



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μέτρηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με τη στοματική υγεία σε καταστάσεις επείγουσας οδοντιατρικής αντιμετώπισης

Παπαϊωάννου Ιωάννης
Οικονομικών Επιστημών

Επιβλέποντες: **Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής
Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής
Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
Κ. Βλασιάδης, Δρ. Ιατρικής
Πανεπιστημίου Κρήτης

Ηράκλειο, Μάρτιος 2014

©2013

Παπαϊωάννου Ιωάννης

ALL RIGHTS RESERVED

Ευχαριστίες

Είναι ωραίο να τερματίζεις μετά από μια διαδρομή. Τα συναισθήματα είναι συγκεχυμένα. Συναισθήματα χαράς για την μοναδική εμπειρία και τις γνώσεις που πήρα και απέραντης ευγνωμοσύνης για τους ανθρώπους που με βοήθησαν να προχωρήσω και να φτάσω ως εδώ.

Θέλω λοιπόν να εκφράσω τις άπειρες ευχαριστίες μου στο μεγάλο δάσκαλο, καθηγητή κύριο Αναστάσιο Φιλαλήθη. Η διδασκαλία του και η παρουσία του ήταν σημαντική και καθοριστική στην εξέλιξη της όλης διαδικασίας.

Τις άπειρες ευχαριστίες μου εκφράζω επίσης σε ένα άλλο επιστήμονα και εξάίρετο άνθρωπο, τον συνεπιβλέποντα της πτυχιακής μου κύριο Κώστα Βλασιάδη. Τον ευχαριστώ διότι με τις γνώσεις του και την υπομονή του με οδήγησε στη σωστή κατεύθυνση φτάνοντας μαζί ως το τέρμα.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους άλλους καθηγητές και διδάσκοντες του μεταπτυχιακού. Όλοι, ο καθένας με τον τρόπο του έδωσε το δικό του μάθημα γνώσης και ζωής.

Τέλος ευχαριστώ την οικογένεια μου που ήταν δίπλα μου όπως πάντα άλλωστε, αλλά ιδιαιτέρως και περισσότερο από όλους την αδερφή μου Διονυσία για την συμπαράστασή της.

Περιεχόμενα

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας.....	5
Εισαγωγή	11
Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	15
Μεθοδολογία	20
Αποτελέσματα και στατιστική ανάλυση.....	23
Συζήτηση	27
Συμπεράσματα-Προτάσεις	29
Βιβλιογραφία	30
Παραρτήματα.....	35

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Μέτρηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία σε καταστάσεις επείγουσας οδοντιατρικής αντιμετώπισης.

του Παπαϊωάννου Ιωάννη ΠΕ Οικονομικών Επιστημών

υπό την επίβλεψη των

1. Αναστάσιο Φιλαλήθη
2. Κωνσταντίνο Βλασιάδη

Από πολλά άρθρα στην διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει,ότι οι παθήσεις του στόματος ακόμη και αν σπάνια απειλούν την ζωή του ανθρώπου, έχουν τις ίδιες συναισθηματικές, ψυχοκοινωνικές συνέπειες με τις άλλες ασθένειες.

Ο όρος <<ποιότητα ζωής>> σχετικά με την στοματική υγεία εμπεριέχει οδοντιατρικά συμπτώματα, τις στοματικές λειτουργίες και την αντίληψη του ασθενούς για τις επιπτώσεις των στοματικών παθήσεων στην ποιότητα ζωής του. Η ποιότητα ζωής σχετικά με την στοματική υγεία επηρεάζεται από την κοινωνικό οικονομική κατάσταση, την άποψη του ατόμου σχετικά με την στοματική υγεία και από την κατάσταση της στοματικής του υγείας.

Σαν μεταπτυχιακός φοιτητής στο ΠΜΣ Δημόσια υγεία και διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μου εργασίας,θεωρώ πολύ σημαντική την πραγματοποίηση αυτής της έρευνας, η οποία θα διευκρινίσει σε ποιους τομείς οι παθήσεις της στοματικής κοιλότητας μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής του ανθρώπου.

Σκοπός της εργασίας: Με βάση το κύριο ερευνητικό ερώτημα, καθορίστηκαν τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:

- Επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ασθενών που επισκέπτονται τα επείγοντα περιστατικά του νοσοκομείου, για οδοντιατρικό τους πρόβλημα;
- Ποιες κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σχετικά με την στοματική υγεία;

- Σε τι βαθμό επιδρά η κατάσταση της στοματικής υγείας και το συγκεκριμένο πρόβλημα που ανάγκασε τον ασθενή να προσέλθει στα επείγοντα περιστατικά, στην ποιότητα ζωής του;
- Υπάρχει συσχέτιση των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν από την μελέτη των ερωτηματολογίων με το δείκτη τερηδονικής προσβολής DMFT;

Υλικό-Μέθοδος: Τόπος διεξαγωγής της έρευνας θα είναι το οδοντιατρείο του ΠΑΓΝΗ.

Υλικό μελέτης αποτελούν ασθενείς που έχουν προσέλθει σε ημέρες εφημερίας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του ΠΑΓΝΗ για την αντιμετώπιση κάποιου επείγοντος οδοντιατρικού προβλήματος. Το έντυπο συμπλήρωσης είναι ανώνυμο. Στην πρώτη σελίδα υπήρχαν ερωτήσεις που αφορούσαν φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, την αιτία προσέλευσης στα επείγοντα περιστατικά, την ώρα προσέλευσης. Ακολούθησε η κλινική εξέταση του ασθενούς για την καταγραφή της κατάστασης του περιοδοντίου, των τερηδονισμένων δοντιών,

των εξαχθέντων δοντιών, των δοντιών στα οποία έχουν γίνει εμφράξεις καθώς και αν υπήρχαν προσθετικές αποκαταστάσεις προκειμένου να υπολογιστεί ο δείκτης τερηδονικής προσβολής DMFT.

Στο τελευταίο στάδιο ο ασθενής συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής σχετικά με την στοματική υγεία OHIP- 14.

Αποτελέσματα:

Συμπεράσματα:

Λέξεις κλειδιά: oral health, quality of life, DMFT, OHIP, OHRQoL

Abstract

Measuring oral health quality of life in situations of emergency dental care.

WHO defines Quality of Life as individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, the psychological state, the level of independence, the social relationships, the personal beliefs and their relationship to salient features of their environment.

According to the literature review, oral diseases have the same psychosocial effect on our lives whilst they are not an instant threat to our lives and as severe as other diseases.

The term "Oral Health-related Quality of Life" (OHRQoL) is a multidimensional concept that captures oral symptoms and mouth function as well as patient's perspective on the effects of dental diseases on his or her life quality. As a result OHRQoL is reliant on socioeconomical situation, the individual's perspective on oral health and the present condition of his or her oral health.

As a postgraduate student of the masters program “Public Health and Management of Health” I will try to shed some light on certain aspects concerning the OHRQoL. The aim of the present is to investigate which factors of oral health status can influence the quality of life.

The literature review reveals essential research on the effects of oral health on an individual’s quality of life, the emotional and psychosocial consequences of the oral diseases as well as the cost of those effects for the individual and the state.

Sheiham (2005) investigates the effect of oral health on general health and quality of life. He claims that every year millions of working hours are lost because of oral health problems. Furthermore, oral health affects general health by causing considerable pain and suffering and by changing what people eat, their speech and their quality of life and well-being.

Slade and Spencer (1994) introduced the Oral Health Impact Profile (OHIP), a questionnaire, a scaled index of the social impact of oral disorders, which draws on a theoretical hierarchy of oral health outcomes. The OHIP offers a reliable and valid instrument for detailed measurement of the social impact of oral disorders.

A number of researches have used the OHIP as a research instrument. Stamadianos et al (2005), for example, showed that the OHIP offers as a reliable and valuable research tool and can be adapted in order to address the greek population.

Vlasiadis et al (2008) suggest that the problems related to oral health affect the quality of life by reducing the physical functions, social life and patient’s self esteem. They claim that the evaluation of OHRQoL must be made with simple and reliable methods that are amenable to

statistical analysis. The evidence concerning quality of life should be collected through a standardized procedure such as a national or an electronic hospital registry.

A more detailed view of the evaluation tools is needed in order to render them more usefully and effectively. This can be achieved through training and by selecting the most appropriate evaluation method for every individual case.

The aim of my study is to estimate the level of the QoL in relation to the oral health of patients who proceed to the Emergency Department of the University Hospital of Heraklion (PAGNI).

The present research is going to focus on these questions:

- Do the patients think that their quality of life is affected by coming to the Emergency Department of the PAGNI Hospital?
- Which social and demographic factors affect the quality of life?
- To what extent the oral health condition and the problem the patient has take effect on his or her life?
- Is there any linking of the results with the DMFT index?

The research has taken place at the Department of Dentistry in the University Hospital of Heraklion (PAGNI). The participants were patients who proceeded in the Hospital to the Emergency Department (TEP) looking for urgent dental care. After having been treated, the patients were informed about the aim of the research and were asked to give their informed consent in order to participate in the research. Face to face interviews were conducted in order to ensure that all the questions

are answered and the patient understands all the questions. The questionnaire is anonymous. In the first page the patient is asked to provide some personal information such as the sex, the age, the educational status, the time and the oral health problem that led him or her to the Emergency Department. After that there was an examination and the dentist fills a specific form in order to set down all the details about the mouth condition, the former dental problems, teeth extractions etc. in order to estimate the DMFT index.

In the end, the patient filled the OHIP-14 questionnaire. The questionnaire consists of fourteen questions with the same validity according to Linkert scale. For the use of the OHIP questionnaire official consent was given by the researchers who introduced it, Slade, G.D and Spencer, J.A.

Εισαγωγή

Μέτρηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία σε καταστάσεις επείγουσας οδοντιατρικής αντιμετώπισης.

Η στοματική υγεία είναι ένα από τα πεδία υγείας που μπορεί να έχει επηρροή στην καθημερινότητά μας, στον τρόπο λειτουργίας μας αλλά και στον τρόπο αντίληψης της υγείας και της ποιότητας ζωής.

Μέχρι τώρα και για πολλά χρόνια η έννοια της στοματικής υγείας είχε συνδεθεί με την πρόληψη, τη διάγνωση και την θεραπεία δύο κυρίως στοματικών νόσων: της τερηδόνας και των νόσων του περιοδοντίου. Η μελέτη της στοματικής υγείας ήταν εστιασμένη στην κλινική μέτρηση των νόσων της στοματικής κοιλότητας. Τις τελευταίες όμως δεκαετίες το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στις επιπτώσεις των στοματικών νόσων στην ποιότητα ζωής των ατόμων.

Η σχετιζόμενη με την στοματική υγεία ποιότητα ζωής είναι σχετικά νέο πεδίο έρευνας που όμως αναπτύσσεται γρήγορα.

Οι συνθήκες που δημιούργησαν αυτό το νέο πεδίο έρευνας ανάγονται στην διεύρυνση της έννοιας της υγείας που δέχτηκε ο ΠΟΥ, καθώς και στην αναγνώριση ότι η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας.

Η Οδοντιατρική σε σχέση με την ιατρική έδειξε μια καθυστέρηση στο να υιοθετήσει την έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Αυτό διότι, αν και οι νόσοι του στόματος παρουσιάζουν μεγάλο επιπολασμό και παγκόσμια κατανομή δεν είναι απειλητικές για την ζωή. Δεν οδηγούν σε ανικανότητα ή σε αναπηρία και δικαιολογούν λίγες εξαιρέσεις από τους κοινωνικούς ρόλους. Αυτό ακριβώς οδήγησε στο να υποβαθμίζονται και να μην υπάρχει προσέγγιση στις οικονομικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις τους. Τα επόμενα χρόνια όμως τα θεωρητικά μοντέλα για την υγεία και την σχετιζόμενη με αυτή ποιότητα ζωής αποτέλεσαν το υπόβαθρο για την δημιουργία νέων θεωρητικών κατασκευών προσαρμοσμένων στην στοματική υγεία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής, ως μια προσωπική αντίληψη για τη στάση του κάθε ανθρώπου στη ζωή σε συνδυασμό με την παράδοση,

τον πολιτισμό και τα ισχύοντα συστήματα στα οποία ζει και κινείται και σε σχέση με τους σκοπούς, τις προσδοκίες και τα ενδιαφέροντά του. Είναι ένας τρόπος έκφρασης για το τί θεωρούμε ποιο ενδιαφέρον, αλλά και δυνατότητα αυτονομίας του ανθρώπου και ομολογίας ότι μπορεί να προωθή πληροφορίες για το τί είναι ενδιαφέρον κατά την προσωπική του άποψη.

Επίσης αναφέρει πως η ποιότητα ζωής σχετικά με την υγεία περιλαμβάνει τη φυσική κατάσταση, ψυχολογική κατάσταση και ευ-ζην, κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, οικονομικούς και επαγγελματικούς παράγοντες, θρησκευτική και πνευματική κατάσταση.

Η στοματική υγεία μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή λειτουργία των ατόμων, την αντίληψη για την υγεία και την ποιότητα ζωής. Αυτό συμβαίνει διότι, προβλήματα στην στοματική κοιλότητα είναι δυνατόν να καταλήξουν σε επώδυνες καταστάσεις, σε δυσφορία και σε περιορισμένη λειτουργική ικανότητα.

Άλλες συνέπειες των προβλημάτων της στοματικής κοιλότητας είναι η δυσκολία στη διατροφή καθώς και στην επικοινωνία και στην εμφάνιση. Τελικό επακόλουθο η εκδήλωση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων.

Σύγχρονες μελέτες απέδειξαν ότι οι παθήσεις του στόματος ,ακόμα και αν σπάνια απειλούν τη ζωή του ανθρώπου έχουν τις ίδιες συναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες με τις άλλες ασθένειες.

Ο όρος στοματική υγεία αναφέρεται στην υγεία της στοματικής κοιλότητας και των πέριξ ιστών ,που επιτρέπει στον άνθρωπο να τρώει να μιλάει να είναι κοινωνικά λειτουργικός χωρίς περιορισμούς και γενικά να προωθή το «ευ ζην».

Από πολλά άρθρα στην διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει, ότι οι παθήσεις του στόματος ακόμη και αν σπάνια απειλούν την ζωή του ανθρώπου, έχουν τις ίδιες συναισθηματικές, ψυχοκοινωνικές συνέπειες με τις άλλες ασθένειες.

Ο όρος «ποιότητα ζωής» σχετικά με την στοματική υγεία εμπεριέχει, τα οδοντιατρικά συμπτώματα, τις στοματικές λειτουργίες και την αντίληψη του ασθενούς για τις επιπτώσεις των στοματικών παθήσεων στην ποιότητα ζωής του. Η ποιότητα ζωής σχετικά με την στοματική υγεία επηρεάζεται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την άποψη του ατόμου σχετικά με την στοματική υγεία και από την κατάσταση της στοματικής του υγείας.

Είναι λογικό ότι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία θα πρέπει να βασίζεται σε αξιόπιστες αλλά και εύκολες στη χρήση και την εφαρμογή μεθόδους οι οποίες να μπορούν να δεχθούν στατιστική ανάλυση.

Η Στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής υγείας όλων των ατόμων . Επηρεάζει την καθημερινή λειτουργία και την ευημερία ενός ατόμου , οδηγώντας ακόμη και σε ενδεχόμενο ανικανότητα του / της είτε σωματικά ή ψυχολογικά . Πράγματι , γίνεται δεκτό ότι τα προβλήματα στη στοματική υγεία μπορεί να δημιουργήσουν σημαντικές επιπλοκές και κόστος όχι μόνο για το συγκεκριμένο άτομο , αλλά και για την κοινωνία στο σύνολό της. Αυτό ισχύει για όλες τις κοινωνίες γενικότερα .(Έτσι, είναι για το συνολικό καλό τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας ότι η ποιότητα της ζωής λαμβάνεται υπόψη) .

Οι τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν δει την ανάπτυξη ενός μεγάλου φάσματος των σχετικών με την ποιότητα ζωής της υγείας μέτρων στον τομέα της οδοντιατρικής , σε μια προσπάθεια να συλλάβουν τον αντίκτυπο των στοματικών διαταραχών τόσο σε « ασθενείς με σωματική και ψυχολογική ψυχοπαθολογία , καθώς και την κοινωνική ευημερία και την ικανότητά τους να εκτελούν καθημερινά δραστηριότητες. Αυτές οι μετρήσεις για τη στοματική υγεία που σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής (OHRQoL) έχουν αναπτυχθεί.

Η κατάσταση της στοματικής υγείας μπορεί με τη σειρά της να επηρεαστεί από ποικιλία πολλών προσωπικών, κοινωνικών και τοπικών παραγόντων . Οι διαφορές στην κατάσταση της στοματικής υγείας μπορεί πράγματι να φανεί κατά τη σύγκριση διαφορετικών περιοχών στο εσωτερικό μιας χώρας ή μεταξύ χωρών και γεωγραφικών περιοχών. Μάλιστα , σε μια πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη στην Ελλάδα , βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων περιφερειών , καθώς και μεταξύ αστικών και αγροτικών (γεωργικών) περιοχών για τη στοματική κατάσταση των κατοίκων των περιοχών αυτών.

Ένα από τα πιο ευρέως γνωστά μέσα OHRQoL , είναι το στοματικό προφίλ επίπτωσης στην υγεία σε συνοπτική μορφή του ερωτηματολογίου (OHIP - 14) , που αναπτύχθηκε από τους Slade and Spencer (1994) για τη μέτρηση της αναπηρίας και δυσφορίας λόγω κακών στοματικών συνθηκών . Αποτελείται από 14 στοιχεία που προήλθαν από την αρχική μορφή των 49- αντικείμενων (στοιχείων -

ερωτήσεων). Αυτά τα στοιχεία στη συνέχεια μετατράπηκαν σε επτά υποκλίμακες που βασίζονται σε ένα εννοιολογικό πλαίσιο για την υγεία του στόματος όπως προτείνονται από τον Locker (1988) και προέρχονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Οι υποκλίμακες με βάση τις επιπτώσεις τους στα δόντια στο στόμα, στις οδοντοστοιχίες ή στο λειτουργικό περιορισμό μπορούμε να τις χωρίσουμε ως εξής: (1) δυσκολία να προφέρει τις λέξεις ή / και επιδείνωση της αίσθησης της γεύσης , (2) σωματικός πόνος (πόνος στο στόμα και / ή άβολα για να φάει) , (3) ψυχολογική δυσφορία (αμήχανα συναισθήματα και αίσθηση έντασης) , (4) σωματική αναπηρία (μη ικανοποιητική διατροφή ή / και πρέπει να διακόψει το γεύμα) , (5) ψυχολογική αναπηρία (δυσκολία να χαλαρώσει και / ή να ντρέπεται) , (6) κοινωνική αναπηρία (ευερεθιστότητα απέναντι σε άλλες και / ή δυσκολία στην εκτέλεση συνήθους εργασίας) , και τέλος (7) Το χάντικαπ (αίσθημα ότι η ζωή ήταν λιγότερο ικανοποιητική και / ή να είναι εντελώς ανίκανος να λειτουργήσει) .

Το OHIP - 14 είναι λιγότερο χρονοβόρο και πιο πρακτικό, ως εκ τούτου, προτιμάται , ενώ ένα ευρύ φάσμα των μελετών έχουν δείξει ότι έχει συγκρίσιμη αξιοπιστία και την ίδια εγκυρότητα με τη έκδοση των 49 ερωτήσεων.

Αποδόθηκε με επιτυχία στην ελληνική γλώσσα γεγονός που επιβεβαιώνεται από την μέθοδο της αναστροφής μετάφρασης. Αποτελεί μια αθροιστική κλίμακα και επομένως συνιστά μια ασφαλή μέθοδο μέτρησης της επίπτωσης της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σημαντικά είναι τα άρθρα στη διεθνή βιβλιογραφία για την επίδραση της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου, τις συναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες των νόσων της στοματικής κοιλότητας, καθώς και το οικονομικό τους κόστος στο άτομο και την πολιτεία.

Οι Reisen και Weber (1989) έχουν κάνει μια εργασία στην οποία έχουν μελετήσει την ποιότητα ζωής ασθενών ανάμεσα σε δυο ομάδες. Στην μια ομάδα ανήκουν ασθενείς με δυσλειτουργία της κροταφογναθικής διάρθρωσης και στην άλλη ομάδα περιλαμβάνονται ασθενείς με καρδιοπάθειες. Απο την μελέτη αυτή οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς της πρώτης ομάδας είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής λόγω διαταραχών του ύπνου, πνευματικών λειτουργιών και επικοινωνίας με τους ανθρώπους.

Ο Locker (1988) βασιζόμενος στην κατάταξη του Παγκοσμίου οργανισμού υγείας για την αναπηρία και την ανικανότητα προτείνει τις βασικές αρχές για την αξιολόγηση της στοματικής υγείας ούτως ώστε να καλύπτει όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής (International Classification of Impairments, Dissabilities and Handicaps του ΠΟΗ).

Σύμφωνα με το μοντέλο του Locker, οι παθήσεις της στοματικής κοιλότητας θα οδηγήσουν σε μια μορφή αναπηρίας που θα οδηγήσει άμεσα ή σε λειτουργική και επικοινωνιακή ανικανότητα ή σε πόνο και λειτουργικό περιορισμό. Ο πόνος θα οδηγήσει και αυτός σε λειτουργική και επικοινωνιακή ανικανότητα ή μαζί με τους λειτουργικούς περιορισμούς θα συντελέσουν στην φυσική, ψυχολογική και κοινωνική δυσλειτουργία. Τελικό αποτέλεσμα η λειτουργική και επικοινωνιακή ανικανότητα.

Ο Sheiham (2005) σε μια δημοσίευσή του για την επίδραση της γενικής υγείας και της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής αναφέρει, ότι κάθε χρόνο χάνονται εκατομμύρια εργατικές ώρες εξαιτίας παθήσεων του στόματος. Επίσης ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα με την στοματική τους υγεία έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής λόγω διαταραχών ύπνου και πνευματικών λειτουργιών, μειωμένη λειτουργική ικανότητα, δυσκολία στη διατροφή και στην επικοινωνία και άλλα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Οι Slade & Spencer (1994) δημιούργησαν το OHIP, ένα ερωτηματολόγιο ικανό να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής. Αυτό είναι ένα ερωτηματολόγιο 14 ερωτήσεων, που ανα δυο δομούν επτά διαστάσεις: λειτουργικός περιορισμός, φυσικός πόνος, ψυχολογική δυσφορία, φυσική δυσκολία, κοινωνική δυσκολία και μειονέκτημα ενώ προσεγγίζει ποικιλία επιπτώσεων από τη στοματική υγεία. Τα δεκατέσσερα στοιχεία από τα οποία αποτελείται προήλθαν από την αρχική σαρανταεννέα αντικειμένων (στοιχείων-ερωτήσεων) εκδοχή. Αυτά τα στοιχεία στη συνέχεια μετατράπηκαν σε επτά υποκλίμακες που βασίζονται σε ένα εννοιολογικό πλαίσιο για την υγεία του στόματος που προτείνεται από τον Locker (1988).

Το OHIP-14 έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του σε αρκετές γλώσσες και πληθυσμούς. Έχει χρησιμοποιηθεί στην πρωτότυπη Αγγλική έκδοση σε εθνικά δείγματα πληθυσμού στην Μεγάλη Βρετανία, στην Αυστραλία και στον γενικό πληθυσμό της Σκωτίας. Χρησιμοποιήθηκε σε ειδικές κατηγορίες οδοντιατρικών ασθενών. Σε όλες αυτές τις έρευνες η ψυχομετρικές ιδιότητες των αντίστοιχων εκδόσεων του OHIP-14 και η σχετιζόμενη με την στοματική υγεία ποιότητα ζωής των ατόμων έχουν αξιολογηθεί σε σχέση με κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των υπο μελέτη πληθυσμών.

Έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί σε πληθυσμό ηλικιωμένων στην Σρι Λάνκα, σε πληθυσμό ηλικιωμένων στην Ιαπωνία, στην εβραϊκή γλώσσα σε ενήλικο πληθυσμό της Μαλαισίας. Επίσης στην Πορτογαλική γλώσσα για την Βραζιλία, στην Γερμανική γλώσσα, στην Κινέζικη γλώσσα, στην Σουηδική γλώσσα και στην Κορεάτικη.

Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής είναι σημαντικές προκειμένου να εξετάσουμε όχι μόνο την παρουσία της υγείας και της ασθένειας αλλά και να αντιληφθούμε τον τρόπο

που το άτομο αντιλαμβάνεται την κατάσταση της υγείας του και πως αυτό επηρεάζει την καθημερινή του απόδοση.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου ποικίλλουν ανάλογα με τις διαφορές στην ηλικία, το φύλο καθώς και πολιτιστικές διαφορές.

Οι Gift και Reisine, σε μελέτες τους αναφέρουν ότι περίπου 160 εκατομμύρια εργατικές ώρες χάνονται κάθε χρόνο εξαιτίας παθήσεων του στόματος.

Ο Σταμαδιανός και άλλοι (2005), χρησιμοποίησαν στην μελέτη τους το ερωτηματολόγιο OHIP- 14, το οποίο θα χρησιμοποιήσουμε και εμείς στην δική μας μελέτη. Οι συγγραφείς απέδειξαν, ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εμφανίζει αξιολογικά επίπεδα αξιοπιστίας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό. Η παρούσα μελέτη περιορίστηκε στις επιπτώσεις από την τερηδονική προσβολή και τις περιοδοντικές νόσους λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη συχνότητα τους στο γενικό πληθυσμό. Από τα δεδομένα της έρευνας προκύπτει ότι το χαμηλό επίπεδο της κατάστασης του περιοδοντίου υποδηλώνει μέτρια έως πτωχή στοματική υγιεινή. Τα αποτελέσματα από μετρήσεις της σχετιζόμενης με την στοματική υγεία ποιότητας ζωής υποστηρίζουν ότι τα άτομα βιώνουν διαφορετικά επίπεδα επιπτώσεων για δεδομένο επίπεδο στοματικής νόσου. Η σχέση μεταξύ κλινικών και υποκειμενικών δεικτών επηρεάζεται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ κλινικών και υποκειμενικών δεικτών υποστηρίζει την εξατομίκευση της φροντίδας και βοηθά να λαμβάνονται ορθολογικές αποφάσεις αναφορικά με το ποιες στοματικές καταστάσεις χρειάζονται βοήθεια καθώς και το είδος της φροντίδας που απαιτείται σε δεδομένες καταστάσεις με τους διαθέσιμους πόρους.

Όλοι οι παραπάνω συγγραφείς συνεχίζουν τονίζοντας ότι οι κλίμακες μέτρησης της σχετιζόμενης με την στοματική υγεία ποιότητα ζωής, δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τους κλινικούς δείκτες, αλλά συμπληρώνουν το έργο τους. Επίσης εξατομικεύουν την οδοντιατρική φροντίδα και βοηθούν τον οδοντίατρο να λαμβάνει τις σωστές κάθε φορά αποφάσεις. Οι Παπαγιαννοπούλου και άλλοι (2012) κάνουν μια μελέτη που έχει σαν στόχο να μεταφράσουν το πρωτότυπο αυτό κείμενο του OHIP-14 στα ελληνικά και να δοκιμάσουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του για την χρήση μεταξύ ενηλίκων Ελλήνων. Η ελληνική έκδοση του OHIP-14

αναπτύχθηκε και οι ψυχομετρικές ιδιότητες του δοκιμάστηκαν σε δύο στάδια: 1. μια γλωσσική μετάφραση του αρχικού OHIP-14 στα ελληνικά και 2. την ολοκλήρωση της αρχικής μελέτης για την αξιολόγηση ισχύος του κατασκευάσματος αυτού. Για να αξιολογηθεί η αξιοπιστία του OHIP-14 χρησιμοποιήθηκε συντελεστής A του Grombah. Έγινε στρωματοποιημένη ανάληψη ανάλογα με την περιοχή δειγματοληψίας (Αθήνα ή Θεσσαλονίκη). Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης δείχνουν ότι η OHIP-14 είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο που μπορεί να χρησιμοποιείται σε μελέτες. Επικεντρώνονται στη μέτρηση της στοματικής υγείας και ποιότητας ζωής στους Έλληνες πολίτες. Ελέγχει το κατά πόσον τα κοινά προβλήματα στοματικής υγείας έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής.

Ο Βλασιάδης και άλλοι (2008) αναφέρουν, ότι τα προβλήματα της στοματικής υγείας επιδρούν στην ποιότητα ζωής μειώνοντας τις φυσικές λειτουργίες, τις κοινωνικές λειτουργίες και την αυτοεκτίμηση του ασθενούς. Οι ίδιοι επικεντρώνονται στα συστήματα μέτρησης της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία. Υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία πρέπει να γίνεται με μεθόδους απλές στη χρήση και αξιόπιστες που θα μπορούν να δεχτούν στατιστική ανάλυση. Επίσης πρέπει να συμβαδίζουν με τα ισχύοντα θεωρητικά μοντέλα και ανταποκρίνονται στην ανάγκη λήψης αποφάσεων. Τα στοιχεία της κατάστασης της ποιότητας ζωής πρέπει να συλλέγονται από σταθερές πηγές καταγραφής. Για παράδειγμα, εθνικές καταγραφές ή ηλεκτρονικές καταγραφές νοσοκομείων. Ο τρόπος διαχείρισης των συστημάτων μέτρησης της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία περιλαμβάνει απευθείας συνέντευξη, τηλεφωνική συνέντευξη, συμπλήρωση ερωτηματολογίου από τον ίδιο τον ασθενή ή από κάποιο εκπρόσωπό του εάν ο ίδιος δεν μπορεί να απαντήσει. Η πιο έγκυρη και διαδεδομένη μέθοδος είναι η συμπλήρωση από τον ίδιο τον ασθενή. Τα συστήματα μέτρησης της στοματικής υγείας ταξινομούνται σε γενικά και ειδικά. Τα γενικά εξετάζουν εάν τηρούνται οι αρχές της ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία. Σε αυτή την κατηγορία ανήκει και το σύστημα μέτρησης της ποιότητας ζωής του ΠΟΥ. Δεν είναι τόσο ευαίσθητα στις συνέπειες της στοματικής υγείας ούτε τόσο αξιόπιστα όσο τα ειδικά συστήματα μέτρησης. Τα ειδικά συστήματα μέτρησης είναι πιο ευαίσθητα στις συνέπειες της στοματικής υγείας από τα γενικά και πιο

ικανά στην μέτρηση της ποιότητας ζωής σχετικά με την στοματική υγεία, πιο αξιόπιστα και πιο αποδεκτά από τους ασθενείς που έχουν μεγαλύτερη κλινική ευαισθησία. Επίσης οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι χρειάζεται περισσότερη επεξεργασία των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ποιότητας της ζωής σχετικά με την στοματική υγεία, ώστε να γίνουν αποδοτικότερα αλλά και για να έχουμε συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οδοντιάτρων στα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι ικανοί να επιλέγουν το κατάλληλο ερωτηματολόγιο για την κάθε νόσο και να διακρίνουν τα αποτελέσματα της καλύτερης θεραπείας. Ο όρος ποιότητας ζωής σχετικά με την στοματική υγεία εμπεριέχει τις παθήσεις του στοματογναθικού συστήματος. Τις στοματικές λειτουργίες και την αντίληψη του ασθενούς για τις επιπτώσεις των στοματικών διαταραχών στο “ευ ζην”. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την άποψη του ατόμου σχετικά με την στοματική υγεία και από την κατάσταση της στοματικής υγείας. Κοινό συμπέρασμα των ερευνών είναι πως χρειάζονται περισσότερη επεξεργασία των ερωτηματολογίων, ώστε να γίνουν αποδοτικότερα αλλά και βελτίωση μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των κριτηρίων επιλογής του κατάλληλου συστήματος.

Μεθοδολογία

Τόπος διεξαγωγής της έρευνας ήταν το οδοντιατρείο του ΠΑΓΝΗ (Πανεπιστημιακό, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου). Για τον σκοπό της μελέτης σχεδιάστηκε μια μελέτη συσχέτισης (cross sectional study). Η συλλογή των στοιχείων έγινε εφάπαξ, τα αποτελέσματα θεωρούνται αντιπροσωπευτικά μόνο για την περίοδο που διενεργείται η έρευνα (Barker, 1997). Επίσης η έρευνα έχει χαρακτήρα μελέτης, περίπτωση (case study) καθώς προέρχεται από ένα και μόνο ίδρυμα, από ένα συγκεκριμένο τμήμα του και εμπεριέχει την έννοια της ιδιαιτερότητας του πεδίου μελέτης (Pearce, 2005).

Το ερευνητικό πρωτόκολλο εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο και την 7^η ΥΠΕ Κρήτης. Ζητήθηκε επίσης έγκριση και άδεια από τον διευθυντή της οδοντιατρικής κλινικής του ΠΑΓΝΗ

Υλικό μελέτης αποτελούν ασθενείς που προσήλθαν σε ημέρες εφημερίας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του ΠΑΓΝΗ για την αντιμετώπιση κάποιου επείγοντος οδοντιατρικού προβλήματος.

Οι ασθενείς, αφού πρώτα αντιμετωπίστηκε το επείγον οδοντιατρικό πρόβλημά τους, ενημερώθηκαν για το αντικείμενο της έρευνας και ερωτήθηκαν αν θέλουν να συμμετάσχουν και εφόσον συναίνεσαν, υπεγράφη έγγραφη συγκατάθεση. Προτιμήθηκε η μέθοδος του πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξης. Αυτό έγινε για να ελαχιστοποιήσουμε την πιθανότητα λαθών και μη απαντημένων ερωτήσεων. Εξάλλου σύμφωνα με την βιβλιογραφία, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε στην μελέτη μας, αποκάλυπτε τα ψυχομετρικά του χαρακτηριστικά ανεξάρτητα από την μέθοδο χορήγησης.

Το έντυπο συμπλήρωσης ήταν ανώνυμο. Στην πρώτη σελίδα υπήρχαν ερωτήσεις που αφορούσαν φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, την αιτία προσέλευσης στα επείγοντα περιστατικά και την ώρα προσέλευσης. Κάθε πότε βούρτσιζαν τα δόντια τους και κάθε πότε επισκέπτονταν τον οδοντίατρο. Ακολούθησε η κλινική εξέταση του ασθενούς για την καταγραφή της κατάστασης του περιοδοντίου, των τερηδονισμένων δοντιών, των εξαχθέντων δοντιών, των δοντιών στα οποία έχουν γίνει εμφράξεις καθώς και αν υπήρχαν προσθετικές αποκαταστάσεις προκειμένου να υπολογιστεί ο δείκτης τερηδονικής προσβολής DMFT.

Η κλινική εξέταση έλαβε χώρα στη οδοντιατρική καρέκλα με φωτισμό της στοματικής κοιλότητας σύμφωνα με τα κριτήρια του Π.Ο.Υ. Ο DMFT λαμβάνει μια ακέραιη τιμή ίση με το άθροισμα των τερηδονισμένων δοντιών (decayed), απολεσθέντων (missing) λόγω τερηδόνας και εμφραχθέντων (filled) δοντιών και αποτελεί την εικόνα της τερηδονικής προσβολής στο άτομο. Τα απολεσθέντα δόντια διχοτομήθηκαν σε δύο ομάδες: στην πρώτη ομάδα έλλειπαν λιγότερο από δώδεκα δόντια. Στη δεύτερη δώδεκα ή και περισσότερα. Οι τιμές του DMFT χωρίστηκαν σε 3 ομάδες:

Χαμηλή: 0 - 8,9

Μέτρια: 9 - 13,9

Υψηλή: >13,9

Τέλος καταγράφηκε αν υπάρχουν αθεράπευτα οδοντιατρικά προβλήματα και η απουσία προσθετικής αποκατάστασης.

Στο τελευταίο στάδιο ο ασθενής συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής σχετικά με την στοματική υγεία OHIP- 14.

Το ερωτηματολόγιο OHIP- 14, διαθέτει διαπολιτισμική αξιοπιστία και εγκυρότητα και αποτελείται από δεκατέσσερις συνολικά ερωτήσεις, όλες με την ίδια βαρύτητα συμμετοχής και όλες οι απαντήσεις σε πεντοβάθμια κλίμακα Likert. Για την χρήση του OHIP- 14, ζητήσαμε άδεια από τους δημιουργούς Slade, G.D. και Spencer, J.A. άλλα και από τον καθηγητή κύριο Κ. Ουλή και Β. Παπαγιαννοπούλου οι οποίοι επιμελήθηκαν και πραγματοποίησαν την μετάφραση και στάθμιση του ερωτηματολογίου OHIP-14 στα ελληνικά δεδομένα (Paragiannopoulou et al, 2012).

Το Ερωτηματολόγιο OHIP χωρίζεται σε 7 υποκλίμακες. Ποιό συγκεκριμένα οι υποκλίμακες με βάση τις επιπτώσεις τους στα δόντια στο στόμα, στις οδοντοστοιχίες ή στο λειτουργικό περιορισμό μπορούμε να τις χωρίσουμε ως εξής:(1) δυσκολία να προφέρει τις λέξεις ή / και επιδείνωση της αίσθησης της γεύσης ,(2) του σωματικός πόνος (πόνος στο στόμα και / ή άβολα για να φάει) ,(3) ψυχολογική δυσφορία (αμήχανα συναισθήματα και αίσθηση έντασης) , (4)τη σωματική αναπηρία (μη ικανοποιητική διατροφή ή / και πρέπει να διακόψει το γεύμα) , (5) ψυχολογική αναπηρία (δυσκολία να χαλαρώσει και / ή να ντρέπεται) , (6) κοινωνική αναπηρία (ευερεθιστότητα απέναντι σε άλλες και / ή δυσκολία στην εκτέλεση συνήθους

εργασία) , και τέλος (7) Το χάντικαπ (αίσθημα ότι η ζωή ήταν λιγότερο ικανοποιητική και / ή να είναι εντελώς ανίκανος να λειτουργήσει) .

Αποτελέσματα και Στατιστική ανάλυση

Στα παραρτήματα παρατίθενται πίνακες περιγραφικών για της μεταβλητές ενδιαφέροντος. Συγκεκριμένα για τις κατηγορικές μεταβλητές δίνονται οι απόλυτες συχνότητες και οι σχετικές συχνότητες (%). Για τις συνεχείς μεταβλητές δίνεται η διάμεση τιμή και τα τεταρτημόρια Q1-Q3 (IQR - interquartile range) λόγω ασυμμετρίας. Παρατίθενται επίσης και γραφήματα, κατάλληλα ανά περίπτωση.

Η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε ανά τομέα με τον δείκτη Cronbach's alpha.

Για την αξιολόγηση του OHIP-14 αφού αντιστράφηκε το σκορ της ερώτησης 7 για να είναι σε συμφωνία ως προς την κατεύθυνση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις, υπολογίστηκαν τα εξής δύο μέτρα:

- α) συνολικό σκορ – άθροισμα των τιμών όλων των ερωτήσεων (0-56)
- β) ο αριθμός των αναφερόμενων επιπτώσεων – δηλ. ο αριθμός των ερωτήσεων με απάντηση τουλάχιστον «συχνά».

Διαφορές στα σκορ OHIP-14 (αλλά και στις υπόλοιπες συνεχείς μεταβλητές) στις διάφορες κατηγορίες που προκύπτουν στο δείγμα ελέγχθηκαν με το Mann-Whitney test για δύο ανεξάρτητα δείγματα ή το Kruskal-Wallis test για περισσότερα των δύο. Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα στο Kruskal-Wallis test ακολούθησαν ανά δύο έλεγχοι (post-hoc) με διόρθωση Bonferroni. Επίσης έγινε έλεγχος για τάση (trend) με χρήση του Kendall's rank correlation coefficient.

Όλοι οι έλεγχοι είναι αμφίπλευροι σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=5\%$.

Στην ερευνά μας προχωρήσαμε κάνοντας την στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώσαμε. Αυτή περιλαμβάνει κατανομές συχνοτήτων και μέσες τιμές. Έγινε αξιολόγηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου με τον υπολογισμό του συντελεστή α του Cronbarh. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS. Μελετήσαμε την επί της εκατοσυχνότητα ανά κατηγορία. Συγκεκριμένα στο φύλο, στην ώρα προσέλευσης στο DMFT, στο βούρτσισμα των δοντιών, στην επίσκεψη στον οδοντίατρο, στη εκπαίδευση και τέλος στην αίτια εισαγωγής.

Χρησιμοποιήθηκε: (1) Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά φύλο. (2) Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά ώρα επίσκεψης. (3) Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά βαθμίδα εκπαίδευσης. (4) Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο. (5) Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά συχνότητα βουρτσίσματος. (6) Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά αίτια επίσκεψης. (7) Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά DMFT. (8) Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά αριθμό απολεσθέντων δοντιών. (9) Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά μη αποκατεστημένα δόντια. (10) Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά ασφράγιστα/αθεράπευτα.

Το υλικό μας αποτελούσαν 46 άνδρες και 28 γυναίκες. (παράρτημα V- πίνακας 1 - σελίδα 45). Οι περισσότεροι ασθενείς (70%) προσήλθαν από 8πμ - 18μμ.

Ο DMFT για το 50% των ασθενών ήταν 0 – 8,9.

Το 34,3% των ασθενών βούρτσισαν τα δόντια τους 2-3 φορές την ημέρα ενώ το 18% δεν τα βούρτσισε ποτέ.

Το 48% επισκέπτονταν τον οδοντίατρο μόνο όταν είχαν πρόβλημα.

Το 51,4% ήταν χωρίς καθόλου εκπαίδευση ή μόνο υποχρεωτική εκπαίδευση.

Το 35% προσηλθε έχοντας ως αιτία το απόστημα οδοντιατρικής αιτιολογίας, το 30% είχε ως αιτία την πολφίτιδα.

Το 82,2% των ασθενών δεν είχαν πραγματοποιήσει την αναγκαία προσθετική αποκατάσταση.

Το 54,1% είχε αθεράπευτα οδοντιατρικά προβλήματα (ασφράγιστα δόντια, ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα).

Το 10,8% είχε χάσει πάνω από 12 δόντια ενώ το 51,4% λιγότερα από 12

Συνεχίσαμε μελετώντας το OHIP-14 (σύνολο και επίπτωση) ανάλογα με την συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο. Παρατηρείται στατιστική αύξηση των σκορ (Σύνολο και επίπτωση) όσο μειώνεται η συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο.

Τα άτομα που επισκέπτονται τον οδοντίατρο ανά 6μηνο ή συχνότερα έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερο σκορ από τα άτομα που πήγαιναν μόνο όταν παρουσιαστεί πρόβλημα.

Επίσης παρατηρείται στατιστικά μικρότερο σκορ όσο μεγαλώνει το επίπεδο εκπαίδευσης. Τα άτομα με ανώτερο-ανατατο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν στατιστικά μικρότερο σκορ από τα άτομα υποχρεωτικής και καθόλου εκπαίδευσης. Άλλη παρατήρηση είναι ότι είχαμε στατιστικά σημαντική αύξηση του σκορ όσο αυξάνεται ο αριθμός απολεσθέντων δοντιών. Δηλαδή τα άτομα που δεν έχουν απολέσει δόντια έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερο σκορ από τους υπόλοιπους.

Προχωρήσαμε σε μια συμπληρωματική μελέτη στην οποία αναφερθήκαμε σε παράγοντες όπως: Λειτουργικούς περιορισμούς σωματικο, ψυχολογική δυσανεξία, σωματική αδυναμία, ψυχολογική δυσκολία, κοινωνική συμπεριφορά, αναπηρία, ειδικές δεξιότητες.

Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανά φύλο.

Όσον αφορά το OHIP ανά φύλο δεν παρατηρείται στατιστική σημαντική διαφορά ανά και οι άνδρες έχουν ελαφρώς αυξημένο σκορ (παράρτημα V-πίνακας 3 σελίδα 59)

Επίσης παρατηρείται στατιστικά σημαντική αύξηση του σκορ (σύνολο και επίπτωση) όσο αυξάνεται ο δείκτης DFMT (p -value for trend <0.001). Στους ανά δύο ελέγχους τα άτομα με DFMT μεταξύ 0-8.9 έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερο σκορ από τα άτομα με σκορ ≥ 9 . (παράρτημα V-πίνακας 4 σελίδα 61)

Διαφαίνεται στατιστικά σημαντική αύξηση του σκορ (σύνολο και επίπτωση) όσο μειώνεται η συχνότητα βουρτσίσματος (p -value for trend <0.001). Στους ανά δύο ελέγχους τα άτομα που βουρτσίζουν τα δόντια τους 2-3 φορές ημερησίως έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερο σκορ από τα άτομα που τα βουρτσίζουν 1-3 φορές την εβδομάδα ή σπανιότερα. (παράρτημα V – πίνακας 5- σελίδα 63)

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική αύξηση του σκορ (σύνολο και επίπτωση) όσο μειώνεται η συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο (p-value for trend 0.025 και 0.004 αντίστοιχα). Στους ανά δύο ελέγχους τα άτομα που επισκέπτονται τον οδοντίατρο ανά 6μηνο ή συχνότερα έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερο σκορ από τα άτομα που πηγαίνουν μόνο όταν παρουσιαστεί πρόβλημα.(παράρτημα V- πίνακας 6- σελίδα 65)

Ευρίσκεται στατιστικά σημαντικά μικρότερο σκορ του OHIP όσο μεγαλώνει το επίπεδο εκπαίδευσης (p-value for trend <0.001). Στους ανά δύο ελέγχους τα άτομα με ανώτερο/ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερο σκορ τόσο από τα άτομα μέσης εκπαίδευσης όσο και από τα άτομα υποχρεωτικής/καθόλου εκπαίδευσης.(παράρτημα V – πίνακας 7 – σελίδα 67)

Διαφαίνεται στατιστικά σημαντική αύξηση του σκορ του OHIP (σύνολο και επίπτωση) όσο αυξάνεται ο αριθμός απολεσθέντων δοντιών (p-value for trend <0.001). Στους ανά δύο ελέγχους τα άτομα που δεν έχουν απολέσει δόντια έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερο σκορ από τους υπόλοιπους.(παράρτημα V- πίνακας 8 - σελίδα 69)

Σε πίνακες που πραγματοποιήθηκαν με 7 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου OHIP διαπιστώθηκε ότι ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας cronbarh alpha ήταν πολύ υψηλός 0.97.(παράρτημα V – πίνακες 9 – σελίδα 71)

Όσον αφορά το διάμεσο σκορ (Q1-Q3) ανά φύλο για κάθε ερώτηση (0-ποτέ, 1-σπάνια, 2-συχνά, 3-πολύ συχνά, 4-συνεχώς). Σε καμία ερώτηση δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανά φύλο(παράρτημα V – πίνακας 11 – σελίδα 73)

Παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις ερωτήσεις. Είναι εμφανής και στατιστικά σημαντική η τάση αυξημένου σκορ (μεγαλύτερη δυσφορία) καθώς αυξάνει το DMFT (με εξαίρεση την Q7 που έχει αντίθετη φορά από τις υπόλοιπες ερωτήσεις).(παράρτημα V – πίνακας 12 –σελίδα 75).

Ευρίσκουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις ερωτήσεις. Είναι εμφανής και στατιστικά σημαντική η τάση αυξημένου σκορ των 7 υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου (μεγαλύτερη δυσφορία) καθώς μειώνεται η συχνότητα βουρτσίσματος.(παράρτημα V – πίνακας 13 – σελίδα 77).

Είναι εμφανής η τάση αυξημένου σκορ (μεγαλύτερη δυσφορία) καθώς μειώνεται η συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο, με εξαίρεση την κατηγορία «σπάνια-ποτέ» που σε πολλές περιπτώσεις θα μπορούσε να είναι ίδια με την κατηγορία «στο πρόβλημα». Παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις περισσότερες ερωτήσεις.(παράρτημα V – πίνακας 14 – σελίδα 79).

Διαφαίνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις ερωτήσεις στις 7 υποκλίμακες. Είναι εμφανής και στατιστικά σημαντική η τάση αυξημένου σκορ (μεγαλύτερη δυσφορία) καθώς μειώνεται το επίπεδο εκπαίδευσης.(παράρτημα V – πίνακας 15 – σελίδα 81)

Τέλος παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις υποκλίμακες ερωτημάτων. Είναι εμφανής και στατιστικά σημαντική η τάση αυξημένου σκορ (μεγαλύτερη δυσφορία) καθώς αυξάνεται ο αριθμός απολεσθέντων δοντιών.(παράρτημα V – πίνακας 16 – σελίδα 83).

Συζήτηση

Η στοματική υγεία μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή λειτουργία των ατόμων, την αντίληψη για την υγεία και την ποιότητα ζωής. Αυτό διότι προβλήματα στην στοματική κοιλότητα είναι δυνατόν να καταλήξουν σε επώδυνες καταστάσεις, σε δυσφορία και σε περιορισμένη λειτουργική ικανότητα.

Άλλες συνέπειες των προβλημάτων της στοματικής κοιλότητας είναι η δυσκολία στη διατροφή καθώς και στην επικοινωνία και στην εμφάνιση. Τελικό επακόλουθο η εκδήλωση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων.

Ο όρος στοματική υγεία αναφέρεται στην υγεία της στοματικής κοιλότητας και των πέριξ ιστών ,που επιτρέπει στον άνθρωπο να τρώει να μιλάει να είναι κοινωνικά λειτουργικός χωρίς περιορισμούς και γενικά να προωθεί το «ευ ζην».

Το κλινικό επίπεδο της στοματικής υγείας που καταγράφηκε στο δείγμα κινήθηκε σε μέτρια επίπεδα. Αυτό προκύπτει από το επίπεδο της τερηδονικής προσβολής, όπως αποτυπώνεται στην τιμή του δείκτη DMFT, στον αριθμό των αθεράπευτων οδοντιατρικών προβλημάτων, στον αριθμό των απολεσθέντων δοντιών και στον αριθμό της έλλειψης προσθετικής αποκατάστασης. Το 50% του δείγματος παρουσίασε τιμή του DMFT πάνω από 9 , το 54% είχε αθεράπευτα δόντια ,μόνο το 35% δεν είχε χάσει δόντια και τέλος το 82% δεν είχε πραγματοποιήσει την αναγκαία προσθετική αποκατάσταση. Τα άτομα που έπλεναν τα δόντια τους 2 -3 φορές την ημέρα είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής, όπως και τα άτομα που βούρτσιζαν τα δόντια τους 2-3 φορές την ημέρα είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής, όπως και τα άτομα που βούρτσιζαν τα δόντια τους 2-3 φορές τη ημέρα και τα άτομα που επισκέπτονταν τον οδοντίατρο κάθε 6 μήνες και όχι μόνο όταν είχαν πρόβλημα.

Το επίπεδο της προσλαμβανόμενης ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία υπήρξε αντίστοιχο με το κλινικό. Παρατηρήθηκε δηλαδή στατιστικά σημαντική αύξηση του σκορ του OHIP όσο αυξάνεται ο δείκτης DMFT. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τους Σταμαδιανός και συν , καθώς και με τους Wilson και Cleary οι

οποίοι υποστηρίζουν ότι δεν υφίσταται άμεση σχέση μεταξύ των κλινικών εκδηλώσεων της στοματικής υγείας και της μείωσης της ποιότητας ζωής.

Η έκταση της απώλειας δοντιών προσδιορίζει σημαντικά την ποιότητα ζωής. Στο δείγμα μας παρατηρείτε στατιστικά σημαντική αύξηση του σκορ όσο αυξάνεται ο αριθμός απολεσθέντων δοντιών και παίρνει τις ανώτερες τιμές στα άτομα που έχουν χάσει πάνω από 12 δόντια. Το αποτέλεσμα αυτό ταιριάζει με τα αποτελέσματα των Fernandes et all και των Astrom et all. Η απώλεια 12 και πλέον δοντιών θεωρείται κρίσιμο όριο, σύμφωνα με τους παραπάνω συγγραφείς, και πάνω από αυτό υφίσταται λειτουργικός περιορισμός, δυσκολία στη σίτιση και συνεπώς επιδείνωση της ποιότητας ζωής. Για αυτό και στο δείγμα μας και οι 7 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στα άτομα που είχαν χάσει πάνω από 12 δόντια.

Η ύπαρξη προσθετικής αποκατάστασης σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ζωής. Στο δείγμα μας το 82% δεν είχε αποκατασταθεί προσθετικά. Οι McGrath και Bedi υποστηρίζουν ότι τα άτομα που έχουν χάσει πολλά δόντια και δεν έχουν αποκατασταθεί προσθετικά παρουσιάζουν μειωμένη ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τους συγγραφείς η ποιότητα ζωής φαίνεται να μην επιδεινώνεται λόγω της απώλειας δοντιών όταν οι ασθενείς αποκαθίστανται προσθετικά με ακίνητες και κινητές προσθετικές εργασίες.

Στην μελέτη μας όπως και στην μελέτη των Papaioannou W et all.(2011) η ποιότητα ζωής του δείγματος επηρεάζεται από την εκπαίδευση που είχε λάβει, με το υψηλότερο σκορ στα άτομα υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Οι Βλασιάδης και άλλοι (2008) αναφέρουν ότι τα προβλήματα της στοματικής υγείας επιδρούν στην ποιότητα ζωής μειώνοντας τις φυσικές λειτουργίες, τις κοινωνικές λειτουργίες και την αυτοεκτίμηση του ασθενούς. Οι αναφορές τους ταιριάζουν απόλυτα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας όσον αφορά και τις 7 υποκλιμένες του ερωτηματολογίου OHIP που χρησιμοποιήσαμε.

Τέλος, τα αποτελέσματα της μελέτης μας συμφωνούν με τους Μαστρογεωργοπούλου και Αναστασιάδου (2011) που υποστηρίζουν ότι το OHIP συνιστά μια ασφαλή μέθοδο μέτρησης της επίπτωσης της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιτυχώς στην ελληνική γλωσσά.

Συμπεράσματα-Προτάσεις

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την στοματική υγεία ποιότητας ζωής των οδοντιατρικών ασθενών σε σχέση με κοινωνικοδημογραφικές και κλινικές μεταβλητές, καθώς επίσης η αξιολόγηση και η σύγκριση των δύο εργαλείων ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση, η επίσκεψη στον οδοντίατρο, η αυτοαξιολογήσεις για την στοματική υγεία και την εμφάνιση του στόματος, η κακοσμία, ο δείκτης τερηδονικής προσβολής DMFT, η κατάσταση του περιοδοντίου και η προσθετική αποκατάσταση.

Οι κλίμακες μέτρησης σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής δεν υποκαθιστούν τους κλινικούς δείκτες. Η χρήση τους συμπληρώνει και υποστηρίζει την κλινική προσέγγιση με την εκτίμηση των επιπτώσεων από τις στοματικές νόσους στην καθημερινή ζωή των ατόμων ώστε να αναδεικνύονται οι πληθυσμοί με τις μεγαλύτερες θεραπευτικές ανάγκες.

Από την προοπτική του σχεδιασμού δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών και περιορισμένων διαθέσιμων πόρων τα ευρήματα από τέτοιες προσανατολισμένες στους ασθενείς κλίμακες θα μπορούν να χρησιμεύσουν στην αξιολόγηση εναλλακτικών οδοντιατρικών παρεμβάσεων και να εξασφαλίσουν ότι οι πόροι και οι υπηρεσίες θα κατευθύνονται σε εκείνες τις καταστάσεις που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής σε συγκεκριμένους πληθυσμούς.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής από βλάβες του στοματικού βλεννογόνου και των οστών των γνάθων.

Επίσης θα μπορούσαν να μελετηθούν οι επιπτώσεις από την εκδήλωση υποκειμενικών καταστάσεων όπως της ξηροστομίας της καυσαλγίας και της δυσγευσίας.

Άλλη μια συμπεριφορά που θα μπορούσε να μελετηθεί είναι το επίπεδο της στοματικής υγιεινής αν και από τα δεδομένα της έρευνας προκύπτει ότι το χαμηλό επίπεδο της κατάστασης του περιοδοντίου υποδηλώνει μέτρια έως πτωχή στοματική υγιεινή.

Βιβλιογραφία

1. Βλασιάδης, Κ., βελεγράκης, Γ. & Σκουτέρης, Χ. (2008). Συστήματα μέτρησης της ποιότητας ζωής σε σχέση με τη στοματική υγεία, *Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά*, **52**, σελ. 75-80.
2. Μαστρογεωργοπούλου Χ, Αναστασιάδου Β. Συμβολή της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου στη διαπολιτισμική υιοθέτηση του. *Στόμα* 2011: 39:183 – 188.
3. Σταμαδιανός, Β., Αλεξιάς, Γ. και Αναγνωστόπουλος, Φ. (2009). Στοματική Υγεία και Ποιότητα Ζωής των Οδοντιατρικών ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Καλύμνου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **26** (4), σσ. 503-516.
4. Astrong A , Hougejorden O, Skaret E, Trouik T et all. Oral impact on daily performances in Norwegian adults: the influence of age , number of missing teeth and socioeconomic factors. *Eur J oral sci* 2006, 114: 115 – 121.
5. Atchison, K.A. & Dolan, T.A. (1990). Development of Geriatric oral Health Assesment index, *Journal of dental Education*, **54** (11), pp. 680-687.
6. Barker, Coggon, D. & Geoffrey , R. (1997) Epistemiology for the uninitiated. BMJ Publishing Group.
7. Brennan D.S. & Spencer J. (2004). Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D + and OHIP-14, *Health and Quality of Life Outcomes*, **2**, pp.35.
8. Brennan DS, Singh KA, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. (2006) Positive and negative affect and oral health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*. 4, article 83.
9. Cunningham, S.J. & Hunt, N.P. (2001). Quality of Life and its importance in orthodontics, *Journal of Orthodontics*, **28**, pp.152-158.
10. Einarson S, Gerdin EW, Hugoson A. Oral health impact on quality of life in an adult Swedish population. *Acta*.
11. Fernandes, M. J., Ruta, D. A., Ogden, G. R., Pitts, N. B. and Ogston, S. A. (2006), Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34. pp. 53–62.

12. Finbarr Allen P, Locker D. (1997) Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. *Community Dental Health*. 14(3). pp.133–138.
13. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. (2002) Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324(7351), pp. 1417–1419.
14. Gift, H.C., Reisine, S.T. & Larach D.C. (1992). The social impact of dental problems and visits, *American journal of Public Health*, **82**, pp. 1663-1668.
15. Heidecke, G., Locker, D., Awad, M.A., Lund, J.P. & Feine, J.S.,(2003). Oral and general health related quality of life with conventional and implant dentures, *Community Dental oral Epidemiology*, **31**, pp.161-168.
16. John, M.T., LeResche, L., Koepsell, T.D., Hujoel, P., Miglioretti, D.L. & Micheelis, W. (2003) Oral Health-related quality of life in Germany, *European Journal of Oral Science*, 111, pp. 483-491.
17. John, M.T., Koepsell, T.D., Hujoel, P., Miglionetti, D.L., Lereshe, L.& Micheelis, W. (2004). Demographic factors denture status and oral health-related quality of life, *Community Dental oral Epidemiology*, **32**, pp.125-132.
18. Larson JS. The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*. 1999;56(2):123–136. [Pub med]
19. Locker, D. & Gruschka, M. (1987). The impact of dental and facial Pain, *Journal of Dental Research*, **66**, pp. 1414-1417.
20. Locker, D.(1988). Measuring oral health: a conceptual framework, *Community Dental Health*, **5**, pp. 3-18.
21. Lopez R, Baelum V. (2002) Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp) *BMC Oral Health*. 6, article 11
22. McGrath C, Bedi R. (1999) The importance of oral health to older people's quality of life. *Gerodontology*. 16(1),pp. 59–63.
23. McGrath C, Bedi R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *J Dent* 2001, 29: 243 – 246.
24. McGrath C, Bedi R. (2002) Measuring the impact of oral health on life quality in two national surveys-functionalism versus hermeneutic approaches. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30(4), pp. 254–259.
25. Mc Grath, C. & Bedi, R. (2004). A National study of the importances of oral

- health to life quality to inform scales of oral health related quality of life, *Quality of Life Research*, **13**, pp. 813-818.
26. Montero-Martín, J., Bravo-Pérez, M., Albaladejo-Martínez, A., Hernández-Martín, L.A. & Rosel-Gallardo, E.M. (2009) Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain, *Med Oral Patol Or Oral Cir Bucal*, **14** (1), pp. 44-50.
27. Oulis C, Theodorou M, Mastrogiannakis T, Mamai-Chomata C, Polychronopoulou A, Athanasouli T. (2009) Oral health status and treatment needs of the Hellenic population-a pathfinder survey-proposals for improvement. *Hellenic Stomatological Review*. **53**, pp. 97–120.
28. Papagiannopoulou, V., Oulis, C.J., Papaioannou, W., Antonogiorgos, G. & Yfantopoulos, J. (2012). Validation of a greek Version of the oral health Impact profile(OHIP-14) for use among adults, *Health and Quality of Life Outcomes*, **10**, p. 7.
29. Papaioannou W, Oulis C, Latsou D, Yfantopoylos J. Oral health-related quality of life of Greek adults: A cross sectional study. *Int J Dent* :2011: 360292
30. Parker EJ, Jamieson LM. (2010) Associations between Indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes. *BMC Oral Health*. **10**(1, article 3).
31. Pearce, N. (2005) A short introduction to epistemology. Wellington: Centre for.
32. Reisine ST. (1985) Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *American Journal of Public Health*. **75**(1):27–30.
33. Reisine, ST and Weber J. (1989) “The effects of temporomandibular joint disorders on patients’ quality of life.”, *Community Dent Health*, **6**(3), pp. 257-70.
34. Robinson, B.G., Gibson, B., Khan, F.A. & Birubbaum, W. (2003). Validity of two oral health related quality of life measures, *Community Dent. oral Epidemiol.*, **31**, pp.90-99.
35. Sheiham, A.(2005). Oral health, general health and quality of life, *bull world health organ*, **83**, p. 644.

36. Slade, G.D. & Spencer, J.A. (1994). Development and Evaluation of the Oral Health Impact Profile, *Community Dental Health*, **11**, pp.3-11.
37. Slade GD. (1997) Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 25(4), pp. 284–290.
38. Treurniet, H.,F., Essink-Bot, M.L., Mackenbach, J.P. and Van der Maas, P.J (1997) Health-related quality of life: an indicator of quality of care?, *Quality of Life Research*, 6, pp. 363-369.
39. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. (2001) Evaluation of a modified version of the index of oral impacts on daily performances (OIDP) in elderly populations in two European countries. *Gerodontology* 18, pp.121-130.
40. US Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Md, USA: Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
41. Wilson I ,Cleary P, Linking clinical variables with health-related equality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995, 273: 59-65
42. World Health Organization. *International (1980) Classification of Impairments, Disabilities and Fandicaps*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
43. Zani, S.R., Rivaldo, E.G., Frasca, L.C., & Caye L.F.(2009). Oral Health Impact profile and Prosthetic Condition in edentulous patients rehabilitated with implant supported overdentures and fixed prostheses, *Journal of oral science*, **51** (4), pp. 535-543.
44. Zheng, J., Wong, MCM. & Lam CLK. (2011) Key factors associated with oral health-related quality of life (OHRQOL) in Hong Kong Chinese adults with orofacial pain, *Journal of Dentistry*, 39(8), pp. 564-571.
45. Yamazaki, M., Inukai, M., Baba, K. and John, M. T. (2007), Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-J). *Journal of Oral Rehabilitation*, 34, pp. 159–168.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Γραμματεία

Δ/ντης Μεταπτυχιακών Σπουδών

Αναστάσιος Φιλαλήθης

Τ. Θ. 2208, Ηράκλειο 71003, Κρήτη

Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής

Τηλέφωνο: 2810 39 46 15

Τηλέφωνο: 2810 39 46 08

Fax: 2810 39 45 69

e-mail: mph@med.uoc.gr

e-mail: tassos@med.uoc.gr

Αρ. Πρωτ:

Ηράκλειο, 9 Σεπτεμβρίου 2013

Προς: (1) ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Περιφερειακού

Πανεπιστημιακού

Γενικού

Νοσοκομείου

Ηρακλείου

ΤΚ

711

10,

ΤΘ

1352

Ηράκλειο Κρήτης

Κοιν.:

7^η

ΥΠΕ

Κρήτης

Σμύρνης

26,

Τ.Κ

71201,

Τ.Θ.

1285,

Ηράκλειο Κρήτης

Θέμα: «Έγκριση διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας»

Στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «**Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σχεδιάζεται η εκπόνηση μεταπτυχιακής εργασίας υπό την επίβλεψή μου και συνεπιβλέπων τον κ. Βλασιάδη Κων/νο, Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης και επιμελητή Α΄ στην οδοντιατρική κλινική του ΠαΓΝΗ. Ο τίτλος της εργασίας είναι: «**Μέτρηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία σε καταστάσεις επείγουσας οδοντιατρικής αντιμετώπισης**».

Η εργασία εκπονείται από τον μεταπτυχιακό φοιτητή κ. Παπαϊωάννου Ιωάννη και σκοπό έχει

την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου OHIP (Oral Health Impact Profile). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 14 ερωτήσεις και διαθέτει διαπολιτισμική αξιοπιστία και εγκυρότητα

Στα πλαίσια αυτής της μελέτης, παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη διεξαγωγή της μελέτης στο Νοσοκομείο σας. Επισυνάπτεται το πρωτόκολλο της έρευνας.

Επισημαίνεται ότι κατά την εκπόνηση της μελέτης δεν θα παρακωλυθεί το έργο των ιατρών - χειρουργών καθ' οιονδήποτε τρόπο, θα υπάρξει πλήρη ενημέρωση και συναίνεση των ασθενών και θα διασφαλιστεί το απόρρητο των συμμετεχόντων (ανωνυμία στη συμπλήρωση και επεξεργασία των ερωτηματολογίων).

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Με εκτίμηση,

Ο Δ/ντης Μεταπτυχιακών Σπουδών

ο Δ/ντης της Οδοντιατρικής Κλινική

Τάσος Φιλαλήθης,
Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής

Δρ. Φραγκάκης Μάριος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**ΑΙΤΗΣΗ**

Προς: **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ** **ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**
Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου
ΤΚ 711 10, ΤΘ 1352
Ηράκλειο Κρήτης

Ηράκλειο, 9 Σεπτεμβρίου 2013

Θέμα: «Έγκριση διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας»

Στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακού Σπουδών «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σχεδιάζεται η εκπόνηση μεταπτυχιακής μου εργασίας υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Φιλαλήθη, Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, και συνεπιβλέπων τον κ. Βλασιάδη Κων/νο, Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης και επιμελητή Α΄ στην οδοντιατρική κλινική του ΠαΓΝΗ. Ο τίτλος της εργασίας μου είναι: **«Μέτρηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία σε καταστάσεις επείγουσας οδοντιατρικής αντιμετώπισης».**

Η εργασία έχει ως σκοπό την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου OHIP (Oral Health Impact Profile). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 14 ερωτήσεις και διαθέτει διαπολιτισμική αξιοπιστία και εγκυρότητα

Στα πλαίσια αυτής της μελέτης, παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη διεξαγωγή της μελέτης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών της Οδοντιατρικής κλινικής του

Νοσοκομείου σας. Επισημαίνεται ότι κατά την εκπόνηση της μελέτης δεν θα παρακωλυθεί το έργο του προσωπικού του τμήματος καθ' οιονδήποτε τρόπο, θα υπάρξει πλήρη ενημέρωση και συναίνεση των ασθενών και θα διασφαλιστεί το απόρρητο των συμμετεχόντων (ανωνυμία στη συμπλήρωση και επεξεργασία των ερωτηματολογίων).

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Με εκτίμηση

Παπαϊωάννου Ιωάννης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Γραμματεία

Τ. Θ. 2208, Ηράκλειο 71003, Κρήτη

Τηλέφωνο: 2810 39 46 15

Fax: 2810 39 45 69

e-mail: mph@med.uoc.gr

Δ/ντης Μεταπτυχιακών Σπουδών

Αναστάσιος Φιλαλήθης

Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής

Τηλέφωνο: 2810 39 46 08

e-mail: tassos@med.uoc.gr

Θέμα: Συναίνεση για εθελοντική συμμετοχή

Αγαπητέ/-ή συμμετέχοντα/-ουσα

Στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακού Σπουδών «**Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σχεδιάζεται η εκπόνηση μεταπτυχιακής μου εργασίας υπό την επίβλεψη του καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής κ. Φιλαλήθη και συνεπιβλέπων τον κ. Βλασιάδη Κων/νο, Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης και επιμελητή Α΄ στην οδοντιατρική κλινική του ΠαΓΝΗ., με τίτλο «Μέτρηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με τη στοματική υγεία σε καταστάσεις επείγουσας οδοντιατρικής αντιμετώπισης».

Η εργασία έχει ως σκοπό την αξιολόγηση της, σχετιζόμενης με την στοματική υγεία, ποιότητα ζωής σας με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου OHIP – 14 (Oral Health Impact Profile), ένα διεθνώς αποδεκτό ερωτηματολόγιο 14 ερωτήσεων, με αξιόλογα επίπεδα αξιοπιστίας και ικανό να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής στον Ελληνικό

πληθυσμό. Ταυτόχρονα με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα πραγματοποιηθεί κλινική εξέταση και καταγραφή των οδοντιατρικών σας αναγκών. Στα πλαίσια αυτής της μελέτης, θα σας παρακαλούσα να αφιερώσετε λίγο από το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Με εκτίμηση,
Παπαϊωάννου Ιωάννης
Μεταπτυχιακός Φοιτητής
Επικοινωνία τηλ.: 6976147228

ο/η συμμετέχων/-ουσα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ποιότητας ζωής σε σχέση με τη στοματική υγεία Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Φύλο

Ηλικία.....

Επίπεδο σπουδών.....

Συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο.....

Συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών.....

	Ερωτήσεις	Συνεχώς	Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Ποτέ
1	Πόσο συχνά είχατε πρόβλημα στο να πείτε κάποιες λέξεις λόγω προβλημάτων από τα δόντια σας, το στόμα σας ή τις οδοντοστοιχίες σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Νιώσατε ποτέ να αλλοιώνεται η αίσθηση της γεύσης σας λόγω προβλημάτων από τα δόντια σας, το στόμα σας ή τις οδοντοστοιχίες σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Είχατε ποτέ έντονο πόνο στο στόμα σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Σας ήταν ποτέ δυσάρεστο να τρώτε κάποιες τροφές εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Πόσο συχνά νιώθετε ξένα τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι έχετε νεύρα εξαιτίας των δοντιών του στόματος ή των οδοντοστοιχιών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Πόσο συχνά μπορείτε να φάτε ότι θέλετε χωρίς πρόβλημα από τα δόντια σας, το στόμα σας ή τις οδοντοστοιχίες σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Χρειάστηκε ποτέ να σηκωθείτε από το τραπέζι εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Δυσκολευτήκατε να ξεκουραστείτε εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ήρθατε ποτέ σε δύσκολη θέση εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Αισθανθήκατε ποτέ ότι εκνευρίζεστε εύκολα με άλλους ανθρώπους εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Πόσο συχνά συναντήσατε δυσκολία στην πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Νιώσατε ποτέ ότι η ζωή γενικά έγινε δυσάρεστη (π.χ. δε θέλετε να βγείτε έξω για φαγητό) εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Πόσο συχνά νιώθετε ότι δεν μπορείτε να μασήσετε, να χαμογελάσετε, να μιλήσετε εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Σχήματα και πίνακες αποτελεσμάτων

Πίνακας 1. Συχνότητες (%) ανά κατηγορία.

	N (%)
Φύλο	
Γυναίκες	46 (62.2)
Άνδρες	28 (37.8)
Ωρα προσέλευσης	
12πμ-08πμ	2 (3.0)
08πμ-18μμ	47 (70.1)
18μμ-24μμ	18 (26.9)
DMFT	
0-8.9	36 (50.0)
9-13.9	17 (23.6)
14+	19 (26.4)
Βούρτισμα	
2-3 φορές/ημέρα	24 (34.3)
κάθε μέρα	17 (24.3)
1-3 φορές/εβδομάδα	16 (22.9)
σπάνια/ποτέ	13 (18.6)
Επίσκεψη σε οδοντίατρο	
κάθε 6μ	17 (23.9)
κάθε έτος	12 (16.9)
στο πρόβλημα	34 (47.9)
σπάνια/ποτέ	8 (11.3)
Εκπαίδευση	
καθόλου/υποχρεωτική	38 (51.4)
μέση	13 (17.6)
ανώτερη/ανώτατη	23 (31.1)
Αιτία εισαγωγής	
απόστημα	26 (35.1)
πολφίτιδα	22 (29.7)
ουλίτιδα	9 (12.2)
περιοδοντίτιδα	5 (6.8)
ημιέγκλιστο	7 (9.5)
ΚΓΔ	2 (2.7)
ολικές	3 (4.1)
Χωρίς αποκατάσταση	
όχι	8 (17.8)
ναι	37 (82.2)

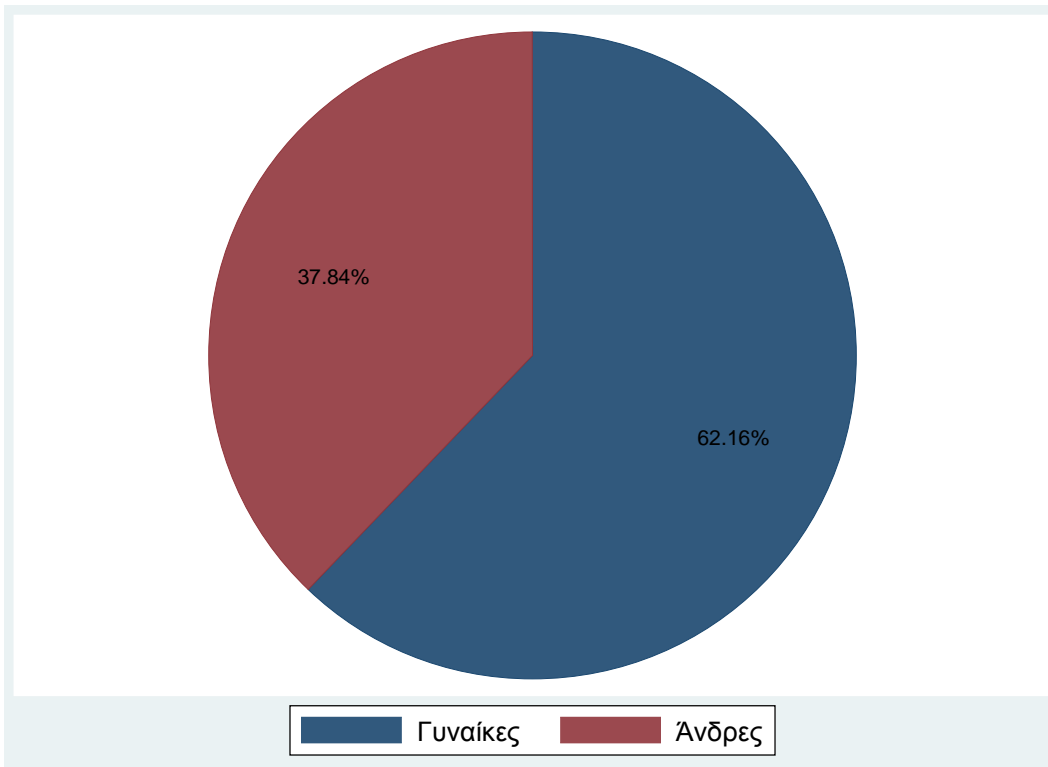
Ασφράγιστα/αθεράπευτα	
όχι	34 (45.9)
ναι	40 (54.1)
Απολεσθέντα δόντια	
όχι	26 (35.1)
<12	38 (51.4)
12+	8 (10.8)
ολικές	2 (2.7)

Πίνακας 2. Διάμεσος (Q1-Q3) ανά φύλο και συνολικά.

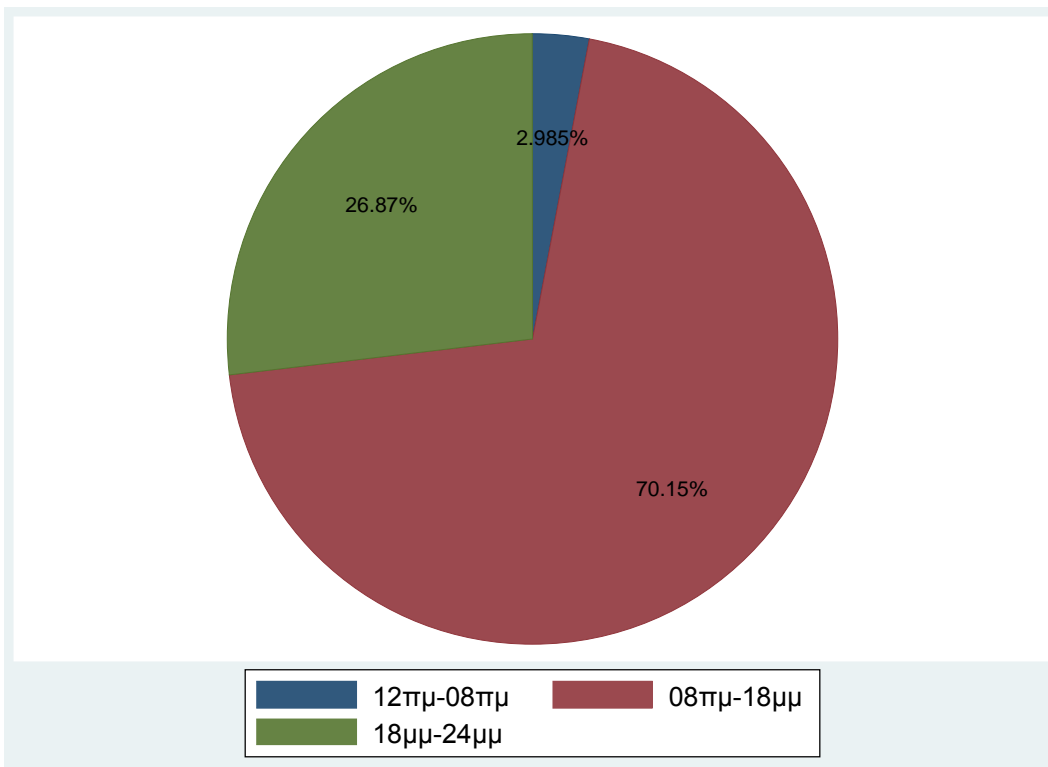
	Γυναίκες	Άνδρες	Overall	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
Ηλικία	45.0 (24.0, 60.0)	36.0 (28.0, 55.0)	42.0 (27.5, 57.5)	0.771
OHIP-14 σύνολο	17.5 (5.0, 25.0)	22.0 (8.5, 30.5)	18.0 (6.0, 29.0)	0.307
OHIP-14 επίπτ.	5.0 (0.0, 10.0)	7.5 (0.5, 14.0)	5.0 (0.0, 12.0)	0.169
DMFT	10.0 (3.0, 14.0)	6.5 (1.0, 15.0)	8.5 (1.0, 14.0)	0.560
Απολεσθέντα	2.0 (0.0, 6.0)	2.0 (0.0, 5.0)	2.0 (0.0, 6.0)	0.787
Αποκατεστημένα	0.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 0.0)	0.0 (0.0, 0.0)	0.129
Εμφράξεις	2.0 (0.0, 6.0)	0.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 4.0)	0.027
Ασφράγ./αθεράπ.	1.0 (0.0, 3.0)	0.0 (0.0, 3.5)	1.0 (0.0, 3.0)	0.711

\

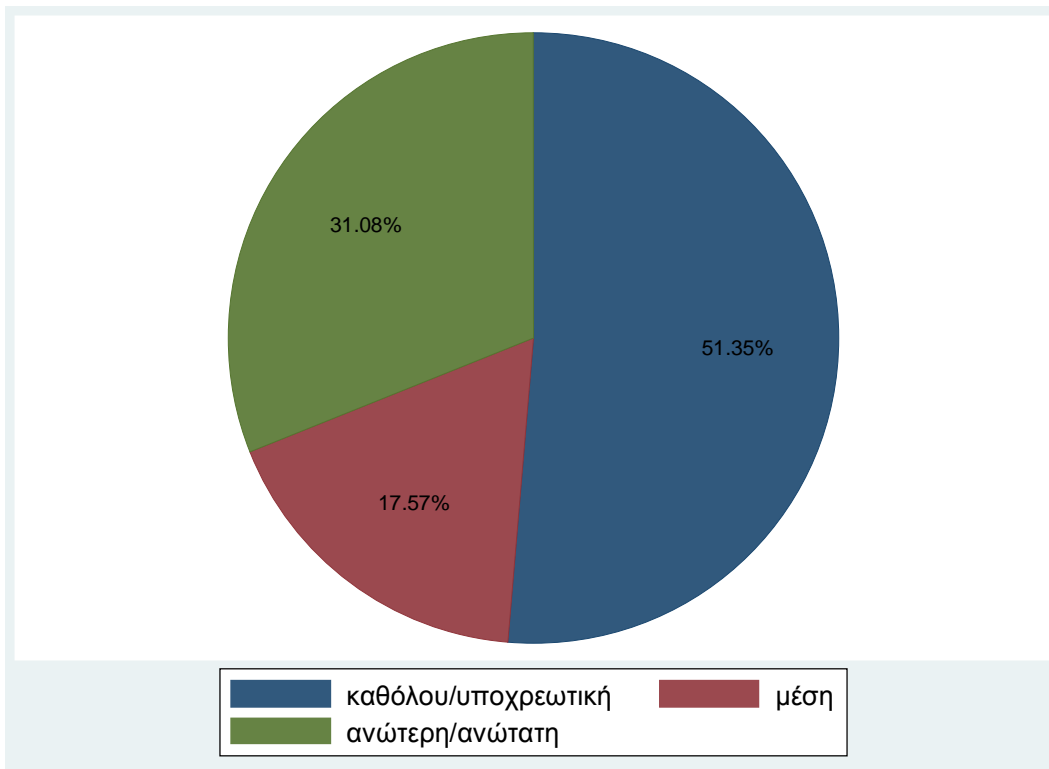
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά φύλο.



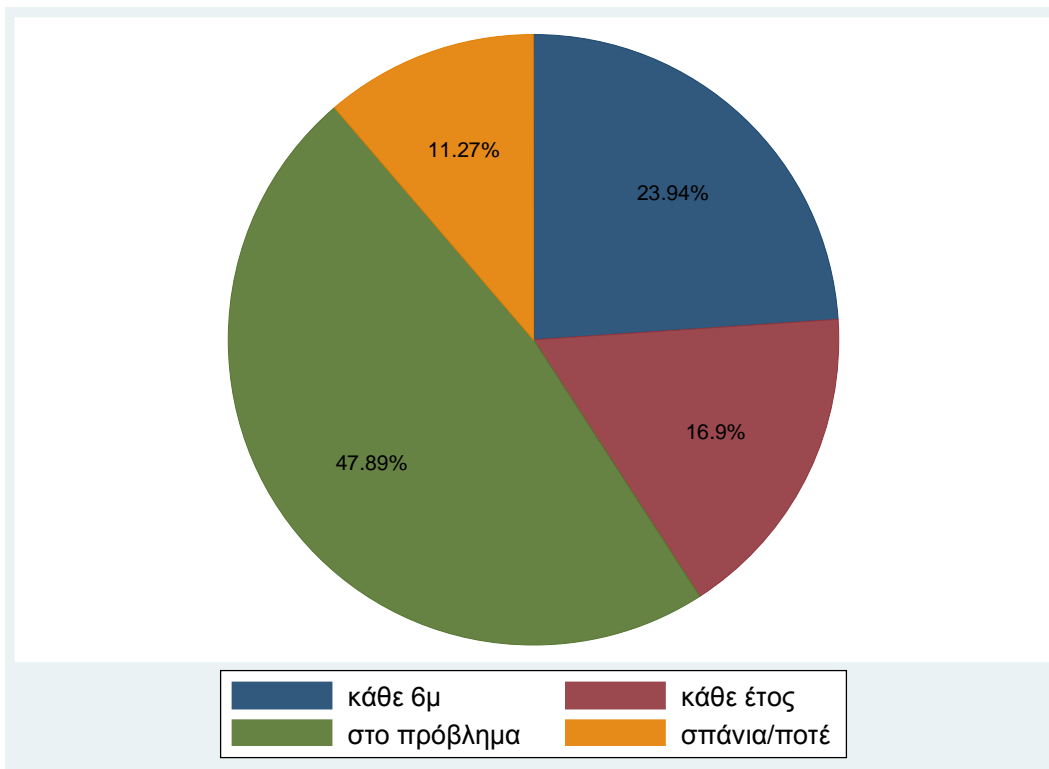
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά ώρα επίσκεψης.



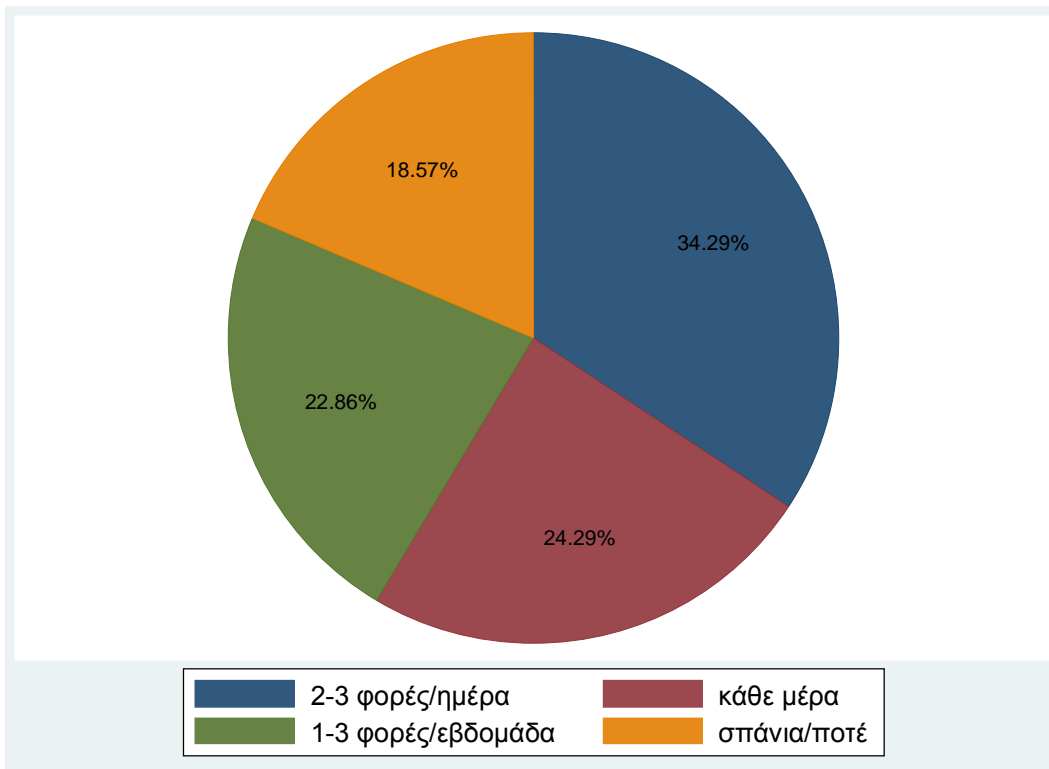
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά βαθμίδα εκπαίδευσης.



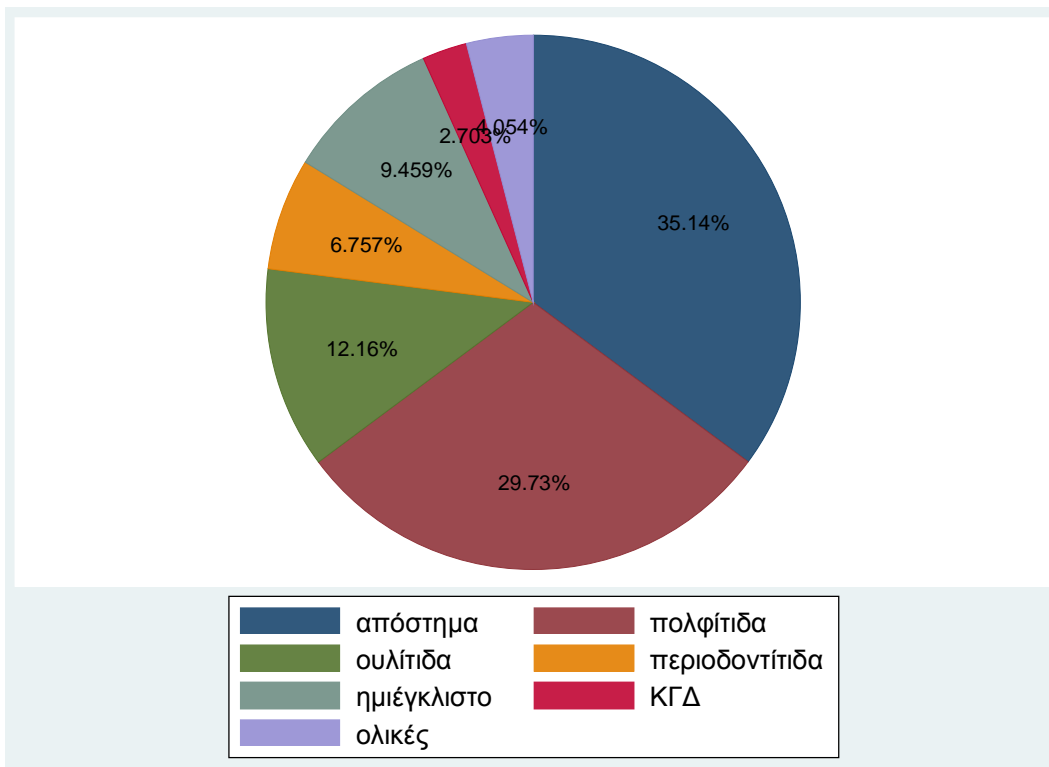
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο.



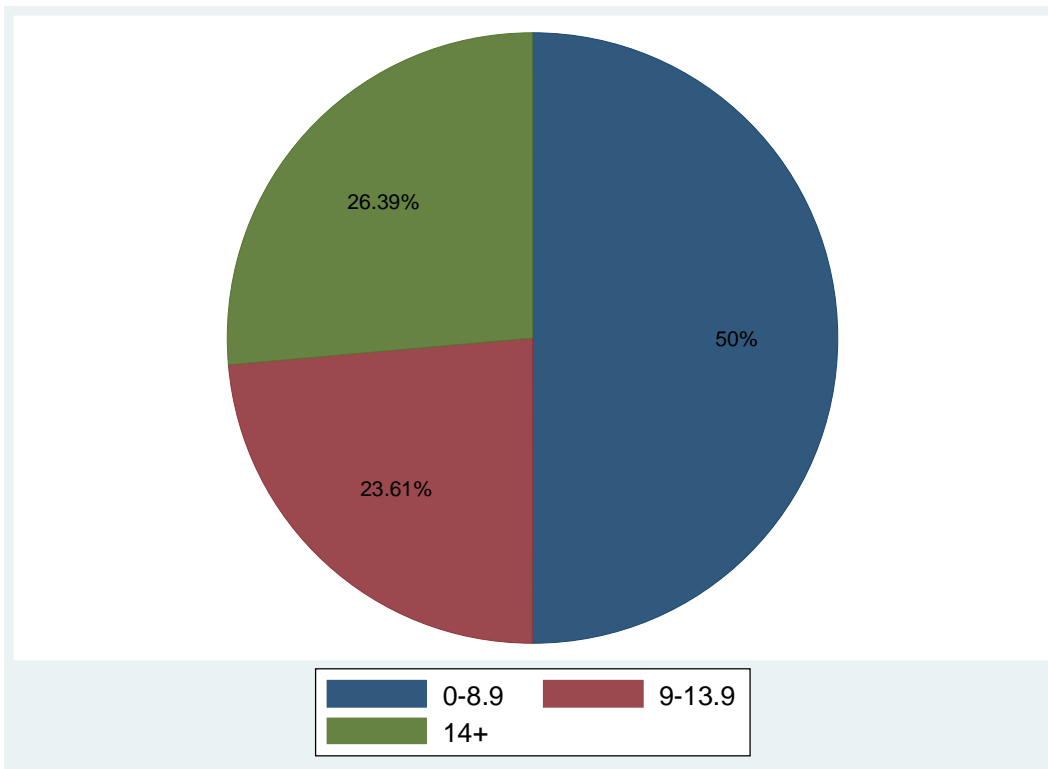
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά συχνότητα βουρτσίσματος.



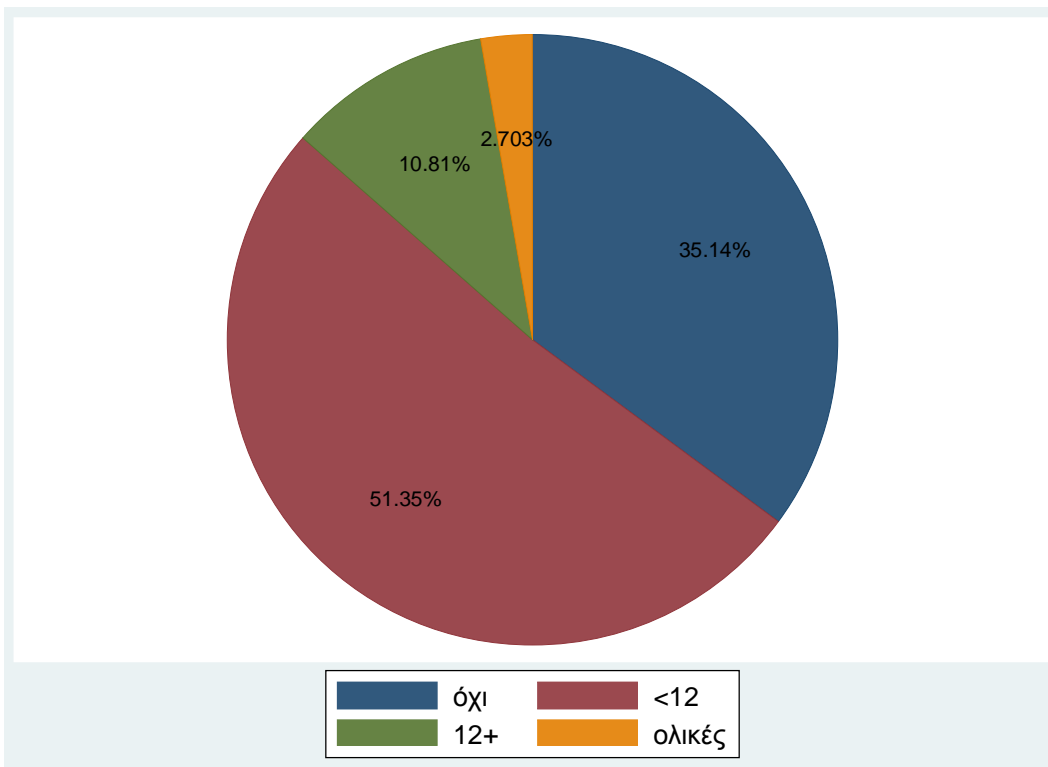
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά αιτία επίσκεψης.



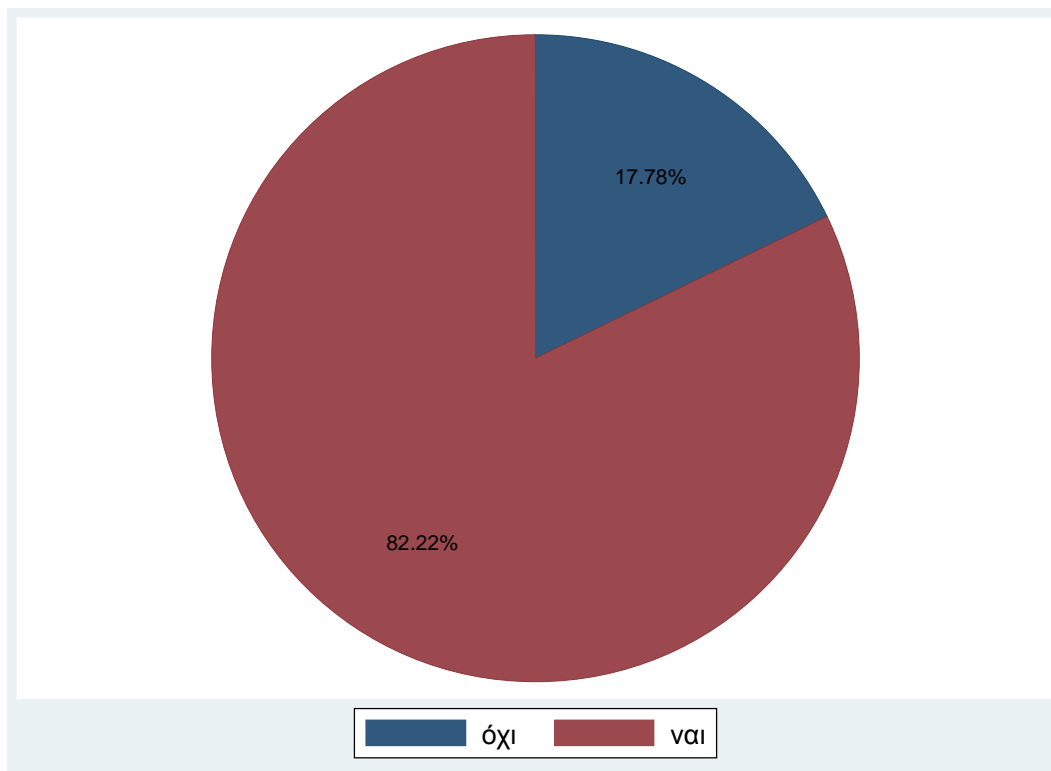
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά DMFT.



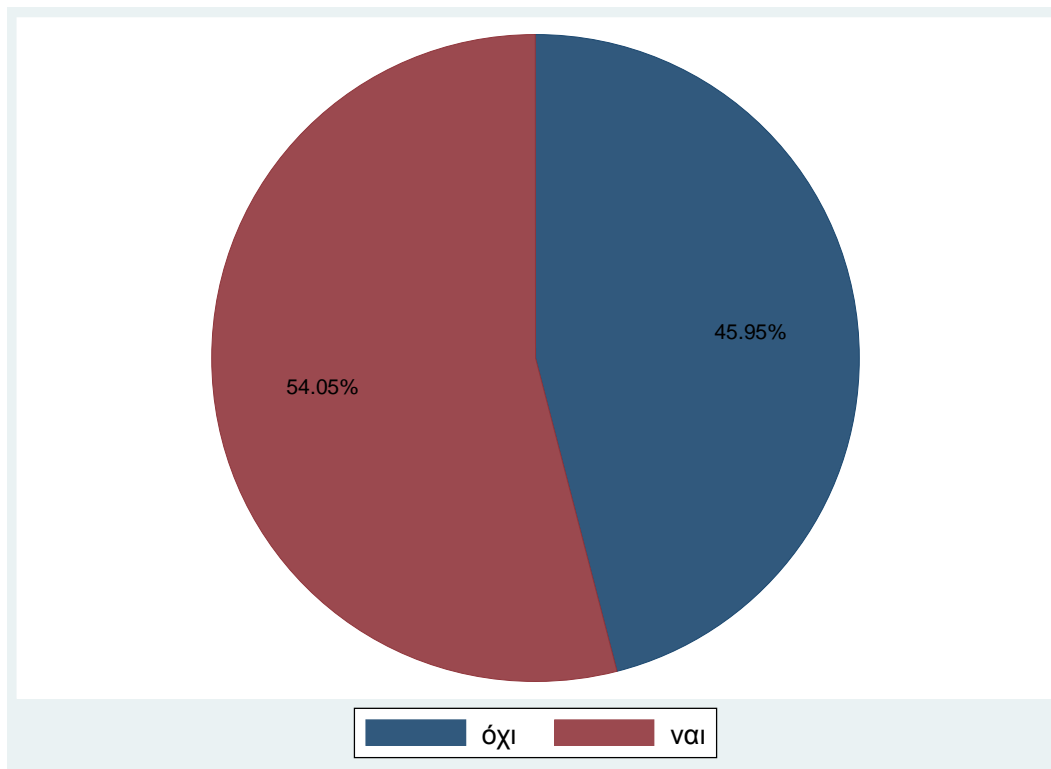
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά αριθμό απολεσθέντων δοντιών.



Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά μη αποκατεστημένα δόντια.



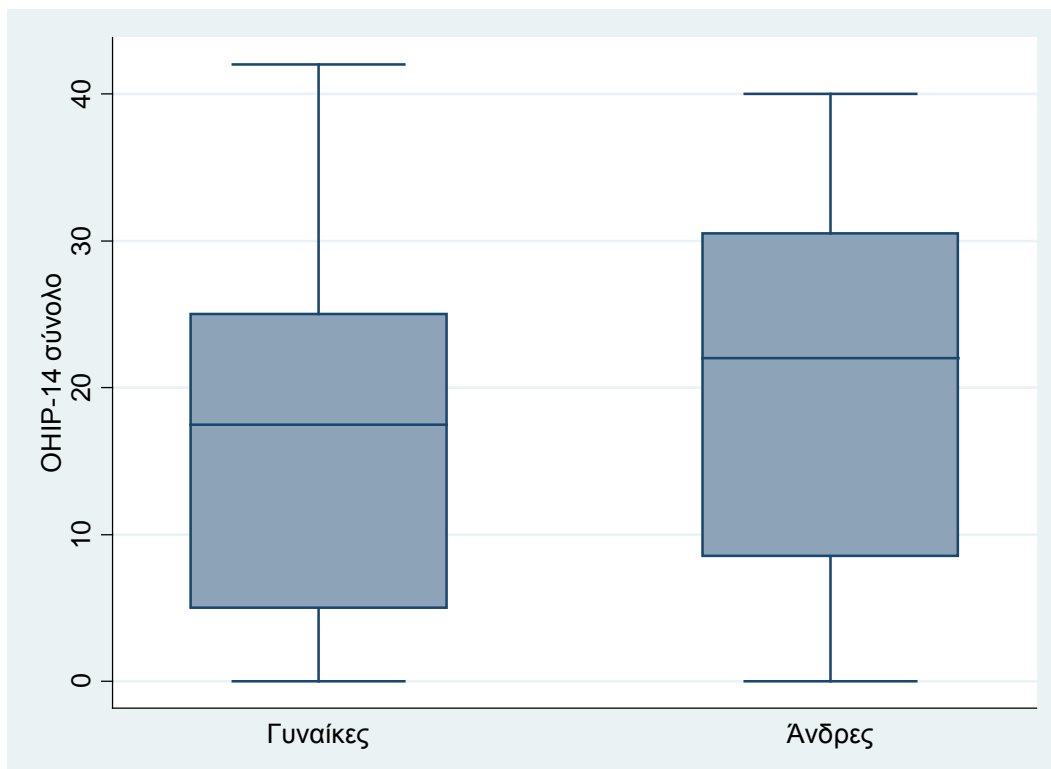
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά ασφράγιστα/αθεράπευτα.



Πίνακας 3. Διάμεσος (Q1-Q3) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο και επίπτωση) ανά φύλο.

	Φύλο			
	Γυναίκες	Άνδρες	Overall	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
ΟΗΙΡ-14 σύνολο	17.5 (5.0, 25.0)	22.0 (8.5, 30.5)	18.0 (6.0, 29.0)	0.307
ΟΗΙΡ-14 επίπτ.	5.0 (0.0, 10.0)	7.5 (0.5, 14.0)	5.0 (0.0, 12.0)	0.169

Θηκόγραμμα (box-plot) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο) ανά φύλο.



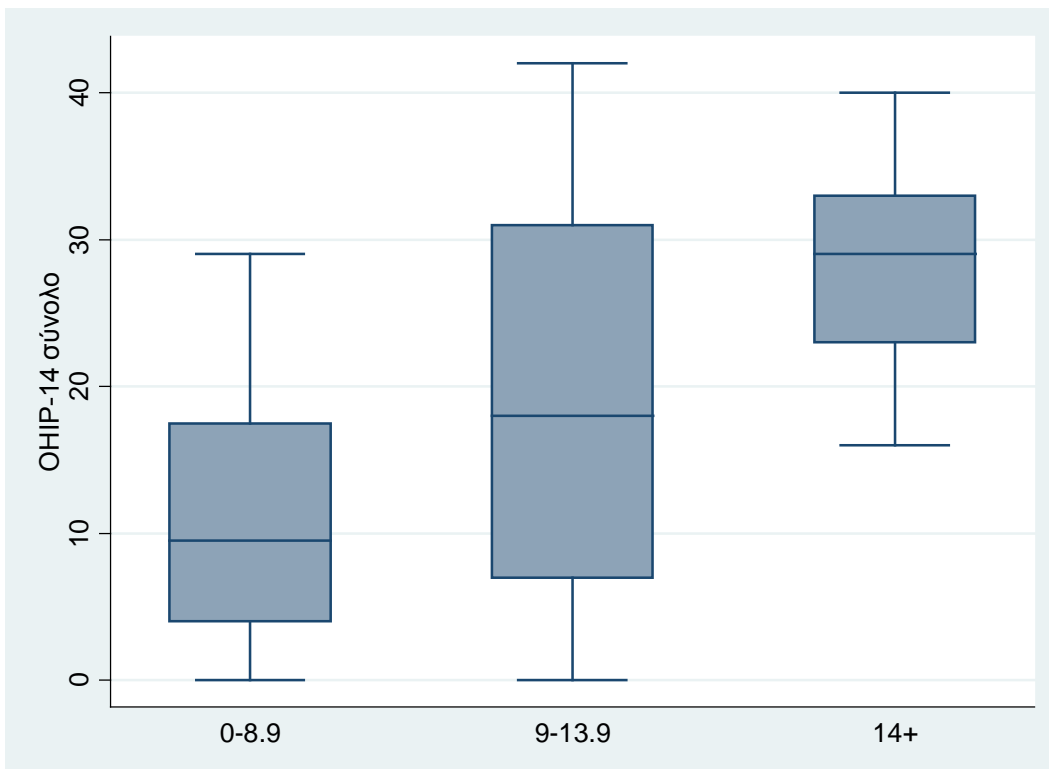
Πίνακας 4. Διάμεσος (Q1-Q3) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο και επίπτωση) ανά DMFT.

	DMFT			Overall	p-value
	0-8.9	9-13.9	14+		
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	
ΟΗΙΡ-14 σύνολο	9.5 (4.0, 17.5)	18.0 (7.0, 31.0)	29.0 (23.0, 33.0)	17.5 (6.0, 29.0)	<0.001*
ΟΗΙΡ-14 επίπτ.	1.0 (0.0, 5.0)	6.0 (1.0, 13.0)	11.0 (9.0, 13.0)	5.0 (0.0, 11.0)	<0.001**

* 0-8.9 vs 9-13.9 : p-value=0.016, 0-8.9 vs 9-13.9 : p-value<0.001

** 0-8.9 vs 9-13.9 : p-value=0.011, 0-8.9 vs 9-13.9 : p-value<0.001

Θηκόγραμμα (box-plot) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο) ανά DMFT.



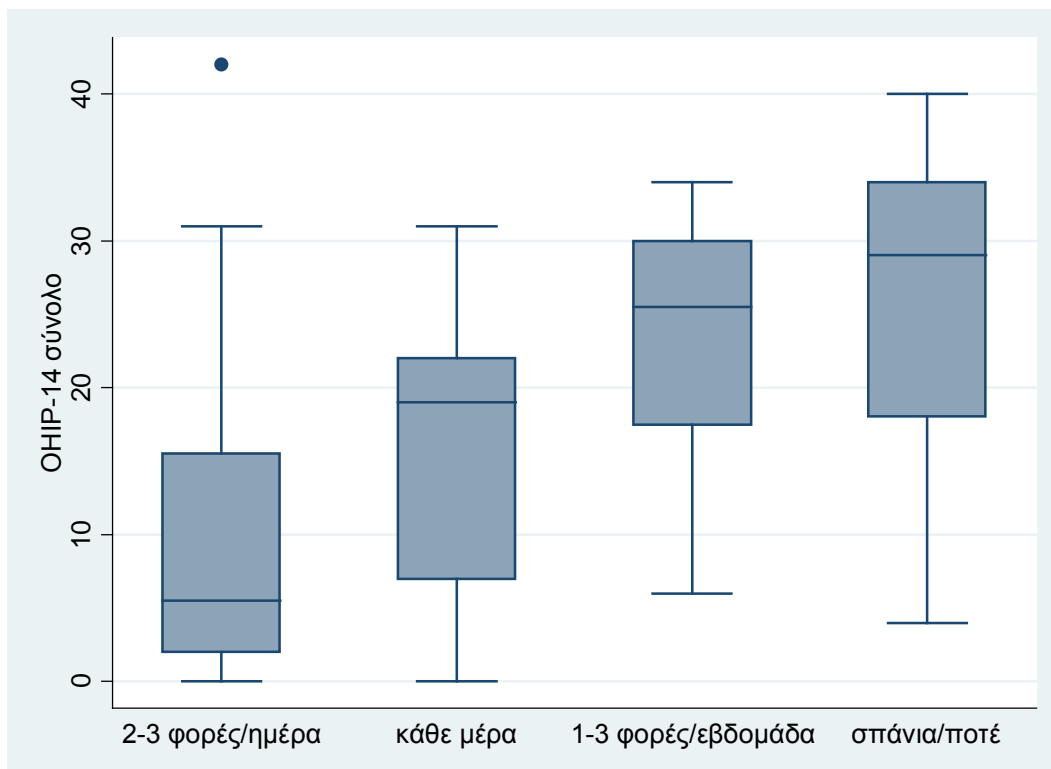
Πίνακας 5. Διάμεσος (Q1-Q3) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο και επίπτωση) ανάλογα με τη συχνότητα βουρτίσματος.

	Βούρτισμα					
	2-3 φορές/ημέρα	κάθε μέρα	1-3 φορές/εβδομάδα	σπάνια/ποτέ	Overall	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
ΟΗΙΡ-14 σύνολο	5.5 (2.0, 15.5)	19.0 (7.0, 22.0)	25.5 (17.5, 30.0)	29.0 (18.0, 34.0)	17.5 (6.0, 29.0)	<0.001*
ΟΗΙΡ-14 επίπτ.	0.5 (0.0, 3.5)	5.0 (0.0, 8.0)	11.0 (5.5, 12.0)	12.0 (5.0, 13.0)	5.0 (0.0, 11.0)	<0.001**

* 2-3/μέρα vs 1-3/βδομ.: p-value<0.001, 2-3/μέρα vs σπάνια/ποτέ: p-value<0.001

** 2-3/μέρα vs 1-3/βδομ.: p-value=0.001, 2-3/μέρα vs σπάνια/ποτέ: p-value<0.001

Θηκόγραμμα (box-plot) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο) ανά συχνότητα βουρτίσματος.



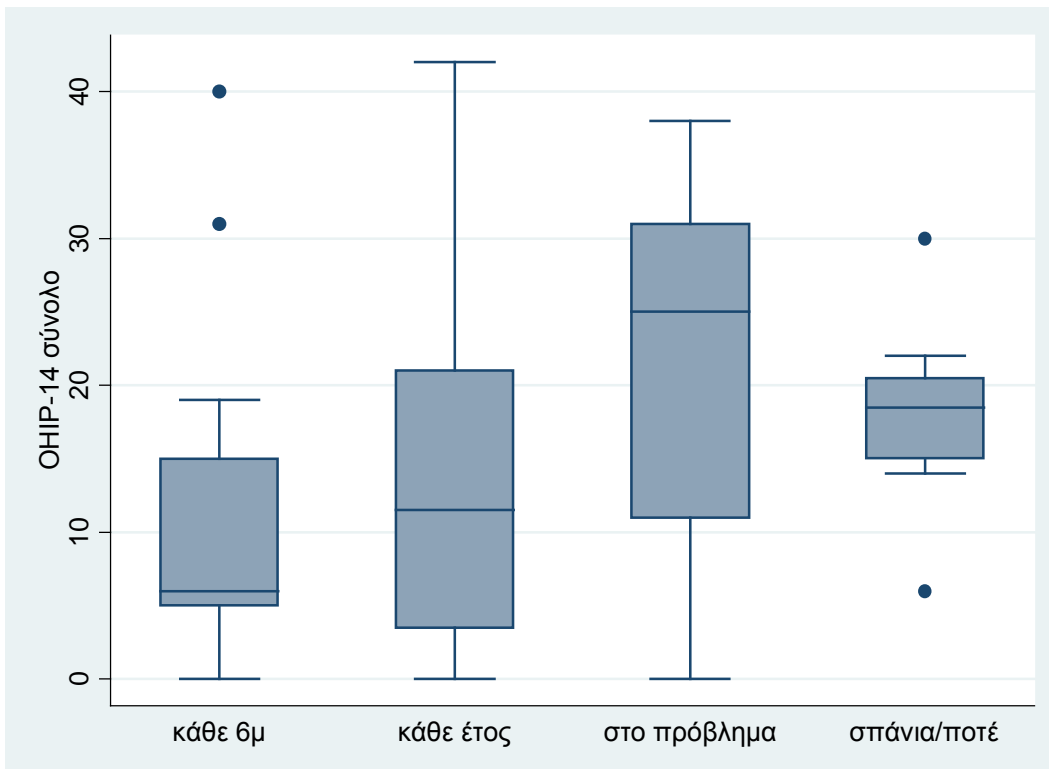
Πίνακας 6. Διάμεσος (Q1-Q3) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο και επίπτωση) ανάλογα με τη συχνότητα επίσκεψης σε οδοντίατρο.

	Επίσκεψη σε οδοντίατρο					
	κάθε 6μ	κάθε έτος	στο πρόβλημα	σπάνια/ποτέ	Overall	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
ΟΗΙΡ-14 σύνολο	6.0 (5.0, 15.0)	11.5 (3.5, 21.0)	25.0 (11.0, 31.0)	18.5 (15.0, 20.5)	17.0 (6.0, 29.0)	0.024*
	1.0 (0.0, 2.0)	1.5 (0.0, 7.5)	9.5 (1.0, 12.0)	5.5 (5.0, 6.5)	5.0 (0.0, 11.0)	0.015**

* κάθε 6μ vs πρόβλημα: p-value=0.028

** κάθε 6μ vs πρόβλημα: p-value=0.017

Θηκόγραμμα (box-plot) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο) ανά συχνότητα επίσκεψης σε οδοντίατρο.



Πίνακας 7. Διάμεσος (Q1-Q3) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο και επίπτωση) ανά βαθμίδα εκπαίδευσης.

	Εκπαίδευση				
	καθόλου/υποχρεωτική	μέση	ανώτερη/ανώτατη	Overall	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
ΟΗΙΡ-14 σύνολο	25.5 (16.0, 31.0)	19.0 (15.0, 29.0)	6.0 (2.0, 12.0)	18.0 (6.0, 29.0)	<0.001*
	10.5 (5.0, 13.0)	5.0 (2.0, 11.0)	0.0 (0.0, 1.0)	5.0 (0.0, 12.0)	<0.001**

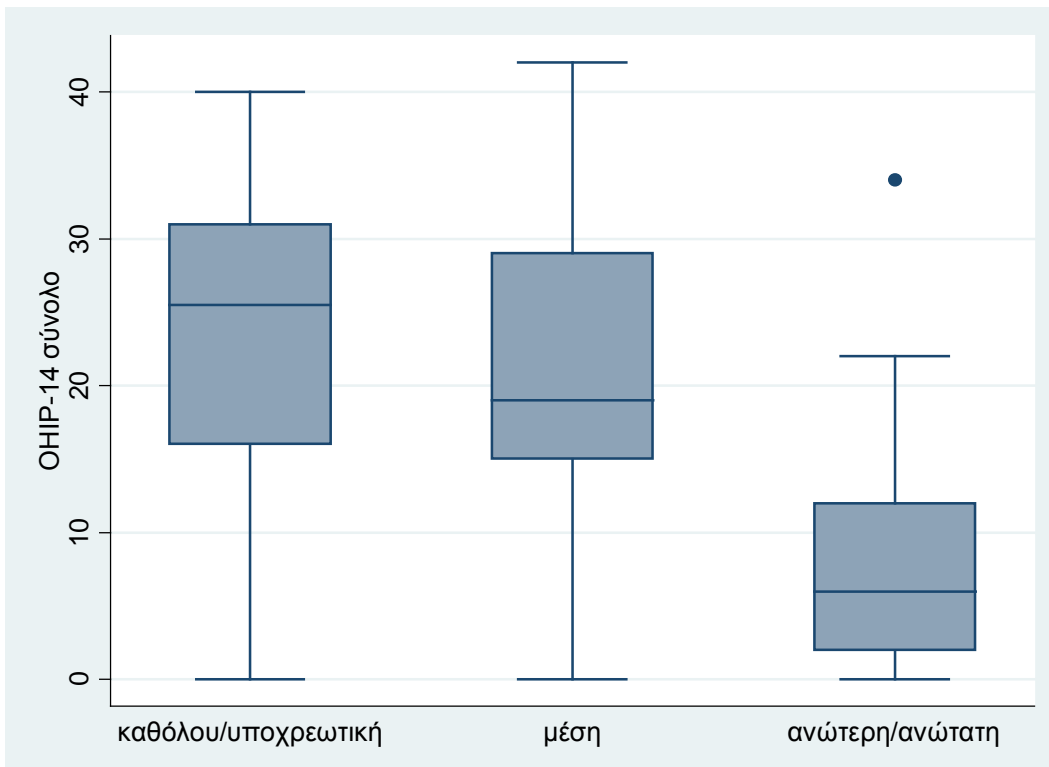
* ανώτερη/ανώτατη vs καθόλου/υποχρεωτική: p-value<0.001

ανώτερη/ανώτατη vs μέση: p-value=0.025

** ανώτερη/ανώτατη vs καθόλου/υποχρεωτική: p-value<0.001

ανώτερη/ανώτατη vs μέση: p-value=0.019

Θηκόγραμμα (box-plot) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο) ανά βαθμίδα εκπαίδευσης.



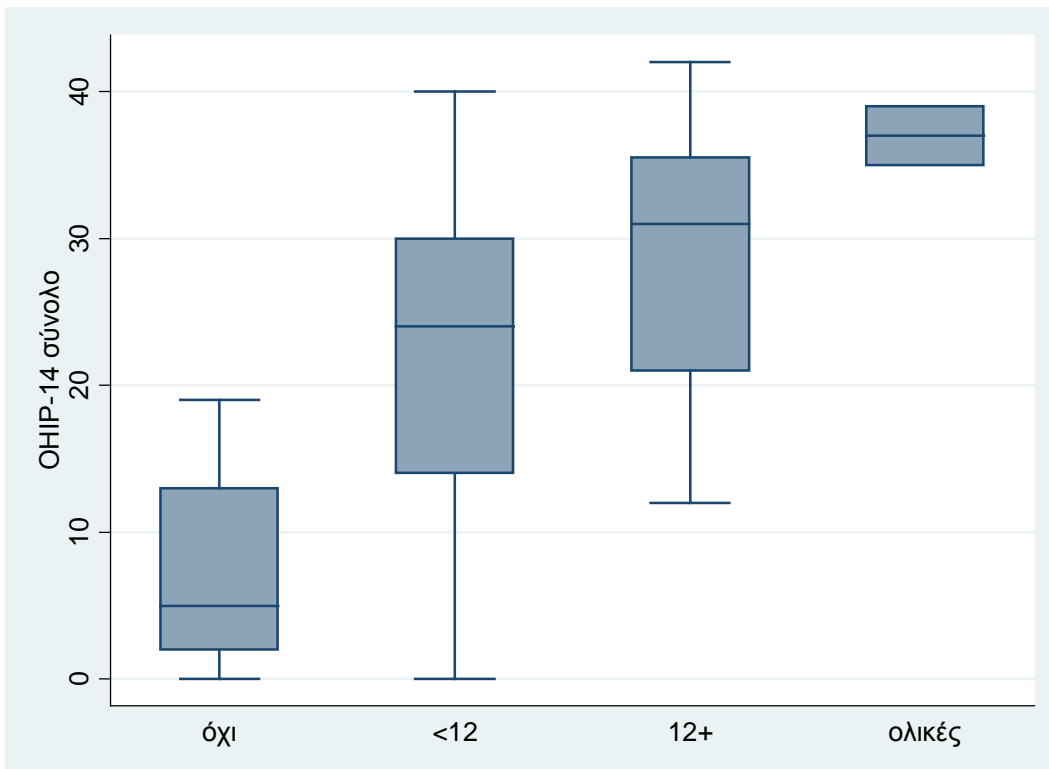
Πίνακας 8. Διάμεσος (Q1-Q3) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο και επίπτωση) σε σχέση με τον αριθμό απολεσθέντων δοντιών.

	Απολεσθέντα δόντια					
	όχι	<12	12+	ολικές	Overall	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
ΟΗΙΡ-14 σύνολο	5.0 (2.0, 13.0)	24.0 (14.0, 30.0)	31.0 (21.0, 35.5)	37.0 (35.0, 39.0)	18.0 (6.0, 29.0)	<0.001*
	0.0 (0.0, 2.0)	9.5 (3.0, 12.0)	12.5 (7.5, 14.0)	14.0 (14.0, 14.0)	5.0 (0.0, 12.0)	<0.001**

* 0 vs <12: p-value<0.001, 0 vs 12+: p-value<0.001, 0 vs ολικές: p-value=0.007

** 0 vs <12: p-value<0.001, 0 vs 12+: p-value<0.001, 0 vs ολικές: p-value=0.007

Θηκόγραμμα (box-plot) του ΟΗΙΡ-14 (σύνολο) ανά αριθμό απολεσθέντων δοντιών.



Πίνακας 9. Συχνότητες (%) ανά ερώτημα..

		N (%)
Λειτουργικοί Περιορισμοί		
Q1	ποτέ	24 (32.4)
	σπάνια	22 (29.7)
	συχνά	21 (28.4)
	πολύ συχνά	7 (9.5)
Q2	ποτέ	26 (35.1)
	σπάνια	25 (33.8)
	συχνά	15 (20.3)
	πολύ συχνά	8 (10.8)
Σωματικός Πόνος		
Q3	ποτέ	11 (14.9)
	σπάνια	22 (29.7)
	συχνά	21 (28.4)
	πολύ συχνά	18 (24.3)
	-	2 (2.7)
Q4	ποτέ	20 (27.0)
	σπάνια	20 (27.0)
	συχνά	17 (23.0)
	πολύ συχνά	16 (21.6)
	συνεχώς	1 (1.4)
Ψυχολογική Δυσανεξία		
Q5	ποτέ	30 (40.5)
	σπάνια	24 (32.4)
	συχνά	14 (18.9)
	πολύ συχνά	6 (8.1)
Q6	ποτέ	20 (27.0)
	σπάνια	16 (21.6)
	συχνά	25 (33.8)
	πολύ συχνά	11 (14.9)
	συνεχώς	1 (1.4)
	-	1 (1.4)
Σωματική Αδυναμία		
Q7	ποτέ	1 (1.4)
	σπάνια	26 (35.1)
	συχνά	18 (24.3)
	πολύ συχνά	10 (13.5)
	συνεχώς	18 (24.3)
	-	1 (1.4)
Q8	ποτέ	28 (37.8)
	σπάνια	20 (27.0)

	συχνά	15 (20.3)
	πολύ συχνά	10 (13.5)
	συνεχώς	1 (1.4)
Ψυχολογική Δυσκολία		
Q9	ποτέ	25 (33.8)
	σπάνια	21 (28.4)
	συχνά	19 (25.7)
	πολύ συχνά	9 (12.2)
Q10	ποτέ	19 (25.7)
	σπάνια	23 (31.1)
	συχνά	23 (31.1)
	πολύ συχνά	9 (12.2)
Κοινωνική Συμπεριφορά		
Q11	ποτέ	24 (32.4)
	σπάνια	22 (29.7)
	συχνά	23 (31.1)
	πολύ συχνά	5 (6.8)
Q12	ποτέ	25 (33.8)
	σπάνια	17 (23.0)
	συχνά	26 (35.1)
	πολύ συχνά	5 (6.8)
	-	1 (1.4)
Αναπηρία/Ειδικές Δεξιότητες		
Q13	ποτέ	28 (37.8)
	σπάνια	17 (23.0)
	συχνά	22 (29.7)
	πολύ συχνά	6 (8.1)
	συνεχώς	1 (1.4)
Q14	ποτέ	14 (18.9)
	σπάνια	22 (29.7)
	συχνά	18 (24.3)
	πολύ συχνά	18 (24.3)
	συνεχώς	2 (2.7)

Πίνακας 10. Διάμεσο σκορ (Q1-Q3) ανά ερώτημα (0-ποτέ, 1-σπάνια, 2-συχνά, 3-πολύ συχνά, 4-συνεχώς).

		Median (IQR)
Λειτουργικοί Περιορισμοί	Q1	1.0 (0.0, 2.0)
	Q2	1.0 (0.0, 2.0)
Σωματικός Πόνος	Q3	2.0 (1.0, 2.5)
	Q4	1.0 (0.0, 2.0)
Ψυχολογική Δυσανεξία	Q5	1.0 (0.0, 2.0)
	Q6	2.0 (0.0, 2.0)
Σωματική Αδυναμία	Q7	2.0 (1.0, 3.0)
	Q8	1.0 (0.0, 2.0)
Ψυχολογική Δυσκολία	Q9	1.0 (0.0, 2.0)
	Q10	1.0 (0.0, 2.0)
Κοινωνική Συμπεριφορά	Q11	1.0 (0.0, 2.0)
	Q12	1.0 (0.0, 2.0)
Αναπηρία/Ειδικές Δεξιότητες	Q13	1.0 (0.0, 2.0)
	Q14	2.0 (1.0, 3.0)

Πίνακας 11. Διάμεσο σκορ (Q1-Q3) ανά φύλο για κάθε ερώτημα (0-ποτέ, 1-σπάνια, 2-συχνά, 3-πολύ συχνά, 4-συνεχώς).

		Φύλο		p-value
		Γυναίκες	Άνδρες	
		Median (IQR)	Median (IQR)	
Λειτουργικοί Περιορισμοί	Q1	1.0 (0.0, 2.0)	1.0 (0.0, 2.0)	0.485
	Q2	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.5, 2.0)	0.080
Σωματικός Πόνος	Q3	2.0 (1.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.5)	0.991
	Q4	1.0 (0.0, 2.0)	1.5 (0.5, 3.0)	0.527
Ψυχολογική Δυσανεξία	Q5	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	0.052
	Q6	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.0)	0.427
Σωματική Αδυναμία	Q7	2.0 (1.0, 3.0)	2.0 (1.0, 4.0)	0.958
	Q8	1.0 (0.0, 2.0)	1.0 (0.0, 2.0)	0.714
Ψυχολογική Δυσκολία	Q9	1.0 (0.0, 2.0)	1.0 (0.0, 2.0)	0.170
	Q10	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.0)	0.062
Κοινωνική Συμπεριφορά	Q11	1.0 (0.0, 2.0)	1.5 (0.0, 2.0)	0.229
	Q12	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (0.0, 2.0)	0.158
Αναπηρία/Ειδικές Δεξιότητες	Q13	1.0 (0.0, 2.0)	1.5 (0.0, 2.0)	0.139
	Q14	1.5 (1.0, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)	0.407

Πίνακας 12 Διάμεσο σκορ (Q1-Q3) ανά κατηγορία DMFT για κάθε ερώτημα (0-ποτέ, 1-σπάνια, 2-συχνά, 3-πολύ συχνά, 4-συνεχώς).

		DMFT				
		0-8.9	9-13.9	14+		
		Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value	p-trend
Λειτουργικοί Περιορισμοί	Q1	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.0)	0.003	0.002
	Q2	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.0)	0.001	0.001
Σωματικός Πόνος	Q3	1.0 (0.5, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)	3.0 (2.0, 3.0)	<0.001	<0.001
	Q4	1.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.0, 3.0)	3.0 (2.0, 3.0)	<0.001	<0.001
Ψυχολογική Δυσανεξία	Q5	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.0)	<0.001	<0.001
	Q6	1.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.0, 3.0)	2.0 (2.0, 3.0)	<0.001	<0.001
Σωματική Αδυναμία	Q7	3.0 (2.0, 4.0)	2.0 (1.0, 3.0)	1.0 (1.0, 2.0)	0.001	<0.001
	Q8	0.0 (0.0, 1.0)	2.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)	<0.001	<0.001
Ψυχολογική Δυσκολία	Q9	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.0)	0.002	0.001
	Q10	1.0 (0.0, 1.0)	2.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)	<0.001	<0.001
Κοινωνική Συμπεριφορά	Q11	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.0)	0.017	0.011
	Q12	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (2.0, 2.0)	<0.001	<0.001
Αναπηρία/Ειδικές Δεξιότητες	Q13	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (2.0, 2.0)	<0.001	<0.001
	Q14	1.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.0, 3.0)	3.0 (2.0, 3.0)	<0.001	<0.001

Πίνακας 13 Διάμεσο σκορ (Q1-Q3) ανάλογα με τη συχνότητα βουρτσίσματος, για κάθε ερώτημα (0-ποτέ, 1-σπάνια, 2-συχνά, 3-πολύ συχνά, 4-συνεχώς).

		Βούρτσισμα		
		2-3 φορές/ημέρα	κάθε μέρα	1-3 φορές/εβδομάδα
		Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)
Λειτουργικοί Περιορισμοί	Q1	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (0.5, 2.0)
	Q2	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 2.0)
Σωματικός Πόνος	Q3	1.0 (0.5, 1.0)	2.0 (1.0, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)
	Q4	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 2.0)	2.0 (1.5, 2.0)
Ψυχολογική Δυσανεξία	Q5	0.0 (0.0, 0.5)	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 2.0)
	Q6	0.5 (0.0, 1.5)	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.0)
Σωματική Αδυναμία	Q7	1.0 (0.0, 2.0)	1.0 (1.0, 2.0)	3.0 (2.0, 3.0)
	Q8	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	1.0 (1.0, 2.0)
Ψυχολογική Δυσκολία	Q9	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	1.5 (1.0, 2.0)
	Q10	0.5 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)	2.0 (1.0, 2.0)
Κοινωνική Συμπεριφορά	Q11	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.0, 2.0)
	Q12	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 2.0)	2.0 (1.5, 2.0)
Αναπηρία/Ειδικές Δεξιότητες	Q13	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.5, 2.0)
	Q14	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 2.0)	2.0 (2.0, 3.0)

Πίνακας 14 Διάμεσο σκορ (Q1-Q3) ανάλογα με τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο, για κάθε ερώτημα (0-ποτέ, 1-σπάνια, 2-συχνά, 3-πολύ συχνά, 4-συνεχώς).

		Επίσκεψη σε οδοντίατρο κάθε 6μ	κάθε έτος	στο πρόβλημα
		Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)
Λειτουργικοί Περιορισμοί	Q1	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 1.5)	1.5 (1.0, 2.0)
	Q2	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 1.5)	1.0 (1.0, 2.0)
Σωματικός Πόνος	Q3	1.0 (1.0, 2.0)	1.0 (0.5, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)
	Q4	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 1.5)	2.0 (1.0, 2.0)
Ψυχολογική Δυσανεξία	Q5	0.0 (0.0, 1.0)	0.5 (0.0, 1.5)	1.0 (0.0, 2.0)
	Q6	1.0 (0.0, 1.0)	1.5 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.0)
Σωματική Αδυναμία	Q7	1.0 (0.0, 2.0)	0.5 (0.0, 2.5)	2.0 (1.0, 3.0)
	Q8	0.0 (0.0, 1.0)	0.5 (0.0, 1.0)	1.5 (1.0, 2.0)
Ψυχολογική Δυσκολία	Q9	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 1.5)	1.5 (1.0, 2.0)
	Q10	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.5, 2.0)	2.0 (1.0, 2.0)
Κοινωνική Συμπεριφορά	Q11	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 1.5)	1.0 (1.0, 2.0)
	Q12	1.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 1.5)	2.0 (0.0, 2.0)
Αναπηρία/Ειδικές Δεξιότητες	Q13	1.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 1.5)	2.0 (0.0, 2.0)
	Q14	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 1.5)	2.0 (1.0, 3.0)

Πίνακας 15 Διάμεσο σκορ (Q1-Q3) ανά επίπεδο εκπαίδευσης, για κάθε ερώτημα (0-ποτέ, 1-σπάνια, 2-συχνά, 3-πολύ συχνά, 4-συνεχώς).

		Εκπαίδευση				
		καθόλου/υποχρεωτική	μέση	ανώτερη/ανώτατη		
		Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value	p-trend
Λειτουργικοί Περιορισμοί	Q1	2.0 (1.0, 2.0)	1.0 (0.0, 2.0)	0.0 (0.0, 1.0)	<0.001	<0.001
	Q2	1.0 (1.0, 2.0)	1.0 (0.0, 2.0)	0.0 (0.0, 1.0)	<0.001	<0.001
Σωματικός Πόνος	Q3	2.0 (2.0, 3.0)	2.0 (1.0, 2.0)	1.0 (0.0, 1.0)	<0.001	<0.001
	Q4	2.0 (1.0, 3.0)	2.0 (1.0, 3.0)	0.0 (0.0, 1.0)	<0.001	<0.001
Ψυχολογική Δυσανεξία	Q5	1.0 (1.0, 2.0)	1.0 (0.0, 2.0)	0.0 (0.0, 1.0)	<0.001	<0.001
	Q6	2.0 (1.0, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)	0.0 (0.0, 1.0)	<0.001	<0.001
Σωματική Αδυναμία	Q7	2.0 (1.0, 3.0)	2.0 (2.0, 3.0)	1.0 (0.0, 2.0)	0.002	0.001
	Q8	2.0 (1.0, 2.0)	1.0 (1.0, 2.0)	0.0 (0.0, 1.0)	<0.001	<0.001
Ψυχολογική Δυσκολία	Q9	1.5 (1.0, 2.0)	1.0 (1.0, 2.0)	0.0 (0.0, 1.0)	<0.001	<0.001
	Q10	2.0 (1.0, 2.0)	1.0 (1.0, 2.0)	0.0 (0.0, 1.0)	0.001	<0.001
Κοινωνική Συμπεριφορά	Q11	1.5 (1.0, 2.0)	1.0 (1.0, 2.0)	0.0 (0.0, 1.0)	0.005	0.006
	Q12	2.0 (1.0, 2.0)	1.0 (0.0, 2.0)	0.0 (0.0, 1.0)	<0.001	<0.001
Αναπηρία/Ειδικές Δεξιότητες	Q13	2.0 (0.0, 2.0)	1.0 (0.0, 2.0)	0.0 (0.0, 1.0)	0.008	0.016
	Q14	2.0 (2.0, 3.0)	2.0 (1.0, 3.0)	1.0 (0.0, 1.0)	<0.001	<0.001

Πίνακας 16 Διάμεσο σκορ (Q1-Q3) ανάλογα τα απολεσθέντα δόντια, για κάθε ερώτημα (0-ποτέ, 1-σπάνια, 2-συχνά, 3-πολύ συχνά, 4-συνεχώς).

		Απολεσθέντα δόντια		
		όχι	<12	12+
		Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)
Λειτουργικοί Περιορισμοί	Q1	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 2.0)	2.5 (2.0, 3.0)
	Q2	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 2.0)	2.5 (2.0, 3.0)
Σωματικός Πόνος	Q3	1.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.0, 3.0)	3.0 (2.5, 3.0)
	Q4	0.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.0, 3.0)	2.5 (1.5, 3.0)
Ψυχολογική Δυσανεξία	Q5	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.5, 3.0)
	Q6	0.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.0, 2.0)	2.0 (2.0, 3.0)
Σωματική Αδυναμία	Q7	0.0 (0.0, 2.0)	2.5 (2.0, 3.0)	2.5 (1.0, 3.0)
	Q8	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 2.0)	2.5 (1.0, 3.0)
Ψυχολογική Δυσκολία	Q9	0.0 (0.0, 1.0)	1.5 (1.0, 2.0)	2.0 (0.5, 3.0)
	Q10	0.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.0, 2.0)	2.0 (1.5, 2.5)
Κοινωνική Συμπεριφορά	Q11	0.5 (0.0, 1.0)	2.0 (0.0, 2.0)	1.5 (1.0, 2.0)
	Q12	0.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.5)
Αναπηρία/Ειδικές Δεξιότητες	Q13	0.0 (0.0, 1.0)	2.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 2.5)
	Q14	1.0 (0.0, 1.0)	2.0 (2.0, 3.0)	2.0 (2.0, 3.0)