύπαρξη περιοδοντική νόσος είναι η ανίχνευση κλινικής απώλειας πρόσφυσης στις μεσοδόντιες περιοχές 2 ή περισσοτέρων μη γειτονικών δοντιών ή ανίχνευση κλινικής απώλειας πρόσφυσης >3 χιλ παρειακά παρουσία θυλάκου >3 χιλ. σε δυο ή περισσότερα δόντια. Για την ακριβή διάγνωση της περιοδοντικής νόσου θα αποκλειστούν περιπτώσεις απώλειας κλινικής πρόσφυσης που οφείλονται σε άλλα αίτια όπως αυχενικές τερηδόνες, επιμήκη κατάγματα ρίζας, πολφικές βλάβες και τραυματικές βλάβες όπως επίσης και απώλεια πρόσφυσης στην άπω επιφάνεια του δευτέρου γομφίου μετά από εξαγωγή του σωφρονιστήρα . (Caton et al. 2018)

1.3 Στατιστική ανάλυση

Προκειμένου να μελετηθούν οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις από τα τρία ερωτηματολόγια για τη δημιουργία των συνολικών σκορ. Το συνολικό σκορ του κάθε ερωτηματολογίου προέκυψε από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων (14, 19 και 11 αντίστοιχα). Στο ερωτηματολόγιο DSQ-19 πρώτα αντιστράφηκαν τα ερωτήματα 1, 3, 4, 5, 8, 11, 13 και 17, τα οποία είχαν αντίθετη κατεύθυνση. Επιπλέον, στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκαν και οι επιμέρους ενότητες «ποιότητα» (ερωτ. 2+6+11+14+16+17+18), «πόνος» (ερωτ. 4+8+19), «πρόσβαση» (ερωτ. 5+13+15), «κόστος» (ερωτ. 3+10) και «διαθεσιμότητα» (ερωτ. 7+9). Στο ερωτηματολόγιο σχετικά με την αξιολόγηση των υποδομών και του προσωπικού αντιστράφηκαν τα ερωτήματα 1 και 5. Οκτώ ελλείπουσες τιμές από 7 άτομα στο ερωτηματολόγιο OHIP-14 και τρεις στο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση των υποδομών και του προσωπικού αντικαταστάθηκαν από τη μέση τιμή των απαντήσεων των συγκεκριμένων ατόμων σε όλα τα υπόλοιπα ερωτήματα του σχετικού ερωτηματολογίου. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των σκορ κάθε ενότητας υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha.

Για τη διερεύνηση συσχετίσεων των συνολικών σκορ των τριών ερωτηματολογίων αλλά και των επιμέρους ενοτήτων του DSQ-19 με κατηγορικές μεταβλητές με 2 ή περισσότερες κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney και Kruscal-Wallis, αντίστοιχα, λόγω της φύσης των μεταβλητών (σκορ likert) αλλά και της κατανομής των τιμών τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, πραγματοποιήθηκε ενοποίηση κατηγοριών (κατόπιν μελέτης) για την αύξηση της διακριτικής ικανότητας της δοκιμασίας. Πιθανή συσχέτιση με ποσοτικές μεταβλητές διερευνήθηκε με χρήση του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης του Spearman.

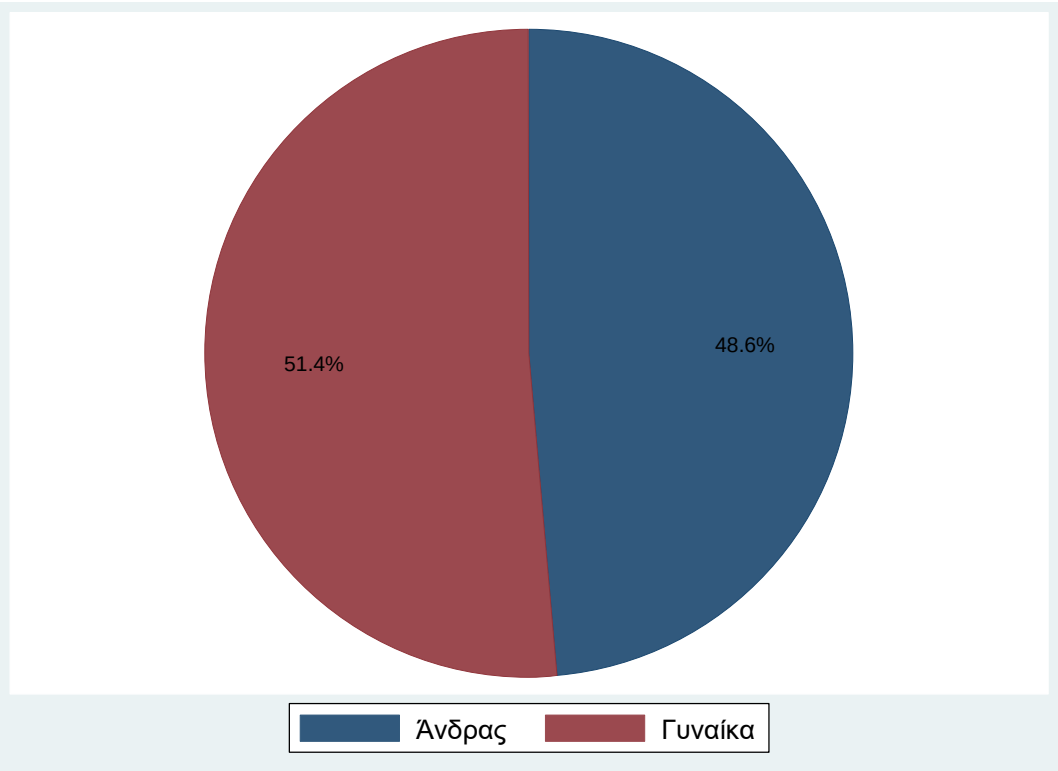
Όλοι οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ήταν α=5% (p-value<0.05 υποδεικνύει στατιστικά σημαντική συσχέτιση/διαφορά).

1.4 Αποτελέσματα

1.4.1 Περιγραφή Δείγματος και γενικών χαρακτηριστικών

1.4.1.1 Φύλο

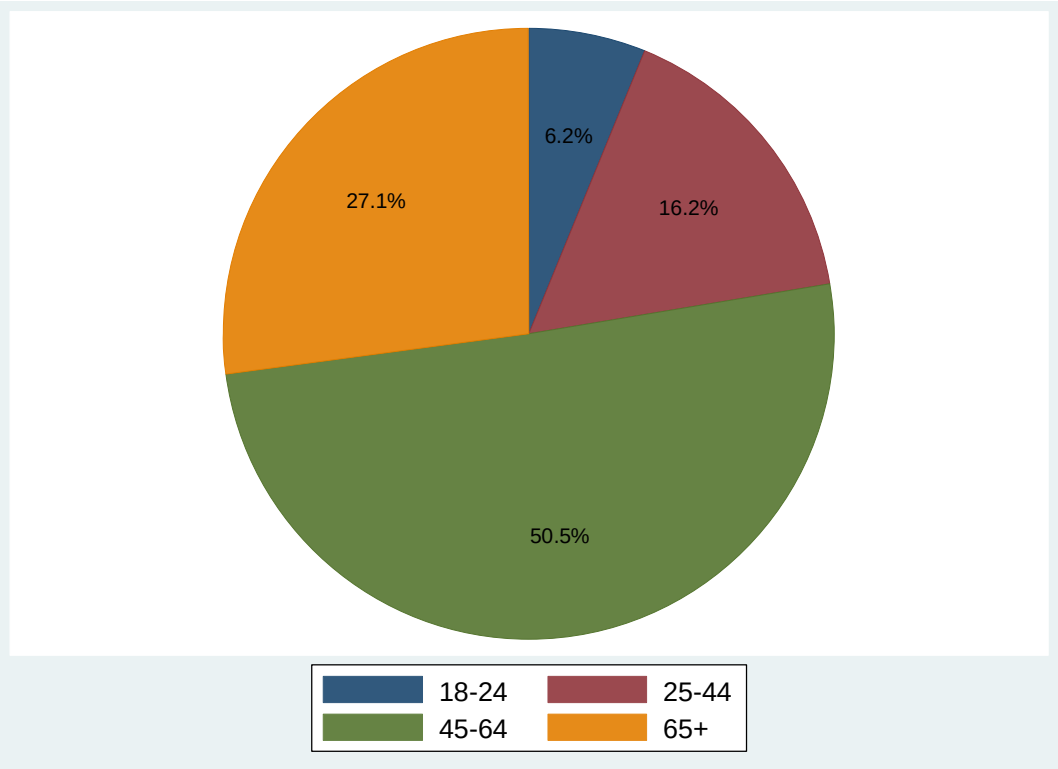
Από τους 210 ασθενείς το 48.6% ήταν άνδρες (102) και το 51.4% ήταν γυναίκες (108). (Γράφημα 1)



Γράφημα 1. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων του φύλου των συμμετεχόντων

1.4.1.2 Ηλικία

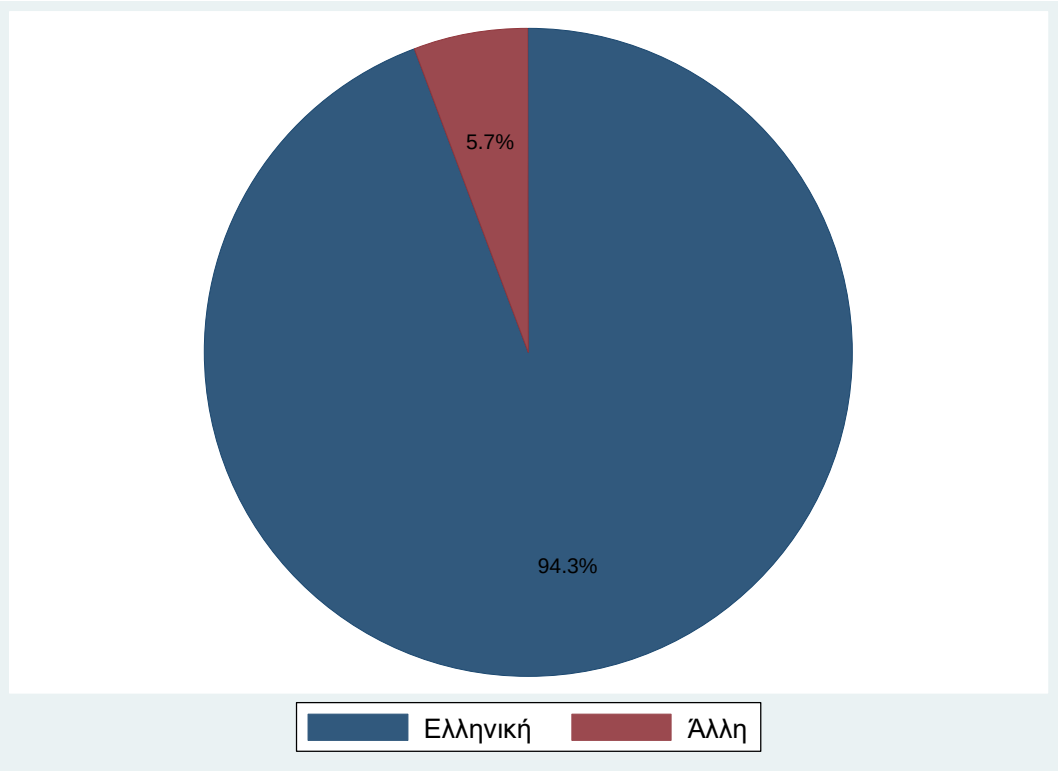
Το 6.2% (13 άτομα) των ερωτηθέντων ήταν ηλικίας 18-24 ετών, το 16.2% (34 άτομα) 25-44, το 50.5% (106 άτομα) 45-64, το 27.1% (57 άτομα) άνω των 65 ετών. (Γράφημα 2)



Γράφημα 2. Κυκλικό διάγραμμα της ηλιακής κατανομής των συμμετεχόντων

1.4.1.3 Εθνικότητα

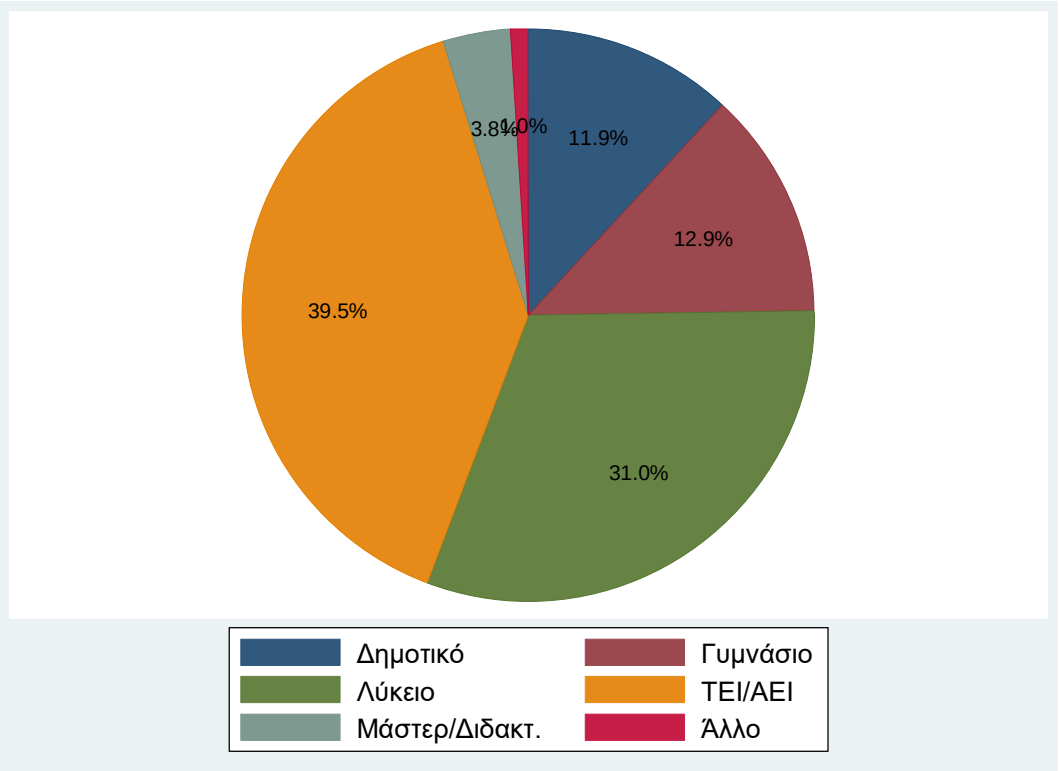
Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 94.3% ήταν Έλληνες (198 άτομα) και το 5.7% (12 άτομα) ήταν άλλης εθνικότητας, πιο συγκεκριμένα ένας ήταν από Αλγερία, πέντε από Αλβανία, ένας από Βουλγαρία, ένας από Ρωσία, ένας από Αίγυπτο και δύο από Κύπρο. (Γράφημα 3)



Γράφημα 3. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της εθνικότητας των συμμετεχόντων

1.4.1.4 Μορφωτικό επίπεδο

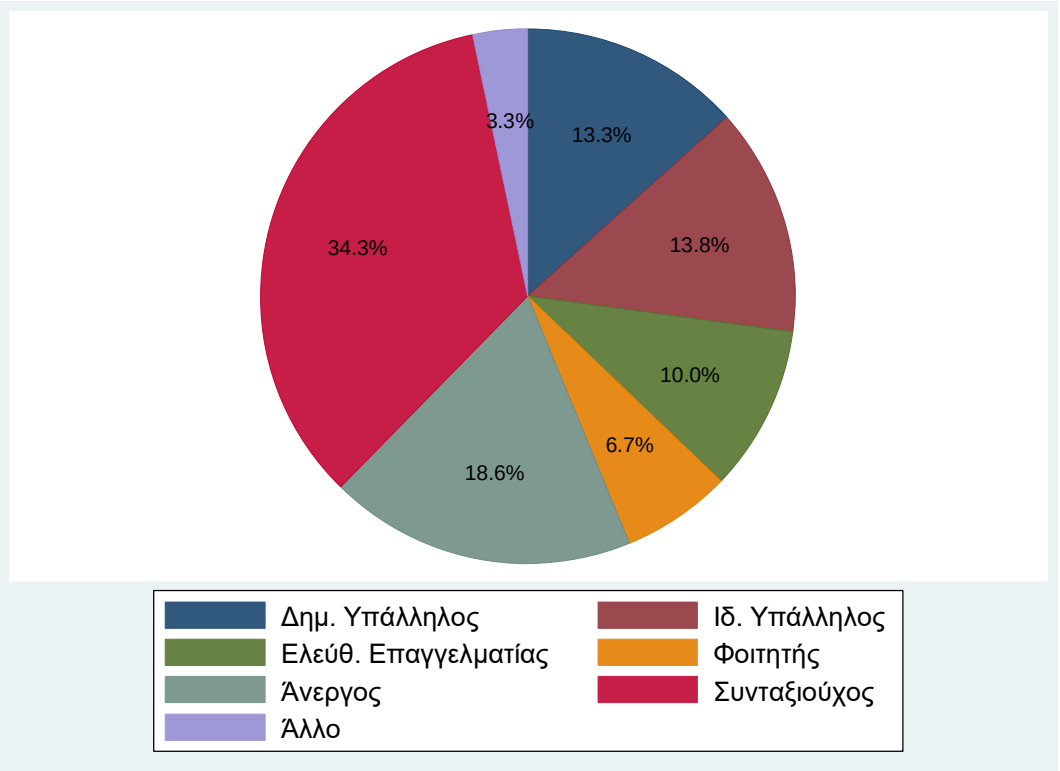
Στο πεδίο των σπουδών, το 11.9% (25 άτομα) απάντησε πως έχει τελειώσει το Δημοτικό, το 12.9% (27 άτομα) πως έχει τελειώσει το Γυμνάσιο, το 65% (31 άτομα) πως έχει τελειώσει το Λύκειο. Ακόμα, το 39.5% (83 άτομα) είναι απόφοιτοι ΤΕΙ και ΑΕΙ. Τέλος 3.8% (8 άτομα) δήλωσαν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού και 1% (2 άτομα) σημείωσε ότι είχε λάβει κάποια άλλη εκπαίδευση που δεν αναγραφόταν παραπάνω (Saint George Commercial College και Ειδικό Σχολείο – ΑΜΕΑ). (Γράφημα 4)



Γράφημα 4. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων

1.4.1.5 Είδος απασχόλησης

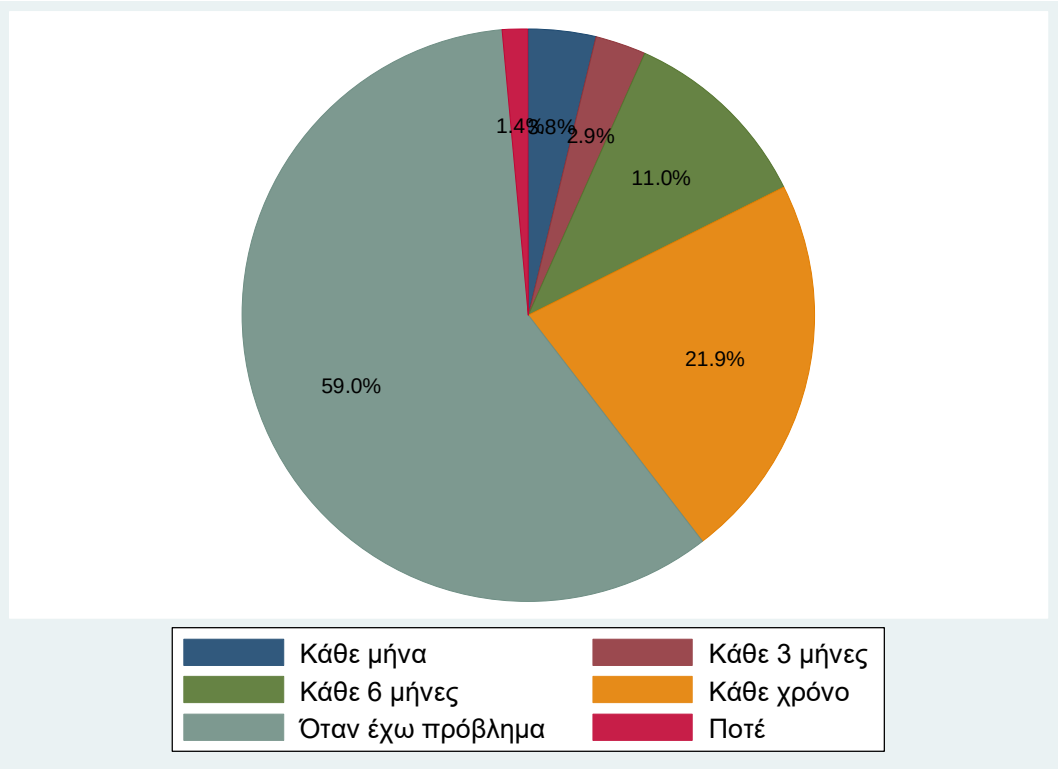
Όσο αναφορά το είδος απασχόλησης το 13.3% (28 άτομα) είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 13.8% (29 άτομα) είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 10% (21 άτομα) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 6.7% (14 άτομα) είναι φοιτητές, το 18.6% (39 άτομα) είναι άνεργοι, το 34.3% (72 άτομα) ήταν συνταξιούχοι. Τέλος το 3.3% (7 άτομα) κάνει κάποιο άλλο επάγγελμα που δεν αναγράφεται. (Γράφημα 5)



Γράφημα 5. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων του είδους απασχόλησης των συμμετεχόντων

1.3.1.6 Συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο

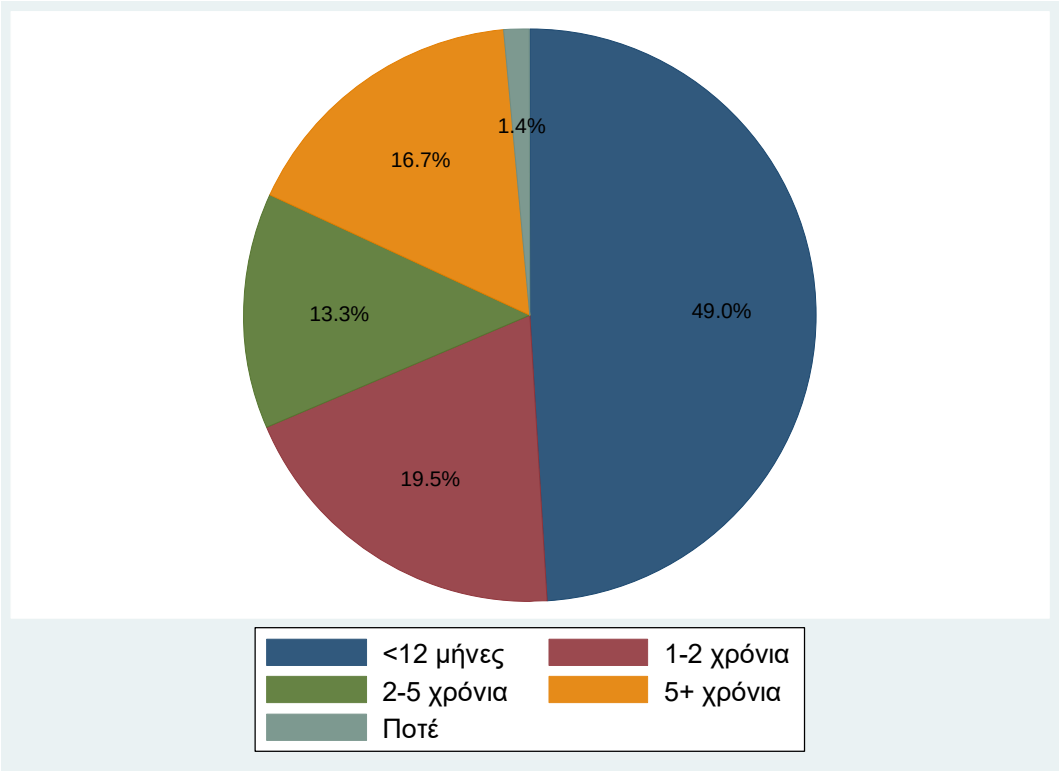
Το μεγαλύτερο ποσοστό 59% (124 άτομα) απάντησε όταν έχουν κάποιο πρόβλημα και ακολουθεί με ποσοστό 21.9% (46 άτομα) αυτοί που επισκέπτονται το οδοντίατρο κάθε χρόνο. Κάθε 6 μήνες επισκεπτόταν τον οδοντίατρο το 11% (23 άτομα)του δείγματος, κάθε 3 μήνες το 2.9% (6 άτομα) και κάθε μήνα το 3.8% (8 άτομα). Τέλος το 1.4% (3 άτομα) αναφέρει ότι δεν πηγαίνει ποτέ στον οδοντίατρο. Η συχνότητα επισκεψιμότητας αναφέρεται στις συνήθειες που είχαν οι ασθενείς πριν ξεκινήσουν τις θεραπείες του στην ΚΣΑΑ. (Γράφημα 6)



Γράφημα 6. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της συχνότητας επίσκεψης στον οδοντίατρο των συμμετεχόντων

1.4.1.7 Τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο

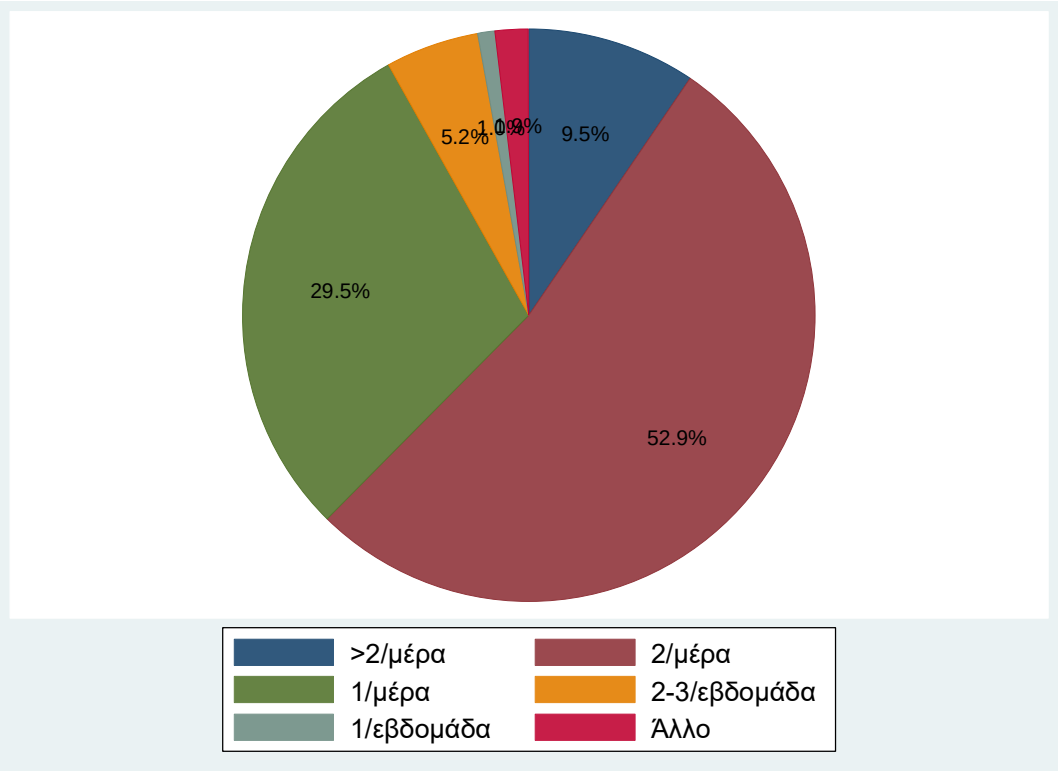
Από τα 210 άτομα που ερωτήθηκαν πότε επισκέφτηκαν ιδιώτη οδοντίατρο πριν ξεκινήσουν τις Οδοντιατρικές του εργασίες στην ΚΣΑΑ τα περισσότερα απάντησαν πριν από λιγότερο από 12 μήνες (103 άτομα, 49%). Ακολουθούν αυτοί που επισκέφτηκαν τον οδοντίατρο πριν 1 – 2 έτη (41 άτομα, 19.5%), αυτοί που τον επισκέφτηκαν πριν από πάνω από 5 χρόνια (35 άτομα, 16.7%) και αυτοί που επισκέφτηκαν τον οδοντίατρο πριν από 2 – 5 έτη (28 άτομα, 13.3%). Τέλος, 3 άτομα (1.5%) ανέφεραν ότι δεν έχουν πάει ποτέ στον οδοντίατρο. (Γράφημα 7)



Γράφημα 7. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της τελευταίας επίσκεψης στον οδοντίατρο των συμμετεχόντων

1.4.1.8 Συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών

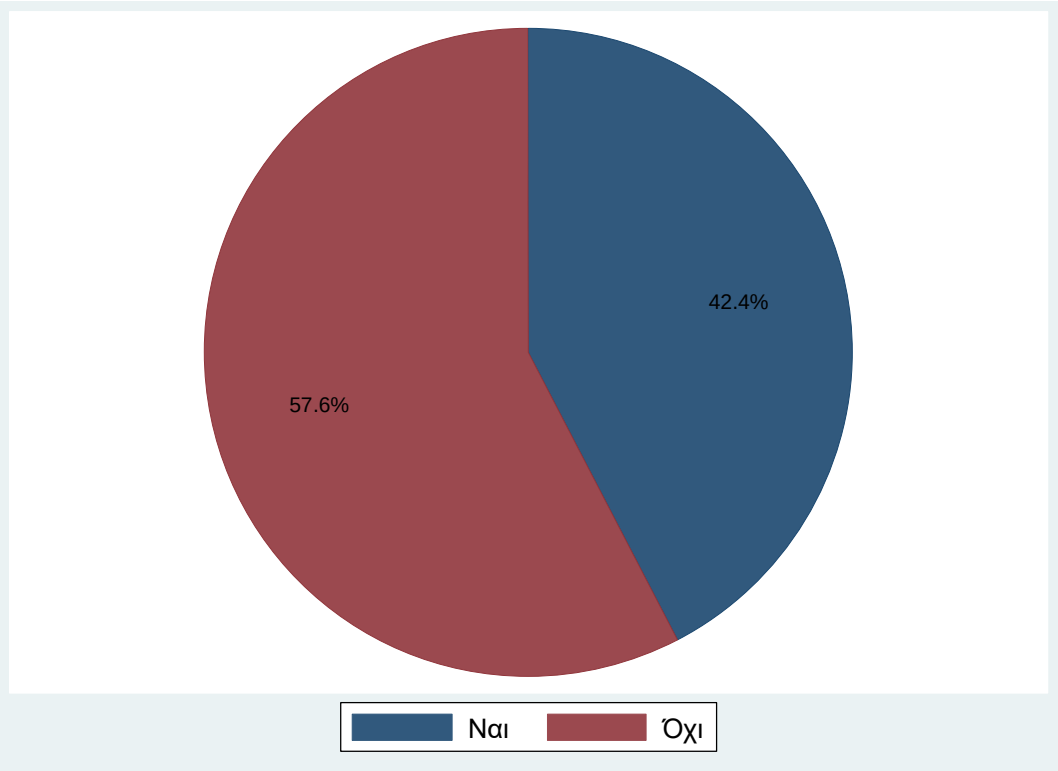
Η πλειονότητα του δείγματος βουρτσίζει τα δόντια του 2 φορές την μέρα (52.9%, 111 άτομα). Αρκετοί είναι επίσης και αυτοί που βουρτσίζουν τα δόντια τους 1 φορά την ημέρα (29.5%, 62 άτομα). Ακόμα το 9.5% (20 άτομα) του δείγματος βουρτσίζει τα δόντια του πάνω από 2 φορές την ημέρα. Δύο με 3 φορές την εβδομάδα βουρτσίζουν τα δόντια τους 11 άτομα (5.2%) και 1 φορά την εβδομάδα 2 (1%). Τέλος, 4 ασθενείς έχουν σημειώσει ότι ακολουθούν άλλες συνήθεις (2 φορούν οδοντοστοιχίες, 1 δεν τα βουρτσίζει σχεδόν ποτέ και 1 απάντησε εξαρτάται). (Γράφημα 8)



Γράφημα 8. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της συχνότητας βουρτσίσματος των δοντιών των συμμετεχόντων

1.4.1.9 Χρήση στοματικού διαλύματος

Το 57.6% (121 άτομα) δεν χρησιμοποιεί κάποιο στοματικό διάλυμα. (Γράφημα 9)

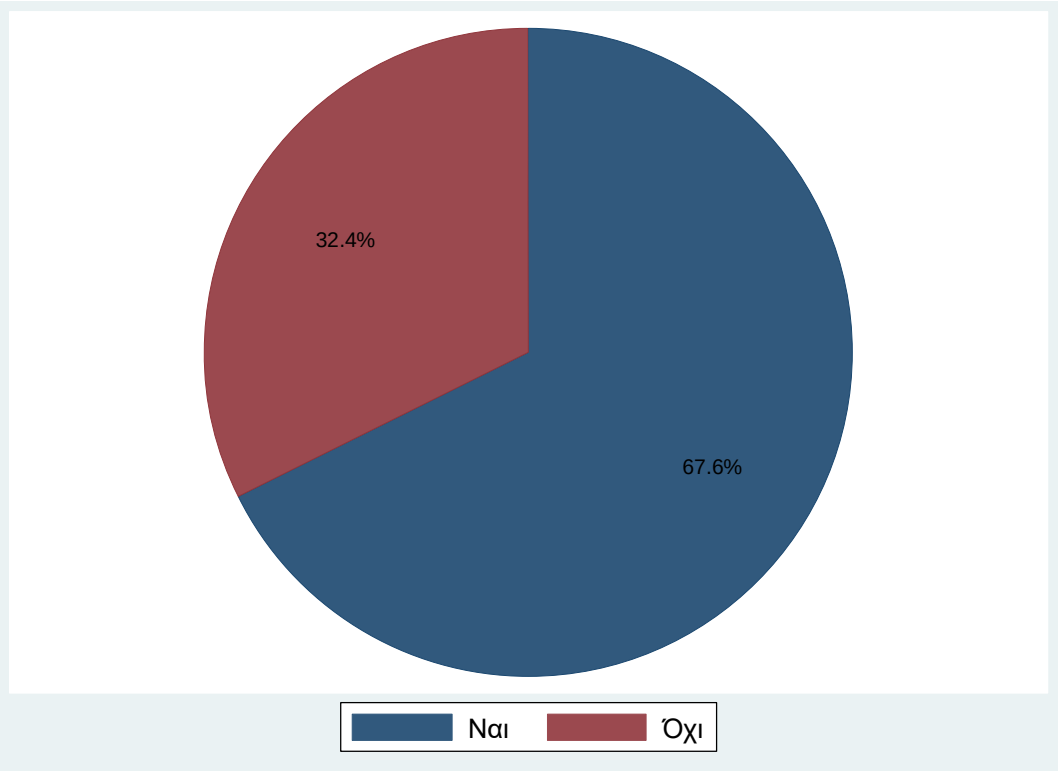


Γράφημα 9. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της χρήσης στοματικού διαλύματος των συμμετεχόντων

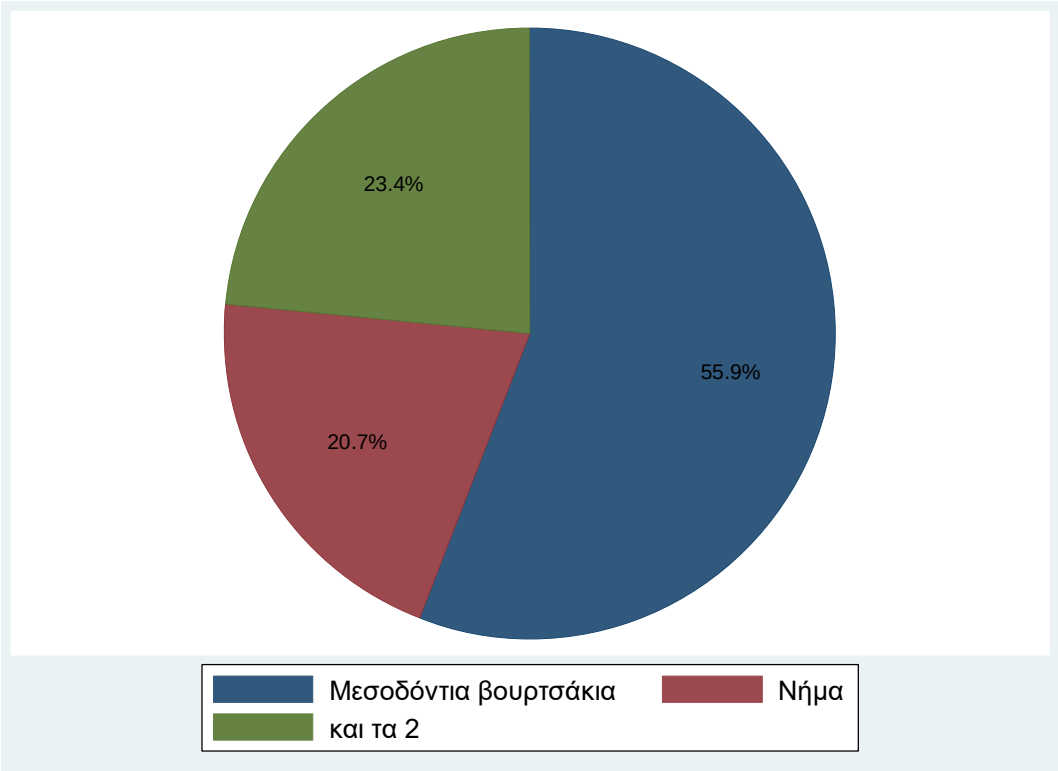
1.3.1.10 Μεσοδόντιος καθαρισμός – Είδος – Συχνότητα Χρήσης

Η πλειονότητα του δείγματος πραγματοποιεί μεσοδόντιο καθαρισμό σε ποσοστό 67.6% (142 άτομα) . Οι περισσότεροι χρησιμοποιούν μεσοδόντια βουρτσάκια (55.9%, 81 άτομα). Το υπόλοιπο 20.7 % (30 άτομα) και 23.4% (34 άτομα) χρησιμοποιεί νήμα και συνδυασμό και των 2 (νήμα και μεσοδόντια βουρτσάκια) αντίστοιχα. (Γράφημα 10)

Όσο αναφορά την συχνότητα χρήσης το μεγαλύτερο ποσοστό τα χρησιμοποιεί 1 φορά την μέρα (41.5%, 59 άτομα), ενώ το 33.1% (47 άτομα) τα χρησιμοποιεί περιστασιακά. Ακόμα το 24.6% (35 άτομα) αναφέρει ότι τα εφαρμόζει περισσότερες από 2 φορές την ημέρα. Τέλος το 0.7% (1 άτομο) αναφέρει ότι δεν εφαρμόζει κάποια από τις επιλογές ως προς την συχνότητα χρήσης που αναφέρθηκαν παραπάνω. (Γράφημα 11)



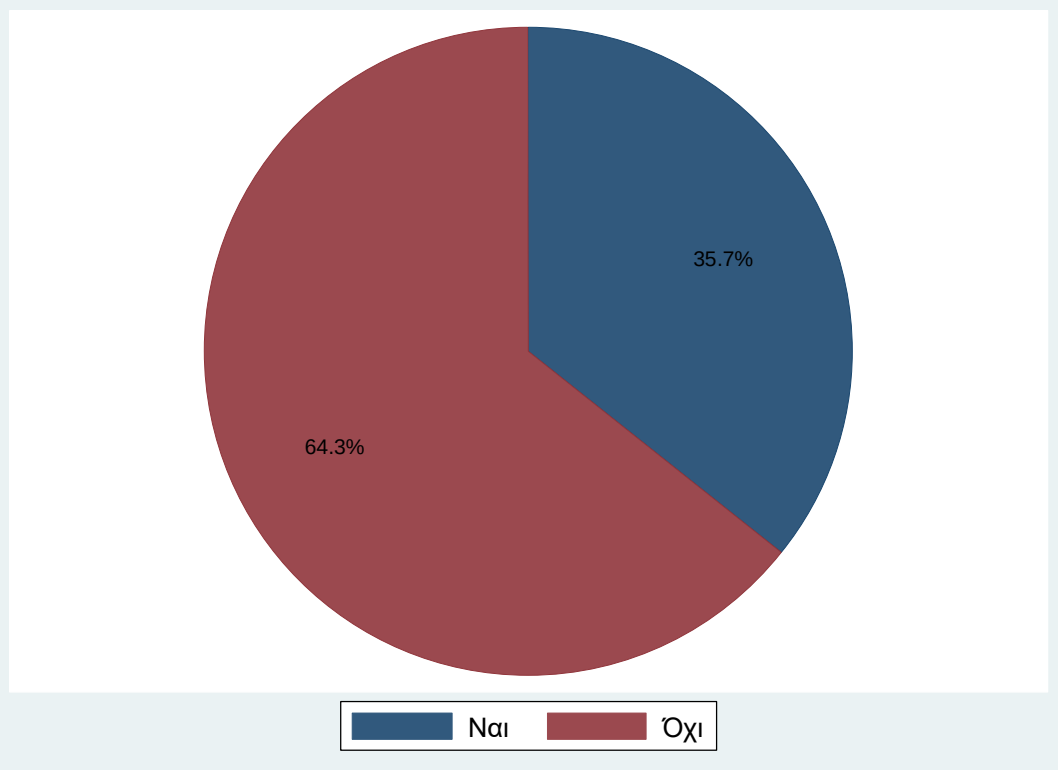
Γράφημα 10. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της χρήσης μεσοδόντιου καθαρισμού των συμμετεχόντων



Γράφημα 11. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων του είδους μεσοδόντιου καθαρισμού των συμμετεχόντων

1.3.1.11 Κάπνισμα – Διάρκεια καπνίσματος

Το μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρει ότι δεν είναι καπνιστές αυτή την χρονική περίοδο με ποσοστό 64.3% (135 άτομα).(Γράφημα 12)Οι περισσότεροι από αυτούς που καπνίζουν (35.7%, 75 άτομα) καπνίζουν για χρονικό διάστημα πάνω από 5 έτη (92%, 69 άτομα), ενώ λίγοι (8%, 6 άτομα) καπνίζουν από 1 έως 5 χρόνια.



Γράφημα 12. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων των καπνιστικών συνηθειών των συμμετεχόντων

Συγκεντρωτικά τα στοιχεία παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

(Πίνακας 17)

	Αριθμός (Ποσοστό %)
Φύλο	
Άνδρας	102 (48.6)
Γυναίκα	108 (51.4)
Σύνολο	210 (100.0)
Ηλικία	

18-24	13 (6.2)
25-44	34 (16.2)
45-64	106 (50.5)
65+	57 (27.1)
Σύνολο	210 (100.0)
Εθνικότητα	
Ελληνική	198 (94.3)
Άλλη	12 (5.7)
Σύνολο	210 (100.0)
Άλλη	
Αλγεριανή	1 (9.1)
Αλβανική	5 (45.5)
Βουλγάρικη	1 (9.1)
Ρώσικη	1 (9.1)
Αιγυπτικαή	1 (9.1)
Κυπριακή	2 (18.2)
Μορφωτικό επίπεδο	
Δημοτικό	25 (11.9)
Γυμνάσιο	27 (12.9)
Λύκειο	65 (31.0)
ΤΕΙ/ΑΕΙ	83 (39.5)
Μάστερ/Διδακτ.	8 (3.8)
Άλλο	2 (1.0)
Σύνολο	210 (100.0)
Άλλο	
saint george commercial college	1 (50.0)
Ειδικό Σχολείο (ΑΜΕΑ)	1 (50.0)
Είδος απασχόλησης	
Δημ. Υπάλληλος	28 (13.3)
Ιδ. Υπάλληλος	29 (13.8)
Ελεύθ. Επαγγελματίας	21 (10.0)
Φοιτητής	14 (6.7)
Άνεργος	39 (18.6)
Συνταξιούχος	72 (34.3)
Άλλο	7 (3.3)
Άλλο	
baby sitter	1 (14.3)
Εργαστήριο Επαγγελματικής κατάρτησης ΑΜΕΑ	1 (14.3)
Οικιακά	1 (14.3)
Οικοδόμος	1 (14.3)
Αγρότης	1 (14.3)
Ιδιαίτερα μαθήματα φυσικής	1 (14.3)
Συγγραφέας	1 (14.3)
Συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο	
Κάθε μήνα	8 (3.8)
Κάθε 3 μήνες	6 (2.9)

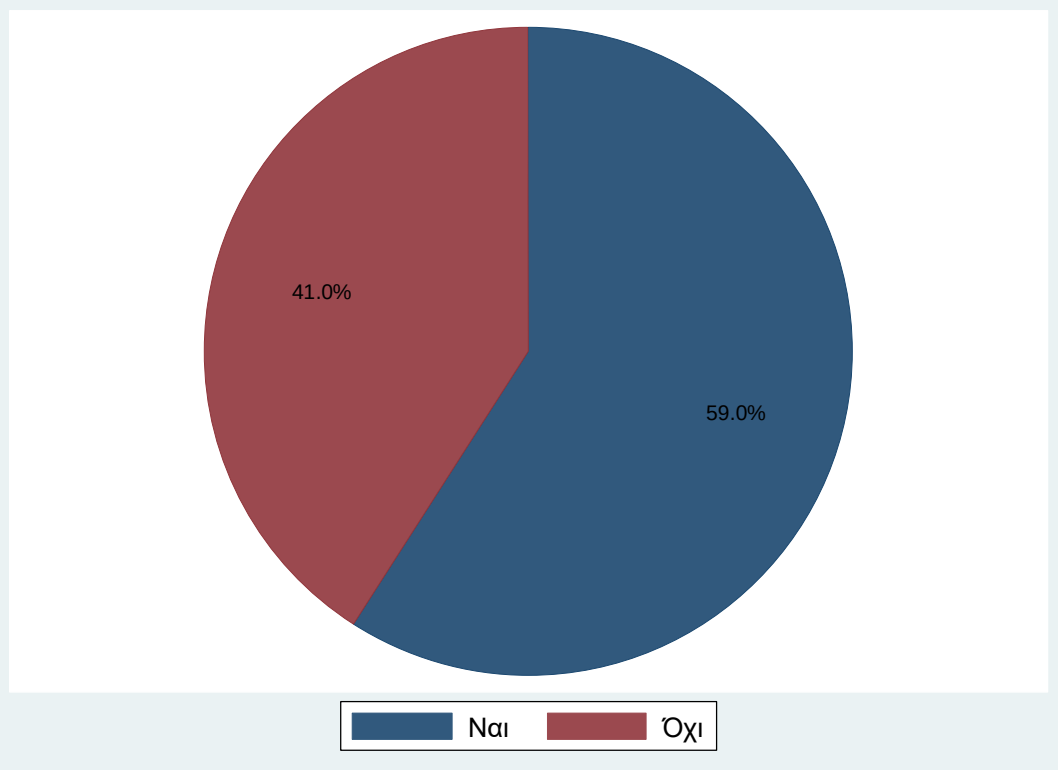
Κάθε 6 μήνες	23 (11.0)
Κάθε χρόνο	46 (21.9)
Όταν έχω πρόβλημα	124 (59.0)
Ποτέ	3 (1.4)
Σύνολο	210 (100.0)
Τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο	
<12 μήνες	103 (49.0)
1 – 2 χρόνια	41 (19.5)
2 – 5 χρόνια	28 (13.3)
5+ χρόνια	35 (16.7)
Ποτέ	3 (1.5)
Σύνολο	210 (100.0)
Συχνότητα βουρτσίσματος δοντιών	
>2/μέρα	20 (9.5)
2/μέρα	111 (52.9)
1/μέρα	62 (29.5)
2-3/εβδομάδα	11 (5.2)
1/εβδομάδα	2 (1.0)
Άλλο	4 (1.9)
Σύνολο	210 (100.0)
Άλλο	
Φοράω οδοντοστοιχίες	2 (50.0)
Εξαρτάται	1 (25.0)
Σχεδόν ποτέ	1 (25.0)
Χρήση στοματικού διαλύματος	
Ναι	89 (42.4)
Όχι	121 (57.6)
Σύνολο	210 (100.0)
Μεσοδόντιος καθαρισμός	
Ναι	142 (67.6)
Όχι	68 (32.4)
Σύνολο	210 (100.0)
Μεσοδόντιος Είδος	
Μεσοδόντια βουρτσάκια	81 (55.9)
Νήμα	30 (20.7)
και τα 2	34 (23.4)
Σύνολο	145 (100.0)
Συχνότητα χρήσης	
Περιστασιακά	47 (33.1)
1 φορά την μέρα	59 (41.5)
2+ φορές την μέρα	35 (24.6)
Άλλο	1 (0.7)
Σύνολο	142 (100.0)
Κάπνισμα	
Ναι	75 (35.7)
Όχι	135 (64.3)
Σύνολο	210 (100.0)

Διάρκεια καπνίσματος	
1-5 χρόνια	6 (8.0)
>5 χρόνια	69 (92.0)
Σύνολο	75 (100.0)

Πίνακας 17: Απόλυτη (N) και σχετική συχνότητα (ποσοστό, %) ανά κατηγορία για τις ποιοτικές μεταβλητές του δείγματος

1.4.2 Αποτελέσματα επιπολασμού περιοδοντικής νόσου στο δείγμα

Από τα 210 τα 124 εμφάνισαν περιοδοντική νόσο ή ιστορικό αυτής (59%). (Γράφημα 13)



Γράφημα 13. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της παρουσίας περιοδοντίτιδας στους συμμετέχοντες

1.4.3 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου σχετικού με την ποιότητα ζωής σε σχέση με την οδοντιατρική κατάσταση του ασθενούς (OHIP-14)

	Άτομα (Ποσοστό %)
1.Έχετε προβλήματα στην ομιλία εξαιτίας των δοντιών σας;	
ποτέ	130 (61.9)
σπάνια	30 (14.3)
συχνά	28 (13.3)
αρκετά συχνά	13 (6.2)
πάντα	9 (4.3)
Σύνολο	210 (100.0)
2.Έχετε αλλαγή στην γεύση εξαιτίας των δοντιών σας;	
ποτέ	132 (62.9)
σπάνια	32 (15.2)
συχνά	27 (12.9)
αρκετά συχνά	14 (6.7)
πάντα	5 (2.4)
Σύνολο	210 (100.0)
3.Έχετε πόνο στο στόμα;	
ποτέ	73 (34.9)
σπάνια	66 (31.6)
συχνά	41 (19.6)
αρκετά συχνά	25 (12.0)
πάντα	4 (1.9)
Σύνολο	209 (100.0)
4.Δυσκολεύεστε στο μάσημα της τροφής;	
ποτέ	62 (29.5)
σπάνια	42 (20.0)
συχνά	47 (22.4)
αρκετά συχνά	35 (16.7)
πάντα	24 (11.4)
Σύνολο	210 (100.0)
5.Στεναχωριέστε εξαιτίας των δοντίων σας;	
ποτέ	46 (22.0)
σπάνια	37 (17.7)
συχνά	37 (17.7)
αρκετά συχνά	35 (16.7)
πάντα	54 (25.8)
Σύνολο	209 (100.0)
6.Εκνευρίζεστε εξαιτίας των δοντίων σας;	
ποτέ	63 (30.0)

σπάνια	41 (19.5)
συχνά	39 (18.6)
αρκετά συχνά	24 (11.4)
πάντα	43 (20.5)
Σύνολο	210 (100.0)
7.Έχει αλλάξει η διατροφή σας εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;	
ποτέ	90 (43.1)
σπάνια	41 (19.6)
συχνά	29 (13.9)
αρκετά συχνά	25 (12.0)
πάντα	24 (11.5)
Σύνολο	209 (100.0)
8.Διακόψατε κάποιο γεύμα σας εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;	
ποτέ	109 (51.9)
σπάνια	41 (19.5)
συχνά	28 (13.3)
αρκετά συχνά	19 (9.0)
πάντα	13 (6.2)
Σύνολο	210 (100.0)
9.Δυσκολεύεστε να ξεκουραστείτε λόγω προβλημάτων στα δόντια σας;	
ποτέ	114 (54.5)
σπάνια	47 (22.5)
συχνά	32 (15.3)
αρκετά συχνά	9 (4.3)
πάντα	7 (3.3)
Σύνολο	209 (100.0)
10.Έχετε νιώσει ντροπή εξαιτίας των δοντιών σας;	
ποτέ	84 (40.0)
σπάνια	35 (16.7)
συχνά	29 (13.8)
αρκετά συχνά	27 (12.9)
πάντα	35 (16.7)
Σύνολο	210 (100.0)
11.Έχετε γίνει οξύθυμος εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;	
ποτέ	113 (54.1)
σπάνια	47 (22.5)
συχνά	27 (12.9)
αρκετά συχνά	7 (3.3)
πάντα	15 (7.2)
Σύνολο	209 (100.0)

12. Έχετε αλλάξει τις καθημερινές σας συνήθειες (π.χ. δουλειές στο σπίτι) εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;	
ποτέ	147 (70.3)
σπάνια	29 (13.9)
συχνά	19 (9.1)
αρκετά συχνά	7 (3.3)
πάντα	7 (3.3)
Σύνολο	209 (100.0)
13. Έχει υποβαθμιστεί η ποιότητα ζωής σας εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια σας;	
ποτέ	126 (60.3)
σπάνια	34 (16.3)
συχνά	19 (9.1)
αρκετά συχνά	13 (6.2)
πάντα	17 (8.1)
Σύνολο	209 (100.0)
14. Αδυνατείτε να εργαστείτε εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;	
ποτέ	162 (77.5)
σπάνια	27 (12.9)
συχνά	8 (3.8)
αρκετά συχνά	6 (2.9)
πάντα	6 (2.9)
Σύνολο	209 (100.0)

Πίνακας 18: Απόλυτη (N) και σχετική συχνότητα (ποσοστό, %) εμφάνισης κάθε απάντησης στα 14 ερωτήματα του ερωτηματολογίου OHIP-14.

1.4.3 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου σχετικού με την ποιότητα των παρεχόμενων οδοντιακτικών υπηρεσιών από τους προπτυχιακούς φοιτητές στην ΚΣΑΑ (DSQ-19)

	N (%)
Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες που δέχτηκα στην Οδοντιατρική Σχολή θα μπορούσε να ήταν καλύτερες.	
συμφωνώ απόλυτα	47 (22.4)
συμφωνώ	46 (21.9)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	50 (23.8)
διαφωνώ	42 (20.0)
διαφωνώ πλήρως	25 (11.9)

Ο φοιτητής της Οδοντιατρικής Σχολής ήταν ιδιαίτερα προσεκτικός όταν με εξέτασε.	
συμφωνώ απόλυτα	154 (73.3)
συμφωνώ	35 (16.7)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	7 (3.3)
διαφωνώ	5 (2.4)
διαφωνώ πλήρως	9 (4.3)
Το κόστος των θεραπειών που πραγματοποίησα στην Οδοντιατρική Σχολή ήταν υψηλό.	
συμφωνώ απόλυτα	52 (24.8)
συμφωνώ	14 (6.7)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	57 (27.1)
διαφωνώ	54 (25.7)
διαφωνώ πλήρως	33 (15.7)
Αποφεύγω να συνεχίσω τις οδοντιατρικές μου εργασίες στην Οδοντιατρική Σχολή, γιατί ο φοιτητής με πονάει.	
συμφωνώ απόλυτα	27 (12.9)
συμφωνώ	2 (1.0)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	17 (8.1)
διαφωνώ	69 (32.9)
διαφωνώ πλήρως	95 (45.2)
Υπάρχει μεγάλος χρόνος αναμονής όταν έχω ραντεβού με τον φοιτητή.	
συμφωνώ απόλυτα	43 (20.5)
συμφωνώ	26 (12.4)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	49 (23.3)
διαφωνώ	43 (20.5)
διαφωνώ πλήρως	49 (23.3)
Ο φοιτητής μου φέρεται με σεβασμό.	
συμφωνώ απόλυτα	168 (80.0)
συμφωνώ	19 (9.0)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3 (1.4)
διαφωνώ	2 (1.0)
διαφωνώ πλήρως	18 (8.6)
Υπάρχουν πολλοί οδοντίατροι στην περιοχή κατοικίας μου.	
συμφωνώ απόλυτα	101 (48.1)
συμφωνώ	50 (23.8)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	23 (11.0)
διαφωνώ	22 (10.5)
διαφωνώ πλήρως	14 (6.7)

Ο φοιτητής προσέχει πολύ ώστε να μη με πονέσει.	
συμφωνώ απόλυτα	145 (69.0)
συμφωνώ	40 (19.0)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	7 (3.3)
διαφωνώ	5 (2.4)
διαφωνώ πλήρως	13 (6.2)
Υπάρχει εύκολη πρόσβαση στην Οδοντιατρική Σχολή.	
συμφωνώ απόλυτα	81 (38.6)
συμφωνώ	41 (19.5)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	42 (20.0)
διαφωνώ	30 (14.3)
διαφωνώ πλήρως	16 (7.6)
Ο φοιτητής φροντίζει ώστε να μην με επιβαρύνει με περιττά κόστη.	
συμφωνώ απόλυτα	131 (62.4)
συμφωνώ	38 (18.1)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	26 (12.4)
διαφωνώ	6 (2.9)
διαφωνώ πλήρως	9 (4.3)
Ο φοιτητής δεν είναι τόσο σχολαστικός όσο θα έπρεπε.	
συμφωνώ απόλυτα	26 (12.4)
συμφωνώ	6 (2.9)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	16 (7.6)
διαφωνώ	66 (31.4)
διαφωνώ πλήρως	96 (45.7)
Επισκέπτομαι την Οδοντιατρική Σχολή για κάθε οδοντιατρική μου ανάγκη.	
συμφωνώ απόλυτα	93 (44.3)
συμφωνώ	35 (16.7)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	45 (21.4)
διαφωνώ	26 (12.4)
διαφωνώ πλήρως	11 (5.2)
Υπήρχε μεγάλη καθυστέρηση μέχρι να αναλάβει το σχέδιο θεραπείας μου κάποιος φοιτητής.	
συμφωνώ απόλυτα	77 (36.7)
συμφωνώ	43 (20.5)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	40 (19.0)
διαφωνώ	23 (11.0)
διαφωνώ πλήρως	27 (12.9)

Ο φοιτητής είναι ικανός να με ανακουφίσει ή να θεραπεύσει τα περισσότερα οδοντιατρικά προβλήματα που μου παρουσιάστηκαν.	
συμφωνώ απόλυτα	119 (56.7)
συμφωνώ	56 (26.7)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	21 (10.0)
διαφωνώ	7 (3.3)
διαφωνώ πλήρως	7 (3.3)
Το ωράριο λειτουργίας των Κλινικών της Οδοντιατρικής Σχολής με εξυπηρετεί.	
συμφωνώ απόλυτα	84 (40.0)
συμφωνώ	46 (21.9)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	45 (21.4)
διαφωνώ	22 (10.5)
διαφωνώ πλήρως	13 (6.2)
Ο φοιτητής μου εξήγησε αναλυτικά το σχέδιο θεραπείας και πόσο θα κοστίσει πριν ξεκινήσει.	
συμφωνώ απόλυτα	143 (68.1)
συμφωνώ	40 (19.0)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	10 (4.8)
διαφωνώ	5 (2.4)
διαφωνώ πλήρως	12 (5.7)
Η ενημέρωση από τον φοιτητή για την πρόληψη των νόσωντου στόματος πρέπει να είναι εκτενέστερη.	
συμφωνώ απόλυτα	88 (41.9)
συμφωνώ	33 (15.7)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	35 (16.7)
διαφωνώ	30 (14.3)
διαφωνώ πλήρως	24 (11.4)
Οι Κλινικές της Οδοντιατρικής Σχολής είναι εκσυγχρονισμένες και μοντέρνες.	
συμφωνώ απόλυτα	55 (26.2)
συμφωνώ	43 (20.5)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	74 (35.2)
διαφωνώ	30 (14.3)
διαφωνώ πλήρως	8 (3.8)
Δεν σκέφτομαι ότι θα πονέσω όταν έχω ραντεβού με τον φοιτητή.	
συμφωνώ απόλυτα	95 (45.2)
συμφωνώ	47 (22.4)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	35 (16.7)
διαφωνώ	20 (9.5)
διαφωνώ πλήρως	13 (6.2)

Σύνολο	210 (100.0)

Πίνακας 19: Απόλυτη (N) και σχετική συχνότητα (ποσοστό, %) εμφάνισης κάθε απάντησης στα 14 ερωτήματα του ερωτηματολογίου DSQ-19.

1.4.4 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου σχετικού με την αξιολόγηση των υποδομών και του προσωπικού της ΚΣΑΑ (DSQ-11)

	Άτομα (Ποσοστό %)
Ελλιπής σηματοδότηση χώρων	
συμφωνώ απόλυτα	25 (11.9)
συμφωνώ	19 (9.0)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	43 (20.5)
διαφωνώ	80 (38.1)
διαφωνώ πλήρως	43 (20.5)
Σύνολο	210 (100.0)
Ευγενικό γραφείο πληροφοριών.	
συμφωνώ απόλυτα	102 (48.6)
συμφωνώ	62 (29.5)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	27 (12.9)
διαφωνώ	10 (4.8)
διαφωνώ πλήρως	9 (4.3)
Σύνολο	210 (100.0)
Η επικοινωνία με τους καθηγητές – διδάσκοντες ήταν ικανοποιητική;	
συμφωνώ απόλυτα	117 (56.0)
συμφωνώ	47 (22.5)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	29 (13.9)
διαφωνώ	8 (3.8)
διαφωνώ πλήρως	8 (3.8)
Σύνολο	209 (100.0)
Καθαρή και ευχάριστη αίθουσα αναμονής.	
συμφωνώ απόλυτα	106 (50.5)
συμφωνώ	65 (31.0)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	26 (12.4)
διαφωνώ	9 (4.3)
διαφωνώ πλήρως	4 (1.9)
Σύνολο	210 (100.0)
Δυσάρεστη θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής.	
συμφωνώ απόλυτα	21 (10.0)
συμφωνώ	18 (8.6)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	34 (16.2)

διαφωνώ	80 (38.1)
διαφωνώ πλήρως	57 (27.1)
Σύνολο	210 (100.0)
Οι συνθήκες τις τουαλέτες είναι ικανοποιητικές	
συμφωνώ απόλυτα	57 (27.1)
συμφωνώ	46 (21.9)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	45 (21.4)
διαφωνώ	36 (17.1)
διαφωνώ πλήρως	26 (12.4)
Σύνολο	210 (100.0)
Όλοι όσοι με εξέτασαν φορούσαν γάντια.	
συμφωνώ απόλυτα	178 (84.8)
συμφωνώ	19 (9.0)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3 (1.4)
διαφωνώ	1 (0.5)
διαφωνώ πλήρως	9 (4.3)
Σύνολο	210 (100.0)
Όλοι όσοι με εξέτασαν φορούσαν μάσκα.	
συμφωνώ απόλυτα	164 (78.1)
συμφωνώ	31 (14.8)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	4 (1.9)
διαφωνώ	3 (1.4)
διαφωνώ πλήρως	8 (3.8)
Σύνολο	210 (100.0)
Ο φοιτητής κατά την διάρκεια του ραντεβού φορά ειδικά προστατευτικά γυαλιά.	
συμφωνώ απόλυτα	128 (61.2)
συμφωνώ	37 (17.7)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	18 (8.6)
διαφωνώ	17 (8.1)
διαφωνώ πλήρως	9 (4.3)
Σύνολο	209 (100.0)
Ο φοιτητής όταν έχουμε ραντεβού φορά καθαρά ιατρικά ρούχα.	
συμφωνώ απόλυτα	168 (80.4)
συμφωνώ	27 (12.9)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	4 (1.9)
διαφωνώ	3 (1.4)
διαφωνώ πλήρως	7 (3.3)
Σύνολο	209 (100.0)
Ο φοιτητής όταν έχουμε ραντεβού φροντίζει ο χώρος εργασία του να είναι καθαρός και να έχει	

απολυμανθεί.	
συμφωνώ απόλυτα	169 (80.5)
συμφωνώ	25 (11.9)
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	7 (3.3)
διαφωνώ	3 (1.4)
διαφωνώ πλήρως	6 (2.9)
Σύνολο	210 (100.0)

Πίνακας 20: Απόλυτη (N) και σχετική συχνότητα (ποσοστό, %) εμφάνισης κάθε απάντησης στα 11 ερωτήματα του ερωτηματολογίου σχετικά με την αξιολόγηση των υποδομών και του προσωπικού (DSQ-11)

1.4.4 Συσχετίσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων

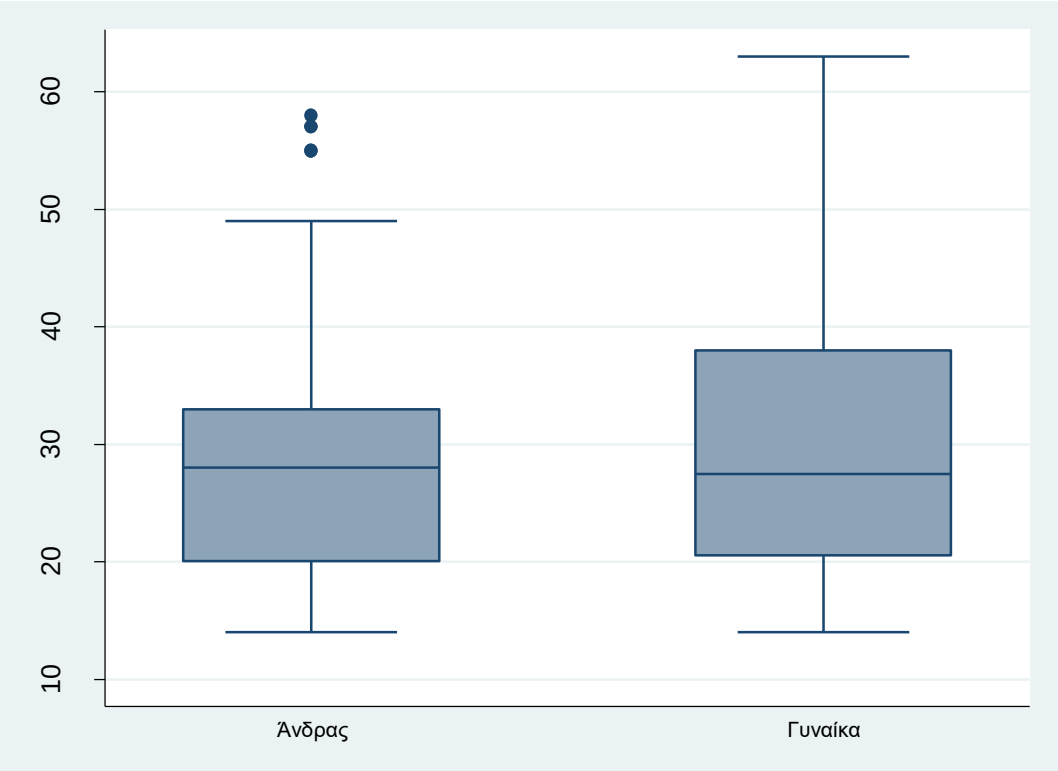
1.4.4.1. Συσχέτιση του φύλου με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

	Φύλο			
	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	28.0 (20.0, 33.0)	27.5 (20.5, 38.0)	28.0 (20.0, 35.0)	0.419
ποιότητα	14.0 (12.0, 16.0)	13.0 (11.0, 15.5)	14.0 (11.0, 16.0)	0.164
πόνος	8.0 (7.0, 10.0)	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 10.0)	0.058
πρόσβαση	9.0 (7.0, 11.0)	8.0 (6.5, 10.0)	9.0 (7.0, 11.0)	**0.011**
κόστος	5.0 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.090
διαθεσιμότητα	4.0 (2.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.671
DSQ-19	47.0 (40.0, 53.0)	44.5 (39.0, 48.5)	46.0 (39.0, 51.0)	0.073
DSQ-11	19.0 (16.0, 22.0)	18.0 (15.5, 21.5)	19.0 (16.0, 22.0)	0.621

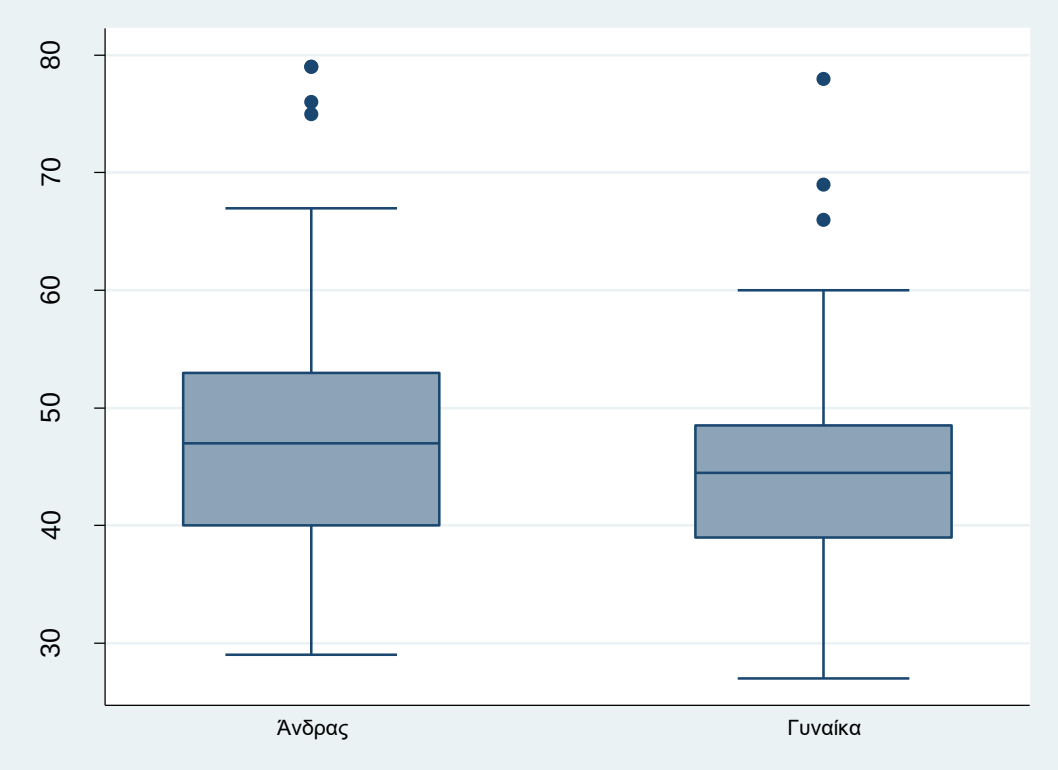
Πίνακας 21. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά φύλο και συνολικά.

Το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 είχε διάμεση τιμή 28 (IQR: 20, 35). Η διάμεση τιμή του DSQ-19 ήταν 46 (IQR: 39, 51) και του DSQ-11 19 (IQR: 16, 22). Οι σχετικές τιμές των σκορ στις 5 ενότητες του DSQ-19 φαίνονται στον Πίνακα 21 (στήλη «Σύνολο»).

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα συνολικά σκορ των τριών ερωτηματολογίων σε σχέση με το φύλο (Πίνακας 21, Γραφήματα 14, 15), με εξαίρεση την ενότητα «πρόσβαση» του DSQ-19. Οι γυναίκες παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο σκορ σε σχέση με τους άνδρες (διάμεσο σκορ 8 vs 9, p-value=0.011), δηλαδή είναι ικανοποιημένες όσο αναφορά την ευκολία πρόσβασης στην Σχολή.



Γράφημα 14. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά φύλο



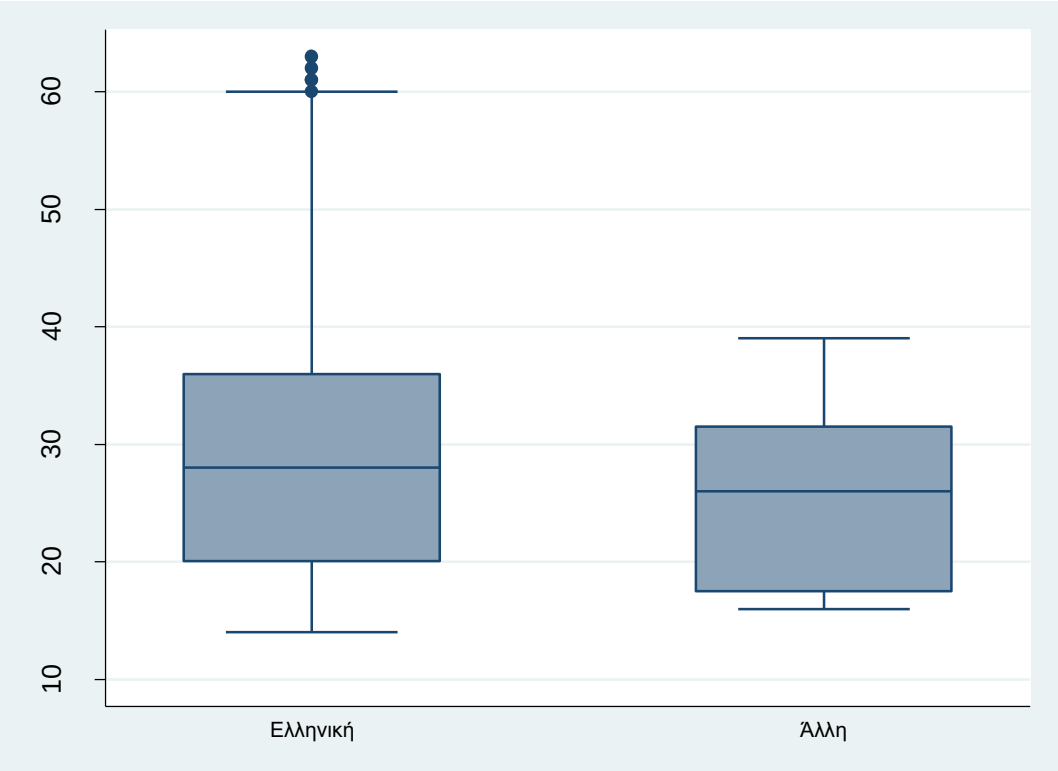
Γράφημα 15. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου DSQ-19 ανά φύλο.

1.4.4.2. Συσχέτιση την εθνικότητας με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

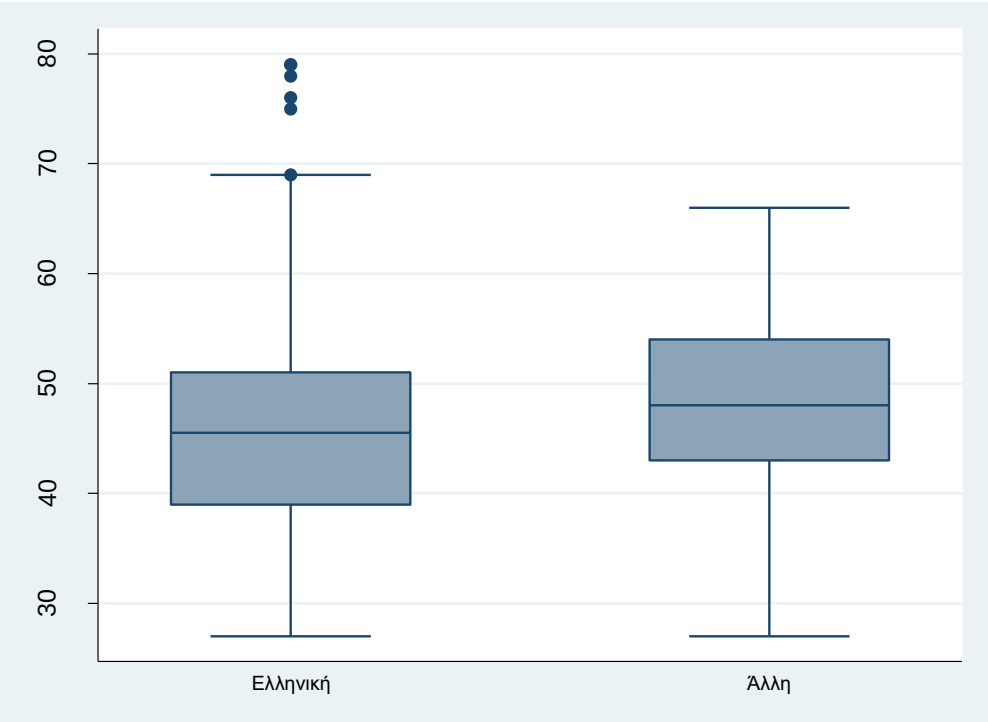
	Εθνικότητα			
	Ελληνική	Άλλη	Σύνολο	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	28.0 (20.0, 36.0)	26.0 (17.5, 31.5)	28.0 (20.0, 35.0)	0.435
ποιότητα	14.0 (11.0, 16.0)	13.5 (11.5, 17.5)	14.0 (11.0, 16.0)	>0999
πόνος	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.5, 10.0)	8.0 (7.0, 10.0)	0.906
πρόσβαση	8.0 (7.0, 11.0)	9.5 (8.0, 11.5)	9.0 (7.0, 11.0)	0.216
κόστος	4.0 (3.0, 6.0)	4.5 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.781
διαθεσιμότητα	4.0 (2.0, 6.0)	5.0 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.139
DSQ-19	45.5 (39.0, 51.0)	48.0 (43.0, 54.0)	46.0 (39.0, 51.0)	0.291
DSQ-11	19.0 (16.0, 22.0)	18.0 (13.5, 21.0)	19.0 (16.0, 22.0)	0.348

Πίνακας 22. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά εθνικότητα και συνολικά.

Σε κανένα σκορ δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την εθνικότητα (Πίνακας 22, Γραφήματα 16, 17).



Γράφημα 16. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά εθνικότητα.



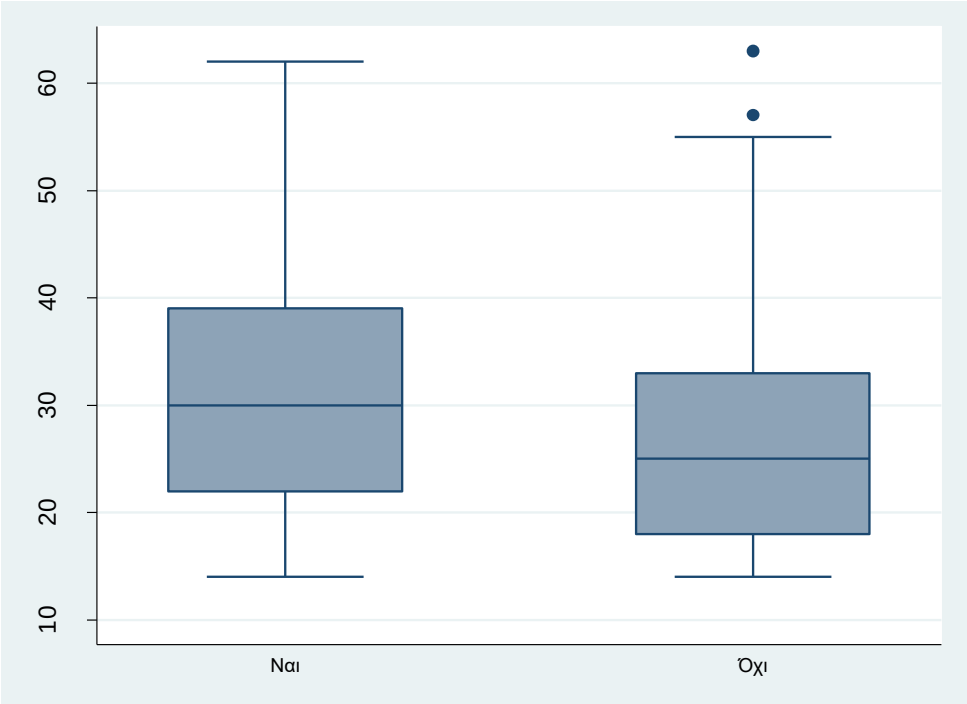
Γράφημα 17. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου DSQ - 19 ανά εθνικότητα.

1.4.4.3. Συσχέτιση του φύλου με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

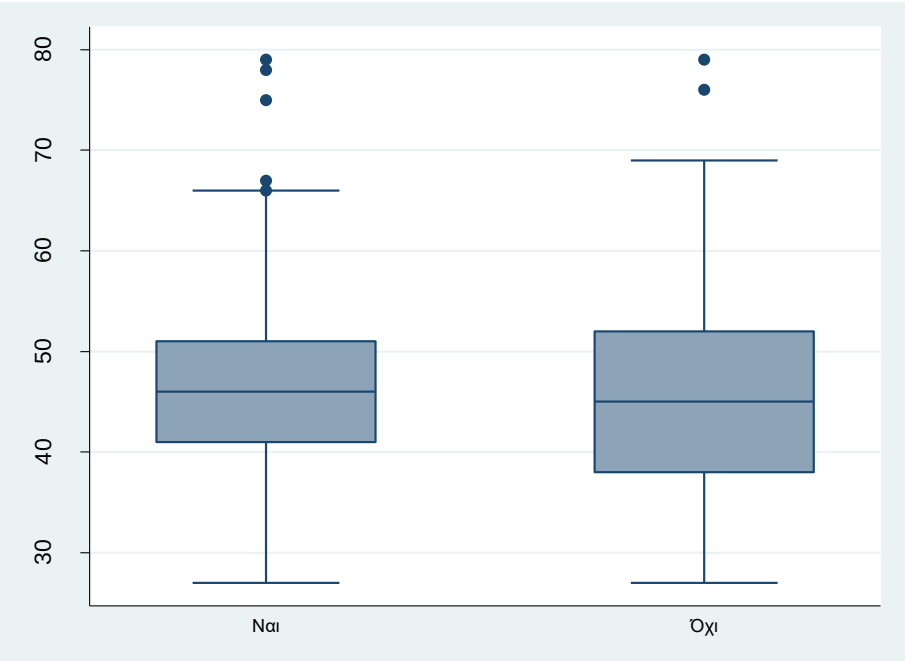
	Χρήση στοματικού διαλύματος			
	Ναι	Όχι	Σύνολο	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	30.0 (22.0, 39.0)	25.0 (18.0, 33.0)	28.0 (20.0, 35.0)	0.006
ποιότητα	14.0 (11.0, 15.0)	14.0 (12.0, 16.0)	14.0 (11.0, 16.0)	0.388
πόνος	8.0 (8.0, 10.0)	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 10.0)	0.074
πρόσβαση	9.0 (7.0, 11.0)	8.0 (7.0, 10.0)	9.0 (7.0, 11.0)	0.057
κόστος	5.0 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.196
διαθεσιμότητα	4.0 (2.0, 5.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.461
DSQ-19	46.0 (41.0, 51.0)	45.0 (38.0, 52.0)	46.0 (39.0, 51.0)	0.714
DSQ-11	19.0 (16.0, 22.0)	18.0 (16.0, 22.0)	19.0 (16.0, 22.0)	0.730

Πίνακας 22. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά χρήση στοματικού διαλύματος και συνολικά.

Τα άτομα που έκαναν χρήση στοματικού διαλύματος είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο (χαμηλότερη ποιότητα ζωής) σκορ OHIP-14 σε σχέση με αυτά που δεν έκαναν χρήση (διάμεσο σκορ 30 vs 25, p-value=0.006) (Πίνακας 7, Γραφήματα 22, 34). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα σκορ στα υπόλοιπα ερωτηματολόγια.



Γράφημα 22. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά χρήση στοματικού διαλύματος.



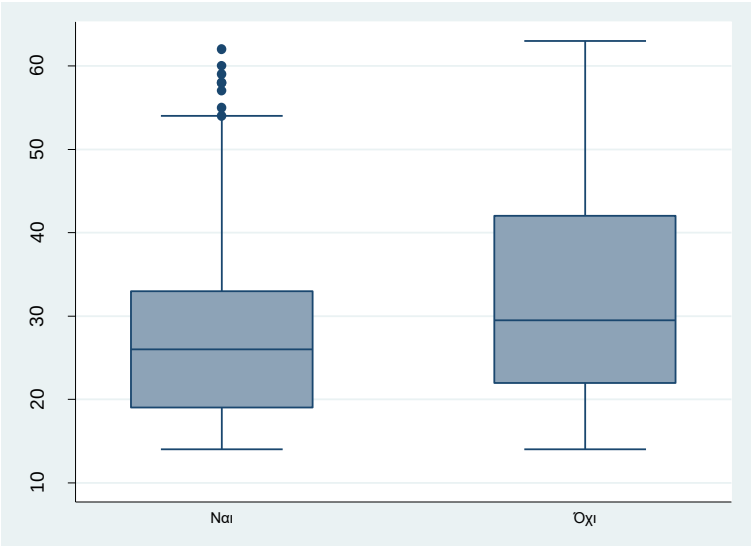
Γράφημα 34. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου DSQ -19 ανά χρήση στοματικού διαλύματος

1.4.4.4. Συσχέτιση της χρήσης μεσοδόντιου καθαρισμού με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

	Μεσοδόντιος καθαρισμός			
	Ναι	Όχι	Σύνολο	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	26.0 (19.0, 33.0)	29.5 (22.0, 42.0)	28.0 (20.0, 35.0)	**0.013**
ποιότητα	13.0 (11.0, 16.0)	15.0 (11.0, 16.0)	14.0 (11.0, 16.0)	0.295
πόνος	8.0 (7.0, 9.0)	9.0 (8.0, 10.0)	8.0 (7.0, 10.0)	**0.008**
πρόσβαση	8.0 (7.0, 11.0)	9.0 (7.0, 11.0)	9.0 (7.0, 11.0)	0.506
κόστος	4.0 (3.0, 6.0)	5.0 (3.5, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.868
διαθεσιμότητα	4.0 (3.0, 5.0)	4.0 (2.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.632
DSQ-19	45.0 (39.0, 50.0)	47.5 (40.0, 52.0)	46.0 (39.0, 51.0)	0.329
DSQ-11	19.0 (16.0, 22.0)	18.0 (16.0, 21.0)	19.0 (16.0, 22.0)	0.463

Πίνακας 23. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά χρήση μεσοδόντιου καθαρισμού και συνολικά.

Στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο σκορ OHIP-14 (καλύτερη ποιότητα ζωής) παρουσίασαν τα άτομα που χρησιμοποιούσαν μεσοδόντιο καθαρισμό (διάμεσο σκορ 26 vs 29.5, p-value= 0.013) (Πίνακας 23, Γράφημα 23). Καλύτερο σκορ παρουσίασαν επίσης και στην ενότητα «πόνος» του DSQ-19 (διάμεσο σκορ 8 vs 9, p-value=0.008), οι ασθενείς δηλαδή που εφάρμοζαν μεσοδόντιο καθαρισμό ήταν πιο ικανοποιημένη στις ερωτήσεις στην ενότητα «πόνος» σε σχέση με αυτούς που δεν χρησιμοποιούσαν.



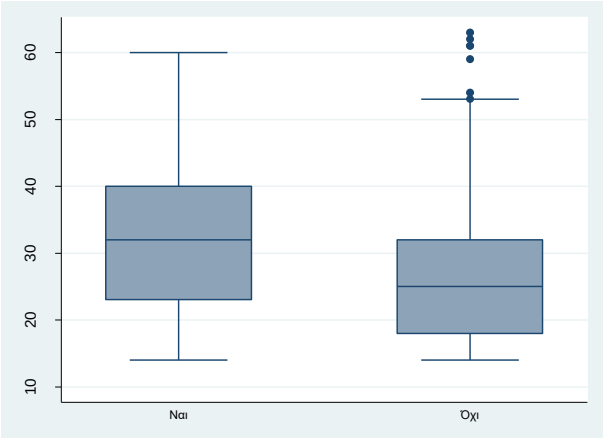
Γράφημα 23. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά χρήση μεσοδόντιου καθαρισμός

1.4.4.5. Συσχέτιση του πκαπνίσματος με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

	Κάπνισμα			
	Ναι	Όχι	Σύνολο	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	32.0 (23.0, 40.0)	25.0 (18.0, 32.0)	28.0 (20.0, 35.0)	<0.001
ποιότητα	14.0 (12.0, 15.0)	14.0 (11.0, 16.0)	14.0 (11.0, 16.0)	0.900
πόνος	9.0 (7.0, 10.0)	8.0 (7.0, 10.0)	8.0 (7.0, 10.0)	0.186
πρόσβαση	9.0 (7.0, 11.0)	8.0 (7.0, 11.0)	9.0 (7.0, 11.0)	0.115
κόστος	5.0 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.535
διαθεσιμότητα	4.0 (3.0, 5.0)	4.0 (2.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.539
DSQ-19	46.0 (41.0, 51.0)	45.0 (38.0, 52.0)	46.0 (39.0, 51.0)	0.393
DSQ-11	19.0 (16.0, 22.0)	18.0 (15.0, 22.0)	19.0 (16.0, 22.0)	0.139

Πίνακας 24. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά καπνιστικές συνήθειες και συνολικά.

Οι καπνιστές είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο σκορ (χαμηλότερη ποιότητα ζωής) OHIP-14 σε σχέση με τους μη καπνιστές (διάμεσο σκορ 32 vs 25, p-value<0.001) (Πίνακας 24, Γράφημα 24). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα σκορ στα υπόλοιπα ερωτηματολόγια σε σχέση με το κάπνισμα.



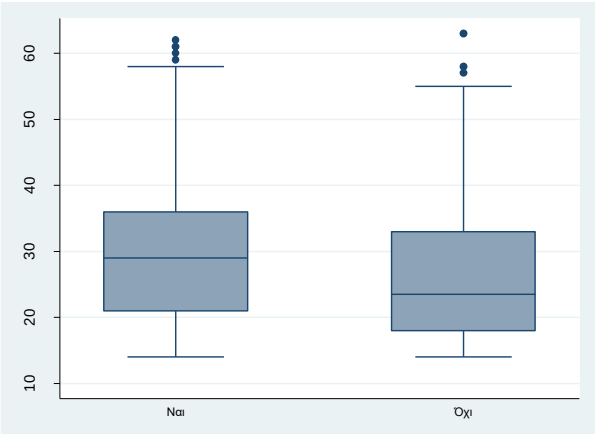
Γράφημα 24. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά καπνιστικές συνήθειες.

1.4.4.6. Συσχέτιση της περιοδοντικής νόσους ή του ιστορικού αυτής με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

	Περιοδοντίτιδα			
	Ναι	Όχι	Σύνολο	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	29.0 (21.0, 36.0)	23.5 (18.0, 33.0)	28.0 (20.0, 35.0)	**0.025**
ποιότητα	14.0 (11.0, 16.0)	13.0 (11.0, 16.0)	14.0 (11.0, 16.0)	0.554
πόνος	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 10.0)	8.0 (7.0, 10.0)	0.265
πρόσβαση	9.0 (7.0, 11.0)	8.0 (6.0, 10.0)	9.0 (7.0, 11.0)	0.122
κόστος	5.0 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	**0.049**
διαθεσιμότητα	4.0 (2.5, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.761
DSQ-19	46.0 (41.0, 52.0)	45.0 (38.0, 50.0)	46.0 (39.0, 51.0)	0.289
DSQ-11	19.0 (15.5, 22.0)	18.0 (16.0, 23.0)	19.0 (16.0, 22.0)	0.578

Πίνακας 25. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά παρουσία ή όχι περιοδοντίτιδας και συνολικά.

Τα άτομα με περιοδοντίτιδα ή ιστορικό αυτής έχω χαμηλότερη ποιότητα ζωής (υψηλότερο σκορ OHIP-14, διάμεσο σκορ 29 vs 23.5, p-value=0.025) (Πίνακας 25, Γράφημα 25). Είχαν επίσης στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο σκορ στην ενότητα «κόστος» του DSQ-19 (διάμεσο σκορ 5 vs 4, p-value=0.049), δηλαδή ήταν μη ικανοποιημένοι όσο αναφορά το κόστος των υπηρεσίων.



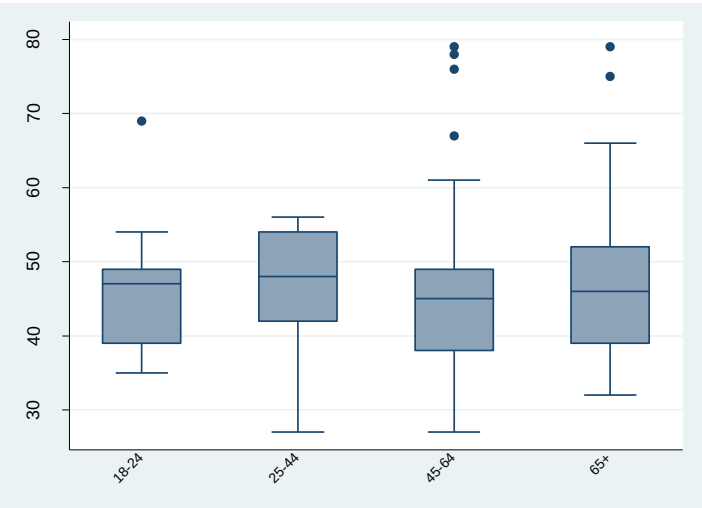
Γράφημα 25. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά παρουσία ή όχι περιοδοντίτιδα

1.4.4.8. Συσχέτιση της χρήσης ηλικίας με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

	Ηλικία				
	18–24	25–44	45–64	65+	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	22.0 (18.0, 25.0)	25.5 (18.0, 31.0)	31.0 (22.0, 39.0)	26.0 (19.0, 34.0)	**0.005**
ποιότητα	15.0 (13.0, 16.0)	15.0 (12.0, 17.0)	13.0 (11.0, 15.0)	14.0 (12.0, 16.0)	0.221
πόνος	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 10.0)	0.461
πρόσβαση	8.0 (7.0, 9.0)	9.0 (8.0, 11.0)	8.0 (7.0, 11.0)	9.0 (7.0, 11.0)	0.249
κόστος	4.0 (3.0, 6.0)	4.5 (4.0, 6.0)	4.5 (3.0, 6.0)	4.0 (4.0, 6.0)	0.745
διαθεσιμότητα	4.0 (3.0, 6.0)	4.5 (2.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (2.0, 5.0)	0.283
DSQ-19	47.0 (39.0, 49.0)	48.0 (42.0, 54.0)	45.0 (38.0, 49.0)	46.0 (39.0, 52.0)	0.440
DSQ-11	23.0 (21.0, 30.0)	20.0 (17.0, 24.0)	19.0 (16.0, 22.0)	17.0 (14.0, 20.0)	**0.001**

Πίνακας 26. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά ηλικιακή ομάδα.

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο σκορ OHIP-14 παρουσιάστηκε σε σχέση με την ηλικία (p-value=0.005) (Πίνακας 26, Γράφημα 26). Συγκεκριμένα το σκορ παρουσίασε αυξητική τάση (επιδείνωση της ποιότητας ζωής) μέχρι την ηλικιακή ομάδα 45-64 έτη (διάμεσο σκορ 31) και μετά μείωση στην ομάδα άνω των 65 ετών. Αντίθετα το σκορ ικανοποίησης DSQ-11 παρουσίασε σημαντική πτωτική τάση (βελτίωση) με την ηλικία (p-value=0.001), δηλαδή οι ασθενείς είναι πιο ικανοποιημένοι απο τις εγκαταστείς και το προσωπικό όσο αυξάνεται η ηλικία τους.



Γράφημα 26. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου DSQ-19 ανά ηλιακής ομάδα.

1.4.4.9 Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

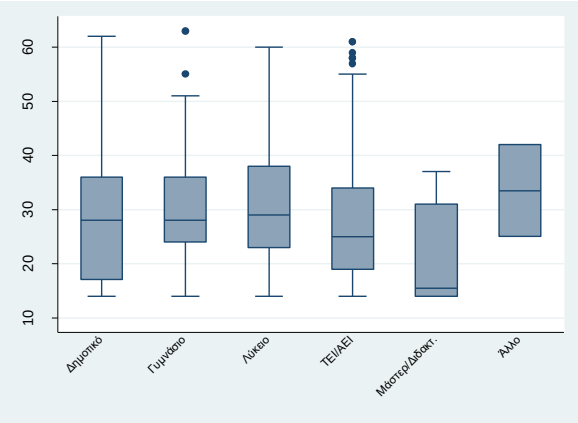
	Μορφωτικό επίπεδο						
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΙ/ΑΕΙ	Μάστερ/Διδακτ.	Άλλο	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	28.0 (17.0, 36.0)	28.0 (24.0, 36.0)	29.0 (23.0, 38.0)	25.0 (19.0, 34.0)	15.5 (14.0, 31.0)	33.5 (25.0, 42.0)	0.104
ποιότητα	14.0 (13.0, 17.0)	14.0 (11.0, 16.0)	13.0 (11.0, 15.0)	14.0 (12.0, 16.0)	14.0 (11.0, 17.5)	12.5 (10.0, 15.0)	0.512
πόνος	9.0 (7.0, 11.0)	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (8.0, 9.0)	8.0 (7.0, 10.0)	7.0 (7.0, 8.0)	8.0 (7.0, 9.0)	0.371
πρόσβαση	8.0 (7.0, 11.0)	9.0 (6.0, 11.0)	8.0 (7.0, 11.0)	9.0 (7.0, 10.0)	10.0 (7.5, 11.0)	8.0 (6.0, 10.0)	0.989
κόστος	5.0 (4.0, 6.0)	5.0 (3.0, 6.0)	5.0 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (2.5, 6.0)	5.5 (5.0, 6.0)	0.516
διαθεσιμότητα	3.0 (2.0, 6.0)	4.0 (2.0, 5.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (3.0, 5.0)	4.0 (2.0, 4.5)	5.0 (4.0, 6.0)	0.465
DSQ-19	46.0 (41.0, 51.0)	47.0 (37.0, 50.0)	45.0 (39.0, 51.0)	46.0 (40.0, 52.0)	44.5 (38.5, 46.5)	44.5 (35.0, 54.0)	0.968
DSQ-11	17.0 (15.0, 19.0)	17.0 (11.0, 21.0)	19.0 (16.0, 21.0)	19.0 (16.0, 25.0)	20.5 (17.5, 32.0)	20.0 (15.0, 25.0)	0.237

Πίνακας 27α. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά μορφωτικό επίπεδο.

	Μορφωτικό επίπεδο			
	Λοιπά	ΤΕΙ/ΑΕΙ	Μάστερ/Διδακτ.	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	29.0 (22.0, 38.0)	25.0 (19.0, 34.0)	15.5 (14.0, 31.0)	**0.025**
ποιότητα	13.0 (11.0, 16.0)	14.0 (12.0, 16.0)	14.0 (11.0, 17.5)	0.854
πόνος	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 10.0)	7.0 (7.0, 8.0)	0.171
πρόσβαση	9.0 (7.0, 11.0)	9.0 (7.0, 10.0)	10.0 (7.5, 11.0)	0.816
κόστος	5.0 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (2.5, 6.0)	0.194
διαθεσιμότητα	4.0 (2.0, 6.0)	4.0 (3.0, 5.0)	4.0 (2.0, 4.5)	0.741
DSQ-19	45.0 (38.0, 51.0)	46.0 (40.0, 52.0)	44.5 (38.5, 46.5)	0.765
DSQ-11	18.0 (15.0, 21.0)	19.0 (16.0, 25.0)	20.5 (17.5, 32.0)	0.205

Πίνακας 27β. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά μορφωτικό επίπεδο (ενοποίηση κατηγοριών).

Το μορφωτικό επίπεδο βρέθηκε να συσχετίζεται με το σκορ OHIP-14. Υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο παρουσίασε χαμηλότερο σκορ, δηλαδή έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής (Πίνακας 27α, Γράφημα 27). Τα άτομα με μεταπτυχιακές σπουδές είχαν χαμηλότερο σκορ (καλύτερη ποιότητα ζωής) από τα άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης τα οποία είχαν χαμηλότερο σκορ από τα άτομα 1-βάθμιας και 2-βάθμιας εκπαίδευσης (διάμεσο σκορ 15.5 vs 25 vs 29, p-value=0.025) (Πίνακας 27β). Δεν παρουσιάστηκε διαφοροποίηση στα υπόλοιπα σκορ ως προς το μορφωτικό επίπεδο.



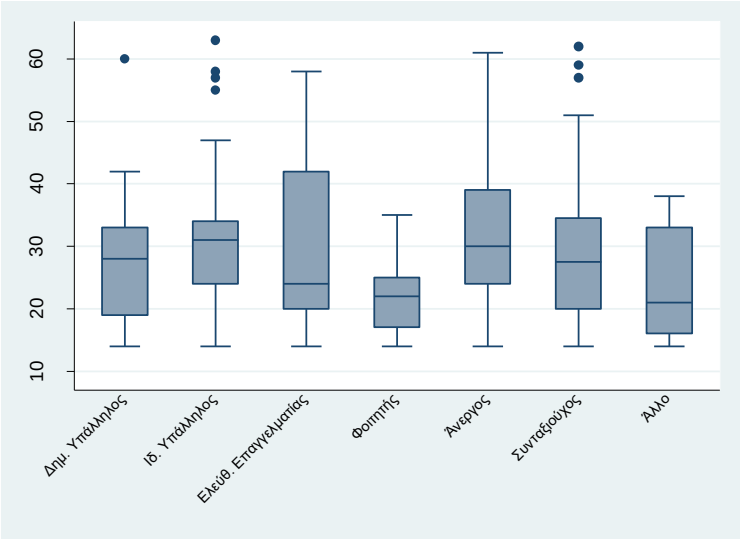
Γράφημα 27. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά μορφωτικό επίπεδο.

1.4.4.9 Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

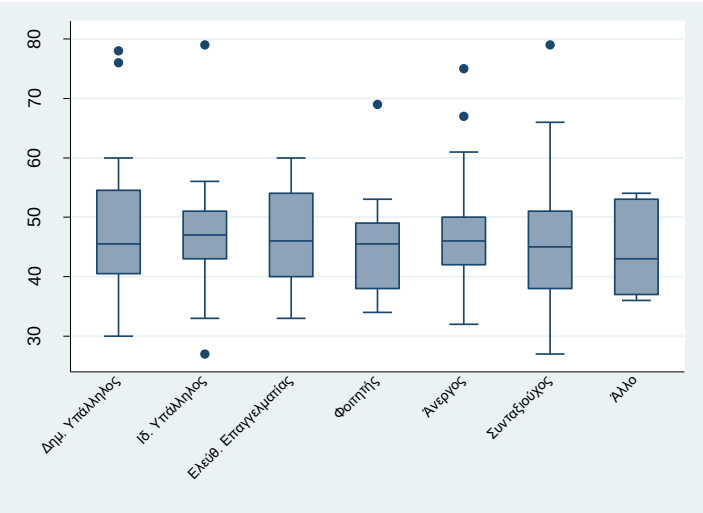
	Είδος απασχόλησης							
	Δημ. Υπάλληλος	Ιδ. Υπάλληλος	Ελεύθ. Επαγγελματίας	Φοιτητής	Άνεργος	Συνταξιούχος	Άλλο	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	28.0 (19.0, 33.0)	31.0 (24.0, 34.0)	24.0 (20.0, 42.0)	22.0 (17.0, 25.0)	30.0 (24.0, 39.0)	27.5 (20.0, 34.5)	21.0 (16.0, 33.0)	**0.049**
ποιότητα	13.0 (11.0, 16.0)	14.0 (12.0, 15.0)	15.0 (12.0, 16.0)	15.0 (13.0, 16.0)	13.0 (11.0, 16.0)	13.5 (11.0, 17.0)	11.0 (9.0, 15.0)	0.757
πόνος	8.5 (7.0, 10.0)	8.0 (8.0, 9.0)	8.0 (7.0, 10.0)	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 10.0)	8.0 (7.0, 9.0)	0.808
πρόσβαση	9.0 (7.0, 11.0)	10.0 (9.0, 11.0)	9.0 (8.0, 10.0)	7.0 (5.0, 9.0)	9.0 (7.0, 11.0)	8.0 (6.0, 10.0)	7.0 (7.0, 12.0)	**0.023**
κόστος	4.0 (3.0, 5.0)	5.0 (4.0, 6.0)	5.0 (4.0, 6.0)	3.5 (2.0, 5.0)	5.0 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	5.0 (4.0, 6.0)	0.391
διαθεσιμότητα	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (2.0, 5.0)	4.0 (3.0, 6.0)	5.0 (3.0, 7.0)	4.0 (2.0, 5.0)	5.0 (4.0, 6.0)	0.190
DSQ-19	45.5 (40.5, 54.5)	47.0 (43.0, 51.0)	46.0 (40.0, 54.0)	45.5 (38.0, 49.0)	46.0 (42.0, 50.0)	45.0 (38.0, 51.0)	43.0 (37.0, 53.0)	0.897
DSQ-11	18.5 (17.0, 23.5)	19.0 (16.0, 22.0)	19.0 (15.0, 25.0)	21.5 (18.0, 30.0)	19.0 (17.0, 22.0)	16.5 (14.0, 21.0)	18.0 (13.0, 24.0)	**0.050**

Πίνακας 28. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά είδος απασχόλησης.

Σε σχέση με την απασχόληση βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο OHIP-14 (p-value=0.049), στην ενότητα «πρόσβαση» του DSQ-19 (p-value=0.023) και στο DSQ-11 (p-value=0.050) (Πίνακας 28, Γραφήματα 27, 28). Ως προς το OHIP-14 οι φοιτητές φαίνεται να έχουν το χαμηλότερο σκορ (καλύτερη ποιότητα ζωής) αλλά αυτό μπορεί να αντανακλά την ηλικία. Καλύτερο σκορ παρουσίασαν οι φοιτητές και στην πρόσβαση (περισσότερο ικανοποιημένοι) ενώ στο DSQ-11 είχαν το υψηλότερο σκορ (δεν είναι ικανοποιημένοι).



Γράφημα 27.. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά είδος απασχόλησης.



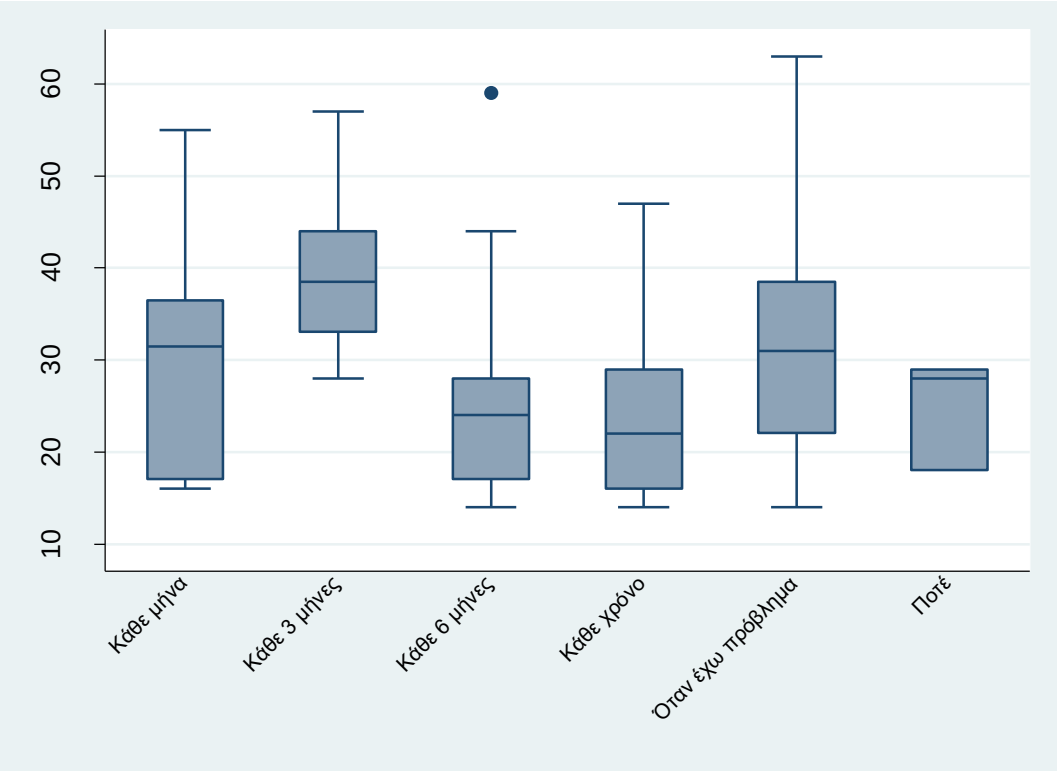
Γράφημα 28. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου DSQ -19 ανά είδος απασχόλησης

1.4.4.10 Συσχέτιση της συχνότητας επίσκεψης στον οδοντίατρο με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

	Συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο						
	Κάθε μήνα	Κάθε 3 μήνες	Κάθε 6 μήνες	Κάθε χρόνο	Όταν έχω πρόβλημα	Ποτέ	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	31.5 (17.0, 36.5)	38.5 (33.0, 44.0)	24.0 (17.0, 28.0)	22.0 (16.0, 29.0)	31.0 (22.0, 38.5)	28.0 (18.0, 29.0)	**<0.001**
ποιότητα	13.0 (12.0, 18.5)	17.0 (13.0, 18.0)	14.0 (11.0, 16.0)	13.0 (10.0, 16.0)	14.0 (11.5, 16.0)	12.0 (11.0, 13.0)	0.352
πόνος	8.0 (7.0, 10.0)	8.0 (7.0, 11.0)	9.0 (7.0, 11.0)	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 10.0)	7.0 (7.0, 8.0)	0.274
πρόσβαση	8.0 (7.5, 11.5)	9.5 (9.0, 10.0)	9.0 (6.0, 11.0)	8.0 (6.0, 10.0)	9.0 (7.0, 11.0)	8.0 (7.0, 11.0)	0.681
κόστος	5.0 (3.0, 6.5)	4.0 (4.0, 5.0)	4.0 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	5.0 (3.5, 6.0)	4.0 (4.0, 6.0)	0.926
διαθεσιμότητα	4.5 (2.5, 6.0)	4.5 (3.0, 6.0)	4.0 (2.0, 5.0)	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (2.0, 6.0)	2.0 (2.0, 2.0)	0.191
DSQ-19	48.0 (39.0, 57.5)	50.0 (45.0, 54.0)	47.0 (39.0, 52.0)	44.0 (37.0, 50.0)	46.0 (40.0, 51.0)	37.0 (37.0, 43.0)	0.210
DSQ-11	20.0 (15.0, 24.0)	18.5 (17.0, 34.0)	19.0 (16.0, 27.0)	18.0 (15.0, 22.0)	19.0 (15.5, 21.5)	13.0 (11.0, 17.0)	0.306

Πίνακας 28. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο.

Στατιστικά σημαντικά καλύτερο σκορ OHIP-14 (p-value<0.001) είχαν τα άτομα που επισκέπτονταν τον οδοντίατρο κάθε 6 μήνες ή κάθε χρόνο σε σχέση τόσο με αυτά που πήγαιναν συχνότερα (πιθανή ένδειξη προβλήματος) ή λιγότερο συχνά (Πίνακας 28, Γράφημα 28), δηλαδή είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής όπως αυτή σχετίζεται με την Στοματική Υγεία. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση στα υπόλοιπα σκορ.



Γράφημα 28. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο.

1.4.4.11 Συσχέτιση της τελευταίας επίσκεψης στον οδοντίατρο με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

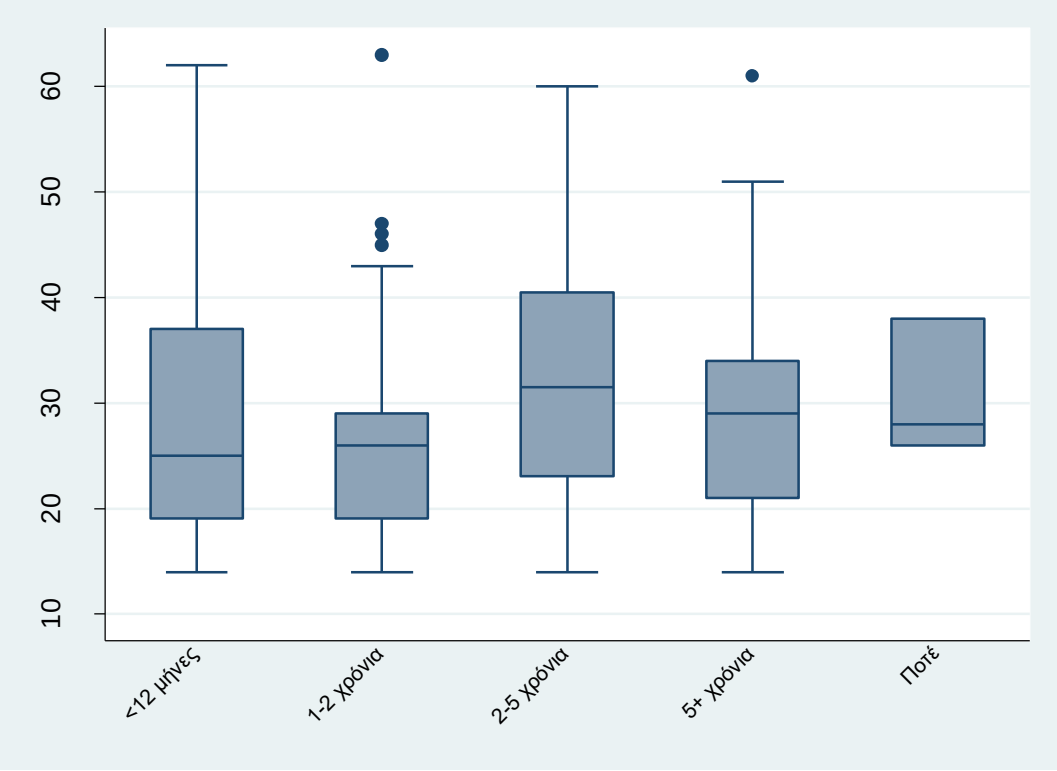
	Τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο					
	<12 μήνες	1 – 2 χρόνια	2 – 5 χρόνια	5+ χρόνια	Ποτέ	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	25.0 (19.0, 37.0)	26.0 (19.0, 29.0)	31.5 (23.0, 40.5)	29.0 (21.0, 34.0)	28.0 (26.0, 38.0)	0.301
ποιότητα	14.0 (12.0, 16.0)	13.0 (11.0, 16.0)	14.5 (12.0, 17.0)	13.0 (11.0, 15.0)	11.0 (11.0, 22.0)	0.303
πόνος	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 9.0)	8.5 (8.0, 10.0)	8.0 (7.0, 10.0)	7.0 (7.0, 9.0)	0.653
πρόσβαση	9.0 (7.0, 11.0)	8.0 (6.0, 11.0)	9.0 (8.0, 11.0)	9.0 (7.0, 10.0)	7.0 (6.0, 10.0)	0.491
κόστος	4.0 (4.0, 6.0)	5.0 (3.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	5.0 (3.0, 6.0)	4.0 (3.0, 4.0)	0.768
διαθεσιμότητα	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (2.0, 5.0)	5.0 (2.5, 6.0)	4.0 (2.0, 5.0)	4.0 (2.0, 5.0)	0.145
DSQ-19	46.0 (41.0, 52.0)	43.0 (37.0, 51.0)	45.5 (40.0, 54.0)	43.0 (37.0, 48.0)	42.0 (37.0, 53.0)	0.208
DSQ-11	19.0 (16.0, 23.0)	19.0 (17.0, 22.0)	18.0 (15.0, 24.0)	15.0 (13.0, 19.0)	21.0 (11.0, 21.0)	**0.012**

Πίνακας 29α. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο.

	Τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο		
	< 2 χρόνια	2+ χρόνια	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	25.5 (19.0, 33.5)	30.5 (23.0, 36.0)	0.056
ποιότητα	14.0 (11.5, 16.0)	13.0 (11.0, 15.0)	0.419
πόνος	8.0 (7.0, 9.0)	8.0 (7.0, 10.0)	0.608
πρόσβαση	8.0 (7.0, 11.0)	9.0 (7.0, 11.0)	0.525
κόστος	4.5 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.512
διαθεσιμότητα	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (2.0, 5.0)	0.157
DSQ-19	46.0 (39.5, 52.0)	45.0 (39.0, 50.0)	0.384
DSQ-11	19.0 (16.0, 22.0)	16.5 (14.0, 21.0)	**0.006**

Πίνακας 29β. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο (ενοποίηση κατηγοριών)

Αυξημένο σκορ OHIP-14 παρουσίασαν τα άτομα που έχουν να επισκεφτούν οδοντίατρο πάνω από 2 έτη (Πίνακας 29α, Γράφημα 29). Οι διαφορές αυτές όμως ακόμα και μετά από ενοποίηση κατηγοριών δεν έφτασε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% (Πίνακας 29β). Αντίθετα τα άτομα που έχουν να πάνε σε οδοντίατρο πάνω από 5 έτη έχουν στατιστικά σημαντικά καλύτερο σκορ DSQ-11, είναι δηλαδή περισσότερο ικανοποιημένοι από τις υποδομές και το προσωπικό (διάμεσο σκορ 15, p-value=0.012).



Γράφημα 29β. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο.

1.4.4.12 Συσχέτιση της συχνότητας βουρτσίσματος των δοντιών με τα αποτελέσμα των τριών ερωτηματολογίων

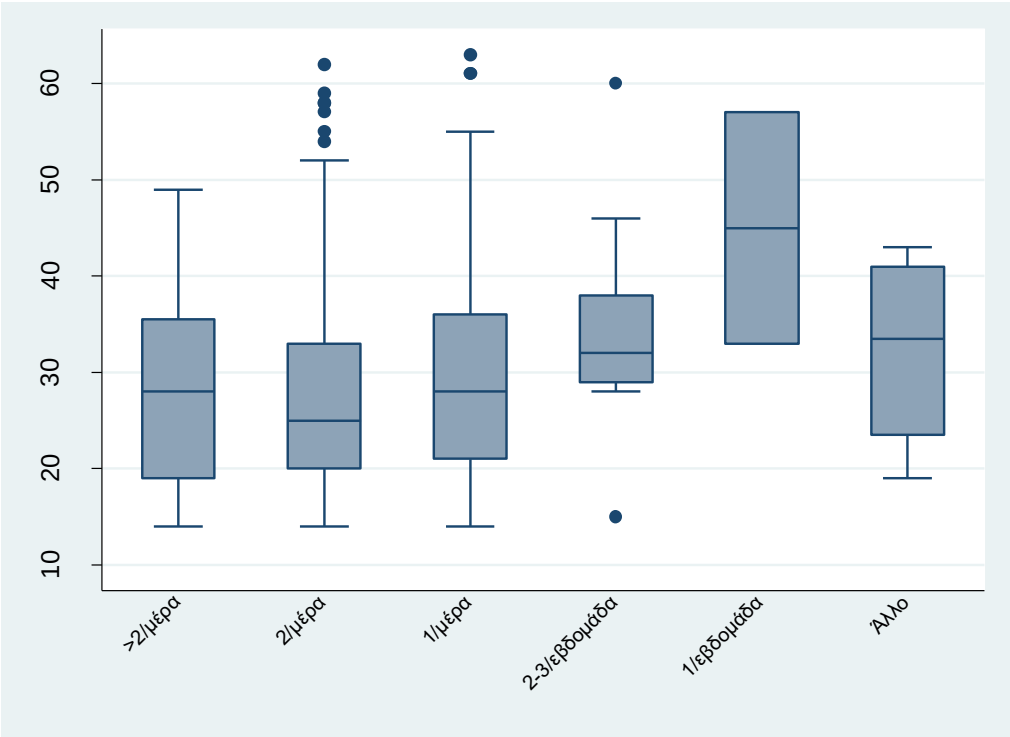
	Συχνότητα βουρτσίσματος δοντιών						
	>2/μέρα	2/μέρα	1/μέρα	2–3/εβδομάδα	1/εβδομάδα	Άλλο	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	28.0 (19.0, 35.5)	25.0 (20.0, 33.0)	28.0 (21.0, 36.0)	32.0 (29.0, 38.0)	45.0 (33.0, 57.0)	33.5 (23.5, 41.0)	0.155
ποιότητα	13.5 (11.0, 15.0)	13.0 (11.0, 16.0)	14.0 (11.0, 17.0)	14.0 (11.0, 19.0)	15.5 (15.0, 16.0)	13.0 (9.0, 17.0)	0.680
πόνος	8.5 (7.5, 9.5)	8.0 (7.0, 9.0)	8.5 (7.0, 10.0)	9.0 (8.0, 10.0)	8.0 (7.0, 9.0)	9.5 (8.0, 12.5)	0.573
πρόσβαση	9.0 (6.5, 11.5)	9.0 (7.0, 10.0)	8.5 (7.0, 10.0)	10.0 (8.0, 13.0)	12.5 (12.0, 13.0)	5.5 (3.5, 7.0)	0.008
κόστος	5.5 (4.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	5.0 (4.0, 6.0)	5.0 (3.0, 6.0)	5.5 (5.0, 6.0)	4.0 (3.5, 5.0)	0.161
διαθεσιμότητα	3.5 (2.0, 5.0)	4.0 (2.0, 5.0)	5.0 (3.0, 6.0)	4.0 (4.0, 5.0)	4.0 (2.0, 6.0)	4.5 (3.0, 7.0)	0.298
DSQ-19	45.5 (39.5, 50.5)	45.0 (39.0, 49.0)	46.5 (41.0, 54.0)	47.0 (41.0, 54.0)	52.0 (51.0, 53.0)	42.5 (37.0, 50.5)	0.339
DSQ-11	19.0 (16.5, 22.0)	18.0 (15.0, 22.0)	18.5 (16.0, 22.0)	21.0 (19.0, 26.0)	21.5 (19.0, 24.0)	13.5 (11.0, 16.5)	0.065

Πίνακας 30α. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά συχνότητα βουρτσίσματος δοντιών.

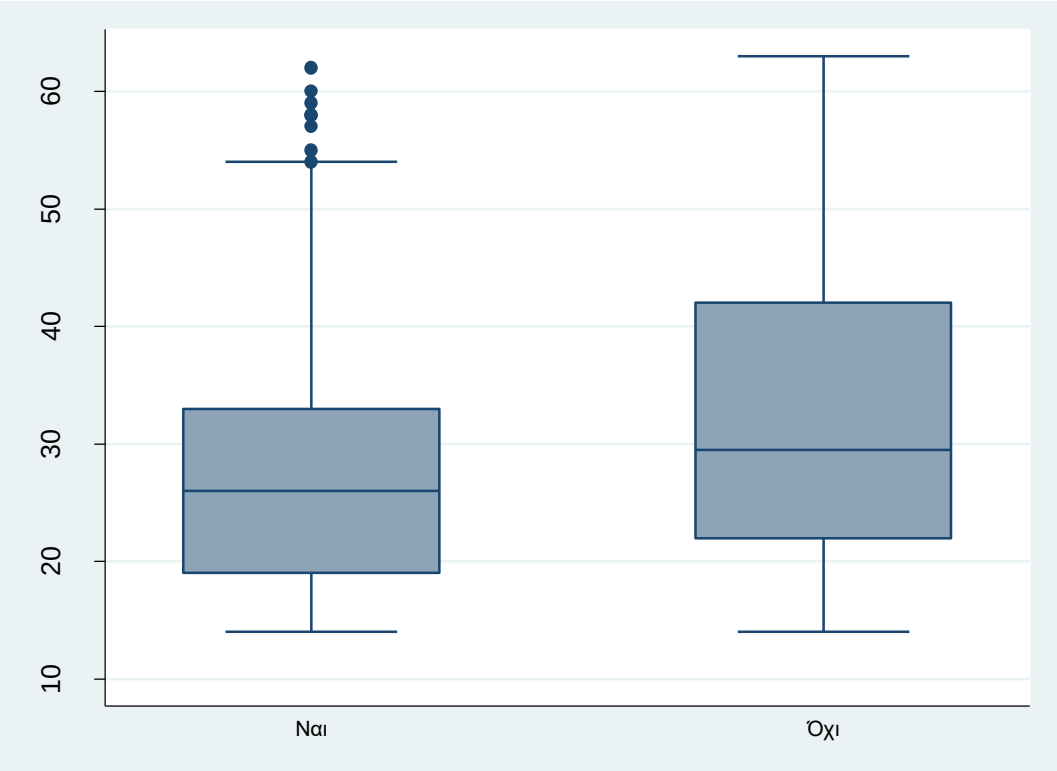
	Συχνότητα βουρτσίσματος δοντιών		
	1+/ μέρα	<3 / εβδομάδα	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
OHIP-14	26.0 (20.0, 34.0)	33.0 (29.0, 39.0)	**0.016**
ποιότητα	14.0 (11.0, 16.0)	15.0 (11.0, 17.0)	0.591
πόνος	8.0 (7.0, 9.0)	9.0 (8.0, 10.0)	0.345
πρόσβαση	9.0 (7.0, 11.0)	10.0 (7.0, 13.0)	0.164
κόστος	4.0 (3.0, 6.0)	5.0 (4.0, 6.0)	0.900
διαθεσιμότητα	4.0 (3.0, 6.0)	4.0 (4.0, 5.0)	0.834
DSQ-19	45.0 (39.0, 51.0)	48.0 (41.0, 53.0)	0.244
DSQ-11	19.0 (16.0, 22.0)	20.0 (16.0, 24.0)	0.439

Πίνακας 30β. Διάμεσο σκορ (median) και ενδοτεταρτομοριακό εύρος (IQR: 1ο – 3ο τεταρτημόριο) των σκορ κάθε ερωτηματολογίου ανά συχνότητα βουρτσίσματος δοντιών (ενοποίηση κατηγοριών).

Συχνότερο βούρτσισμα συνδέεται με καλύτερη στοματική υγεία αλλά όχι με ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Πίνακας 30α,β, Γραφήματα 30, 31). Τα άτομα που βουρτσίζουν τα δόντια τους κάθε μέρα έχουν στατιστικά σημαντικά καλύτερο σκορ OHIP-14, έχουν δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής όπως αυτή σχετίζεται με την Στοματική Υγεία (διάμεσο σκορ 26 vs 33, p-value=0.016) (Πίνακας 30β).



Γράφημα 30. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά συχνότητα βουρτσίσματος δοντιών.



Γράφημα 31. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου OHIP-14 ανά χρήση μεσοδόντιου καθαρισμού

1.4.4.12 Συσχέτιση των αποτελέσμα μεταξύ των τριών ερωτηματολογίων

	Spearman correlation (rho, p-value)		
	OHIP-14	DSQ-19	DSQ -11
DSQ-19	0.19 (0.006)		
DSQ-11	0.14 (0.48)	0.55 (<0.001)	
DMFT	0.22 (0.001)	0.03 (0.665)	-0.13 (0.057)

Πίνακας 32. Συντελεστής συσχέτισης Spearman μεταξύ των συνολικών σκορ των τριών ερωτηματολογίων και του δείκτη DMFT

Ασθενής, θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ OHIP-14 και DMFT (Spearman rho=0.22, p-value-0.001) (Πίνακας 32). Αύξηση τιμών στον DMFT συνδέεται με αύξηση στο σκορ OHIP-14. Ο δείκτης DMFT δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα σκορ ικανοποίησης DSQ-19 και DSQ-11.

1.4. Συζήτηση

Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται σημαντικό αποτέλεσμα της περίθαλψης και αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών και, κατά συνέπεια, στη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων. (Donabedian, 1992) Σήμερα, οι Υπηρεσίες Υγείας ακολουθούν ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο με επίκεντρο τον ασθενή σε σχέση με την προηγούμενη προσέγγισή τους που επικεντρωνόταν στον πάροχο, για αυτό και στο ορισμό της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή. (Lliffe et al., 2008) Τα νοσήματα του στόματος εμφανίζουν υψηλό , το ποσοστό των ασθενών που αναζητούν θεραπεία αυξάνεται ραγδαία τις τελευταίες δεκαετίες επιπολασμό. Τα νοσήματα του στόματος εμφανίζουν υψηλό επιπολασμό, τα ποσοστά των ασθενών που αναζήτησαν θεραπεία με ανάλογη αύξηση του κόστους της θεραπείας τους. (Kassebau et al. 2017, Birch et al. 2018, Listl et al. 2015, Righolt et al. 2015) Έτσι οι ασθενείς αναζητούν υπηρεσίες υγείας ολοένα και πιο επιλεκτικά. Ως εκ τούτου, η δέσμευση για την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και η ικανοποίηση των ασθενών είναι σημαντική για τον οδοντίατρο. (Baâdoudi F et al., 2017)

Οι σκοπός της διπλωματικής εργασίας αυτής είναι να μελετήσει: α) να μελετήσει την παροχή Οδοντιατρικής Περίθαλψης στην ΚΣΑΑ, β) να αξιολογήσει της ποιότητα ζωή των ασθενών σε σχέση με την Στοματική Υγεία, γ)να διερευνήσει τους παραγόντες που συνδέονται με αυτή. Το δείγμα ευκολίας αποτελείται από 210 άτομα εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες (51.4%). Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν Έλληνες (94.3%) και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού που μελετήθηκε ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 45-64 ετών.

Αναζητώντας την βιβλιογραφία στις Κλινικές των Οδοντιατρικών Σχολών Αθήνας και Θεσσαλονίκης δεν είχε πραγματοποιηθεί προηγουμένως κάποια έρευνα που να χρησιμοποιεί το ερωτηματολόγιο του DSQ – 19 για την αναζήτηση την ικανοποίηση των ασθενών. Η μόνη εργασία που αξιολογεί μέχρι σήμερα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε Οδοντιατρική Σχολή της Ελλάδας ήταν αυτή των Karydis και συνεργατών (2001) η οποία έλαβε χώρα στην κλινική της Περιοδοντολογίας της Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών. Οι ερευνητές αναζήτησαν την ικανοποίηση των ασθενών όσον αφορά την τήρηση των κανόνων της αντισηψίας και της αποστείρωσης (ερωτηματολόγιο SERVQUAL). Τα εξετασθέντα χαρακτηριστικά έχουν ταξινομηθεί σε τέσσερις

ποιοτικές ενότητες της οδοντιατρικής περίθαλψης: διασφάλιση, αξιοπιστία, ανταπόκριση και ενσυναίσθηση.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της δικά μας έρευνα για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει η ΚΣΑΑ το ερωτηματολόγιο DSQ – 19 χωρίστηκε στις εξής επιμέρους ενότητες: «ποιότητα», «πόνος», «πρόσβαση», «κόστος» και «διαθεσιμότητα» όπως έχει πραγματοποιηθεί και στην μελέτη των López-Garví και συνεργατών (2014). Το συνολικό σκορ για την κατηγορία της ποιότητας ήταν 14. Ακόμα μια από τις ερωτήσεις του προαναφερθέντος ερωτηματολογίου ήταν αν οι οδοντιατρικές υπηρεσίες που δέχτηκαν στην Οδοντιατρική Σχολή θα μπορούσαν να ήταν καλύτερες. Το 22.4% του δείγματος συμφωνούν απόλυτα, το 21.9% συμφωνούσαν, το 23.8% ούτε συμφωνούσαν ούτε διαφωνούσαν, το 20% διαφωνούσαν, και το 11.9% διαφωνούσαν απόλυτα. Φαίνεται ότι το 44.3% δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένο από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που δέχτηκε, ενώ το 31.9% είναι.

Όπως αναφέραμε και στους στόχους της έρευνα αναζητήθηκαν οι πιθανές συσχετίσεις του ερωτηματολογίου αυτού με επιμέρους χαρακτηριστικά. Δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του βαθμού ικανοποίησης από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που δέχτηκε στην ΚΣΑΑ. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα μιας έρευνας που έγινε στην Οδοντιατρική Σχολή στην Βαλένθιας την χρονολογική περίοδο 2009 – 2010. Το δείγμα της έρευνας (217 άτομα) απάντησε στο ερωτηματολόγιο DSQ – 19 στην πρώτη επίσκεψή του στο Πανεπιστήμιο αξιολογώντας τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που είχε δεχθεί προηγουμένως από ελεύθερους επαγγελματίες. Πιο συγκεκριμένα, στα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρεται ο μέσος όρος του σκορ του ερωτηματολογίου DSQ – 19 ήταν για τα άτομα κάτω των 50 ετών 62.5 και για τα άτομα άνω των 50 ετών 63.3, χωρίς να σημειώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά. (López-Garví et al., 2014)

Αντίθετα, η μελέτη των Βάγιας και συνεργατών (2015), που αφορούσε τη μέτρηση της ικανοποίησης των οδοντιατρικών ασθενών Τοπικής Μονάδας Υγειάς (ΤΜΥ) του ΕΟΠΥΥ, συμπεραίνει ότι η ικανοποίηση από την επίσκεψη αυξανόταν όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι ερωτώμενοι ασθενείς, με τους ασθενείς 18–44 ετών να παρουσιάζουν τον χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης. Οι ερευνητές αιτιολογούν τα αποτελέσματά τους λέγοντας ότι ένας ηλικιωμένος έχει μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης πιθανόν λόγω των χαμηλότερων προσδοκιών που έχει η κατηγορία αυτή των ασθενών. (Βάγιας & συν., 2015).

Η μελέτη που έγινε στην Ελλάδα και το δείγμα της ήταν πανελλήνιο αναφέρει συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του βαθμού ικανοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, οι έφηβοι (15 – 18 ετών) είναι πιο ικανοποιημένοι από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που λαμβάνουν (μέση τιμή 8.5). Ακολουθούν οι ενήλικες με μέση τιμή 6.32 ενώ οι υπερήλικες φαίνεται να είναι οι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις ληφθείσες οδοντιατρικές υπηρεσίες με μέση τιμή 5.13. (Υφαντόπουλος & Ουλής, 2011)

Η συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του βαθμού ικανοποίησης από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που δέχτηκε στην ΚΣΑΑ δεν κρίθηκε στατιστικά σημαντική. Αυτό έρχεται σε ομοφωνία με την έρευνα που αναφέραμε προηγουμένως των López-Garví και συνεργατών οι οποίοι αναφέρουν μη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των σκορ του DSQ – 19 των 146 γυναικών και 71 ανδρών που έλαβαν μέρος (62.7 και 63.1 αντίστοιχα). (López-Garví et al., 2014) Στο ίδιο συμπέρασμα οδηγείται και η μελέτη των Karydi και συνεργατών που διεξήχθη στην κλινική της Περιοδοντολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών (2001).

Αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε αντιδιαστολή με την μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Νορβηγία σε 666 ασθενείς ηλικίας 23 ετών, στην οποία χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών το ερωτηματολόγιο DSQ – 19. Οι ερευνητές παρατήρησαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 φύλων και συγκεκριμένα οι άνδρες ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που είχαν δεχθεί σε ελεύθερους επαγγελματίες σε σχέση με τις γυναίκες (μέσος όρος του σκορ DSQ – 19 ήταν 61.4 και 59.9 αντίστοιχα). (Skaret et al., 2003)

Στην έρευνά μας αναζητήσαμε και την πιθανή συσχέτιση που μπορεί να υπάρχει μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και βαθμού ικανοποίησης των ασθενών. Πρωτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης είχε το 11.9%, δευτεροβάθμιο είχε το 12.9%, τριτοβάθμιο είχε το 65% και το 3.8% των ασθενών δήλωσαν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού. Στατιστικά σημαντικά συσχέτιση μεταξύ των ανωτέρω και του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών δεν βρέθηκε.

Το 2003 διεξήχθη μια ποιοτική έρευνα στην Οδοντιατρική Σχολή της Ajman στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα. Συμμετείχαν 135 ασθενείς εκ των οποίων οι 50 ήταν άνδρες. Το ηλικιακό εύρος ήταν μεταξύ 11 έως 60 ετών. Ένα σημαντικό ποσοστό (40,7%) είχε πανεπιστημιακή εκπαίδευση και μόνο το 8,1% ήταν αναλφάβητοι. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο DSQ – 19 με κάποιες

τροποποιήσεις όπως για παράδειγμα, οι ερωτήσεις σχετικές με το κόστος των Οδοντιατρικών Υπηρεσιών δεν συμπεριλήφθηκαν διότι αυτό χορηγείται από το Πανεπιστήμιο. Η συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και του βαθμού ικανοποίησης του ασθενή βρέθηκε στατιστικά σημαντική. Οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με αυτούς που είχαν χαμηλότερο, το οποίο έρχεται σε αντιδιαστολή με τα δικά μας αποτελέσματα.

Σε ομοφωνία με την δική μας έρευνα είναι τα αποτελέσματα των López-Garví και συνεργατών (2014) οι οποίοι αναζήτησαν την συσχέτιση μεταξύ το μορφωτικό επίπεδο (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια εκπαίδευση, επαγγελματικά σχολεία, αναλφαβητισμός) και του μέσου όρου του σκορ του DSQ – 19 και κατέληξαν ότι αυτή δεν ήταν στατικώς σημαντική διαφορά. Ακόμα, ο Χαραλάμπους και συνεργάτες (2019) πραγματοποιήσαν μια ποιοτική έρευνα για την ικανοποίηση των χρηστών των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας της Κύπρου. Από το δείγμα το 6.3% ήταν αναλφάβητοι, το 12.8% είχε πρωτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευση, το 44.9% είχε δευτεροβάθμιο, το 19.3% είχε τριτοβάθμιο, το 7.2% είχε μεταπτυχιακές σπουδές και το 8.9% έβαλε επιπλέον εκπαίδευση μετά το λύκειο για χρονικό διάστημα μικρότερο των 2 ετών. Οι ερευνητές μετά την στατιστική τους ανάλυση οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι δεν παρατηρείται σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ικανοποίησης των ασθενών.

Ορισμένες προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει μια σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και της εθνικότητας. Άτομα που ανήκουν στην μαύρη φυλή τείνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένα από τις υπόλοιπες. (Handelman et al., 1990) Οι Ισπανοί ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι συγκριτικά με τους μη ισπανόφωνους ασθενείς. (Cleary et al., 1988) Ακόμα, σε μια πιο πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Οδοντιατρική Σχολή της Ταιβάν στην Σαουδική Αραβία από τα 162 άτομα της έρευνας το 55.6% ήταν από την Σαουδική Αραβία ενώ το υπόλοιπο 44.4% ήταν μετανάστες. Οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι οι μετανάστες ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που δέχτηκαν. (Saad Mahrous et al., 2012) Στην τρέχουσα μελέτη, δεν διαπιστώθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της εθνικότητας και του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών, οπότε αυτό πιθανώς δεν αποτελεί έγκυρο προγνωστικό παράγοντα για την ικανοποίηση των ασθενών.

Στο ερωτηματολόγιο DSQ – 19 δημιουργήθηκαν και οι επιμέρους ενότητες «ποιότητα» «πόνος», «πρόσβαση», «κόστος» και «διαθεσιμότητα». Μια ερώτηση που ανήκε στην κατηγορία του κόστους ήταν αν αυτό ήταν υψηλό. Το 25.7% του δείγματος διαφώνησε, το 15.7% διαφώνησε απόλυτα, ενώ το 24.8% και 6.7% συμφώνησε απόλυτα και συμφώνησε αντίστοιχα. Παρατηρούμε ότι παρόλο που το κόστος των υπηρεσιών της Σχολής είναι αρκετά χαμηλό συγκρινόμενο με αυτό των ιδιωτικών ιατρείων, για το 31.5% του δείγματος θεωρείται υψηλό. Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι ο κύριος λόγος που επιλέγουν οι πολίτες κάποια Δημόσια Οδοντιατρική Υπηρεσία είναι το κόστος. Η μελέτη των Βάγιας και συνεργατών (2015) που διεξήχθη στην Ελλάδα διαπιστώνει ότι το 62,1% δήλωσε πως έκανε χρήση των οδοντιατρείων της ΤΜΥ ΕΟΠΥΥ εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.

Μια πρόσφατη έρευνα που έλαβε χώρα στην Κύπρο αναφέρει ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων επισκέφθηκε τις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες και όχι τις ιδιωτικές για οικονομικούς λόγους (76,6%, άτομα = 311). (Χαραλάμπους & συν., 2019) Θα μπορούσαμε να πούμε ότι έχουμε αρκετές ομοιότητες με την Κύπρο διότι και αυτή έχει υποστεί ύφεση της οικονομίας της αν και αναφέρεται ότι έχει αρχίσει να ανακάμπτει. Η υποβάθμιση της οικονομίας της ξεκίνησε το φθινόπωρο του 2011 ενώ το καλοκαίρι του 2012 αιτήθηκε την ένταξή της στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Στήριξης. Στο τέλος του 2012 συμφώνησε με την τρόικα μνημόνιο με σκληρά μέτρα (μειώσεις μισθών, κοινωνικών παροχών, αύξηση φόρων, ιδιωτικοποιήσεις κ.ά.). Η κρίση κορυφώθηκε την άνοιξη του 2013 καθώς το «κούρεμα» των ελληνικών ομολόγων προκάλεσε δυσθεώρητες ζημιές στις κυπριακές τράπεζες με τελικό αποτέλεσμα το «κούρεμα» των καταθέσεων (άνω των 100.000 ευρώ) και την επιβολή capital controls. Η έρευνα των Χαραλάμπους και συνεργατών έγινε 5 χρόνια μετά, σε μια περίοδο που μόλις είχε αρχίσει η χώρα να ανακάμπτει και να αναμένει σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγειάς, με την εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (όπου οι ασθενείς θα έχουν τη δυνατότητα επιλογής ιατρού/οδοντιάτρου μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα).

Το είδος απασχόλησης του δείγματος μπορεί να θεωρηθεί ακόμα ένα στοιχεία που πιθανώς εξηγεί τον λόγο που επισκέφτηκαν την Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ήταν συνταξιούχοι (34.3%). Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι σχεδόν 2 από τα 10 άτομα του δείγματος είναι άνεργοι (18.6%, 39 άτομα). Μπορούμε λοιπόν να συμπεράνουμε ότι οι συνταξιούχοι λόγω των περικοπών που έχουν υποστεί στην σύνταξή τους και όπως έχουμε ήδη

αναφέρει προηγουμένως του υψηλού κόστους της ιδιωτικής οδοντιατρικής περίθαλψης αναζητούν Οδοντιατρική Φροντίδα στην ΚΣΑΑ. Το ίδιο ακολουθούν και οι άνεργοι αφού δεν υπάρχει για αυτούς κάποια πρόβλεψη για Δημόσια Οδοντιατρική Περίθαλψη. Όπως αναφέρατε άλλωστε το νέο νομοσχέδιο που κατέθεσε το Υπουργείο Υγείας το 2018 το προληπτικά πρόγραμμα αφορά μόνο παιδιά ηλικίας 6 – 12ετών. Επιπλέον, το τελευταίο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Στοματική Υγεία που είχε προταθεί για το χρονικό διάστημα 2008 – 2012 είχε ως στόχους την Προαγωγή της Στοματικής Υγείας Παιδιών Προσχολικής και Σχολικής Ηλικίας, ατόμων Τρίτης Ηλικίας, Ευπαθών Ομάδων καθώς και Ειδικών Ομάδων του Πληθυσμού (στους πληθυσμούς δυσπρόσιτων περιοχών, σε ευπαθείς ομάδες, ατόμων που πάσχουν από Συγγενείς Κρανιοπροσωπικές Ανωμαλίες).

Συσχέτιση διαπιστώθηκε μεταξύ του κόστους και της ύπαρξης περιοδοντικής νόσου ή το ιστορικό αυτής. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με περιοδοντική νόσο ή ιστορικό αυτής είναι λιγότερο ικανοποιημένοι στην κατηγορία του κόστους του ερωτηματολόγιου DSQ – 19. Είναι αντιληπτό ότι ένας ασθενής που πάσχει από περιοδοντική νόσο υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να έχει ελλείψεις δοντιών και να απαιτείται ένα πιο σύνθετο σχέδιο θεραπείας. Επιπλέον, οι ασθενείς αυτοί πρέπει να υποβληθούν σε θεραπεία περιοδοντίτιδας και μετά το πέρας αυτής να υποβάλλονται σε ένα αρκετά συχνό πρόγραμμα επανακλήσεων το οποίο αυξάνει το συνολικό κόστος του σχεδίου θεραπείας του σε σχέση με τους περιοδοντικά υγιείς.

Η έρευνα των Ramseier και συνεργατών (2017) μετρά την απώλεια των δοντιών εξαιτίας της περιοδοντικής νόσου σε ασθενείς που δεν έχουν λάβει κάποια θεραπεία για χρονικό διάστημα 40 ετών. Πιο αναλυτικά, το 1970 οι ερευνητές εξέτασαν 480 ασθενείς που εργάζονταν στην συλλογή τσαγιού στην Σρι Λάνκα και μετά από 40 χρόνια κατάφεραν να συγκεντρώσουν το 15.6% του δείγματος (75 άτομα) για επανεξέταση. Οι ασθενείς δεν είχαν δεχτεί κάποια περιοδοντική θεραπεία το διάστημα αυτό ούτε είχαν ενταχθεί σε κάποιο προληπτικό πρόγραμμα, και σε περίπτωση πόνου ή κάποιου έκτακτου περιστατικού οι οδοντίατροι της περιοχής προχωρούσαν σε εξαγωγή των δοντιών χωρίς να πραγματοποιήσουν κάποια περαιτέρω θεραπείας. Ο αριθμός των δοντιών που είχαν χαθεί λόγω περιοδοντικής νόσους ήταν από 0 έως 28 με μέσο όρο 13,1 δόντια ανά ασθενή. Μόνο 4 άτομα δεν είχαν χάσει κανένα δόντι λόγω περιοδοντικής νόσου, αντίθετα 12 άτομα ήταν νωδά. Στα συμπεράσματα της έρευνας τονίζεται ιδιαιτέρως η σημασία της θεραπείας της περιοδοντίτιδας σε συνδυασμό με την διακοπή του καπνίσματος, σε άτομα κάτω των 30 ετών.

Επιπλέον, οι ερευνητές τονίζουν ότι η απομάκρυνση και ο έλεγχος της οδοντικής μικροβιακής πλάκας, καθώς και η αντιμετώπιση της ουλίτιδας είναι ουσιώδεις για την πρόληψη της εξέλιξης της περιοδοντικής νόσου, της περαιτέρω απώλειας της κλινικής πρόσφυσης και τελικά της απώλειας των δοντιών.

Σχετικά με την φάση διατήρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος οι Vassilopoulos και Panis (2013) αναφέρουν ότι αυτή ξεκινά όταν επιτευχθούν οι σκοποί της περιοδοντικής θεραπείας. Η φάση διατήρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος αφορά κυρίως την επανάκληση των περιοδοντικών ασθενών η οποία πρέπει να γίνεται κάθε 3 - 6 μήνες, αλλά και των ασθενών με ουλίτιδα οι οποίοι πρέπει να ελέγχονται κάθε 6 -12 μήνες. Ακόμα, οι Axelsson και Lindhe (1981) παρακολουθούσαν ασθενείς με περιοδοντική νόσο για 6 έτη μετά το πέρας της θεραπείας τους σε Πανεπιστημιακή Κλινική. Για την φάση διατήρηση τους θεραπευτικού αποτελέσματος το 1/3 των ασθενών παραπέμφθηκε σε γενικούς οδοντίατρους, ενώ οι υπόλοιποι παρέμειναν στην Κλινική του Πανεπιστημίου. Τα άτομα που ακολούθησαν ένα αυστηρό πρόγραμμα επανακλήσεων (κάθε 2 μήνες τα πρώτα 2 χρόνια και κάθε 3 μήνες για τα 4) στο 99% των επιφανειών των δοντιών τους παρατηρήθηκε βελτίωση ή σταθερότητα ή το πολύ απώλεια πρόσφυσης 1 χιλιοστού. Αντίθετα, η ομάδα ασθενών που παραπέμφθηκε σε γενικούς οδοντιάτρους στο 55% των επιφανειών υποτροπίασε με περαιτέρω απώλεια πρόσφυσης 2 – 5 χιλιοστά.

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι οι ασθενείς που προσέρχονται στην ΚΣΑΑ και δεν έχουν διαγνωστεί με περιοδοντίτιδα ή μπορεί να έχουν θεραπευτεί παλιότερα και δεν έχουν ενταχθεί στο ενδεδειγμένο πρόγραμμα επανακλήσεων μπορεί να έχουν ελλείψεις δοντιών όπου η αποκατάστασή τους απαιτεί πιο σύνθετες και δαπανηρές διαδικασίες σε σχέση με τους ασθενείς που είναι περιοδοντικά υγιείς. Ακόμα, οι ασθενείς με ενεργή νόσο επωμίζονται και το κόστος της θεραπείας της περιοδοντίτιδας.

Στο ερωτηματολόγιο DSQ – 19 υπήρχαν και ερωτήσεις που αφορούσαν την ικανοποίηση των ασθενών ως προς τους φοιτητές. Μεγάλο μέρος του δείγματος ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τους φοιτητές και συγκεκριμένα 73.3% του δείγματος υποστηρίζει ότι ο φοιτητής ήταν πολύ προσεκτικός όταν τους εξέτασε, το 45.2% δεν αποφεύγει να συνεχίσει τις εργασίες του στην ΚΣΑΑ γιατί ο φοιτητής τον πονά και το 80% αναφέρει ότι ο φοιτητής τους φεροταν με σεβασμό.

Ερωτήσεις ακόμα τέθηκαν στους ασθενείς σχετικά με την συχνότητα επισκεψιμότητας στον οδοντίατρο καθώς και την τελευταία επίσκεψή τους σε ιδιώτη πριν ξεκινήσουν την προσέλευσή τους στην ΚΣΑΑ. Είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακό ότι η πλειονότητα των ασθενών επισκεπτόταν τον οδοντίατρο όταν είχε κάποιο πρόβλημα (59%, άτομα = 124) Τα δεδομένα αυτά έρχονται σε ομοφωνία με τα συμπεράσματα των Diamantopoulos και Niakas του 2017 οι οποίοι σημείωσαν ότι οι οδοντιατρικές δαπάνες και το εισόδημα των οδοντιάτρων κατέρρευσαν κατά τη διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης και η μόνη ζήτηση για οδοντιατρικές υπηρεσίες που παρέμεινε σταθερή αφορά περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και διαχείρισης του πόνου.

Η συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας επίσκεψης στον οδοντίατρο και τον βαθμό ικανοποίησης δεν κρίθηκε στατιστικά σημαντική. Αντίθετα, η μελέτη που έγινε στο Πανεπιστήμιο του Ajman ότι οι ασθενείς που προσέρχονται στην κλινική όταν έχουν κάποιο πρόβλημα είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που έρχονται συχνά και το αιτιολογούν λέγοντας ότι οι ασθενείς που έχουν κάποιο πρόβλημα ανακουφίζονται άμεσα σε σχέση με αυτούς που έρχονται απλά για έναν έλεγχο. Οι Goedhart και συνεργάτες (1998) και οι Tuominen και Tuominen (1996) υποστηρίζουν στις εργασίες τους ότι ο ασθενείς επικεντρώνεται στο τελικό αποτέλεσμα και με βάση αυτό αξιολογεί την ικανοποίησή του αγνοώντας τα στάδια της διαδικασίας που συμβάλλουν στο αποτέλεσμα και τις προσπάθειες των οδοντιάτρων και ακτινολόγων και κάθε άλλου οδοντιάτρου προσωπικού σε λαμβάνει μέρος στην εκτέλεση του σχεδίου θεραπείας.

Ακόμα ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει στην έρευνά μας οι μίσοι περίπου ασθενείς (103 άτομα, 49%) είχαν επισκεφθεί ιδιώτη οδοντίατρο σε χρονικό διάστημα λιγότερο των 12 μηνών. Ακολουθούν αυτοί που επισκέφτηκαν τον οδοντίατρο πριν 1 – 2 έτη (41 άτομα, 19.5%), στην συνέχεια είναι αυτοί που έχουν να τον επισκεφτούν πάνω από 5 χρόνια (35 άτομα, 13.3%) και ακολουθούν αυτοί που τον επισκέφτηκαν από 2 – 5 έτη (28 άτομα,16.7%). Τέλος, 3 άτομα ανέφεραν ότι δεν έχουν πάει ποτέ στον οδοντίατρο (1.4%). Η τελευταία επίσκεψη αρκετών ασθενών σε ιδιώτη οδοντίατρο ήταν σχετικά πρόσφατη (<1 έτος, 1 – 2 έτη). Βέβαια πρέπει να αναλογιστούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό επισκέπτεται οδοντίατρο όταν έχει κάποιο πρόβλημα το οποίο πιθανολογικά μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι οδοντίατροι στους οποίους απευθύνθηκαν προτείναν ένα σχέδιο θεραπεία στο οποίο δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν οι ασθενείς για αυτό και αναζήτησαν θεραπεία στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών.

Σε μια παρόμοια μελέτη του 2019 στην Κύπρο αναφέρει ότι το 58,5% του δείγματος (άτομα = 242) δήλωσε ότι επισκέφθηκε οδοντίατρο για τελευταία φορά σε <6 μήνες, το 16,7% (άτομα = 69) μεταξύ 6 – 12 μηνών, το 10,4% (άτομα = 43) μεταξύ 12–24 μηνών, το 9,7% (άτομα =

40) για >24 μήνες, ενώ το 3,1% (άτομα = 13) τον επισκέφθηκε για πρώτη φορά. Οι περισσότεροι επισκέφθηκαν τον οδοντίατρο για την ανακούφιση από τον πόνο (30,9%, άτομα = 124), ενώ ακολουθούν αυτοί που συνέχισαν κάποια θεραπεία (17,5%, άτομα = 70) και ακόμα λιγότεροι είναι αυτοί που επισκέφτηκαν τον οδοντίατρο για προληπτικούς λόγους (12,5%, άτομα = 50). (Χαραλάμπους & συν., 2019) Στην έρευνα αυτή παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ασθενών που δεν είχαν πάει ποτέ σε οδοντίατρο είναι σχεδόν το διπλάσιο σε σχέση με αυτό της δική μας έρευνας.

Η Eurostat αναφέρει στα τελευταία της δεδομένα ότι το 50% των Ελλήνων έχει να επισκεφτεί οδοντίατρο από 12 μήνες και πάνω, ποσοστό περίπου 30% επισκέφτηκε οδοντίατρο τελευταία φορά πριν από λιγότερο 6 μήνες και το 20% πριν από 6 έως 12 μήνες. Τα στοιχεία αυτά έχουν αναλυθεί προηγουμένως και παρουσιαστεί στο Διάγραμμα 21.

Στην παρούσα μελέτη αναζητήσαμε και την ποιότητα ζωής των ασθενών όπως αυτή σχετίζεται με την Στοματική Υγεία μέσα από την χρήση του ερωτηματολογίου OHIP – 14. Η ποιότητα ζωής είναι η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του. (WHO, 1995) Ενέργειες και αλληλεπιδράσεις μπορούν να επηρεαστούν σημαντικά, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να μειώσει περαιτέρω τη λειτουργικότητα και την ψυχολογική ευεξία του ατόμου. Έτσι, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) θεωρείται μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία αναφέρεται όχι μόνο στην σωματική ευεξία των ασθενών αλλά και στην ψυχολογική και κοινωνική ευημερία τους και καθίσταται ευρέως αναγνωρισμένη για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης. Ένας από τους κύριους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά το συνολικό HRQoL είναι η στοματική υγεία του ατόμου καθώς αποτελεί ένα από τα πεδία της υγειάς που μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή λειτουργιά των ατόμων καθώς και τη συνολική τους αντίληψη για την υγειά. (McGrath & Bedi, 1999, John et al., 2003)

Εξετάζονται τα αποτελέσματα για την ποιότητα ζωής του ερωτηματολογίου OHIP - 14 οι ερωτήσεις των οποίων η απάντηση «ποτέ» είχε ποσοστό πάνω από 50% ήταν αυτές σχετικά με τα προβλήματα στην ομιλία, στην γεύση, στην διακοπή του γεύματος, στην δυσκολία ξεκούρασης, στην αλλαγή των καθημερινών συνηθειών, στην υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής, στην αδυναμία εργασία και στην οξύθυμη συμπεριφορά εξαιτίας προβλημάτων των δοντιών. Επιπλέον,

παρατηρούμε ότι ένα αρκετά μικρό ποσοστό των ασθενών απάντησε ότι δεν στεναχωριέται και δεν εκνευρίζετε εξαιτίας των δοντιών. Θα μπορούσα λοιπόν να συμπεράνουμε και από την δικά μας έρευνα ότι η Στοματική Υγεία μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.

Στην συνέχεια της έρευνα πραγματοποιήθηκε αναζήτηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του ερωτηματολογίου αυτού και των υπόλοιπων χαρακτηριστικών που καταγράφηκαν στην έρευνα, όπως για παράδειγμα το φύλο. Βρέθηκε ότι το φύλο δεν αποτελεί παράγοντα που να επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Στο ίδιο συμπέρασμα οδηγήθηκε και η μελέτη των Papaioannou και συνεργατών (2011) οι οποίοι συγκέντρωσαν 504 ασθενείς, ηλικίας 35 – 44 ετών, από αστικές και μη περιοχές της Ελλάδας. Αντίθετα αποτελέσματα παρουσιάζουν οι Agudelo-Suárez και συνεργάτες (2019) όπου συμπεριέλαβαν στην έρευνά τους 401 ενήλικες από την Ισπανία, το Εκουαδόρ, την Κολομβία, και το Μαρόκο. Το 14.8% των ανδρών και το 23.8% αναφέρουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής και η διαφορά αυτή κρίθηκε στατιστικά σημαντική.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της ποιότητας ζωής των ασθενών σε σχέση με την ηλικία. Συγκεκριμένα το σκορ του ερωτηματολογίου OHIP – 14 παρουσίασε αυξητική τάση (επιδείνωση της ποιότητας ζωής) μέχρι την ηλικιακή ομάδα 45-64 έτη και μετά μείωση στην ομάδα άνω των 65 ετών. Στην εργασία των De S Leão και συνεργατών που έλαβε χώρα στην Βραζιλία το 2014 συμμετείχαν 400 ενήλικες ηλικίας 18 έως 95 ετών με μέσο όρο τα 42.65 έτη. Οι ασθενείς ηλικίας 40 έως 59 ετών είχαν υψηλότερο σκορ (16.93 ± 12.08) σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των 18 – 39 (14.36 ± 10.10) και αυτή των 60 και άνω (13.61 ± 12.13). Στατιστικά σημαντική κρίθηκε η διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ την ηλικιακή ομάδας των 40 - 59 ετών και αυτής των 60 και άνω.

Σε αντίθεση με παραπάνω συμπεράσματα είναι η εργασία των Papagianni και συνεργατών (2013) ότι ο αντίκτυπος των προβλημάτων της στοματικής υγείας μειώνεται με την ηλικία, ανεξάρτητα από την παρουσία δοντιών. Αυτό υποδηλώνει ότι οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις της προφορικής λειτουργίας ενδέχεται να μειωθούν καθώς οι άνθρωποι γηράσκουν. Ακόμα, στην Πανελλήνια έρευνα που διεξήχθη το 2011 από την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία αναφέρει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνεται η ποιότητα της ζωής εξαιτίας οδοντιατρικών προβλημάτων . (Υφαντόπουλος & Ουλής, 2011)

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο παρατηρήσαμε συσχέτιση μεταξύ των ατόμων που είχαν λάβει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση σε σχέση με αυτούς που είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση και αυτούς που ήταν κάτοχοι μάστερ ή κάποιου διδακτορικού. Αυτοί με πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση είχα το υψηλότερο σκορ (29), ακολουθούσαν αυτοί που είχαν λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση (25) και το μικρότερο σκορ είχαν οι κάτοχοι μάστερ ή διδακτορικού (15.5). Ο Tsakos και συνεργάτες (2009) αναφέρουν ότι το εκπαιδευτικό υπόβαθρο έχει έμμεσες δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών. Τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση έδειξαν χαμηλότερες βαθμολογίες του OHIP-14, δείχνοντας έτσι καλύτερη κατάσταση στοματικής υγείας. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το υψηλότερο επίπεδο σχολικής εκπαίδευσης συνδέεται με υψηλότερο επίπεδο εισοδήματος και την αναζήτηση καλύτερης και εκτενέστερης πληροφόρησης σε θέματα στοματικής υγείας και πρόληψης, γεγονός που με τη σειρά του συνεπάγεται σε μικρότερο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. (Guerra et al., 2014) Επομένως, μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι το ακαδημαϊκό επίπεδο ενός ατόμου έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής.

Σχετικά με την εθνικότητα και την ποιότητα ζωής όπως αυτή αποτυπώνεται μέσω την Στοματικής Υγείας δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση. Στην πρόσφατη μελέτη των Agudelo-Suárez και συνεργάτες (2019) αναφέρεται ότι η μετανάστευση είναι άξονας ανισότητας στους δείκτες ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία του στόματος. Μάλιστα, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι στους μετανάστες από τον Εκουαδόρ και την Κολομβία, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την στοματική υγεία ήταν καλύτερη για ορισμένους δείκτες, σε αντίθεση με αυτή των Μαροκινών. Ακόμα, μια συστηματική ανασκόπηση του 2010 έδειξε ότι οι μετανάστες, ιδίως εκείνοι που είχαν μεταναστεύσει πρόσφατα, ανέφεραν πιο αρνητικές επιπτώσεις που σχετίζονταν με το OHRQoL, όπως για παράδειγμα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες στοματικής υγείας. (Sanders,2010)

Η μελέτη των Brennan και συνεργατών (2018) συγκέντρωσε 897 ασθενείς από την Adelaide της Αυστραλίας. Τόσο τα αντικειμενικά όσο και τα υποκειμενικά μέτρα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης συνδέθηκαν με τις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου OHIP – 14. Τα υψηλότερα εισοδήματα και η υποκειμενική κοινωνική κατάσταση συσχετίστηκαν και τα δύο με μικρότερη επίπτωση στην στοματική υγεία.

Στην έρευνά μας αξιολογήσαμε και τον επιπολασμό της περιοδοντικής νόσου μέσα από την λήψη στοιχείων από το οδοντιατρικό ιστορικό που έχει συμπληρωθεί κατά την πρώτη επίσκεψη του ασθενούς και διαπιστώθηκε ότι το 59% του δείγματος είχε ενεργή νόσο ή ιστορικό αυτής. Η περιοδοντίτιδα παρουσιάστηκε ως η $11_η$ πιο συχνά εμφανιζόμενη νόσος παγκοσμίως. (GBD, 2017) Ο Frencken & συν. σε πρόσφατα δημοσιευμένη έρευνα τους υποστηρίζουν ότι επιπολασμός της περιοδοντίτιδας είναι υψηλός και μάλιστα σημειώνει περίπου το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού να νοσεί από προκεχωρημένης μορφής περιοδοντίτιδας. (Frencken et al., 2017) Ακόμα ο Slots στην μελέτη του αναφέρει ότι η περιοδοντίτιδα εμφανίστηκε με ιδιαίτερα υψηλό επιπολασμό σε άτομα με χαμηλό εισόδημα, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς και σε ισπανόφωνους και μη έγχρωμους πληθυσμούς. Ο επιπολασμός της περιοδοντικής νόσου στην μελέτη μας είναι αυξημένος και αυτό οφείλεται μάλλον στο γεγονός ότι περιέχονται όλες τις κατηγόριες περιοδοντικής νόσου καθώς και το ιστορικό αυτής.

Η εκτενής μελέτη των Demmer και Papapanou (2010) αναφέρουν ότι οι εθνικές αντιπροσωπευτικές εκτιμήσεις της προκεχωρημένης περιοδοντίτιδας, σύμφωνα με τους ορισμούς της Αμερικανικής Ακαδημίας Περιοδοντολογίας στον γενικό πληθυσμό ενηλίκων, είναι διαθέσιμες μόνο από τις ΗΠΑ και την Αυστραλία και παρουσιάζουν τις τιμές 2% και 4% αντίστοιχα. Παρά τις σημαντικές διακυμάνσεις στις εκτιμήσεις του επιπολασμού της περιοδοντίτιδας, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα δεδομένα επιβεβαιώνουν την αντίληψη ότι οι άνδρες εμφανίζουν συχνότερα περιοδοντίτιδα από τις γυναίκες, αν και η διαφορά ποικίλει σημαντικά μεταξύ των μελετών, και ότι η πρόγνωση της περιοδοντίτιδας αυξάνεται με την ηλικία. Ακόμα αναφέρουν ότι ο επιπολασμός της περιοδοντικής νόσου τείνει να κορυφωθεί γύρω στην 5η ή 6η δεκαετία της ζωής, όπου η τάση για αύξηση σταθεροποιείται ή τουλάχιστον εξασθενεί.

Ακόμα, ο Sheiham και συνεργάτες (2002) μελετούν τον επιπολασμό της περιοδοντικής νόσου στην Ευρώπη και αναφέρουν ότι περίπου το 13% των Νορβηγών ηλικίας 45-54 ετών είχε έναν ή περισσότερων περιοδοντικούς θυλάκους >6 χιλιοστών. Ακόμα, το 5% του σύνολο του ενήλικου πληθυσμού των Άγγλων που μελετήθηκαν, που συμπεριελάμβανε και ηλικιωμένους, παρουσίασε περιοδοντικούς θύλακους >5,5 χιλιοστών. Στη Σουηδία, ο επιπολασμός της προκεχωρημένης περιοδοντικής νόσου ήταν χαμηλός και διαπιστώθηκε ότι το 82% των Σουηδών ηλικίας 31 - 40 ετών δεν είχε περιοδοντικούς θυλάκους ≥ 5 χιλιοστών.

Η μελέτη των Diamanti-Kipioti και συνεργατών (1995), χρησιμοποιώντας ακτινογραφικές μετρήσεις για την αξιολόγηση της πορείας της περιοδοντικής νόσου σε αγροτικό και αστικό δείγμα ενήλικων ηλικίας 25-64 ετών, ανέφεραν σημαντική απώλεια οστού. Απώλεια οστού ≥ 6 χιλιοστά σημειώθηκε στο 18% του αγροτικού και στο 8% του αστικού πληθυσμού. Το 25% των ατόμων του αγροτικού πληθυσμού και το 12% του αστικού αντιστοιχούσαν στο 75% του συνολικού αριθμού των δοντιών με απώλεια οστού ≥ 6 χιλιοστών. Κατά την κλινική εξέταση, ανιχνεύθηκαν περιοδοντικοί θύλακοι ≥ 6 χιλιοστών στο 1,7% και 8,0% όλων των σημείων που εξετάστηκαν. Ακόμα, το 20% και 51% των ατόμων κάθε ηλικιακής ομάδας είχαν τουλάχιστον ένα βαθύ θύλακο. Ο επιπολασμός ήταν μικρότερος στο αστικό δείγμα, 0,6-4,7% και 15-49%, αντίστοιχα.

Ακόμα βρέθηκε ότι τα άτομα με παρουσία περιοδοντικής νόσου ή ιστορικό αυτής έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής όπως αυτή σχετίζεται με την Στοματική Υγεία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι περιοδοντικοί ασθενείς, ιδιαίτερα αυτοί με προκεχωρημένη μορφή της νόσου, έχουν απώλεια ενός ή περισσοτέρων δοντιών το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε λειτουργικές επιπτώσεις. Αναφέρεται μάλιστα ότι η έκταση της απώλειας των δοντιών, και συνακόλουθα ο αριθμός των δοντιών που παραμένουν στο φραγμό, είναι εξαιρετικά σημαντικός προσδιοριστής της ποιότητας ζωής. Η απώλεια 12 και πλέον δοντιών θεωρείται κομβικό όριο, πάνω από το οποίο υφίσταται μείωση της λειτουργικότητας της στοματικής κοιλότητας, δυσκολία στη σίτιση και συνακόλουθα επιδείνωση της ποιότητας ζωής. (Σταμαδιανός & συν., 2009) Μια μελέτη στον Σουηδικό πληθυσμό αναφέρει συσχέτιση μεταξύ του υψηλού σκορ του OHIP-14 και της απώλειας δοντιών. (Einarson et al., 2009)

Η πρόσφατη μελέτη των Sulaiman και συνεργατών (2019) αναφέρει ότι οι ασθενείς με προκεχωρημένη μορφή περιοδοντικής νόσου έχουν υψηλότερο σκόρ στο OHIP-14 (18.26 ± 10.22) σε σχέση με αυτούς που είναι περιοδοντικά υγιής ή έχουν αρχόμενη περιοδοντίτιδα (11.28± 8.09). Μάλιστα, οι επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής αφορούσαν κυρίως τις λειτουργικές αδυναμίες και τις διαστάσεις της ψυχολογικής δυσφορίας του ασθενή.

Τα ίδια αποτελέσματα αναφέρει και η εργασία των Karaaslan F. και Dikilitaş A. (2019), χρησιμοποιώντας την νεότερη ταξινόμηση από το Παγκόσμιο Workshop του 2017 εξέτασαν 99 ασθενείς στην Οδοντιατρική Σχολή της Usak. Στα αποτελέσματά τους αναφέρουν ότι το σκορ του OHIP-14 ήταν χαμηλό για το δείγμα με περιοδοντική νόσο Σταδίου I (6.11±1.28) και Βαθμού A

(6.11±1.28), αλλά ήταν ιδιαίτερα υψηλό για αυτούς που νοσούσαν με περιοδοντίτιδα Σταδίου IV (21.65±2.16) και Βαθμού C (20.28±2.91).

Η μελέτη των Holde και συνεργατών που πραγματοποιήθηκε στην Νορβηγία περιλάμβανε 1.819 άτομα εκ των οποίων τα 897 (49%) είχαν περιοδοντίτιδα και μάλιστα τα 163 (9%) είχαν προκεχωρημένη μορφή περιοδοντικής νόσου. Οι ερευνητές αναφέρουν και αυτή συσχέτιση μεταξύ περιοδοντικής νόσου και OHIP – 14. Πρόσθετα, επισήμαναν ότι ασθενείς με υψηλά κοινωνικοοικονομικά κριτήρια παρουσιάζουν χαμηλότερη ανάγκη θεραπείας, μεγαλύτερη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών, συχνότερο βούρτσισμα, λιγότερο σοβαρή περιοδοντίτιδα και λιγότερες επιπτώσεις στην στοματική υγεία.

Ακόμα, η μελέτη των Gokturk και συνεργατών (2018) μελέτησε 195 ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω της κλινική της Περιοδοντολογίας στο πανεπιστήμιο Gaziosmanpasa της Τουρκίας. Στα αποτελέσματα του OHIP-14, το 38,8% δεν ανέφερε λειτουργικούς περιορισμούς, το 41,9% δεν ανέφερε πόνο ή δυσφορία, το 26,5% δεν ανέφερε ψυχολογικές επιπτώσεις και το 38,7% δεν ανέφερε επιπτώσεις στην συμπεριφορά. Επίσης, οι ερευνητές παρατήρησαν συσχέτιση μεταξύ της ευαισθησίας των δοντιών και της αιμορραγίας των ούλων με την τιμή του OHIP-14 και μάλιστα οι ασθενείς που ανέφεραν αιμορραγία στα ούλα είχαν 0,420 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν σκορ του OHIP-14 πάνω από το μέσο όρο σε σχέση με αυτούς με υγιείς περιοδοντικούς ιστούς.

Στην μελέτη μας προχωρήσαμε και στην μέτρηση του δείκτη DMFT. Η διάμεση τιμή του δείκτη DFMT ήταν 17 και το 25% των ασθενών έχει τιμή μικρότερη του 12 και το 75% έχει τιμή μικρότερη του 21. Στην μελέτη των Σταμαδιανός και συνεργατών που έγινε το 2009 στο Νοσοκομείο της Καλύμνου η μέση τιμή του τερηδονικού δείκτη ήταν 12,56. Στην μελέτη των Roumani και συνεργατών (2010) που πραγματοποιήθηκε στην Κλινική της Παιδοδοντίας της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών σε 112 άτομα ηλικίας 15 – 18 ετών ο δείκτης DMFT κυμαινόταν από 0 – 14 (μέσος όρος = 3.0 ± 3.3). Πιο συγκεκριμένα το 35.1% του δείγματος είχε DMFT = 0, το 35.8% είχε τιμές από 1 – 5 και το 28.8% είχε DMFT ≥5. Παρατηρούμε ότι ο δείκτης αυτός είναι ιδιαίτερα υψηλός σε σχέση με τις υπόλοιπες μελέτες. Ακόμα, παρατηρώντας το Διάγραμμα 22, που έχουμε παραθέσει παραπάνω, το 2014 στην Ελλάδα οι ασθενείς ηλικίας 35 – 44 ετών είχαν DMFT 14. Οι Eduardo και Aubrey (2014) στην έρευνά τους αυτή μέτρησαν την τερηδονικό δείκτη σε 26 χώρες και μπορούμε να πούμε ότι ο αριθμός του τερηδονικού δείκτη της δικής μας έρευνας ακολουθεί τις τιμές που είχε η Δανία, η Τσεχία και η Βραζιλία.

Θετική είναι η συσχέτιση που παρατηρήθηκε μεταξύ του δείκτη τερηδόνας και του ερωτηματολογίου OHIP-14 και πιο συγκεκριμένα όσο αυξάνεται η τιμή στον DMFT αυξάνεται και το σκορ του OHIP-14. Την ίδια συσχέτιση αναφέρουν και άλλες μελέτες όπως αυτή των Papagiannopoulou και συνεργατών (2012) που αξιολόγησαν 211 Έλληνες ενήλικες ηλικίας 35 ετών και πάνω. Μια ακόμα μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην κλινική της Παιδοδοντίας του Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών σε 112 ασθενής ηλικίας 15 -18 καταλήγει και αυτή στην ίδια συσχέτιση, και τόνισαν μάλιστα ότι σημαντικότερη επίδραση στην ποιότητα ζωής παρατηρείται όταν ο DMFT ≥ 5. (Roumani et al., 2010) Ακόμα στην μελέτη που διεξήχθη στο Οδοντιατρικό Τμήμα του νοσοκομείου της Καλύμνου οι ερευνητές αναφέρουν ότι αύξηση του δείκτη DMFT κατά μία μονάδα αυξάνει κατά 23% τις πιθανότητες να αναφέρει κάποιο άτομο χειρότερη ποιότητα ζωής. (Σταμαδιανός & συν., 2009)

Μια ακόμα μελέτη των Keles και συνεργατών του 2018 αξιολόγησε την δείκτη DMFT και τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου OHIP -14 σε 514 άτομα ηλικίας 14 έως 18 ετών στο Aydin της Τουρκίας. Το 43,4% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι δεν είχαν πάει ποτέ στον οδοντίατρο, το 34% επισκέφθηκε τον οδοντίατρο μόνο όταν υπήρχε πρόβλημα, το 27,8% επισκέφθηκε τον οδοντίατρο τουλάχιστον μία φορά το χρόνο και το 2,5% επισκέφθηκε τον οδοντίατρο λιγότερο από μία φορά το χρόνο . Το μικρότερο ποσοστό των μαθητών (11,5%) ανέφερε ότι ποτέ δεν βουρτσίζουν τα δόντια τους, ενώ το 50,0% δήλωσε ότι μερικές φορές βουρτσίζουν τα δόντια τους και το 38,5% δήλωσε ότι βουρτσίζουν τα δόντια τους τουλάχιστον μια φορά την ημέρα. Οι μέσες τιμές DMFT ήταν 2,37 ± 2,45 (ελάχιστο = 0, μέγιστο = 13) και του OHIP-14 ήταν 25,83 ± 7,36 (ελάχιστο = 14, μέγιστο = 47 και σημειώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτών.

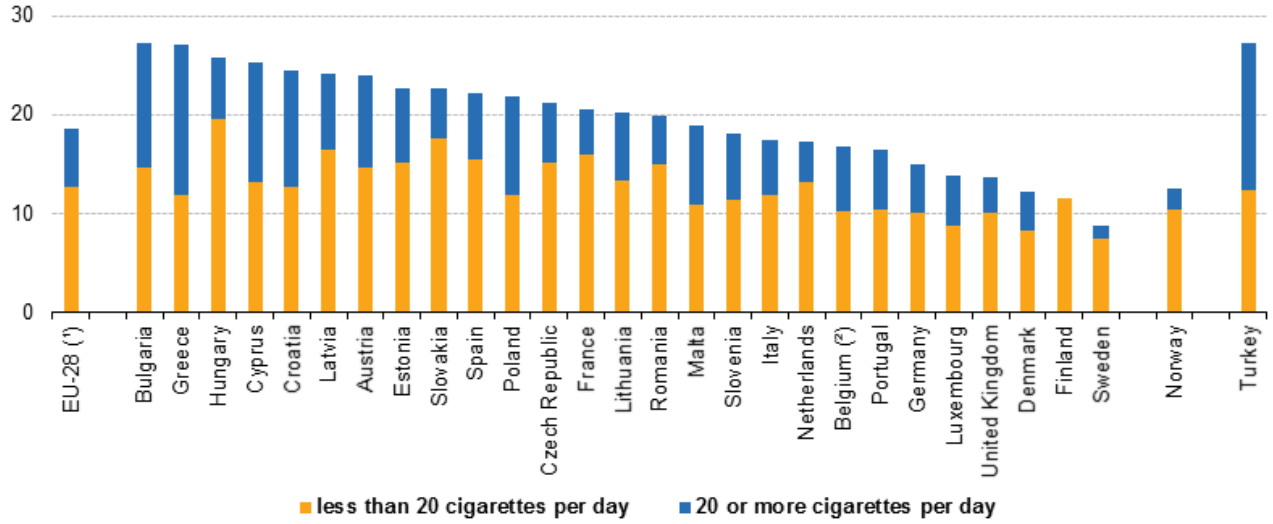
Συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του OHIP-14 (p-value<0.001) και ατόμων που είχαν επισκέπτονταν τον οδοντίατρο κάθε 6 μήνες ή κάθε χρόνο σε σχέση τόσο με αυτά που πήγαιναν συχνότερα (πιθανή ένδειξη προβλήματος) ή λιγότερο συχνά. Οι Montero και συνεργάτες (2014) αναφέρουν ότι οι τακτικοί οδοντικοί έλεγχοι βελτιώνουν το OHRQoL και ότι τα άτομα που επισκέφτηκαν την κλινική όταν είχαν πρόβλημα εμφάνιζαν αυξημένα σκορ στο OHIP-14 στην κατηγόρια του πόνου.

Οι συνήθειες στοματικής υγιεινής είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της διατήρησης της Στοματικής Υγείας. Όσο αναφορά το δείγμα παρατηρούμε ότι οι μισοί βουρτσίζουν τα δόντια τους 2 φορές την ημέρα και σχεδόν το 30% 1 φορά την ημέρα. Οι μελέτες των Mamai-Homata et al.

2010 και 2012 δείχνουν ότι το τακτικό βούρτσισμα των δοντιών (≥ δύο φορές την ημέρα) αναφέρθηκε μόνο από το 25,3% των ερωτηθέντων, ενώ οι περισσότεροι αναφέρουν ότι βουρτσίζουν τα δόντια τους μία φορά την ημέρα (33,0%). Στα αποτελέσματά μας βρέθηκε ότι η συχνότητα βουρτσίσματος συνδέεται με την καλύτερη ποιότητα ζωής, πιο συγκεκριμένα τα άτομα που βουρτσίζουν τα δόντια τους κάθε μέρα έχουν στατιστικά σημαντικά καλύτερο σκορ OHIP-14.

Είναι ευρέως διαδεδομένο ότι το κάπνισμα επηρεάζει την στοματική υγεία. Αναφέρθηκαν και προηγουμένως μελέτες που εξηγούν την επίδραση του καπνίσματος στην περιοδοντική νόσο. Στην μελέτη μας το 64.3% του ασθενών δεν είναι καπνιστές. Αυτό έρχεται σε αντιδιαστολή με τα δεδομένα της Eurostat που δείχνει την Ελλάδα να είναι ανάμεσα στις χώρες με την μεγαλύτερη κατανάλωση (Διάγραμμα 28). (Eurostat, 2019) Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι η ερώτηση απευθυνόταν στις καπνιστικές συνήθειες την δεδομένη χρονική στιγμή, δηλαδή κάποιοι από τους μη καπνιστές μπορεί παλιότερα να κάπνιζαν.

.



Note: ranked on the overall proportion of daily smokers. 2014 data for Ireland not available.
(¹) Estimates.
(²) Data with low reliability.

Διάγραμμα 28: Ποσοστό καθημερινών καπνιστών τσιγάρων κατά επίπεδο κατανάλωσης, 2014

Ακόμα συσχέτιση παρατηρήθηκε μετά του OHIP – 14 και του καπνίσματος και συγκεκριμένα οι καπνιστές είχαν μεγαλύτερο σκορ (32) στο ερωτηματολόγιο σε σχέση με τους μη καπνιστές (25). Στα ίδια αποτελέσματα οδηγείται και η μελέτη των Holde και συνεργατών (2018) η οποία επισημαίνει ακόμα ότι η αύξηση της συχνότητας του καπνίσματος συσχετίστηκε με αυξημένες επιπτώσεις της στοματικής υγείας. Επίσης, η μελέτη των Keles και συνεργατών του 2018 αξιολόγησε 514 άτομα ηλικίας 14 έως 18 ετών στο Aydin της Τουρκίας και βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού του OHIP-14 και του καπνίσματος

Σχετικά με την χρήση στοματικού διαλύματος αναφέρεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν χρησιμοποιεί, το οποίο είναι και σωστό καθότι όπως αναγράφεται και στο σύγγραμμα των Βρότσος και Καρούσης (2016) ο χημικός έλεγχος της οδοντικής πλάκας χορηγείται κατά την θεραπεία των νόσων του περιοδοντίου. Επιπλέον σχεδόν 7 στους 10 χρησιμοποιούν μέσα μεσοδόντιου καθαρισμού των δοντιών.

Στο τρίτο ερωτηματολόγιο της έρευνας που αφορά την αξιολόγηση των υποδομούν και του προσωπικού της ΚΣΑΑ είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι κανόνες υγιεινής ακολουθούνται σε μεγάλο ποσοστό, αφού είναι πολύ υψηλά τα ποσοστά σε ότι αναφορά την χρήση μάσκα, γαντιών, προστατευτικών γυαλιών και καθαρών ρούχων. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε ομοφωνία με αυτά των Karydi και συνεργατών όπου οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένη σχετικά με την χρήση μάσκας, γαντιών και την εφαρμογή των κανόνων αποστείρωσης και αντισηψία στην κλινική της Περιοδοντολογίας της Οδοντιατρικής Σχολή Αθηνών(2001).

Ακόμα, ερωτήθηκε και η ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την επικοινωνία τους με τα μέλη ΔΕΠ και τους εξωτερικούς συνεργάτες η οποία κρίθηκε ήταν πολύ ικανοποιητική, αφού το 56% του δείγματος ανέφερε ότι συμφωνούσε απόλυτα σε σχέση με το ποσοστό του 3.8% που διαφωνούσε πλήρως.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας συμπεραίνουμε την σημασία της Στοματικής Υγείας η οποία επηρεάζει σημαντικά την Ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι δύο συχνότερες νόσοι που εμφανίζονται στην στοματική κοιλότητα είναι η τερηδόνας και η περιοδοντίτιδα και όπως είδα στα αποτελέσματα της έρευνάς μας και οι δυο σχετίζονται με την ποιότητα ζωής του δείγματος. Η Στοματική Υγειά των πολιτών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν χαμηλή αφού ο επιπολασμός της περιοδοντικής νόσου ή το ιστορικό αυτή και ο τερηδονικός δείκτης DMFT ήταν υψηλός. Ακόμα, το επίπεδο πρόληψης των ασθενών είναι αρκετά χαμηλό αφού οι περισσότεροι επισκέπτονται τον οδοντίατρο όταν έχουν κάποιο πρόβλημα. Όσον αφορά την

ικανοποίηση των συμμετεχόντων το μεγαλύτερο ποσοστό δεν ήταν ικανοποιημένο από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες της ΚΣΑΑ. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε και το γεγονός ότι οι ασθενείς ανέφεραν ότι το κόστος ήταν υψηλό δεδομένου του ότι συγκριτικά με τα ιδιωτικά ιατρεία το κόστος των εργασίες είναι αρκετά χαμηλό. Οι ασθενείς δήλωσαν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των φοιτητών, την επικοινωνία τους με τα μέλη ΔΕΠ και τους διδάκτορες καθώς και τις συνθήκες αποστείρωσης και απολύμανσης που επικρατούσαν στην κλινική.

Η ενημέρωση των Πολιτών για την Στοματική Υγεία καθίσταται αναγκαία. Αρχικά, οι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι και η Ομοσπονδία θα μπορούσε να διοργανώνει ομιλίες με στόχο την επισήμανση της σημασίας της φροντίδας των δοντιών και των ούλων, της πρόληψης καθώς και της αποσαφήνισης του ότι η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας και ευεξίας και να παροτρύνουν τους πολίτες να ενσωματώσουν τη στοματική υγεία στη γενική πρόληψη και την προαγωγή υγείας, εστιάζοντας στους κοινούς παράγοντες κινδύνου.

Σημαντικό βήμα φέτος προς την κατεύθυνση αυτή πραγματοποίησε η Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία όπου συμμετείχε ενεργά στον εορτασμό της Ευρωπαϊκής Ημέρας για την Υγεία των Ούλων, η οποία έχει καθοριστεί από την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Περιοδοντολογίας για τις 12 Μαΐου 2019, με ενημέρωση του κοινού στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. Ακόμα, στα πλαίσια του εορτασμού της Ευρωπαϊκής Ημέρας Υγείας των Ούλων τα Μέλη της Εταιρείας πραγματοποιούσαν δωρεάν περιοδοντολογική εξέταση ασθενών στα ιδιωτικά τους ιατρεία τον Μάϊο του 2019. Επιπλέον, η υγειονομική εκπαίδευση που παρέχεται στα σχολεία υπό το συντονισμό του Ελληνικού Υπουργείου Υγείας και σε συνεργασία με την Ελληνική Οδοντιατρική Ένωση μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην ενημέρωση των πολιτών υπεύθυνα για τα θέματα της οδοντικής υγείας και τη σχέση τους με τη Γενική Υγεία.

Η υγεία άλλωστε είναι ο κυριότερος παράγοντας κοινωνικοοικονομικής προόδου και προσωπικής ανέλιξης του ατόμου. Πολιτικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, πολιτισμικοί, περιβαλλοντικοί, συμπεριφεριολογικοί και βιολογικοί παράγοντες επιδρούν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό διακρίνεται η αναγκαιότητα των δράσεων προαγωγής υγείας καθώς και της εφαρμογής προγραμμάτων προαγωγής της στοματικής υγείας, που θα στοχεύουν στο να καταστήσουν τους παράγοντες αυτούς υποστηρικτικούς για την υγεία. Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί ότι η στοματική υγιεινή και η οδοντιατρική φροντίδα –προληπτική και θεραπευτική– μπορούν να αποτρέψουν ή να ελαχιστοποιήσουν την απώλεια δοντιών και συνακόλουθα να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Συνεπώς, οι στρατηγικές και οι δράσεις για την προαγωγή της στοματικής υγείας (ιδιαίτερα σε ευπαθείς ομάδες, όπως παιδιά, κοινωνικά και οικονομικά αποκλεισμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες, άνεργους και άτομα της τρίτης ηλικίας) είναι κρίσιμες για τη γενικότερη ευεξία του πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ., Νιάκας Δ., Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημό- σιου νοσοκομείου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2007, 24 (1):89-96.
- Αυλώνας Ν., Η σωστή διαχείριση των Παραπόνων και η Ανάπτυξη Δεικτών Ποιο- τητας, στις Υπηρεσίες Υγείας, ως μέσο Ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή και βελτίωσης της Ποιότητας. Εισήγηση στο Συνέδριο Quality Forum, Αθήνα 1999.
- Βάγιας Δ., Αλεξιάς Γ.,Κωσταγιόλας Π., Ίντας Γ. Εκτίμηση της Ικανοποίησης Οδοντιατρικών Ασθενών σε Τοπική Μονάδα Υγείας (ΤΜΥ) του ΕΟΠΥΥ Αθηνών. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2016, 55(2): 158–166
- Βρότσος Ι. , Καρούσης Ι., Περιοδοντολογία Εμφυτευματολογία, Πρώτος 1, Κεφάλαιο 23, σελ. 300, Εκδόσεις Βήτα, 2016
- Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης – Ειδικότητες – Συνεχιζόμενη Διά Βίου Εκπαίδευση, Αθηνά, 2007.

- Ελληνική οδοντιατρικη ομοσποδία , 2019 http://www.eoo.gr/odontiatriki-nomothesia-fek
- Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2015 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32015R0359&from=EN
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα: (έκδ. ιδίων συγγραφέων).
- Κακάμπουρα, Βουγιουκλάκης, Βασικές Αρχές Οδοντικής Χειρουργικής, κεφ.2 , σελ. 28-37. Εκδόσεις Πασχαλίδη,2012
- Καλογεροπούλου, Μ.(2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 28(5):667-673.
- Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ. Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχομένη φροντίδα υγείας ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Τόμος 9ος, Τεύχος 4ο , Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2010.
- Κοτσαγιώργη, Ι. & Γκέκα, Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχομένη φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4):398-408
- Κουρέα –Κρεμαστινού Τ. Δημόσια Υγεία. Εκδ., Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2007.
- Λαζάρου Π., Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών, Επιθεώρηση Υγείας, 2001, 12(68): 23-24.
- Λιαρόπουλος Λ., Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα 2007.
- Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π, Ζύγα Σ. Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. Ανασκόπηση. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2009; 8 (1): 27-3.
- Μάντη Π., Σχέσεις μεταξύ χρηστών υπηρεσιών υγείας και επαγγελματιών υπηρεσιών υγείας, ΕΑΠ, ΔΜΥ61 Α, Πάτρα, 2000
- Μάτης Γ., Μπιρμπίλης Θ., Χρυσού Ο., Αλληλεπιδράσεις επαγγελματιών υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, 2009, 20(117):31-35
- Μερκούρης Α. Η ικανοποίηση του αρρώστου, κριτήριο ποιότητας Νοσηλευτικών υπηρεσιών. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Σχολή Επιστημών Υγείας, τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1996.
- Μουσείο Τμήματος Οδοντιατρικής, 2016 http://www.museum.dent.uoa.gr/istoriki-anadromi.html
- Μποστανίτης Ι., Τσαλίδου Μ., Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ικανοποίησης Ασθενών: Οι σχέσεις ιατρών-ασθενών, Επιθεώρηση Υγείας 2010, 21(126): 15-19.

- Μποστανίτης Ι., Τσαλίδου Μ., Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ικανοποίησης Ασθενών: Οι σχέσεις ιατρών-ασθενών, Επιθεώρηση Υγείας 2010, 21(126): 15-19.

- Νιάκας Δ., Management στις Υπηρεσίες Υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία 1993, 2:3-12

- Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχές Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(3):239-253.
- Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς., Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(4):480-488.
- Παπανικολάου, Β. & Σιγάλας, Ι. (1994). «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας», Πρακτικά Συνεδρίου : «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας. Θεσσαλονίκη.
- Παπανικολάου, Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχές, μέθοδοι και εφαρμογές. Εκδόσεις Παπαζήσης, 2007, σσ. 282 -316.
- Πιερράκος Γ, Σαρρής Μ , Σούλης Σ , Γούλα Α, Λατσού Δ κ.α. Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μετρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2013;30(3) : 316 - 324
- Πίνη Α., Σαράφη Π., Μαλλιαρού Μ., Μπαμίδης Π., Νιάκας Δ., Μέτρηση της ικα- νοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τα- κτικά εξωτερικά ιατρεία, Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 2011 , 4(4): 42-52.
- Ραφτόπουλος, Β. & Θεοδοσοπούλου, Ε. (2002) Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 19(5), 577-589.
- Ρούκας ΚΙ. Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι. Εκδ., Παρισιανος, Αθήνα,1998.
- Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σιγάλας Ι., Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, ΕΑΠ,ΔΜΥ51 Δ, Πάτρα, 1999
- Σουλιώτης Κ., Ο ρόλος του Ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα Υγείας, εκδ Παπαζήση, Αθήνα, 2000, σ. 185-256
- Σουλιώτης, Κ., Δουλγεράς, Α., Κοντός, Δ. & Οικονόμου, Χ. (2002). Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 14(3):114-118.
- Σταμαδιανός Β., Αλεξιάς Γ., Αναγνωστοπούλος Φ. Στοματική υγεία και ποιότητα ζωής των οδοντιατρικών ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Καλύμνου. Αρχές Ιατρικής Έρευνας 2009, 26(4):503-516.
- Τούντας Γ., Η βελτίωση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, 2003.
- Τούντας Γ., Υπηρεσίες Υγείας, εκδ. Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα 2008.
- Τσελέπη Χ., Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, ΔΜΥ61 Α, Πάτρα, 2000.
- Τσιότρας ΓΔ. Βελτίωση της Ποιότητας. εκδ.Μπένου,Αθήνα, 2002.

- Υπουργείο Υγείας, 2009 http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/6103-basika-shmeia-toy-nomosxedioy-gia-thn-ygeia-poy-pshfisthke-prosfata-apo-to-ellhniko-koinoboylio
- Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ.. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,2001 18(3):218-229.
- Υφαντόπουλος Ι, Ουλής Κ. Ανισότητες και Ικανοποίηση από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες και Σχέση της Στοματικής Υγείας με την Ποιότητα Ζωής των Ελλήνων. Ελληνική οδοντιατρική ομοσπονδία, Αθήνα, 2011. Ανάκτηση από: http://www. oral-health.gr/uploads/ExecutiveSummary.pdf.
- Χαραλάμπους Χ. Χαραλάμπους Χ., Γαλάνης Π., Τσέλεπος Χ., Θεοδώρου Μ., Ικανοποίηση των χρηστών από τις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες στην Κύπρο. Αρχές Ελληνικής Ιατρικής 2019, 36(2):195-201.
- Χλέτσος Μ., Κύκλος διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία», Κεφάλαιο Δεύτερο: Τι είναι Υπηρεσίες Υγείας, 2012.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. Nursing research, 5 (3), 100-108.
- Aletras V., Papadopoulos E., Niakas D., Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses, BMC Health Serv Res, Jun 2006, 6(6):66
- Alexander K., Hicks N., Sailing without radar: an excursion in resource allocation, Australian Health Review, 1998, 2(2): 76-99.
- Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes 2003, 1:40
- American Dental Hygienists, 2010 https://www.adha.org/sites/default/files/7232_Tobacco_Use_Periodontal_Disease_1.pdf
- Anderson EB. Patient-centeredness: a new approach. Nephrol News Issues. 2002 ;16(12):80-2.
- Anderson, L. & Zimmerman, M. (1993). «Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: A study of chronic disease management», Patient Education and Counseling, 20 (1: 27-36)
- Andrews F, Whitney S B. (1974). Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality. New York: Plenum Press.
- Anusavice KJ. Caries risk assessment. Oper Dent (Suppl) 2001;6:19-26
- Asadi-Lari M., Tamburini M., Gray D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. Health Qual Life Outcomes. 2004;2:32.
- Attica Dental Association. Costing of dental acts. *Attica Dental Assoc J*. 2007;77(2):6-8.

- Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. J Clin Periodontol. 1981 Jun;8(3):239-48.
- Baâdoudi F, Trescher A, Duijster D, et al. A consensus-based set of measures for oral health care. J Dent Res. 2017;96(8):881-887.
- Baider, L., Uziely, B. & DE Nour, A.K. (1997). The impact of perceived behavior on patient-physician satisfaction. Ann NY Acad Sci, 809:266–278
- Barnett, P.B. (2001). Rapport and the hospitalist. Am J Med, 111:31S–35
- Bellack JP., O'Neil EH. Recreating nursing practice for a new century: Recommendations and implications of the Pew Health Professions Commissions Final Report. Nursing and Health Care Perspectives, 2000; 21(1):14-21.
- Birch S, Listl S. The economics of oral health and health care. Max Planck Institute for Social Law and Social Policy Discussion Paper; 2015. https://ssrn.com/abstract=2611060. Accessed Jan 2, 2018.
- Bond S., Thomas L.H. Measuring patients' satisfaction with nursing care. Journal of advanced Nursing 1992; 17, 52-56.
- Bratthall D. Estimation of global DMFT for 12-year-olds in 2004. Int Dent J. 2005; 55:370-2.
- Breda J, Jewell J, Keller A. The Importance of the World Health Organization Sugar Guidelines for Dental Health and Obesity Prevention. Caries Res. 2019;53(2):149-152.
- C. The impact of the economic crisis on healthcare systems. Editorial. Soc Cohes Dev 2012; 7: 5–9.
- Campbell A, Converse P E, Rodgers W L. The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions. New York: Russell Sage Foundation. 1976
- Chaffee BW, Couch ET, Ryder MI. The tobacco-using periodontal patient: role ofthe dental practitioner in tobacco cessation and periodontal disease management. Periodontol 2000. 2016 Jun;71(1):52-64.
- Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry, .36–29:)1(25 ,1988
- Cohen L, Jago J. Toward the formulation of socio-dental in- dicators. Int J Health Serv 1976, 6:681−687
- Coulter I, Marcus M, Atchison K. Measuring oral health status: Theoretical and methodological challenges. Soc Sci Med 1994, 38:1531−1541
- Damaskinos P, Economou C. Systems for the provision of oral healthcare in the Black Sea countries part 10: Greece. Oral Health Dent Manag 2012; 11: 3–10.
- Damaskinos P, Koletsi-Kounari H, Economou C, Eaton KA, Widström E. The healthcare system and provision of oral healthcare in European Union member states. Part 4: Greece. Br Dent J. 2016 Mar 11;220(5):253-60.

- Damaskinos P, Koletsi-Kounari H, Mamai-Homata E, Papaioannou W. The social gradient in oral health in Greek older adults (2014). Poster Presentation, September 10–13: 2014. IADR/PER Congress, Dubrovnik, Croatia.
- Davis P. Compliance structures and the delivery of health care: The case of dentistry. Soc Sci Med 1976, 10:329−337
- Declaration of ALMA-ATA. Am J Public Health. 2015 Jun;105(6):1094-5.
- Department of Health, UK, Health and Social Care (Community Health and Standards) Act, 2003
- Diamanti-Kipioti A, Afentoulidis N, Moraitaki-Tsami A, Lindhe J, Mitsis F, Papapanou PN. A radiographic survey of periodontal conditions in Greece. *J Clin Periodontol* 1995: **22**: 385–390.
- Diamantopoulos K., Niakas D. The Effects of Economic Crisis on the Demand and Supply of the Dental Services in Greece. J Int Soc Prev Community Dent. 2017 Mar-Apr;7(2):135-140.
- Donabedian A. Quality assurance in health care: consum- ers' role. Qual Health Care 1992;1:247-51.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? 1988. Arch Pathol Lab Med. 1997;121(11):1145-50.
- Donabedian A., The definition of Quality and Approaches to its Assessment, Health administration Press, Ann Arbor, 1980.
- Donabedian A., The quality of Care: how can it be assessed.JAMA. 1988;260:1743-1748.
- Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. Denmark: World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Poli- cies;2014. https://www.researchgate.net/publication/325396612
- Economou C, Kaitelidou D., Kentikelenis a., Maresso A, Sisouras A. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In Maresso A et al., eds. Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences. pp 103–142. WHO/ EURO, European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. 2015.
- Economou C. Greece: Health system review. Health Systems Transition 2010; 12: 1–180.
- Eduardo B. and Aubrey S. Extent of differences in dental caries in permanent teeth between childhood and adulthood in 26 countries. International Dental Journal 2014; 64: 241–245
- Einarson S., E. W. Gerdin, and A. Hugoson, "Oral health impact on quality of life in an adult Swedish population," Acta Odontologica Scandinavica, vol. 67, no. 2, pp. 85–93, 2009.
- Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977, 196:129−136.
- Ervin NE. Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? J Nurs Adm. 2006;36(3):126-30.

- European Distributors of Statistical Software. Mortality and life expectancy statistics. Available at:https://ec.europa.eu/eurostat/statistics.explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics;2018. (accessed 23 October 2018)
- Eurostar, Tobacco consumption statistics, 2019, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tobacco_consumption_statistics
- Eurostar,2019 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_consultations
- Eurostar. Quality of life indicators – health, 2018
- Fellani D, Grita S, Yevis M. Patient satisfaction analysis on service quality of dental health care based on empathy and responsiveness. Dent Res J (Isfahan) 2011;8(4):172-7.
- Fisher J, Selikowitz HS, Mathur M, Varenne B. Strengthening oral health for universal health coverage. *Lancet.* 2018.
- Fitzpatrick R., Hopkins A., Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. Sociology of Health and Illness 1983;5(3):98.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: I - Important general considerations. British Medical Journal, 302, 887-889.
- Fox J., Storms D., "A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care", Social Science& Medicine. Part A:Medical Sociology, 1981, 15(5):557-6
- Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Laverty D, Dietrich T. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis - a comprehensive review. J Clin Periodontol. 2017 Mar;44 Suppl 18:S94-S105.
- G Caton J, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, S Kornman K, L Mealey B, Papapanou PN, Sanz M, S Tonetti M. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol. 2018 Jun;45
- Gatou T, Mamai-Homata E. Tooth wear in the deciduous dentition of 5-7-year-old children: Risk factors. Clin Oral Investig 2012; 16: 923–933.
- GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017;390(10100):1211-1259.
- Geitonas M, Zavras D, Hatzikou M, Kyriopoulos J. Generics market in Greece: the pharmaceutical industry's beliefs. *Health Policy*. 2006;79(1):35-48. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.11.004
- General Dental Council. Report on Numbers of Registrants at 31 December 2014. London, General Dental Council 2015.

- Giannitsis T, Zografakis S. *Greece: solidarity and adjustment in times of crisis. IMK Studies*. Dusseldorf: Macroeconomic Policy Institute of the Hans-Boeckler-Foundation; 2015 http://www.boeckler.de/pdf/p_imk_study_38_2015.pdf.
- Gift H, Atchison K. Oral health, health, and health-related quality of life. Med Care 1995, 33(Suppl):55−77
- Gift H. Oral health outcomes research − challenges and op- portunities. In: Slade GD (ed) Measuring oral health quality of life. Chapel Hill, university of North Carolina, Dental Ecology, 1997:25−46
- Gift H., Atchison K. Dayton M. Conceptualizing oral health- related quality of life. Soc Sci Med 1997, 44:601−608.
- Gill L., White L., A critical review of patient satisfaction, Leadership in Health Services, 2009, 22(1):8-19.
- Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger GK, et al. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. Int Dent J 2012;62:278–291
- Goedhart H, Eijkman MAJ, ter Horst G. Quality of dental care: the view of regular attenders. Community dentistry and oral epidemiology, 1996, 24(1):28–31.
- Gokturk O, Yarkac FU. Comparison of two measures to determine the oral health-related quality of life in elders with periodontal disease.Community Dent Health. 2019 May 30;36(2):143-149.
- Guerra MJ, Greco RM, Leite IC, Ferreira e Ferreira F, de Paula MV. Impact of oral health conditions on the quality of life of workers. Ciên Saúde Colet 2014 Dec;19(12):4777-4786.
- Guldvog B.: Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? Int J Qual Health Care. 1999; 11(3):233-40.
- Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1988a). Meta-Analysis of satisfaction with medical care: Description of reserch domain and analysis of overall satisfaction levels. Social Science and Medicine, Vol. 27, No 6, pp. 637-644.
- Handelman SL, Fan-Hsu J, Proskin HM. Patient satisfaction in four types of dental practice. Journal of the American Dental Association, 1990, 121(5):624–30.
- Hassali MA, Kong DCM, Stewart K. A comparison between senior medical student's and pharmacy pre-registrant's knowledge and perceptions of generic medicines. *Med Educ*. 2007;41(7):703-710. https://doi.org/10.1111/j.1365- 2923.2007.02791.x.
- Haviland MG, Morales LS , Pincus HA. Race/ethnicity, socioeconomic status and satisfaction with health care. *American Journal of Medical Quality.* 2005; 20(4);195 - 203
- Hawthorne G., Review of Patient Satisfaction Measures. Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra, 2006.
- Health and Quality of Life. Chin J Dent Res. 2017;20(4):189-192.

- Hellenic Association of Pharmaceutical Companies, Foundation for economic and industrial research. *The Pharmaceutical Market in Greece-Facts and Figures 2017*. Athens: ΣfEE-IOBE-Health Economics Observatory; 2017.
- Hellenic Dental Federation. Personal communica-tion, June 2015.
- Hellenic Statistical Authority. Health Accounts System 2009– 2013. Piraeus.
- Hellenic Statistical Authority. Household Budget Survey 2009– 2014. Piraeus.
- Hellenic Statistical Authority. The Greek Economy. 2014. Available online at http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/greek_ economy_17_04_2014.pdf (accessed September 2015).
- Hescot P. The New Definition of Oral Health and Relationship between Oral
- Hobdell M, Petersen P.E, Clarkson J, Johnson N. Global Goals for Oral Health 2020, International Dental Journal 2003;53(1)88- 285.
- Holde GE, Baker SR, Jönsson B. Periodontitis and quality of life: What is the role of socioeconomic status, sense of coherence, dental service use and oral health practices? An exploratory theory-guided analysis on a Norwegian population. J Clin Periodontol. 2018 Jul;45(7):768-779.
- Institute of Medicine (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
- Institute of Medicine, IOM, 1999, Conceptualization and Definitions of Quality http://www.qualitycolloquium.com/documents/Nash_Chapter2.pdf
- International Monetary Fund. Global economic slump challenges policies. International Monetary Fund;2009.
- Irish Society for quality & Safety in Healthcare, ISQSH (2005) [web site]. Dublin, Irish Society for Quality and Safety in Healthcare (http://www.isqsh.ie/ , accessed October 2005).
- Johansson P., Oléni M., Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scand J Caring Sci. 2002;16(4):337-44.
- John M. T., LeResche L., Koepsell T. D, Hujoel P., Miglioretti D. L., Micheelis W., Oral health-related quality of life in Germany, European Journal of Oral Sciences, 2003; 111:6, 483–491.
- Kaitelidou D C, Tsirona C S, Galanis P A. Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. Health Policy 2013; 109: 23–30.
- Karasneh JA, Al Habashneh RA, Marzouka NA, Thornhill MH. Effect of cigarette smoking on subgingival bacteria in healthy subjects and patients with chronic periodontitis. BMC Oral Health. 2017 Mar 21;17(1):64.
- Karydis A, Komboli-Kodovazeniti M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. Int J Qual Health Care. 2001 Oct;13(5):409-16.

- Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabe E, et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. J Dent Res. 2017;96(4):380-387.
- Kassebaum, N. J., Bernabe, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. J. L. & Marcenes, W. (2014a) Global burden of severe periodontitis in 1990–2010: a systematic review and metaregression. Journal of Dental Research 93, 1045–1053.
- Koletsi-Kounari H, Papaioannou W, Stefaniotis T. Greece's high dentist to population ratio: comparisons, causes, and effects. J Dent Edu 2011; 75: 1507–1515.
- Kyriopoulos J, Athanassakis K, Pavi E. *Financial crisis and health*. Kastaniotis: Athens; 2012.
- Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). Oral Health Prev Dent. 2003;1(1):7-16.
- Larson J. S. The conceptualization of health. Medical Care Research and Review, 1999:56(2); 123–136.
- Leclercq MH, Barmes DE, Sardo-Infirri J. Oral Health: Global trends and projections, World health statistics quarterly (Wld hlth statist quart), 1987; 40: 116-128.
- Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. Health Policy 2008; 87: 72–81.
- Linder-Pelz S., "Toward a theory of patient satisfaction", Social Science & Medicine 1982, 16(5): 577-82
- Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global economic impact of dental diseases. J Dent Res. 2015;94(10):1355-1361.
- Lliffe S, Wilcock J, Manthorpe J, et al. Can clinicians benefit from patient satisfaction surveys? Evaluating the NSF for older people, 2005-06. J Royal Soc Med 2008;101:598-604.
- Locker D, GRuSHKA M. The impact of dental and facial pain. J Dent Res 1987, 66:1414−1417 1980
- Locker D. Measuring oral health: A conceptual framework Community Dent Health 1988, 5:3−18
- López-Garví AJ, Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Cross-cultural adaptation, validity and psychometric properties of the Spanish version of the Dental Satisfaction Questionnaire. Community Dent Health. 2014 Mar;31(1):44-9.

- López-Garví AJ, Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Cross-cultural adaptation, validity and psychometric properties of the Spanish version of the Dental Satisfaction Questionnaire. Community Dent Health. 2014 Mar;31(1):44-9.

- Lutz B., Bowers B., Patient-Centered Care: understanding its interpretation and implementation in Health Care, Scholarly inquiry for nursing practice, 2000, 14(2): p165.

- M. T. John, L. LeResche, T. D. Koepsell, P. Hujoel, D. L. Miglioretti, and W. Micheelis, “Oral health-related quality of life in Germany,” European Journal of Oral Sciences, vol. 111, no. 6, pp. 483–491, 2003.
- Malmo university https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/According-to-Alphabetical/Global-DMFT-for-12-year-olds-2011/
- Mamai-Homata E, Margaritis V, Koletsi-Kounari H, Oulis C, Polychronopoulou A, Topitsoglou V. Tooth loss and oral rehabilitation in Greek middle-aged adults and senior citizens. Int J Prosthodont 2012; 25: 173–179.
- Mamai-Homata E, Polychronopoulou A, Topit- soglou V, Oulis C, Athanassouli T. Periodontal diseases in Greek adults between 1985 and 2005-risk indicators. Int Dent J 2010; 60: 293–299.
- Mamai-Homata E, Topitsoglou V, Oulis C, Margaritis V, Polychronopoulou A. Risk indicators of coronal and root caries in Greek middle aged adults and senior citizens. BMC Public Health 2012; 12: 484.
- Mantonanaki M, Koletsi-Kounari H, Mamai-Homata E, Papaioannou W. Prevalence of dental caries in 5-year-old Greek children and the use of dental services: Evaluation of socioeconomic, behavioural factors and living conditions. Int Dent J 2013; 63: 72–79.
- Marmot M, Bell R. How the financial crisis affects health? *Br Med J*. 2009;338(apr01 3):858-860. https://doi.org/ 10.1136/bmj.b1314
- Marquis MS., Davies AR., Ware JE Jr. Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study. Med Care. 1983;21(8):821-9.
- Matsui, D., Cho, M. & Reider, M.J. (1998). Physicians’ attire as perceived by young children and their parents: The myth of the white coat syndrome. Pediatr Emerg Care, 14:198–201
- McGrath C. and Bedi R.The importance of oral health to older people’s quality of life. Gerodontology, 1999; 16(1): 59–63,
- McGrath C., Bedi R. The importance of oral health to older people’s quality of life, Gerodontology, 1999;16(1), 59–63
- McGrath C., Bedi, R. Measuring the impact of oral health on life quality in two national surveys-functionalist versus hermeneutic approaches. Community Dentistry and Oral Epidemiology.2002; 30(4):254–259,
- Meredith J., Wood N., The development of the Royal College of Surgeons of England’s patient satisfaction audit service. Journal Quality in Clinical Practice, 1995, 15:67-74.
- Ministry of Health (Health Regions). Amount of Dentists and Dental visits in the Health Centres of National Health System in Greece; 2012-2013.
- Mitra A., Fundamentals of Quality Control and Improvement, Wiley & Sons, New Jersey, 2008.

- Moller I J, Marthaler T M. National oral health path- finder survey: report on a visit to Greece. Copenha- gen: WHO Regional Office for Europe, 1988.
- Montero J, Albaladejo A, Zalba JI. Influence of the usual motivation for dental attendance on dental status and oral health-related quality of life. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014;19(3):e225-e231.
- Natarajan, N. Cariogenicity: Macrosocioeconomics Vs Saccharophagy. Role of socio-politicoeconomics and sugar consumption in tooth decay among 12 year olds. A global ecological crossectional study. Master Thesis, Lund University, Sweden. 2011 (pages 40-41)
- National Bank of Greece. 2015. Available online at http://www.typet.gr/index.php/el/egkatastaseis/odontiatriko-kentro and http://www.typet.gr/index. php/el/egkatastaseis/odontiatriko-kentro/odonti-atrikes-eidikotites (accessed February 2016).
- Nelson A.R., Measuring Performance and improving Quality, Hospital Management International, International Hospital Federation, Sterling Publications Ltd, London, 1996.
- O'Mullane DM, Baez RJ, Jones S, et al. Fluoride and Oral Health. *Community Dent Health.*2016;33(2):69-99.
- Oldridge N., Gottlieb M., Guyatt G., Jones N., Streiner D., Feeny D.: Predictors of healthrelated quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. J Cardiopulmonary Rehabil 1998;18(2):95-103.
- Oral Health in America. A report of Surgeon General. Rock- ville, MD, uS. Department of Health and Human Services, Na- tional Institute of Health, 2000:20–23
- Oral Health in America. CA. A report of Surgeon General. Rock- ville, MD, uS. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, 2000:20–23
- Organisation for Economic Co-operation and Development, Statistics Health Status. Available at: https://stats.oecd.org/; 2018. (accessed 25 October 2018).
- ORSON M, BOYD T, KIND P, ALLEN P, STEELE G. Measuring oral health: Does your treatment really make a difference? Br Dent J 1999, 187:481–484
- Oulis C J, Tsinidou K, Vadiakas G, Mamai-HomataE, Polychronopoulou A, Athanasouli T. Caries prev-alence of 5: 12 and 15-year-old Greek children: A national pathfinder survey. Community Dent Health 2012; 29: 29–32.
- Ovretveit J., Evaluating health interventions: an introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organisational interventions. Buckingham, Open University Press, 1998
- Packham C., Asadi-Lari M. Gray D. Patients' needs and Quality of Life. Outcomes 2004;1:40-42. .
- Papagianni CE, van der Meulen MJ, Naeije M, Lobbezoo F. Oral health-related quality of life in patients with tooth wear. J Oral Rehabil 2013 Mar;40(3):185-190.

- Papagiannopoulou V., Oulis C., Papaioannou W., Antonogeorgos G., Yfantopoulos J.Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults. Health Qual Life Outcomes. 2012 Jan 14;10:7.
- Papaioannou W, Oulis CJ, Latsou D, Yfantopoulos J. Oral health-related quality of life of greek adults: a cross-sectional study. Int J Dent. 2011;2011:360292.
- Papaioannou W., Oulis C., Latsou D., Yfantopoulos J. Oral Health-Related Quality of Life of Greek Adults: A Cross-Sectional Study. International Journal of Dentistry, 2011;6: 1-7.
- Petersen P.E, Lennon M.A. Effective Use of Fluorides for the Prevention of Dental Caries in the 21st Century: the WHO Approach. 2000
- Petersen P.E, Ogawa H. Strengthening the Prevention of Periodontal Desease: the WHO Approach, Journal Periodontol, 2005:76(1)93-287.
- Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005;83(9):661-669.
- Petersen PE, Ogawa H. Prevention of dental caries through the use of fluoride--the WHO approach. Community Dent Health. 2016;33(2):66-68.
- Petersen, M. B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. Journal of Nursing Quality Assurance, 2(3), 25-35.
- Petersen, M. B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. Journal of Nursing Quality Assurance, 2(3), 25-35.
- Phillips-Donaldson D., 100Years of Juran, Quality Progress, Milwaukee 2004, 37(5):25-39.
- Ramseier CA, Anerud A, Dulac M, Lulic M, Cullinan MP, Seymour GJ, Faddy MJ, Bürgin W, Schätzle M, Lang NP. Natural history of periodontitis: Disease progression and tooth loss over 40 years. J Clin Periodontol. 2017 Dec;44(12):1182-1191.
- Reid D., Sanders N., Operations management: An Integrated Approach, Wiley & Sons, New Jersey, 2009.
- REISINE S, MILLER J. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. Soc Sci Med 1985, 21:1309−1314
- Reisine S. Dental health and public policy: The social impact of dental disease. Am J Public Health 1985, 75:27−30
- Reisine S. Theoretical considerations in formulating sociodental indicators. Soc Sci Med 1981, 14:745−750
- Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, Listl S. Global, regional, and country-level economic impacts of dental diseases in 2015. J Dent Res. 2018;97(5):501-507.

- Robinson JH., Callister LC., Berry JA., Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. J Am Acad Nurse Pract. 2008;20(12):600-7.
- Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unem- ployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med*. 2011;72(6):840-854. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.005.
- Rokeach J. (1973). The Nature of Human Values. New York: Free Press/Macmillan.
- Roumani T., Oulis C., Papagiannopoulou V., Papaioannou W., Yfantopoulos J.Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) in adolescents. Eur Arch Paediatr Dent. 2010 Oct;11(5):247-52.
- Roumani T., Oulis C., Papagiannopoulou V., Yfantopoulos J., Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) in adolescents, Eur Arch Paediatr Dent, 2010, 11(5): 247-52
- Saad Mahrous M., Hifnawy T. Patient satisfaction from dental services provided by the College of Dentistry, Taibah University, Saudi Arabia. Journal of Taibah University Medical Sciences, 2012, 7(2), 104–109
- Sanders, A.E. A Latino advantage in oral health-related quality of life is modified by nativity status. *Soc. Sci. Med.* 2010, *71*, 205–211
- Saracci R. The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. BMJ. 1997 May 10;314(7091):1409-10.
- Schiotz M., Merkur S., Health Quality Information in Denmark, Euro Observer 2007, 9(3): 7-8
- SHEIHAM A, CROOG H. The psychosocial impact of dental diseases on individuals and communities. J Behav Med 1981,:257−272
- Sheiham M A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ 2005, 83:644.
- Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Liaropoulos L. Healthcare expenditure in Greece. The Greek paradox. Archives of Hellenic. Medicine. 2008;25(5):663-672. https://www.researchgate.net/publication/288426400
- Skaret E, Berg E, Raadal M, Kvale G. Reliability and validity of the Dental Satisfaction Questionnaire in a population of 23-year-olds in Norway. Community Dent Oral Epidemiol. 2004 Feb;32(1):25-30.
- Smith, C. (1992). Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. Quality Assurance in Health Care, 4(3), 171-177.
- Souliotis K, Agapidaki E, Papageorgiou M. Healthcare access for cancer patients in the era of economic crisis. Results from the HOPE III study. *Forum Clin Oncol*. 2015;6(4):7-11. https://doi.org/10.1515/fco-2015-0020.

- Souliotis K, Papadonikolaki G, Papageorgiou M, Oikonomou M. The effects of the crisis on health and the healthcare sys- tem: thoughts and facts about the case of Greece. Archives of Hellenic Medicine 2018; 9-16.
- Sulaiman L, Saub R, Baharuddin NA, Safii SH, Gopal Krishna V, Bartold PM, Vaithilingam RD. Impact of Severe Chronic Periodontitis on Oral Health-related Quality of Life. Oral Health Prev Dent. 2019 May 9:1-9.
- Syggelakis A, Koletsi-Kounari C, Polichronopoulou A, Panagiotakos D, Lionis C. Dentistry in health centers: attendance and access by users, satisfaction and security of dentists. *Stomatologia*. 2013;70(3):113-123.
- Syngelakis A, Koletsi-Kounari H. Dental care in Greece in the era of economic crisis. Stomatologia 2014; 71: 9–19.
- The Hellenic Statistical Authority (ELSTAT). Bulletin. Monitoring the number of doctors and dentists: Year 2017;2018.
- Thompson DR., Meadows KA., Lewin RJ. Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. Eur Heart J 1998;19(5):693-5.
- Thompson DR., Meadows KA., Lewin RJ. Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. Eur Heart J 1998;19(5):693-5.
- Tountas G, Vardavas K, Giannopoulou K, et al. *The health of the Greeks during the Crisis—a mapping of the health status of the Greeks and the health structures of the country*. Institute of Social and Preventive Medicine-dia NEOSis/Research and Policy Institute: Athens; 2016.
- Tountas G. *Society and health*. Athens: Odisseas; 2000.
- Tsakos G, Sheiham A, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift CG, Gillman G, Stuck AE. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. Eur J Oral Sci 2009 Jun;117(3):286-292.
- Tuominen R, Tuominen M. Satisfaction with dental care among elderly Finnish men. Community dentistry and oral epidemiology, 1998, 26(2):95–100.
- Urden K., “Patient satisfaction measurement: current issues and implications”, Outcomes Management, 2002, 52(1):109-33.
- Vassilopoulos S., Panis V. Clinical endpoints of successful completion and evaluation of the quality of periodontal therapy. Odontostomatological Progress 2003, 52(2):160-178.
- Vlasiadis K, Samaritaki E, Koutsamani M, Konstantinidis T, Tzoutzas IG. The effects of the financial crisis on the general and dental health status of Greek citizens. Int J Health Plann Manage. 2019 May 9

- Vogler S, Zimmermann N, Mazag J. Availability and procurement conditions of originator and generic medicines in hospitals-an exploratory study in five medium-sized European countries. *Generics Biosimilars Initiative J*. 2014;3(4):168-179. https://doi.org/10.5639/gabij.2014.0304.040.
- Ware J., Snyder M., Wright W., Davies A., Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning, 1983, Vol.6, pp.247-263
- Watt RG, Heilmann A, Listl S, Peres MA. London Charter on Oral Health Inequalities. *J Dent Res.* 2016;95(3):245-247.
- WHO, 2016 http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/data-and-statistics
- WHO: World Health Organ 2005, 83:644
- WHO: World Health Organization 1993, https://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf
- WHO: World Health Organization-European Health Information Gateway Available at: https://gateway.euro.who.int/en/hfa- explorer/; 2018. (accessed 30 October 2018).
- WHO: World Health Organization, World health report 2000 Health Systems: Improving Performance.
- WHO: World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. Published 2010. Accessed 15 February, 2018.
- WHO: World Health Organization. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Published 2016. Accessed 20 September, 2018.
- WHO:World Health Organization, Quality of Care: a Process for making Strategic Choices in Health Systems, France, 2006.
- Widström E, Eaton K A. Oral healthcare systems in the extended European Union. Oral Health Prev Dent 2004; 2: 155–194.
- Widstrom E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European union. Oral Health Care Prev Dent. 2004;2(3):155-194.
- World Health Organization The world Oral Health Report 2003. wHO Global Oral Health Programme, Geneva, 2003
- World Health Organization. The constitution of the world Health Organization. WHO Chronicles 1948, 1:29
- World Health Organization. The world Oral Health Report 1993. WHO Global Oral Health Programme, Geneva, 1993.
- World Health Organization. The world Oral Health Report 1995. WHO Global Oral Health Programme, Geneva, 1995.

- World Health Organization. The world Oral Health Report 2003. WHO Global Oral Health Programme, Geneva, 2003.
- World Health Organization. Universal Health Coverage, Fact sheet. Published 2018. Accessed 7 May, 2018.
- Wriglesworth, J. M., & Williams, J. T. (1975). The construction of an objective test to measure patient satisfaction. International Journal of Nursing Studies, 12, 123-132.
- Xanthopoulou S, Katsaliaki K. Evaluation of the use of generic medicines in the Greek market during the financial crisis. *Archives Hellenic Med*. 2016;33(5):583-595. http://www.mednet.gr/archives/2016-5/pdf/583.pdf
- Yfantopoulos J, Oulis CJ, Yfantopoulos P, Papaioannou W. Socio-economic inequalities in oral health: the case of Greece. Health. 2014;06(16):2227-2235.
- Karaaslan F, Dikilitaş A. The association between stage-grade of periodontitis and sleep quality and oral health-related quality of life. J Periodontol. 2019 Mar 29.

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΔΕΗ: Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού

ΔΕΠ.: Διδακτικό-Ερευνητικό Προσωπικό

ΔΦΥ: Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΟΟ: Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΟΦ: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγειάς

ΕΤΕ: Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος

ΙΚΚ: Οργανισμός Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης

ΚΣΑΑ: Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης Ασθενών

ΚΥ: Κέντρα Υγείας

ΟΟΣΑ: Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΟΣΑ: Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής

ΠΕΔΥ: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

ΠΟΟ: Παγκόσμιος Οργανισμός Οδοντιάτρων

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΤΕΙ: Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα

DMFT: Decayed Missing Filled Teeth

DSQ-19: Dental Satisfaction Questionnaire-19

OHIP-14:Oral Health Impact Profile-14

GBD: Global Burden of Disease Study

HRQoL: Health-Related Quality of Life

NIP: National Indicator Project

UHC: Universal Health Coverage

WHO: World Health Organization

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Αύξων αριθμός ασθενούς:_____

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Φύλο: ☐ Άντρας ☐ Γυναίκα

Ηλικία:

☐ 18 – 24 ετών
☐ 25 – 44 ετών
☐ 45 – 64 ετών
☐ 65 και άνω

Εθνικότητα:

☐ Ελληνική
☐ Άλλη (Σημειώστε) _____

Μορφωτικό επίπεδο:

☐ Δημοτικό Σχολείο
☐ Γυμνάσιο
☐ Λύκειο
☐ Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ
☐ Διδακτορικό
☐ Άλλο (Σημειώστε) _____

Είδος απασχόλησης:

- ☐ Δημόσιος Υπάλληλος
- ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος
- ☐ Ελεύθερος Επαγγελματίας
- ☐ Φοιτητής
- ☐ Άνεργος
- ☐ Συνταξιούχος
- ☐ Άλλο (Σημειώστε) _____

Συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο:

- ☐ Κάθε μήνα
- ☐ Κάθε 3 μήνες
- ☐ Κάθε 6 μήνες
- ☐ Κάθε χρόνο
- ☐ Όταν έχω πρόβλημα
- ☐ Ποτέ
- ☐ Άλλο (Σημειώστε) _____

Τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο για οποιοδήποτε λόγο, πριν από:

- ☐ Λιγότερο από 12 μήνες
- ☐ 1 – 2 χρόνια
- ☐ 2 – 5 χρόνια
- ☐ 5+ χρόνια
- ☐ Πότε

Συχνότητα βουρτσίσματος δοντιών:

- ☐ 1 φορά την μέρα
- ☐ 2φορές την μέρα
- ☐ Περισσότερες από 2 φορές την μέρα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ 2 – 3 φορές την εβδομάδα
- ☐ Άλλο (Σημειώστε) _____

Χρήση στοματικού διαλύματος: ☐ Ναι ☐ Όχι

Μεσοδόντιος καθαρισμός: ☐ Ναι ☐ Όχι

<u>Αν ναι:</u>

Είδος:

- ☐ Μεσοδόντια βουρτσάκια
- ☐ Νήμα

Συχνότητα χρήσης:

- ☐ Περιστασιακά
- ☐ 1 φορά την μέρα
- ☐ 2 φορές την μέρα
- ☐ Άλλο

Καπνίζετε; ☐ Ναι ☐ Όχι

<u>Αν ναι</u>

Πόσα τσιγάρα την ημέρα; _____

Πόσο καιρό καπνίζετε;

- ☐ Λιγότερα από 1 μήνα
- ☐ Λιγότερα από 6 μήνες
- ☐ Λιγότερο από 1 χρόνο
- ☐ 1 – 5 χρόνια
- ☐ Περισσότερα από 5 χρόνια

ΥΠΟΜΝΥΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Α. Ποιότητα ζωής όπως αυτή αποτυπώνεται σε σχέση με την Στοματική Υγεία

<u>Κυκλώστε έναν αριθμό από το 1 – 5.</u>

1: ποτέ

2: σπάνια

3: συχνά

4: αρκετά συχνά

5: πάντα

1. Έχετε προβλήματα στην ομιλία εξαιτίας των δοντιών σας;

1 2 3 4 5

2. Έχετε αλλαγή στην γεύση εξαιτίας των δοντιών σας;

1 2 3 4 5

3. Έχετε πόνο στο στόμα;

1 2 3 4 5

4. *Δυσκολεύεστε στο μάσημα της τροφής;*

1 2 3 4 5

5. *Στεναχωριέστε εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;*

1 2 3 4 5

6. *Εκνευρίζεστε εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;*

1 2 3 4 5

7. *Έχει αλλάξει η διατροφή σας εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;*

1 2 3 4 5

8. *Διακόψατε κάποιο γεύμα σας εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;*

1 2 3 4 5

9. *Δυσκολεύεστε να ξεκουραστείτε λόγω προβλημάτων στα δόντια σας;*

1 2 3 4 5

10. *Έχετε νιώσει ντροπή εξαιτίας των δοντιών σας;*

1 2 3 4 5

11. *Έχετε γίνει οξύθυμος εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;*

1 2 3 4 5

12. *Έχετε αλλάξει τις καθημερινές σας συνήθειες (π.χ. δουλειές στο σπίτι) εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;*

1 2 3 4 5

13. *Έχει υποβαθμιστεί η ποιότητα ζωής σας εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια σας;*

1 2 3 4 5

14. *Αδυνατείτε να εργαστείτε εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια σας;*

1 2 3 4 5

ΥΠΟΜΝΥΜΑ ΙΙ

Β. Βαθμός Ικανοποίησης της παροχής Οδοντιατρικής Περίθαλψης στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών

<u>Κυκλώστε έναν αριθμό από το 1 – 5.</u>

1: συμφωνώ απόλυτα

2: συμφωνώ

3: ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4: διαφωνώ

5: διαφωνώ πλήρως

1. *Οι **οδοντιατρικές υπηρεσίες** που δέχτηκα στην Οδοντιατρική Σχολή θα **μπορούσε να ήταν καλύτερες.***

   1 2 3 4 5

2. *Ο φοιτητής της Οδοντιατρικής Σχολής ήταν ιδιαίτερα **προσεκτικός** όταν με εξέτασε.*

   1 2 3 4 5

3. *Το **κόστος** των θεραπειών που πραγματοποίησα στην Οδοντιατρική Σχολή ήταν υψηλό.*

1 2 3 4 5

4. *Αποφεύγω να συνεχίσω τις οδοντιατρικές μου εργασίες στην Οδοντιατρική Σχολή, γιατί ο φοιτητής **με πονάει**.*

1 2 3 4 5

5. *Υπάρχει μεγάλος **χρόνος αναμονής** όταν έχω ραντεβού με τον φοιτητή.*

1 2 3 4 5

6. *Ο φοιτητής μου φέρεται με **σεβασμό**.*

1 2 3 4 5

7. *Υπάρχουν πολλοί **οδοντίατροι** στην **περιοχή κατοικίας** μου.*

1 2 3 4 5

8. *Ο φοιτητής προσέχει πολύ ώστε **να μη με πονέσει**.*

1 2 3 4 5

9. *Υπάρχει εύκολη **πρόσβαση** στην Οδοντιατρική Σχολή.*

1 2 3 4 5

10. *Ο φοιτητής φροντίζει ώστε να μην με επιβαρύνει με* ***περιττά κόστη.***

1 2 3 4 5

11. *Ο φοιτητής* ***δεν*** *είναι τόσο* ***σχολαστικός*** *όσο θα έπρεπε.*

1 2 3 4 5

12. *Επισκέπτομαι την Οδοντιατρική Σχολή για* ***κάθε οδοντιατρική μου ανάγκη****.*

1 2 3 4 5

13. *Υπήρχε* ***μεγάλη καθυστέρηση*** *μέχρι να* ***αναλάβει*** *το σχέδιο θεραπείας μου κάποιος φοιτητής.*

1 2 3 4 5

14. *Ο φοιτητής είναι ικανός να με* ***ανακουφίσει*** *ή να* ***θεραπεύσει*** *τα περισσότερα οδοντιατρικά προβλήματα που μου παρουσιάστηκαν.*

1 2 3 4 5

15. *Το* ***ωράριο λειτουργίας*** *των Κλινικών της Οδοντιατρικής Σχολής με εξυπηρετεί.*

1 2 3 4 5

16. *Ο φοιτητής μου **εξήγησε** αναλυτικά το **σχέδιο θεραπείας** και πόσο θα **κοστίσει** πριν ξεκινήσει.*

1 2 3 4 5

17. *Η **ενημέρωση** από τον φοιτητή για την **πρόληψη** των νόσων του στόματος πρέπει να είναι εκτενέστερη.*

1 2 3 4 5

18. *Οι Κλινικές της Οδοντιατρικής Σχολής είναι **εκσυγχρονισμένες** και **μοντέρνες**.*

1 2 3 4 5

19. ***Δεν** σκέφτομαι ότι **θα πονέσω** όταν έχω ραντεβού με τον φοιτητή.*

1 2 3 4 5

ΥΠΟΜΝΥΜΑ ΙΙΙ

Γ. Αξιολόγηση των υποδομών και του προσωπικού της Πανεπιστημιακής Κλινικής της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών

Κυκλώστε έναν αριθμό από το 1 – 5.

1: συμφωνώ απόλυτα,

2: συμφωνώ

3: ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4: διαφωνώ

5: διαφωνώ πλήρως

1. ***Ελλιπής*** *σηματοδότηση χώρων.*

1 2 3 4 5

2. ***Ευγενικό*** *γραφείο πληροφοριών.*

1 2 3 4 5

3. *Η επικοινωνία με τους* ***καθηγητές – διδάσκοντες*** *ήταν ικανοποιητική;*

1 2 3 4 5

4. Καθαρή και ευχάριστη **αίθουσα αναμονής**.

1 2 3 4 5

5. *Δυσάρεστη **θερμοκρασία** στην αίθουσα αναμονής.*

1 2 3 4 5

6. *Οι συνθήκες τις **τουαλέτες** είναι ικανοποιητικές.*

1 2 3 4 5

7. *Όλοι όσοι με εξέτασαν φορούσαν **γάντια**.*

1 2 3 4 5

8. *Όλοι όσοι με εξέτασαν φορούσαν **μάσκα**.*

1 2 3 4 5

9. *Ο φοιτητής κατά την διάρκεια του ραντεβού φορά ειδικά **προστατευτικά γυαλιά.***

1 2 3 4 5

10. *Ο φοιτητής όταν έχουμε ραντεβού φορά **καθαρά ιατρικά ρούχα**.*

1 2 3 4 5

11. *Ο φοιτητής όταν έχουμε ραντεβού φροντίζει ο χώρος εργασία του να είναι* ***καθαρός*** *και να έχει* ***απολυμανθεί.***

1 2 3 4 5