

# Οδοντιατρική παραμέληση: διάγνωση και παρέμβαση του οδοντιάτρου

Λιάτση Κ.,\* Λοιτ Αλεξάνδρα\*\*, Γκρίζανη Σ.\*\*\*

\* Οδοντίατρος

\*\* Παιδοδοντίατρος

\*\*\* Επίκουρη Καθηγήτρια, Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Η οδοντιατρική παραμέληση περιλαμβάνεται στο πλαίσιο της γενικής παραμέλησης ενός παιδιού η οποία αποτελεί μια μορφή κακοποίησης του. Ορίζεται η αδυναμία του γονέα/κηδεμόνα, να ικανοποιήσει τις βασικές ανάγκες της στοματικής υγείας του παιδιού του, γεγονός που οδηγεί σε σοβαρές επιπτώσεις στην στοματική κοιλότητα, στην υγεία και στην ανάπτυξή του. Ένα παιδί με πολυτερηδονισμό, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως πιθανή περίπτωση οδοντιατρικής παραμέλησης, εφόσον ο γονέας έχει ενημερωθεί για τη φύση και την έκταση του προβλήματος των δοντιών του παιδιού του, το σχέδιο θεραπείας και τις δυνατότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αλλά παρόλα αυτά δεν προσέρχεται για θεραπεία ή αναβάλλει συνεχώς προγραμματισμένες οδοντιατρικές συνεδρίες. Ο ρόλος του οδοντιάτρου και των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντικός στην πρόληψη και αντιμετώπιση της οδοντιατρικής παραμέλησης και για αυτό η επιμόρφωση και η δια βίου εκπαίδευση των οδοντιάτρων είναι απαραίτητη.

**Λέξεις κλειδιά:** κακοποίηση, οδοντιατρική παραμέληση

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλα τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται από οποιαδήποτε μορφή παραμέλησης και κακοποίησης, όπως επίσης να έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν τα μέγιστα δυνατά οφέλη από τις παροχές υγείας, σύμφωνα με τη δήλωση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού (*United Nations Convention on the Rights of the Child*, 1989)<sup>1</sup>. Η διαφύλαξη της ευημερίας και ασφάλειας των παιδιών (safeguarding) είναι ένας όρος ευρύτερος από την «προστασία των παιδιών» και σχετίζεται με κάθε οργανωμένη δραστηριότητα που λαμβάνεται με σκοπό την προστασία των πιο ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού όπως τα παιδιά και οι έφηβοι. Σύμφωνα με τον οργανισμό «Δουλεύοντας μαζί για την διαφύλαξη των παιδιών, 2013», η διαφύλαξη της ευημερίας και ασφάλειας των παιδιών ορίστηκε ως: α)

η προστασία των παιδιών από κακοποίηση, β) η αποτροπή βλάβης στην υγεία καθώς και στη σωματική και ψυχική ανάπτυξή τους, γ) η διαβεβαίωση ότι τα παιδιά μεγαλώνουν σε συνθήκες οι οποίες συνάδουν με παροχή ασφάλειας και αποτελεσματικής φροντίδας και δ) η λήψη δράσης για την παροχή της δυνατότητας σε όλα τα παιδιά να έχουν την καλύτερη εξέλιξη στη ζωή τους σύμφωνα με τις δυνατότητές τους<sup>2</sup>.

Στην Αγγλία και στην Ουαλία, η κακοποίηση των παιδιών περιλαμβάνει τις ακόλουθες κατηγορίες: σωματική, ψυχική, σεξουαλική και ιατρική παραμέληση (γενική και οδοντιατρική)<sup>3,4</sup> ενώ στην Σκωτία υπάρχει και μία πέμπτη κατηγορία που αφορά την αποτυχία της διαφύλαξης της ευημερίας των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού<sup>5</sup>. Η πλειοψηφία των περιστατικών αφορά παιδιά ηλικίας μικρότερα από δύο ετών τα οποία και διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίν-

## Dental Neglect: Diagnose and intervention of the dentist

Liatsi Aik, Laud A., Gizani S.

*Dental neglect refers to a part of a child's general neglect, which in turn constitutes a type of child abuse. It is the persistent failure of parent or guardian to meet a child's basic oral health needs, which is likely to result in the serious impairment of a child's oral or general health and development. A child presenting with multiple severe untreated dental caries could possibly be regarded as a case of dental neglect, only if the parents have been informed about the nature and the extent of the dental problem, the treatment plan and the access to dental care, but they still fail to attend or continually miss planned appointments for dental treatment. The dentist's role is very important in the prevention and the management of dental neglect and for this reason the dentists' continuing education is essential.*

**Keywords:** dental neglect, child abus

δυνο για κακοποίηση<sup>6</sup>. Η παραμέληση της υγείας γενικά μπορεί να οριστεί ως η συνεχής αποτυχία του γονέα/κηδεμόνα να ικανοποιήσει τις βασικές σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες του παιδιού, όπως να προσφέρει στο παιδί την απαραίτητη διατροφή, ένδυση, στέγη, υγιεινή, αναζήτηση και παροχή ιατρικής και οδοντιατρικής φροντίδας όταν αυτή απαιτείται, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σοβαρές βλάβες στην υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού<sup>7</sup>. Σε περιπτώσεις σοβαρής μακροχρόνιας παραμέλησης, ακόμα και η ζωή των παιδιών αυτών μπορεί να απειλείται.

Υπάρχει βιβλιογραφία σχετικά με την οδοντοστοματολογική κατάσταση των παιδιών/εφήβων που έχουν υποστεί κακοποίηση καθώς και για το ρόλο του οδοντιάτρου στην αναγνώριση των παιδιών αυτών<sup>8-12</sup>. Αντίθετα δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για την οδοντιατρική παραμέληση, που αυξάνεται συνεχώς στις ημέρες μας, με την οικονομική ύφεση και τη συνεχή μετακίνηση πληθυσμών. Η παρούσα εργασία είναι μία βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό να παρουσιάσει το φαινόμενο της οδοντιατρικής παραμέλησης παιδιών και εφήβων και να περιγράψει τους διαγνωστικούς δείκτες του φαινομένου καθώς και τις πιθανές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή του.

### ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Σύμφωνα με την Βρετανική Ακαδημία Παιδοδοντιατρικής, ως οδοντιατρική παραμέληση ορίζεται η κατάσταση του παιδιού όπου οι συνεχείς αποτυχημένες προσπάθειες του γονέα/κηδεμόνα να ικανοποιήσει τις βασικές ανάγκες της οδοντοστοματολογικής φροντίδας του, οδηγούν σε σοβαρές βλάβες της στοματικής και γενικής υγείας του παιδιού<sup>13</sup>. Έχει βρεθεί ότι οι γονείς αυτών των παιδιών, αν και συχνά έχουν επαρκές μορφωτικό επίπεδο, δεν αναζητούν την παροχή της προτεινόμενης οδοντιατρικής φροντίδας για τα παιδιά τους<sup>14-17</sup>. Συνήθως η παιδική οδοντιατρική παραμέληση αποτελεί ένδειξη γενικής παραμέλησης<sup>15,18</sup> όπως συναισθηματικής (απομόνωση του παιδιού, μη παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και έκθεσή του σε ενδοοικογενειακή βία), ιατρικής (καθυστέρηση ή άρνηση προτεινόμενης ιατρικής φροντίδας για το παιδί), εκπαιδευτικής (αποτυχία να ενταχθεί το παιδί στο σχολείο ή ακόμα και πολυήμερη απουσία από την εκπαιδευτική διαδικασία) και τέλος σωματικής (εγκατάλειψη παιδιού ή άρνηση της κηδεμονίας του, μη κάλυψη βασικών αναγκών σίτισης ή κατάλληλης ένδυσης και μη αποτελεσματική υγιεινή)<sup>19</sup>.

Παιδιά με οδοντιατρική παραμέληση συχνά υποφέρουν από οδοντικό πόνο, φλεγμονές και εμφανίζουν απώλεια δοντιών και δυσκολίες στη μάσηση εξαιτίας των εκτεταμένων τερηδονικών βλαβών που φέρουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτά τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα μπορεί να επηρεάσουν την μάθηση, επικοινωνία, διατροφή και γενικότερα τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού<sup>20</sup>.

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ

Κάθε παιδί με πολυτερηδονισμό δεν μπορεί να θεωρείται θύμα παραμέλησης και οι γονείς του να ενοχοποιούνται για την έλλειψη οδοντιατρικής φροντίδας. Για αυτό το λόγο, η δημιουργία παραμέτρων που μπορούν να αποτελέσουν δείκτες πιθανής οδοντιατρικής παραμέλησης είναι απαραίτητη. Στοιχεία από τη λεπτομερή λήψη οικογενειακού, ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, χαρακτηριστικά των γονέων ή των κηδεμόνων και ευρήματα οδοντοστοματολογικής εξέτασης μπορούν να αποτελέσουν τους πιο σημαντικούς δείκτες<sup>15</sup>.

### I. Ιστορικό και κλινική εξέταση

Παρόλο που η οδοντική τερηδόνα αποτελεί την πιο συχνή ασθένεια του στόματος στα παιδιά<sup>21</sup>, θα ήταν υπεραπλούστευση να υποθέσουμε ότι υπάρχει ένας συγκεκριμένος αριθμός τερηδονισμένων δοντιών, που υποδεικνύει πιθανή οδοντιατρική παραμέληση. Πληροφορίες από τη λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη πιθανή διάγνωση οδοντιατρικής παραμέλησης, όπως η εκτίμηση του βαθμού τερηδονικού κινδύνου του παιδιού, η επίπτωση της οδοντικής κατάστασης στη υγεία του με φαινόμενα όπως πονόδοντο, αποστήματα, λήψη αντιβιοτικής θεραπείας κατά τακτά χρονικά διαστήματα, αντιμετώπιση μόνο των επειγόντων περιστατικών και επαναλαμβανόμενες αναβολές προγραμματισμένων θεραπευτικών συνεδριών.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα κακοποιημένα παιδιά έχουν υψηλότερα επίπεδα τερηδονισμένων δοντιών που δεν έχουν λάβει θεραπεία συγκριτικά με τους υγιείς συνομήλικούς τους (Πίνακας 1)<sup>22</sup>. Ο Olivann και συν (2003) βρήκαν μη θεραπευμένα τερηδονισμένα δόντια σε 50% των κακοποιημένων παιδιών στην Ισπανία, ποσοστό που ήταν πολύ μεγαλύτερο συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό αυτής της ηλικίας<sup>23</sup>. Ποσοστό 57,6% των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών είχαν μη θεραπευμένα τερηδονισμένα δόντια στην ηλικία των 5 ετών στη μελέτη των Valencia-Rojas και συν. (2008), ενώ μόλις το 30% του παιδικού πληθυσμού ίδιας ηλικίας βρισκόταν στην ίδια κατά-

σταση<sup>24</sup>. Αντίστοιχα ευρήματα παρουσίασαν οι Keene και συν. (2015), σύμφωνα με τους οποίους, τα κακοποιημένα παιδιά στο Ηνωμένο Βασίλειο είχαν μεγαλύτερο δείκτη τερηδόνας (*dmft* 3,2 έναντι 1,18) και συγκεκριμένα περισσότερα τερηδονισμένα δόντια συγκριτικά με τους υγιείς συνομήλικούς τους<sup>25</sup>. Μέχρι στιγμής, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για την οδοντοστοματολογική κατάσταση των παιδιών με οδοντιατρική παραμέληση.

### II. Κοινωνικοί παράγοντες

Παρόλο που η παιδική οδοντιατρική παραμέληση μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε οικογένεια, η φτώχεια, η ανεργία, η έλλειψη στέγης, η οικογενειακή απομόνωση, η πολύτεκνη οικογένεια, η ύπαρξη σωματικής και ψυχολογικής κακοποίησης μελών της οικογένειας και/ή χρήση ουσιών (όπως αλκοόλ), αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τη δημιουργία του φαινομένου αυτού<sup>15,16,26,27</sup>. Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι οι κοινωνικές ανισότητες επηρεάζουν την αντίληψη και τον βαθμό προτεραιότητας με την οποία οι γονείς αξιολογούν την σημαντικότητα αντιμετώπισης του επείγοντος οδοντιατρικού περιστατικού και αναζητούν την παροχή φροντίδας για το παιδί τους<sup>28</sup>.

### III. Χαρακτηριστικά γονέων και κηδεμόνων

Επισημαίνεται ότι η παρουσία πολλών μη θεραπευμένων τερηδονισμένων δοντιών μπορεί να μην αποτελεί σημείο οδοντιατρικής παραμέλησης, αλλά αποτέλεσμα της άγνοιας του γονέα/κηδεμόνα σχετικά με το οδοντικό πρόβλημα του παιδιού και των συνεπειών στη γενική του υγεία. Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να γίνει διαφοροδιάγνωση μεταξύ αυτών των γονέων και εκείνων που κατανοούν το πρόβλημα του παιδιού τους και την αναγκαιότητα της αντιμετώπισής του αλλά τελικά δεν προσφέρουν την απαραίτητη οδοντιατρική θεραπεία στο παιδί τους<sup>29</sup>.

Ένα παιδί με πολυτερηδονισμό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως πιθανή περίπτωση οδοντιατρικής παραμέλησης, εφόσον ο γονέας έχει ενημερωθεί για τη φύση και την έκταση του προβλήματος του παιδιού του, την αναγκαιότητα και το σχέδιο της οδοντιατρικής θεραπείας καθώς και τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, αλλά παρόλα αυτά δεν προσέρχεται για θεραπεία ή αναβάλλει συνεχώς προγραμματισμένες συνεδρίες<sup>30</sup>.

Όταν αυτοί οι παράμετροι παρουσιάζονται επιπλέον σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως, παιδιά προσχολικής ηλικίας, παιδιά άστεγων οικογενειών, παιδιά προσφύγων, μεταναστών και οικογενειών που αναζητούν πολιτικό άσυλο και τέλος παιδιά με ειδικές ανάγκες, ενισχύουν τη διάγνωση πιθανής οδοντιατρικής παραμέλησης<sup>31</sup>.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Αποτελεί ηθική υποχρέωση κάθε ατόμου<sup>32-34</sup> να αναγνωρίζει και να παρεμβαίνει όταν υπάρχει υποψία περιστατικού οδοντιατρικής παραμέλησης. Οι οδοντίατροι στην Αμερική είναι νομικά υποχρεωμένοι να αναγνωρίζουν σημάδια κακοποίησης και παραμέλησης και να αναφέρουν τις ύποπτες περιπτώσεις στις κατάλληλες κάθε φορά αρχές, ενώ στην Αγγλία η αναφορά στις αρχές αποτελεί προς το παρόν ηθικό μόνο χρέος για τον γιατρό<sup>35</sup>, γεγονός που ισχύει και για τη χώρα μας.

Ο οδοντίατρος θα πρέπει να εξηγήσει και να βεβαιωθεί ότι ο γονέας έχει κατανοήσει τη σπουδαιότητα του οδοντικού προβλήματος και τις επιπτώσεις στη γενική υγεία του παιδιού και έχει αποδεχθεί το προτεινόμενο σχέδιο θεραπείας. Είναι αλήθεια ότι αρκετές οικογένειες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην προσπάθειά τους να λάβουν οδοντιατρική θεραπεία στον ιδιωτικό και δημόσιο φορέα, ιδιαίτερα κατά τα τελευταία χρόνια της οικονομικής ύφεσης. Για αυτό το λόγο, ο οδοντίατρος θα πρέπει να συμβάλλει στην προσπάθεια των γονέων να αναζητήσουν οδοντιατρική θεραπεία σε πανεπιστημιακές κλινικές, δημόσια νοσοκομεία ή/και κρατικά, δημοτικά οδοντιατρεία, σε περίπτωση έλλειψης κοινωνικής ασφάλισης. Αν παρόλο αυτά οι γονείς δεν λαμβάνουν οδοντιατρική θεραπεία, το παιδί θεωρείται ότι έχει υποστεί οδοντιατρική παραμέληση<sup>36-37</sup>. Στις περιπτώσεις αυτές, ο οδοντίατρος/παιδοδοντίατρος θα πρέπει να απευθυνθεί σε επαγγελματίες υγείας όπως ψυχίατρο, ψυχολόγο καθώς και φορείς κοινωνικής πρόνοιας ή/και την αστυνομία.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η σημασία του κοινωνικο-οικονομικού<sup>38,39,42</sup> και μορφωτικού<sup>40,43</sup> επιπέδου της οικογένειας, καθώς και η οδοντοστοματολογική κατάσταση των ίδιων των γονέων διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στην οδοντιατρική παραμέληση των παιδιών τους (Πίνακας 1). Δεν είναι τυχαίο που ο Scorca και συν.(2013) βρήκαν ότι 63% των μικρών παιδιών με ECC (τερηδόνα προσχολικής ηλικίας) προερχόταν από οικογένειες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και εμφάνισαν οδοντιατρική παραμέληση<sup>39</sup>. Άλλη μελέτη σε παιδιά αντίστοιχης ηλικίας με έντονες τερηδονικές βλάβες δείχνει ότι 60% των γονέων είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με τους γονείς υγιή παιδιών της ίδιας ηλικίας<sup>40</sup>. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με αυτά των Kvist και συν.(2014) που βρήκαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών με οδοντιατρική παραμέληση υποβάλλονται σε γενική αναισθησία για την οδοντιατρική θεραπεία τους<sup>41</sup>.

Η πλειοψηφία των παιδοδοντιάρων μπορεί να έρθει σε επαφή με παραμελημένα παιδιά, πιο συχνά από άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι έρευνες που έχουν γίνει σε διάφορες χώρες καταλήγουν στο ότι απαιτούνται περισσότερες γνώσεις και εκπαίδευση των οδοντιάρων σχετικά με την προστασία του παιδιού. Συγκεκριμένα στην Σκωτία, ενώ πάνω από τα 2/3 των ερωτηθέντων οδοντιάρων έχουν υποπευθεί κακοποίηση ή παραμέληση σε μικρούς ασθενείς, μόνο 11% από αυτούς το έχουν αναφέρει στις αρμόδιες αρχές (Πίνακας 1), αν και η πλειοψηφία τους έχει την θέληση να αντιμετωπίσει σωστά τις περιπτώσεις αυτές με περαιτέρω εκπαίδευση<sup>44</sup>. Στην Κροατία το 26,27% των ερωτηθέντων οδοντιάρων έχει υποπευθεί περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης ή και παραμέλησης, ενώ μόνο 5,1% έχει κάνει αναφορά στους αρμόδιους φορείς<sup>45</sup>. Το 81% των συμμετεχόντων οδοντιάρων σε έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο δήλωσαν ότι έρχονται σε επαφή με ένα τουλάχιστον παιδί με οδοντιατρική παραμέληση κάθε εβδομάδα, ενώ αντίθετα μόνο το 21,4% έχει αναφέρει κάποιο από τα περιστατικά αυτά στις αρμόδιες αρχές<sup>46</sup>. Από αντίστοιχη έρευνα που έγινε σε οδοντίατρος στην Ελλάδα, 32,6% των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι παιδιά με οδοντιατρική παραμέληση προσήλθαν στο ιατρείο τους τουλάχιστον μια φορά κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους καριέρας. Το ήμισυ των οδοντιάρων ένιωθαν ικανοί να αναγνωρίσουν σημεία παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης ενώ λιγότεροι από το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων γνώριζαν τι έπρεπε να κάνουν σε περίπτωση που υποπεύονταν τέτοια περιστατικά<sup>47</sup>. Ο φόβος για την επιθετική αντίδραση των γονέων ή ακόμα και για δικαστική αγωγή, η έλλειψη σίγουρης διάγνωσης, και τέλος η έλλειψη εκπαίδευσης και καθοδήγησης των οδοντιάρων<sup>48</sup> είναι μερικοί από τους βασικούς λόγους για την έλλειψη αναφοράς περιστατικών πιθανής παραμέλησης στις αρμόδιες υπηρεσίες. Επιπλέον η έλλειψη εφαρμογής οργανωμένου πρωτόκολλου από κοινωνικούς και πολιτικούς φορείς για την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών αποτελεί σημαντικό πρόβλημα σε πολλές χώρες.

Για αυτό το λόγο η εκπαίδευση των οδοντιάρων σε θέματα κακοποίησης και οδοντιατρικής παραμέλησης είναι απαραίτητο να ξεκινήσει κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών συνεχίζοντας με διαδραστικά κλινικά σεμινάρια δια βίου, όπου ο οδοντίατρος μπορεί να συζητήσει κλινικά περιστατικά και να προτείνει λύσεις για την αντιμετώπισή τους<sup>49</sup>. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η εκπαίδευση των οδοντιάρων σε θέματα προστασίας και διαφύλαξης της ευημερίας των παιδιών, όπως είναι η αντιμετώπιση οδοντιατρικής παραμέλησης, συμπεριλαμβάνεται υποχρεωτικά στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών των φοιτητών οδο-

**Πίνακας 1.** Ευρήματα πρόσφατων μελετών για την οδοντιατρική παραμέληση

Συγγραφέας, χρονολογία	Χώρα	Αριθμός παιδιών	Παράμετροι	Κύρια ευρήματα
Olivan et al. . (2003) <sup>23</sup>	Ισπανία	236 παιδιά μέσης ηλικίας 9,6 ετών	Συσχέτιση τερηδόνας με σωματική κακοποίηση και παραμέληση	<ul style="list-style-type: none"> <li>50% των κακοποιημένων παιδιών είχαν μη θεραπευμένα τερηδονισμένα δόντια</li> </ul>
Valencia-Rojas et al. (2008) <sup>24</sup>	Τορόντο, Καναδάς	66 παιδιά μέσου όρου ηλικίας 4,6 ετών	Συχνότητα ECC σε παιδιά κακοποιημένα και παραμελημένα	<ul style="list-style-type: none"> <li>57,6% των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών της συγκεκριμένης μελέτης έχουν μη θεραπευμένα τερηδονισμένα δόντια</li> <li>Το αντίστοιχο ποσοστό στο δείγμα μελέτης που αφορούσε τα μη κακοποιημένα και μη παραμελημένα παιδιά ήταν 30%.</li> </ul>
Scorca,et al.(2013) <sup>39</sup>	Μπάρι, Ιταλία	63 παιδιά	Συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου τερηδόνας προσχολικής ηλικίας (ECC) και του φαινομένου της οδοντιατρικής παραμέλησης	<ul style="list-style-type: none"> <li>Από τα 63 παιδιά που μελετήθηκαν το 61,9% παρουσίασε ECC και κυρίως παρουσιάστηκε σε οικογένειες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (p=0,03)</li> </ul>
Barbosa Lourenco et al. (2013) <sup>40</sup>	Pacoti, Βραζιλία	149 παιδιά Ηλικία: 5 ετών	Ανάλυση της σχέση μεταξύ της οδοντικής τερηδόνας και της παραμέλησης σε παιδιά 5 ετών.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης τερηδόνας στα παιδιά και της κατανόησης των γονιών γι την σωστή στοματική υγιεινή. 46.7% των γονιών της έρευνας δεν είχαν πάει το παιδί τους στον οδοντίατρο και από αυτούς το 71,4 % δήλωσαν ότι θεωρούσαν ότι δεν υπήρχε ανάγκη</li> <li>328 τερηδονισμένα δόντια (78,85%)</li> <li>65 δόντια με ένδειξη εξαγωγής(15,62%)</li> <li>23 σφραγισμένα δόντια(5,5%)</li> <li>60% των γονέων είχαν πάει σχολείο για λιγότερο από 9 χρόνια</li> </ul>
KvistT, et al.(2014) <sup>41</sup>	Σουηδία	134 παιδιά ηλικίας 0–6 που υπεβλήθησαν σε γενική αναισθησία σε ειδική παιδιατρική κλινική μεταξύ 2006-2011	Συσχέτιση θεραπείας κάτω από γενική αναισθησία με την οδοντιατρική παραμέληση.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Τα παιδιά που θεραπεύτηκαν κάτω από γενική αναισθησία πολύ πιο συχνά υποφέρουν από οδοντιατρική παραμέληση ή κάποια αναπηρία.</li> <li>Από τους παράγοντες που μελετήθηκαν μόνο η οδοντιατρική παραμέληση με p=0,006 κρίθηκε στατιστικώς σημαντική.</li> </ul>
Lingaraj et al (2014) <sup>43</sup>	Virajpet, Ινδία	6.000 έφηβοι ηλικίας 15-18	Συσχέτιση της οδοντιατρικής παραμέλησης με την τερηδόνα και την στοματική υγιεινή στους έφηβους	<ul style="list-style-type: none"> <li>Κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται σημαντικά με την οδοντιατρική παραμέληση.</li> </ul>
Keene et al. (2015) <sup>25</sup>	Ηνωμένο Βασίλειο	79 παιδιά 2-11 ετών	Έλεγχος της στοματικής υγείας των παιδιών που υπόκεινται σε κάποιο πρόγραμμα προστασίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>Τα παιδιά που ανήκαν σε κάποια ομάδα προστασίας κακοποιημένων παιδιών όπως κάποιο ίδρυμα ή κάποια ιατρική κλινική είχαν υψηλότερο τερηδονικό δείκτη στην νεογιλή οδοντοφύλαξη' ότι οι συνομήλικό τους.</li> </ul>
Gurunathan, et al. (2016) <sup>44</sup>	Chennai, TamilNadu, Ινδία	478 παιδιά 3-12 ετών	Εκτίμηση του φαινομένου της οδοντιατρικής παραμέλησης και συσχέτισή της με τα επίπεδα της στοματικής υγιεινής των παιδιών αυτής της ηλικίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ένα σημαντικό υψηλότερο ποσοστό οδοντιατρικής παραμέλησης καταγράφηκε σε παιδιά που έμεναν στα προάστια (P &lt; 0.001), των οποίων οι γονείς είχαν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (P &lt; 0.001)</li> <li>Υψηλότερος δείκτης DMFT (P = 0.003), deft (P = 0 &lt; 0.001), rufta (P = 0.011), και debrisindex (P = 0.002) αναφέρθηκαν στις ομάδες πληθυσμού με οδοντιατρική παραμέληση συγκριτικά με υγιή άτομα</li> </ul>

νιατρικής από το 2015<sup>50</sup>.

Τέλος η παροχή οργανωμένων προγραμμάτων οδοντιατρικής προληπτικής φροντίδας από κοινωνικούς φορείς στη μητρική γλώσσα του παιδιού καθώς και η εφαρμογή προγραμμάτων παροχής κοινωνικής οδοντιατρικής φροντίδας για παιδιά ευάλωτων ομάδων, θα περιορίσουν σημαντικά την ύπαρξη του φαινομένου της οδοντιατρικής παραμέλησης.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βελτίωση της γνώσης των γονέων στην αποτελεσματική καθημερινή στοματική υγιεινή και διατροφή καθώς και η υποστήριξη και ενθάρρυνσή τους στην αναζήτηση και παροχή θεραπείας είναι σημαντικοί παράγοντες για τη έγκυρη αντιμετώπιση των οδοντιατρικών προβλημάτων των

παιδιών και ως εκ τούτου πρόληψη της οδοντιατρικής παραμέλησης.

Η προστασία και διαφύλαξη της ευημερίας των παιδιών αποτελεί χρέος του οδοντίατρου/παιδοδοντίατρου, γεγονός που απαιτεί την εκπαίδευση και συνεχή επιμόρφωση όλων των επαγγελματιών υγείας για το συγκεκριμένο θέμα. Η ύπαρξη κοινωνικών φορέων και οργανωμένων προγραμμάτων για την αντιμετώπιση αυτών παιδιών είναι απαραίτητη. Έρευνες δείχνουν ότι η πλειοψηφία των παιδιών που συμμετείχαν σε οργανωμένα πρόγραμμα προστασίας, παραμένουν ή επιστρέφουν σπίτι με τους βιολογικούς τους γονείς<sup>51</sup>. Δυστυχώς, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης τείνουν να προβάλλουν τα περιστατικά με την πιο αρνητική έκβαση όπου τα παιδιά απομακρύνθηκαν από το σπίτι τους ενώ τα όποια θετικά αποτελέσματα δεν λαμβάνουν την απαραίτητη δημοσιοποίηση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. United Nations High Commissioner for Human Rights. *United Nations Convention on the Rights of the Child*. Geneva, Switzerland: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1989 [WWW document]. URL: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm> (accessed 17 January 2008).
2. <https://www.gov.uk/government/publications/safeguarding-children-and-young-people>
3. Department of Health. *The Children Act 1989*. London: Her Majesty's Stationary Office; 1989.
4. Department of Health. *Working Together to Safeguard Children (A Guide to Arrangements for Inter-Agency Cooperation for the Protection of Children from Abuse)*. HerMajesty'sStationaryLondon: Office; 1999
5. *Protecting Children. A shared Responsibility. Guidance for Health Professionals in Scotland*. Scottish Executive. January 2000.
6. Meadow R. Epidemiology. In: Meadow R. (ed). *The ABC of Child Abuse*. London: British Medical Journal Publications; 1989
7. HM Government. *Working Together to Safeguard Children*. London: The Stationery Office, 2006. URL: <http://publications.everychildmatters.gov.uk> (accessed 17 January 2008).
8. Welbury RR, Hobson RS, Stephenson JJ, Jepson NJ. Evaluation of a computer-assisted learning programme on the oro-facial signs of child physical abuse (non-accidental injury) by general dental practitioners, *Br Dent J*. 2001 Jun 23;190(12):668-70.
9. Malpani S, Arora J, Diwaker G, Kaleka PK, Parey A, Bontala P. *Child Abuse and Neglect: Do We know enough? A Cross-sectional Study of Knowledge, Attitude, and Behavior of Dentists regarding Child Abuse and Neglect in Pune, India*, *JContemp Dent Pract*. 2017 Feb 1;18(2):162-169
10. Baghaie H, Kisely S, Forbes M, Sawyer E, Siskind DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse, *Addiction*. 2017 May;112(5):765-779. doi: 10.1111/add.13754. Epub 2017 Mar 16.
11. Rodrigues JL, Lima AP, Nagata JY, Rigo L, Cericato GO, Franco A, Paranhos LR., *Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry - A systematic review*, *J Forensic Leg Med*. 2016 Oct;43:34-41. doi: 10.1016/j.jflm.2016.07.006. Epub 2016 Jul 13.
12. Gruythuisen RJM, Wiggelendam JM, *Role of the oral care provider to call attention to child abuse*, *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2017 Apr;124(4):207-213.
13. Jenny C. Harris, Richard C. Balmer & Peter D, *British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children*. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2009
14. Lourenco CB, Saintrain MV, Vieira AP. *Child, neglect and oral health*. *BMC Pediatr*. 2013;13:188
15. Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D, Ballantyne F, Taylor J. *Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children*. *BMC Public Health*. 2013;13:370
16. Kellogg N. *Oral and dental aspects of child abuse and neglect*. *Pediatrics*. 2005;116(6):1565-8.
17. Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. *Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect?* *Br Dent J*. 2009;206(9):465-70.
18. Widom CS, Czaja SJ, Bentley T, Johnson MS. *A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up*. *Am J*

- Public Health. 2012;102(6):1135-44.
19. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. Child Welfare Information Gateway. (2012). Acts of omission: An overview of child neglect.
  20. Sanger RG, Bross DC, eds. *Clinical Management of Child Abuse and Neglect: A Guide for the Dental Professional*. Chicago, Ill: Quintessence Publishing Co, Inc; 1984
  21. Lader D, Chadwick B, Chestnutt I, et al. *Children's Dental Health in the United Kingdom, 2003 – Summary Report*. London: Office of National Statistics, 2004
  22. Bankole OO, Denloye OO, Adeyemi AT. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among Nigerian dentists. *Afr J Med MedSci*. 2008;37(2):125-34.
  23. Oliván G. Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. *Eur J Public Health* 2003; 13: 91-92.
  24. Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *J Public Health Dent* 2008; 68: 94-101.
  25. Keene EJ, Skelton R, Day PF, Munyombwe T, Balmer RC. The dental health of children subject to a child protection plan. *Int J Paediatr Dent* 2015; 25: 428-435.
  26. Jordan A, Welbury RR, Tiljak MK, Cukovic-Bagic I. Croatian dental students' educational experiences and knowledge in regard to child abuse and neglect. *J Dent Educ*. 2012;76(11):1512-9.
  27. Mezzich AC, Bretz WA, Day BS, Corby PM, Kirisci L, Swaney M, et al. Child neglect and oral health problems in offspring of substance-abusing fathers. *Am J Addict*. 2007;16(5):397-402.
  28. Widom CS, Czaja SJ, Bentley T, Johnson MS. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *Am J Public Health*. 2012;102(6):1135-44.
  29. Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. AAPD guidelines, *Paediatr Dent*, 2010, 37(6): 172-175
  30. California Society of Pediatric Dentists. Dental neglect: When to report. *Calif Pediatrician* 1989; Fall:31-2
  31. Balmer R, Gibson E, Harris J., « Understanding child neglect. Current perspectives in dentistry.», *Prim Dent Care*. 2010 Jul;17(3):105-9. Badger GR. Dental neglect: a solution. *J Dent Child* 1982; 49: 285-287
  32. American Dental Association. *American Dental Association principles of ethics and code of professional conduct, with official advisory opinions revised to April 2012*.
  33. Harris J.: 'we have been guilty of neglecting dental neglect', an interview by Ruth Doherty. *British Dental Journal* 213, 137 - 139 (2012)
  34. Sfikas PM. Does the dentist have an ethical duty to report child abuse? *J Am Dent Assoc* 1996 Apr;127(4):521-3
  35. Department of Health. *Child Protection Messages from Research*. London: Her Majesty's Stationary Office; 1995.
  36. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental neglect. *Pediatr Dent* 2003;25(suppl):7
  37. Sanger RG, Bross DC, eds. *Clinical Management of Child Abuse and Neglect: A Guide for the Dental Professional*. Chicago, Ill: Quintessence Publishing Co, Inc; 1984.) (General Dental Council UK, *Preparing for Practice*, 2015, www.gdc-uk.org).
  38. Von Kaenel D, Vitangeli D, Casamassimo PS, Wilson S, Preisich J. Social factors associated with pediatric emergency department visits for caries-related dental pain. *Paediatr Dentistry* 2001;23:56-60
  39. Scorca A, Santoro V, De Donno A, Grattagliano I, Tafuri S, Introna F. Early childhood caries (ECC) and neglect in child care: analysis of an Italian sample. *Clin Ter*. 2013;164(5):e365-71.
  40. Barbosa Lourenço C., Maria Vieira de Lima Saintrain M. and Pimentel Gomes Fernandes Vieira A., «Child, neglect and oral health», *BMC Pediatrics* 2013;13:188
  41. Kvist T, Zeddrén-Sunemo J, Graca E, Dahllöf G., *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014 Oct;15(5):327-32
  42. Ajagannanavar SL, Sequeira PS, Jain J, Battur H. Dental neglect among college going adolescents in Virajpet, India. *J Indian Assoc Public Health Dent*. 2014;12:215-8.
  43. Gurunathan D, Shanmugaavel AK. Dental neglect among children in Chennai. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2016 Oct-Dec;34(4):364-9.
  44. Harris CM, Welbury R, Cairns AM., *The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect*, *Br Dent J*. 2013 May;214(9):E24.
  45. Cukovic-Bagic I, Dumancic J, Kujundzic Tiljak M, Drvaric I, Boric B, Kopic V, Krupic I, Bakarcic D, Budimir M, Welbury RR Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect., *Int J Paediatr Dent*. 2015 Nov;25(6):444-50.
  46. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, Mann MK, Kemp AM, *Characteristics of child dental neglect: a systematic review*, *Journal of Dentistry*, Volume 42, Issue 3, March 2014, Pages 229-239
  47. Laud A, Gizani S, Maragkou S, Welbury R, Papagiannoulis L., «Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece.», *Int J Paediatr Dent*. 2013 Jan;23(1):64-71.
  48. C. Harris, C. Elcock, P. D. Sidebotham & R. R. Welbury, «Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect?», *British Dental Journal* 206, 465 - 470 (2009) Published online: 9 May 2009
  49. Nahid Ramazani, *Child Dental Neglect: A Short Review*, *Int J High Risk Behav Addict*. 2014 Dec; 3(4): e2186
  50. General Dental Council UK, *Preparing for Practice*, 2015, www.gdc-uk.org
  51. Department of Health. *Child Protection Messages from Research*. London: Her Majesty's Stationary Office; 1995.