

Άτομα με Αναπηρία: Στοματική Υγεία και Οδοντιατρική Πρόληψη

Αγγελική Γιαννοπούλου, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη, Αικατερίνη Δημητρίου, Ιωάννης Φανδρίδης
Οδοντιατρικό Τμήμα – Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ, Γ.Ν. “Ασκληπιείο Βούλας”

Disabled People: Oral Health and Dental Prevention

A. Giannopoulou, F Zervou-Valvi, A. Dimitriou, J. Fandridis
Dental Department of “Asklepieion Voula’s” General Hospital

Κατηγορία εργασίας: Ανασκόπηση

Αλληλογραφία: Αγγελική Γιαννοπούλου, Οδοντιατρικό Τμήμα – Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ Γ.Ν.
«Ασκληπιείο Βούλας» Β. Παύλου 1, ΤΚ 16673, Βούλα, τηλ. 2132163320
e-mail: a.tsironi@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πρόληψη και η προαγωγή της στοματικής υγείας των Ατόμων με Αναπηρία (ΑμεΑ), αντιμετωπίζουν πολλαπλά εμπόδια. Τα εμπόδια αυτά προέρχονται από τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας του ατόμου, την ανεπαρκή υποστήριξη του από το οικογενειακό περιβάλλον, τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και από τις ανεπαρκείς εθνικές πολιτικές για τη στοματική υγεία αυτών των ασθενών.

Τα ΑμεΑ έχουν κακή στοματική υγιεινή, μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης περιοδοντικής νόσου, υψηλότερα ποσοστά τερηδόνας και γενικότερα αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών του στόματος. Σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές για την επίτευξη καλής στοματικής υγείας σε αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να εφαρμόζονται πρόσθετες στρατηγικές

οδοντιατρικής πρόληψης. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, η οικογένεια, οι φροντιστές θα πρέπει να συμμετέχουν με στόχο να γνωρίζουν, να ενθαρρύνουν και να υποστηρίζουν τους ασθενείς στην εφαρμογή των προγραμμάτων.

Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι να παράσχει μια περίληψη των σημερινών γνώσεων για τα αίτια έκπτωσης της στοματικής υγείας των ΑμεΑ, αλλά και της σημασίας εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου προληπτικού οδοντιατρικού προγράμματος στα άτομα αυτά. Επίσης η παρουσίαση των απαιτούμενων παρεμβάσεων προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα εμπόδια που προκύπτουν από τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας.

Λέξεις κλειδιά: προληπτικό πρωτόκολλο, άτομο με αναπηρία, στοματική φροντίδα, προαγωγή υγείας.

ABSTRACT

The prevention and the promotion of oral health of people with disabilities face multiple obstacles and risk factor. These obstacles emerge from the characteristics of the person's disability, his insufficient support from the familiar environment, the professionals of health, and the inadequate national policies for the oral health of these patients. People with disabilities have poor oral hygiene, increased risk of developing periodontal disease, caries and generally oral diseases. According to the recent guidelines for the achievement of good oral health in these patients, additional strategies of dental prevention should

be applied. Health providers, the family, the carers have to participate, in order to know, encourage and support the patients in the application of programs.

The purpose of this review is to provide a summary of the current knowledge concerning the causes of oral disability of this special needs population and the importance of implementing an integrated preventive dental program for these people. Also, of the interventions required to overcome the obstacles resulting from their disability features.

Key words: prevention; preventive protocol; disabilities; Oral health; oral care.

Εισαγωγή

Η οδοντική μικροβιακή πλάκα (βιοϋμένιο) έχει αποδειχθεί ότι έχει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της περιοδοντικής νόσου και της τερηδόνας, τις δύο συχνότερες ασθένειες του στόματος. Η στοματική υγιεινή είναι η διαδικασία καθαρισμού των σκληρών και μαλακών ιστών της στοματικής κοιλότητας (δόντια, ούλα, παρειές, υπέρωα, γλώσσα, χείλη) και των σταθερών και κινητών οδοντικών προθέσεων. Η αποτυχία της αποτελεσματικής στοματικής υγιεινής οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα αποικιών βακτηριδίων στη στοματική κοιλότητα που αποτελούν την οδοντική μικροβιακή πλάκα. Η φροντίδα του στόματος μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο τοπικής λοίμωξης (βακτηριακής, ιογενούς, μυκητιασικής) καθώς και συστηματικής (βακτηραιμίας-σηψαιμίας, πνευμονίας, λοίμωξης κεφαλής και τραχήλου κ.ά.).

Από τα αποτελέσματα μελετών καθίσταται εμφανές ότι τα ΑμεΑ στην πλειονότητά τους έχουν χειρότερη στοματική υγιεινή, αυξημένα προβλήματα περιοδοντίου¹⁻⁴ αυξημένο δείκτη τερηδόνας, περισσότερους ελλείποντες οδόντες, παραμονή νεογιλών καθώς και μεγαλύτερα ποσοστά ορθοδοντικών ανωμαλιών από ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Επιπλέον, η στοματική τους υγεία επιδεινώνεται με ταχύτερο ρυθμό με την πάροδο των ετών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό^{1,5,6}. Ένα σημαντικό μέρος των ΑμεΑ είναι άτομα που αδυνατούν να δεχθούν τη συνήθη οδοντιατρική περίθαλψη εξαιτίας κάποιας φυσικής, νοητικής, ιατρικής, αισθητηριακής, ψυχικής ή κοινωνικής δυσλειτουργίας ή αναπηρίας ή, όπως συμβαίνει συχνότερα, εξαιτίας συνδυασμού των προαναφερθέντων παραγόντων. Ένα τμήμα αυτών των ασθενών, χρειάζεται ειδική φροντίδα για την αντιμετώπιση των οδοντιατρικών τους προβλημάτων.

Πρωταρχικός στόχος της παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών για τα ΑμεΑ θα πρέπει να είναι η πρόληψη των ασθενειών του στόματος, οι οποίες απαιτούν σωστό σχεδιασμό και εξειδικευμένες υπηρεσίες. Είναι πρωταρχικής σημασίας για τα ΑμεΑ όχι μόνο για την πρόληψη της στοματικής νόσου και των επιπλοκών της, αλλά και για την αποφυγή της ανάγκης για χειρουργική παρέμβαση και τυχόν σχετικές δυσκολίες⁷.

Ενδεχομένως η στοματική υγεία των ΑμεΑ να επηρεάζεται από τη σοβαρότητα και το είδος της αναπηρίας, την ηλικία και τις συνθήκες διαβίωσης⁸⁻¹³.

Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι να παράσχει μια περίληψη των σημερινών γνώσεων για τα αίτια έκπτωσης της στοματικής υγείας των ΑμεΑ, αλλά και της σημασίας εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου προληπτικού οδοντιατρικού προγράμματος στα άτομα αυτά. Επίσης η παρουσίαση των απαιτούμενων παρεμβάσεων προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα εμπόδια που προκύπτουν από τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας.

Ορισμός της Αναπηρίας

Άτομα με Αναπηρία (ΑμεΑ -People with disabilities):

Χαρακτηρίζονται τα άτομα με σοβαρές βλάβες, ανικανότητες ή μειονεξίες οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριότητας που θεωρείται κανονική.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization) στην προσπάθειά του να βελτιώσει το διεθνές σχήμα ταξινόμησης της αναπηρίας του 1980 ICIDH-1, προώθησε την ανάπτυξη της ICIDH-2. Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή η αναπηρία αποτελεί έναν ευρύτερο όρο, που λαμβάνει υπόψη τις κοινωνικές πτυχές της αναπηρίας και δεν την αντιμετωπίζει μόνο

ως «ιατρική» ή «βιολογική» δυσλειτουργία αλλά συμπεριλαμβάνει και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επιδρούν στην λειτουργικότητα του ατόμου. Η Πεντηκοστή Τέταρτη Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας στις 22 Μαΐου 2001 (ψήφισμα WHA 54.21) ενέκρινε την δεύτερη έκδοση της ICIDH με τον τίτλο Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (ICF). Για την πληρέστερη καταγραφή και μελέτη των απαιτήσεων των ατόμων με αναπηρία είναι απαραίτητη η δημιουργία ομάδων με κοινά χαρακτηριστικά. Αυτές προκύπτουν βάσει των ορισμών που περιλαμβάνονται για τις σωματικές λειτουργίες και δομές του ατόμου, των οποίων η σημαντική έλλειψη ή διαταραχή οδηγεί σε μειονεξία, καθώς και για τις δραστηριότητες και την κοινωνική συμμετοχή του ατόμου, των οποίων ο περιορισμός χαρακτηρίζει την αναπηρία.

Το ποσοστό των ΑμεΑ ανέρχεται στο 15,6-19,4% του πληθυσμού και εξακολουθούν να αυξάνονται παγκοσμίως λόγω του αυξημένου προσδόκιμου επιβίωσης των παιδιών με αναπηρίες και της γήρανσης του πληθυσμού, καθώς και της αύξησης του επιπολασμού και της επίπτωσης των μακροπρόθεσμων συνθηκών υγείας.

Οι επιπτώσεις της κακής Στοματικής Υγείας στα Άτομα με Αναπηρία

Η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας. Η καλή υγεία του στόματος βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ατόμου, το οποίο αισθάνεται ικανοποίηση με την εμφάνιση του, διατηρεί την κοινωνική αλληλεπίδραση και αυτοεκτίμηση. Αντίθετα η κακή στοματική εμφάνιση, η κακή αναπνοή και τα οδοντιατρικά προβλήματα ενισχύουν τα συναισθήματα της ανεπάρκειας, της κοινωνικής απομόνωσης και απόρριψης.

Η βελτίωση της στοματικής υγείας αποτελεί ιδιαίτερη μέριμνα για τα ΑμεΑ, καθώς η στοματική υγεία έχει τόσο τοπικές όσο και συστηματικές συνέπειες. Η κακή στοματική υγεία αποτελεί παράγοντα συν-νοσηρότητας όταν συσχετίζεται με συστηματική νόσο. Αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης μολυσματικών επιπλοκών σε ασθενείς που εμφανίζουν συστηματικές ασθένειες όπως συγγενείς καρδιακές παθήσεις, ανοσοανεπάρκεια, διαβήτη, καθώς και σε ασθενείς με εσωτερικές προσθέσεις. Παίζει άμεσο ρόλο στην επιδείνωση της χρόνιας αναπνευστικής νόσου η οποία αποτελεί την κύρια αιτία θνησιμότητας των ΑμεΑ^{14,15}. Για τους ασθενείς με επιληψία ή νοητικές ανεπάρκειες, τόσο τα νευρολογικά όσο και τα προβλήματα συμπεριφοράς μπορεί να σχετίζονται με τον μη διαγνωσμένο και μη θεραπευμένο πόνο. Για τα ΑμεΑ το αποτέλεσμα της οδοντικής νόσου στη γενική υγεία και λειτουργία εμφανίζεται εντονότερο από ό, τι στο γενικό πληθυσμό¹⁶.

Επίσης η κακή στοματική υγεία έχει αρνητικές επιπτώσεις στη διατροφή, στη μάσηση, στην πέψη και στην ομιλία^{17,18}.

Παρότι πληθώρα μελετών υποστηρίζουν ότι η στοματι-

κή υγεία των ΑμεΑ είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένη, συχνά θεωρείται πηγή ανισοτήτων στον τομέα της υγείας σε αυτούς τους ασθενείς. Υπάρχουν τρεις κύριοι άξονες για τη βελτίωση της στοματικής υγείας σε αυτόν τον πληθυσμό:

1. Η βελτίωση της στοματικής υγιεινής και η εφαρμογή ολοκληρωμένων προληπτικών προγραμμάτων,
2. Η ειδική εκπαίδευση των οδοντιάτρων προκειμένου να έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις για να ανταποκριθούν στις σύνθετες απαιτήσεις που προκύπτουν από το συνδυασμό οδοντιατρικών αναγκών και αναπηρίας,
3. Η κατανομή των πόρων για την κάλυψη της πρόσβασης στην οδοντιατρική περίθαλψη και τη χρησιμοποίηση των ανάλογων υπηρεσιών για την κατηγορία αυτών των ασθενών¹⁹.

Αίτια έκπτωσης του επιπέδου στοματικής υγείας στα ΑμεΑ - Χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην ελλιπή στοματική υγιεινή

Πολλά χαρακτηριστικά που συνδέονται με την αναπηρία, μπορεί να συμβάλλουν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών του στόματος.

Στην κακή στοματική υγεία των ΑμεΑ συμβάλλουν γενετικές ή συστηματικές διαταραχές²⁰, οι φαρμακευτικές θεραπείες^{21,22}, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, ψυχογενείς και ψυχιατρικοί λόγοι. Συχνά τα άτομα αυτά δεν έχουν τις δυνατότητες και τα κίνητρα για την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Η νοητική αναπηρία δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της τερηδόνας και της περιοδοντικής νόσου, αλλά μάλλον μειώνει την ατομική ικανότητα για αυτο-φροντίδα και συνεπώς για τη φροντίδα του στόματος. Η σχολαστική αφαίρεση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας σύμφωνα με μελέτες μειώνει τον επιπολασμό της περιοδοντικής νόσου και της τερηδόνας^{23,24}. Η κακή στοματική υγιεινή στα ΑμεΑ έχει αποδοθεί σε περιορισμένη ικανότητα κατανόησης των οδηγιών, έλλειψη συγκέντρωσης, περιορισμένες δεξιότητες, κινητικές δυσκολίες και έλλειψη συντονισμού²⁵⁻²⁸. Επίσης μπορεί να επιδεινωθεί με την προοδευτική εξασθένηση των μυϊκών ομάδων της στοματικής κοιλότητας²⁹. Η έλλειψη μυϊκού συντονισμού μειώνει και το φυσικό αυτοκαθαρισμό των δοντιών από τη γλώσσα, τα χείλη και τις παρειές με αποτέλεσμα τη συχνή εμφάνιση τερηδόνας και περιοδοντικών νόσων. Στο ίδιο αποτέλεσμα οδηγεί η στοματική αναπνοή και η παρατεταμένη παραμονή τροφών στο στόμα λόγω έλλειψης συντονισμού των μασητικών κινήσεων. Ο τρόπος σίτισης έχει ιδιαίτερη σημασία καθώς οι πολτοποιημένες τροφές μειώνουν τη δυνατότητα αυτοκαθαρισμού της στοματικής κοιλότητας, αυξάνοντας τον τερηδονικό κίνδυνο και την ανά-

πτυξη νόσων του περιοδοντίου³⁰. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι το 10% περίπου των ασθενών έχει δυσφαγία η οποία συσχετίζεται με αυξημένη τάση πνιγμού κατά τη διάρκεια βουρτσίσματος των δοντιών³¹.

Τα άτομα με πολλαπλές ή χρόνιες ασθένειες συχνά έχουν μειωμένη έκκριση σάλιου. Το σάλιο αποτελεί φυσιολογικό προστατευτικό παράγοντα που συμβάλλει στη διατήρηση της ισορροπίας του οικοσυστήματος του στόματος και βοηθά στην άμυνα των ιστών της στοματικής κοιλότητας ενάντια στην εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων. Τόσο η πιθανότητα όσο και ο βαθμός ξηροστομίας αυξάνονται από τη χορήγηση ορισμένων φαρμάκων με αρνητικές συνέπειες για την στοματική υγεία. Πάνω από 400 φάρμακα έχουν αναγνωρισθεί ως προκλητικοί παράγοντες ξηροστομίας³². Φάρμακα μυοχαλαρωτικά ή ηρεμιστικά που χορηγούνται για τη ρύθμιση του μυϊκού τόνου σε άτομα με σπασμούς, μειώνουν τη ροή του σάλιου, προκαλούν ξηροστομία, μειώνουν τον αυτοκαθαρισμό των δοντιών και επομένως οδηγούν σε αύξηση της εμφάνισης τερηδόνας³³.

Η μακροχρόνια χρήση σιροπιών (παχύρρευστα πόσιμα διαλύματα σακχάρου στα οποία προστίθεται η φαρμακευτική ουσία) προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία ως κίνδυνος ανάπτυξης τερηδόνας σε άτομα με χρόνιες παθήσεις και καλό θα είναι να αποφεύγονται, αν αυτό είναι εφικτό. Οι ενήλικες με αναπηρίες είναι ίσως σε πιο μειονεκτική θέση από το εύλωτο αυτό τμήμα του πληθυσμού. Επίσης, υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι η αποϊδρυματοποίηση όταν δεν είναι ορθώς οργανωμένη και η μεγαλύτερη ανεξαρτησία μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της εμφάνισης της οδοντικής νόσου, λόγω ελλιπούς εποπτείας της καθημερινής στοματικής φροντίδας, του οδοντιατρικού ελέγχου και των κακών διατροφικών συνθηκών³².

Πολλαπλοί συνεπώς παράγοντες συμβάλλουν στην κακή στοματική υγεία των ΑμεΑ: όπως προαναφέρθηκε η παρουσία ιδιαίτερα σοβαρών προβλημάτων γενικής υγείας στα οποία δίδεται προτεραιότητα³⁴, η κακή διατροφή, η περιορισμένη κινητικότητα αλλά και η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, το υψηλό επίπεδο φόβου και άγχους, ο ανεπαρκής αριθμός ειδικευμένων στην οδοντιατρική περίθαλψη, η απουσία εκτίμησης της σημασίας της στοματικής υγείας, η έλλειψη κινήτρων, η εξάρτηση από τους φροντιστές και η ανεπαρκής εκπαίδευσή τους σε θέματα στοματικής υγείας, καθώς και η έλλειψη επιθετικών πρωτοκόλλων πρόληψης του ασθενειών του στόματος³⁵.

Είναι σημαντικό να εφαρμοσθούν προληπτικά πρωτόκολλα για ΑμεΑ που να επικεντρώνονται στη λήψη μέτρων που αντιμετωπίζουν τις προαναφερθείσες ανησυχίες, που να μπορούν να υλοποιηθούν σε «κοινότητες» συμπεριλαμβανομένων των ΑμεΑ που διαβιούν σε μονάδες κλειστής ή ανοικτής φροντίδας, νοσοκομεία, μονάδες εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά

και των ΑμεΑ που διαβιούν με τις οικογένειά τους.

Παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της στοματικής υγιεινής και οδοντιατρικής πρόληψης στα ΑμεΑ

Η πρόληψη της στοματικής νόσου και των ενδοστοματικών λοιμώξεων είναι κεφαλαιώδους σημασίας για τη στοματική φροντίδα των ΑμεΑ. Οι ακρογωνιαίοι λίθοι της προληπτικής οδοντιατρικής για τα άτομα αυτά είναι η καλή στοματική υγιεινή, η χορήγηση φθορίου, η σωστή διατροφή και η τακτική προληπτική οδοντιατρική εξέταση.

Για τα ΑμεΑ η κατανόηση της σημασίας της στοματικής υγιεινής καθώς και η ανάπτυξη των δεξιοτήτων απαιτεί περισσότερη προσπάθεια, υποστήριξη και δημιουργία κινήτρων²⁷.

Οι τύποι των παρεμβάσεων για τη βελτίωση της στοματικής υγιεινής των ΑμεΑ μπορεί να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα συστατικά:

1. Παρεμβάσεις βασισμένες στη γνώση που σχετίζονται με τη στοματική υγιεινή για τους συμμετέχοντες (ΑμεΑ) ή τους φροντιστές τους, π.χ. εκπαίδευση στις ασθένειες των δοντιών και των ούλων, στη φροντίδα των δοντιών και των ούλων, και εν γένει στην πρόληψη ασθενειών του στόματος.
2. Συμπεριφορικές παρεμβάσεις που σχετίζονται με τη στοματική υγιεινή για τους συμμετέχοντες (ΑμεΑ) ή τους φροντιστές τους που έχουν ως αποτέλεσμα μια αλλαγή συμπεριφοράς που μπορεί να παρατηρηθεί και να αναπαραχθεί, π.χ. ρύθμιση στόχου ή θετική ενίσχυση.
3. Εκπαίδευση δεξιοτήτων για τους συμμετέχοντες (ΑμεΑ) σχετικά με την υγιεινή του στόματος, π.χ. παρεμβάσεις σχετικές με δεξιότητες βουρτσίσματος των δοντιών.
4. Εκπαίδευση δεξιοτήτων για τους φροντιστές που σχετίζονται με την υγιεινή του στόματος, π.χ. παρεμβάσεις που σχετίζονται με την αξιολόγηση των δεξιοτήτων των ΑμεΑ ή την παροχή βοήθειας με τη χρήση τροποποιημένης οδοντόβουρτσας ή προσαρμοσμένων στις δεξιότητές τους τεχνικών στοματικής υγιεινής.

Ο ρόλος του οδοντιάτρου

Πρωταρχικής σημασίας είναι η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς με τη συμπλήρωση του ατομικού φακέλου υγείας, όπου θα καταγράφονται τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά, το προφίλ της γενικής και οδοντιατρικής υγείας, η ποιότητα ζωής του (S-OHIP), η οδοντιατρική κλίμακα άγχους (dental anxiety scale), οι καθημερινές συνήθειες. Εάν κρίνεται αναγκαίο, επι-

κοινωνία του οδοντιάτρου με το θεράποντα ιατρό. Οι πληροφορίες πρέπει να συλλέγονται προσεκτικά σε συνεργασία με τον κηδεμόνα ή τους φροντιστές από το πρώτο ραντεβού³².

Για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών με αυτές τις ανάγκες, ο οδοντίατρος πρέπει να εφαρμόσει ένα εξατομικευμένο προληπτικό οδοντιατρικό πρόγραμμα που να βασίζεται στην αξιολόγηση του βαθμού τερηδονικού κινδύνου, των οδοντιατρικών αναγκών και των ικανοτήτων του ασθενούς το οποίο θα πρέπει να επαναξιολογείται κάθε 3 έως 6 μήνες κατά περίπτωση. Η αξιολόγηση της στοματικής υγείας θα πρέπει να συμπεριληφθεί ως ένας εκ των δεικτών αξιολόγησης της γενικής υγείας του ασθενούς.

Η διδασκαλία της στοματικής υγιεινής σε ασθενείς, γονείς ή φροντιστές είναι μία διαδικασία που χρειάζεται υπομονή, επιμονή και ενθάρρυνση ώστε να εφαρμόζεται 2 φορές την ημέρα και σε συνδυασμό με φθοριούχο οδοντόπαστα (1000-5000 ppm F). Αν υπάρχει κίνδυνος κατάποσης προτείνεται μη φθοριούχος οδοντόπαστα. Η οδοντόπαστα άνω των 1000 ppm F και ιδιαίτερα των 5000 ppm F συνιστάται σε άτομα με ιδιαίτερο υψηλό τερηδονικό κίνδυνο. Σε αυτούς τους ασθενείς επιπλέον συνιστάται η χρήση φθοριούχου στοματοπλύματος 1 φορά την ημέρα σε άτομα ηλικίας άνω των 7 ετών όταν δεν υπάρχει κίνδυνος κατάποσης της οδοντόκρεμας και του στοματοπλύματος⁴. Η οδοντόκρεμα με φθόριο είναι ο πιο συνηθισμένος τρόπος πρόσληψης φθορίου στα πλαίσια της καθημερινής στοματικής υγιεινής. Το φθόριο είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας για την πρόληψη της τερηδόνας. Η τακτική τοπική χρήση φθορίου (ανά 3 ή 6 μήνες) είναι απαραίτητη για τα άτομα υψηλού τερηδονικού κινδύνου όπως αυτών με ξηροστομία που οφείλεται σε ψυχοτρόπα ή άλλα φάρμακα, το σύνδρομο Sjogren, ή μετά από ακτινοβολία στο κεφάλι και το λαιμό.

Επιπλέον διάφοροι αντιμικροβιακοί παράγοντες όπως η κλωρεξιδίνη έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί. Η χρήση κλωρεξιδίνης είναι η θεραπεία επιλογής για την αντιμετώπιση της ουλίτιδας, ενδείκνυται σε ασθενείς με αναπτυξιακές διαταραχές και σε εξαρτώμενα άτομα που είναι δύσκολη η αφαίρεση της τρυγίας με μηχανικά μέσα³⁶. Ο ιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τους παράγοντες που οδηγούν στην ξηροστομία και να λαμβάνει τα απαιτούμενα μέτρα αντιμετώπισης. Μέτρα που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της ξηροστομίας είναι η λήψη πολλών υγρών, η εφύγραση του βλεννογόνου με γάζα εμποτισμένη σε φυσιολογικό ορό 2-3 φορές ημερησίως, χρήση υποκατάστατων του σάλιου, η επίλειψη των χειλέων με λιπαντική κρέμα (βαζελίνη, lip-gloss).

Η μακροχρόνια λήψη φαρμάκων με βάση τη ζάχαρη θα πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα εάν το φάρμακο ή τα φάρμακα που λαμβάνουν ήδη οι ασθενείς προκαλούν

ξηροστομία. Σε συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό προτείνεται η αντικατάσταση του φαρμάκου αν αυτό είναι εφικτό, διαφορετικά θα πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής για τον υψηλό τερηδονικό κίνδυνο που διατρέχει και να ληφθούν τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα³⁷.

Μελέτες υποστηρίζουν ότι η μαστίχα Χίου και τα προϊόντα της συμβάλλουν στον περιορισμό της τερηδονικής βλάβης, έχουν αναχαιτιστική δράση στο σχηματισμό της οδοντικής μικροβιακής πλάκας, καθώς επίσης ότι η μάσηση της φυσικής μαστίχας Χίου με την έντονη σιελόρροια που προκαλεί συμβάλλει στην αντιμετώπιση της ξηροστομίας. Συνεπώς μπορεί χρησιμοποιηθεί ως ένα πρόσθετο προληπτικό μέτρο, ιδιαίτερα σε πληθυσμιακές ομάδες όπου η αποτελεσματική απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας καθίσταται δυσχερής, όπως ΑμεΑ, ασθενείς που φέρουν ορθοδοντικές συσκευές, νοσοκομειακούς / γηριατρικούς ασθενείς, μικρά παιδιά³⁸⁻⁴⁰.

Επιπρόσθετα μέσα πρόληψης μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της στοματικής υγείας των ΑμεΑ όπως η μάσηση τσίχλας ξυλιτόλης, η εφαρμογή φωσφοπεπτιδίου της καζεΐνης – άμορφου φωσφορικού ασβεστίου (toothmousse®), η λήψη γαλακτομικών προϊόντων που περιέχουν προβιοτικά κλπ⁴.

Η τακτική προληπτική οδοντιατρική εξέταση είναι επιβεβλημένη και περιλαμβάνει:

- Οδοντοστοματολογικό έλεγχο για τερηδονισμένα δόντια, παθήσεις του περιοδοντίου, ορθογναθικές ανωμαλίες, τραυματισμούς, βλάβες από προσθετικές εργασίες, ύποπτες για κακοήθεια βλάβες, στοματικές εκδηλώσεις γενικών νόσων, στοματικές βλάβες που οφείλονται σε φάρμακα και οποιαδήποτε άλλη παθολογική κατάσταση της στοματικής κοιλότητας.
- Καθαρισμό των δοντιών από την οδοντική μικροβιακή πλάκα - αποτρίγωση.
- Φθορίωση.
- Καλύψεις οπών και σχισμών - Sealants οι οποίες τοποθετούνται όπου ενδείκνυται, όπως σε δόντια με βαθιές οπές και σχισμές και σε άτομα με μέτριο/υψηλό τερηδονικό κίνδυνο.
- Ο οδοντίατρος θα πρέπει να ενημερώνει για τη λήψη προληπτικών μέτρων για τραυματισμούς προσώπου, γνάθων και δοντιών για άτομα που συμμετέχουν σε σχολικά προγράμματα και δραστηριότητες που εμπειρεύουν ανάλογους κινδύνους⁴¹. Οι φροντιστές θα πρέπει να γνωρίζουν τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούν κατά τη διάρκεια τραυματισμών δοντιών από ατυχήματα ή κατά τη διάρκεια επιληπτικών κρίσεων, όπως για παράδειγμα εκγόμεψωσης δοντιού. Θα πρέπει να υπάρχει θετική συνεργασία μεταξύ των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και των οδοντιατρικών υπηρεσιών για την προώθηση της στοματικής υγείας των ΑμεΑ.

• Διατροφικές συμβουλές:

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία είναι συχνές στα άτομα με αναπηρία. Οι συνεπείς κατευθυντήριες γραμμές για τη διατροφή είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της υγείας γενικότερα. Υπάρχει μια τεράστια σχέση μεταξύ της διατροφής και της στοματικής υγείας. Η ισορροπημένη διατροφή σχετίζεται θετικά με την κατάσταση της στοματικής υγείας (περιοδοντικός ιστός, δόντια, ποιότητα και ποσότητα σάλιου). Η λανθασμένη διατροφική πρόσληψη συμβάλλει στην εμφάνιση στοματικής νόσου⁴². Συνεπώς διατροφικές ανεπάρκειες μπορούν να επηρεάσουν τους βλεννογόνους, τα δόντια, τον περιοδοντικό ιστό, τους σιελογόνους αδένες και το δέρμα της περιστοματικής περιοχής.

Οι διατροφικές συμβουλές για την πρόληψη των ασθενειών του στόματος πρέπει να αποτελούν μέρος των συνήθων αντικειμένων εκπαίδευσης των ασθενών και των φροντιστών τους. Οι λανθασμένες διατροφικές συμβουλές εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας μπορεί να συνδέονται με ανεπαρκή κατάρτισή τους.

Οι παρακάτω γενικές συστάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να καθοδηγήσουν τους εμπλεκόμενους στην εξασφάλιση ενός ισορροπημένου διαιτολογίου, ως μέρος της προληπτικής αγωγής για την στοματική υγεία των ΑμεΑ:

Υψηλή διατροφική πρόσληψη πρωτεϊνών και λίγης ζάχαρης. Η δίαιτα θα πρέπει να είναι φτωχή σε υδατάνθρακες αλλά και χαμηλή ως προς τη συχνότητα πρόσληψης υδατανθράκων. Αποφυγή τροφών και αναψυκτικών που περιέχουν πολλή ζάχαρη και κολλάνε πάνω στα δόντια. Οι κολλώδεις υδατάνθρακες είναι πιο τερηδογόνους από τους υγρούς. Όχι γλυκά για επιβράβευση! Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ένα Κέντρο για ψυχικά ασθενείς διάρκειας οκτώ ετών υπογράμμισε τη συσχέτιση μεταξύ της τερηδόνας και της πρόσληψης ζαχαρούχων τροφών με μεταβλητό ιξώδες. Τροφές με ζάχαρη που καταναλώθηκαν μέχρι 4 φορές την ημέρα μόνο κατά τη διάρκεια των γευμάτων, είχαν μικρή επίδραση στην αύξηση της τερηδόνας, ακόμη και αν καταναλώθηκαν σε μεγάλες ποσότητες. Η αύξηση της συχνότητας κατανάλωσης ζάχαρης μεταξύ των γευμάτων συνδέθηκε με την αύξηση της τερηδόνας. Ο τερηδονικός κίνδυνος μειώθηκε όταν οι περιθάλπόμενοι δεν έτρωγαν τροφές πλούσιες σε ζάχαρη⁴³. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην υπερβολική κατανάλωση αναψυκτικών και ποτών, γιατί εκτός από ζάχαρη περιέχουν και εξωγενή οξέα (κιτρικά, φωσφορικά, ασκορβικά, μηλικά, τρυγικά και ανθρακικά) που οδηγούν στη διάβρωση των δοντιών. Σε αυτή συμβάλλουν και τα ενδογενή οξέα που προέρχονται από σοβαρή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση^{44,45}. Η αύξηση της κατανάλωσης ινών συμβάλλει στη μείωση της απορρόφησης των σακχάρων που περιέχονται σε άλλα τρόφιμα.

Οι διατροφικές συμβουλές θα πρέπει να περιλαμβάνουν όχι μόνο συστάσεις για την κατανάλωση μη τερηδογόνων τροφών ιδιαίτερα στα ενδιάμεσα των γευμάτων όπως προαναφέρθηκε, αλλά και συστάσεις για την κατανάλωση σκληρών τροφών αντί των μαλακών που προτιμούνται πολλές φορές από αυτά τα άτομα. Η μάσηση των σκληρών τροφών (όπως τρόφιμα ολικής αλέσεως, αράπικα φυστίκια, σκληρά τυριά κ.α.) έχει αντιτερηδονική δράση μέσω της διέγερσης της σιαλικής έκκρισης. Η διατροφή επηρεάζει επίσης τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του σάλιου. Οι γλυκοπρωτεΐνες (βλεννίνες) αποτελούν σημαντικό εμπόδιο κατά της ξηροστομίας, κατά της φυσικής και χημικής διεύθυνσης των ερεθιστικών ουσιών και κατά των βακτηρίων⁴⁶. Η σύνθεση των γλυκοπρωτεϊνών απαιτεί βιταμίνη Α. Σε μια μη ισορροπημένη διατροφή, υπάρχει μείωση της περιεκτικότητας των βλεννίνων με κίνδυνο ανάπτυξης τερηδόνας. Το ασβέστιο, ο φώσφορος και η καζεΐνη που περιέχονται στο αγελαδινό γάλα, το τυρί περιορίζουν επίσης τον τερηδονικό κίνδυνο.

Στόχος της διατροφικής υποστήριξης κατά των φλεγμονωδών νόσων του περιοδοντίου είναι η παροχή της σωστής ενέργειας και θρεπτικής αξίας ώστε να ανταποκρίνεται στην αυξημένη ζήτηση πρωτεϊνικής σύνθεσης στην οξεία φάση, σε φλεγμονώδεις μεσολαβητές, αντιοξειδωτικούς αμυντικούς μηχανισμούς, καθώς και στην προώθηση της αποκατάστασης ιστών. Ορισμένα θρεπτικά συστατικά διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της φλεγμονώδους διαδικασίας⁴⁷. Μελέτες υποστηρίζουν τη συμβολή του ασβεστίου στην ποιότητα του οστού των γνάθων, καθώς και της βιταμίνης C για την ενεργοποίηση και τη συντήρηση των μηχανισμών αποκατάστασης των περιοδοντικών ιστών χάρη στις αντιοξειδωτικές της ιδιότητες⁴⁷. Οι βιταμίνες Α, Ε και Β-καροτένιο επίσης έχουν αντιοξειδωτικές ιδιότητες.

Σύμφωνα με μελέτες οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες (Β(2), Β(3), Β(6), Β(12), C και φολικό οξύ), λιποδιαλυτές βιταμίνες (Α, D και Ε), τα μέταλλα (ασβέστιο, φθόριο, σίδηρος και ψευδάργυρος) μπορεί να επηρεάσουν τον βλεννογόνο του στόματος⁴⁸. Επίσης αποτελέσματα μελετών επιβεβαιώνουν ότι δίαιτες πλούσιες σε φρούτα και λαχανικά, μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης νόσων των βλεννογόνων του στόματος. Η αναγνώριση της έλλειψης βιταμινών μέσω των πρώιμων συμπτωμάτων από το στόμα μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση σοβαρών και μη αναστρέψιμων συστηματικών και νευρολογικών βλαβών.

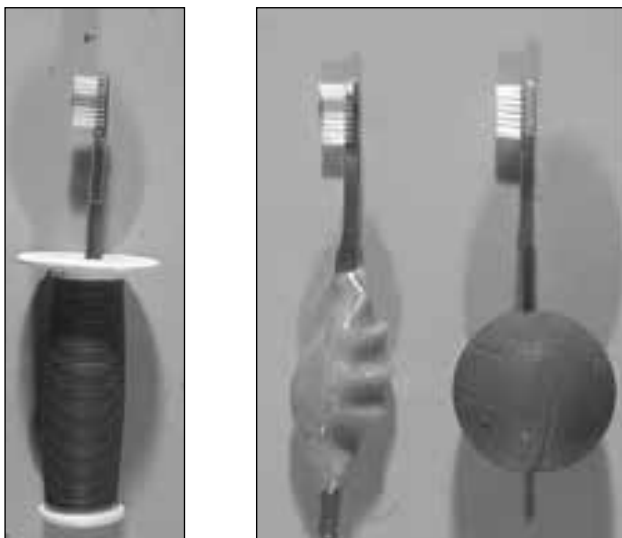
Συνεπώς ένα διαιτολόγιο που συμπεριλαμβάνει γαλακτοκομικά⁴⁹, ψάρια, όσπρια, φρέσκα φρούτα, λαχανικά, τροφές που περιέχουν φθόριο (όπως σπανάκι, πορτοκάλια, φυστίκια, τσάι κ.α.) συμβάλλει στην καλή στοματική υγεία. Το οικογενειακό περιβάλλον και οι φροντιστές των ΑμεΑ οφείλουν να μεριμνήσουν για την

εφαρμογή των διατροφικών συμβουλών που έχουν δοθεί από τον ιατρό και όπως αυτές έχουν προσαρμοσθεί στις ανάγκες του ασθενούς.

Οι ασθενείς και οι φροντιστές

Το πρώτο σημαντικό βήμα όπως αναφέρθηκε είναι ο προσδιορισμός του εξατομικευμένου προγράμματος στοματικής υγιεινής από τον οδοντίατρο, που θα πραγματοποιείται την καλύτερη στιγμή της ημέρας για τον ασθενή, ο προσδιορισμός των διευκολύνσεων και προσαρμογών που απαιτούνται για την ελαχιστοποίηση της επίδρασης που έχει η αναπηρία του στη διαχείριση της στοματικής υγιεινής⁵⁰.

Μερικά άτομα με αναπηρία δεν έχουν κανένα πρόβλημα διαχείρισης της στοματικής υγιεινής. Στα μέτρα του εφικτού η στοματική υγιεινή θα πρέπει να διεξάγεται από τον ασθενή, καθώς αυτό μειώνει την εξάρτηση από τρίτους. Επιπλέον τα ψυχολογικά οφέλη της αυτο-φροντίδας οδηγούν σε αισθήματα υψηλότερης αυτοεκτίμησης και ολοκλήρωσης, μια κατάσταση που ισχύει ιδιαίτερα για άτομα που έχουν σωματικές αναπηρίες και δεν αντιμετωπίζουν γνωστικά προβλήματα⁵¹. Άτομα με σωματικές αναπηρίες συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη συγκράτηση της οδοντόβουρτσας και στην εκτέλεση αποτελεσματικής στοματικής υγιεινής. Μπορούν να διευκολυνθούν χρησιμοποιώντας προσαρμοστικές συσκευές, όπως διευρυμένες λαβές (μπάλα μεγέθους τένις, λαβή ποδηλάτου κ.α)⁵² (εικ. 1, 2). Άτομα με περιορισμένη δεξιότητα ή τρόμο, θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν ηλεκτρικές οδοντόβουρτσες⁵³. Μελέτες υποστηρίζουν ότι οι ηλεκτρικές οδοντόβουρτσες μακροπρόθεσμα είναι πιο αποτελεσματικές από τις χειροκίνητες οδοντόβουρτσες όσον αφορά στη μείωση της τρυγίας και την αντιμετώπιση της ουλίτιδας. Ο χρή-



Εικόνα 1, 2: Οδοντόβουρτσες με προσαρμοστικές συσκευές



Εικόνα 3: Άτομα με προβλήματα στα άνω άκρα. Απαραίτητη προϋπόθεση οι μεθοδικές οδηγίες προκειμένου να πραγματοποιήσουν σωστή στοματική υγιεινή

στης θα πρέπει να λάβει συγκεκριμένες οδηγίες για να εξασφαλίσει τη σωστή χρήση⁵⁴. Τα τεχνικά βοηθήματα και οι μεθοδικές οδηγίες είναι συχνά απαραίτητες προϋποθέσεις για να βοηθηθούν τα άτομα με αναπτυξιακή ή σωματική αναπηρία και να πραγματοποιήσουν αποτελεσματικό καθαρισμό χωρίς βοήθεια (εικ. 3). Τα μεσοδόντια βουρτσάκια μπορεί να διευκολύνουν περισσότερο από το οδοντιατρικό νήμα. Η χρήση του νήματος είναι δυσχερής, αν όχι αδύνατη, για τα άτομα με κινητικά προβλήματα στα άνω άκρα. Ο καθαρισμός του βλεννογόνου του στόματος (ούλα, παρειές, υπερώα, γλώσσα, χείλη) μπορεί να επιτευχθεί με αποστειρωμένη γάζα εμποτισμένη με ορό ή σκέτο χαμομήλι ή κλωρεξιδίνη 0,12%. Όταν δεν είναι δυνατή η έκπλυση του στόματος, ο καθαρισμός των δοντιών μπορεί να γίνει με οδοντόβουρτσα εμποτισμένη με νερό, φυσιολογικό ορό ή διάλυμα φθορίου.

Η σωστή θέση και ο έλεγχος του ασθενούς είναι ουσιώδης για την ασφάλειά του και την αποτελεσματική στοματική υγιεινή φροντίδα των εξαρτημένων ατόμων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με ανεξέλεγκτες κινητικές διαταραχές, απότομο κλείσιμο στόματος, κίνδυνο κατάποσης της φθοριούχου οδοντόκρεμας ή του στοματοπλύματος.

Μια χρήσιμη μέθοδος για να βοηθήσει ο φροντιστής το άτομο με αναπηρία στο βούρτσισμα των δοντιών είναι η ακόλουθη:

- Ο ασθενής τοποθετείται σε μια καρέκλα ή στο αναπηρικό αμαξίδιο.
- Ο φροντιστής στέκεται πίσω από τον ασθενή με το κεφάλι του να στηρίζεται στον ένα βραχίονα του φροντιστή. Με αυτή τη θέση ελέγχεται και ο λαιμός του ασθενούς (εικ. 4).

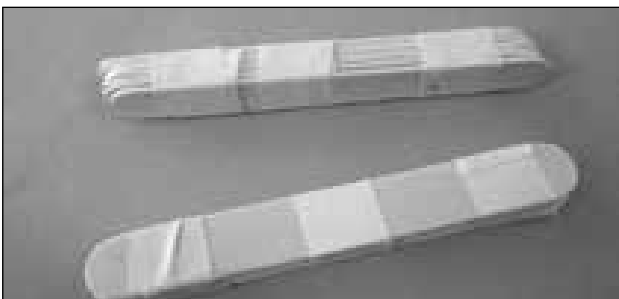


Εικόνα 4: Θέση φροντιστή για να βοηθήσει το άτομο με αναπηρία στο βούρτσισμα των δοντιών

- Με το άλλο χέρι ο φροντιστής τραβάει απαλά το μάγουλο για να έχει καλύτερη πρόσβαση και ορατότητα.
- Βουρτσίζει τα δόντια χρησιμοποιώντας μια υγρή οδοντόβουρτσα ή σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα και με μία γάζα τυλιγμένη γύρω από το δάχτυλο βρεγμένη με σκέτο χαμομήλι ή φυσιολογικό ορό, ανάλογα με το τι μπορεί να γίνει ανεκτό. Αφαιρεί με γάζα απαλά τυχόν τρόφιμα που είναι παγιδευμένα στις παρειές ή κάτω από τη γλώσσα.

Εάν υπάρχει δυσκολία στη συνεργασία κατά το άνοιγμα του στόματος ή δαγκώνεται η οδοντόβουρτσα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένας προστατευτικός δακτύλιος ή γλωσσοπίεστρα για να ανοίξει η μια πλευρά του στόματος ενώ βουρτσίζεται η άλλη. Ένας αυτοσχέδιος στοματοδιαστολέας κατασκευάζεται από πέντε έως έξι ξύλινες σπάθες, ανάλογα με το μέγεθος του στόματος, που δένονται με αυτοκόλλητη ταινία (εικ. 5). Επίσης, αρκετές γάζες δεμένες με νήμα μεταξύ τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διάνοιξη του στόματος.

Όπου τα άτομα εξαρτώνται από το προσωπικό φροντίδας για να καλύψουν τις ανάγκες τους στην υγεία, οποιαδήποτε παρέμβαση πρέπει να απευθύνεται στη



Εικόνα 5: Αυτοσχέδιος στοματοδιαστολέας

συμπεριφορά του προσωπικού φροντίδας για τη βελτίωση της υγείας. Είναι σημαντικό η αντιμετώπιση του ΑμεΑ να γίνεται με ευγένεια και σεβασμό, όσο βαθιά και αν είναι η αναπηρία. Σε πολλές περιπτώσεις, η στοματική υγιεινή ενός ΑμεΑ εξαρτάται από τη γνώση, τη στάση και τις ενέργειες ενός φροντιστή, όμως πολλοί φροντιστές λαμβάνουν ελάχιστη εκπαίδευση στην παροχή φροντίδας στοματικής υγιεινής⁵⁵. Έχουν αναφερθεί ως εμπόδια για την επίτευξη καλής στοματικής υγείας στα ΑμεΑ, ο φόβος πρόκλησης πόνου ή τραύματος στον ασθενή, η αδυναμία αντιμετώπισης πιθανής αντίστασης εκ μέρους του ασθενούς και η έλλειψη μέσων. Συχνά καταγράφεται από τους φροντιστές αρνητική στάση όσον αφορά στην τήρηση στοματικής υγιεινής, μη γνώση του μεγέθους της σημασίας της, καθώς και έλλειψη ορθής και συνεπούς εποπτείας⁵⁶. Μια προτροπή, με τη μορφή υπενθύμισης, ενθάρρυνσης ή εποπτείας, μπορεί να είναι το μόνο που χρειάζεται για μερικούς ασθενείς όπως για παράδειγμα σε άτομα με ήπια έως μέτρια μαθησιακή αναπηρία. Η εκπαίδευση μπορεί να αλλάξει τις στάσεις των φροντιστών και να βελτιώσει τις ικανότητές τους⁵⁷. Η καλύτερη στοματική υγιεινή σε μία ομάδα μπορεί να αντικατοπτρίζει την καλύτερη εποπτεία των περιθαλπομένων από τους υπεύθυνους νοσηλευτές και φροντιστές τους⁵⁸.

Αποτελέσματα μελετών αναγνωρίζουν το όφελος από τη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου στοματικής υγιεινής σε ομάδες ασθενών που ακολούθησαν ένα προληπτικό πρόγραμμα προσαρμοσμένο στις ανάγκες τους, που παρακολουθούνταν προσεκτικά και που υποστηρίχθηκαν και ενθαρρύνθηκαν σε τακτική βάση²³.

Συμπεράσματα

Δεδομένου ότι τα ΑμεΑ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών του στόματος σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, λόγω των πολλαπλών προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν και των χαρακτηριστικών της αναπηρίας, είναι εξαιρετικά σημαντικό να παρέχουμε προληπτική οδοντιατρική περίθαλψη σε αυτούς τους ασθενείς, στοχεύοντας στην υπέρβαση των εμποδίων που αντιμετωπίζουν.

Η οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενών με αναπηρία διαφόρου βαθμού, απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση. Όλοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, η οικογένεια, οι φροντιστές, οι κοινωνικοί φορείς, θα πρέπει να συμμετέχουν με στόχο να γνωρίζουν, να υποστηρίζουν και να ενημερώνονται σχετικά με τα θέματα της στοματικής υγείας και πρόληψης.

Για να είναι αποτελεσματικό ένα προληπτικό πρόγραμμα πρέπει να είναι απλό στη χρήση, προσαρμοσμένο στις ανάγκες του ασθενούς, χαμηλού κόστους και να υποστηρίζεται η εφαρμογή του από κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα.

Τα οφέλη που προκύπτουν είναι σημαντικά όσον αφορά στη μείωση της νοσηρότητας, του πόνου και του κόστους λόγω της μείωσης της ανάγκης για θεραπεία. Επιπλέον ενισχύεται η ευημερία, η κοινωνική αποδοχή, και η ποιότητα ζωής του ατόμου.

Βιβλιογραφία

1. Anders PL, Davis EL: Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist* 2010;30(3):110-7.
2. Campanaro M, Huebner C E, Davis B E: Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children with special health care needs. *Spec Care Dentist* 2014;34(4):185-92.
3. Pregliasco F, Ottolina P, Mensi C, Carmagnola D, Giussani F, Abati S et al: Oral health profile in an institutionalized population of Italian adults with mental retardation. *Spec Care Dentist* 2001; 21(6): 227-231.
4. Γκιζάνη Σ, Παπαγιαννούλη Ε: Άτομα με ειδικές ανάγκες: κατηγορίες, στοματική υγεία, ιδιαιτερότητες οδοντιατρικής περίθαλψης. Σημειώσεις Παιδοδοντιατρικής II. Αθήνα. Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, 2010: 122-135.
5. Morgan JP, Miniham PM, Stark PC, Finkelman MO, Yantsides KE, Park A et al: The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc* 2012;143(8):838-46.
6. Oliveira JS, Prado Junior RR, Sousa Lima KR, Oliveira Amaral H, Moita Neto JM, Mendes RF: Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. *Spec Care Dentist* 2013;33(6):262-8.
7. Scully C, Dios P D, Kumar N: Special care in dentistry. Chapter 2. London: Churchill Livingstone, 2007.
8. O'Leary I, Kinirons M, Graham F, Hartnett C: Oral disease experience of adults with severe disability prior to receiving dental treatment under general anaesthesia. *J Disabil Oral Health* 2006; 7: 173-175.
9. Tentindo G, Morgan J, Stark PC: Home environment on oral health outcomes in special needs patients. American Association of Dental Research Annual Meeting, March 3-6 2010, AADR, Washington, United States of America.
10. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S: Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2009; 27(3): 151-7.
11. Santos MT, Guare RO, Celiberti P, Siqueira WL: Caries experience in individuals with cerebral palsy in relation to oromotor dysfunction and dietary consistency. *Spec Care Dentist* 2009; 29(5): 198-203.
12. Zusman S, Ponizovsky AM, Dekel D, Masarwa AE, Ramon T, Nataapov L et al: An assessment of the dental health of chronic institutionalized patients with psychiatric disease in Israel. *Spec Care Dentist* 2010; 30(1): 18-22.
13. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY: Factors associated with dental caries among institutionalized residents with schizophrenia in Taiwan: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2010; 10: 458-482.
14. Mojon P: Oral health and respiratory infection. *J Can Dent Assoc* 2002;68: 340-345.
15. Adachi M, Ishihara K, Abe S, Okuda K: Professional oral health care by dental hygienists reduced respiratory infections in elderly persons requiring nursing care. *Int J Dent Hyg* 2007;5:69-74.
16. Glassman P, Miller CE, Lechowick J: A dental school's role in developing a rural, community-based, dental care delivery system for individuals with developmental disabilities. *Spec Care Dent* 1996;16:188-93.
17. Grzic R, Bakarcic D, Prpic I, Ivancic Jokic N, Sasso A, Kovac Z et al: Dental health and dental care in children with cerebral palsy. *Coll Antropol* 2011; 35(3): 761-764.
18. Raducanu AM, Cristea I, Feraru VI: Oral Manifestations of Cerebral Palsy-The Spastic Tetraparesis Type: A Literature Review and Clinical Cases. *Timisoara Med* 2008; 58(1): 91-97.
19. Young NL, Steele C, Fehlings D, Jutai J, Olmsted N, Williams JI: Use of health care among adults with chronic and complex physical disabilities of childhood. *Disabil Rehabil* 2005; 27:1455-1460.
20. Desai SS, Flanagan TJ: Orthodontic Conditions in Individuals with Down Syndrome: A Case Report. *Angle Orthod* 1999;69(1):85-8.
21. Friedlander AH, Yagiela JA, Paterno VI, Mahler ME: The neuropathology, medical management and dental implications of autism. *J Am Dent Assoc*. 2006;137(11):1517-27.
22. Scorzetti L, Di Martino S, Marchetti E, Mummolo S, Fornarelli G, Marzo G: Ipertrofia gengivale secondaria all'assunzione di farmaci. *Prima parte. Doctor Os* 2007;18(5):495-500.
23. Axelsson P, Nystrom B, Lindhe J: The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 2004;31(9):749-57.
24. Löe H: Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J*. 2000;50(3):129-39.
25. Watt RG, Marinho VC: Does oral health promotion improve oral hygiene and gingival health? *Periodontol* 2000 2005;37(1):35-47.
26. Broadbent J M, Thomson W M, Boyens J V, Poulton R: Dental plaque and oral health during the first 32 years of life. *J Am Dent Assoc* 2011;142(4):415-26.
27. Vozza I, Cavallè E, Corridore D, Ripari F, Spota A, Brugnoletti O et al: Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Ann Stomatol (Roma)*. 2016 Feb 12;6(3-4):96-9.
28. Snyder JR, Knopp JJ, Jordan WA: Dental problems of noninstitutionalized mentally retarded children. *Northwest Dent* 1960;44:123-6.
29. Shaw L, Shaw MJ, Foster TD: Correlation of manual dexterity and comprehension with oral hygiene and periodontal status in mentally handicapped adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17: 187-89.
30. Hyland K, Fiske J, Matthews N: Nutritional and dental health management in Parkinson's disease. *J Community Nurs Online* 2000; 14(1).
31. Chadwick DD, Jolliffe J: A descriptive investigation of dysphagia in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 22(3):265-395.
32. Stiefel D: Dental Care Considerations for Disabled Adults. *Spec Care Dentist* 2002; 22(3)265-395.
33. Perlman S, Fenton S, Friedman C: Something to smile about. In: *Oral Health Care for People With Special Needs: Guidelines for Comprehensive Care*. River Edge, NJ: Exceptional Parent, Psy-Ed Corp. 2003;3-4.
34. Nelson LP, Getzin A, Graham D, Zhou J, Wagle EM, McQuiston J et al: Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. *Pediatr Dent* 2011;33:29-36.
35. Moursi AM, Fernandez JB, Daronch M, Zee L, Jones CL: Nutrition and oral health considerations in children with special health care needs: implications for oral health care providers. *Pediatr Dent* 2010;32:333-42.
36. Al-Tannir MA, Goodman HS: A review of chlorhexidine and its use in special populations. *Spec Care Dentist* 1994;14:116-22.
37. Field E: Age and medication are significant risk factors for

xerostomia in an English population attending general dental practice. *Gerodontology* 2001; 18: 21–24.

38. Γιαννοπούλου Α, Περρέα Δ: Μαστίχα Χίου: Ένα φυσικό προϊόν με αντιμικροβιακή δράση ως μέσο οδοντιατρικής πρόληψης. *Ελλ Νοσ Οδοντ* 2018;11:19-26.

39. Τοπίτσογλου Β, Βασιλειάδου Β: Η μαστίχα στην οδοντιατρική πρόληψη. *Παιδοδοντία* 1998;12(3): 99-101.

40. Τοπίτσογλου Β., Δάγκαλης Π., Λάμπρου Δ.: Η μαστίχα της Χίου στα πλαίσια της στοματικής υγιεινής. Η δυνατότητα μείωσης ή πρόληψης σχηματισμού μικροβιακών πλακών. *Ελλ Στομ Χρον* 1984;28:166-170.

41. Ohito F.A, Opiya G.N: Traumatic dental injuries in normal and handicapped children in Nairobi Kenya. *East Afr Med J* 1992; 69(12): 680- 682.

42. Chicago Dental Society. Good oral health starts with exercise, eating right. *CDS Rev* 2011;104(2):p. 34.

43. Gustafsson BE: The Vipeholm dental caries study: survey of the literature on carbohydrates and dental caries. *Acta Odontol Scand* 1954;11(3-4):207–231.

44. Kitchens M, Owens BM: Effect of carbonated beverages, coffee, sports and high energy drinks, and bottled water on the in vitro erosion characteristics of dental enamel. *J Clin Pediatr Dent* 2007;31(3):153–159.

45. Huew R, Waterhouse P, Moynihan P, Kometa S, Maguire A: Dental caries and its association with diet and dental erosion in Libyan schoolchildren. *Int J Paediatr Dent* 2012;22(1):68–76.

46. Lupi-Pégurier L, Muller-Bolla M, Fontas E, Ortonne JP: Reduced salivary flow induced by systemic isotretinoin may lead to dental decay. A prospective clinical study. *Dermatology*. 2007;214(3):221–226.

47. Al-Zahrani MS: Increased intake of dairy products is related to lower periodontitis prevalence. *J Periodontol* 2006;77(2):289–294.

48. Thomas DM, Mirowski GW: Nutrition and oral mucosal diseases. *Clin Dermatol* 2010;28(4):426–431.

49. Moynihan PJ, Ferrier S, Jenkins GN: The cariostatic potential of cheese: cooked cheese-containing meals increase plaque calcium concentration. *Br Dent J* 1999;187(12):664–667.

50. Ahlborg B: Practical prevention. In *Disability and oral care*. Chapter 4. London: FDI World Dental Press, 2000.

51. Wilkins E M: Patients with special needs. In *Clinical practice of the dental hygienist*. Section VII. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2004.

52. Sroda R, Plezia RA: Oral hygiene devices for special patients. *Spec Care Dentist* 1984;4:264-66.

53. Kambhu PP, Levy SM: An evaluation of the effectiveness of four mechanical plaque-removal devices when used by a trained care provider. *Spec Care Dentist* 1993;13:9-14.

54. Davies R: Manual versus powered toothbrushes: what is the evidence? *Dent Update* 2006; 33: 159-162.

55. Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham H: Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with community dental services. *J Intellect Disabil Res* 2000; 44(Pt 1): 45– 52.

56. Thornton JB, Al-Zahid S, Campbell VA, Marchetti A, Bradley EL: Oral hygiene levels and periodontal disease prevalence among residents with mental retardation at various residential settings. *Spec Care Dentist* 1989; 9: 186– 90.

57. Mac Giolla Phadraig C, Guerin S, Nunn J: Train the trainer? A randomized controlled trial of a multi-tiered oral health education programme in community-based residential services for adults with

intellectual disability. *Community Dent Oral* 2013;41(2):182-192.

58. O.O. Denloye: Oral hygiene status of mentally handicapped school children in Ibadan, Nigeria. *Odontostomatol Trop* 1998;21:19-21.