



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Τμήμα Ψυχολογίας ΕΚΠΑ

Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

**Σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση ενός εκπαιδευτικού
προγράμματος για τη στοματική υγεία σε τυπικούς φροντιστές
ηλικιωμένων που διαμένουν σε μονάδα φροντίδας:
ημι-πειραματική μελέτη**

Καλλιόπη Κωνσταντοπούλου

Οδοντίατρος

ΑΘΗΝΑ

ΜΑΪΟΣ 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Άπειρες ευχαριστίες ανήκουν στην επιβλέπουσα της παρούσας διπλωματικής, αναπληρώτρια καθηγήτρια κ. Αναστασία Κοσιώνη για την εμπιστοσύνη, τη δοτικότητα και την απεριόριστη βοήθειά της. Η εργατικότητα και η αγάπη της για το αντικείμενο της Γηροδοντιατρικής αποτελούν έμπνευση.

Ευχαριστώ από καρδιάς τον καθηγητή κ. Ηρακλή Καρκαζή, τον οποίο θεωρώ μέντορά μου στην Οδοντιατρική και ο οποίος μου δίδαξε τη σημασία της ολιστικής προσέγγισης των ασθενών.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες ανήκουν στον καθηγητή κ. Γρηγόριο Πολυζώη και την επίκουρη καθηγήτρια κ. Ιόλη Αρτοπούλου για την υποστήριξη και την πολύτιμη βοήθειά τους.

Ακόμα, θέλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον καθηγητή κ. Ιωάννη Τούντα, στην κ. Χριστίνα Δημητρακάκη και σε όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών που με εισήγαγαν στα πολύ ενδιαφέροντα μονοπάτια της Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Χαρά Τζαβάρα και την κ. Νίκη Σκοπελίτη για τις συμβουλές τους στη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω, επίσης, το Διευθυντή της μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων, καθώς και όλους τους φροντιστές οι οποίοι δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη.

Θερμές ευχαριστίες ανήκουν στον κ. Άγγελο Μπάκα, τεχνικό Η/Υ της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ για τη σημαντική βοήθειά του στη διαμόρφωση του υλικού της παρέμβασης.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω ένα τεράστιο ευχαριστώ στη μητέρα μου και στη γιαγιά μου για την απέραντη αγάπη τους.

Αφιερώνεται στη μνήμη του αγαπημένου μου παππού Δημήτρη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Οι ηλικιωμένοι οι οποίοι διαμένουν σε μονάδες φροντίδας εμφανίζουν συχνά πολυπαθολογία και λειτουργική εξάρτηση και βρίσκονται σε πολύ αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση προβλημάτων της στοματικής υγείας, κυρίως λόγω αδυναμίας αυτοφροντίδας και πρόσβασης στον οδοντίατρο. Η στοματική υγεία σχετίζεται με τη γενική υγεία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Ο ρόλος των τυπικών φροντιστών στην καθημερινή φροντίδα του στόματος των ευπαθών και λειτουργικά εξαρτημένων ηλικιωμένων είναι κρίσιμος.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για τη στοματική υγεία και φροντίδα των ηλικιωμένων στις μονάδες φροντίδας το οποίο απευθυνόταν στους τυπικούς φροντιστές τους.

Υλικό και μέθοδος

Πρόκειται για μη τυχαιοποιημένη μελέτη παρέμβασης σε φροντιστές ηλικιωμένων οι οποίοι εργάζονταν στα 3 τμήματα μίας μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων στην περιοχή της Αττικής. Το αρχικό δείγμα ήταν 74 τυπικοί φροντιστές (ομάδα παρέμβασης $n=38$ και ομάδα ελέγχου $n=36$). Έγινε συμπλήρωση ερωτηματολογίου γνώσεων και στάσεων σχετικά τη στοματική υγεία και φροντίδα. Κατόπιν, στην ομάδα παρέμβασης εφαρμόστηκε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων διάρκειας 75 λεπτών. Αμέσως μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης επαναλήφθηκε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τόσο από την ομάδα παρέμβασης ($n=28$), όσο και από την ομάδα ελέγχου ($n=27$). Δύο μήνες μετά την παρέμβαση έγινε ξανά συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από 13 φροντιστές της ομάδας παρέμβασης, ενώ στην ομάδα ελέγχου εφαρμόστηκε η εκπαίδευση.

Αποτελέσματα

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της συνολικής βαθμολογίας των γνώσεων και των στάσεων στην ομάδα παρέμβασης μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος συγκριτικά με την προμέτρηση ($P<0,001$), σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου. Μεταξύ των δύο ομάδων στη μετμέτρηση, η συνολική βαθμολογία των γνώσεων και των στάσεων στην ομάδα παρέμβασης ήταν μεγαλύτερη σε σύγκριση με την αντίστοιχη στην ομάδα ελέγχου σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ($P<0,001$ και $P=0,017$ αντίστοιχα). Στην ομάδα παρέμβασης, οι γνώσεις και οι στάσεις διατηρήθηκαν στην μέτρηση δύο μήνες μετά και δεν υπήρχε

στατιστικά σημαντική διαφορά συγκριτικά με τη μεταμέτρηση ($P=0,11$ και $P=0,21$ αντίστοιχα).

Βρέθηκε ότι μόνο η ομάδα επηρεάζει τη διαφορά της βαθμολογίας των γνώσεων σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, με τους φροντιστές της ομάδας παρέμβασης να έχουν 91,8% μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν διαφορά στη συνολική βαθμολογία των γνώσεων μεταξύ μεταμέτρησης και προμέτρησης ίση ή μεγαλύτερη του 2 σε σύγκριση με τους φροντιστές της ομάδας ελέγχου. Τέλος, βρέθηκε ότι οι φροντιστές της ομάδας παρέμβασης είχαν 4,819 μονάδες περισσότερες στη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων μεταξύ μεταμέτρησης και προμέτρησης σε σύγκριση με τους φροντιστές της ομάδας ελέγχου, κατά μέσο όρο.

Συμπεράσματα

- Κατά την παρούσα μελέτη, έγινε πρώτη φορά στην Ελλάδα σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση εκπαιδευτικού προγράμματος για τη στοματική υγεία σε φροντιστές ηλικιωμένων σε μονάδες φροντίδας, το οποίο φάνηκε να είναι αποτελεσματικό στη βελτίωση, αλλά και στη διατήρηση των γνώσεων και των στάσεων.
- Χρειάζεται η πραγματοποίηση και άλλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε φροντιστές των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων με στόχο τη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεών τους για τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων.

Λέξεις-κλειδιά

Στοματική υγεία, εκπαιδευτικό πρόγραμμα, φροντιστές, νοσηλευτικό προσωπικό, μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων

ABSTRACT

Design, implementation and assessment of an oral health education programme for formal caregivers in a nursing home: a quasi-randomized intervention study

Introduction

The older people who reside in nursing homes often face comorbidities and are at a very high risk of developing oral health problems due to the lack of self-care and limited access to the dentist. Oral health is related to general health and quality of life in older adults. The role of formal caregivers in the daily oral care of frail and functionally dependent older people is crucial.

Purpose

The purpose of the present study was the design, implementation and evaluation of an oral health education programme for formal caregivers of older people who were living in a nursing home.

Materials and Methods

This is a quasi-experimental intervention study for formal caregivers who work in the three units of a nursing home in the region of Attica. The initial sample was 74 formal caregivers (intervention group n=38 and control group n=36). A knowledge and attitude questionnaire about oral health and care had been developed by the researchers and initially completed by the caregivers. Then, an education programme about oral health in older people with a duration of 75 minutes was applied to the intervention group. Immediately after the implementation of the intervention, the completion of the questionnaire was repeated by both the intervention and the control group. Two months after the intervention, the questionnaire was replenished by the intervention group, but only by 13 caregivers, while the education programme was applied to the control group.

Results

There was a statistically significant increase in the total score of knowledge and attitudes in the intervention group after the implementation of the education programme compared to the pre-test measurement ($P < 0,001$), as opposed to the control group. Between the two groups post-test, the total score of knowledge and attitudes in the intervention group was

higher than in the control group to a statistically significant degree ($P < 0,001$ and $P = 0,017$ respectively).

In the intervention group, knowledge and attitudes were maintained in the measurement recorded two months later and there was no statistically significant difference compared to the post-test measurement ($P = 0,11$ and $P = 0,21$ respectively).

It was found that caregivers in the intervention group had a 91,8% greater chance of having a difference between post-test and pretest in the total knowledge score of 2 or more points compared to the control group. Finally, it was found that caregivers in the intervention group had 4,819 more points on average in the improvement of the total score of attitudes compared to the control group.

Conclusions

- In the present study, the education programme for oral health in caregivers of the residents in the nursing home seemed to be effective in improving and maintaining knowledge and attitudes. No other relevant studies have been carried out in Greece.
- Further research and oral health education programmes for caregivers who work in nursing homes are needed in order to improve their knowledge and attitudes about the residents' oral health. Finally, oral examinations in older people should be concurrently performed in order to assess any oral health improvement after the programme's implementation.

Key-words

Oral health, educational program, caregivers, nursing staff, nursing homes, older adults

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
1.1 Η σημαντικότητα της στοματικής υγείας στους ηλικιωμένους	10
1.2 Εμπόδια στα οποία οφείλεται η πτωχή στοματική υγεία και υγιεινή των ατόμων που διαμένουν στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων	14
1.3 Αντιμετώπιση του θέματος έως σήμερα	22
2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ	31
2.1 Σκοπός του προγράμματος	31
2.2 Περιγραφή του πληθυσμού-στόχου	31
2.3 Ερευνητικό σχέδιο	31
2.4 Στόχοι του προγράμματος	32
2.5 Οι ερευνητικές υποθέσεις	32
2.6 Θέματα εγκυρότητας	33
2.7 Μέθοδος παρέμβασης	35
2.8 Δεοντολογικές παράμετροι	38
3. ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ, ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	39
3.1 Εργαλεία	39
3.2 Αξιολόγηση της παρέμβασης	40
3.3 Στατιστική ανάλυση	40
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	42
4.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος	42
4.2 Φροντίδα ηλικιωμένων και εφαρμογή στοματικής υγιεινής	43
4.3 Τρόποι ενημέρωσης σχετικά με τη στοματική υγεία και προσωπική στοματική φροντίδα	44
4.4 Γνώσεις των φροντιστών σχετικά με τη στοματική υγεία	46
4.5 Στάσεις των φροντιστών σχετικά με τη στοματική υγεία	52
4.6 Επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων	59
4.7 Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος από τους φροντιστές	62
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	67
5.1 Σύνοψη και ερμηνεία των αποτελεσμάτων	67
5.2 Σύγκριση με άλλες μελέτες	69
5.3 Δυνατά σημεία της μελέτης	76
5.4 Αδύνατα σημεία και εμπόδια κατά την εφαρμογή του προγράμματος	77
5.5 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και πρακτική	78
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	83
7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	96
8.1 Δελτίο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στη μελέτη	96
8.2 Ερωτηματολόγιο γνώσεων και στάσεων	98
8.3 Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του σεμιναρίου	104
8.4 Υλικό της παρέμβασης	106

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με βάση τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), τα 600 εκατομμύρια των ατόμων άνω των 60 ετών το 2000 θα αυξηθούν στα 2 δισεκατομμύρια το 2050. Στις ανεπτυγμένες χώρες, την ταχύτερα αναπτυσσόμενη ομάδα πληθυσμού αποτελούν τα άτομα άνω των 80 χρονών. Δυστυχώς, ενώ επιτεύχθηκε η «ποσότητα της ζωής», δεν έχουμε καταφέρει ακόμα να δώσουμε και ποιότητα στη ζωή, με αποτέλεσμα η γενική και η στοματική υγεία των ηλικιωμένων να είναι πολύ συχνά βεβαρημένη. Στους ηλικιωμένους οι οποίοι διαμένουν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, και ιδιαίτερα στους ευπαθείς και λειτουργικά εξαρτημένους, η στοματική τους υγεία και υγιεινή είναι πολλές φορές παραμελημένη.

Ένας από τους σημαντικότερους στόχους των πολιτικών στοματικής υγείας τα τελευταία χρόνια είναι η πρόληψη της στοματικής υγείας των παιδιών. Αντιθέτως, σχετικά με τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων σημειώνονται ελλείψεις και αδυναμίες στην ανάπτυξη αντίστοιχων πολιτικών υγείας και κατευθυντήριων οδηγιών, στην εφαρμογή καλών κλινικών πρακτικών αλλά και στην ανάπτυξη σχετικών ερευνών. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια ένα συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό του πληθυσμού των ηλικιωμένων να εμφανίζει νόσους του στόματος με άμεσο αντίκτυπο στη γενική υγεία και στην ποιότητα ζωής.

Επομένως, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη ανάπτυξης κεντρικών στρατηγικών πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας στους ηλικιωμένους, η εφαρμογή εκστρατειών ενημέρωσης των πολιτών και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και των φροντιστών των ηλικιωμένων σε θέματα στοματικής υγείας. Τέλος, απαιτείται η αύξηση της κεντρικής χρηματοδότησης και η έρευνα σχετικά με τις αποτελεσματικότερες κλινικές πρακτικές.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία αξιολογήθηκε η βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων των φροντιστών ηλικιωμένων σε μονάδα φροντίδας μετά την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος. Στην εισαγωγή περιγράφονται η κατάσταση της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων οι οποίοι διαβιούν σε μονάδες φροντίδας, οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται η πτωχή στοματική τους υγεία, τα εμπόδια στην παροχή στοματικής φροντίδας, καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισης του θέματος αυτού μέχρι σήμερα.

Ακολουθεί το κεφάλαιο σχετικά με τη μεθοδολογία, το οποίο περιλαμβάνει το σκοπό του προγράμματος, την περιγραφή του πληθυσμού-στόχου, το ερευνητικό σχέδιο, τους στόχους του προγράμματος, τις ερευνητικές υποθέσεις, τα θέματα εγκυρότητας, τη μέθοδο της παρέμβασης και τις δεοντολογικές παραμέτρους. Στη συνέχεια, περιγράφονται τα εργαλεία

τα οποία χρησιμοποιήθηκαν, η στατιστική ανάλυση των μετρήσεων και τα αποτελέσματα σχετικά με τις γνώσεις και τις στάσεις των συμμετεχόντων για τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων. Στη συζήτηση γίνεται σύνοψη και ερμηνεία των αποτελεσμάτων, σύγκριση της παρούσας μελέτης με άλλες μελέτες, περιγραφή των δυνατών και των αδύνατων σημείων της παρέμβασης και παρατίθενται προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και πρακτική.

Τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα, το παράρτημα με το δελτίο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στη μελέτη, τα ερωτηματολόγια και το υλικό της παρέμβασης, η βιβλιογραφία, η ελληνική και η αγγλική περίληψη.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Η σημαντικότητα της στοματικής υγείας στους ηλικιωμένους

Με την πάροδο της ηλικίας, πολύ συχνές είναι οι κινητικές, αισθητηριακές, γνωστικές, νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές, οι οποίες έχουν πολλές επιπτώσεις, μεταξύ των οποίων είναι και η μειωμένη δυνατότητα εφαρμογής στοματικής υγιεινής και η πτωχή στοματική υγεία (Brady, Furlanetto, Hunter, Lewis, & Milne, 2006· Chalmers & Pearson, 2005· Raja, Radha, Rekha, & Pallavi, 2015).

Όσον αφορά στα νοσήματα των οδοντικών ιστών και του στόματος, η τερηδόνα και η περιοδοντίτιδα συναντώνται ιδιαίτερα συχνά στους ηλικιωμένους σε παγκόσμιο επίπεδο (Petersen, Kandelman, Arpin, & Ogawa, 2010· Saunders & Meyerowitz, 2005). Επίσης, πολύ συχνά εμφανίζεται η ξηροστομία, ιδιαίτερα λόγω της πολυφαρμακίας (Singh & Paras, 2014). Συνήθη στοματολογικά ευρήματα αποτελούν και η καντιντίαση, οι βλάβες σχετιζόμενες με τις κινητές οδοντοστοιχίες, οι προκαρκινικές βλάβες και ο καρκίνος του στόματος (Petersen & Yamamoto 2005).

Στον πίνακα 1 συνοψίζονται τα συνήθη οδοντοστοματολογικά νοσήματα των ηλικιωμένων. Το επίπεδο στοματικής υγείας είναι ακόμα πτωχότερο σε όσους διαβιούν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, μεγάλο ποσοστό των οποίων έχουν παραμελημένη στοματική υγεία, γεγονός το οποίο αποτελεί σταθερό εύρημα στις μελέτες από τη δεκαετία του 1970 μέχρι σήμερα (Dey, 1997· Fitzpatrick, 2000· Janssens και συν., 2017· Kiyak, Grayston, & Crinean, 1993· Manderson & Ettinger, 1975· Weening-Verbree, Huisman-deWaal, vanDusseldorp, vanAchterberg, & Schoonhoven, 2013).

Πίνακας 1: Συνήθη οδοντοστοματολογικά νοσήματα στους ηλικιωμένους

Νοσήματα των οδοντικών ιστών

- Τερηδονικής αιτιολογίας απώλεια οδοντικών ιστών
- Μη τερηδονικής αιτιολογίας απώλεια οδοντικών ιστών (αποτριβή, διάβρωση, απόσπαση)

Νοσήματα του περιοδοντίου

- Ουλίτιδα
- Περιοδοντίτιδα

Νοσήματα του στόματος

- Καρκίνος του στόματος
- Προκαρκινικές βλάβες (λευκοπλακία, ομαλός λειχήνας, σύνδρομο Plummer-Vinson)
- Ξηροστομία και σύνδρομο Sjögren
- Καντιντίαση
- Συγγειλίτιδα
- Ατροφική γλωσσίτιδα
- Καυσαλγία στόματος
- Κακοσμία στόματος (χαλίτωση)
- Βλάβες του βλεννογόνου σχετιζόμενες με οδοντοστοιχίες (στοματίτιδα από οδοντοστοιχία, πτυχωτή ινώδης υπερπλασία από οδοντοστοιχία, τραυματικά έλκη)

Οι ευπαθείς ηλικιωμένοι οι οποίοι διαμένουν στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων είναι συχνά επιβαρυνμένοι με πολλά προβλήματα υγείας και βρίσκονται σε πολύ αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση προβλημάτων της στοματικής υγείας λόγω αδυναμίας στοματικής φροντίδας και πρόσβασης στον οδοντίατρο. Αντίστροφα, πολλές μελέτες καταδεικνύουν στενή συσχέτιση μεταξύ της πτωχής στοματικής υγείας και γενικών νοσημάτων όπως είναι οι καρδιαγγειακές νόσοι, ο σακχαρώδης διαβήτης, λοιμώξεις του αναπνευστικού, καθώς και υποθρεψία (Albrecht, Kupfer, Reissmann, Mühlhauser, & Körke, 2013· Coleman, 2000· Desvarieux και συν., 2003· Desvarieux και συν., 2005· Lewis & Manuel, 2014· Promsudthi, Pimparansri, Deerochanawong, & Kanchanavasita, 2005· Quagliariello και συν., 2004).

Αναλυτικότερα, η χρόνια περιοδοντική νόσος σχετίζεται με πολλαπλά δυνητικά επεισόδια βακτηριαμίας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μετανάστευση των περιοδοντοπαθογόνων βακτηρίων σε άλλους ιστούς, όπως οι αθηρωματικές πλάκες (Fentoglu & Bozkurt, 2008). Επίσης, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η απώλεια των δοντιών σχετίζεται με αυξημένο

επιπολασμό των αθηρωματικών πλακών των καρωτίδων (Desvarieux και συν., 2003). Επιπροσθέτως, είναι καλά τεκμηριωμένη η αμφίδρομη σχέση μεταξύ περιοδοντίτιδας και σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Η περιοδοντίτιδα σχετίζεται με φτωχότερη ρύθμιση του σακχάρου και οι ασθενείς με σοβαρότερη περιοδοντική νόσο αντιμετωπίζουν περισσότερο σοβαρές επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη (Sanz και συν., 2018), ενώ έχει παρατηρηθεί κλινικά σημαντική μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 μετά την πραγματοποίηση περιοδοντικής θεραπείας (Madianos & Koromantzios, 2018).

Έχει βρεθεί ακόμη συσχέτιση μεταξύ των περιοδοντικών θυλάκων, της κακής στοματικής υγιεινής και της χρήσης των κινητών οδοντοστοιχιών κατά τη διάρκεια του ύπνου με την πνευμονία από εισρόφηση. Η πνευμονία από εισρόφηση αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας στους ευπαθείς ηλικιωμένους, ειδικά όταν υπάρχουν και προβλήματα κατάποσης (Müller, 2015· Scannapieco & Cantos, 2000· Terpenning και συν., 2001).

Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί της πνευμονίας βρίσκονται συχνότερα στη στοματική κοιλότητα των ηλικιωμένων σε μονάδες φροντίδας σε σύγκριση με περιπατητικούς ασθενείς (Sjögren, Nilsson, Forsell, Johansson, & Hoogstraate, 2008). Ευρήματα από τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες έδειξαν ότι περίπου ένας στους δέκα θανάτους εξαιτίας της πνευμονίας σε ηλικιωμένους ενοίκους μονάδων φροντίδας μπορεί να προληφθεί με τη βελτίωση της στοματικής υγιεινής. Σε μελέτη παρατηρήθηκε μείωση των επιπέδων των βακτηρίων στο στοματοφάρυγγα μετά την κατάλληλη εφαρμογή στοματικής υγιεινής, η οποία περιλαμβάνει καθαρισμό των δοντιών, των κινητών οδοντοστοιχιών, της γλώσσας και του βλεννογόνου του στόματος (Ishikawa, Yoneyama, Hirota, Miyake, & Miyatake, 2008). Τέλος, το βούρτσισμα των δοντιών μετά από κάθε γεύμα, ο καθαρισμός των οδοντοστοιχιών και η επαγγελματική φροντίδα του στόματος μία φορά την εβδομάδα φαίνεται να αποτελούν αποτελεσματική παρέμβαση για τη μείωση της πνευμονίας από εισρόφηση στους ηλικιωμένους σε νοσοκομεία ή μονάδες φροντίδας (van der Maarel-Wierink, Vanobbergen, Bronkhorst, Schols, & deBaat, 2013).

Σε μελέτη στην Ιαπωνία χρησιμοποιήθηκε ο όρος «ευπάθεια του στόματος», οποίος ορίζεται με τη φτωχή κατάσταση σε τουλάχιστον τρεις από τις παρακάτω παραμέτρους: αριθμός φυσικών δοντιών, μασητική ικανότητα, δεξιότητα κίνησης των κροταφογοναθικών διαρθρώσεων, πίεση της γλώσσας, αντικειμενικές δυσκολίες στην πρόσληψη τροφής και στην κατάποση. Η ευπάθεια του στόματος προδιαθέτει σε φυσική ευπάθεια, σαρκοπενία, ανάγκη για διαρκή φροντίδα και θνησιμότητα (Tanaka και συν., 2017).

Κάποια δεδομένα δείχνουν μία αμφίδρομη σχέση μεταξύ διατροφής και στοματικής υγείας. Η κατάσταση της στοματικής υγείας και κυρίως η απώλεια των δοντιών μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές στην πρόσληψη τροφής, ενώ η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία κάποιων νόσων του στόματος, όπως η τερηδόνα και η περιοδοντική νόσος, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν δυσκολίες στην πρόσληψη τροφής (Huppertz, van der Putten, Halfens, Schols, & deGroot, 2017· Tuger-Decker & Mobley, 2013). Για τη βελτίωση της κατάστασης αυτής, προτείνεται η κλινική εξέταση του στόματος συμπεριλαμβανομένης μίας απλής αξιολόγησης της μασητικής ικανότητας ως μέρος των διαδικασιών προκειμένου να εισαχθούν οι ηλικιωμένοι στις μονάδες φροντίδας (Poulsen, RahmHallberg, & Schroll, 2006).

Η φτωχή γενική κατάσταση των ευπαθών και λειτουργικά εξαρτημένων ηλικιωμένων αυξάνει τον κίνδυνο ταχείας επιδείνωσης της στοματικής υγείας λόγω του αντίκτυπου της φυσικής και νοητικής έκπτωσης στην καθημερινή στοματική υγιεινή. Ασθενείς με νοητική έκπτωση, κατάθλιψη και κινητικά προβλήματα των άνω άκρων λόγω παρκινσονισμού, ρευματοειδούς αρθρίτιδας και άλλων νοσημάτων αντιμετωπίζουν συνήθως δυσκολίες στη διατήρηση της ενδεδειγμένης στοματικής υγιεινής (Brennan & Strauss, 2014· Hybels και συν., 2016· Tavares, Lindefjeld, Calabi, & SanMartin, 2014). Στους ηλικιωμένους συχνά συναντάται ξηροστομία, η οποία μπορεί να αποτελεί εκδήλωση συστηματικού νοσήματος ή επιπλοκή συστηματικής φαρμακευτικής αγωγής ή ακτινοθεραπείας στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου. Μπορεί να αυξήσει περαιτέρω τον κίνδυνο εμφάνισης ταχείας επιδείνωσης της στοματικής υγείας και επακολούθως να προκαλέσει δυσφαγία, προβλήματα ομιλίας και μάσησης, δυσγευσία, αίσθημα καύσου, αύξηση της οδοντικής πλάκας, τερηδόνα, περιοδοντική νόσο, καντιντίαση και βλάβες σχετιζόμενες με τις κινητές οδοντοστοιχίες (deCoro και συν., 2014· Janssens και συν., 2017· Plemons, Al-Hashimi, & Marek, 2014· VanderPutten, Brand, Schols, & de Baat, 2011).

Η κακή στοματική υγεία και η απώλεια των δοντιών στους ηλικιωμένους έχει και κοινωνικό αντίκτυπο, επηρεάζει την αυτοεκτίμησή τους και μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή της επικοινωνίας και στο φόβο να χαμογελάσουν. Οι κύριες αιτίες απώλειας δοντιών είναι η τερηδόνα και η περιοδοντίτιδα, οι οποίες μπορούν να προληφθούν ή να αναχαιτιστούν με τη σωστή εφαρμογή στοματικής υγιεινής (Al-HadiHamasha, Sasa, & AlQudah, 2000· Chalmers, 2003· Petersen & Yamamoto, 2005).

Οι νόσοι του στόματος, αλλά και ο αρνητικός αντίκτυπος της κακής στοματικής υγείας στη γενική υγεία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων αποτελούν σημαντικά θέματα της

δημόσιας υγείας (Petersen, 2003· Petersen & Yamamoto, 2005). Ειδικά οι προχωρημένες τερηδονικές βλάβες και τα οδοντικά αποστήματα συνδέονται με μειωμένη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία στους ηλικιωμένους και είναι πολύ σημαντική η πρόληψη, αλλά και η έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων του στόματος (Masood, Newton, Bakri, Khalid, & Masood, 2017). Επιπροσθέτως, η τερηδόνα ρίζας στους ηλικιωμένους θεωρείται μείζον θέμα της οδοντιατρικής δημόσιας υγείας και η θεραπεία της έχει ως συνήθεις επιπλοκές το μετεπεμβατικό πόνο και την οδοντινική υπερευαισθησία. Είναι μία νόσος που μπορεί να προληφθεί και θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην πρόληψή της με την καθημερινή στοματική υγιεινή και την επίσκεψη στον οδοντίατρο ανά τακτά χρονικά διαστήματα (Raja και συν., 2015· Κοσιώνη & Ραχιώτης, 2010).

Οι ηλικιωμένοι έχουν συνδεθεί με τη νωδότητα και τις κινητές οδοντοστοιχίες, ωστόσο είναι αυξανόμενος ο αριθμός των ενοδόντων (όσων έχουν φυσικά δόντια), οι οποίοι συχνά φέρουν εκτεταμένες συντηρητικές ή προσθετικές εργασίες, ακόμα και οδοντικά εμφυτεύματα, η φροντίδα των οποίων είναι πιο πολύπλοκη (Frenkel, Harvey, & Newsonbe, 2001· McNally, Matthews, Clovis, Brilliant, & Filiaggi, 2014). Ένα σημαντικό ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων, περίπου 70% για τις ηλικίες 65-74 ετών στην Ελλάδα, διατηρούν κάποια φυσικά δόντια αυξάνοντας έτσι τις οδοντιατρικές τους ανάγκες. Οι ηλικιωμένοι, επομένως, έχουν ανάγκη από συνεχή τόσο προληπτική, όσο και θεραπευτική στοματική φροντίδα (Mamai-Homata και συν., 2012).

Επίσης, τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα των υπερηλίκων στις αναπτυσσόμενες χώρες αυξάνεται συνεχώς. Αυτή η δημογραφική αλλαγή έχει σημαντικές επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Όλο και περισσότεροι ευπαθείς ηλικιωμένοι θα παρουσιάζουν περισσότερη νοσηρότητα και εξάρτηση όσον αφορά στη φροντίδα και συνεπώς θα έχουν ανάγκη περισσότερων υπηρεσιών υγείας. Οι ευπαθείς αυτοί ηλικιωμένοι υποστηρίζονται συχνά από κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας ή εισάγονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων (Rothera, Jones, Harwood, Avery, & 2009· Schols, Crebolder, & van Weel, 2004).

1.2 Εμπόδια στα οποία οφείλεται η πτωχή στοματική υγεία και υγιεινή των ατόμων που διαμένουν στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων

Σύμφωνα με το οικολογικό μοντέλο στην προαγωγή της υγείας (McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988), η πτωχή στοματική υγεία και υγιεινή των ηλικιωμένων οι οποίοι διαμένουν σε μονάδες φροντίδας οφείλεται τόσο σε ενδοπροσωπικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες, όσο και σε θεσμικούς ή παράγοντες Δημόσιας πολιτικής. Τα εμπόδια τα οποία

καταγράφονται είναι πολλαπλά και περιλαμβάνουν: ενδογενή προβλήματα των ίδιων των ασθενών οι οποίοι δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν να φροντίσουν τη στοματική τους υγιεινή, ανεπαρκή εκπαίδευση των φροντιστών σε θέματα στοματικής υγείας και τις αρνητικές τους στάσεις έναντι της συγκεκριμένης φροντίδας, λειτουργικούς περιορισμούς των μονάδων φροντίδας σε διαθέσιμο χρόνο και προσωπικό και ανεπαρκείς κεντρικές πολιτικές και νομοθετικά κενά στην προστασία και προαγωγή της στοματικής υγείας στην κοινότητα και στα ιδρύματα (Kossioni και συν., 2018β).

Ενδοπροσωπικοί παράγοντες

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην πτωχή στοματική υγεία των ηλικιωμένων στα ιδρύματα και οι οποίοι σχετίζονται με τους ίδιους τους ηλικιωμένους. Πολλοί τρόφιμοι εμφανίζουν αρνητική συμπεριφορά και αδιαφορία για τη στοματική φροντίδα (DeVisschere και συν., 2015· Lindqvist, Seleskog, Wårdh, & Bültingslöwen, 2013· McNally και συν., 2012). Το μείζον εμπόδιο το οποίο αναφέρουν οι φροντιστές είναι η αντίσταση την οποία προβάλλουν οι ηλικιωμένοι απέναντι στη φροντίδα του στόματος (Hoben και συν., 2017) και ιδιαίτερα όσοι πάσχουν από άνοια. Πιο συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι αρνούνται να ανοίξουν το στόμα τους και να δεχθούν τη στοματική φροντίδα από τους φροντιστές τους, είτε δαγκώνουν την οδοντόβουρτσα ή το χέρι των φροντιστών και τους σπρώχνουν, είτε φωνάζουν (Chalmers, Levy, & Kambhu, 1994· Hoben και συν., 2017· Willumsen, Karlsen, Næss, & Bjørntvedt, 2012). Επίσης, ως εμπόδια στη στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων αναφέρονται η έλλειψη αιτήματος από τους ηλικιωμένους για παροχή στοματικής υγιεινής και η έλλειψη κατανόησης των ενεργειών με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας του στόματος (McKelvey, Thomson, & Ayers, 2003· Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson, & Sorensen, 2003).

Άλλα εμπόδια στη στοματική υγεία και υγιεινή των ηλικιωμένων αποτελούν τα γενικά νοσήματα και τα προβλήματα κατάποσης (Hilton, Sheppard, & Hemsley, 2016· Paulsson, Söderfeldt, Nederfors, & Fridlund, 2002). Ακόμα, σε κάποιες μελέτες σε μονάδες φροντίδας βρέθηκε ότι η στοματική υγιεινή των λειτουργικά εξαρτημένων ηλικιωμένων ήταν χειρότερη σε βαθμό στατιστικά σημαντικό συγκριτικά με την αντίστοιχη των ενοίκων με ικανότητα αυτοφροντίδας (Zuluaga, Ferreira, Montoya, & Willumsen, 2012· Philip, Rogers, Kruger, & Tennant, 2012· Willumsen και συν., 2012). Επιπροσθέτως, εμπόδιο αποτελούν οι γνωστικές, λειτουργικές και συμπεριφορικές διαταραχές, καθώς και οι διαταραχές στην επικοινωνία (DeVisschere και συν., 2015· McKelvey και συν., 2003· McNally και συν., 2012· Paley, Slack-Smith, & O'Grady, 2004· Reis, Marcelo, daSilva, & Leles, 2011· Sonde, Emami, Kiljunen, &

Nordenram, 2011). Η άνοια, η οποία συναντάται ιδιαίτερα συχνά στους ηλικιωμένους, αποτελεί χρόνια εξελικτική νόσο η οποία διαταράσσει τη λειτουργία πολλαπλών ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών (μνήμη, κρίση, συμπεριφορά, επικοινωνία) και αποτελεί σύμπτωμα πολλών νοσολογικών οντοτήτων (WHO, 1992· Κοσιώνη, 2013). Στους ηλικιωμένους με άνοια, τα προβλήματα της στοματικής υγείας οφείλονται κατά κύριο λόγο στην προοδευτική αδυναμία αυτοφροντίδας και πρόσβασης στον οδοντίατρο. Προβλήματα παρατηρούνται και λόγω της φαρμακευτικής αγωγής. Πιο συγκεκριμένα, οι αναστολείς της χολινεστεράσης, τα άτυπα αντιψυχωσικά και τα αντικαταθλιπτικά έχουν συχνά ως παρενέργειες ξηροστομία ή σιαλόρροια, στοματίτιδα ή δυσγευσία. Επιπροσθέτως, η λήψη δονεπεζίλης, γαλανταμίνης και ρισπεριδόνης αλληλεπιδρά με φάρμακα τα οποία μπορεί να χορηγηθούν από οδοντίατρο, όπως η ερυθρομυκίνη, η κλαριθρομυκίνη και η κετοκοναζόλη (Fiske, Frenkel, Griffiths, & Jones, 2006· Friedlander, Norman, Mahler, Norman, & Yagiela, 2006· Turner, Balasubramaniam, Hersh, & Stoopler, 2008· Κοσιώνη, 2013· Κοσιώνη, 2014).

Άλλα εμπόδια στη στοματική υγεία αποτελούν το κάπνισμα, η ανθυγιεινή δίαιτα και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (Borreani, Wright, Scambler, & Gallagher, 2008· Ornstein και συν., 2015· Strayer, 1995). Εμπόδια στη στοματική υγεία και υγιεινή αποτελούν η παρουσία φυσικών δοντιών, η κακή εφαρμογή των οδοντοστοιχιών και η παρουσία οδοντικών εμφυτευμάτων (Dharamsi και συν., 2009· DeVisschere και συν., 2015· Hilton και συν., 2016· Paley και συν., 2004· Porter και συν., 2015· Tham & Hardy, 2013). Η φροντίδα των φυσικών δοντιών και των εμφυτευμάτων είναι περισσότερο πολύπλοκη σε σύγκριση με την αντίστοιχη των οδοντοστοιχιών. Τέλος, εμπόδια στη στοματική υγεία των ηλικιωμένων αποτελούν ο φόβος για τον οδοντίατρο και η δυσκολία πρόσβασης στο οδοντιατρείο (Borreani και συν., 2008· Ornstein, Wright, Scambler, & Gallagher, 2015· Strayer, 1995).

Διαπροσωπικοί παράγοντες

Σύμφωνα με διεθνείς επιστημονικά τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη φροντίδα του στόματος στους ηλικιωμένους, οι φροντιστές οφείλουν να εξετάζουν την κατάσταση της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων και να παρέχουν ή να επιβλέπουν τη φροντίδα του στόματος τουλάχιστον μία φορά την ημέρα (DeVisschere, van der Putten, Vanobbergen, Schols, & DeBaat, 2011· O'Connor, 2012). Ωστόσο, η στοματική υγεία των ηλικιωμένων στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων δε λαμβάνει την απαραίτητη προσοχή και η παραμέληση της φροντίδας του στόματος παρατηρείται συχνότερα σε ιδρυματιζόμενους ηλικιωμένους σε σύγκριση με άτομα της ίδιας ηλικίας τα οποία διαμένουν στο σπίτι τους (Raja και συν., 2015).

Ο ρόλος του προσωπικού των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων, δηλαδή των τυπικών φροντιστών (νοσηλευτές και λοιπό βοηθητικό προσωπικό) είναι κρίσιμος για την καθημερινή φροντίδα των ευπαθών και λειτουργικά εξαρτημένων ηλικιωμένων και, συνεπώς, για τη στοματική τους υγεία και φροντίδα (Coker, Ploeg, & Kaasalainen, 2014). Η ελλιπής εκπαίδευση των φροντιστών στη φροντίδα του στόματος τόσο σε θεωρητικό, όσο και σε πρακτικό επίπεδο έχει καταγραφεί σε πολλές μελέτες (Dharamsi, Jivani, Dean, & Wyatt, 2009· Frenkel, Harvey, & Needs, 2002· Janssens και συν., 2016· Lindqvist, Seleskog, Wårdh, & Bültingslöwen, 2013· Sloane και συν., 2013· Wårdh, Jonsson, & Wikström, 2012). Οι φροντιστές δεν έχουν εξοικείωση με τις διαδικασίες εφαρμογής στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους, ούτε την ικανότητα να συμβουλευθούν σωστά τους ηλικιωμένους σχετικά με τη φροντίδα του στόματος (Paulsson και συν. 2003· Willumsen και συν., 2012). Πολύ συχνά δεν μπορούν να αναγνωρίσουν την παρουσία κάποιου οδοντοστοματολογικού προβλήματος (DeVisschere και συν., 2015), ούτε γνωρίζουν εάν ο τρόπος με τον οποίο βουρτσίζουν τα δόντια είναι ο σωστός (Frenkel και συν., 2002). Επίσης, δεν αξιοποιούν τους διαθέσιμους εκπαιδευτικούς πόρους για τη φροντίδα του στόματος (McKelvey και συν., 2003).

Η κύρια αιτία για την επιθετική συμπεριφορά των ηλικιωμένων σύμφωνα με την αντίληψη των φροντιστών αποτελεί η μη επιθυμία των ηλικιωμένων για τη φροντίδα του στόματος (Hoben και συν., 2017). Οι στενές σχέσεις των φροντιστών με τους ενοίκους και η προσωποκεντρική προσέγγιση παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αποφυγή ή στη διαχείριση επιθετικών συμπεριφορών από ηλικιωμένους με άνοια. Ωστόσο, οι φροντιστές στερούνται της κατάλληλης εκπαίδευσης και δε γνωρίζουν ότι η επιθετική συμπεριφορά μπορεί να αποτελεί το μοναδικό τρόπο για τους ενοίκους με άνοια να εκφράσουν πόνο, φόβο ή δυσαρέσκεια (Eggenberger και συν., 2013· Kuske και συν., 2007· Scott και συν., 2011· Spector και συν., 2013· Spenceley και συν., 2015). Εμπόδιο στη στοματική υγεία και φροντίδα των ηλικιωμένων αποτελεί και το φτωχό επίπεδο επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των φροντιστών (DeVisschere και συν., 2015· Junges και συν., 2014· Paley και συν., 2004· Wårdh και συν., 2012· Wårdh & Wikstrom, 2014).

Αρνητικές στάσεις των φροντιστών των ηλικιωμένων ως προς τη στοματική υγεία έχουν καταγραφεί, επίσης, σε διάφορες μελέτες. Θεωρούν ότι η φροντίδα του στόματος δεν έχει προτεραιότητα (Chalmers, Levy, Buckwalter, Ettinger, & Kambhu 1996· Lindqvist και συν., 2013· McKelvey, Thomson, & Ayers, 2003· McNally, Matthews, Clovis, Brilliant, & Filiaggi, 2012), ενώ υπάρχει έλλειψη αποδοχής του ρόλου των ειδικά εκπαιδευμένων φροντιστών στη στοματική φροντίδα (Wardh και συν., 2003). Επίσης, βρέθηκε ότι η φροντίδα του στόματος είναι για τους φροντιστές μία δυσάρεστη διαδικασία, η οποία τους προκαλεί αποστροφή,

κυρίως λόγω της κακοσμίας και των βακτηρίων (Chalmers και συν., 1996· Dharamsi και συν., 2009· McNally και συν., 2012· Reed και συν., 2006· Willumsen και συν., 2012). Επιπροσθέτως, κάποιοι φροντιστές θεωρούν τη στοματική φροντίδα περισσότερο δυσάρεστη εμπειρία συγκριτικά με τη γενική φροντίδα του σώματος των ηλικιωμένων και αισθάνονται κούραση μετά από την εφαρμογή στοματικής υγιεινής (Sumi, Nakamura, Nagaosa, Michiwaki, & Nagaya, 2001· Wårdh και συν., 2012). Σε μία μελέτη αναφέρεται και η σκηνή των φροντιστών ως εμπόδιο στη στοματική υγεία και φροντίδα των ενοίκων (Wårdh και συν., 2012).

Ακόμα, σε μία μελέτη καταγράφηκε η αρνητική στάση των φροντιστών κατά την απομάκρυνση των οδοντοστοιχιών των ηλικιωμένων από το στόμα (Fiske & Lloyd, 1992). Σε κάποιες μελέτες, οι φροντιστές δήλωσαν ότι φοβούνται μήπως προκαλέσουν τραυματισμό ή πόνο στους ηλικιωμένους κατά την εφαρμογή της στοματικής φροντίδας ή μήπως τραυματιστούν από τους ηλικιωμένους. Σε δύο μελέτες, βρέθηκε η πεποίθηση των φροντιστών ότι η φροντίδα του στόματος δε συμπεριλαμβάνεται στις υποχρεώσεις της εργασίας τους (Reed, Broder, Jenkins, Spivack, & Janal, 2006· Willumsen και συν., 2012), ενώ κάποιοι φροντιστές πιστεύουν ότι οι ένοικοι μπορούν να φροντίσουν μόνοι τους για τη στοματική τους υγιεινή (Wårdh και συν., 1997· Wårdh και συν., 2012).

Σε ποιοτική μελέτη των DeVisschere και συν. (2011) βρέθηκε ότι παρά την προθυμία των νοσηλευτών να βελτιώσουν τη στοματική υγεία στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, η δυσκολία της ένταξης της φροντίδας του στόματος στην καθημερινή φροντίδα ήταν μεγάλη κυρίως λόγω του αυξημένου φορτίου εργασίας τους. Επίσης, το αυξημένο φορτίο εργασίας των φροντιστών και οι συχνές διακοπές κατά τη διαδικασία παροχής φροντίδας οδηγούν σε μειωμένη ικανοποίηση των φροντιστών από την εργασία τους και σε επαγγελματική εξουθένωση και, συνεπώς, σε μειωμένη ποιότητα παροχής φροντίδας (Hoben και συν., 2017α).

Τα κύρια εμπόδια στη στοματική υγεία και υγιεινή τα οποία σχετίζονται με τους συγγενείς των ενοίκων στις μονάδες φροντίδας αφορούν στην έλλειψη υποστήριξης στην παροχή φροντίδας και κατανόησης των αναγκαίων ενεργειών με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της στοματικής φροντίδας, καθώς και στην έλλειψη γνώσεων και εκπαίδευσης σχετικά με τη στοματική υγεία και φροντίδα των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, σε διάφορες μελέτες οι φροντιστές δήλωσαν ότι τα συγγενικά πρόσωπα των ενοίκων πολύ συχνά δε φρόντιζαν για την προμήθεια προϊόντων στοματικής υγιεινής διότι δε θεωρούσαν τη στοματική φροντίδα ως προτεραιότητα, αλλά και λόγω κόστους (Hilton και συν., 2016· Jones & Sleeman, 2009·

Paley και συν., 2004· Wårdh και συν., 2003). Επιπλέον, οι συγγενείς των ενοίκων έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των αναγκαίων οδοντιατρικών επισκέψεων τόσο σε επείγουσες καταστάσεις όσο και στο πλαίσιο των τακτικών επανεξετάσεων (DeMello & Padihla, 2009· Hilton και συν., 2016· Paley και συν., 2004).

Η εφαρμογή ή όχι στοματικής υγιεινής στους ενοίκους από τους συγγενείς τους βρέθηκε ότι αποτελεί σημαντικό διευκολυντικό ή ανασταλτικό παράγοντα στην παροχή στοματικής φροντίδας (deMello & Padihla, 2009). Επίσης, σε μελέτες καταγράφηκε το αίτημα των φροντιστών για εκπαίδευση των συγγενών των ηλικιωμένων με σκοπό τη συνδρομή τους στην παροχή στοματικής φροντίδας, την παροχή του κατάλληλου εξοπλισμού, καθώς και την υποστήριξη των φροντιστών στην εφαρμογή κατάλληλης στρατηγικής στοματικής φροντίδας (Jones & Sleeman, 2009· McNally και συν., 2012).

Θεσμικοί και παράγοντες Δημόσιας πολιτικής

Τα εμπόδια τα οποία σχετίζονται με τη λειτουργία των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων αφορούν στο μειωμένο αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού και στον ανεπαρκή χρόνο των φροντιστών για την παροχή στοματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους (Chalmers και συν., 1994· Chalmers και συν., 1996· Chami και συν., 2012· Fallon, 2009· Fricker & Lewis, 2009· Gately και συν., 2011· Hardy και συν., 1995· Hilton και συν., 2016· Jones & Sleeman, 2009· Jungles και συν., 2014· Le και συν., 2012· Lindqvist και συν., 2013· McKelvey και συν., 2003· McNally και συν., 2012· Reed και συν., 2006· Sonde και συν., 2011· Tan και συν., 2009· Wardh και συν., 2003). Η βιασύνη των φροντιστών κατά την παροχή φροντίδας εξαιτίας της έλλειψης χρόνου αποτελεί έναυσμα για την επιθετική συμπεριφορά των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα όσων έχουν άνοια (Eggenbergen και συν., 2013· Spenceley και συν., 2015· Zeller και συν., 2009).

Επίσης, υπάρχει έλλειψη επιβράβευσης των φροντιστών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Hardy και συν., 1995). Ακόμα, άλλα εμπόδια σχετιζόμενα με τις μονάδες φροντίδας είναι η μη τήρηση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων και οδηγιών για τη στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων, η έλλειψη επιβλεπόντων των φροντιστών κατά την εφαρμογή στοματικής υγιεινής και η έλλειψη οικονομικών πόρων (DeVisschere και συν., 2015· Dharamsi και συν., 2009· Frenkel και συν., 2002· Janssens και συν., 2016· Linqvist και συν., 2013· McNally και συν., 2012· Paley και συν., 2004· Reed και συν., 2006· Sonde και συν., 2011· Tam&Hardy, 2013· Wardh και συν., 2012· Willumsen και συν., 2009). Στα εμπόδια συμπεριλαμβάνεται και η έλλειψη πληροφοριών για τη στοματική υγεία των ενοίκων κατά τη μεταφορά τους στο νοσοκομείο (Wardh και συν., 2003).

Επιπροσθέτως, εμπόδια αποτελούν η μη διαθεσιμότητα και η έλλειψη πρόσβασης των ενοίκων των μονάδων φροντίδας σε οδοντιατρικές υπηρεσίες, οι δυσκολίες στη μεταφορά των ηλικιωμένων, καθώς και η ανεπάρκεια των απαραίτητων προϊόντων για την εφαρμογή στοματικής φροντίδας (Chami και συν., 2012· DeVisschere και συν., 2015· Frenkel, Harvey, & Needs, 2002· Gately και συν., 2011· Hilton και συν., 2016· Jablonski και συν., 2009· Paley και συν., 2004· Paulsson και συν., 2002· Porter και συν., 2015· Reis και συν., 2011· Tham & Hardy, 2013· Willumsen και συν., 2012). Τέλος, εμπόδιο αποτελεί η έλλειψη χαρακτηρισμού των κινητών οδοντοστοιχιών, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι, αλλά και ο φροντιστές συχνά να μη γνωρίζουν σε ποιον ανήκουν οι οδοντοστοιχίες ή να τις χάνουν (Dharamsi και συν., 2009).

Όσον αφορά στους παράγοντες Δημόσιας πολιτικής, υπάρχει έλλειψη των κατάλληλων πολιτικών στοματικής υγείας. Η στοματική υγεία δεν έχει προτεραιότητα στις πολιτικές υγείας. Επίσης, η δημόσια κάλυψη της οδοντιατρικής περίθαλψης είναι περιορισμένη, υπάρχουν κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην πρόσβαση στην οδοντιατρική φροντίδα, ενώ η υγειονομική παιδεία των πολιτών σχετικά με τη στοματική υγεία είναι ανεπαρκής. Τέλος, υπάρχει περιορισμένη διαθεσιμότητα της κατ' οίκον οδοντιατρικής φροντίδας και έλλειψη κατάλληλης νομοθεσίας υποστήριξης συστημάτων στοματικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους οι οποίοι διαμένουν σε μονάδες φροντίδας (Borreani και συν., 2008· DeVisschere και συν., 2011· Kossioni, 2012· Petersen, Kandelman, Arpin, & Ogawa 2010· Petersen & Yamamoto, 2005· Kossioni, και συν., 2018β). Στον πίνακα 2 συνοψίζονται τα εμπόδια στη στοματική υγεία και υγιεινή των ηλικιωμένων στις μονάδες φροντίδας.

Πίνακας 2: Εμπόδια στη στοματική υγεία και υγιεινή των ηλικιωμένων στις μονάδες φροντίδας

Εμπόδια σχετιζόμενα με τους ηλικιωμένους

- Βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, πολυφαρμακία
- Συμπεριφορικές και νοητικές διαταραχές
- Λειτουργικοί περιορισμοί, έλλειψη ικανότητας αυτοφροντίδας
- Αντίσταση στην παροχή στοματικής φροντίδας
- Κάπνισμα
- Ανθυγιεινή διαίτα
- Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης
- Παρουσία φυσικών δοντιών και εμφυτευμάτων
- Φόβος για τον οδοντίατρο, δυσκολία πρόσβασης στο οδοντιατρείο
- Οικονομικοί περιορισμοί

Εμπόδια σχετιζόμενα με τους φροντιστές των ηλικιωμένων

- Έλλειψη γνώσεων και εκπαίδευσης σχετικά με στοματική υγεία και φροντίδα
- Αρνητικές στάσεις
- Δυσκολία διαχείρισης της αντίστασης των ηλικιωμένων στην παροχή στοματικής φροντίδας
- Δυσαρέσκεια και αποστροφή για τη στοματική φροντίδα

Εμπόδια σχετιζόμενα με τους συγγενείς των ηλικιωμένων

- Έλλειψη γνώσεων και εκπαίδευσης
- Έλλειψη υποστήριξης της στοματικής φροντίδας
- Έλλειψη παροχής προϊόντων στοματικής υγιεινής

Εμπόδια σχετιζόμενα με τη λειτουργία των μονάδων φροντίδας

- Ανεπαρκής αριθμός προσωπικού
- Αυξημένο φορτίο εργασίας των φροντιστών
- Συχνές εναλλαγές προσωπικού
- Έλλειψη παροχής των κατάλληλων προϊόντων στοματικής υγιεινής και διαθεσιμότητας οδοντιατρικών υπηρεσιών
- Έλλειψη επιβλέποντος των φροντιστών κατά την εφαρμογή στοματικής υγιεινής
- Έλλειψη ενδιαφέροντος των διοικήσεων των μονάδων για τη στοματική φροντίδα

Εμπόδια σχετιζόμενα με τη Δημόσια πολιτική

- Έλλειψη κεντρικών πολιτικών για την στοματική φροντίδα στα ιδρύματα
- Έλλειψη προτεραιότητας της στοματικής υγείας στην πολιτική υγείας
- Περιορισμένη δημόσια κάλυψη της οδοντιατρικής περίθαλψης
- Έλλειψη διαθεσιμότητας κατ' οίκον οδοντιατρικής περίθαλψης

Σε συστηματική ανασκόπηση των Hoben και συν. (2017α) βρέθηκε ότι τα κυριότερα εμπόδια στην παροχή στοματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων από τους τυπικούς φροντιστές ήταν τα εξής: η αντίσταση των ηλικιωμένων στη φροντίδα του στόματος και η πτωχή ποιότητα επικοινωνίας και συνεργασίας των φροντιστών με τους ηλικιωμένους, η έλλειψη θεωρητικών και πρακτικών γνώσεων και εκπαίδευσης των φροντιστών στην παροχή στοματικής φροντίδας, οι αρνητικές στάσεις των φροντιστών και η γενική δυσαρέσκεια για τη φροντίδα του στόματος των ηλικιωμένων, η έλλειψη χρόνου των φροντιστών και ο ανεπαρκής αριθμός προσωπικού.

1.3 Αντιμετώπιση του θέματος έως σήμερα

Κατευθυντήριες οδηγίες για τη στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων στις μονάδες φροντίδας

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν στην Ελλάδα και στην Ευρώπη κεντρικές πολιτικές και νομοθετικές παρεμβάσεις οι οποίες να ρυθμίζουν τα θέματα της στοματικής υγείας στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Ωστόσο σε κάποιες χώρες της βόρειας και κεντρικής Ευρώπης έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες που μπορούν να αποτελέσουν οδηγό για άλλες χώρες. Για παράδειγμα, στην Ολλανδία και σε τμήμα του Βελγίου εφαρμόζεται ένα δομημένο πρωτόκολλο φροντίδας του στόματος για ηλικιωμένους οι οποίοι διαμένουν σε μονάδες φροντίδας (Oral healthcare Guideline for Older people in Long-term care Institutions/ OGOLI) το οποίο έχει προταθεί από την Ολλανδική Ένωση Ιατρών Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (DeVisschere και συν., 2011).

Σύμφωνα με το OGOLI, κάθε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων οφείλει να έχει ένα πρωτόκολλο για τη φροντίδα του στόματος των ενοίκων. Η φροντίδα του στόματος θα πρέπει να είναι ολοκληρωμένη και να εξατομικεύεται για τον κάθε ηλικιωμένο. Κατά την εισαγωγή ενός νέου ενοίκου στη μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων, ο ιατρός της μονάδας οφείλει να περιγράψει την κατάσταση του στόματος του ηλικιωμένου και να τον παραπέμψει σε οδοντίατρο για περαιτέρω αξιολόγηση και θεραπεία. Ο ιατρός θα πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη τα οδοντοστοματολογικά προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τη γενική υγεία και αντιστρόφως (DeVisschere και συν., 2011).

Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων φροντίδας, ένας νοσηλευτής σε κάθε τμήμα της μονάδας θα πρέπει να λάβει ειδική εκπαίδευση σχετικά με τη στοματική υγεία και φροντίδα και να είναι ο υπεύθυνος για τη φροντίδα του στόματος των ενοίκων. Ο υπεύθυνος αυτός νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τη συμμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την εφαρμογή του πρωτοκόλλου και να δρα ως σύμβουλος για τη φροντίδα του στόματος. Επίσης, οφείλει να παρέχει στο νοσηλευτικό προσωπικό σεμινάρια σχετικά με τη στοματική υγεία και να δρα ως μεσολαβητής μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, του οδοντιάτρου και του ιατρού (DeVisschere και συν., 2011).

Το OGOLI υποστηρίζει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού. Έχει βρεθεί σε μελέτες η βελτίωση της στοματικής υγείας των ενοίκων μετά την εφαρμογή θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης των φροντιστών. Ωστόσο, ένα μόνο σεμινάριο θεωρείται επαρκές για να αποδώσει ένα μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα, με συνέπεια μετά από κάποιο χρονικό διάστημα η στοματική υγεία των ενοίκων να επιδεινώνεται. Επομένως,

το OGOLI προτείνει την εκπαίδευση των υπεύθυνων νοσηλευτών για τη στοματική φροντίδα και του υπόλοιπου νοσηλευτικού προσωπικού κατ' ελάχιστον κάθε 18 μήνες, αλλά κατά προτίμηση κάθε χρόνο (DeVisschere και συν., 2011).

Οι προτάσεις του OGOLI προς το νοσηλευτικό προσωπικό συνοψίζονται στον πίνακα 3. Δυστυχώς καμία από τις προτάσεις αυτές δε βασίζεται σε συστηματικές ανασκοπήσεις και μεταanalύσεις. Οι προτάσεις #3, #4 και #13 βασίζονται σε συμπεράσματα τυχαιοποιημένων διπλά τυφλών κλινικών δοκιμών, ενώ οι υπόλοιπες προτάσεις βασίζονται σε γνώμες ειδικών (DeVisschere και συν., 2011).

Πίνακας 3: Οι προτάσεις του OGOLI προς το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας φροντίδας

1.	Παροχή στοματικής φροντίδας συστηματικά με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ενοίκων
2.	Πρόληψη του αποικισμού της candida τόσο στο βλεννογόνο στόματος, όσο και στις οδοντοστοιχίες και θεραπεία της καντιντίασης με συστηματική στοματική φροντίδα
3.	Παροχή στοματικής φροντίδας τουλάχιστον μία φορά την ημέρα με σκοπό τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης απομακρυσμένων λοιμώξεων, όπως της πνευμονίας
4.	Χρήση της ηλεκτρικής οδοντόβουρτσας μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην καλή στοματική φροντίδα
5.	Καθαρισμός της μερικής ή της ολικής οδοντοστοιχίας όταν ο ένοικος ετοιμάζεται να κοιμηθεί και φύλαξή της σε ξηρό μέρος
6.	Προγραμματισμός οδοντιατρικής εξέτασης για τους ενόδοντες ενοίκους τουλάχιστον κάθε έξι μήνες.
7.	Προγραμματισμός οδοντιατρικής εξέτασης για τους νωδούς ενοίκους και τους ενοίκους οι οποίοι χρησιμοποιούν ολικές οδοντοστοιχίες τουλάχιστον μία φορά το χρόνο.
8.	Σε περίπτωση που κάποιος ένοικος δηλώνει με λεκτικά ή μη λεκτικά σημεία ότι αισθάνεται πόνο στην περιοχή του στόματος, προσπαθήστε να εξετάσετε το στόμα του ή και τις οδοντοστοιχίες του και να συμβουλευτείτε κάποιον οδοντίατρο ή ιατρό*. Τα μη λεκτικά σημεία του πόνου στο στόμα μπορεί να είναι αλλαγή στη συμπεριφορά, μειωμένη όρεξη και μείωση του σωματικού βάρους.
9.	Σε περίπτωση που κάποιος ένοικος εμφανίζει συχνά κακοσμία στόματος, συμβουλευτείτε κάποιον οδοντίατρο ή ιατρό*.
10.	Σε περίπτωση που κάποιος ένοικος παραπονείται για ξηροστομία, συμβουλευτείτε κάποιον οδοντίατρο ή ιατρό*.
11.	Αξιολόγηση των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής
12.	Σε περίπτωση που κάποιος ένοικος παραπονείται ή έχει σημεία βλαβών στους μαλακούς ιστούς του στόματος σχετιζόμενων ή μη με οδοντοστοιχίες, συμβουλευτείτε κάποιον οδοντίατρο ή ιατρό*.

13.	Σε περίπτωση που κάποιος ένοικος εμφανίσει ξαφνική αύξηση των τερηδονικών βλαβών, συμβουλευτείτε κάποιον οδοντίατρο και ζητήστε από τον οδοντίατρο να συνταγογραφήσει διάλυμα φθορίου συγκέντρωσης 0,025-0,01% ημερησίως ή συγκέντρωσης 0,1% εβδομαδιαίως.
14.	Σε περίπτωση παρατήρησης οποιαδήποτε πιθανής οδοντικής βλάβης κατά την παροχή στοματικής φροντίδας, συμβουλευτείτε κάποιον οδοντίατρο ή ιατρό*.
15.	Σε περίπτωση που η καθημερινή παροχή στοματικής φροντίδας στους ενόδοντες ενοίκους καθίσταται αδύνατη εξαιτίας σωματικών ή και συμπεριφορικών διαταραχών, χορηγήστε γέλη χλωρεξιδίνης συγκέντρωσης 1% μία φορά την ημέρα ή 0,5% δύο φορές την ημέρα για την πρόληψη περιοδοντικής νόσου. Η χλωρεξιδίνη θα πρέπει να συνταγογραφείται από κάποιον οδοντίατρο ή ιατρό*.
16.	Σε περίπτωση που η παροχή καθημερινής στοματικής φροντίδας δεν είναι πλέον δυνατή, χορηγήστε διάλυμα ή σπρέυ χλωρεξιδίνης συγκέντρωσης 0,12% ημερησίως. Σε περίπτωση που και αυτό δεν είναι πλέον δυνατό, χορηγήστε γέληχλωρεξιδίνης συγκέντρωσης 1% χρησιμοποιώντας, για παράδειγμα, γάζες. Η χλωρεξιδίνη θα πρέπει να συνταγογραφείται από κάποιον οδοντίατρο ή ιατρό*.

*Στο πρωτότυπο κείμενο αναφέρεται ως “elderly care physician”. Επίσης αναφέρεται και ο όρος dental hygienist, ο οποίος δεν υπάρχει ως κατοχυρωμένο επάγγελμα στην Ελλάδα.

Σημαντική ήταν και η πρόσφατη πρωτοβουλία του Ευρωπαϊκού Κολλεγίου της Γηροδοντιατρικής με την Ευρωπαϊκή Γηριατρική Εταιρεία να εκδώσουν κατευθυντήριες οδηγίες για την ανάπτυξη πρωτοκόλλων πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας σε ιδρύματα με βάση τους πιο κάτω άξονες:

- Ενσωμάτωση της αξιολόγησης της στοματικής υγείας στην ιατρική εξέταση των ηλικιωμένων κατά την είσοδό τους στη μονάδα
- Παροχή καθημερινής στοματικής υγιεινής και υγιεινής των οδοντοστοιχιών στους ηλικιωμένους
- Εκπαίδευση των φροντιστών στην παροχή στοματικής φροντίδας
- Διασφάλιση πρόσβασης σε προϊόντα στοματικής υγιεινής
- Προαγωγή και παροχή υγιεινής δίαιτας η οποία προστατεύει την υγεία του στόματος (μείωση της ζάχαρης και των επεξεργασμένων τροφίμων, αποφυγή αναψυκτικών και τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες μεταξύ των γευμάτων, παροχή περισσότερων λαχανικών, τυριού και γάλακτος κ.ά.)
- Διασφάλιση πρόσβασης σε έκτακτες και τακτικές οδοντιατρικές εξετάσεις και υπηρεσίες

- Παροχή τακτικών ελέγχων του στόματος στους ηλικιωμένους με τη χρήση επικυρωμένων εργαλείων (Kossioni και συν., 2018β)

Στην ίδια δημοσίευση περιγράφονται και οι ικανότητες τις οποίες θα πρέπει να διαθέτει ο μη-οδοντίατρος υγειονομικός (ιατρός, νοσηλεύτης κ.λπ.) για την προαγωγή της στοματικής υγείας και φροντίδας σε ηλικιωμένους. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να μπορεί να:

- αναγνωρίζει την υγεία του στόματος ως μέρος της πολυνοσηρότητας και τον αντίκτυπό της στη γενική υγεία και στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων
- αναγνωρίζει την επίδραση των διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων στη στοματική υγεία
- εφαρμόζει μία αρχική αξιολόγηση της κατάστασης της στοματικής υγείας και να διαχωρίζει τα παθολογικά από τα φυσιολογικά ευρήματα στη στοματική κοιλότητα
- προσδιορίζει τα συνήθη οδοντοστοματολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων
- δείχνει το σωστό τρόπο στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους και στους φροντιστές τους και να παρακολουθεί ή να παρέχει, όταν είναι απαραίτητο, καθημερινή στοματική υγιεινή
- αναπτύσσει στρατηγικές ώστε να ξεπεραστούν τα εμπόδια στη διατήρηση μίας καλής στοματικής υγείας και στην πρόσβαση στην οδοντιατρική φροντίδα
- αποφασίζει σε ποιες περιπτώσεις χρειάζεται να γίνει παραπομπή των ηλικιωμένων σε οδοντίατρο
- επικοινωνεί ενεργά με άλλους επαγγελματίες υγείας ως μέρος ενός ολιστικού σχεδίου φροντίδας (Kossioni και συν., 2018β).

Επιπροσθέτως, το Ευρωπαϊκό Κολλέγιο της Γηροδοντιατρικής με την Ευρωπαϊκή Γηριατρική Εταιρεία προτείνουν την προσθήκη έξι ερωτήσεων στη συνέντευξη των υγειονομικών με τους ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίες αφορούν στην αξιολόγηση του κινδύνου ταχείας επιδείνωσης της στοματικής του υγείας. Οι ερωτήσεις, οι ενδεδειγμένες ενέργειες και ο κίνδυνος ταχείας επιδείνωσης της στοματικής υγείας αναγράφονται στον πίνακα 4 (Kossioni και συν., 2018α).

Πίνακας 4: Έξι ερωτήσεις σχετιζόμενες με τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων

Ερώτηση σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία	Διαδικασία	Κίνδυνος ταχείας επιδείνωσης της στοματικής υγείας
<p>1. Αισθάνεσθε κάποια ενόχληση στο στόμα σας;</p>	<p>Ναι-εξέταση του στόματος ή και παραπομπή σε οδοντίατρο</p> <p>Όχι*</p>	<p>Αυξημένος</p> <p>-</p>
<p>2. Αισθάνεστε ξηρότητα στο στόμα σας;</p>	<p>Ναι-αναθεώρηση του ιατρικού ιστορικού, έλεγχος της λαμβανόμενης φαρμακευτικής αγωγής για πιθανές αλλαγές προς μείωση της ξηροστομίας, φαρμακευτική και μη αντιμετώπιση της ξηροστομίας, εξέταση του στόματος ή και παραπομπή σε οδοντίατρο</p> <p>Όχι*</p>	<p>Αυξημένος</p> <p>-</p>
<p>3. Έχετε φυσικά δόντια, οδοντοστοιχίες ή και τα δύο;</p>	<p>Η απάντηση καθορίζει συνέχιση στις επόμενες ερωτήσεις</p>	
<p>4. Πόσο συχνά βουρτίζετε τα δόντια σας ή και τις οδοντοστοιχίες σας;</p>	<p>Ενόδοντες με ή χωρίς οδοντοστοιχίες:</p> <p>Λιγότερο από 1 φορά τη ημέρα-συμβουλευτική για καθημερινή φροντίδα, εξέταση του στόματος και παραπομπή στον οδοντίατρο εάν αυτή ενδείκνυται</p> <p>Μία ή περισσότερες φορές την ημέρα-έλεγχος των πρακτικών για τη φροντίδα του στόματος, συμβουλευτική για τη στοματική φροντίδα*</p> <p>Νωδοί με ολικές οδοντοστοιχίες</p>	<p>Αυξημένος</p> <p>-</p>

	<p>Λιγότερο από 1 φορά την ημέρα-συμβουλευτική για αύξηση της συχνότητας του βουρτσίσματος, εξέταση του στόματος και παραπομπή στον οδοντίατρο εάν αυτή ενδείκνυται</p> <p>Μία η περισσότερες φορές την ημέρα-έλεγχος των οδοντοστοιχιών, συμβουλευτική για βελτίωση του καθαρισμού των οδοντοστοιχιών*</p>	<p>Αυξημένος</p> <p>-</p>
<p>5. Τα ούλα σας αιμορραγούν κατά τη διάρκεια του βουρτσίσματος, της μάσησης ή αυτόματα; (Σε ενόδοντες ηλικιωμένους)</p>	<p>Ναι-εξέταση του στόματος ή και παραπομπή σε οδοντίατρο</p> <p>Όχι*</p>	<p>Αυξημένος</p> <p>-</p>
<p>6. Επισκεφθήκατε κάποιον οδοντίατρο μέσα στους τελευταίους 12 μήνες;</p>	<p>Ναι*</p> <p>Όχι-εξέταση του στόματος ή και παραπομπή σε οδοντίατρο</p>	<p>-</p> <p>Αυξημένος</p>

*Μία αρχική εξέταση του στόματος και αξιολόγηση της στοματικής υγείας συνίσταται να πραγματοποιείται σε όλους τους ηλικιωμένους, ανεξάρτητα από τις απαντήσεις τους στις ερωτήσεις, η οποία να ακολουθείται από την απόφαση ή όχι παραπομπής σε οδοντίατρο.

Όσον αφορά στην αξιολόγηση της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων από μη οδοντιάτρους υγειονομικούς και φροντιστές υπάρχουν κάποια εργαλεία τα οποία εμφανίζουν επαρκή εγκυρότητα και αξιοπιστία και εξετάζουν ανατομικές δομές (χείλη, ούλα, βλεννογόνο του στόματος, υπερώα, έδαφος του στόματος, γλώσσα και φυσικά δόντια), καθώς και άλλους σημαντικούς παράγοντες (σάλιο, στοματική υγιεινή, οσμή, πόνος και οδοντοστοιχίες). Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα είναι το Ολιστικό και Αξιόπιστο Εργαλείο Στοματικής Υγείας (The Holistic and Reliable Oral Health Assessment Tool-THROAT), η Σύνομη Εξέταση της Κατάστασης της Στοματικής Υγείας (Brief Oral Health Status Examination-BOHSE) και το Εργαλείο Αξιολόγησης της Στοματικής Υγείας (Oral Health Assessment Tool), το οποίο αποτελεί απλουστευμένη μορφή του προηγούμενου και το οποίο παρατίθεται στο παράρτημα (Dickinson, Watkins, & Leathley, 2001· Kaye-Jones, Bird, Paul, Long, & Schell, 1995· Chalmers, King, Spencer, Wright, & Carter, 2005).

Το θέμα της πτωχής στοματικής υγείας των ηλικιωμένων στις μονάδες φροντίδας έχει αντιμετωπιστεί κυρίως με τοπικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στους φροντιστές μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για τη φροντίδα του στόματος στους ηλικιωμένους, οι φροντιστές οφείλουν να εξετάζουν την κατάσταση της

στοματικής υγείας των ηλικιωμένων, να παρέχουν ή να επιβλέπουν τη φροντίδα του στόματος τουλάχιστον μία φορά την ημέρα και να φροντίζουν για την παραπομπή του ηλικιωμένου στον οδοντίατρο, όταν κρίνεται αναγκαίο (DeVisschere και συν., 2011· O'Connor, 2012· Kossioni και συν., 2018α).

Βάσει των πρόσφατων κατευθυντήριων οδηγιών, προτείνεται η συμβουλευτική στους ηλικιωμένους και στους φροντιστές τους σχετικά με τη στοματική φροντίδα, ανάλογα με το επίπεδο αυτοφροντίδας των ηλικιωμένων, το κοινωνικό και ιατρικό τους ιστορικό και τις συνθήκες διαβίωσης (Kossioni και συν., 2018α). Οι προτάσεις για τη στοματική υγιεινή και φροντίδα αναφέρονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5: Προτάσεις για τη στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων

1. Τα φυσικά δόντια πρέπει να βουρτσίζονται τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα για περίπου 2 λεπτά με μέτρια/μαλακή οδοντόβουρτσα και φθοριούχο οδοντόπαστα. Εάν το βούρτσισμα με χειροκίνητη οδοντόβουρτσα είναι δύσκολο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ηλεκτρική οδοντόβουρτσα. Τα μεσοδόντια διαστήματα θα πρέπει να καθαρίζονται μία φορά την ημέρα.
2. Οι οδοντοστοιχίες θα πρέπει να βουρτσίζονται 2 φορές την ημέρα με οδοντόβουρτσα ειδική για οδοντοστοιχίες και υγρό σαπούνι. Ο μηχανικός καθαρισμός θα πρέπει να συνδυάζεται με χημικά μέσα.
3. Οι οδοντοστοιχίες θα πρέπει να αφαιρούνται το βράδυ και να φυλάσσονται σε νερό με καθαριστικό διάλυμα, εκτός και αν ο οδοντίατρος δώσει διαφορετική συμβουλή.
4. Ο στοματικός βλεννογόνος των νωδών ηλικιωμένων θα πρέπει να ξεπλένεται με άφθονο νερό μετά από κάθε γεύμα, ώστε να απομακρυνθούν τα υπολείμματα τροφών ή και να καθαρίζεται με μία μαλακή οδοντόβουρτσα ή γάζα.
5. Η οδοντόβουρτσα και η οδοντόβουρτσα για τις οδοντοστοιχίες θα πρέπει να αφήνονται να στεγνώνουν στον αέρα.
6. Η γλώσσα θα πρέπει να καθαρίζεται σε καθημερινή βάση.
7. Όσοι ηλικιωμένοι έχουν απώλεια πολλών δοντιών και όσοι χρησιμοποιούν οδοντοστοιχίες θα πρέπει να δέχονται συμβουλές για κατάλληλη διαίτα και προετοιμασία του φαγητού με σκοπό τη βελτίωση της πρόσληψης της τροφής.
8. Οι ενόδοντες ηλικιωμένοι θα πρέπει να μειώσουν την πρόσληψη ζάχαρης και των επεξεργασμένων τροφίμων, τα τερηδογόνα σνακς μεταξύ των γευμάτων, τα όξινα τρόφιμα και ποτά και τα ανθρακούχα αναψυκτικά για την προστασία των φυσικών δοντιών από την τερηδόνα και τις διαβρώσεις.
9. Θα πρέπει να δίνονται συμβουλές προς διακοπή του καπνίσματος και περιορισμό των αλκοολούχων ποτών.
10. Θα πρέπει να δίνονται στους ηλικιωμένους κατάλληλες συμβουλές για πρόληψη και ανακούφιση από την ξηροστομία.
11. Οι ενόδοντες ηλικιωμένοι θα πρέπει να επισκέπτονται τον οδοντίατρο κάθε 3 με 6 μήνες, ενώ οι νωδοί κάθε 12 μήνες.

Αποτελεσματικές πρακτικές για τη βελτίωση της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων στις μονάδες φροντίδας

Σε αρκετές μελέτες έχει καταδειχθεί ότι η εφαρμογή των σχετικών πρωτοκόλλων και η ενίσχυση των γνώσεων των φροντιστών για τη σημασία της στοματικής υγείας μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της στοματικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ιδρυματιζόμενων ηλικιωμένων (Vanobbergen & DeVisschere, 2005). Σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές βρέθηκε βελτίωση των γνώσεων των φροντιστών μετά την παρέμβαση σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (Janssens και συν., 2016· Le, Dempster, Limeback, & Locker 2012). Στην τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη των Frenkel, Harvey και Needs (2002) βρέθηκε στην ομάδα παρέμβασης στατιστικά σημαντική βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων έναν και έξι μήνες μετά από την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος. Οι Khanagar και συν. (2015) πραγματοποίησαν εκπαίδευση των φροντιστών ηλικιωμένων με πρόσωπο με πρόσωπο εκπαίδευση και χορήγηση εκπαιδευτικού CD και βρήκαν στατιστικά σημαντική βελτίωση στη γνώση των φροντιστών της ομάδας παρέμβασης όσον αφορά στη σημασία και την εφαρμογή της στοματικής υγιεινής, στη χρήση του φθορίου, στη φροντίδα των κινητών οδοντοστοιχιών, στην αντιμετώπιση της ξηροστομίας και στη σημασία των τακτικών επισκέψεων στον οδοντίατρο.

Σε δύο μελέτες με ομάδα παρέμβασης μόνο και αξιολόγηση πριν και μετά την παρέμβαση καταγράφηκε η βελτίωση των γνώσεων των φροντιστών (Reed και συν., 2006) και η μείωση της απροθυμίας τους για παροχή φροντίδας του στόματος στους ηλικιωμένους (Forsell και συν., 2010). Επίσης, μετά από εκπαιδευτική παρέμβαση σε νοσηλευτικό προσωπικό μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων καταγράφηκε σε αρκετές μελέτες βελτίωση των δεικτών στοματικής υγείας των τροφίμων (Nicol, Petrina, Sweeney, McHugh, & Bagg, 2005· Jäger, Köster-Schmidt, Schade, & Heudorf, 2009).

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα που ήταν περισσότερο αποτελεσματικά στις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών και του βοηθητικού προσωπικού για τη φροντίδα του στόματος των ηλικιωμένων περιελάμβαναν εκπαίδευση για τη σημασία της στοματικής υγείας, για την αξιολόγηση της κατάστασης της στοματικής υγείας, για τα πρωτόκολλα της καθημερινής φροντίδας του στόματος, για τον κατάλληλο εξοπλισμό και πρακτικό σεμινάριο (hands-on) για την εφαρμογή στοματικής υγιεινής (Parsons, 2012). Ωστόσο, σε συστηματική ανασκόπηση των Coker και συν. (2014) δεν μπορούσε να προσδιοριστεί ο αποτελεσματικότερος συνδυασμός των μεθόδων οι οποίες θα πρέπει περιλαμβάνονται σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Σε πρόσφατη ανασκόπηση των Albrecht, Kurfer, Reissman, Mühlhauser και Körke (2016) δε βρέθηκε ισχυρή τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για τη στοματική υγεία στους φροντιστές και στους ενοίκους των μονάδων φροντίδας, των οποίων η μεθοδολογία έχει γενικά χαμηλή ποιότητα. Σύμφωνα με την έρευνα, η εκπαίδευση είναι σημαντική, ωστόσο όχι επαρκής ώστε να οδηγήσει στη βελτίωση της στοματικής υγείας των ενοίκων των μονάδων φροντίδας και στη διατήρηση αυτής. Επομένως, είναι αναγκαία η εφαρμογή πολύπλευρων και πολυεπίπεδων στρατηγικών (Hoben και συν., 2017β).

Τέλος, σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Hoben και συν. (2017β), υπάρχουν διαθέσιμες δυνητικά υποσχόμενες στρατηγικές οι οποίες στοχεύουν στην πρόληψη ή στη διαχείριση των επιθετικών συμπεριφορών των ηλικιωμένων απέναντι στη φροντίδα του στόματος και στην ενεργοποίηση των ενοίκων προκειμένου να εφαρμόζουν μόνοι τους στοματική υγιεινή. Ωστόσο, οι μελέτες οι οποίες αξιολογούν τις στρατηγικές αυτές έχουν υψηλό κίνδυνο σφάλματος.

2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

2.1 Σκοπός του προγράμματος

Σκοπός του προγράμματος ήταν η ενίσχυση των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των στάσεων των τυπικών φροντιστών ηλικιωμένων οι οποίοι εργάζονται σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων σχετικά με τη στοματική υγεία και τη φροντίδα του στόματος των ενοίκων.

2.2 Περιγραφή του πληθυσμού-στόχου

Ο πληθυσμός-στόχος περιελάμβανε το σύνολο των τυπικών φροντιστών των ηλικιωμένων των τριών παραρτημάτων μίας μονάδας φροντίδας (Αγία Παρασκευή, Αμαρούσιο, Βάρη). Τους τυπικούς φροντιστές των ηλικιωμένων αποτελούν οι νοσηλευτές, οι βοηθοί νοσηλευτών, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσικοθεραπευτές και οι υπεύθυνοι για τη φύλαξη των ηλικιωμένων και τη φροντίδα των θαλάμων τους. Κατά τη διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους 2017-2018 υπήρχε συνεργασία μεταξύ της συγκεκριμένης μονάδας φροντίδας και του Τομέα της Προσθετικής της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ και για το λόγο αυτό οι εργαζόμενοι φροντιστές σε αυτή τη μονάδα επιλέχθηκαν προκειμένου να συμμετάσχουν στη μελέτη (δειγματοληψία ευκολίας).

2.3 Ερευνητικό σχέδιο

Το ερευνητικό σχέδιο περιλάμβανε ημι-πειραματική μελέτη με σχέδιο μη ισοδύναμης ομάδας ελέγχου (quasi experimental study with non-equivalent control group design). Το αρχικό δείγμα ήταν 74 τυπικοί φροντιστές (ομάδα παρέμβασης n=38 και ομάδα ελέγχου n=36). Οι φροντιστές της ομάδας παρέμβασης εργάζονταν στα τμήματα της Αγίας Παρασκευής και του Αμαρουσίου, ενώ οι φροντιστές της ομάδας παρέμβασης εργάζονταν στο τμήμα της Βάρης. Έγινε συμπλήρωση ερωτηματολογίου γνώσεων και στάσεων για τη φροντίδα του στόματος των ηλικιωμένων από τους 74 φροντιστές. Ακολούθησε δύο εβδομάδες μετά η εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος στην ομάδα παρέμβασης και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αμέσως μετά το πέρας της παρέμβασης, καθώς και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από την ομάδα ελέγχου. Δύο μήνες μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα συμπληρώθηκε ξανά το ερωτηματολόγιο από τους φροντιστές της ομάδας παρέμβασης.

2.4 Στόχοι του προγράμματος

Όσον αφορά στα επίπεδα επιρροής, το πρόγραμμα της παρέμβασης εστίασε κυρίως στο ατομικό επίπεδο επιρροής (βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων των φροντιστών για τη φροντίδα του στόματος), αλλά και σε πτυχές του διαπροσωπικού επιπέδου, διότι η βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων των φροντιστών ενδεχομένως να επηρεάσει θετικά τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων.

Οι παράγοντες στους οποίους στόχευσε η παρέμβαση ήταν η βελτίωση των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των στάσεων των φροντιστών σχετικά με τη διατήρηση και προαγωγή της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων. Παράγοντες στους οποίους δεν στόχευσε η παρέμβαση ήταν το θεσμικό πλαίσιο από πλευράς της Πολιτείας και τα πιθανά λειτουργικά εμπόδια από πλευράς των μονάδων φροντίδας σχετικά με την έλλειψη υποχρεωτικότητας και διαθέσιμου χρόνου για την ενασχόληση με τη στοματική υγεία των ενοίκων.

Μετά το πέρας του προγράμματος, επομένως, στόχος ήταν οι συμμετέχοντες να έχουν κατανοήσει τη σπουδαιότητα της στοματικής υγείας και τη σημασία της ένταξης της εφαρμογής στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους στα καθημερινά τους καθήκοντα.

Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες θα ήταν ικανοί να:

- περιγράφουν τη συσχέτιση της στοματικής με τη γενική υγεία και την ποιότητα ζωής
- αναφέρουν τα συνήθη οδοντοστοματολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων
- διακρίνουν τα φυσιολογικά από τα παθολογικά ευρήματα στη στοματική κοιλότητα των ηλικιωμένων
- προβαίνουν σε αρχική επισκόπηση της στοματικής κοιλότητας και να παραπέμπουν στον οδοντίατρο όταν αυτό είναι αναγκαίο
- περιγράφουν τις μεθόδους και τα μέσα καθημερινής στοματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους
- εφαρμόζουν τη σωστή στοματική υγιεινή σε φυσικά δόντια και οδοντοστοιχίες

2.5 Οι ερευνητικές υποθέσεις

- Οι γνώσεις των τυπικών φροντιστών της ομάδας παρέμβασης ως προς τη σημασία και προαγωγή της στοματικής υγείας των ενοίκων στη μονάδα φροντίδας θα ενισχυθούν μετά την πραγματοποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος.

- Οι στάσεις των τυπικών φροντιστών της ομάδας παρέμβασης ως προς τη σημασία και προαγωγή της στοματικής υγείας των ενοίκων στη μονάδα φροντίδας θα βελτιωθούν μετά την πραγματοποίηση εκπαιδευτικού προγράμματος.
- Οι γνώσεις των τυπικών φροντιστών της ομάδας παρέμβασης ως προς τη σημασία και προαγωγή της στοματικής υγείας των ενοίκων στη μονάδα φροντίδας θα είναι περισσότερες σε σύγκριση με τις αντίστοιχες των φροντιστών της ομάδας ελέγχου μετά την πραγματοποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος.
- Οι στάσεις των τυπικών φροντιστών της ομάδας παρέμβασης ως προς τη σημασία και προαγωγή της στοματικής υγείας των ενοίκων στη μονάδα φροντίδας θα είναι περισσότερο θετικές σε σύγκριση με τις αντίστοιχες των φροντιστών της ομάδας ελέγχου μετά την πραγματοποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος.
- Οι γνώσεις των φροντιστών της ομάδας παρέμβασης ως προς τη σημασία και προαγωγή της στοματικής υγείας των ενοίκων στη μονάδα φροντίδας θα διατηρηθούν δύο μήνες μετά την παρέμβαση.
- Οι στάσεις των φροντιστών της ομάδας παρέμβασης ως προς τη σημασία και προαγωγή της στοματικής υγείας των ενοίκων στη μονάδα φροντίδας θα διατηρηθούν δύο μήνες μετά την παρέμβαση.

2.6 Θέματα εγκυρότητας

Όπως αναφέρεται παραπάνω, ως ερευνητικό σχέδιο επιλέχθηκε η ημι-πειραματική μελέτη με σχέδιο μη ισοδύναμης ομάδας ελέγχου. Λόγω της διαφορετικής χωροταξικής τους κατανομής και των συγκεκριμένων μη ευέλικτων καθηκόντων των φροντιστών κατά τις ώρες εργασίας τους, δεν ήταν δυνατό οι φροντιστές της μονάδας να τοποθετηθούν τυχαία στις ομάδες. Επομένως, μετά από συνεννόηση με τη διοίκηση της μονάδας, ο διαχωρισμός σε ομάδα παρέμβασης και ελέγχου έγινε με βάση το τμήμα στο οποίο εργάζονταν. Λόγω επιθυμίας του Διευθυντή το εκπαιδευτικό πρόγραμμα να ξεκινήσει από τις μονάδες του Αμαρουσίου και της Αγίας Παρασκευής, οι φροντιστές των τμημάτων αυτών αποτέλεσαν την ομάδα παρέμβασης, ενώ οι φροντιστές του τμήματος της Βάρης αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η συλλογή των δεδομένων στην προδοκιμασία επέτρεψε τον προσδιορισμό της ομοιότητας των δύο ομάδων για τις μεταβλητές ενδιαφέροντος, δηλαδή για τις γνώσεις και τις στάσεις τους ως προς τη φροντίδα του στόματος των ηλικιωμένων.

Η εξωτερική εγκυρότητα, όρος ο οποίος αναφέρεται στο βαθμό στον τα αποτελέσματα της μελέτης είναι αντιπροσωπευτικά και μπορούν να γενικευθούν απειλείται από τη μη τυχαιοποίηση και τη δειγματοληψία ευκολίας.

Όσον αφορά στην εσωτερική εγκυρότητα, δηλαδή στο βαθμό στον οποίο ο χειρισμός της ανεξάρτητης μεταβλητής (ομάδα) οδηγεί σε μία πραγματικά σημαντική διαφορά στην εξαρτημένη μεταβλητή (γνώσεις και στάσεις), οι κυριότεροι παράγοντες που μπορούν να την απειλήσουν είναι οι εξής:

- Ιστορία

Υπάρχει πιθανότητα στο διάστημα που μεσολαβεί από την προμέτρηση έως τη μεταμέτρηση, οι φροντιστές να αναζήτησαν πληροφορίες για τη φροντίδα του στόματος των ηλικιωμένων ή να ήρθαν σε επαφή με κάποιον ειδικό (π.χ. οδοντίατρο), με συνέπεια την επιρροή των αποτελεσμάτων της μεταμέτρησης. Το μικρό χρονικό διάστημα μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης (δύο εβδομάδες) και η ομάδα ελέγχου συμβάλλουν στη μείωση αυτής της απειλής.

- Εξοικείωση

Η εξοικείωση αφορά σε όλους τους ερευνητικούς σχεδιασμούς οι οποίοι περιλαμβάνουν προμέτρηση και μεταμέτρηση της εξαρτημένης μεταβλητής με το ίδιο εργαλείο μέτρησης. Σχετίζεται με την αλλοίωση των αποτελεσμάτων της μεταμέτρησης εξαιτίας της εξοικείωσης των συμμετεχόντων με το ερωτηματολόγιο. Λόγω του μικρού χρονικού διαστήματος μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης, οι φροντιστές μπορεί να θυμούνταν κάποιες από τις ερωτήσεις και να ανέτρεξαν στο διάστημα αυτό σε αναζήτηση της σωστής τους απάντησης.

- Ενοργάνιση

Η ενοργάνιση αφορά στην έλλειψη αξιοπιστίας ή συμφωνίας στον τρόπο με τον οποίο βαθμολογείται η εξαρτημένη μεταβλητή. Αντιμετωπίζεται με μη ενημέρωση των βαθμολογητών για την ομάδα στην οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες, καθώς και με τυχαιοποιημένα πρωτόκολλα για βαθμολογία, ώστε να αποφεύγονται προκαταλήψεις. Κατά τη βαθμολογία των γνώσεων και των στάσεων, η ερευνήτρια γνώριζε ποια ερωτηματολόγια προέρχονται από φροντιστές της ομάδας παρέμβασης και ποια από φροντιστές της ομάδας ελέγχου. Ωστόσο, τα ερωτηματολόγια περιελάμβαναν ερωτήσεις κλειστού τύπου (ερωτήσεις των γνώσεων με σωστή ή λανθασμένη απάντηση και πολλαπλής επιλογής, ερωτήσεις των στάσεων με βαθμολογία από 1 έως 5 σε κλίμακα Likert) και η πιθανότητα έλλειψης αξιοπιστίας της βαθμολόγησης ήταν μηδενική.

- Αποτέλεσμα Hawthorne

Το αποτέλεσμα Hawthorne αναφέρεται σε αλλαγή της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων, επειδή γνωρίζουν ότι συμμετέχουν στη μελέτη. Μπορεί κάποιος από τους φροντιστές να απάντησαν στις ερωτήσεις των γνώσεων και των στάσεων βασιζόμενοι στο ποιες απαντήσεις νομίζουν ότι θα ικανοποιήσουν τους βαθμολογητές και όχι στο τι πραγματικά γνωρίζουν και πιστεύουν για τη φροντίδα του στόματος των ηλικιωμένων.

2.7 Μέθοδος παρέμβασης

Την παρέμβαση αποτέλεσε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα προς τους τυπικούς φροντιστές των ηλικιωμένων για τη στοματική υγεία και την εφαρμογή στοματικής υγιεινής. Όλη η διαδικασία στρατολόγησης των διδασκομένων και οι μέρες και ώρες των παρεμβάσεων επελέγησαν σε στενή συνεργασία με τη Διοίκηση και τους προϊσταμένους νοσηλευτές, έτσι ώστε να μη διαταραχτεί η λειτουργία της μονάδας.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιλάμβανε παρουσίαση βασισμένη σε ηλεκτρονικό μάθημα με την εφαρμογή Microsoft Powerpoint, ερωτήσεις-απαντήσεις, επίδειξη εφαρμογής στοματικής υγιεινής σε μικρές ομάδες και συζήτηση. Το περιεχόμενο του προγράμματος βασίστηκε στις κατευθυντήριες οδηγίες του Ευρωπαϊκού Κολλεγίου Γηροδοντιατρικής (European College of Gerodontology) με την Ευρωπαϊκή Γηριατρική Εταιρεία (European Geriatric Medicine Society) σχετικά με τις γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες πρέπει να κατέχουν οι μη οδοντίατροι υγειονομικοί όσον αφορά στη στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων και στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας στις μονάδες φροντίδας (Kossionikai συν., 2018).

Πιο συγκεκριμένα, οι ενότητες της παρουσίασης ήταν οι εξής:

- Σημασία της στοματικής υγείας
- Σχέση μεταξύ της στοματικής και της γενικής υγείας
- Διαχωρισμός της παθολογικής από τη φυσιολογική στοματική κατάσταση σε ηλικιωμένους
- Στοματική αξιολόγηση - ποιες καταστάσεις χρήζουν παραπομπής στον οδοντίατρο
- Οδηγίες για τη φροντίδα του στόματος
- Φροντίδα του στόματος στους ηλικιωμένους με άνοια

- Ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης και εμπέδωσης με προβολή συγκεκριμένων κλινικών περιστατικών και αξιολόγησή τους από τους συμμετέχοντες. Οι απαντήσεις τους απετέλεσαν τη βάση περαιτέρω διαδραστικής συζήτησης.

Για την επίδειξη εφαρμογής στοματικής υγιεινής, οι φροντιστές χωρίστηκαν σε τρεις υποομάδες. Πραγματοποιήθηκε επίδειξη σε εκμαγεία και οδοντοστοιχίες από την ερευνήτρια, την επιβλέπουσα και μία υποψήφια διδάκτορα στη Γηροδοντιατρική από την Οδοντιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ για τον ενδεδειγμένο τρόπο του βουρτσίσματος των δοντιών, του μεσοδόντιου καθαρισμού και του καθαρισμού των κινητών οδοντοστοιχιών. Ακολούθησαν ερωτήσεις από τους φροντιστές και συζήτηση.

Στους φροντιστές δόθηκαν σημειώσεις με το ηλεκτρονικό μάθημα και μοιράστηκε επιπλέον έντυπο υλικό, το οποίο περιλάμβανε οδηγίες και οπτικό υλικό σχετικά με την εφαρμογή στοματικής υγιεινής, την εξέταση του στόματος, τα απαραίτητα υλικά για την πραγματοποίηση αυτών και το χειρισμό των ηλικιωμένων με άνοια, καθώς και το εργαλείο αξιολόγησης της στοματικής υγείας (OHAT). Επίσης, προτάθηκε η ιστοσελίδα www.gerodontology.gr, η οποία περιέχει πληροφορίες σχετικές με θέματα στοματικής υγείας ηλικιωμένων υπό μορφή συγγραμμάτων, επιστημονικών άρθρων και βίντεο. Τους δόθηκε, τέλος, πιστοποιητικό παρακολούθησης του σεμιναρίου.

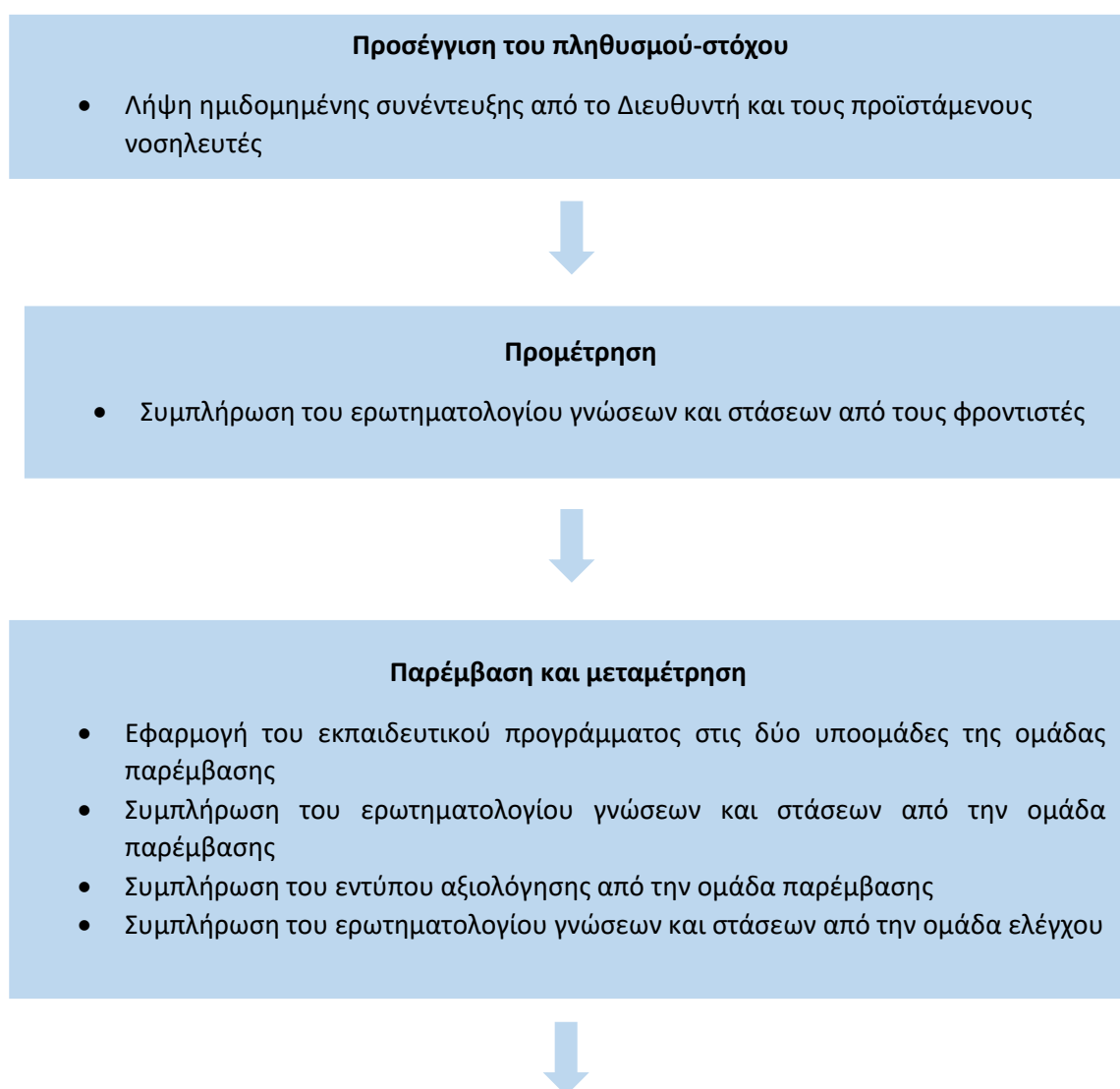
Η παρέμβαση έγινε για την κάθε ομάδα διδασκομένων σε μία μέρα και ήταν διάρκειας 75 λεπτών. Η διάρκεια αυτή αποφασίστηκε μετά από συζήτηση με τους προϊστάμενους νοσηλευτές λαμβάνοντας υπ' όψιν τόσο το φόρτο, όσο και τα ωράρια εργασίας των φροντιστών. Σε συνεννόηση με τη Διοίκηση της μονάδας αποφασίστηκε η εκπαίδευση να γίνει πρώτα στους φροντιστές των μονάδων της Αγίας Παρασκευής και του Αμαρουσίου, επομένως εκείνοι αποτέλεσαν την ομάδα παρέμβασης, ενώ οι φροντιστές της μονάδας στη Βάρη αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα έλαβε χώρα σε έναν από τους χώρους υποδοχής της μονάδας, στον οποίο υπήρχε η κατάλληλη υποδομή (προβολέας, οθόνη, τραπέζια κατάλληλα για εργασία σε μικρές ομάδες) προκειμένου να πραγματοποιηθεί. Προκειμένου να είναι αποδοτικότερη η εκπαίδευση των φροντιστών, η ομάδα παρέμβασης χωρίστηκε σε δύο υποομάδες και το πρόγραμμα έγινε ξεχωριστά στην καθεμία με διαφορά τριών ημερών. Την πρώτη φορά προσήλθαν 13 φροντιστές, ενώ τη δεύτερη φορά 15. Στις δύο υποομάδες της

ομάδας παρέμβασης, αμέσως μετά το πέρας του εκπαιδευτικού προγράμματος δόθηκε ξανά το ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση, καθώς και ένα έντυπο αξιολόγησης του προγράμματος. Δύο μήνες μετά δόθηκε ξανά το ερωτηματολόγιο στην ομάδα παρέμβασης. Ωστόσο, λόγω φόρτου εργασίας, αλλά και αποχώρησης κάποιων φροντιστών από τη μονάδα, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε μόνο από 13 φροντιστές.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα εφαρμόστηκε και στην ομάδα ελέγχου, από τη οποία, μετά το πέρας του προγράμματος, έγινε συμπλήρωση μόνο του εντύπου αξιολόγησης. Και στην ομάδα ελέγχου έγινε η πρόταση χωρισμού σε δύο υποομάδες. Ωστόσο, για λειτουργικούς λόγους της μονάδας, ο προϊστάμενος νοσηλεύτης προτίμησε να γίνει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα μία φορά, στο οποίο συμμετείχαν 27 φροντιστές. Ο σχεδιασμός της παρέμβασης περιγράφεται στο σχήμα 1.

Σχήμα 1: Σχεδιασμός της παρέμβασης



Εκπαίδευση της ομάδας ελέγχου

- Εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος στην ομάδα ελέγχου
- Συμπλήρωση του εντύπου αξιολόγησης από την ομάδα ελέγχου



Επαναληπτική μέτρηση (follow-up)

- Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γνώσεων και στάσεων από την ομάδα παρέμβασης δύο μήνες μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος.

2.8 Δεοντολογικές παράμετροι

Πριν από την πραγματοποίηση της μελέτης, έγινε συγγραφή του ερευνητικού πρωτοκόλλου, το οποίο εγκρίθηκε από την Ειδική Διατμηματική Επιτροπή του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Προαγωγή και Αγωγή της Υγείας» της Ιατρικής Σχολής και του Τμήματος Ψυχολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Όσον αφορά στην προσέγγιση του προσωπικού της μονάδας, αρχικά εστάλη επιστολή στο Διευθυντή της μονάδας με αίτημα τη συνάντηση με σκοπό τη συζήτηση του σχεδίου της παρέμβασης, το οποίο και έγινε δεκτό. Κατά τη συνάντηση, πραγματοποιήθηκε λήψη ημιδομημένης συνέντευξης από το Διευθυντή και τους προϊστάμενους νοσηλευτές, με στόχο την πληροφόρηση σχετικά με την παρούσα κατάσταση της στοματικής φροντίδας των φιλοξενουμένων, την εργασία των φροντιστών και την ενασχόλησή τους με τη φροντίδα του στόματος των ηλικιωμένων, τις πλέον κατάλληλες ώρες διεξαγωγής και τον τόπο διεξαγωγής της παρέμβασης.

Τόσο για τα ερωτηματολόγια των γνώσεων και των στάσεων, όσο και για τα έντυπα αξιολόγησης του εκπαιδευτικού προγράμματος τηρήθηκε ανωνυμία. Προκειμένου να γίνουν συγκρίσεις των γνώσεων και των στάσεων κατά ζεύγη πριν και μετά την παρέμβαση, ζητήθηκε από τους φροντιστές να συμπληρώσουν στα ερωτηματολόγια τα τελευταία 4 ψηφία του αριθμού του κινητού τους τηλεφώνου. Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι φροντιστές υπέγραψαν δελτίο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή τους στη μελέτη.

3 ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ, ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

3.1 Εργαλεία

Το ερευνητικό εργαλείο απετέλεσε έντυπο ερωτηματολόγιο με τις εξής υποκατηγορίες: α) δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών, β) εμπειρία των φροντιστών με τη στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων, γ) προσωπική στοματική φροντίδα των φροντιστών, δ) 12 ερωτήσεις γνώσεων και ε) 14 ερωτήσεις στάσεων. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από την ερευνήτρια με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία και τη γνώμη ειδικών στη Γηροδοντιατρική από την Οδοντιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ.

Πιο συγκεκριμένα, για την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου των γνώσεων μελετήθηκαν αντίστοιχα ερωτηματολόγια σχετικά με τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων: Al-Sharbatti, Sadek, Sreedharan και Muttappallymyalil (2013), Paryag, Rafeek και Lewis (2016), Preston, Puneekar και Gosney (2000), Wårdh και Sörensen (2005), Oral Hygiene Knowledge Test (Regional Geriatric Program Central) και Better Oral Health in Residential Care-Facilitator Portfolio: Oral and Training Program, Pre-Quiz.

Αντίστοιχα, και για την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου των στάσεων, μελετήθηκε η σχετική αρθρογραφία: Knevel, Foley, Gussy και Karimi (2016), Kohli, Nelson, Ulrich, Finch, Hall και Schwarz (2017), Paryag, Rafeek, και Lewis (2016), Preston, Puneekar και Gosney (2000), Rucker, Barlow, Hartshorn, Kaufman, Smith, Kossioni και Marchini (2018) και Wårdh και Sörensen (2005).

Όσον αφορά στις ερωτήσεις των γνώσεων, οι σωστές απαντήσεις είναι οι εξής: 1B, 2A, 3B, 4A, 5A, 6Γ, 7A, 8E, 9B, 10A, 11A, 12B. Κάθε σωστή απάντηση λάμβανε ένα βαθμό, ενώ κάθε λανθασμένη μηδέν. Επομένως, συνολική βαθμολογία των γνώσεων προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στην κάθε ερώτηση και μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 12.

Όσον αφορά στις ερωτήσεις των στάσεων #1, #2, #3, #8, #12 και #13 οι οποίες έχουν θετική χροιά, το 1 αντιστοιχεί στο «διαφωνώ απόλυτα», το 2 στο «διαφωνώ», το 3 στο «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ», το 4 στο «συμφωνώ» και το 5 αντιστοιχεί στο «συμφωνώ απόλυτα». Αντίθετα, οι ερωτήσεις #4, #5, #6, #7, #9, #10, #11 και #14 έχουν αρνητική χροιά και το 1 αντιστοιχεί στο «συμφωνώ απόλυτα», το 2 στο «συμφωνώ», το 3 στο «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ», το 4 στο «διαφωνώ» και το 5 αντιστοιχεί στο «διαφωνώ»

απόλυτα». Η συνολική βαθμολογία των στάσεων προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στην κάθε ερώτηση και μπορεί να πάρει τιμές από 14 έως 70.

3.2 Αξιολόγηση της παρέμβασης

Για την αξιολόγηση της παρέμβασης δόθηκε στους φροντιστές ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε 8 ερωτήσεις, στην καθεμία από τις οποίες έπρεπε να επιλέξουν έναν αριθμό από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 10 (συμφωνώ απόλυτα), καθώς και 3 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε στο εργαλείο αξιολόγησης των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων της συνεχιζόμενης επαγγελματικής ανάπτυξης για εκπαιδευτές-οδοντιάτρους (CPD activity evaluation toolkit for dental educators) (Suomalainen και συν., 2013). Η συνολική βαθμολογία από τις 8 ερωτήσεις προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων και μπορεί να πάρει τιμές από 10 έως 100.

3.3 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε περιγραφική ανάλυση των ποσοτικών (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, εύρος τιμών) και των ποιοτικών μεταβλητών (συχνότητα). Η κανονικότητα των ποσοτικών μεταβλητών ελέγχθηκε με τις δοκιμασίες Kolmogorov-Smirnov και Shapiro Wilk Test. Για τον έλεγχο της διαφοράς μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Student's T-Test και όταν οι κατανομές δεν ήταν κανονικές, η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney Test. Για τον έλεγχο της διαφοράς μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών, εφαρμόστηκαν οι δοκιμασίες χ^2 (Chi-Square Test) και Fisher's Exact Test (όταν δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη δοκιμασία χ^2 με περισσότερους από έναν βαθμούς ελευθερίας). Οι διαφορές στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων γνώσεων εντός των ίδιων ομάδων μεταξύ της προμέτρησης και της μεταμέτρησης ελέγχθηκαν με την εφαρμογή του T-Test κατά ζεύγη (Paired Samples Test) και της μη παραμετρικής δοκιμασίας Wilcoxon Ranked Test.

Η διαφορά στο βαθμό μεταβολής των γνώσεων και στάσεων από την προσμέτρηση στη μεταμέτρηση αναλύθηκε με τη δοκιμασία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (repeated measures). Προηγήθηκαν λογαριθμικοί μετασχηματισμοί στις μεταβλητές score γνώσεων στην προμέτρηση και score γνώσεων στη μεταμέτρηση, διότι η πρώτη δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή.

Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, ειδικότητα, εκπαίδευση στη νοσηλευτική, έτη φροντίδας ηλικιωμένων,

εφαρμογή στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους, τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο) στη βελτίωση των γνώσεων και στάσεων των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης έγιναν σχετικές διμεταβλητές αναλύσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τη διαφορά στην βαθμολογία πριν και μετά την παρέμβαση. Ανάλογα χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές ή μη παραμετρικές δοκιμασίες (Student's T-Test, Mann-Whitney Test, Spearman's Rank Correlation Coefficient, συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Pearson, Kruskal-Wallis Test και ανάλυση διακύμανσης One-Way ANOVA). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές οι οποίες βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις εξαρτημένες αναλύθηκαν περαιτέρω με την εφαρμογή πολλαπλής παλινδρόμησης. Όταν δεν μπορούσε να επιτευχθεί κανονικότητα στις τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής, δημιουργήθηκε μία νέα δίτιμη μεταβλητή με κατώφλι το 75° εκατοστημόριο της κατανομής και διεξήχθη δίτιμη λογιστική παλινδρόμηση.

Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας των αποτελεσμάτων ορίστηκε στο $P \leq 0,05$.

4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Από τους 74 φροντιστές οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο γνώσεων και στάσεων στην αρχή, οι 55 το συμπλήρωσαν και μετά την παρέμβαση (28 φροντιστές στην ομάδα παρέμβασης, 27 φροντιστές στην ομάδα ελέγχου). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων και του δείγματος των 55 φροντιστών αναγράφονται στον πίνακα 1. Η ηλικία των φροντιστών κυμαινόταν από 19 έως 59 έτη, με μέση τιμή τα 33,1 έτη και τυπική απόκλιση 9,1 έτη. Από τους 55 φροντιστές, οι 13 ήταν άνδρες και οι 42 γυναίκες. Ως προς την ειδικότητά τους, οι 28 ήταν νοσηλευτές, οι 18 βοηθοί νοσηλευτών, δύο ψυχολόγοι, ένας κοινωνικός λειτουργός, ένας θαλαμηπόλος, ένας φυσικοθεραπευτής και ένας ο οποίος ασχολείτο με τη φύλαξη των ηλικιωμένων. Σχετικά με την εκπαίδευση των φροντιστών, σε τρεις ήταν δευτεροβάθμια, σε 37 μεταλυκειακή, σε δέκα ΤΕΙ και σε πέντε ΑΕΙ. Επτά φροντιστές ανέφεραν ότι δεν είχαν λάβει κάποια εκπαίδευση στη νοσηλευτική, 47 ότι είχαν λάβει, ενώ ένας φροντιστής δεν απάντησε.

Με βάση τη στατιστική ανάλυση, από τις αναγραφόμενες μεταβλητές στον πίνακα 1, υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου ως προς την ηλικία και την εκπαίδευση στη Νοσηλευτική. Η μέση τιμή της ηλικίας στην ομάδα παρέμβασης ήταν μικρότερη και το ποσοστό των φροντιστών που είχαν εκπαιδευτεί στη Νοσηλευτική ήταν μεγαλύτερο στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Επίσης, υπήρχε οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την ειδικότητα ($P=0,056$).

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία των φροντιστών

Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος	Ομάδα παρέμβασης		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο		P
	n	Mean ± SD ή %	n	Mean ± SD ή %	n	Mean ± SD ή %	
Φύλο							0,335 ^α
Άνδρες	5	17,9%	8	29,6%	13	23,6%	
Γυναίκες	23	82,1%	19	70,4%	42	73,4%	
Ηλικία (έτη)		30,5 ± 8,4		35,7 ± 9,2		33,1 ± 9,1	0,015 ^β
Εκπαίδευση							0,669 ^γ
Δευτεροβάθμια	1	3,6%	2	7,4%	3	5,5%	
Μεταλυκειακή	21	75,0%	16	59,3%	37	67,3%	
ΤΕΙ	4	14,3%	6	22,2%	10	18,2%	
ΑΕΙ	2	7,1%	3	11,1%	5	9,1%	
Ειδικότητα							0,056 ^γ
Νοσηλεύτης	15	53,6%	13	54,2%	28	50,9%	
Βοηθός νοσηλεύτη	13	46,4%	5	20,8%	18	32,7%	
Ψυχολόγος			2	8,3%	2	3,6%	
Κοινωνικός λειτουργός			1	4,2%	1	1,8%	
Φυσιοθεραπευτής			1	4,2%	1	1,8%	
Θαλαμηπόλος			1	4,2%	1	1,8%	
Φύλαξη			1	4,2%	1	1,8%	
Εκπαίδευση στη Νοσηλευτική							0,01 ^α
Ναι	27	100%	20	74,1	47	85,5%	
Όχι			7	25,9	7	12,7%	

^αχ² (Chi-Square) Test

^βMann-Whitney Test

^γFisher's Exact Test

4.2 Φροντίδα ηλικιωμένων και εφαρμογή στοματικής υγιεινής

Τα έτη κατά τα οποία οι φροντιστές ασχολούνταν με ηλικιωμένους κυμαίνονταν από 0 έως 30 με μέση τιμή τα 5,5 έτη και τυπική απόκλιση 6,3 έτη. Αναφορικά με τη φροντίδα της στοματικής υγιεινής των ηλικιωμένων στη μονάδα φροντίδας, 36 φροντιστές ανέφεραν ότι την εφαρμόζαν σε καθημερινή βάση, 13 κάποιες φορές και έξι φροντιστές ότι δεν την ασκούσαν ποτέ. Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα έτη φροντίδας των ηλικιωμένων και στη συχνότητα εφαρμογής στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου. Οι σχετικές πληροφορίες αναγράφονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2: Έτη απασχόλησης των φροντιστών με ηλικιωμένους και εφαρμογή στοματικής στους ηλικιωμένους

	Ομάδα παρέμβασης		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο		P
	n	Mean ± SD ή %	n	Mean ± SD ή %	n	Mean ± SD ή %	
Έτη φροντίδας ηλικιωμένων	28	6,0± 6,6	27	4,9 ± 6,1	55	5,5 ± 6,3	0,367 ^α
Εφαρμογή στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους							0,181 ^β
Καθημερινά	19	67,9%	17	63,0%	36	65,5%	
Μερικές φορές	8	28,6%	5	18,5%	13	23,6%	
Ποτέ	1	3,6%	5	18,5%	6	10,9%	

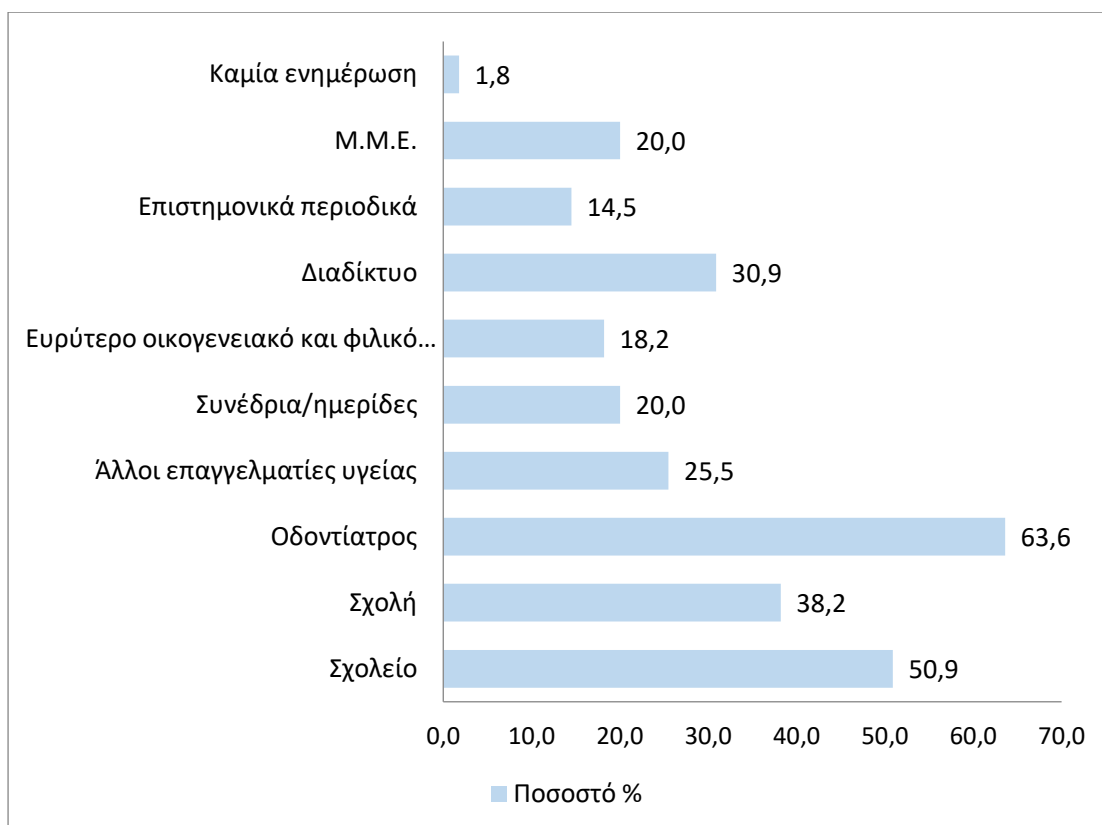
^α Mann-Whitney Test

^β Fisher's Exact Test

4.3 Τρόποι ενημέρωσης σχετικά με τη στοματική υγεία και προσωπική στοματική φροντίδα

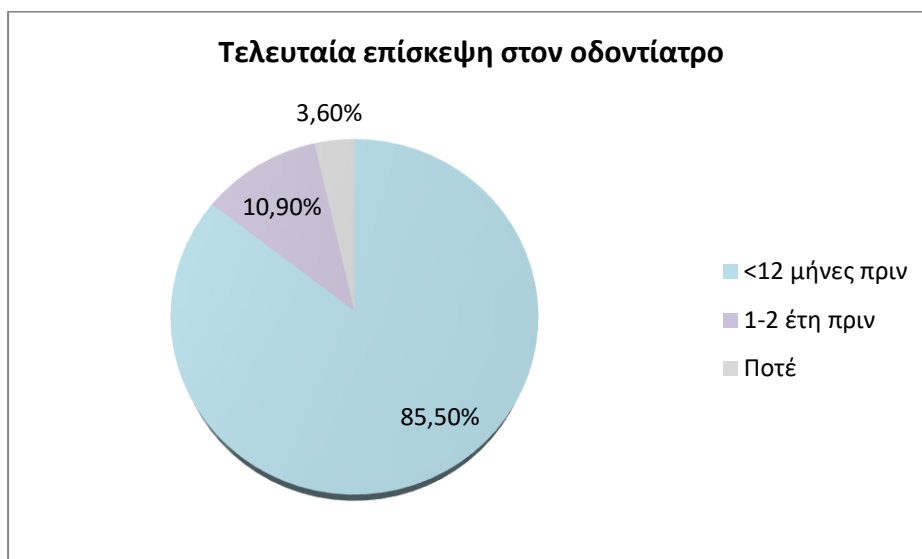
Οι τρόποι ενημέρωσης των φροντιστών σχετικά με τη στοματική υγεία παρουσιάζονται στο γράφημα 1. Σχετικά με την ενημέρωση των φροντιστών για τη στοματική υγιεινή, το 50,9% των φροντιστών ανέφεραν ενημέρωση από το σχολείο, το 38,2% ενημέρωση από κάποιο μάθημα της Σχολής τους, το 63,6% ενημέρωση από τον οδοντίατρο, το 25,5% ενημέρωση από άλλους επαγγελματίες υγείας, το 20,0% ανέφερε ενημέρωση από συνέδρια/ημερίδες κ.λπ., το 18,2% ενημέρωση από το ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, το 14,5% ενημέρωση από επιστημονικά περιοδικά, το 20% ενημέρωση από τα Μ.Μ.Ε., ενώ το 1,8% δήλωσε ότι δεν είχε λάβει ενημέρωση σχετικά με την εφαρμογή της στοματικής υγιεινής.

Γράφημα 1: Τρόποι ενημέρωσης των φροντιστών σχετικά με τη στοματική υγεία



Οι φροντιστές, επίσης, ερωτήθηκαν για το πότε επισκέφθηκαν τελευταία φορά τον οδοντίατρο. Δύο εξ αυτών δήλωσαν ότι δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο, έξι ότι επισκέφθηκαν οδοντίατρο τα τελευταία ένα με δύο έτη και 47 εντός των τελευταίων 12 μηνών. Οι σχετικές πληροφορίες παρουσιάζονται στο γράφημα 2.

Γράφημα 2: Τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο



4.4 Γνώσεις των φροντιστών σχετικά με τη στοματική υγεία

Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στην προμέτρηση

Όσον αφορά στις απαντήσεις των φροντιστών ανά ερώτηση, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία ερώτηση μεταξύ των δύο ομάδων πριν από την πραγματοποίηση της παρέμβασης. Ως προς τη συνολική βαθμολογία των γνώσεων πριν από την πραγματοποίηση της παρέμβασης, η ομάδα παρέμβασης έχει μεγαλύτερη μέση τιμή σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, σε βαθμό όμως στατιστικά μη σημαντικό. Τα ποσοστά των σωστών απαντήσεων ανά ερώτηση, η συνολική βαθμολογία των γνώσεων και οι τιμές των P-value αναγράφονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3: Διαφορά στην βαθμολογία γνώσεων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στην προμέτρηση ανά ερώτηση και στη συνολική βαθμολογία (τα αριθμητικά δεδομένα αναφέρονται στα άτομα κάθε ομάδας τα οποία απάντησαν σωστά στην ερώτηση)

	Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	
Ερώτηση	n, % ή Mean ± SD	n, % ή Mean ± SD	n, % ή Mean ± SD	P
1. Η απώλεια των φυσικών δοντιών είναι φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης.	11 39,3%	13 48,1%	24 43,6%	0,591 ^α
2. Στην ουλίτιδα, τα ούλα είναι εξέρυθρα, πρησμένα και αιμορραγούν εύκολα.	25 89,3%	26 96,3%	51 92,7%	0,611 ^α
3. Είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούμε σκληρή οδοντόβουρτσα.	24 85,7%	23 85,2%	47 85,5%	1,000 ^α
4. Οι τεχνητές οδοντοστοιχίες (μασέλες) πρέπει να αφαιρούνται το βράδυ και να φυλάσσονται σε δοχείο με καθαρό νερό.	28 100,0%	25 92,6%	53 96,4%	0,236 ^α
5. Ο καθαρισμός της γλώσσας αποτελεί σημαντικό κομμάτι της καθημερινής φροντίδας του στόματος.	28 100,0%	26 96,3%	54 98,2%	0,491 ^α
6. Πότε πρέπει να γίνεται το βούρτσισμα των δοντιών;	28 100,0%	26 96,3%	54 98,2%	0,491 ^α
7. Η τερηδόνα, η ουλίτιδα και η περιοδοντίτιδα είναι νοσήματα που μπορούν να προληφθούν.	27 96,4%	26 96,3%	53 96,4%	1,000 ^α
8. Ποιος ή ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης στοματικών προβλημάτων στους ηλικιωμένους;	18 64,3%	15 55,6%	33 60%	0,587 ^α
9. Ο αποτελεσματικότερος τρόπος καθαρισμού των τεχνητών οδοντοστοιχιών	6 21,4%	9 33,3%	15 27,3%	0,375 ^α

(μασελών) είναι το βούρτσισμα με οδοντόκρεμα.				
10. Τα μικρόβια του στόματος μπορεί να προκαλέσουν λοίμωξη στους πνεύμονες.	22 78,6%	16 59,3%	38 69,1%	0,152 ^α
11. Τα χαλασμένα δόντια μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές στη συμπεριφορά των ασθενών με άνοια.	25 89,3%	20 74,1%	45 81,8%	0,213 ^α
12. Η ξηροστομία (μείωση του σάλιου) είναι φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης.	10 35,7%	12 44,4%	22 40%	0,587 ^α
Συνολική βαθμολογία γνώσεων	28 9,0± 1,4	27 8,9± 1,6	55 8,9± 1,5	0,800 ^β

^αχ² (chi-square) Test

^βMann-Whitney Test

Διαφορά στην βαθμολογία γνώσεων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στη μεταμέτρηση

Όσον αφορά στις απαντήσεις των φροντιστών σε κάθε ερώτηση ξεχωριστά μετά την πραγματοποίηση της παρέμβασης, υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των σωστών απαντήσεων μεταξύ των δύο ομάδων στις ερωτήσεις #1, #8, #9, και #12, ενώ στην ερώτηση #11, η στατιστική σημαντικότητα στη διαφορά ήταν οριακή (P=0,051), με την ομάδα παρέμβασης να έχει μεγαλύτερα ποσοστά σωστών απαντήσεων συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Η συνολική βαθμολογία των γνώσεων μετά την πραγματοποίηση της παρέμβασης βρέθηκε μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, με διαφορά στη μέση τιμή κατά 2,1 μονάδες. Τα ποσοστά των σωστών απαντήσεων ανά ερώτηση, η συνολική βαθμολογία των γνώσεων και οι τιμές P αναγράφονται στον πίνακα 4.

Πίνακας 4: Διαφορά στην βαθμολογία γνώσεων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στη μεταμέτρηση ανά ερώτηση και στη συνολική βαθμολογία(τα αριθμητικά δεδομένα αναφέρονται στα άτομα κάθε ομάδας που απάντησαν σωστά στην ερώτηση)

	Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	
Ερώτηση	n, % ή Mean ± SD	n, % ή Mean ± SD	n, % ή Mean ± SD	P
1. Η απώλεια των φυσικών δοντιών είναι φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης.	23 82,1%	9 33,3%	32 58,2%	<0,001 ^α
2. Στην ουλίτιδα, τα ούλα είναι εξέρυθρα, πρησμένα και αιμορραγούν εύκολα.	27 96,4%	27 100,0%	54 98,2%	1,000 ^α
3. Είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούμε σκληρή οδοντόβουρτσα.	27 96,4%	22 81,5%	49 89,1%	0,101 ^α
4. Οι τεχνητές οδοντοστοιχίες (μασέλες) πρέπει να αφαιρούνται το βράδυ και να φυλάσσονται σε δοχείο με καθαρό νερό.	26 92,9%	26 96,3%	52 94,5%	1.000 ^α
5. Ο καθαρισμός της γλώσσας αποτελεί σημαντικό κομμάτι της καθημερινής φροντίδας του στόματος.	26 92,9%	27 100,0%	53 96,4%	0,491 ^α
6. Πότε πρέπει να γίνεται το βούρτσισμα των δοντιών;	25 89,3%	27 100,0%	52 94,5%	0,236 ^α
7. Η τερηδόνα, η ουλίτιδα και η περιοδοντίτιδα είναι νοσήματα που μπορούν να προληφθούν.	25 89,3%	25 92,6%	50 90,9%	0,611 ^α
8. Ποιος ή ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης στοματικών προβλημάτων στους ηλικιωμένους;	26 92,9%	14 51,9%	40 72,7%	0,001 ^α
9. Ο αποτελεσματικότερος τρόπος καθαρισμού των τεχνητών οδοντοστοιχιών (μασελών) είναι το βούρτσισμα με οδοντόκρεμα.	16 57,1%	5 18,5%	21 38,2%	0,005 ^α

10. Τα μικρόβια του στόματος μπορεί να προκαλέσουν λοίμωξη στους πνεύμονες.	26 92,9	21 77,8%	47 85,5%	0,170 ^α
11. Τα χαλασμένα δόντια μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές στη συμπεριφορά των ασθενών με άνοια.	27 96,4%	21 77,8%	48 87,3%	0,051 ^α
12. Η ξηροστομία (μείωση του σάλιου) είναι φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης.	20 71,4%	8 29,6%	28 50,9%	0,003 ^α
Βαθμολογία γνώσεων	28 10,8± 1,3	27 8,7± 1,5	55 9,8± 1,8	<0,001 ^β

^αχ² (chi-square) Test

^β Student's T-Test

Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης

Η συνολική βαθμολογία των γνώσεων στην ομάδα παρέμβασης βρέθηκε μεγαλύτερη μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με πριν από την παρέμβαση σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, με διαφορά στη μέση τιμή κατά 1,8 μονάδες. Στην ομάδα ελέγχου δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Τα δεδομένα αναγράφονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5: Διαφορά στη συνολική βαθμολογία των γνώσεων μεταξύ της προμέτρησης και της μεταμέτρησης στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα ελέγχου

	Προμέτρηση	Μεταμέτρηση	
	Mean ± SD	Mean ± SD	P
Βαθμολογία γνώσεων ομάδας παρέμβασης	9,0± 1,4	10,8± 1,3	<0,001 ^α
Βαθμολογία γνώσεων ομάδας ελέγχου	8,9± 1,6	8,7± 1,5	0,568 ^β

^αWilcoxon Ranked Test

^βPaired Samples Test

Διαφορά στη βαθμολογία των γνώσεων μεταξύ μεταμέτρησης και επαναληπτικής μέτρησης και μεταξύ προμέτρησης και επαναληπτικής μέτρησης στην ομάδα παρέμβασης

Η συνολική βαθμολογία των γνώσεων στην επαναληπτική μέτρηση (follow-up) δύο μήνες μετά την πραγματοποίηση της παρέμβασης βρέθηκε χαμηλότερη σε σύγκριση με τη μεταμέτρηση στην ομάδα παρέμβασης, σε βαθμό όμως στατιστικά μη σημαντικό. Η συνολική βαθμολογία των γνώσεων στην ομάδα παρέμβασης βρέθηκε μεγαλύτερη στην επαναληπτική μέτρηση συγκριτικά με την προμέτρηση σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, με διαφορά στη μέση τιμή κατά 1,1 μονάδες. Τα δεδομένα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Πίνακας 6: Διαφορά στη συνολική βαθμολογία γνώσεων μεταξύ μεταμέτρησης και επαναληπτικής μέτρησης και μεταξύ προμέτρησης και επαναληπτικής μέτρησης στην ομάδα παρέμβασης

	Mean±SD	Mean±SD	P
	Μεταμέτρηση	Επαναληπτική μέτρηση	
Βαθμολογίαγνώσεων	10,4± 1,3	9,9± 1,0	0,110 ^α
	Προμέτρηση	Επαναληπτική μέτρηση	
Βαθμολογίαγνώσεων	8,8± 1,2	9,9±1,0	0,031 ^β

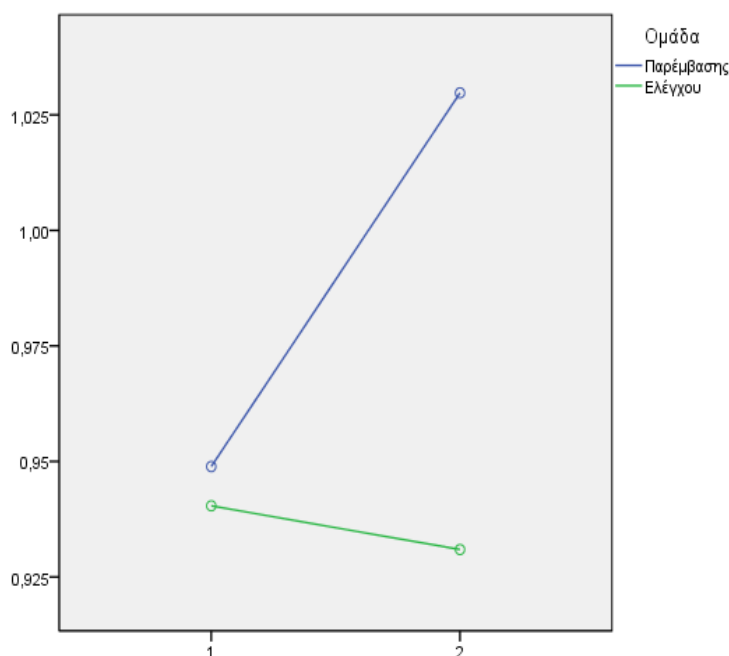
^αPaired Samples T-Test

^βWilcoxon Ranked Test

Διαφορά στο βαθμό μεταβολής των γνώσεων από την προμέτρηση στη μεταμέτρηση

Εφαρμόστηκαν επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (repeated measures) και βρέθηκε P μικρότερο του 0,001. Επομένως, η ομάδα έχει στατιστικά σημαντική σχέση με το βαθμό μεταβολής της συνολικής βαθμολογίας των γνώσεων από την προμέτρηση στη μεταμέτρηση (γράφημα 3).

Γράφημα 3: Σύγκριση του βαθμού μεταβολής της τελικής βαθμολογίας των γνώσεων στις δύο ομάδες από την προμέτρηση στη μεταμέτρηση



4.5 Στάσεις των φροντιστών σχετικά με τη στοματική υγεία

Διαφορά στις στάσεις μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου στην προμέτρηση

Όσον αφορά στις στάσεις των φροντιστών στην προμέτρηση, στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σημειώθηκαν στις ερωτήσεις #3, #4, #7 και #9. Ως προς τη συνολική βαθμολογία των στάσεων στην προμέτρηση, η ομάδα ελέγχου σημείωσε υψηλότερη μέση τιμή σε βαθμό, όμως, στατιστικά μη σημαντικό. Τα δεδομένα αναγράφονται στον πίνακα 7.

Πίνακας 7: Διαφορά στη βαθμολογία των στάσεων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στην προμέτρηση ανά ερώτηση και στη συνολική βαθμολογία

		Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	
Ερώτηση	Κλίμακα Likert	n, % ή Mean ± SD	n, % ή Mean ± SD	n, % ή Mean ± SD	P
1. Θεωρώ την καθημερινή υγιεινή των δοντιών και των οδοντοστοιχιών πολύ σημαντική για τους ηλικιωμένους.	1 2 3 4 5	4 14,3% 24 85,7%	8 29,6% 19 70,4%	12 21,8% 43 78,5%	0,205 ^α
2. Πιστεύω ότι γνωρίζω καλά πώς καθαρίζονται τα δόντια.	1 2 3 4 5	1 3,6% 5 17,9% 15 53,6% 7 25%	1 3,7% 2 7,4% 3 11,1% 17 63% 4 14,8%	1 1,8% 3 5,5% 8 14,5% 32 58,2% 11 20%	0,624 ^β
3. Πιστεύω ότι γνωρίζω καλά πώς καθαρίζονται οι οδοντοστοιχίες (μασέλες).	1 2 3 4 5	2 7,1% 6 21,4% 9 32,1% 11 39,3%	1 3,7% 3 11,1% 19 70,4% 3 11,1%	1 1,8% 3 5,5% 28 50,9% 14 25,5%	0,015 ^β
4. Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να επισκέπτονται τον	1 2 3 4	8 28,6%	2 7,4% 1 3,7% 3 11,1% 11 40,7%	2 3,6% 1 1,8% 3 5,5% 19 34,5%	0,019 ^β

οδοντίατρο μόνο όταν πονάνε.	5	20 71,4%	10 37%	20 54,5%	
5. Η καθημερινή στοματική υγιεινή στους ηλικιωμένους είναι δύσκολη, γιατί δε συνεργάζονται.	1 2 3 4 5	10 35,7% 10 35,7% 7 25% 1 3,6%	4 14,8% 13 48,1% 6 22,2% 3 11,1% 1 3,7%	14 25,5 23 41,8% 13 23,6% 4 7,3% 1 1,8%	0,294 ^β
6. Οι ηλικιωμένοι αδιαφορούν για τη στοματική τους υγιεινή.	1 2 3 4 5	4 14,3% 12 42,9% 7 25% 4 14,3% 1 3,6%	8 29,6% 8 29,6% 7 25,9% 3 11,1% 1 3,7%	12 21,8% 20 36,4% 14 25,5% 7 12,7% 2 3,6%	0,696 ^β
7. Μου είναι περισσότερο δύσάρεστο να καθαρίζω το στόμα των ηλικιωμένων απ' ό,τι να τους παρέχω σωματική καθαριότητα (πχ. άλλαγμα πάνας ακράτειας και καθαρισμός σώματος).	1 2 3 4 5	4 14,3% 2 7,1% 8 28,6% 8 28,6% 6 21,4%	1 3,7% 2 7,4% 14 51,9% 10 37%	5 9,1% 2 3,6% 10 18,2% 22 40% 16 29,1%	0,035 ^β
8. Οι φροντιστές πρέπει να προτρέπουν τον αυτοεξυπηρετούμενο ηλικιωμένο 3στην καθημερινή υγιεινή των δοντιών και των οδοντοστοιχιών του.	1 2 3 4 5	 11 39,3% 17 60,7%	1 3,7% 1 3,7% 9 33,3% 16 59,3%	1 1,8% 1 1,8% 20 36,4% 33 60%	0,831 ^β
9. Θεωρώ ότι η παροχή καθημερινής στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους είναι δυσκολότερη απ' ό,τι η παροχή σωματικής υγιεινής και φροντίδας.	1 2 3 4 5	7 25% 9 32,1% 8 28,6% 3 10,7% 1 3,6%	1 3,7% 4 14,8% 9 33,3% 8 29,6% 5 18,5%	8 14,5% 13 23,6% 17 30,9% 11 20% 6 10,9%	0,023 ^β
10. Δυσκολεύομαι να καθαρίσω τα δόντια και τις οδοντοστοιχίες των ηλικιωμένων γιατί δεν έχω την κατάλληλη εκπαίδευση.	1 2 3 4 5	 2 7,1% 5 17,9% 12 42,9% 9 32,1%	1 3,7% 3 11,1% 4 14,8% 10 37% 9 33,3%	1 1,8% 5 9,1% 9 16,4% 22 40% 18 32,7%	0,966 ^β
11. Δυσκολεύομαι να ελέγξω το στόμα του ηλικιωμένου για τυχόν βλάβες, γιατί δεν έχω την κατάλληλη εκπαίδευση.	1 2 3 4 5	2 7,1% 5 17,9% 6 21,4% 10 35,7% 5 17,9%	3 11,1% 7 25,9% 6 22,2% 10 37% 1 3,7%	5 9,1% 12 21,8% 12 21,8% 20 36,4% 6 10,9%	0,558 ^β

12. Η καθημερινή στοματική υγιεινή πρέπει να διεξάγεται υποχρεωτικά στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.	1				0,107 ^β
	2	1 3,6%		1 1,8%	
	3	4 14,3%		4 7,3%	
	4	12 42,9%	17 63%	29 52,8%	
	5	11 39,3%	10 37%	21 38,2%	
13. Ο συστηματικός έλεγχος της στοματικής υγείας πρέπει να διεξάγεται υποχρεωτικά στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.	1	1 3,6%		1 1,8%	0,813 ^β
	2	1 3,6%		1 1,8%	
	3	3 10,7%	2 7,4%	5 9,1%	
	4	13 46,4%	16 59,3%	29 52,7%	
	5	10 35,7%	9 33,3%	19 34,5%	
14. Μου είναι δύσκολο να φροντίζω καθημερινά το στόμα των ηλικιωμένων, γιατί δεν υπάρχει ο αναγκαίος χρόνος.	1	5 17,9%		5 9,1%	0,084 ^β
	2	4 14,3%	3 11,1%	7 12,7%	
	3	9 32,1%	6 22,2%	15 27,3%	
	4	7 25%	11 40,7%	18 32,7%	
	5	3 10,7%	7 25,9%	10 18,2%	
Βαθμολογία στάσεων		28 51,0±5,2	27 52,3 ± 4,8	55 51,6±5,0	0,341 ^γ

^αχ² (Chi-Square) Test

^β Fisher's Exact Test

^γ Student's T-Test

Διαφορά στις στάσεις μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου στη μεταμέτρηση

Στις απαντήσεις ανά ερώτηση μετά την πραγματοποίηση της παρέμβασης βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου στις ερωτήσεις #2, #3, #4, #10 και #11. Στη συνολική βαθμολογία των στάσεων μετά την πραγματοποίηση της παρέμβασης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου, με την ομάδα παρέμβασης να έχει μεγαλύτερη μέση τιμή κατά 3,5 μονάδες. Τα δεδομένα αναγράφονται στον πίνακα 8.

Πίνακας 8: Διαφορά στη βαθμολογία των στάσεων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στη μεταμέτρηση ανά ερώτηση και στη συνολική βαθμολογία

		Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	
Ερώτηση	Κλίμακα Likert	n, % ή Mean ± SD	n, % ή Mean ± SD	n, % ή Mean ± SD	P
1. Θεωρώ την καθημερινή υγιεινή των δοντιών και των οδοντοστοιχιών πολύ σημαντική για τους ηλικιωμένους.	1		1 3,8%	1 1,9%	0,207 ^α
	2				
	3				
	4	3 10,7%	6 23,1%	9 16,7%	
	5	25 89,3%	19 73,1%	44 81,5%	
2. Πιστεύω ότι γνωρίζω καλά πώς καθαρίζονται τα δόντια.	1		1 3,8%	1 1,9%	0,004 ^α
	2		5 19,2%	7 13,0%	
	3	2 7,1%	15 57,7%	23 42,6%	
	4	8 28,6%	5 19,2%	23 42,6%	
	5	18 64,3%	23 42,6%		
3. Πιστεύω ότι γνωρίζω καλά πώς καθαρίζονται οι οδοντοστοιχίες (μασέλες).	1		2 7,7%	2 3,7%	0,001 ^α
	2		2 7,7%	2 3,7%	
	3	1 3,6%	5 19,2%	6 11,1%	
	4	7 25,0%	11 42,3%	18 33,3%	
	5	20 71,4%	6 23,1%	26 48,1%	
4. Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να επισκέπτονται τον οδοντίατρο μόνο όταν πονάνε.	1		2 7,7%	2 3,7%	0,035 ^α
	2		2 7,7%	2 3,7%	
	3		12 46,2%	21 38,9%	
	4	9 32,15	10 38,5%	29 53,7%	
	5	19 67,9%			
5. Η καθημερινή στοματική υγιεινή στους ηλικιωμένους είναι δύσκολη, γιατί δε συνεργάζονται.	1	6 21,4%	2 7,7%	8 14,8%	0,354 ^α
	2	12 42,9%	16 61,5%	28 51,9%	
	3	7 25,0%	7 26,9%	14 25,9%	
	4	1 3,6%	1 3,8%	2 3,7%	
	5	2 7,1%		2 3,7%	
6. Οι ηλικιωμένοι αδιαφορούν για τη στοματική τους υγιεινή.	1	2 7,1%	5 19,2%	7 13,0%	0,770 ^α
	2	15 53,6%	11 42,3%	26 48,1%	
	3	8 28,6%	7 26,9%	15 27,8%	
	4	2 7,1%	2 7,7%	4 7,4%	
	5	1 3,6%	1 3,8%	2 3,7%	

7. Μου είναι περισσότερο δυσάρεστο να καθαρίζω το στόμα των ηλικιωμένων απ' ό,τι να τους παρέχω σωματική καθαριότητα (πχ. άλλαγμα πάνας ακράτειας και καθαρισμός σώματος).	1 2 3 4 5	2 7,1% 5 17,9% 4 14,3% 14 50% 3 10,7%	2 7,7% 6 23,1% 10 38,5% 8 30,8%	2 3,7% 7 13% 10 18,5% 24 44,4% 11 20,4%	0,175 ^α
8. Οι φροντιστές πρέπει να προτρέπουν τον αυτοεξυπηρετούμενο ηλικιωμένο 3στην καθημερινή υγιεινή των δοντιών και των οδοντοστοιχιών του.	1 2 3 4 5		2 7,7% 12 46,2% 12 46,2%	2 3,7% 23 42,6% 29 53,7%	0,283 ^α
9. Θεωρώ ότι η παροχή καθημερινής στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους είναι δυσκολότερη απ' ό,τι η παροχή σωματικής υγιεινής και φροντίδας.	1 2 3 4 5	3 10,7% 12 42,9% 6 21,4% 3 10,7% 4 14,3%	2 7,7% 8 30,8% 3 11,5% 9 34,6% 4 15,4%	5 9,3% 20 37,0% 9 16,7% 12 22,2% 8 14,8%	0,300 ^α
10. Δυσκολεύομαι να καθαρίσω τα δόντια και τις οδοντοστοιχίες των ηλικιωμένων γιατί δεν έχω την κατάλληλη εκπαίδευση.	1 2 3 4 5		1 3,8% 4 15,4% 7 26,9% 9 34,6% 5 19,2%	1 1,9% 4 7,4% 7 13,0% 24 44,4% 18 33,3%	<0,001 ^α
11. Δυσκολεύομαι να ελέγξω το στόμα του ηλικιωμένου για τυχόν βλάβες, γιατί δεν έχω την κατάλληλη εκπαίδευση.	1 2 3 4 5		2 7,7% 6 23,1% 6 23,1% 11 42,3% 1 3,8%	2 3,7% 6 11,1% 11 20,4% 26 48,1% 9 16,7%	0,004 ^α
12. Η καθημερινή στοματική υγιεινή πρέπει να διεξάγεται υποχρεωτικά στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.	1 2 3 4 5			3 11,5% 5 9,3% 10 38,5% 17 31,5% 13 50,0% 32 59,3%	0,432 ^α
13. Ο συστηματικός έλεγχος της στοματικής υγείας πρέπει να διεξάγεται υποχρεωτικά στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.	1 2 3 4 5			1 3,6% 2 7,7% 3 5,6% 11 39,3% 22 40,7% 11 42,3% 13 50% 29 53,7%	0,752 ^α

14. Μου είναι δύσκολο να φροντίζω καθημερινά το στόμα των ηλικιωμένων, γιατί δεν υπάρχει ο αναγκαίος χρόνος.	1	5	17,9%		5	9,3%	0,151 ^α	
	2	5	17,9%	4	15,4%	9		16,7%
	3	9	32,1%	7	26,9%	16		29,6%
	4	6	21,4%	10	38,5%	16		29,6%
	5	3	10,7%	5	19,2%	8		14,8%
Βαθμολογία στάσεων		28	54,9± 4,6	27	51,4± 5,8	55	53,2±5,5	0,017 ^β

^α Fisher's Exact Test

^β Student's T-Test

Διαφορά στις στάσεις μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης

Στην ομάδα παρέμβασης, η συνολική βαθμολογία των στάσεων αυξήθηκε μετά την παρέμβαση συγκριτικά με πριν από την παρέμβαση σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, με διαφορά στη μέση τιμή 3,86 μονάδες. Στην ομάδα ελέγχου, δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Τα δεδομένα αναγράφονται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9: Διαφορά στη συνολική βαθμολογία των στάσεων στην ομάδα παρέμβασης μεταξύ της προμέτρησης και της μεταμέτρησης

	Προμέτρηση	Μεταμέτρηση	
	Mean ± SD	Mean ± SD	P
Βαθμολογία στάσεων ομάδας παρέμβασης	51,0±5,2	54,9±4,6	<0,001 ^α
Βαθμολογία στάσεων ομάδας ελέγχου	52,3 ± 4,8	51,4± 5,8	0,206 ^α

^α Paired Samples T-Test

Διαφορά στις στάσεις μεταξύ μεταμέτρησης και επαναληπτικής μέτρησης και μεταξύ προμέτρησης και επαναληπτικής μέτρησης στην ομάδα παρέμβασης

Στην ομάδα παρέμβασης, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων δεν μεταβλήθηκε στατιστικά σημαντικά. Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων αυξήθηκε στην επαναληπτική μέτρηση δύο μήνες μετά την πραγματοποίηση της παρέμβασης σε σύγκριση με την προμέτρηση, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, με διαφορά 3 μονάδων στη μέση τιμή. Τα δεδομένα αναγράφονται στον πίνακα 10.

Πίνακας 10: Διαφορά στη συνολική βαθμολογία των στάσεων στην ομάδα παρέμβασης μεταξύ μεταμέτρησης και επαναληπτικής μέτρησης και μεταξύ προμέτρησης και επαναληπτικής μέτρησης

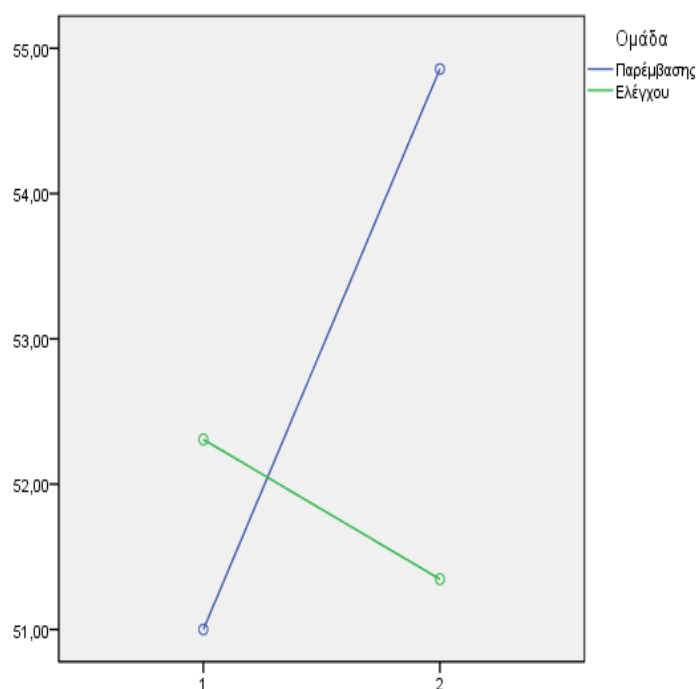
	Mean ± SD	Mean ± SD	P
	Μεταμέτρηση	Επαναληπτική μέτρηση	
Βαθμολογία στάσεων	54,6 ±4,4	53,5±4,9	0,210 ^α
	Προμέτρηση	Επαναληπτική μέτρηση	
Βαθμολογία στάσεων	50,5 ± 4,8	53,5 ± 4,9	0,019 ^α

^αPaired Samples T-Test

Διαφορά στο βαθμό μεταβολής των στάσεων από την προμέτρηση στη μεταμέτρηση

Εφαρμόστηκαν επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (repeated measures) και βρέθηκε τιμή P μικρότερη του 0,001. Επομένως, η ομάδα είχε στατιστικά σημαντική σχέση με το βαθμό μεταβολής της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων από την προμέτρηση στη μεταμέτρηση (γράφημα 4).

Γράφημα 4: Σύγκριση του βαθμού μεταβολής της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων στις δύο ομάδες από την προμέτρηση στη μεταμέτρηση



4.6 Επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων

Επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στη διαφορά των γνώσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης

Στον πίνακα 11 φαίνεται η επίδραση των διαφόρων ανεξάρτητων μεταβλητών στη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των γνώσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης. Μόνο το φύλο και η ομάδα βρέθηκε ότι επιδρούσαν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό στη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των γνώσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης και έτσι ακολούθησε περαιτέρω ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης με μόνο αυτές τις δύο παραμέτρους.

Πίνακας 11: Επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των γνώσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης

Μεταβλητή	P
Φύλο Άνδρες Γυναίκες	0,019 ^α
Ηλικία	0,067 ^β
Ομάδα Παρέμβασης Ελέγχου	<0,001 ^α
Εκπαίδευση Δευτεροβάθμια Μεταλυκειακή ΤΕΙ ΑΕΙ	0,192 ^γ
Ειδικότητα Νοσηλεύτης Βοηθός νοσηλεύτη Ψυχολόγος Κοινωνικός λειτουργός Φυσικοθεραπευτής Θαλαμηπόλος Φύλαξη	0,280 ^γ
Εκπαίδευση στη Νοσηλευτική Ναι Όχι	0,101 ^α
Έτη φροντίδας ηλικιωμένων	0,967 ^β
Εφαρμογή στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους Καθημερινά Μερικές φορές Ποτέ	0,112 ^γ
Τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο <12 μήνες 1-2 έτη Ποτέ	0,955 ^γ

^αMann-Whitney Test ^β Spearman's Rank Correlation Coefficient ^γKruskal-WallisTest

Σύμφωνα με τον πίνακα 12, η εξίσωση η οποία συνδέει τη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των γνώσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης, την ομάδα και το φύλο είναι η εξής:

$$\text{Διαφορά} = -0,681 - 2,497 * \text{ομάδα} + 1,372 * \text{φύλο}$$

Μόνο η «ομάδα» έχει επίδραση στη διαφορά της βαθμολογίας των γνώσεων σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Οι φροντιστές της ομάδας παρέμβασης είχαν 91,8% μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν διαφορά στη συνολική βαθμολογία των γνώσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης ίση ή μεγαλύτερη του 2 σε σύγκριση με τους φροντιστές της ομάδας ελέγχου.

Πίνακας 12: Λογιστική παλινδρόμηση για την επίδραση του φύλου και της «ομάδας» στη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των γνώσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης

Μεταβλητή	Κλίση β	P	Odds Ratio ^α
Φύλο	1,372	0,135	3,942
Ομάδα	-2,497	0,001	0,082
Σταθερά α	-0,681		

^αLogistic Regression

Επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης

Στον πίνακα 13 παρουσιάζεται η επίδραση των διαφόρων ανεξάρτητων μεταβλητών στη διαφορά της βαθμολογίας των στάσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης. Μόνο η ομάδα βρέθηκε να έχει επίδραση σε βαθμό στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 13: Επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης

Μεταβλητή	P
Φύλο Άνδρες Γυναίκες	0,643 ^α
Ηλικία	0,357 ^β
Ομάδα Παρέμβασης Ελέγχου	<0,001 ^α
Εκπαίδευση Δευτεροβάθμια Μεταλυκιακή ΤΕΙ ΑΕΙ	1,000 ^γ
Ειδικότητα Νοσηλεύτης Βοηθός νοσηλεύτη Ψυχολόγος Κοινωνικός λειτουργός Φυσικοθεραπευτής Θαλαμηπόλος Φύλαξη	0,552 ^γ
Εκπαίδευση στη Νοσηλευτική Ναι Όχι	0,495 ^α
Έτη φροντίδας ηλικιωμένων	0,218 ^β
Εφαρμογή στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους Καθημερινά Μερικές φορές Ποτέ	1,000 ^γ
Τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο <12 μήνες 1-2 έτη Ποτέ	0,112 ^γ

^αStudent's T-Test

^β Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Pearson

^γ Ανάλυση Διακύμανσης (One-Way ANOVA)

Οι φροντιστές της ομάδας παρέμβασης είχαν 4,819 μονάδες περισσότερες στη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης σε σύγκριση με τους φροντιστές της ομάδας ελέγχου, κατά μέσο όρο, με βάση την απλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 14).

Πίνακας 14: Επίδραση της ομάδας στη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων μεταξύ μεταμέτρησης και προμέτρησης

Μεταβλητή	Σταθερά α	Κλίση β	P
Φύλο	8,676	-4,819	<0,001 ^α

α. Linear Regression

4.7 Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος από τους φροντιστές

Στον πίνακα 15 αναγράφονται οι απαντήσεις των φροντιστών ανά πρόταση και η συνολική βαθμολογία των 8 προτάσεων της αξιολόγησης ανά ομάδα και στο σύνολο. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και την ομάδας ελέγχου ($P=0,181$).

Πίνακας 15: Απαντήσεις των φροντιστών ανά πρόταση και συνολική βαθμολογία αξιολόγησης

Πρόταση	n, % ή Mean ± SD
Το σεμινάριο βελτίωσε τις γνώσεις μου πάνω στη στοματική υγεία.	
1	1 2,6%
5	2 5,3%
6	2 5,3%
7	1 2,6%
8	5 13,2%
9	4 10,5%
10	23 60,5%
Σκοπεύω να εφαρμόσω όσα έμαθα στο επάγγελμά μου.	
1	1 2,6%
6	1 2,6%
8	5 13,2%
9	5 13,2%
10	26 68,4%
Σκοπεύω να εφαρμόσω όσα έμαθα στην προσωπική μου ζωή.	
7	1 2,6%
9	10 26,3%
10	27 71,1%
Το περιεχόμενο ήταν ικανοποιητικό.	
7	2 5,3%
8	3 7,9%
9	8 21,1%
10	25 65,8%
Ο χώρος εκπαίδευσης ήταν κατάλληλος.	

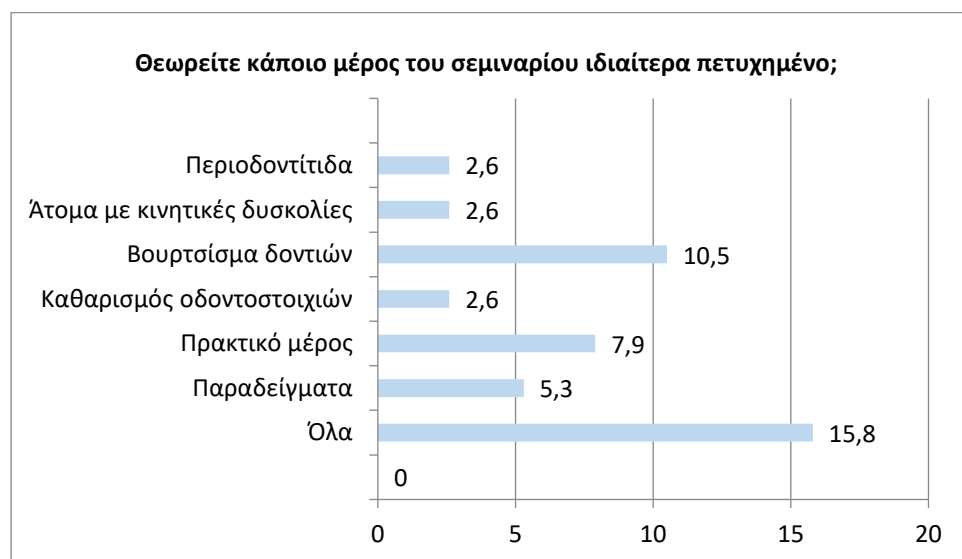
5	1 2,6%
7	6 15,8%
8	8 21,1%
9	2 5,3%
10	21 55,3%
Ο τρόπος παρουσίασης από τους διδάσκοντες ήταν ικανοποιητικός.	
5	1 2,6%
7	1 2,6%
8	3 7,9%
9	5 10,5%
10	8 76,3%
Η οργάνωση του σεμιναρίου ήταν ικανοποιητική.	
6	1 2,6%
7	1 2,6%
8	3 7,9%
9	5 13,2%
10	28 73,7%
Θα σύστηνα στους συναδέλφους μου να το παρακολουθήσουν.	
7	2 5,3%
8	3 7,9%
9	5 13,2%
10	28 73,7%
Συνολική βαθμολογία αξιολόγησης	74,8 ± 6,6

Οι απαντήσεις των φροντιστών στις τρεις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου παρουσιάζονται στα γραφήματα 5, 6 και 7.

Στην ερώτηση «Θεωρείτε κάποιο μέρος του σεμιναρίου ιδιαίτερα πετυχημένο;» οι απαντήσεις ήταν οι εξής: το θέμα της περιοδοντίτιδας από έναν φροντιστή, η εφαρμογή στοματικής υγιεινής σε άτομα με κινητικές δυσκολίες από έναν φροντιστή, ο σωστός τρόπος

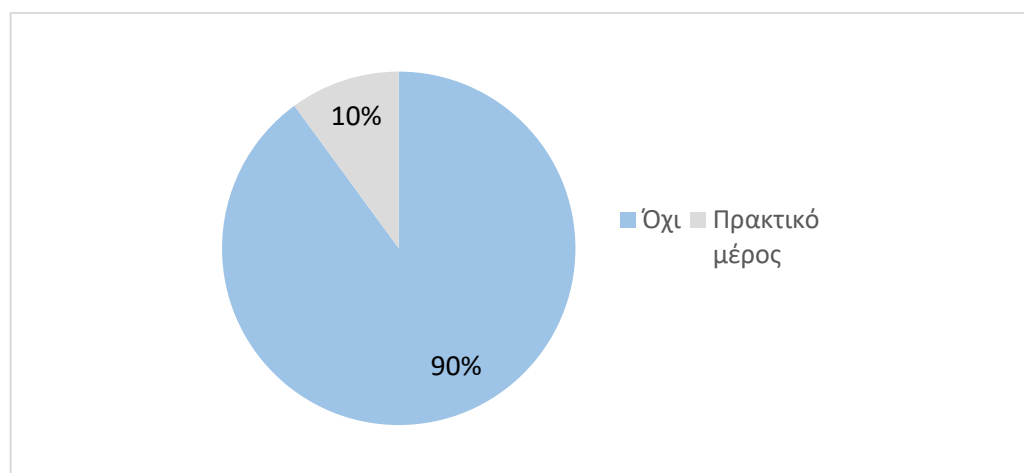
βουρτσίσματος των δοντιών από τέσσερις φροντιστές, ο σωστός τρόπος καθαρισμού των κινητών οδοντοστοιχιών από έναν φροντιστή, το πρακτικό μέρος από τρεις φροντιστές, τα παραδείγματα με συνήθη νοσήματα του στόματος από δύο φροντιστές και όλα από έξι φροντιστές.

Γράφημα 5: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση «Θεωρείτε κάποιο συγκεκριμένο μέρος του σεμιναρίου ιδιαίτερα πετυχημένο;»



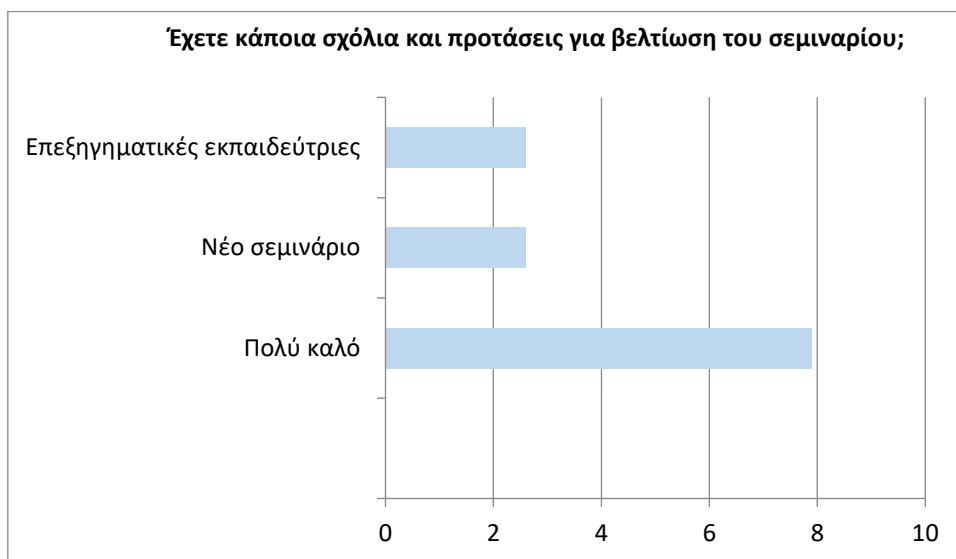
Στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι κάποιο μέρος του σεμιναρίου χρειάζεται κάποια βελτίωση;» δύο φροντιστές απάντησαν το πρακτικό μέρος, ενώ 18 φροντιστές απάντησαν όχι.

Γράφημα 6: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι κάποιο μέρος του σεμιναρίου χρειάζεται κάποια βελτίωση;»



Στην ερώτηση «Έχετε κάποια σχόλια και προτάσεις για βελτίωση του σεμιναρίου;» ένας φροντιστής απάντησε ότι επιθυμεί νέο σεμινάριο, ένας φροντιστής ότι οι εκπαιδευτριες ήταν πολύ επεξηγηματικές και έξι φροντιστές ότι το σεμινάριο ήταν πολύ καλό.

Γράφημα 7: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση «Έχετε κάποια σχόλια και προτάσεις για βελτίωση του σεμιναρίου;»



5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Σύνοψη και ερμηνεία αποτελεσμάτων

Μετά τη στατιστική ανάλυση των απαντήσεων των φροντιστών στο ερωτηματολόγιο γνώσεων και στάσεων, βρέθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της συνολικής βαθμολογίας των γνώσεων στην ομάδα παρέμβασης μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος συγκριτικά με την προμέτρηση ($P < 0,001$). Αντιθέτως, στην ομάδα ελέγχου, η συνολική βαθμολογία των γνώσεων μεταξύ μεταμέτρησης και προμέτρησης δεν είχε στατιστικά σημαντικές διαφορές ($P = 0,568$). Μεταξύ των δύο ομάδων στη μεταμέτρηση, η συνολική βαθμολογία των γνώσεων στην ομάδα παρέμβασης ήταν μεγαλύτερη σε σύγκριση με το αντίστοιχη στην ομάδα ελέγχου σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ($P < 0,001$). Αξιολογώντας τις διαφορές ανά ερώτηση μεταξύ των δύο ομάδων στη μεταμέτρηση, η ομάδα παρέμβασης είχε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά σωστών απαντήσεων στις εξής ερωτήσεις:

- Η απώλεια των φυσικών δοντιών είναι φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης ($P < 0,001$).
- Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης στοματικών προβλημάτων στους ηλικιωμένους; ($P = 0,001$)
- Ο αποτελεσματικότερος τρόπος καθαρισμού των κινητών οδοντοστοιχιών (μασελών) είναι το βούρτσισμα με οδοντόκρεμα. ($P = 0,005$)
- Η ξηροστομία (μείωση του σάλιου) είναι φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης. ($P = 0,003$)

Στις ερωτήσεις αυτές και οι δύο ομάδες είχαν σημειώσει τα χαμηλότερα ποσοστά σωστών απαντήσεων στην προμέτρηση. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, τα ποσοστά των σωστών απαντήσεων ήταν υψηλά και στις δύο ομάδες, τόσο στην προμέτρηση όσο και στη μεταμέτρηση. Ενδέχεται οι φροντιστές να γνώριζαν ήδη τις σωστές απαντήσεις ή τα υψηλά ποσοστά των σωστών απαντήσεων να οφείλονται στο αποτέλεσμα Hawthorne (επιλογή των απαντήσεων οι οποίες θεωρούσαν οι συμμετέχοντες ότι θα ικανοποιήσουν τους βαθμολογητές).

Στην ομάδα παρέμβασης, οι γνώσεις διατηρήθηκαν στην μέτρηση δύο μήνες μετά και δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά συγκριτικά με τη μεταμέτρηση ($P = 0,11$). Εκτός από την εκπαιδευτική αποτελεσματικότητα του σεμιναρίου το οποίο παρακολούθησαν, θα

μπορούσε κάποιος να υποθέσει ότι οι φροντιστές οι οποίοι συμμετείχαν στην επαναληπτική μέτρηση μπορεί στο διάστημα των δύο μηνών ή πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να ανέτρεξαν στο έντυπο υλικό το οποίο τους είχε δοθεί ή και στις προτεινόμενες ιστοσελίδες σχετικά με θέματα στοματικής υγείας και φροντίδας στους ηλικιωμένους από ενδιαφέρον ως προς το αντικείμενο. Υπάρχει ακόμα η πιθανότητα η διατήρηση των γνώσεων να οφείλεται στην εξοικείωσή τους με το ερωτηματολόγιο.

Όσον αφορά στις στάσεις σχετικά με τη στοματική υγεία, στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση της αντίστοιχης βαθμολογίας μετά την εφαρμογή της παρέμβασης σε σύγκριση με την προμέτρηση ($P < 0,001$), σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου ($P = 0,206$). Μεταξύ των δύο ομάδων στη μεταμέτρηση, η τελική βαθμολογία των στάσεων στην ομάδα παρέμβασης βρέθηκε μεγαλύτερη σε σύγκριση με την αντίστοιχη στην ομάδα ελέγχου σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ($P = 0,017$). Μετά την αξιολόγηση των απαντήσεων ανά ερώτηση μεταξύ των δύο ομάδων στη μεταμέτρηση, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις εξής ερωτήσεις:

- Πιστεύω ότι γνωρίζω καλά πώς καθαρίζονται τα δόντια ($P = 0,004$)
- Πιστεύω ότι γνωρίζω καλά πώς καθαρίζονται οι οδοντοστοιχίες ($P = 0,001$)
- Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να επισκέπτονται τον οδοντίατρο μόνο όταν πονάνε ($P = 0,035$)
- Δυσκολεύομαι να καθαρίσω τα δόντια και τις οδοντοστοιχίες των ηλικιωμένων, γιατί δεν έχω την κατάλληλη εκπαίδευση ($P < 0,001$)
- Δυσκολεύομαι να ελέγξω το στόμα του ηλικιωμένου για τυχόν βλάβες, γιατί δεν έχω την κατάλληλη εκπαίδευση ($P = 0,004$)

Το γεγονός αυτό θεωρήθηκε αναμενόμενο, διότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιελάμβανε πολλές πληροφορίες σχετικά με τον σωστό τρόπο βουρτσίσματος των δοντιών και των κινητών οδοντοστοιχιών, σχετικά με τον διαχωρισμό παθολογικών από φυσιολογικές καταστάσεις στο στόμα και σχετικά με τις περιπτώσεις οι οποίες χρήζουν παραπομπής στον οδοντίατρο, γεγονός το οποίο αύξησε την αυτοπεποίθηση των φροντιστών. Στάσεις οι οποίες αφορούν στη διαθεσιμότητα του χρόνου των φροντιστών και στη δυσαρέσκειά τους να φροντίσουν τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων φαίνεται ότι χρειάζονται περισσότερο χρονικό διάστημα ώστε να βελτιωθούν.

Στην ομάδα παρέμβασης, οι στάσεις διατηρήθηκαν στην επαναληπτική μέτρηση δύο μήνες μετά χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές ($P = 0,21$).

Από τους παράγοντες ηλικία, φύλο, ειδικότητα, εκπαίδευση των φροντιστών, διάρκεια ενασχόλησής τους με ηλικιωμένους, συχνότητα εφαρμογής στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους και χρόνος τελευταίας επίσκεψης στον οδοντίατρο, βρέθηκε μετά από διμεταβλητές αναλύσεις ότι μόνο το φύλο και η ομάδα (παρέμβασης ή ελέγχου) επιδρούν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό στη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των γνώσεων μεταξύ μεταμέτρησης και προμέτρησης. Ωστόσο, μετά την εφαρμογή λογιστικής παλινδρόμησης, βρέθηκε ότι μόνο η ομάδα επηρέασε τη διαφορά της βαθμολογίας των γνώσεων σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, με τους φροντιστές της ομάδας παρέμβασης να έχουν 91,8% μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν διαφορά στη συνολική βαθμολογία των γνώσεων μεταξύ μεταμέτρησης και προμέτρησης ίση ή μεγαλύτερη του 2 σε σύγκριση με τους φροντιστές της ομάδας ελέγχου. Τέλος, σχετικά με τη διαφορά στη συνολική βαθμολογία των στάσεων μεταξύ μεταμέτρησης και προμέτρησης, μετά από διμεταβλητές αναλύσεις βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μόνο με την ομάδα. Μετά την εφαρμογή απλής γραμμικής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι οι φροντιστές της ομάδας παρέμβασης είχαν 4,819 μονάδες περισσότερες στη διαφορά της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης σε σύγκριση με τους φροντιστές της ομάδας παρέμβασης, κατά μέσο όρο.

5.2 Σύγκριση με άλλες μελέτες

Ένας σχετικά περιορισμένος αριθμός μελετών έχει διερευνήσει την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τυπικούς φροντιστές σχετικά με τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων. Ωστόσο, οι διαφοροποιήσεις στη μεθοδολογία μεταξύ των μελετών αυτών εμποδίζουν την άμεση σύγκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων τους.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, για λόγους συμμόρφωσης με τις δεδομένες συνθήκες της μονάδας. Άλλη μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή αποτελεί η μελέτη των Janssens και συν. (2017). Σε άλλες μελέτες η τοποθέτησή των φροντιστών σε ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου έγινε με τυχαιοποίηση (Frenkel και συν., 2002· Janssens και συν., 2014), ενώ σε άλλες υπήρχε μόνο ομάδα παρέμβασης χωρίς αντίστοιχη ομάδα ελέγχου (Forsell και συν., 2011· Glassman, Miller, Wozniak, & Jones, 1994· Knevel, Foley, Gussy & Karimi, 2016· Reed και συν., 2006).

Στην παρούσα μελέτη, έγινε προσπάθεια να συμμετάσχει το σύνολο των τυπικών φροντιστών των ηλικιωμένων, δηλαδή εκτός από τη βασική ομάδα των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών συμμετείχαν και ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσικοθεραπευτές και

προσωπικό υπεύθυνο για τη φύλαξη των ηλικιωμένων και τη φροντίδα των θαλάμων τους. Αυτό έγινε διότι οι συγκεκριμένες γνώσεις και στάσεις είναι σημαντικό να αποτελούν κτήμα του συνόλου των εργαζομένων οι οποίοι έρχονται σε επαφή με ηλικιωμένους στη μονάδα. Αντίθετα, σε άλλες μελέτες οι συμμετέχοντες ήταν αποκλειστικά νοσηλευτές (Frenkel και συν., 2001· Janssens και συν., 2017· MacEntee και συν., 2007), διευθυντικό και νοσηλευτικό προσωπικό (DeVisschere και συν., 2011· DeVisschere και συν., 2012) ή ακόμα νοσηλευτικό προσωπικό και ένοικοι των μονάδων φροντίδας (Bellomo και συν., 2005· Mojon, Rentsch, Budtz-Jørgensen, & Baehni, 1998· Schou, Wight, Clemson, Douglas, & Clark, 1989· Zenthöfer και συν., 2013).

Στην παρούσα μελέτη, ο μέσος χρόνος απασχόλησης των φροντιστών με ηλικιωμένους ήταν 5,5 χρόνια και το 85,5% αυτών δήλωσε ότι είχε επισκεφθεί τον οδοντίατρο τελευταία φορά πριν από ένα χρόνο. Στη μελέτη των DeVisschere και συν. (2012), ο χρόνος αυτός ήταν περισσότερος (13,5 έτη) και το 78% των φροντιστών δήλωσαν ότι επισκέπτονται τον οδοντίατρο τουλάχιστον μία φορά το χρόνο.

Σε μελέτη των Janssens και συν. (2016), οι γνώσεις των φροντιστών βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά περισσότερες στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου έξι μήνες μετά την εφαρμογή της παρέμβασης, σε αντίθεση με τις στάσεις. Σύμφωνα με τους ερευνητές, για το αποτέλεσμα αυτό πιθανώς ευθύνεται η μειωμένη αξιοπιστία του ερωτηματολογίου στάσεων, το οποίο περιελάμβανε μόνο τέσσερις ερωτήσεις. Σημαντικοί παράγοντες για τις στάσεις ήταν η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, με τους φροντιστές άνω των 38 ετών και τους βοηθούς νοσηλευτών να έχουν θετικότερες στάσεις συγκριτικά με τους νεότερους φροντιστές και τους νοσηλευτές. Εκτός από την εκπαιδευτική παρέμβαση, επίδραση στις γνώσεις είχε και το επίπεδο εκπαίδευσης, με τους νοσηλευτές να έχουν περισσότερες γνώσεις συγκριτικά με τους βοηθούς νοσηλευτών, γεγονός το οποίο δείχνει ότι οι γνώσεις και οι στάσεις είναι δύο διαφορετικές παράμετροι. Στην παρούσα μελέτη, μόνο η παρέμβαση είχε σημαντική επίδραση στη διαφορά των γνώσεων και των στάσεων των φροντιστών μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης. Στη μελέτη των Janssens και συν. (2017), σημαντική επίδραση στη βελτίωση των γνώσεων είχε και η ειδικότητα των φροντιστών, με τους νοσηλευτές να σημειώνουν μεγαλύτερη βελτίωση συγκριτικά με τους βοηθούς νοσηλευτών. Επίσης, σημαντική επίδραση είχε και η παρουσία ομάδας υπεύθυνης για τη στοματική φροντίδα στη μονάδα, καθώς και η προσωπική επικοινωνία των φροντιστών με την κινητή οδοντιατρική ομάδα η οποία επισκεπτόταν τη μονάδα φροντίδας. Όσον αφορά

στη βελτίωση των στάσεων, σημαντική επιρροή είχε η συμμετοχή των φροντιστών στην υπεύθυνη για τη στοματική φροντίδα ομάδα, ενώ μεγαλύτερη βαθμολογία στάσεων στην προμέτρηση οδήγησε σε μεγαλύτερη βελτίωση των στάσεων.

Στη μελέτη των Khanagar και συν. (2015) βρέθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στη γνώση των φροντιστών της ομάδας παρέμβασης όσον αφορά στη σημασία και στην εφαρμογή της στοματικής υγιεινής, τη χρήση του φθορίου, τη φροντίδα των κινητών οδοντοστοιχιών, την αντιμετώπιση της ξηροστομίας και τη σημασία των τακτικών επισκέψεων στον οδοντίατρο. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε δύο παλαιότερες μελέτες (Paulsson, Fridlund, Holmén, & Nederfors, 1998· Simons, Baker, Jones, Kidd, & Beighton, 2000). Στη μελέτη των Czarkowski και συν. (2013), ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε νοσηλευτές μονάδων φροντίδας από οδοντιάτρους εξειδικευμένους στη Γηροδοντιατρική, το οποίο αύξησε τις γνώσεις τους για τις διαδικασίες εφαρμογής της στοματικής φροντίδας και μείωσε το φόβο τους για την εφαρμογή στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους.

Στη μελέτη των Frenkel και συν. (2002), υπήρχε στατιστικά σημαντική βελτίωση τόσο των γνώσεων όσο και των στάσεων των φροντιστών της ομάδας παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ένα μήνα και έξι μήνες μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος. Οι παράγοντες με σημαντική επίδραση στις γνώσεις και στις στάσεις πριν από την παρέμβαση ήταν η ηλικία και η συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο. Φροντιστές ηλικίας 26-35 ετών είχαν τις λιγότερες γνώσεις, αλλά τις θετικότερες στάσεις, ενώ όσοι επισκέπτονταν τακτικά τον οδοντίατρό τους είχαν υψηλότερες τιμές τόσο γνώσεων, όσο και στάσεων.

Στην παρούσα μελέτη, η βαθμολογία των γνώσεων ήταν 9/12 στην προμέτρηση και 10,8/12 στη μεταμέτρηση στην ομάδα παρέμβασης. Στη μελέτη των Reed και συν. (2006), στην οποία δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου, η βαθμολογία των γνώσεων των φροντιστών από 65% στην προμέτρηση βελτιώθηκε σε βαθμό στατιστικά σημαντικό σε 90% μετά την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος. Ακόμα, οι φροντιστές ανέφεραν ότι ο φόβος δήξης από τους ηλικιωμένους και η έλλειψη χρόνου ήταν κύρια εμπόδια στην παροχή στοματικής υγιεινής. Στη μελέτη των Knevel και συν. (2016), στην οποία επίσης δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου, οι φροντιστές είχαν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στον προσδιορισμό των παραγόντων οι οποίοι οδηγούν σε πτωχή στοματική υγεία και των συνήθων οδοντοστοματολογικών νοσημάτων και στη διαχείριση των ηλικιωμένων με αλλαγές στη συμπεριφορά λόγω άνοιας κατά την παροχή στοματικής υγιεινής μετά την παρέμβαση, καθώς και αυξημένη αίσθηση ότι έχουν επαρκή

χρόνο για τη στοματική φροντίδα των ενοίκων. Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες μετά την εφαρμογή της παρέμβασης δήλωσαν ότι δυσκολεύονταν λιγότερο να εφαρμόσουν στοματική υγιεινή στους ηλικιωμένους και να ελέγξουν το στόμα τους για τυχόν βλάβες. Ωστόσο, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές στην αίσθηση του επαρκούς χρόνου για τη στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων.

Στη μελέτη των Forsell και συν. (2011) έγινε σύγκριση των στάσεων των φροντιστών πριν και μετά την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος. Η πλειοψηφία των φροντιστών (87%) δήλωσαν δυσαρέσκεια για την παροχή στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους. Ο κύριος λόγος της δυσαρέσκειας ήταν η αντιλαμβανόμενη από τους φροντιστές απροθυμία των ενοίκων να δεχθούν στοματική φροντίδα. Μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος, η αντιλαμβανόμενη αυτή απροθυμία μειώθηκε σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Ανάλογα αποτελέσματα δε φάνηκε να ισχύουν στην παρούσα μελέτη, όπου μετά την εφαρμογή της παρέμβασης δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου στις ερωτήσεις «η καθημερινή στοματική υγιεινή στους ηλικιωμένους είναι δύσκολη, γιατί δε συνεργάζονται» και «μου είναι περισσότερο δυσάρεστο να καθαρίζω το στόμα των ηλικιωμένων απ' ό,τι να τους παρέχω σωματική καθαριότητα (πχ. αλλαγμα πάνας ακράτειας και καθαρισμός σώματος)».

Σε ποιοτική μελέτη των Wårdh και συν. (2003), κάποιοι βοηθοί των νοσηλευτών δέχθηκαν εκπαίδευση για τη στοματική υγεία διάρκειας τριών ωρών και παρακολούθησαν τις συνεδρίες σε μία οδοντιατρική κλινική μία ημέρα την εβδομάδα για διάστημα ενός μηνός. Ένα χρόνο μετά την εργασία τους ως φροντιστές της στοματικής υγείας των ενοίκων, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρά την αντίσταση των ηλικιωμένων και την έλλειψη συνεργασίας με τους άλλους συναδέλφους φροντιστές, οι συμμετέχοντες αισθάνονταν υπεύθυνοι για την παροχή στοματικής φροντίδας και είχαν αποκτήσει χαρακτηριστικά έμπειρων φροντιστών της στοματικής υγείας.

Η διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος για τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων της παρούσας παρέμβασης ήταν 75 λεπτά. Σε κάποιες αντίστοιχες παρεμβάσεις η διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος ήταν από μία έως τέσσερις ώρες. Σε κάθε περίπτωση, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα προσαρμόζεται στις ανάγκες, συνθήκες και απαιτήσεις κάθε δομής.

Στην πιλοτική μελέτη των Knevel και συν. (2016), το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος ήταν παρόμοιο με το αντίστοιχο της παρούσας μελέτης και περιλάμβανε τα εξής θέματα: αιτιολογία οδοντικών νόσων, πρόληψη των νόσων του στόματος, συσχέτιση γενικής και στοματικής υγείας, ελκώσεις και καρκίνος του στόματος, υλικά και τεχνικές για την εφαρμογή στοματικής υγιεινής, ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία και πρακτικό σκέλος. Στο πρακτικό σκέλος, οι φροντιστές εξασκήθηκαν στον τρόπο χρήσης των μέσων στοματικής υγιεινής μεταξύ τους. Επίσης, οι 12 από τους 15 φροντιστές συναίνεσαν να δεχθούν ενδοστοματική κλινική εξέταση και ενημέρωση για την κατάσταση της στοματικής τους υγείας. Οι συμμετέχοντες έλαβαν προϊόντα στοματικής υγιεινής και από μία ηλεκτρική οδοντόβουρτσα. Ακόμα, παρόμοιο ήταν και το πρακτικό σκέλος της παρέμβασης στη μελέτη των Simons και συν. (2000), το οποίο περιελάμβανε και εξάσκηση των φροντιστών στο βούρτσισμα των δοντιών μεταξύ τους.

Κατά τη διάρκεια προγράμματος της παρούσας μελέτης, οι φροντιστές έδειξαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον και προσοχή στο πρακτικό μέρος της παρέμβασης, το οποίο περιελάμβανε επίδειξη στοματικής υγιεινής σε εκμαγεία και επιθυμούσαν και εκείνοι να δοκιμάσουν το σωστό τρόπο βουρτσίσματος. Το γεγονός αυτό μπορεί να δείχνει ότι οι φροντιστές επιθυμούν να παρέχουν στους ηλικιωμένους τη σωστή στοματική φροντίδα. Ωστόσο, είναι πιθανό να έδειξαν ενδιαφέρον για το πρακτικό μέρος, διότι ήθελαν να γνωρίζουν το σωστό τρόπο βουρτσίσματος των δοντιών, ώστε τον εφαρμόσουν στους εαυτούς τους και να τον διδάξουν και στα μέλη των οικογενειών τους. Όταν τους προτάθηκε να εξετάσει και να καθαρίσει ο ένας το στόμα του άλλου οι περισσότεροι αισθάνθηκαν άβολα και αρνήθηκαν. Αντίστοιχα ευρήματα καταγράφηκαν και στη μελέτη των Frenkel και συν. (2002), όπου οι φροντιστές έφεραν μεγάλη αντίσταση στο βούρτσισμα των δοντιών του ενός στον άλλον. Το ίδιο συνέβη και στη μελέτη των McKeown, Woodbeck και Lloyd (2014), οι οποίοι αρχικά είχαν σχεδιάσει οι συμμετέχοντες να εξασκηθούν στις τεχνικές της φροντίδας του στόματος ο ένας στον άλλον, ωστόσο αρκετοί εξ αυτών αρνήθηκαν, επομένως η εξάσκηση έγινε σε κάποιον εθελοντή ένοικο της μονάδας.

Σε κάποιες μελέτες αξιολογήθηκε η στοματική υγεία των ηλικιωμένων σε μονάδες φροντίδας πριν και μετά την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος στους φροντιστές τους και βρέθηκε σημαντική βελτίωση στους περισσότερους δείκτες. Στην παρούσα μελέτη χρονικοί περιορισμοί δεν επέτρεψαν αντίστοιχη μελέτη και αυτό αποτελεί και μία από τις αδυναμίες του εκπαιδευτικού προγράμματος.

Σε μελέτη των Schou και συν. (1989), το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε φροντιστές και ενοίκους δε φάνηκε σε γενικές γραμμές αποτελεσματικό στη βελτίωση του δείκτη πλάκας, της κατάστασης των προσθετικών εργασιών των ενοίκων και στη μείωση του επιπολασμού τη σχετιζόμενης με τις οδοντοστοιχίες στοματίτιδας. Οι Mojon και συν. (1998), 18 μήνες μετά την εφαρμογή εκπαιδευτικού σεμιναρίου στο νοσηλευτικό προσωπικό και τις τακτικές επανεξετάσεις των ενοίκων από οδοντίατρο, δεν βρήκαν βελτίωση στο δείκτη πλάκας των ηλικιωμένων. Ωστόσο, στην ομάδα παρέμβασης, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση στις αποικίες των streptococci mutans και στον επιπολασμό της τερηδόνας.

Στη μελέτη των Frenkel και συν. (2001), ένα μήνα και έξι μήνες μετά την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος στους φροντιστές βρέθηκαν στους ενοίκους της ομάδας παρέμβασης μειωμένες τιμές στην οδοντική πλάκα στις κινητές οδοντοστοιχίες και τα φυσικά δόντια και έξι μήνες μετά μειωμένος επιπολασμός της στοματίτιδας προκαλούμενης από οδοντοστοιχίες. Στη μελέτη των Frenkel και συν. (2002), έγινε έλεγχος της κατάστασης της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων και η βελτίωση στις γνώσεις και στις στάσεις των φροντιστών συνέπιπτε με βελτιωμένη παροχή στοματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους.

Στη μελέτη των Nicol και συν. (2005), μετά την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος στους φροντιστές, βρέθηκε στατιστικά σημαντική μείωση στον αριθμό των ηλικιωμένων οι οποίοι φορούσαν τις οδοντοστοιχίες τους κατά τη διάρκεια του ύπνου και σημειώθηκε βελτίωση στην υγιεινή των οδοντοστοιχιών και μείωση των ποσοστών γωνιακής χειλίτιδας και στοματίτιδας από οδοντοστοιχίες.

Στη μελέτη των Bellomo και συν. (2005), τρεις μήνες μετά την εκπαιδευτική διάλεξη στο νοσηλευτικό προσωπικό για την ευαισθητοποίησή του ως προς την ανάγκες σχετικά με τη στοματική υγιεινή των ενοίκων και τις οδηγίες στους ενοίκους για το βούρτσισμα των δοντιών και των οδοντοστοιχιών από εργοθεραπευτή, σημειώθηκε βελτίωση στο δείκτη πλάκας τόσο στα δόντια, όσο και στις οδοντοστοιχίες, αλλά και μεγαλύτερη αυτονομία των ηλικιωμένων στο βούρτσισμα των οδοντοστοιχιών.

Οι MacEntee και συν. (2007) αξιολόγησαν το δείκτη πλάκας, την ουλίτιδα, το δείκτη μάζας σώματος, το δείκτη υποσιτισμού και τη μασητική ικανότητα. Τρεις μήνες μετά την παρέμβαση στους φροντιστές των ηλικιωμένων δε σημειώθηκε βελτίωση σε τίποτα από τα παραπάνω.

Στη μελέτη των Jäger και συν. (2009), μετά την παρέμβαση σημειώθηκε μείωση του δείκτη οδοντικής πλάκας και του ουλικού δείκτη των ηλικιωμένων, αύξηση του ποσοστού των καθαρών οδοντοστοιχιών, ενώ περισσότεροι από τους μισούς ηλικιωμένους έλαβαν οδοντιατρική θεραπεία, η οποία τους είχε συστηθεί, εντός τεσσάρων μηνών.

Στη μελέτη των DeVisschere και συν. (2010) εφαρμόστηκε θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση στο διευθυντικό και νοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων φροντίδας, καθώς και παροχή προϊόντων στοματικής υγιεινής στους ενοίκους και έλεγχος της εξέλιξης της παρέμβασης από τον ερευνητή κάθε 6 εβδομάδες. Μετά από έξι μήνες παρατηρήθηκε μικρή βελτίωση μόνο ως προς την οδοντική πλάκα στις οδοντοστοιχίες.

Στη μελέτη των Le και συν. (2012), οι γνώσεις των φροντιστών στους οποίους εφαρμόστηκε η εκπαίδευση βελτιώθηκαν σε σχέση με τις αντίστοιχες που είχαν πριν την παρέμβαση σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Επίσης, ο δείκτης πλάκας των ηλικιωμένων οι οποίοι δέχονταν τη φροντίδα των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης ήταν μειωμένος έξι μήνες μετά την παρέμβαση.

Στη μελέτη των Van der Putten και συν. (2013), έξι μήνες μετά την εφαρμογή της παρέμβασης, η οποία βασίστηκε στο πρωτόκολλο OGOLI, υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου ως προς το δείκτη πλάκας στις οδοντοστοιχίες, με την ομάδα παρέμβασης να σημειώνει μικρότερα ποσοστά.

Οι Sloane και συν. (2013) μελέτησαν την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος με θεωρητικό και πρακτικό σκέλος σε έξι βοηθούς νοσηλευτών, οι οποίοι ήταν υπεύθυνοι για τη στοματική φροντίδα 97 ηλικιωμένων. Βρέθηκαν μειωμένες τιμές του δείκτη πλάκας και του ουλικού δείκτη στους ηλικιωμένους οκτώ εβδομάδες μετά την παρέμβαση σε σχέση με τις αντίστοιχες πριν την παρέμβαση σε βαθμό στατιστικά σημαντικό.

Στη μελέτη των Zenthöfer και συν. (2013), η παρέμβαση είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση του δείκτη πλάκας τόσο στα δόντια, όσο και στις οδοντοστοιχίες και του ουλικού δείκτη στους ενοίκους της ομάδας παρέμβασης συγκριτικά με τους αντίστοιχους της ομάδας ελέγχου.

Στη μελέτη των Janssens και συν. (2018) εφαρμόστηκε και αξιολογήθηκε ένα προληπτικό και θεραπευτικό πρόγραμμα για τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων σε μονάδες φροντίδας. Το πρόγραμμα αυτό περιελάμβανε την εισαγωγή στις μονάδες φροντίδας μίας ομάδας υπεύθυνης για τη φροντίδα του στόματος των ενοίκων, εκπαίδευση στο διευθυντικό και νοσηλευτικό προσωπικό, την εφαρμογή του πρωτοκόλλου OGOLI και τακτικές επισκέψεις από μία κινητή οδοντιατρική ομάδα με σκοπό την υποστήριξη των φροντιστών και την

παροχή οδοντιατρικής φροντίδας στους ηλικιωμένους οι οποίοι δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στο οδοντιατρείο. Ο μέσος χρόνος για την επανεξέταση των ενοίκων ήταν 22,5 μήνες. Κατά την επανεξέταση, μεταξύ των ηλικιωμένων με φυσικό οδοντικό φραγμό, υπήρχε στατιστικά σημαντική μείωση του επιπολασμού της τερηδόνας, των υπολειμματικών ριζών και της ανάγκης εμφράξεων ή εξαγωγών, ενώ μεταξύ των ηλικιωμένων με μερικές ή ολικές κινητές οδοντοστοιχίες, βρέθηκε στην επανεξέταση στατιστικά σημαντική μείωση του ποσοστού των οδοντοστοιχιών οι οποίες χρειάζονταν επιδιόρθωση.

5.3 Δυνατά σημεία της μελέτης

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε και μετά από συζητήσεις με μέλη ΔΕΠ τα ασχολούνται με τη Γηροδοντιατρική, δεν έχει διεξαχθεί κάποιο ανάλογο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε φροντιστές ηλικιωμένων σε μονάδες φροντίδας με παρόμοια θεματολογία και μεθοδολογία.

Προηγήθηκε διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών με επιτόπια αξιολόγηση και συζητήσεις με τη Διοίκηση και τους υπεύθυνους του νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης, αναπτύχθηκε εκπαιδευτικό υλικό βάσει των πλέον πρόσφατων οδηγιών του Ευρωπαϊκού Κολλεγίου Γηροδοντιατρικής και της Ευρωπαϊκής Γηριατρικής Εταιρείας (2018), το αποτέλεσε τη βάση του πρόσωπο με πρόσωπο σεμιναρίου, το οποίο δόθηκε στη συνέχεια στους συμμετέχοντες για περαιτέρω αυτοδύναμη μελέτη και εμπάθунση. Η αυτοδύναμη μάθηση στους ενήλικες αποφέρει σημαντική βελτίωση των ικανοτήτων τους.

Με βάση λοιπόν τις άνω κατευθυντήριες οδηγίες, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιείχε πολλά βασικά σημεία τα οποία οι φροντιστές θα έπρεπε να γνωρίζουν στο τέλος της εκπαιδευτικής παρέμβασης: τη σύνδεση στοματικής και γενικής υγείας, τα συνήθη οδοντοστοματολογικά προβλήματα και την αρχική τους αξιολόγηση, τις περιπτώσεις στις οποίες είναι αναγκαία η παραπομπή στον οδοντίατρο, το σωστό τρόπο αρχικής ενδοστοματικής εξέτασης και το σωστό τρόπο εφαρμογής στοματικής υγιεινής στα δόντια, τους βλεννογόνους και τις κινητές οδοντοστοιχίες. Επίσης, με βάση τις συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ανάγκες των φροντιστών της μονάδας, δόθηκε έμφαση στον απαραίτητο εξοπλισμό και στις τεχνικές προσέγγισης και παροχής στοματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους με άνοια, οι οποίοι αποτελούσαν και σημαντικό ποσοστό των ενοίκων.

Όσον αφορά στο σχεδιασμό της μελέτης, υπήρχε και ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου. Οι φροντιστές των δύο ομάδων εργάζονταν σε τμήματα σε διαφορετικές περιοχές της Αττικής, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει επαφή και μεταφορά στοιχείων για το

ερωτηματολόγιο και την παρέμβαση μεταξύ τους. Η ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γνώσεων και στάσεων στην προμέτρηση έγινε σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, με στόχο της ελαχιστοποίηση μεταφοράς πληροφοριών σχετικά με το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου από φροντιστές οι οποίοι το είχαν ήδη συμπληρώσει σε εκείνους οι οποίοι δεν το είχαν συμπληρώσει ακόμα. Αντίστοιχα, και η παρέμβαση στις δύο υποομάδες της ομάδας παρέμβασης έλαβε χώρα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, για αποφυγή διαρροής πληροφοριών μεταξύ των φροντιστών για το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος.

Επιπροσθέτως, για τις ανάγκες της μελέτης αναπτύχθηκαν εξειδικευμένα ερωτηματολόγια γνώσεων και στάσεων, τα οποία θα πρέπει μελλοντικά να διανεμηθούν και να σταθμιστούν σε μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων. Τέλος, τα αποτελέσματα της αξιολόγησης από τους συμμετέχοντες ήταν θετικά, με τη μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας αξιολόγησης να είναι 74,8/100.

Το γεγονός ότι στην επαναληπτική μέτρηση είχαν διατηρηθεί οι αποκτηθείσες γνώσεις και οι στάσεις μετά την παρέμβαση καταδεικνύει τη διατήρηση των μαθησιακών αποτελεσμάτων, έστω και σε αυτό το σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Η εφαρμογή και η αξιολόγηση του εκπαιδευτικού αυτού προγράμματος αποτελεί πηγή πληροφοριών για μελλοντικές βελτιώσεις του ή και για σχεδιασμό αντίστοιχων προγραμμάτων.

5.4 Αδύνατα σημεία και εμπόδια κατά την εφαρμογή του προγράμματος

Η μη συγκρότηση των ερευνητικών ομάδων με τυχαία δειγματοληψία αποτελεί έναν περιορισμό της μελέτης, σχετικά με την εξάλειψη των συγχυτικών παραγόντων και τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων (απειλή της εξωτερικής εγκυρότητας). Όσον αφορά στους συγχυτικούς παράγοντες, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία και στην εκπαίδευση στη Νοσηλευτική μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου. Η μέση τιμή της ηλικίας των φροντιστών στην ομάδα παρέμβασης βρέθηκε μικρότερη ($P=0,015$) και το ποσοστό των φροντιστών που είχαν εκπαιδευτεί στη Νοσηλευτική βρέθηκε μεγαλύτερο στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ($P=0,01$). Επίσης, ενώ στη συνολική βαθμολογία των στάσεων στην προμέτρηση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ερωτήσεις «Πιστεύω ότι γνωρίζω καλά πώς καθαρίζονται οι οδοντοστοιχίες (μασέλες)» ($P=0,015$), «Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να επισκέπτονται τον οδοντίατρο μόνο όταν πονάνε» ($P=0,019$), «Μου είναι περισσότερο

δυσάρεστο να καθαρίζω το στόμα των ηλικιωμένων απ' ό,τι να τους παρέχω σωματική καθαριότητα (π.χ. αλλαγμα πάνας ακράτειας και καθαρισμός σώματος)» ($P=0,035$) και «Θεωρώ ότι η παροχή καθημερινής στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους είναι δυσκολότερη απ' ό,τι η παροχή σωματικής υγιεινής και φροντίδας» ($P=0,023$).

Ακόμα, στην επαναληπτική εξέταση δύο μήνες μετά την παρέμβαση δε δόθηκε η δυνατότητα να μοιραστούν τα ερωτηματολόγια και στην ομάδα ελέγχου, ενώ μόνο 13 φροντιστές από την ομάδα παρέμβασης τα συμπλήρωσαν, λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας, αλλά και της αποχώρησης από τη μονάδα κάποιων εξ αυτών. Επίσης, δε δόθηκε η δυνατότητα δεύτερης επαναληπτικής μέτρησης προκειμένου να καταγραφεί η διατήρηση των αποκτηθεισών γνώσεων και στάσεων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Ο περιορισμένος διαθέσιμος χρόνος των φροντιστών αποτέλεσε έναν περιοριστικό παράγοντα για τη διάρκεια του προγράμματος, αλλά και για την εφαρμογή συμπληρωματικών εκπαιδευτικών σεμιναρίων, τα οποία είχαν αρχικά προγραμματιστεί.

Επιπροσθέτως, θεωρητικά απειλείται η εσωτερική εγκυρότητα κυρίως λόγω της επίδρασης της εξοικείωσης των συμμετεχόντων με το ερωτηματολόγιο. Ακόμα, η εσωτερική εγκυρότητα απειλείται και λόγω της ιστορίας, η οποία αφορά σε γεγονότα τα οποία μπορούν να συμβούν ανά πάσα στιγμή στους φροντιστές και να επηρεάσουν το αποτέλεσμα, αλλά και λόγω της ωρίμανσης, δηλαδή των εσωτερικών διεργασιών οι οποίες γίνονται στους φροντιστές με το πέρασμα του χρόνου.

Τέλος, περιορισμό αποτελεί η απουσία αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης στο επίπεδο της στοματικής υγείας και υγιεινής των ηλικιωμένων των μονάδων φροντίδας, στόχος ο οποίος αποτελεί αντικείμενο περαιτέρω μελέτης.

5.5 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και πρακτική

Μελλοντικές μελέτες και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις

Ο σκοπός του παρόντος προγράμματος ήταν η εκπαίδευση και ενεργοποίηση των τυπικών φροντιστών σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων με απώτερο στόχο τη βελτίωση της στοματικής τους υγείας. Με αυτό το γενικότερο στόχο θα πρέπει να σχεδιαστούν μελλοντικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις οι οποίες να λάβουν υπ' όψιν τόσο τα δυνατά όσο και τα αδύνατα σημεία της παρούσας μελέτης.

Κατ' αρχάς, τα επιμέρους μαθησιακά αποτελέσματα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων θα πρέπει να είναι σύμφωνα με τις προτάσεις των υπεύθυνων διεθνών οργανισμών (Kossioni

και συν., 2018), όπως έγινε στην παρούσα μελέτη. Με βάση αυτές τις οδηγίες, θα πρέπει να αναπτυχθεί και να διανεμηθεί εκπαιδευτικό υλικό, όπως στην παρούσα μελέτη, με έμφαση στην πρακτική άσκηση και στην αυτοδύναμη μελέτη.

Προτείνεται ο σχεδιασμός μελετών με μεγαλύτερο δείγμα, στις οποίες να συμμετέχουν φροντιστές από περισσότερες μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων οι οποίοι να τοποθετούνται τυχαιοποιημένα σε ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου. Ακόμα, θα πρέπει να γίνουν επαναληπτικές μετρήσεις τόσο στην ομάδα παρέμβασης, όσο και στην ομάδα ελέγχου όχι μόνο αμέσως μετά την παρέμβαση, αλλά και σε επόμενα χρονικά διαστήματα. Αυτό θα δώσει τη δυνατότητα καταγραφής των εκπαιδευτικών αναγκών και διεξαγωγής περαιτέρω εκπαιδευτικών παρεμβάσεων εάν αυτό κριθεί αναγκαίο. Τέλος, η στάθμιση του ερωτηματολογίου το οποίο αναπτύχθηκε στο πλαίσιο διεξαγωγής της παρούσας μελέτης σε μεγαλύτερο δείγμα του πληθυσμού των φροντιστών ηλικιωμένων αποτελεί μελλοντικό στόχο της ερευνήτριας.

Με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης του παρόντος εκπαιδευτικού προγράμματος, θα πρέπει να δοθεί περισσότερος χρόνος στην πρακτική άσκηση με έμφαση στον προστατευτικό εξοπλισμό (γάντια, μάσκα κ.ά.) τον οποίο θα πρέπει να έχουν οι φροντιστές κατά την παροχή στοματικής φροντίδας, καθώς και στις διάφορες τεχνικές προσέγγισης και εφαρμογής στοματικής υγιεινής ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους με νοητικές και κινητικές διαταραχές. Ο στόχος είναι τόσο η ενίσχυση των γνώσεών τους σχετικά με τη στοματική υγεία και υγιεινή, όσο η μείωση των αρνητικών τους στάσεων σχετικά με την παροχή στοματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους. Το πρακτικό μέρος προκειμένου να είναι περισσότερο κατανοητό, εκτός από την επίδειξη στα εκμαγεία, είναι σκόπιμο να περιλαμβάνει και την εφαρμογή στοματικής υγιεινής από τους εκπαιδευτές σε κάποιους ηλικιωμένους, αλλά και στη συνέχεια πρακτική εφαρμογή από τους ίδιους τους εκπαιδευόμενους σε ηλικιωμένους υπό την επίβλεψη των εκπαιδευτών.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι μελλοντικές μελέτες να περιλαμβάνουν και κλινική εξέταση των ηλικιωμένων στις μονάδες φροντίδας από οδοντιάτρους και αξιολόγηση της στοματικής υγιεινής και υγείας τους πριν και μετά την εφαρμογή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στους φροντιστές, αφού ο απώτερος στόχος είναι η βελτίωση της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων. Επίσης, μπορούν να γίνουν και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για τη στοματική υγεία οι οποίες να στοχεύουν εκτός από τους φροντιστές και στους ίδιους τους ηλικιωμένους οι οποίοι διαμένουν σε μονάδες φροντίδας. Ωστόσο, μία από τις κύριες δυσκολίες των προγραμμάτων αυτών θα είναι το υψηλό ποσοστό επιπολασμού άνοιας των ενοίκων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα έχει και η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων στους νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε νοσοκομεία σχετικά με τη στοματική υγεία και τη φροντίδα του στόματος των ασθενών στους θαλάμους, αλλά και στις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Τέλος, προτείνεται η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων στοματικής υγείας και στο ιατρικό προσωπικό το οποίο επισκέπτεται τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, ώστε να μπορούν να εντάξουν τη στοματική αξιολόγηση στη γενικότερη ιατρική αξιολόγηση, να ελέγξουν τους ιατρογενείς παράγοντες επιδείνωσης της στοματικής υγείας, όπως είναι η φαρμακευτική αγωγή, να διδάξουν τις βασικές αρχές πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας στους ενοίκους και στο προσωπικό των μονάδων και να γνωρίζουν πότε πρέπει να παραπέμψουν τους ασθενείς στον οδοντίατρο.

Πολιτικές Υγείας

Τόσο στην Ελλάδα όσο και γενικότερα στην Ευρώπη δεν έχουν αναπτυχθεί κατάλληλες πολιτικές πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας σε επίπεδο γενικού πληθυσμού που διαμένει στην κοινότητα όσο και στα ιδρύματα. Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ευρωπαϊκού Κολλεγίου Γηροδοντιατρικής και της Ευρωπαϊκής Γηριατρικής Εταιρείας (Kossioni και συν., 2018β) θα πρέπει να αναπτυχθούν δράσεις στους κάτωθι τομείς:

1. Εκπαίδευση των μη οδοντιάτρων υγειονομικών στην πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων σε επίπεδο προπτυχιακής, μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με βάση τα υποδεικνυόμενα μαθησιακά αποτελέσματα που χρησιμοποιήθηκαν και στην παρούσα μελέτη.
2. Ανάπτυξη πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων με βάση τους πιο κάτω άξονες δράσης:
 - Ένταξη των προγραμμάτων πρόληψης στοματικής υγείας στα γενικότερα προγράμματα πρόληψης της γενικής υγείας.

- Ενσωμάτωση της αξιολόγησης της στοματικής υγείας στη γενικότερη ιατρική αξιολόγηση
 - Ένταξη της φροντίδας του στόματος στη δημόσια υγειονομική κάλυψη
 - Προαγωγή της διεπαγγελματικής συνεργασίας οδοντιάτρων και άλλων επαγγελματιών υγείας οι οποίοι ασχολούνται με τους ηλικιωμένους
 - Προαγωγή εκστρατειών για την πρόληψη της στοματικής υγείας
 - Ενσωμάτωση της στοματικής υγείας σε δραστηριότητες προαγωγής της γενικής υγείας
 - Παροχή δωρεάν οδοντιατρικών εξετάσεων στους ηλικιωμένους οι οποίοι διαβιούν στην κοινότητα και σε μονάδες φροντίδας
 - Διασφάλιση πρόσβασης στην οδοντιατρική περίθαλψη των καθηλωμένων ηλικιωμένων και υποστήριξη της κατ' οίκον οδοντιατρικής φροντίδας
 - Προαγωγή και χρηματοδότηση της έρευνας σε προγράμματα παρεμβάσεων για τη στοματική υγεία στην κοινότητα και στα ιδρύματα
 - Αποσαφήνιση του ρόλου των μη οδοντιάτρων επαγγελματιών υγείας στην αξιολόγηση και προαγωγή της στοματικής υγείας
 - Ενθάρρυνση των εμπορικών εταιρειών να αναπτύξουν κατάλληλα προϊόντα για τη στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων και να προάγουν σχετικές εκστρατείες
 - Διασφάλιση ανάπτυξης νομοθεσιών και πολιτικών, καθώς και πρωτοκόλλων με στόχο την προαγωγή της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας
3. Ανάπτυξη νομοθεσίας και πρωτοκόλλων πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας σε ιδρύματα

Ενδυνάμωση των πολιτών

Χρειάζεται να υλοποιηθούν διαδικασίες ενδυνάμωσης των πολιτών για την άμεση συμμετοχή τους σε δράσεις σχετιζόμενες με τη φροντίδα του στόματος των ηλικιωμένων. Οι διαδικασίες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν ενίσχυση των γνώσεων και των στάσεων για τη στοματική υγεία με σκοπό την αυτοφροντίδα και τη φροντίδα τρίτων προσώπων, αλλά προσωπική κινητοποίηση για αναζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας. Επίσης, η ενδυνάμωση των πολιτών μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από συνεργασία με επαγγελματίες υγείας και στρατηγικές προαγωγής της στοματικής υγείας, καθώς και μέσα από την καθοδήγηση των ιθυνόντων στη θέσπιση νομοθεσίας για την προαγωγή και την κάλυψη της στοματικής υγείας μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, ιδιαίτερα για τους ευπαθείς και εξαρτώμενους ηλικιωμένους. Τέλος, θα πρέπει να καταγραφούν οι ανάγκες και οι προτιμήσεις των

μεγαλύτερων ενηλίκων ως προς την παροχή υπηρεσιών στοματικής φροντίδας αν γίνουν ευπαθείς και εξαρτημένοι ηλικιωμένοι.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Κατά την παρούσα μελέτη, έγινε πρώτη φορά στην Ελλάδα σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση εκπαιδευτικού προγράμματος για τη στοματική υγεία σε φροντιστές ηλικιωμένων σε μονάδες φροντίδας
- Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα το οποίο εφαρμόστηκε στους φροντιστές της ομάδας παρέμβασης είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των γνώσεων και τη βελτίωση των στάσεων τους ως προς τη στοματική υγεία και φροντίδα ηλικιωμένων στη μετμέτρηση συγκριτικά με την προμέτρηση, αλλά και σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Οι γνώσεις και οι στάσεις διατηρήθηκαν δύο μήνες μετά την παρέμβαση στους φροντιστές της ομάδας παρέμβασης.
- Είναι αναγκαία η οργάνωση και άλλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε φροντιστές των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων με στόχο τη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων τους για τη στοματική υγεία και φροντίδα, αλλά και η ταυτόχρονη καταγραφή της πιθανής βελτίωσης της στοματικής υγείας των τροφίμων μετά την παρέμβαση.
- Απαιτείται θέσπιση κεντρικών πολιτικών και εφαρμογή νομοθετικών παρεμβάσεων οι οποίες να ρυθμίζουν τα θέματα της στοματικής υγείας και φροντίδας των ηλικιωμένων στις μονάδες φροντίδας.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Albrecht, M., Kupfer, R., Reissmann, D. R., Mühlhauser, I., & Köpke, S. (2016). Oral health educational interventions for nursing home staff and residents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
2. Al-HadiHamasha, A., Sasa, I., & Al Qudah, M. (2000). Risk indicators associated with tooth loss in Jordanian adults. *Community dentistry and oral epidemiology*, 28(1), 67-72.
3. Al Sharbatti, S., Sadek, M., Sreedharan, J., & Muttappallymyalil, J. (2014). Nurses' knowledge of oral health among old people in Ajman, United Arab Emirates. *Asian J GerontolGeriatr*, 9, 27-32.
4. Bellomo, F., Preux, F. D., Chung, J. P., Julien, N., Budtz-Jørgensen, E., & Müller, F. (2005). The advantages of occupational therapy in oral hygiene measures for institutionalised elderly adults. *Gerodontology*, 22(1), 24-31.
5. Better Oral Health in Residential Care-Facilitator Portfolio: Oral and Training Program, Pre-Quiz
https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/81b25b8047d3fef6b188b5fc651ee2b2/BOHRC_Facilitator_Portfolio_Full_Version%5B2%5D.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-81b25b8047d3fef6b188b5fc651ee2b2-m5cqil.
6. Borreani, E., Wright, D., Scambler, S., & Gallagher, J. E. (2008). Minimising barriers to dental care in older people. *BMC Oral Health*, 8(1), 7.
7. Brady, M. C., Furlanetto, D., Hunter, R., Lewis, S. C., & Milne, V. (2006). Staff-led interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. *The Cochrane Library*. Chalmers, J., & Pearson, A. (2005). Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 410-419.
8. Brennan, L. J., & Strauss, J. (2014). Cognitive impairment in older adults and oral health considerations: treatment and management. *Dental Clinics*, 58(4), 815-828.
9. Chalmers, J. M. (2003). Oral health promotion for our ageing Australian population. *Australian Dental Journal*, 48(1), 2-9.
10. Chalmers, J. M., Levy, S. M., Buckwalter, K. C., Ettinger, R. L., & Kambhu, P. P. (1996). Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents. *Special Care in Dentistry*, 16(2), 71-79.
11. Chalmers, J.M., Levy, S.M., & Kambhu, P.P. (1994). Attitudes of nurses' aides concerning oral health. *J. Dent. Res.* 73 (Suppl. 1), 336.

12. Chalmers, J., & Pearson, A. (2005). Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 410-419.
13. Chalmers, J. M., King, P. L., Spencer, A. J., Wright, F. A. C., & Carter, K. D. (2005). The oral health assessment tool—validity and reliability. *Australian Dental Journal*, 50(3), 191-199.
14. Coker, E., Ploeg, J., & Kaasalainen, S. (2014). The effect of programs to improve oral hygiene outcomes for older residents in long-term care: a systematic review. *Research in gerontological nursing*, 7(2), 87-100.
15. Coleman, P. (2005). Opportunities for nursing-dental collaboration: addressing oral health needs among the elderly. *Nursing Outlook*, 53(1), 33-39.
16. Czarkowski, G., Allroggen, S., Köster-Schmidt, A., Bausback-Schomakers, S., Frank, M., & Heudorf, U. (2013). Oral health hygiene education programme for nursing personnel to improve oral health of residents in long-term care facilities 2010 in Frankfurt/Main, Germany. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 75(6), 368-375.
17. de Mello, A. L. S. F., & Padilha, D. M. P. (2009). Oral health care in private and small long-term care facilities: a qualitative study. *Gerodontology*, 26(1), 53-57.
18. Deco, C. P. D., Reis, M. R. V. S., Marchini, A. M. P. D. S., Rocha, R. F. D., Santos, M. B. F. D., & Marchini, L. (2014). Taste alteration, mouth dryness and teeth staining as side effects of medications taken by elderly. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, 13(4), 257-260.
19. De Visschere, L., de Baat, C., De Meyer, L., van der Putten, G. J., Peeters, B., Soderfeldt, B., & Vanobbergen, J. (2015). The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology* 32 (2), 115–122.
20. De Visschere, L., De Baat, C., De Meyer, L., Van der Putten, G. J., Soderfeldt, B., & Vanobbergen, J. (2010). Barriers and enabling factors to the implementation of an oral healthcare protocol in nursing homes: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*
21. De Visschere, L. M., Van der Putten, G. J., Vanobbergen, J. N., Schols, J. M., & De Baat, C. (2011). An oral health care guideline for institutionalised older people. *Gerodontology*, 28(4), 307-310.
22. Desvarieux, M., Demmer, R. T., Rundek, T., Boden-Albala, B., Jacobs, D. R., Papapanou, P. N., & Sacco, R. L. (2003). Relationship between periodontal disease, tooth loss, and carotid artery plaque. *Stroke*, 34(9), 2120-2125.

23. Desvarieux, M., Demmer, R. T., Rundek, T., Boden-Albala, B., Jacobs, D. R., Sacco, R. L., & Papapanou, P. N. (2005). Periodontal microbiota and carotid intima-media thickness. *Circulation*, *111*(5), 576-582.
24. Dey, A. N. (1997). *Characteristics of elderly nursing home residents: Data from the 1995 National Nursing Home Survey* (No. 289). US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
25. Dharamsi, S., Jivani, K., Dean, C., & Wyatt, C. (2009). Oral care for frail elders: knowledge, attitudes, and practices of long-term care staff. *Journal of dental education*, *73*(5), 581-588.
26. Dickinson, H., Watkins, C., & Leathley, M. (2001). The development of the THROAT: the holistic and reliable oral assessment tool. *Clinical Effectiveness in Nursing*, *5*(3), 104-110.
27. Fallon, T. (2009). A Nursing Evaluation of the Better Oral Health in Residential Care Project (unpublished Report). Fallon Consultancy Services, South Lismore.
28. Fentoglu, O., & Bozkurt, F. Y. (2008). The bi-directional relationship between periodontal disease and hyperlipidemia. *European journal of dentistry*, *2*, 142.
29. Fiske, J., Frenkel, J., Griffiths, J. & Jones, V. (2006). Guidelines for the development of local standards of oral health care for people with dementia. *Gerodontology*, *23*, 3-32.
30. Fitzpatrick, J. (2000). Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff. *Journal of advanced nursing*, *32*(6), 1325-1332.
31. Frenkel, H., Harvey, I., & Newcombe, R. G. (2001). Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community dentistry and oral epidemiology*, *29*(4), 289-297.
32. Frenkel, H., Harvey, I., & Needs, K. (2002). Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *30*(2), 91-100.
33. Forsell, M., Kullberg, E., Hoogstraate, J., Herbst, B., Johansson, O., & Sjögren, P. (2010). A survey of attitudes and perceptions toward oral hygiene among staff at a geriatric nursing home. *Geriatric Nursing*, *31*(6), 435-440.
34. Forsell, M., Sjögren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B., & Hoogstraate, J. (2011). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *International journal of dental hygiene*, *9*(3), 199-203.
35. Fricker, A., & Lewis, A. (2009). Better oral health in residential care: final report. *Central Northern Adelaide Health Service, South Australian Dental Service, Adelaide*.

36. Friedlander, A. H., Norman, D. C., Mahler, M. E., Norman, K. M., & Yagiela, J. A. (2006). Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *The Journal of the American Dental Association*, *137*(9), 1240-1251.
37. Glassman, P., Miller, C., Wozniak, T., & Jones, C. (1994). A preventive dentistry training program for caretakers of persons with disabilities residing in community residential facilities. *Special Care in Dentistry*, *14*(4), 137-143.
38. Hilton, S., Sheppard, J. J., & Hemsley, B. (2016). Feasibility of implementing oral health guidelines in residential care settings: views of nursing staff and residential care workers. *Applied Nursing Research*, *30*, 194-203.
39. Hoben, M., Hu, H., Xiong, T., Kent, A., Kobagi, N., & Yoon, M. N. (2016). Barriers and facilitators in providing oral health care to nursing home residents, from the perspective of care aides-a systematic review protocol. *Systematic reviews*, *5*(1), 53.
40. Hoben, M., Clarke, A., Huynh, K. T., Kobagi, N., Kent, A., Hu, H., ... & Yoon, M. N. (2017). Barriers and facilitators in providing oral care to nursing home residents, from the perspective of care aides: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, *73*, 34-51.
41. Hoben, M., Kent, A., Kobagi, N., Huynh, K. T., Clarke, A., & Yoon, M. N. (2017). Effective strategies to motivate nursing home residents in oral care and to prevent or reduce responsive behaviors to oral care: A systematic review. *PloS one*, *12*(6), e0178913.
42. Huppertz, V. A., van der Putten, G. J., Halfens, R. J., Schols, J. M., & de Groot, L. C. (2017). Association between malnutrition and oral health in Dutch nursing home residents: Results of the LPZ Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(11), 948-954.
43. Hybels, C. F., Bennett, J. M., Landerman, L. R., Liang, J., Plassman, B. L., & Wu, B. (2016). Trajectories of depressive symptoms and oral health outcomes in a community sample of older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, *31*(1), 83-91.
44. Ishikawa, A., Yoneyama, T., Hirota, K., Miyake, Y., & Miyatake, K. (2008). Professional oral health care reduces the number of oropharyngeal bacteria. *Journal of dental research*, *87*(6), 594-598.
45. Jäger, S., Köster-Schmidt, A., Schade, M., & Heudorf, U. (2009). Oral hygiene in nursing home residents. Impact of an oral health education programme for the nursing personnel on the residents' oral health. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *52*(10), 927-935.

46. Janssens, B., De Visschere, L., van der Putten, G. J., de Lugt–Lustig, K., Schols, J. M., & Vanobbergen, J. (2016). Effect of an oral healthcare protocol in nursing homes on care staffs' knowledge and attitude towards oral health care: a cluster-randomised controlled trial. *Gerodontology*, *33*(2), 275-286.
47. Janssens, B., Petrovic, M., Jacquet, W., Schols, J. M., Vanobbergen, J., & De Visschere, L. (2017). Medication use and its potential impact on the oral health status of nursing home residents in Flanders (Belgium). *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(9), 809-e1.
48. Janssens, B., Vanobbergen, J., Petrovic, M., Jacquet, W., Schols, J., & De Visschere, L. (2017). The oral health condition and treatment needs of nursing home residents in Flanders (Belgium). *Community dental health*, *34*(3), 143-151.
49. Jones, K., & Sleeman, G. (2009). Findings from Focus Groups with Health Care Providers Involved in the Delivery of the Better Oral Health in Residential Care Project (unpublished Report). Australian Research Centre for Population Oral Health, University of Adelaide and Department of Human Services, Victoria, Adelaide and Melbourne.
50. Kayser-Jones, J., Bird, W. F., Paul, S. M., Long, L., & Schell, E. S. (1995). An instrument to assess the oral health status of nursing home residents. *The gerontologist*, *35*(6), 814-824.
51. Khanagar, S., Naganandini, S., Tuteja, J. S., Naik, S., Satish, G., & Divya, K. T. (2015). Improving oral hygiene in institutionalised elderly by educating their caretakers in Bangalore City, India: a randomised control trial. *Canadian Geriatrics Journal*, *18*(3), 136.
52. Kiyak, H. A., Grayston, M. N., & Crinean, C. L. (1993). Oral health problems and needs of nursing home residents. *Community dentistry and oral epidemiology*, *21*(1), 49-52.
53. Knevel, R. J., Foley, J., Gussy, M., & Karimi, L. (2016). Does enhancing personal care assistants' own oral health influence their attitudes and practices towards oral care for residents—a pilot study. *International journal of dental hygiene*, *14*(4), 249-254.
54. Kohli, R., Nelson, S., Ulrich, S., Finch, T., Hall, K., & Schwarz, E. (2017). Dental care practices and oral health training for professional caregivers in long-term care facilities: An interdisciplinary approach to address oral health disparities. *Geriatric Nursing*, *38*(4), 296-301.
55. Kossioni, A. E. (2013). Current Status and Trends in Oral Health in Community-dwelling Older Adults: A Global Perspective. *Oral health & preventive dentistry*, *11*(4), 331-340.
56. Kossioni, A. E., Hajto-Bryk, J., Janssens, B., Maggi, S., Marchini, L., McKenna, G., ... & van der Putten, G. J. (2018). Practical guidelines for physicians in promoting oral health in frail older adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, *19*(12), 1039-1046.

57. Kossioni, A. E., Hajto-Bryk, J., Maggi, S., McKenna, G., Petrovic, M., Roller-Wirnsberger, R. E., ... & Müller, F. (2018). An expert opinion from the European College of Gerodontology and the European Geriatric Medicine Society: European policy recommendations on oral health in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(3), 609-613.
58. Le, P., Dempster, L., Limeback, H., & Locker, D. (2012). Improving residents' oral health through staff education in nursing homes. *Spec. CareDent*. 32 (6), 242–250.
59. Lewis, A., & Manuel, E. (2014). Building better oral health communities: Better oral health in home care. South Australian Dental Service, SA Health, Government of South Australia.
60. Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I., & Bültingslöwen, I. (2013). Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *International journal of dental hygiene*, 11(4), 298-305
61. MacEntee, M. I., Wyatt, C. C. L., Beattie, B. L., Paterson, B., Levy-Milne, R., McCandless, L., & Kazanjian, A. (2007). Provision of mouth-care in long-term care facilities: an educational trial. *Community dentistry and oral epidemiology*, 35(1), 25-34.
62. Madianos, P. N., & Koromantzos, P. A. (2018). An update of the evidence on the potential impact of periodontal therapy on diabetes outcomes. *Journal of clinical periodontology*, 45(2), 188-195.
63. Mamai-Homata, E., Margaritis, V., Koletsi-Kounari, H., Oulis, C., Polychronopoulou, A., & Topitsoglou, V. (2012). Tooth loss and oral rehabilitation in Greek middle-aged adults and senior citizens. *International Journal of Prosthodontics*, 25(2)
64. Manderson, R. D., & Ettinger, R. L. (1975). Dental status of the institutionalized elderly population of Edinburgh. *Community dentistry and oral epidemiology*, 3(3), 100-107.
65. Masood, M., Newton, T., Bakri, N. N., Khalid, T., & Masood, Y. (2017). The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *Journal of dentistry*, 56, 78-83.
66. McKelvey, V. A., Thomson, W. M., & Ayers, K. M. (2003). A qualitative study of oral health knowledge and attitudes among staff caring for older people in Dunedin long-term care facilities. *NZ Dent J*, 99(4), 98-103.
67. McKeown, L., Woodbeck, H., & Lloyd, M. (2014). A journey to improve oral care with best practices in long-term care. *Can J DenHyg*, 48(2), 57-62.
68. McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4), 351-377.

69. McNally, M.E., Martin-Misener, R., Wyatt, C.C., McNeil, K.P., Crowell, S.J., Matthews, D.C., & Clovis, J.B. (2012). Action planning for daily mouth care in long-term care: the brushing up on mouth care project. *Nurs. Res. Pract.* 2012, 368356.
70. McNally, M. E., Matthews, D. C., Clovis, J. B., Brillant, M., & Filiaggi, M. J. (2014). The oral health of ageing baby boomers: a comparison of adults aged 45–64 and those 65 years and older. *Gerodontology*, 31(2), 123-135.
71. Mojon, P., Rentsch, A., Budtz-Jørgensen, E., & Baehni, P. C. (1998). Effects of an oral health program on selected clinical parameters and salivary bacteria in a long-term care facility. *European journal of oral sciences*, 106(4), 827-834.
72. Müller, F. (2015). Oral hygiene reduces the mortality from aspiration pneumonia in frail elders. *Journal of dental research*, 94(3_suppl), 14S-16S.
73. Mundt, J., & Lusch, R. F. (1997). Informal and formal care for the elderly: Decision determinants and their implications. *Health marketing quarterly*, 14(3), 53-68.
74. Nicol, R., Petrina Sweeney, M., McHugh, S., & Bagg, J. (2005). Effectiveness of health care worker training on the oral health of elderly residents of nursing homes. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(2), 115-124.
75. O'Connor, L. J. (2012). Oral health care. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*, 4, 409-18.
76. Oral Hygiene Knowledge Test (Regional Geriatric Program Central) <http://admin.rgpc.ca/uploads/documents/oral%20hygiene%20knowledge%20test-answers.pdf>
77. Ornstein, K. A., DeCherrie, L., Gluzman, R., Scott, E. S., Kansal, J., Shah, T., ... & Soriano, T. A. (2015). Significant unmet oral health needs of homebound elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), 151-157.
78. Paley, G. A., Slack-Smith, L. M., & O'Grady, M. J. (2004). Aged care staff perspectives on oral care for residents: Western Australia. *Gerodontology*, 21(3), 146-154.
79. Parsons, S. (2012). Collaborative oral health education for caregivers in an assisted-living facility. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(3), 44.
80. Paryag, A., Rafeek, R., & Lewis, D. (2016). Knowledge, Attitudes, Beliefs and Training of Care Givers and Nursing Staff in Relation to Oral Care in Institutions for Older People in Trinidad. *Int J Dent Oral Health*, 2(6).
81. Paulsson, G., Fridlund, B., Holmén, A., & Nederfors, T. (1998). Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. *Special care in dentistry*, 18(6), 234-242.

82. Paulsson, G., Söderfeldt, B., Nederfors, T., & Fridlund, B. (2003). The effect of an oral health education program after three years. *Special care in dentistry*, 23(2), 63-69.
83. Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*, 31(s1), 3-24.
84. Petersen, P. E., Kandelman, D., Arpin, S., & Ogawa, H. (2010). Global oral health of older people-call for public health action. *Community dental health*, 27(4), 257-67.
85. Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(2), 81-92.
86. Philip, P., Rogers, C., Kruger, E., & Tennant, M. (2012). Oral hygiene care status of elderly with dementia and in residential aged care facilities. *Gerodontology* 29 (2), e306–311.
87. Plemons, J. M., Al-Hashimi, I., & Marek, C. L. (2014). Managing xerostomia and salivary gland hypofunction: executive summary of a report from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *The Journal of the American Dental Association*, 145(8), 867-873.
88. Porter, J., Ntouva, A., Read, A., Murdoch, M., Ola, D., & Tsakos, G. (2015). The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health Qual. Life Outcomes* 13 (1), 102.
89. Preston, A. J., Punekar, S., & Gosney, M. A. (2000). Oral care of elderly patients: nurses' knowledge and views. *Postgraduate medical journal*, 76(892), 89-91.
90. Promsudthi, A., Pimapsri, S., Deerochanawong, C., & Kanchanasita, W. (2005). The effect of periodontal therapy on uncontrolled type 2 diabetes mellitus in older subjects. *Oral diseases*, 11(5), 293-298.
91. Quagliariello, V., Ginter, S., Han, L., Van Ness, P., Allore, H., & Tinetti, M. (2004). Modifiable risk factors for nursing home pneumonia. *Clin Infect Dis*, 40, 1-6.
92. Raja, B. K., Radha, G., Rekha, R., & Pallavi, S. K. (2015). Oral Health Status of Institutionalized Elder's. *Int J Oral Health Med Res | MAY-JUNE*, 2(1), 86.
93. Reed, R., Broder, H. L., Jenkins, G., Spivack, E., & Janal, M. N. (2006). Oral health promotion among older persons and their care providers in a nursing home facility. *Gerodontology*, 23(2), 73-78.
94. Reis, S.C., Marcelo, V.C., da Silva, E.T., & Leles, C.R. (2011). Oral health of institutionalised elderly: a qualitative study of health caregivers' perceptions in Brazil. *Gerodontology* 28 (1), 69–75.

95. Rothera, I., Jones, R., Harwood, R., Avery, A., & Waite, J. (2003). Health status and assessed need for a cohort of older people admitted to nursing and residential homes. *Age and Ageing*, 32(3), 303-309.
96. Rucker, R., Barlow, P. B., Hartshorn, J., Kaufman, L., Smith, B., Kossioni, A., & Marchini, L. (2018). Development and preliminary validation of an ageism scale for dental students. *Special Care in Dentistry*, 38(1), 31-35.
97. Sanz, M., Ceriello, A., Buyschaert, M., Chapple, I., Demmer, R. T., Graziani, F., ... & Mathur, M. (2018). Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *Journal of clinical periodontology*, 45(2), 138-149.
98. Saunders, R. H., & Meyerowitz, C. (2005). Dental caries in older adults. *Dental Clinics*, 49(2), 293-308.
99. Scannapieco, F. A., & Cantos, A. (2016). Oral inflammation and infection, and chronic medical diseases: implications for the elderly. *Periodontology 2000*, 72(1), 153-175.
100. Schols, J. M., Crebolder, H. F., & van Weel, C. (2004). Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(3), 207-212.
101. Schou, L., Wight, C., Clemson, N., Douglas, S., & Clark, C. (1989). Oral health promotion for institutionalised elderly. *Community dentistry and oral epidemiology*, 17(1), 2-6.
102. Simons, D., Baker, P., Jones, B., Kidd, E. A. M., & Beighton, D. (2000). Dental health education: an evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes. *British Dental Journal*, 188(4), 206.
103. Singh, M. L., & Papas, A. (2014). Oral implications of polypharmacy in the elderly. *Dental Clinics*, 58(4), 783-796
104. Sjögren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O., & Hoogstraate, J. (2008). A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(11), 2124-2130.
105. Sloane, P. D., Zimmerman, S., Chen, X., Barrick, A. L., Poole, P., Reed, D., ... & Cohen, L. W. (2013). Effect of a person-centered mouth care intervention on care processes and outcomes in three nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(7), 1158-1163.

106. Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H., & Nordenram, G. (2011). Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(1), 92-99.
107. Strayer, M. S. (1995). Perceived barriers to oral health care among the homebound. *Special Care in Dentistry*, 15(3), 113-118.
108. Sumi, Y., Nakamura, Y., Nagaosa, S., Michiwaki, Y., & Nagaya, M. (2001). Attitudes to oral care among caregivers in Japanese nursing homes. *Gerodontology*, 18(1), 2-6.
109. Suomalainen, K., Karaharju-Suvanto, T., Bailey, S., Bullock, A., Cowpe, J., Barnes, E., ... & Kersten, H. (2013). Guidelines for the organisation of continuing professional development activities for the European dentist. *European Journal of Dental Education*, 17, 29-37.
110. Tham, R., & Hardy, S. (2013). Oral healthcare issues in rural residential aged care services in Victoria, Australia. *Gerodontology*, 30(2), 126-132.
111. Tanaka, T., Takahashi, K., Hirano, H., Kikutani, T., Watanabe, Y., Ohara, Y., ... & Iijima, K. (2017). Oral frailty as a risk factor for physical frailty and mortality in community-dwelling elderly. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(12), 1661-1667.
112. Terpenning, M. S., Taylor, G. W., Lopatin, D. E., Kerr, C. K., Dominguez, B. L., & Loesche, W. J. (2001). Aspiration pneumonia: dental and oral risk factors in an older veteran population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 557-563.
113. Touger-Decker, R., & Mobley, C. (2013). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: oral health and nutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(5), 693-701.
114. Turner, L. N., Balasubramaniam, R., Hersh, E. V., & Stoopler, E. T. (2008). Drug therapy in Alzheimer disease: an update for the oral health care provider. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 106(4), 467-476.
115. van der Maarel-Wierink, C. D., Vanobbergen, J. N., Bronkhorst, E. M., Schols, J. M., & de Baat, C. (2013). Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. *Gerodontology*, 30(1), 3-9.
116. van der Putten, G. J., Brand, H. S., Schols, J. M., & de Baat, C. (2011). The diagnostic suitability of a xerostomia questionnaire and the association between xerostomia, hyposalivation and medication use in a group of nursing home residents. *Clinical oral investigations*, 15(2), 185-192.

117. van der Putten, G. J., Mulder, J., de Baat, C., De Visschere, L. M., Vanobbergen, J. N., & Schols, J. M. (2013). Effectiveness of supervised implementation of an oral health care guideline in care homes; a single-blinded cluster randomized controlled trial. *Clinical oral investigations*, 17(4), 1143-1153.
118. Vanobbergen, J., & De Visschere, L. (2005). Factors contributing to the variation in oral hygiene practices and facilities in long-term care institutions for the elderly. *Community dental health*, 22(4), 260-265.
119. Wårdh, I., Hallberg, L. R. M., Berggren, U., Andersson, L., & Sörensen, S. (2003). Oral health education for nursing personnel; experiences among specially trained oral care aides: one-year follow-up interviews with oral care aides at a nursing facility. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(3), 250-256.
120. Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikström, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel—an area in need of improvement. *Gerodontology*, 29(2).
121. Wårdh, I., & Sörensen, S. (2005). Development of an index to measure oral health care priority among nursing staff. *Gerodontology*, 22(2), 84-90.
122. Weening-Verbree, L., Huisman-de Waal, G., van Dusseldorp, L., van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2013). Oral health care in older people in long term care facilities: a systematic review of implementation strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 50(4), 569-582.
123. Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R., & Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?. *Gerodontology*, 29(2).
124. World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
125. Zenthöfer, A., Dieke, R., Dieke, A., Wege, K. C., Rammelsberg, P., & Hassel, A. J. (2013). Improving oral hygiene in the long-term care of the elderly—a RCT. *Community dentistry and oral epidemiology*, 41(3), 261-268.
126. Zuluaga, D. J. M., Ferreira, J., Montoya, J. A. G., & Willumsen, T. (2012). Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*, 29(2), e420-e426.
127. Κοσιώνη, Α. & Ραχιώτης, Χ. Πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας στους ηλικιωμένους. (2010), *Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά*, 54:175-183.

128. Κοσιώνη, Α. Ε. Ασθενείς με νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές ιδιαίτερα συχνές στην τρίτη ηλικία. (2014), *ΟδοντοστοματολΠρόοδ*, 68 (2): 172-81.
129. Κοσιώνη, Α. Ε. Συχνά νοσήματα στους ηλικιωμένους που επηρεάζουν την οδοντιατρική φροντίδα. (2013), Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, η-Τάξη. <http://eclass.uoa.gr/courses/DENT385/>. Άδεια: Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 GR).

8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

8.1 Δελτίο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στη μελέτη

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ

Τίτλος Προγράμματος: Σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για τη στοματική υγεία σε τυπικούς φροντιστές ηλικιωμένων που διαμένουν σε μονάδα φροντίδας: ημι-πειραματική μελέτη

Τμήμα: Ιατρική Σχολή Αθηνών, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Προαγωγή και Αγωγή της Υγείας»

Υπεύθυνη ερευνήτρια: Καλλιόπη Κωνσταντοπούλου, Οδοντίατρος-μεταπτυχιακή φοιτήτρια Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας

Επιβλέπουσα: Αναστασία Κοσιώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Γηροδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Σας ζητείται να συμμετέχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα το οποίο διεξάγεται στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας. Οι ακόλουθες πληροφορίες παρέχονται προς ενημέρωσή σας προκειμένου να αποφασίσετε αν επιθυμείτε να συμμετέχετε.

1. Σκοπός

Η έρευνα αυτή έχει σκοπό να αξιολογήσει τις γνώσεις και τις στάσεις των τυπικών φροντιστών της μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων σχετικά με τη στοματική υγεία και να διερευνήσει τη μεταβολή τους μετά την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος στους φροντιστές.

2. Διαδικασίες

Στη μελέτη αυτή θα πάρουν μέρος οι τυπικοί φροντιστές της μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων. Θα τους διανεμηθεί ερωτηματολόγιο από την ερευνήτρια, το οποίο θα κληθούν να συμπληρώσουν, αφού προηγηθεί προφορική ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 τομείς: 1)δημογραφικά στοιχεία, 2)εμπειρία των φροντιστών για τη στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων, 3) προσωπική στοματική φροντίδα, 4) γνώσεις σχετικά με τη στοματική υγεία στους ηλικιωμένους και 5) στάσεις σχετικά με τη στοματική υγεία στους ηλικιωμένους. Το ερωτηματολόγιο θα διανεμηθεί ξανά δύο φορές στον κάθε συμμετέχοντα μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων, τα δεδομένα θα επεξεργαστούν και θα αναλυθούν με τη χρήση στατιστικού προγράμματος.

3. Εξαιρέσεις

Η έρευνα απευθύνεται σε όλους τους τυπικούς φροντιστές της μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων.

4. Κίνδυνοι και ενοχλήσεις

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

5. Κόστος έρευνας

Δεν προβλέπεται κάποιο κόστος για τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή.

6. Οφέλη

Όλοι οι συμμετέχοντες θα παρακολουθήσουν εκπαιδευτικό σεμινάριο σχετικά με τη στοματική υγεία στους ηλικιωμένους και θα λάβουν πιστοποιητικό παρακολούθησης.

7. Πληρωμή

Καμία πληρωμή δε θα πραγματοποιηθεί για τη συμμετοχή στην έρευνα.

8. Εμπιστευτικότητα

Θα τηρηθεί ανωνυμία σε όλα τα ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα της μελέτης ενδέχεται μελλοντικά να δημοσιευθούν σε επιστημονικό περιοδικό.

9. Δικαίωμα μη συμμετοχής

Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετέχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα. Η συμπλήρωση και η επιστροφή του ερωτηματολογίου αποτελούν συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα.

Αν έχετε επιπλέον ερωτήσεις σχετικά με την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια στο τηλέφωνο 6946725803 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση kallikonst16@gmail.com.

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στην έρευνα.

Υπογραφή

Ημερομηνία

8.2 Ερωτηματολόγιο γνώσεων και στάσεων

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Αύξων αριθμός..... Ημερομηνία..... Μονάδα.....

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελεί σημαντικό τμήμα του σεμιναρίου που θα προσφερθεί από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών σχετικά με τη στοματική υγεία στην τρίτη ηλικία. Έχει ως στόχο να καταγράψει τα θέματα πάνω στα οποία απαιτείται περισσότερη ενημέρωση και να αξιολογήσει τη βελτίωση των γνώσεων μετά από την παρακολούθηση του σεμιναρίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα αποτελέσματα θα αναλυθούν σε ομαδικό επίπεδο.

Ευχαριστούμε προκαταβολικά για τη συμμετοχή σας.

A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Παρακαλούμε σημειώστε τα 4 τελευταία ψηφία του κινητού σας τηλεφώνου.....
2. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
3. Έτος γέννησης.....
4. Ειδικότητα.....
5. Εκπαίδευση:
Πρωτοβάθμια Δευτεροβάθμια Μεταλυκειακή ΤΕΙ ΑΕΙ
6. Εκπαίδευση στη Νοσηλευτική: Ναι Όχι
7. Πόσα έτη ασχολείστε με τη φροντίδα ηλικιωμένων;.....
8. Φροντίζετε τη στοματική υγιεινή (δόντια, οδοντοστοιχίες) των ηλικιωμένων στη Μονάδα;
Καθημερινά Μερικές φορές Ποτέ
9. Από πού έχετε λάβει μέχρι σήμερα κάποια ενημέρωση σχετικά με τη στοματική υγεία; (νοσήματα, στοματική υγιεινή, πρόληψη, κ.λπ.) Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.
Από το σχολείο
Από κάποιο μάθημα της Σχολής μου
Από τον οδοντίατρό μου
Από άλλους επαγγελματίες υγείας, εκτός από τον οδοντίατρο (γιατρό, φαρμακοποιό, κ.ά.)
Από συνέδρια/ ημερίδες κ.λπ.
Από το ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον
Από το διαδίκτυο
Από επιστημονικά περιοδικά
Από τα μέσα ενημέρωσης (περιοδικά, τηλεόραση, ραδιόφωνο κ.ά.)
Άλλο.....
Δεν έχω λάβει ποτέ κάποια ενημέρωση σχετικά με τη στοματική υγεία

10. Πότε επισκεφθήκατε τελευταία φορά τον οδοντίατρό σας;

Πριν από λιγότερους από 12 μήνες

Πριν από 1 έως 2 έτη

Πριν από 3 έως 5 έτη

Πριν από περισσότερα από 5 έτη

Δεν έχω επισκεφτεί ποτέ τον οδοντίατρο

Δε θυμάμαι

B. ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΓΝΩΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Παρακαλούμε βάλτε έναν κύκλο στην απάντηση που θεωρείτε σωστή.

1. Η απώλεια των φυσικών δοντιών είναι φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης.
A. Σωστό
B. Λάθος
2. Στην ουλίτιδα, τα ούλα είναι εξέρυθρα, πρησμένα και αιμορραγούν εύκολα.
A. Σωστό
B. Λάθος
3. Είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούμε σκληρή οδοντόβουρτσα.
A. Σωστό
B. Λάθος
4. Οι τεχνητές οδοντοστοιχίες (μασέλες) πρέπει να αφαιρούνται το βράδυ και να φυλάσσονται σε δοχείο με καθαρό νερό.
A. Σωστό
B. Λάθος
5. Ο καθαρισμός της γλώσσας αποτελεί σημαντικό κομμάτι της καθημερινής φροντίδας του στόματος.
A. Σωστό
B. Λάθος
6. Πότε πρέπει να γίνεται το βούρτσισμα των δοντιών;
A. Μόνο το πρωί
B. Μόνο το βράδυ
Γ. 2 φορές την ημέρα
7. Η τερηδόνα, η ουλίτιδα και η περιοδοντίτιδα είναι νοσήματα που μπορούν να προληφθούν.
A. Σωστό
B. Λάθος
8. Ποιος ή ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης στοματικών προβλημάτων στους ηλικιωμένους;
A. Η άνοια
B. Τα κινητικά προβλήματα στα χέρια
Γ. Η ξηροστομία
Δ. Η δίαιτα πλούσια σε υδατάνθρακες
E. όλα τα παραπάνω
9. Ο αποτελεσματικότερος τρόπος καθαρισμού των τεχνητών οδοντοστοιχιών (μασελών) είναι το βούρτσισμα με οδοντόκρεμα.
A. Σωστό
B. Λάθος
10. Τα μικρόβια του στόματος μπορεί να προκαλέσουν λοίμωξη στους πνεύμονες.
A. Σωστό
B. Λάθος
11. Τα χαλασμένα δόντια μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές στη συμπεριφορά των ασθενών με άνοια.
A. Σωστό
B. Λάθος

12. Η ξηροστομία (μείωση του σάλιου) είναι φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης.

A. Σωστό

B. Λάθος

Συνολική Βαθμολογία:...../12

Γ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΣΤΑΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Παρακαλούμε σημειώστε πόσο συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις, με βάση την κλίμακα που αναγράφεται δεξιά (από διαφωνώ απόλυτα έως συμφωνώ απόλυτα).

ΕΡΩΤΗΣΗ	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Θεωρώ την καθημερινή υγιεινή των δοντιών και των οδοντοστοιχιών πολύ σημαντική για τους ηλικιωμένους.					
2. Πιστεύω ότι γνωρίζω καλά πώς καθαρίζονται τα δόντια.					
3. Πιστεύω ότι γνωρίζω καλά πώς καθαρίζονται οι οδοντοστοιχίες (μασέλες).					
4. Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να επισκέπτονται τον οδοντίατρο μόνο όταν πονάνε.					
5. Η καθημερινή στοματική υγιεινή στους ηλικιωμένους είναι δύσκολη, γιατί δε συνεργάζονται.					
6. Οι ηλικιωμένοι αδιαφορούν για τη στοματική τους υγιεινή.					
7. Μου είναι περισσότερο δυσάρεστο να καθαρίζω το στόμα των ηλικιωμένων απ' ό,τι να τους παρέχω σωματική καθαριότητα (πχ. αλλαγμα πάνας ακράτειας και καθαρισμός σώματος).					
8. Οι φροντιστές πρέπει να προτρέπουν τον αυτοεξυπηρετούμενο ηλικιωμένο στην					

καθημερινή υγιεινή των δοντιών και των οδοντοστοιχιών του.					
9. Θεωρώ ότι η παροχή καθημερινής στοματικής υγιεινής στους ηλικιωμένους είναι δυσκολότερη απ' ό,τι η παροχή σωματικής υγιεινής και φροντίδας.					
10. Δυσκολεύομαι να καθαρίσω τα δόντια και τις οδοντοστοιχίες των ηλικιωμένων, γιατί δεν έχω την κατάλληλη εκπαίδευση.					
11. Δυσκολεύομαι να ελέγξω το στόμα του ηλικιωμένου για τυχόν βλάβες, γιατί δεν έχω την κατάλληλη εκπαίδευση.					
12. Η καθημερινή στοματική υγιεινή πρέπει να διεξάγεται υποχρεωτικά στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.					
13. Ο συστηματικός έλεγχος της στοματικής υγείας πρέπει να διεξάγεται υποχρεωτικά στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.					
14. Μου είναι δύσκολο να φροντίζω καθημερινά το στόμα των ηλικιωμένων, γιατί δεν υπάρχει ο αναγκαίος χρόνος.					

Συνολική Βαθμολογία:.../70

8.3 Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του σεμιναρίου

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ

Ημερομηνία.....

Τόπος.....

Αγαπητές φίλες και φίλοι,
παρακαλούμε διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις και βαθμολογήστε τις από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) μέχρι το 10 (συμφωνώ απόλυτα).

Πρόταση	Διαφωνώ απόλυτα					Συμφωνώ απόλυτα				
1. Το σεμινάριο βελτίωσε τις γνώσεις μου πάνω στη στοματική υγεία.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Σκοπεύω να εφαρμόσω όσα έμαθα στο επάγγελμά μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Σκοπεύω να εφαρμόσω όσα έμαθα στην προσωπική μου ζωή.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Το περιεχόμενο ήταν ικανοποιητικό.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Ο χώρος εκπαίδευσης ήταν κατάλληλος.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Ο τρόπος παρουσίασης από τους διδάσκοντες ήταν ικανοποιητικός.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Η οργάνωση του σεμιναρίου ήταν ικανοποιητική.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Θα σύστηνα στους συναδέλφους μου να το παρακολουθήσουν.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Βαθμολογία:...../100

Θεωρείτε κάποιο συγκεκριμένο μέρος του σεμιναρίου ιδιαίτερα επιτυχημένο;

.....
.....
.....

Πιστεύετε ότι κάποιο μέρος του σεμιναρίου χρειάζεται κάποια βελτίωση;

.....
.....
.....

Έχετε κάποια σχόλια και προτάσεις για βελτίωση του σεμιναρίου;

.....
.....
.....

Ευχαριστούμε θερμά για τον χρόνο σας!

8.4 Υλικό της παρέμβασης

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ POWERPOINT



Περιεχόμενο

- Σημασία της στοματικής υγείας
- Διαχωρισμός της παθολογικής από τη φυσιολογική στοματική κατάσταση
- Σχέση μεταξύ της στοματικής και της γενικής υγείας
- Στοματική αξιολόγηση-ποιες καταστάσεις χρήζουν παραπομπής στον οδοντίατρο
- Οδηγίες για τη φροντίδα του στόματος
- Φροντίδα του στόματος στους ηλικιωμένους με άνοια

Η σημασία της στοματικής υγείας

- **Αναπόσπαστο κομμάτι της γενικής υγείας**
- **Καλύτερη ποιότητα ζωής**
 - Σωστή θρέψη
 - Απουσία πόνου
 - Καλύτερη ποιότητα ύπνου
 - Καλύτερη ομιλία-επικοινωνία
 - Χαμόγελο
 - Αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση



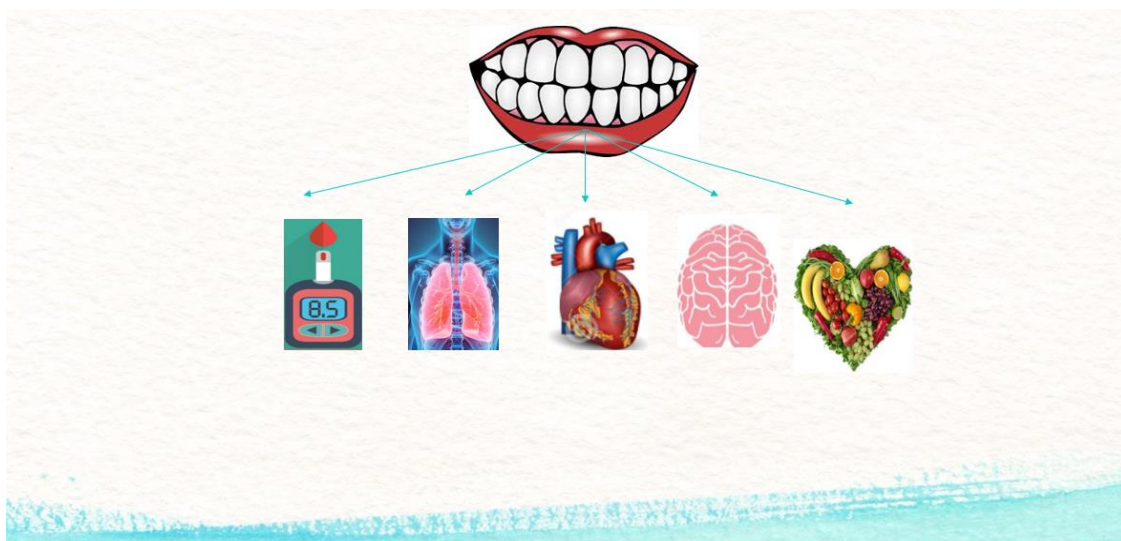
Η στοματική υγεία στην τρίτη ηλικία

Εμπόδια στη στοματική υγεία που σχετίζονται με τους ηλικιωμένους:

- Προβλήματα γενικής υγείας
- Πολυφαρμακία
- Διανοητική ανεπάρκεια
- Λειτουργική έκπτωση
- Κινητικά προβλήματα



Συσχέτιση της στοματικής υγείας με τη γενική υγεία



Εξέταση του στόματος

1. Χείλη
2. Γλώσσα
3. Ούλα και ιστοί του στόματος
4. Σάλιο
5. Φυσικά δόντια
6. Κινητές οδοντοστοιχίες
7. Καθαριότητα του στόματος και των οδοντοστοιχιών
8. Πόνος στο στόμα

Εξέταση του στόματος

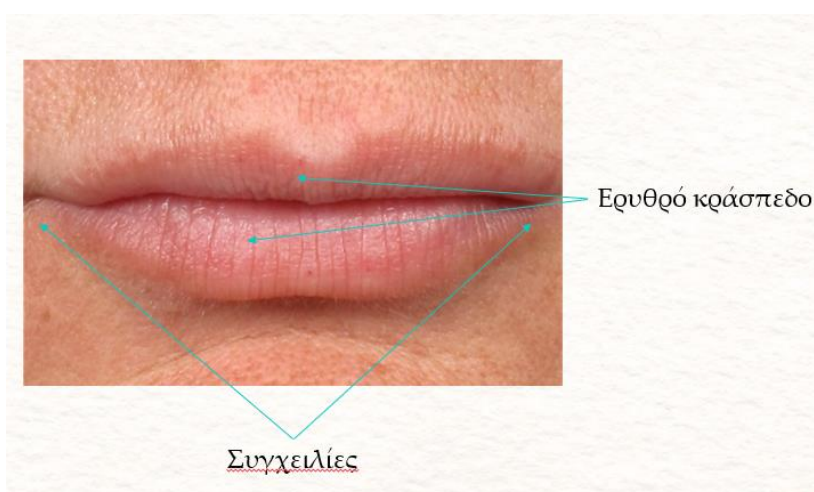
Υλικά

- ✓ Μάσκα
- ✓ Γάντια
- ✓ Φακός
- ✓ Ξύλινη σπάθη
- ✓ Γάζα



Χείλη

Φυσιολογικά: ροδαλά, απαλά



Χείλη

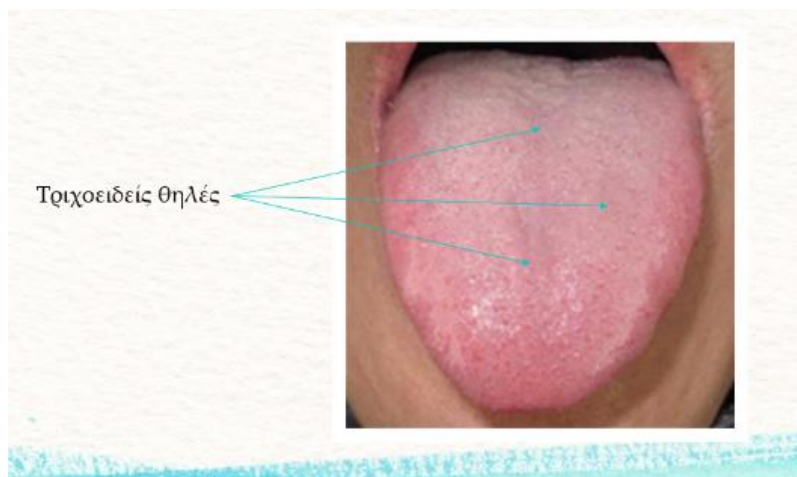
Συγγειλίτιδα

- Πόνος, ερυθρότητα, ελκώσεις στις συγγειλίες
- Πιο συχνή στα άτομα με οδοντοστοιχίες
- Μπορεί να αποτελεί εκδήλωση προβλήματος της γενικής υγείας (αναιμία, υποβιταμινώσεις, σακχαρώδης διαβήτης)



Γλώσσα

Φυσιολογική: ροδαλή, παρουσία θηλών



Γλώσσα

Γλωσσίτιδα

- Προκαλείται συνήθως από μυκητιακή λοίμωξη
- Εξέρυθρη γλώσσα, απουσία θηλών
- Πόνος
- Μπορεί να αποτελεί εκδήλωση προβλήματος της γενικής υγείας (αναιμία, υποβιταμινώσεις, σακχαρώδης διαβήτης)



Γλώσσα

Προκαρκινικές βλάβες και καρκίνος της γλώσσας

- Ελκώσεις που δεν επουλώνονται εντός 14 ημερών
- Το κάπνισμα και το αλκοόλ είναι οι βασικότεροι παράγοντες κινδύνου

Καρκίνος της γλώσσα



Γλώσσα

Εξέταση



Στοματική υγιεινή

Καλή στοματική υγιεινή:

Απουσία οδοντικής μικροβιακής πλάκας, τρυγίας και υπολειμμάτων τροφών από τα δόντια και τις οδοντοστοιχίες



Στοματική υγιεινή

- Τα βακτήρια της οδοντικής μικροβιακής πλάκας παράγουν οξέα και άλλες ουσίες που καταστρέφουν τα δόντια, τα ούλα και το οστό που στηρίζει τα δόντια
- Αν η οδοντική πλάκα δεν απομακρυνθεί, σκληραίνει και μετατρέπεται σε τρυγία (πέτρα)



Ούλα και ιστοί του στόματος

- Φυσιολογικά ούλα: ροδαλά, σφιχτά, χωρίς αιμορραγία
- Φυσιολογικοί ιστοί του στόματος: ροδαλοί, επαρκής ποσότητα σάλιου στο στόμα



Ούλα και ιστοί του στόματος

Ουλίτιδα

- Οίδηματώδη, εξέρυθρα ούλα, αιμορραγούν εύκολα



Ούλα και ιστοί του στόματος

- **Τι προκαλεί την ουλίτιδα;**
 - Η οδοντική μικροβιακή πλάκα
- **Ποια η διαφορά ουλίτιδας από την περιοδοντίτιδα;**
 - Καταστροφή των ούλων και του οστού που στηρίζει τα δόντια



Ούλα και ιστοί του στόματος

Περιοδοντίτιδα

- Αμφίδρομη σχέση μεταξύ περιοδοντίτιδας και σακχαρώδους διαβήτη
- Κίνδυνος λοιμώξεων του αναπνευστικού σε καθηλωμένους ασθενείς



Ούλα και ιστοί του στόματος

Καντιντίαση

- Η νόσος του νοσούντος
- Λευκές αποκολλώμενες μάζες
- Ερυθρές περιοχές
- Αίσθημα ξηροστομίας, αίσθημα καύσου



Ούλα και ιστοί του στόματος

Στοματίτιδα από οδοντοστοιχία

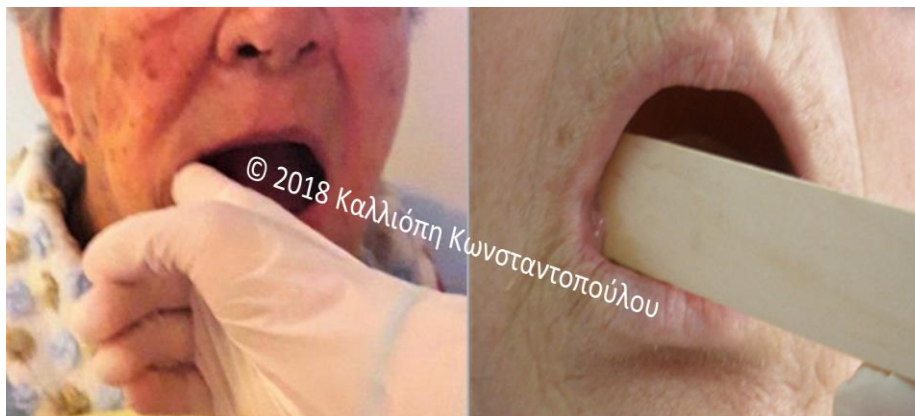
- Προκαλείται από μυκητιακή λοίμωξη, από τραύμα ή από το συνδυασμό
- Εντοπίζεται στην περιοχή εφαρμογής της οδοντοστοιχίας
- Εξέρυθροι ιστοί του στόματος



Σάλιο

Ξηροστομία

- Μπορεί να προκληθεί από φάρμακα, συστηματικά νοσήματα, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία
- Μικρή ποσότητα σάλιου στο στόμα
- Σάλιο αφρώδες ή κολλώδες
- >50% των ηλικιωμένων

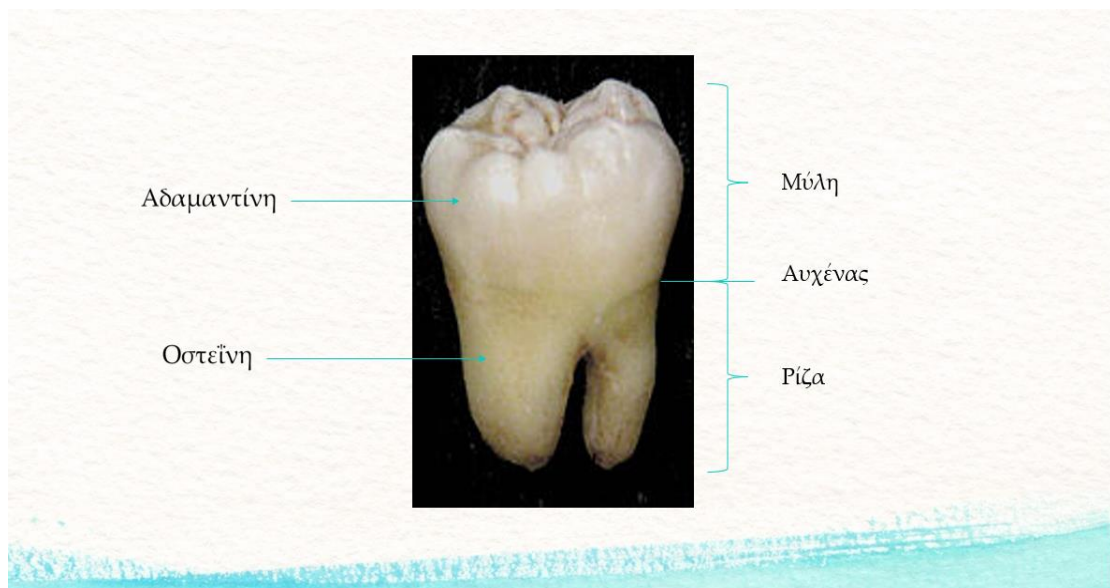


Σάλιο

Τα κυριότερα φάρμακα που προκαλούν ξηροστομία:

- Αντικαταθλιπτικά
- Διουρητικά
- Αντιψυχωσικά
- Λίθιο
- Οπιούχα
- Αντιχολινεργικά
- Αντιισταμινικά

Φυσικά δόντια



Φυσικά δόντια

Τερηδόνα:

- Έλεγχος για:
 - ✓ «Τρύπες» στα δόντια
 - ✓ Καφέ ή δυσχρωμικές περιοχές στα δόντια
 - ✓ Σπασμένα δόντια



Φυσικά δόντια

Τι προκαλεί την τερηδόνα;

- Οδοντική μικροβιακή πλάκα
- Κακή στοματική υγιεινή
- Διατροφικές συνήθειες



Φυσικά δόντια

Αποτριβή



Απόσπαση



Διάβρωση



Οδοντοστοιχίες

Ολικές οδοντοστοιχίες



Οδοντοστοιχίες

Μερικές οδοντοστοιχίες



Οδοντοστοιχίες

Έλεγχος για:

- ✓ Αποτριμμένα ή ελλείποντα δόντια στις οδοντοστοιχίες
- ✓ Ακρυλικό με φθαρμένη ή σπασμένη περιοχή
- ✓ Λυγισμένα ή σπασμένα μεταλλικά άγκιστρα στις μερικές οδοντοστοιχίες
- ✓ Πρόκληση ενόχλησης και τραύματος στο στόμα



Ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις χρήζουν παραπομπής στον οδοντίατρο;



Λευκοπλακία (προκαρκινική βλάβη)

NAI



Περιοδοντίτιδα

ΝΑΙ



Αποτριβές δοντιών

Παρακολούθηση



Έλκωση-τραύμα κάτω από την οδοντοστοιχία

ΝΑΙ



Στοματίτιδα από οδοντοστοιχία

ΝΑΙ



Απόστημα

ΝΑΙ



Φροντίδα των φυσικών δοντιών-υλικά

- ✓ Μάσκα
- ✓ Γάντια
- ✓ Πετσετάκι μίας χρήσεως
- ✓ Μαλακή ή μέτρια οδοντόβουρτσα
- ✓ Φθοριούχος οδοντόκρεμα
- ✓ Οδοντικό νήμα με συγκρατητήρα ή μεσοδόντια βουρτσάκια
- ✓ Στοματικό διάλυμα (εάν χρειάζεται)

Φροντίδα των φυσικών δοντιών-υλικά

Μηχανικός καθαρισμός

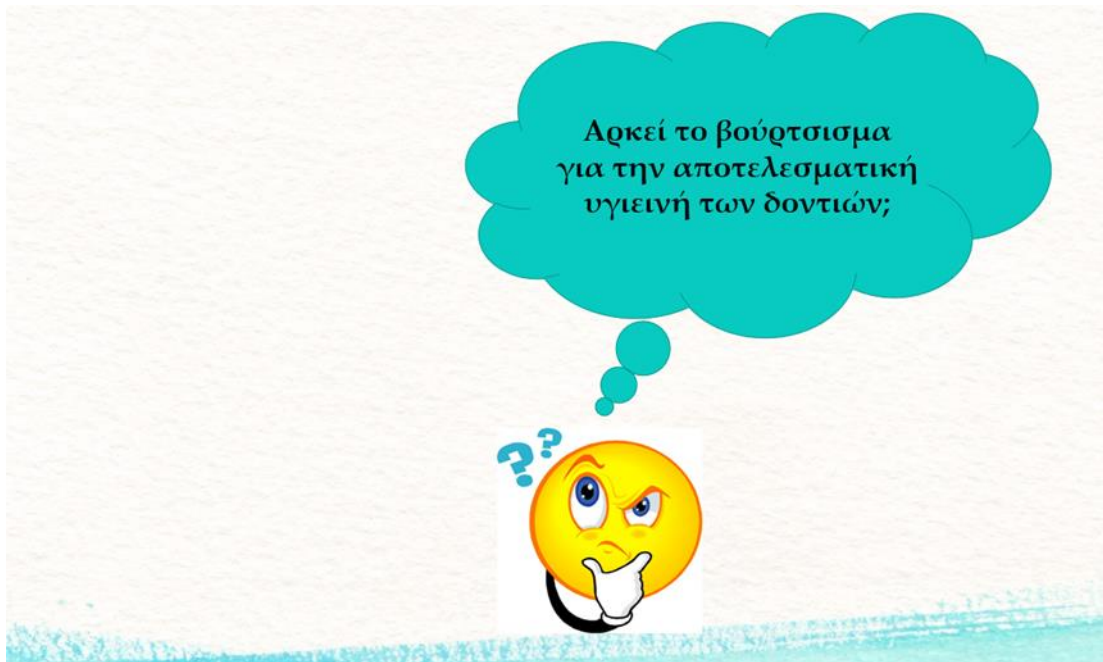
- Βούρτσισμα 2 φορές την ημέρα για 2 λεπτά (απαραιτήτως το βράδυ)-κανόνας 2x2
- Μέτρια ή μαλακή οδοντόβουρτσα
- Οι οδοντόβουρτσες θα πρέπει να αφήνονται να στεγνώνουν στον αέρα
- Αλλαγή της οδοντόβουρτσας κάθε 3 μήνες και μετά από λοίμωξη του ασθενούς
- Φθοριούχος οδοντόπαστα (1100-1450 ppm)

Φροντίδα των φυσικών δοντιών

Σε άτομα με κινητικά προβλήματα:

Χρήση ηλεκτρικής οδοντόβουρτσας ή τροποποίηση της λαβής της χειροκίνητης οδοντόβουρτσας (πχ. πάχυνση με διάφορα μέσα, κάμψη, προσθήκη ειδικών λαβών)





Φροντίδα των φυσικών δοντιών

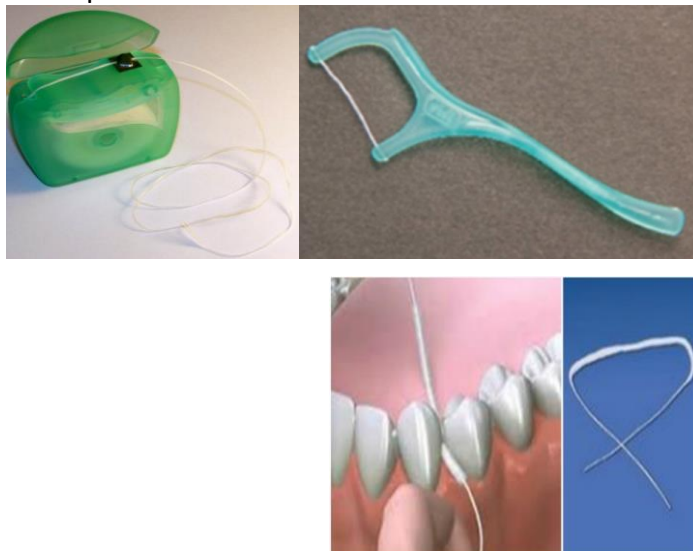
Καθαρισμός των μεσοδόντιων διαστημάτων

- Μεσοδόντια βουρτσάκια



Φροντίδα των φυσικών δοντιών

- Οδοντικό νήμα
- Ειδικό συγκρατητήρες νήματος
- Super floss



Φροντίδα των φυσικών δοντιών

Χρήση χημικών παραγόντων

- Προϊόντα με χλωρεξιδίνη και αιθέρια έλαια για τον έλεγχο της μικροβιακής πλάκας
- Σε ευπαθή και εξαρτημένα άτομα συστήνεται ο συνδυασμός μηχανικού καθαρισμού και χρήσης στοματικών διαλυμάτων
- Το διάλυμα χλωρεξιδίνης μπορεί να διαλυθεί σε ίση ποσότητα νερού 50/50 για να αποφευχθεί το αίσθημα καύσου στο στόμα

Κατά τη χορήγηση στοματικών διαλυμάτων σε ευπαθείς ηλικιωμένους θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται μέτρα προστασίας για την αποφυγή πιθανής κατά λάθος κατάποσής.

Η απώλεια των δοντιών
είναι φυσιολογικό
επακόλουθο της
γήρανσης;



Φροντίδα των οδοντοστοιχιών-υλικά

- ✓ Γάντια
- ✓ Μάσκα
- ✓ Ειδική οδοντόβουρτσα για οδοντοστοιχίες
- ✓ Σαπούνι
- ✓ Δισκία καθαρισμού
- ✓ Δοχείο με νερό
- ✓ Κουτί φύλαξης

Φροντίδα των οδοντοστοιχιών

- Πλύσεις με νερό του στόματος και των οδοντοστοιχιών μετά από κάθε λήψη τροφής
- Μηχανικός καθαρισμός των οδοντοστοιχιών 2-3 φορές την ημέρα με ειδική οδοντόβουρτσα για οδοντοστοιχίες
- Η οδοντόβουρτσα θα πρέπει να αφήνεται να στεγνώνει στον αέρα
- Αποφυγή χρήσης οδοντόκρεμας και χρήση κάποιου άλλου μη αποτριπτικού μέσου (π.χ. σαπούνι)
- Χρήση δισκίων καθαρισμού

Ο αποτελεσματικότερος τρόπος καθαρισμού των οδοντοστοιχιών είναι ο συνδυασμός μηχανικού καθαρισμού και χρήσης δισκίων καθαρισμού.

Φροντίδα των οδοντοστοιχιών

- Αφαίρεση των οδοντοστοιχιών το βράδυ και φύλαξή τους σε ποτήρι με νερό
- Μόνο σε περίπτωση στοματίτιδας από οδοντοστοιχίες, οι οδοντοστοιχίες αφήνονται να στεγνώσουν στον αέρα



Τρόπος βουρτσίσματος των οδοντοστοιχιών



Φροντίδα των οδοντοστοιχιών

Για την απομάκρυνση της τρυγίας (πέτρας) από τις οδοντοστοιχίες:

- Παραπομπή στον οδοντίατρο
- Εναλλακτικά:

Εμβύθιση σε λευκό ξύδι κατά τη διάρκεια της νύχτας και μηχανικός καθαρισμός το πρωί με την ειδική βούρτσα

Χαρακτηρισμός των οδοντοστοιχιών

Η διαδικασία πραγματοποιείται από τον οδοντίατρο σε συνεργασία με τον οδοντοτεχνίτη

Εναλλακτική μέθοδος:

- Αδροποίηση μέρους του πτερυγίου της οδοντοστοιχίας με γυαλόχαρτο
- Σημείωση με ανεξίτηλο μαρκαδόρο των αρχικών του ονόματος του ηλικιωμένου
- Πέρασμα με διάφανο βερνίκι
- Επανάληψη της διαδικασίας όταν φθαρεί η σημείωση

Καθαρισμός του στόματος

- Καθαρισμός της γλώσσας και του βλεννογόνου με μαλακή οδοντόβουρτσα
- Απομάκρυνση των υπολειμμάτων τροφών από τα χείλη και τις παρειές με γάζα τυλιγμένη στο δάχτυλο και εμποτισμένη με νερό, φυσιολογικό ορό ή διάλυμα χλωρεξιδίνης



Φροντίδα του στόματος στον καθηλωμένο ασθενή

Πρόληψη πνευμονικών λοιμώξεων από τα μικρόβια της στοματικής κοιλότητας και εισρόφησης τροφής στους πνεύμονες

- Ψεκασμοί της στοματικής κοιλότητας με σπρέι χλωρεξιδίνης 0,12%, κάθε μήνα, 1 φορά την ημέρα και για 7 συνεχόμενες ημέρες

Σε αδυναμία έκπλυσης του στόματος:

- Καθαρισμός των δοντιών με μαλακή οδοντόβουρτσα εμποτισμένη με διάλυμα φθορίου, νερό, φυσιολογικό ορό
- Καθαρισμός των βλεννογόνων με γάζα τυλιγμένη στο δάκτυλο, εμποτισμένη με νερό, φυσιολογικό ορό ή διάλυμα χλωρεξιδίνης

Η φροντίδα του στόματος στον ασθενή με γαστροστομία

- Διατήρηση ενυδατωμένου στόματος για την πρόληψη ξηροστομίας
- Εφαρμογή στοματικής υγιεινής

Αντιμετώπιση της ξηροστομίας

- Συχνή λήψη νερού
- Περιορισμός της λήψης καφεΐνης, οινοπνεύματος, πικάντικων και αλμυρών τροφών
- Αποφυγή του καπνίσματος
- Ενυδάτωση των χειλέων με προϊόντα χωρίς βαζελίνη
- Μαλάξεις στους σιαλογόνους αδένες
- Πλύσεις τρεις φορές την ημέρα με διάλυμα που αποτελείται από 1 κ.γ. σόδα και 1 κ.γ. αλάτι διαλυμένα σε ένα λίτρο χλιαρού χαμομηλιού
- Διέγερση παραγωγής σάλιου με τσίκλες ξυλιτόλης επί 10-20 λεπτά μετά τα γεύματα-στους ενόδοντες
- Μαλάξεις με λάδι ελιάς σε βλεννογόνους και γλώσσα
- Χορήγηση συνθετικού (τεχνητού) σάλιου
- Χρήση υγραντήρα ατμόσφαιρας το βράδυ

Διατροφικές συμβουλές

Για την προστασία από την τερηδόνα και τις διαβρώσεις:

- Αποφυγή σακχαρούχων και επεξεργασμένων τροφών κυρίως στα ενδιάμεσα των γευμάτων
- Περιορισμός της παρουσίας αμυλούχων τροφών για πολλή ώρα στο στόμα
- Περιορισμός της κατανάλωσης καφέ ή τσαγιού με ζάχαρη στα ενδιάμεσα των γευμάτων
- Αντικατάσταση της ζάχαρης με άλλα γλυκαντικά μη τερηδογόνα (π.χ. στέβια)
- Καλό ξέπλυμα του στόματος μετά την κατανάλωση τροφών ή ροφημάτων που περιέχουν οξέα ή ανθρακικό
- Ενίσχυση της διατροφής με γάλα, τυρί και λαχανικά

Ενημέρωση των ασθενών με ολικές οδοντοστοιχίες για τον τρόπο μάσησης της τροφής (πχ. αμφίπλευρη μάσηση, αποφυγή δήξης με τα πρόσθια δόντια)

Η φροντίδα του στόματος στον ηλικιωμένο με άνοια

Ο ρόλος του φροντιστή:

- Ενθάρρυνση τον ασθενούς και υπενθύμιση της καθημερινής φροντίδας του στόματος
- Εξασφάλιση διαθεσιμότητας προϊόντων στοματικής φροντίδας



Η φροντίδα του στόματος στον ηλικιωμένο με άνοια

Εμφάνιση της οδοντόβουρτσας στον ηλικιωμένο και παρότρυνση να την κρατήσει



Θέση του φροντιστή κατά την εφαρμογή στοματικής υγιεινής



Η φροντίδα του στόματος στον ηλικιωμένο με άνοια

Τεχνική «χέρι-χέρι»



Η φροντίδα του στόματος στον ηλικιωμένο με άνοια

Απόσπαση της προσοχής



Τεχνική της διπλής οδοντόβουρτσας



Συστηματικές επανεξετάσεις από τον οδοντίατρο

Υγιείς και ελαφρώς επιβαρυνμένοι ηλικιωμένοι:

- Ενόδοντες: τουλάχιστον 1 φορά το χρόνο
- Νωδοί: κάθε 2 έτη

Ευπαθείς και εξαρτημένοι ηλικιωμένοι:

- Ενόδοντες: κάθε 3-6 μήνες
- Νωδοί: 1 φορά το χρόνο
- Σε ηλικιωμένους που δεν μπορούν να μεταβούν στο οδοντιατρείο, η εξέταση γίνεται στη μονάδα φροντίδας

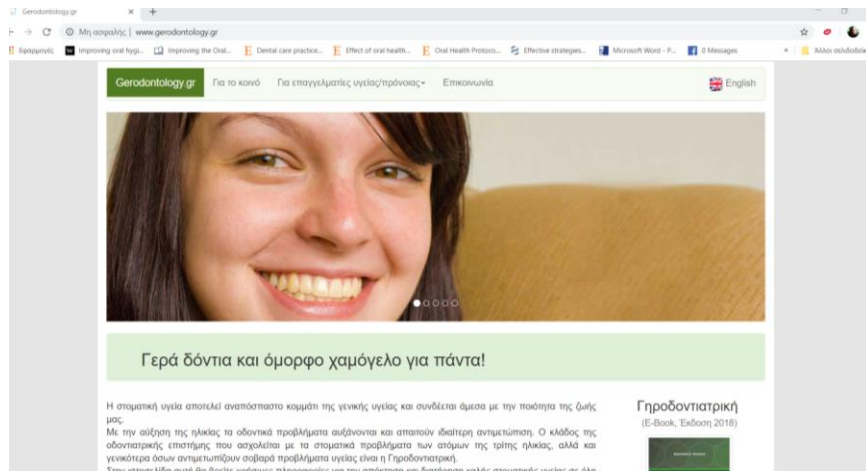


Σας ευχαριστώ πολύ!



Προτεινόμενη ιστοσελίδα

www.gerodontology.gr



Ερωτήσεις;



Εργαλείο Αξιολόγησης Στοματικής Υγείας (ΟΗΑΤ)

Κατηγορία	0=Φυσιολογικό	1=Αλλαγές Παραπομπή στον οδοντίατρο	2=Παθολογικό Παραπομπή	Score
Χείλη	Ροδαλά, απαλά, ενυδατωμένα	Ξηρότητα/ερυθρότητα στις συγχειλίες	Οίδημα, λευκή/ερυθρή περιοχή ή έλκωση στα χείλη Ελκώσεις ή και αιμορραγία στις συγχειλίες	
Γλώσσα	Ροδαλή, παρουσία τριχοειδών θηλών, επαρκές σάλιο	Εξέρυθρη ή τριχωτή	Λευκή/ερυθρή περιοχή ή έλκωση ή οίδημα	
Ούλα και ιστοί του στόματος	Ροδαλά, απαλά, επαρκές σάλιο, απουσία αιμορραγίας	Ξηρά, στυλινά, εξέρυθρα, οιδηματώδη ούλα 1 έλκωση κάτω από την οδοντοστοιχία	Οιδηματώδη, αιμορραγικά ούλα Ελκώσεις ή λευκές/ερυθρές περιοχές στο στόμα ή γενικευμένη ερυθρότητα και ευαισθησία	
Σάλιο	Επαρκής ποσότητα σάλιου	Ξηροί, κολλώδεις ιστοί, ανεπαρκής ποσότητα σάλιου Αίσθημα ξηροστομίας	Ξηροί και εξέρυθροι ιστοί Μικρή ποσότητα ή απουσία σάλιου Κολλώδες/φυσαλιδώδες σάλιο Παράπονο για ξηροστομία	
Φυσικά δόντια	Απουσία τερηδονισμένων ή σπασμένων δοντιών/ριζών	1-3 τερηδονισμένα ή σπασμένα δόντια/ρίζες ή πολύ αποτετριμμένα δόντια	≥4 τερηδονισμένα ή σπασμένα δόντια/ρίζες ή πολύ αποτετριμμένα δόντια ή <4 δόντια	
Οδοντοστοιχίες	Απουσία σπασμένων περιοχών/δοντιών, καλή εφαρμογή στο στόμα, χαρακτηρισμός	1 σπασμένη περιοχή/δόντι ή χρήση μόνο 1-2 ώρες την ημέρα ή απουσία χαρακτηρισμού	≥2 σπασμένες περιοχές/δόντια Μη χρήση της οδοντοστοιχίας ή απολεσθείσα οδοντοστοιχία Κακή εφαρμογή οδοντοστοιχίας και χρήση μόνο με συγκρατητική κόλλα Απουσία χαρακτηρισμού	
Στοματική υγιεινή	Απουσία πλάκας, πέτρας και υπολειμμάτων τροφών από το στόμα και τις οδοντοστοιχίες	Παρουσία πλάκας, πέτρας ή υπολειμμάτων τροφών σε 1-2 περιοχές του στόματος ή σε 1 μικρή περιοχή των οδοντοστοιχιών ή κακοσμία στόματος	Παρουσία πλάκας, πέτρας ή υπολειμμάτων τροφών στις περισσότερες περιοχές του στόματος ή των οδοντοστοιχιών ή έντονη κακοσμία στόματος	
Πόνος στο στόμα	Απουσία φυσικών ή λεκτικών σημείων ή αλλαγής συμπεριφοράς	Λεκτικά σημεία ή και αλλαγή συμπεριφοράς (άγγιγμα ή χτυπήματα στο πρόσωπο, απομύζηση χειλέων, μείωση πρόσληψης τροφής, επιθετικότητα)	Φυσικά σημεία (οίδημα στις παρειές ή στα ούλα, σπασμένα δόντια, ελκώσεις) και λεκτικά σημεία ή αλλαγή συμπεριφοράς	

Ένοικος:	Συμπληρώθηκε από:	Σύνολο
<ul style="list-style-type: none"> ○ Προγραμματισμός εξέτασης του ενοίκου από οδοντίατρο. ○ Ο ένοικος ή και οι συγγενείς του αρνούνται την οδοντιατρική θεραπεία. ○ Ολοκλήρωση του σχεδίου στοματικής φροντίδας του ενοίκου και έναρξη φροντίδας για τη στοματική του υγιεινή <p>Επανεξέταση της στοματικής υγείας του ενοίκου στις: <u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p>		/16

