



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Σχολή Δημόσιας υγείας
Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής υγείας
Π.Μ.Σ Προαγωγή υγείας στην τρίτη ηλικία

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»**

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΑΠΕΤΡΟΥ ΕΛΕΝΗ

A.M 202113

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ :

ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Αθήνα, Ιούνιος, 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Department of Community and
Public Health
MSc: Promoting Health In Thrid
Age

UNIVESITY OF WEST ATTICA
DEPARTMENT OF COMMUNITY AND PUBLIC HEALTH
MSc. «PROMOTING HEALTH IN THIRD AGE»
Diploma Thesis

**« THE EVALUATION OF QUALITY LIFE OF PATIENTS
WITH DENTAL IMPLATS»**

Karapetrou Eleni

R.N: 202113

Supervisor:

Mparmpouni Anastasia

Athens,June, 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Σχολή Δημόσιας υγείας
Τμήμα Δημόσιας και κοινοτικής υγείας
Π.Μ.Σ Προαγωγή υγείας στην τρίτη ηλικία

«Αξιολόγηση ποιότητας ζωής ασθενών με οδοντικά εμφυτεύματα»

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΚΕΣΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΠΕΡΗΦΑΝΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

Εισηγήτρια : Καραπέτρου Ελένη

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	ΟΝΟΜΑ /ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Α.ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
2	Δ. ΠΕΡΗΦΑΝΟΥ	ΛΕΚΤΟΡΑΣ	
3	Κ.ΚΕΣΑΝΟΠΟΥΛΟΣ	Ε.ΔΙ.Π.	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Καραπέτρου Ελένη του Βασιλείου με αριθμό μητρώου 202113 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προαγωγή Υγείας Στην Τρίτη Ηλικία» του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας της σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι :

«Είμαι συγγραφέας αυτής της διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε είναι παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολο τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Μπαρμπούνη Αναστασία

Η Δηλούσα



Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Καραπέτρου Ελένη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η στοματική υγεία έχει επίπτωση στην ποιότητα ζωής. Έτσι, μέσω του ερωτηματολογίου Oral Health Impact Profile -14 ενός έγκυρου και αξιόπιστου εργαλείου, πραγματοποιήθηκε η παρούσα έρευνα.. Σκοπός της έρευνας είναι να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών που έχουν αποκατασταθεί με οδοντικά εμφυτεύματα.

Μεθοδολογία: Το δείγμα λήφθηκε από εκατό ασθενείς που έχουν αποκατασταθεί με οδοντικά εμφυτεύματα, μέσω του ερωτηματολογίου OHIP-14 σε ιατρεία της Αττικής. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συσχετίστηκε με τα δημογραφικά στοιχεία για να ερμηνευτεί.

Αποτελέσματα: Η επικρατέστερη ηλικιακή ομάδα που συμμετείχε στην έρευνα είναι η ομάδα των 56-65 ετών (34%). Το 40% απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και με μέσο μηνιαίο εισόδημα 501-1000 ευρώ (50%). Το 39% δήλωσε πως είχε «μέτρια» ποιότητα ζωής **πριν** αποκατασταθεί με οδοντικά εμφυτεύματα ενώ **μετά** το 74% δήλωσε «πάρα πολύ καλή» ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα του OHIP-14 σε συσχέτισμό με τα δημογραφικά στοιχεία επιβεβαιώνουν τη βιβλιογραφία όσο αναφορά την υπεροχή των εμφυτευμάτων έναντι άλλων προσθετικών εργασιών.

Συμπεράσματα: Η αποκατάσταση με τα οδοντικά εμφυτεύματα μπορεί να επιλεγεί από κάθε ηλικιακή ομάδα άνω των 18 ετών και χωρίς να απαιτείται ένα αρκετά υψηλό μηνιαίο εισόδημα. Η ποιότητα ζωής των ασθενών που έχουν αποκατασταθεί με οδοντικά εμφυτεύματα βελτιώνεται. Οι ασθενείς έχουν καλύτερη μασητική απόδοση, τα αισθάνονται σαν φυσικά δόντια και χωρίς να τους δημιουργούν προβλήματα(ομιλία, γέυση, ένταση, χαμόγελο). Ωστόσο, η οικονομική επιβάρυνση των ασθενών θεωρείται ένα μειονέκτημα για την επιλογή τους ως μέθοδο αποκατάστασης. Κρίνεται αναγκαίο να δημιουργηθούν δημόσιοι φορείς ώστε μελλοντικά να εξυπηρετούν τέτοιες υπηρεσίες με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής όλων των ασθενών χωρίς διακρίσεις.

SUMMARY

Oral health has a repercussion to people's quality life, so through the questionnaire Oral Health Impact Profile -14, which is valid and reliable, this research has been done.

The aim of these research is to evaluate the quality of patient's life who have been treated by dental implants.

Methods: The sample was taken from one hundred patients who have been treated by dental implants in dental clinics of Attica, via the questionnaire Oral Health Impact Profile - 14. This questionnaire is correlated with demographics elements in order to be interpreted.

Results: The predominant age of group that participated in the research is the group of age 56-65. The amount 40% are graduates of higher education and the average of monthly income is above 501-1000 euro (50%). The 39% of patients stated that they had «occasionally» quality of life **before** their treatment with dental implants but **after** their treatment with dental implants, they stated they have 74% «very often» quality of life. The results of OHIP-14 in relation to demographic elements confirm the literature as far as the superiority of implants over other prosthetic restorations is concerned.

Conclusions: The treatment with dental implants is chosen by any age group over 18 years old and without requiring a high enough monthly income. Patient's quality life of who have been treated by dental implants is improving. Patients have better chewing efficacy, they feel implants like natural teeth and without causing them problems (in speech, in taste, nervousness, or when they smile). However, the financial burden on patients is considered a disadvantage when they choose implants as a method of treatment. It is necessary to create public dental clinics so that all patients can be treated without discrimination.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εξέλιξη της οδοντιατρικής επιστήμης είναι ραγδαία. Η χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων είναι ενδεδειγμένη στις περισσότερες περιπτώσεις. Πολλές έρευνες έχουν εστιάσει στη σύγκριση και στην αξιολόγηση της σταθερότητας των ολικών οδοντοστοιχιών σε σχέση με τις επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες, όπως και στη σύγκριση των υλικών κατασκευής των προσθετικών εργασιών και στις λειτουργίες αυτών (De Kok, Han Chang, Shan Lu & Cooper, 2011). Ακόμη, μελέτες επικεντρώνονται στις διαφορές του μήκους του εμφυτεύματος (Thoma, Haas, Sporniak-Tutak, Garcia, Taylor & Hämmerle, 2018) και στο πρωτόκολλο της άμεσης φόρτισης των εμφυτευμάτων με τις προσθετικές αποκαταστάσεις με στόχο την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών (Stoker & Wismeijer, 2011).

Επειδή πολλές έρευνες πραγματοποιούνται με κύριο στόχο την αποκατάσταση των ασθενών και εστιάζουν στο λειτουργικό μέρος της αποκατάστασης της νωδότητας με τα οδοντικά εμφυτεύματα, υπήρξε η επιθυμία μου για την κοινωνική προσέγγιση των ασθενών που φέρουν οδοντικά εμφυτεύματα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, οφείλω να ευχαριστήσω την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της εν λόγω εργασίας και Διευθύντρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Προαγωγή Υγείας Στην Τρίτη Ηλικία», Καθηγήτρια Αναστασία Μπαρμπούνη, η οποία ήταν πρόθυμη και υποστηρικτική ώστε να εκπονηθεί η συγκεκριμένη εργασία. Εν συνεχεία, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Κεσανόπουλο Κωνσταντίνο, Εργαστηριακό Διδακτικό Προσωπικό (Ε.ΔΙ.Π) του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας και την κα Περηφάνου Δήμητρα, Λέκτορα, του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, για την υποστήριξη, την συμβολή και την τιμή να είναι μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της παρούσας εργασίας.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω το Κέντρο Οδοντιατρικής Περίθαλψης στη Νέα Φιλαδέλφεια και ειδικά τους οδοντιάτρους Ουσταμπασίδου Βασιλική και Αθανασίου Σπύρο για την υποστήριξη, τη συλλογή του δείγματος της συγκεκριμένης έρευνας και την πρόσβαση στην οδοντιατρική βιβλιοθήκη του Κέντρου. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την συνεργάτη, φίλη και οδοντίατρο Πρατικάκη Γεωργία, η συμβολή της οποίας ήταν καθοριστική για την επιτυχή ολοκλήρωση του Προγράμματος Σπουδών τόσο με την υποστήριξη, την συμβουλή, την εμπύχωση της, όσο και με τη διευκόλυνση των συνθηκών εργασίας μου. Πολύτιμη υπήρξε η καθοδήγηση της αδερφής μου και η ψυχολογική υποστήριξη που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών.

Τέλος, η παρούσα εργασία δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς τον άνθρωπο που με ενέπνευσε να διευρύνω τους ορίζοντες της γνώσης μου, που με καθοδηγεί και που λειτουργεί ως πνευματικός καθοδηγητής μου, ο «μέντορας», εξαίρετος φίλος και συνεργάτης Ειδικός Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός Σπύρος Αθανασίου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απώλεια των δοντιών δημιουργεί πληθώρα λειτουργικών και κοινωνικών προβλημάτων. Η σύγχρονη οδοντιατρική προσέγγιση στην αποκατάσταση της νωδότητας είναι η θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα είτε αυτά τοποθετούνται σε πλήρη νωδή ακρολοφία που συνοδεύονται από επένθετες επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες, είτε τοποθετούνται για την αποκατάσταση ενός ή περισσότερων απολεσθέντων δοντιών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα αλλά και να εξετάσει την ποιότητα ζωής των ασθενών πριν την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων.

Η ανά χείρας εργασία αποτελείται από δυο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος αναλύονται οι αιτίες της νωδότητας και οι επιπτώσεις της, τόσο στο λειτουργικό, όσο και στο κοινωνικό επίπεδο. Ακόμα, αναλύεται ο ρόλος της προληπτικής οδοντιατρικής αλλά και η περίθαλψη που υπάρχει στην Ελλάδα. Στο γενικό μέρος αναφέρονται και οι δείκτες αξιολόγησης της στοματικής υγείας όπως και τα βιβλιογραφικά αποτελέσματα των ερευνών. Τέλος, δεν θα μπορούσε να παραληφθεί το κεφάλαιο που σχετίζεται με τη χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων αλλά και τους περιορισμούς τους.

Στο ειδικό μέρος αναλύεται η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ιατρεία της Αττικής. Σκοπός της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που έχουν αποκατασταθεί με οδοντικά εμφυτεύματα. Το δείγμα των ασθενών αξιολογήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου Oral Health Impact Profile-14, ενός έγκυρου και αξιόπιστου εργαλείου που είναι ευρέως διαδεδομένο και συσχετίστηκε με τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών για να ερμηνευτεί. Ακόμα, υπάρχουν δυο ερωτήσεις βαθμονόμησης που αξιολογούν την ποιότητα ζωής **πριν** από την αποκατάσταση των ασθενών με τα οδοντικά εμφυτεύματα αλλά και **μετά**. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού συστήματος SPSS ώστε να αποφευχθούν τυχόν σφάλματα των αποτελεσμάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	5
Summary	6
Πρόλογος	7
Ευχαριστίες	8
Εισαγωγή	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	
1.1 Αιτίες απώλειας δοντιών	12
1.2.1 Επιπτώσεις νωδότητας	14
1.2.2 Κοινωνικές επιπτώσεις νωδότητας	16
1.3 Προληπτική Οδοντιατρική	17
1.4 Η Οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	
2.1 Δείκτες αξιολόγησης στοματικής υγείας	23
2.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση αξιολόγησης εμφυτευμάτων	25
2.3.1 Τα οδοντικά εμφυτεύματα	26
2.3.2 Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα οδοντικών εμφυτευμάτων	30
2.3.3 Ενδείξεις οδοντικών εμφυτευμάτων	32
2.3.4 Περιορισμοί – Αντενδείξεις οδοντικών εμφυτευμάτων	33
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	
3.1 Εισαγωγή	36
3.2 Μεθοδολογία	36
3.3 Στατιστική ανάλυση δεδομένων	39
3.4 Στατιστική ανάλυση ΟΗΡ-14	46
Συζήτηση- Συμπεράσματα	60
Βιβλιογραφία	63
Παράρτημα Ι	70
Παράρτημα ΙΙ	77

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1 ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΔΟΝΤΙΩΝ

Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην απώλεια των δοντιών. Με την απώλεια των δοντιών χάνονται πολλά λειτουργικά στοιχεία αναφοράς του προσώπου. Η ομιλία και η μάσηση αποτελούν τις κύριες λειτουργικές επιπτώσεις της νωδότητας. Όμως εκτός από τις λειτουργικές επιπτώσεις υπάρχουν και οι ψυχοκοινωνικές. Η νωδότητα αντιμετωπίζεται πρωτογενώς με την πρόληψη γι αυτό και πρέπει να γίνει μια εκστρατεία ενημέρωσης και εκπαίδευσης του πληθυσμού. Παρόλα αυτά, μπορεί να αντιμετωπιστεί με τριτογενή πρόληψη, δηλαδή με προσθετική αποκατάσταση που περιλαμβάνει οδοντικά εμφυτεύματα, ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις ολικές, μερικές και επένθετες οδοντοστοιχίες (Αποστόλου, 2003 · Κοσιώνη & Ραχιώτης, 2010).

«Νωδός είναι ο ασθενής που δεν διαθέτει δόντια στη στοματική κοιλότητα και που σύμφωνα με τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εντάσσεται στα άτομα με φυσική αναπηρία δεδομένου ότι αδυνατεί να εκτελέσει επαρκώς τις βασικές λειτουργίες της μάσησης και της ομιλίας.» Αντίστοιχα νωδή περιοχή χαρακτηρίζεται το τμήμα της ακρολοφίας του απολεσθέντος δοντιού (Καρκαζής & Κοσιώνη, 2012).

Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα η νωδότητα αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα ειδικά στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών, όπου το ποσοστό είναι από 6% έως και 78% ανάλογα με τη χώρα. Στην Ευρώπη το ποσοστό των ηλικιωμένων που επισκέφθηκε κάποιο οδοντιατρείο ανέρχεται στο 25% ενώ στις ηλικίες 50-54 το ποσοστό αυτό είναι 63%. Η νωδότητα στην Ελλάδα μεταξύ των ηλικιών 64-74 ανέρχεται στα 31,5%. Σύμφωνα με έρευνες το χαμηλό εισόδημα και η ελλιπής εκπαίδευση αποτελούν τους κύριους κοινωνικούς παράγοντες της. Παρόλο που η οδοντιατρική επιστήμη έχει κάνει άλμα ως προς την πρόληψη της στοματικής υγείας ιδίως των παιδιών, η πρόληψη της στοματικής κοιλότητας των ηλικιωμένων και η κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση τους παραμένει φτωχή έως και ανύπαρκτη (Αναστασοπούλου, 2015 · Καρκαζής, 2012 · Κοσιώνη, 2010 · Κοσιώνη & Ζερβού - Βάλβη, 2009).

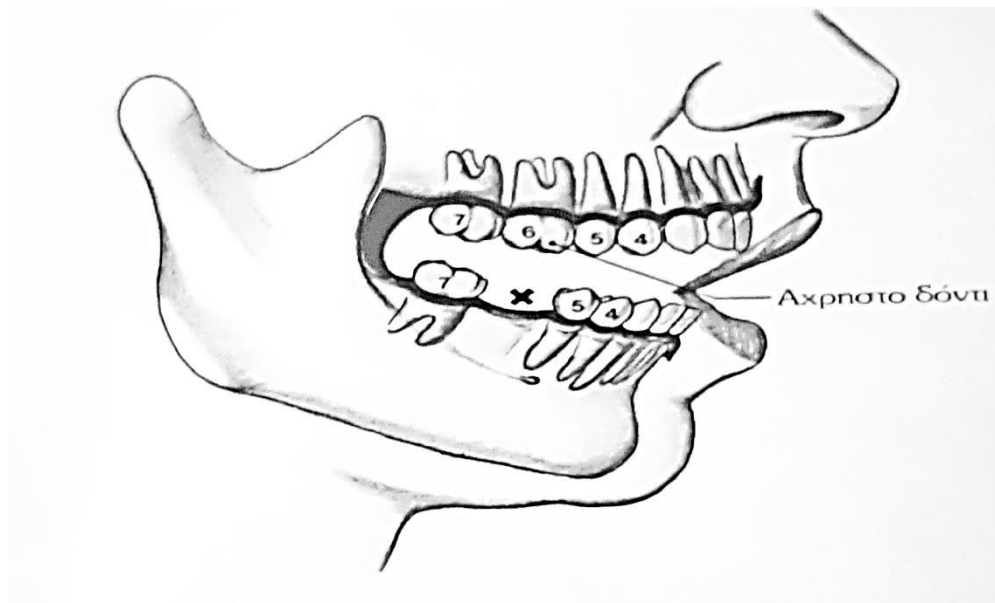
Παρόλο που η οδοντιατρική επιστήμη έχει εξελιχθεί και πλέον η εφαρμογή της εξακτικής είναι μειωμένη σε σχέση με το παρελθόν η κλινική οδοντιατρική πράξη έρχεται αντιμέτωπη με το στάδιο της εξαγωγής αλλά και με την αποκατάσταση της νωδότητας (Μάρτης, 2004). Οι κύριες αιτίες απώλειας δοντιών είναι η τερηδόνα και η περιοδοντική νόσος με το ποσοστό να αγγίζει το 85% (Αποστόλου, 2003). Η χαμηλή μόρφωση, η ελλιπής πρόληψη και ενημέρωση, το χαμηλό εισόδημα συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση της Η πρόληψη και η διατήρηση της στοματικής υγιεινής των εναπομεινάντων δοντιών

προλαμβάνει την απώλεια των υπολοίπων. Ο καρκίνος ,διάφορα νοσήματα που επιβαρύνουν την κατάσταση των δοντιών, εκτεταμένες τερηδόνες, κατάγματα, ύπαρξη περιοδοντικής νόσου, κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφή πλούσια σε γλυκόζη σε συνδυασμό με πτωχή υγιεινή οδηγούν στην απώλεια των δοντιών. Στους ηλικιωμένους εκτός από τα προαναφερθέντα σημαντικό ρόλο στη νωδότητα είναι το επίπεδο λειτουργικής αυτοδυναμίας (Κοσιώνη, 2018 · Αναστασοπούλου, 2015 · Καρκαζής, 2012 · Κοσιώνη, 2010 · Κοσιώνη, 2009).

1.2.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΩΔΟΤΗΤΑΣ

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα με την απώλεια ενός ή περισσότερων δοντιών υπάρχουν λειτουργικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Το στοματογναθικό σύστημα αποτελείται από τα οστά, τα δόντια, τις διαρθρώσεις, το περιοδόντιο και το νευρομυϊκό σύστημα. Σκοπός του είναι να εκτελεί διάφορες βιολογικές λειτουργίες όπως είναι η μάσηση, η κατάποση και η ομιλία. Έτσι, για μια ομαλή και σωστή βιολογική λειτουργία απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρχει μια ισορροπία. Η απώλεια των δοντιών αποτελεί την κύρια αιτία που διαταράσσει την λειτουργική ισορροπία του στοματογναθικού συστήματος (Δρούκας, 2008). Η απώλεια ενός ή περισσότερων δοντιών συνοδεύεται από την απορρόφηση του οστού, έτσι καταστρέφεται το οστό και ειδικά όταν ο ασθενής φέρει οδοντοστοιχίες η απορρόφηση είναι ταχύτερη (Γιαννικάκης, 2003).

Εικόνα 1



(Berns, 1991)

Όπως διακρίνεται στην εικόνα 1 με την απώλεια ενός δοντιού X το επάνω αντίστοιχο δόντι δεν είναι πια λειτουργικό γιατί έχει χάσει τον ανταγωνιστή του και δεν χρησιμοποιείται. Αντίστοιχα, όσα δόντια χάνονται τόσο αυξάνεται το ποσοστό των μη λειτουργικών δοντιών. Τα οπίσθια δόντια όταν δεν έχουν δόντι ανταγωνιστή υπερεκφύονται με αποτέλεσμα να αποκαλύπτεται το μέρος της ρίζας τους και να μην είναι εύκολη η αφαίρεση της μικροβιακής πλάκας. Όπως είναι γνωστό οι ρίζες των δοντιών τερηδονίζονται

ευκολότερα σε σχέση με τη μύλη του δοντιού και η ενασβεστωμένη μικροβιακή πλάκα δημιουργεί φλεγμονή στα ούλα. Όπως διακρίνεται στην εικόνα 1 υπάρχει ένας κενός χώρος ανάμεσα στο τελευταίο δόντι που βρίσκεται δίπλα από το δόντι X που έχει εξαχθεί. Λόγω της φύσης των δοντιών που έχουν την τάση να κλίνουν προς το μπροστινό μέρος του στόματος, με την εξαγωγή του X ο γομφίος 7 μπορεί να μετακινηθεί με οριζόντια κατεύθυνση προς το μπροστινό μέρος του στόματος. Έτσι, σ' ένα δόντι με κλίση θα εγκατασταθούν υπολείμματα τροφών και βακτηρία και κατά συνέπεια θα δημιουργηθεί ουλικός θύλακος. Αυτή η φλεγμονή των ούλων είναι δυνατόν να μεταδώσει τη φλεγμονή στο αμέσως παράπλευρο οστό και αποτέλεσμα της εξέλιξης αυτής της φλεγμονής είναι η απώλεια του οστού που συγκρατεί το δόντι, δηλαδή η περιοδοντική νόσος (Δρούκας & Σταθόπουλος, 1987· Berns, 1991).

Τέλος, με την μετακίνηση και την κλίση των δοντιών μεταβάλλεται η σύγκλιση τους. Τα προβλήματα της σύγκλισης μπορεί να οδηγήσουν σε περιοδοντικό τραυματισμό, δηλαδή σε βλάβη του περιοδοντικού συνδέσμου λόγω της αυξημένης πίεσης ή της μη ευνοϊκής κατανομής των δυνάμεων. Ακόμα, μπορεί να οδηγήσει σε θραύση δοντιού ή προσθετικής εργασίας λόγω της υπερβολικής πίεσης που ασκείται. Τέλος, μια μη ιδανική σύγκλιση μπορεί να επιφέρει βλάβη στην κροταφογναθική διάρθρωση και να προκαλέσει αρθρίτιδα (Γιαννικάκης, 2006 · Δρούκας, 2008).

1.2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΩΔΙΟΤΗΤΑΣ

Η ποιότητα ζωής απασχολεί αρκετά τους επιστήμονες τα τελευταία 20 χρόνια. Το ενδιαφέρον για τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών στο κοινωνικό τους σύνολο είναι πολύτιμο εργαλείο που βοηθάει και τους επιστήμονες της υγείας στην επίλυση αρκετών προβλημάτων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τοποθετεί την ποιότητα ζωής στην υγεία και την ορίζει ως « φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας». Η ποιότητα ζωής εκφράζεται με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, με την ισότητα της υγείας σε όλους, με την αύξηση της ζωής στα χρόνια και με το να δίνεται υγεία στη ζωή (Νάκου, 2001).

Είναι σαφές ότι οι επιπτώσεις της νωδότητας δεν θα πρέπει να εκτιμούνται μόνο ως προς το λειτουργικό τους μέρος. Οι κοινωνικές επιπτώσεις είναι αρκετές και η ποιότητα ζωής των ανθρώπων μηδαμινή. «Ο Alexander και ο Lada πατέρες της ψυχοσωματικής αναφέρουν πως ο νωδός ασθενής πάσχει από μια αναπηρία σε ένα τμήμα του σώματος και συγκεκριμένα του Στοματογενναθικού Συστήματος» (Γιαννικάκης, 2003).

Ψυχοκοινωνικά, σύμφωνα με έρευνες, οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, φόβο, ανασφάλεια κατά τη διάρκεια της μάσησης, της ομιλίας και αίσθημα κατωτερότητας (Friedman, 1987 ; Slade, 1994).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ινδία εξέτασε τη σχέση του άγχους με την ικανοποίηση που προσφέρουν τα δόντια. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο τμήμα Προσθητικής του Ινστιτούτου Οδοντιατρικής και για διάστημα 17 μηνών. Αφού ελέγχθηκε το επίπεδο άγχους με ερωτηματολόγιο και αξιολογήθηκε, έδειξε ότι σημαντικό ρόλο στο άγχος είναι η απώλεια των δοντιών, το φύλο, η ηλικία, η εμπειρία με κινητές οδοντοστοιχίες και η ικανοποίησή τους από αυτές. Οι γυναίκες είχαν υψηλότερο ποσοστό άγχους που σχετίζεται με την απώλεια δοντιών σε σχέση με τους άντρες (Shrivastava, 2012).

Ακόμη, έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της νωδότητας, αναφέρουν ότι επηρεάζει την αυτοεκτίμηση, την κοινωνικότητα ενώ αρκετοί εμφανίζουν κατάθλιψη. Σύμφωνα με τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Γκουτζαράτι για τις επιπτώσεις της νωδότητας σε σχέση με την κατάθλιψη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 58% του δείγματος δυσκολεύτηκε να προσαρμοστεί σε αυτή την κατάσταση εμφανίζοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση, απόσταση από κοινωνικές συναναστροφές και κατάθλιψη (Rupal, 2015).

Ακολούθως, και στο 43ο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Οδοντιατρικής Εταιρίας ερευνών παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη σε

ασθενείς χωρίς δόντια. Το 13,4% των συμμετεχόντων ανέφερε άγχος, το 16,7% κατάθλιψη ενώ το 5,7% ένα συνδυασμό κατάθλιψης και άγχους (Μπατσκίνη, 2018).

Αντίστοιχα, στην Ιαπωνία το 2013 εξετάστηκε η σχέση του γέλιου και της στοματικής υγείας σε μια κοινότητα ηλικιωμένων. Οι συμμετέχοντες άντρες ήταν 11.239 ενώ οι γυναίκες 12.799 και όλοι άνω των 65 ετών. Αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι που είχαν τουλάχιστον 10 δόντια είχαν περισσότερες πιθανότητες να γελάσουν σε σχέση με πλήρη νωδούς ασθενείς (Mayumi, 2021).

Έχει πραγματοποιηθεί η μελέτη σε σχέση με την ποιότητα του φαγητού των ηλικιωμένων νωδών ή φερόντων οδοντοστοιχιών, όπου τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αποφεύγεται η κατανάλωση τροφών που επηρεάζει την ευστάθεια και τη συγκράτηση της οδοντοστοιχίας. Μερικοί δήλωσαν πως λόγω πόνου κατά τη διάρκεια της μάσησης, λόγω μεγέθους του βλωμού και λόγω σύστασης τροφής απέφευγαν κοινωνικές δραστηριότητες που είχαν διατροφικό περιεχόμενο. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ατελής μάσηση της τροφής επιφέρει και οργανικά προβλήματα (Obrez, 1999).

1.3 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει στόχο την προαγωγή της στοματικής υγείας σε όλο τον πληθυσμό και χωρίς κοινωνικές ανισότητες. Προωθεί στρατηγικές ώστε κάθε άτομο να μπορέσει στο μέγιστο να χρησιμοποιήσει τις δυνατότητες του ώστε να έχει μια καλή στοματική υγεία. Η οδοντιατρική επιστήμη διακρίνεται σε τρεις βαθμίδες όπου καθεμία προσπαθεί να παρέμβει με το δικό της μέσο ώστε να προλάβει ή να ελέγξει ή και να θεραπεύσει την κάθε νόσο του στόματος. Συνεπώς, η νωδότητα μπορεί να προληφθεί μέσω:

A) Προληπτικής Οδοντιατρικής: Στόχο έχει την ενημέρωση και την εκπαίδευση των πολιτών στους κανόνες στοματικής υγιεινής για την αποφυγή δημιουργίας οδοντιατρικών προβλημάτων. Η πολιτεία θα πρέπει να οργανώσει εκστρατεία ενημέρωσης του ηλικιωμένου πληθυσμού για τη αξία της διατήρησης της στοματικής υγιεινής. Οφείλει να εκπαιδεύσει νοσηλευτές και άλλους παραϊατρικούς κλάδους ώστε να μπορούν να εξυπηρετούν τους μη ανεξάρτητους ηλικιωμένους.

B) Έλεγχος - Αναστολή της νόσου: Μέσω της δευτερογενούς πρόληψης προλαμβάνεται η εξέλιξη της νόσου. Είναι σημαντικό η εξέλιξη της νόσου να διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο ώστε να παρεμβαίνει ο οδοντίατρος και να προλαμβάνει δυσχερέστερες συνέπειες. Με

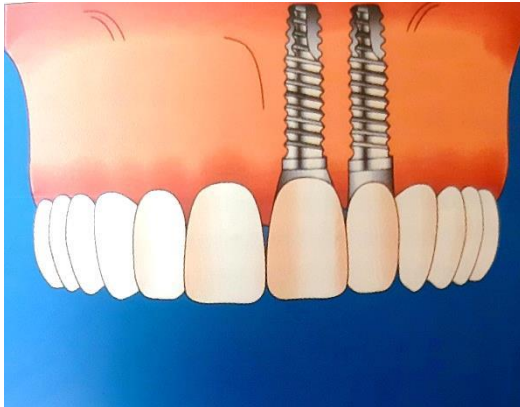
τον τακτικό οδοντιατρικό έλεγχο και με την τυχαία εύρεση μιας ανερχόμενης βλάβης, επιτυγχάνεται η θεραπεία σε πρώιμο στάδιο και έτσι διατηρούνται τα δόντια στον φραγμό.

Γ) Αποκατάσταση: Με τον όρο αποκατάσταση ή τριτογενής πρόληψη χαρακτηρίζεται «η εφαρμογή μέτρων με τα οποία επισκοπείται η επανάκτηση τμήματος ενός λειτουργικού οργάνου». Στην τριτογενή πρόληψη περιλαμβάνονται όλες οι οδοντιατρικές θεραπείες που αφορούν προσθετική αποκατάσταση δοντιών (στεφάνες, οδοντοστοιχίες, εμφυτεύματα) αλλά και στις θεραπείες που πραγματοποιούνται προκειμένου να μην υπάρξει απώλεια δοντιών όπως ενδοδοντική θεραπεία, περιοδοντική θεραπεία (Αποστόλου, 2003 · Κοσιώνη, 2010 · Κουνάρη & Χωματά, 2007).

Ακόμη και να απολεστούν τα δόντια, υπάρχουν προσθετικές αποκαταστάσεις που εξυπηρετούν τις λειτουργίες της μάσησης, της ομιλίας και της αισθητικής. Συνεπώς μέσω της σωστής προσθετικής αποκατάστασης επιτυγχάνεται μια ποιοτική ζωή. Οι προσθετικές αποκαταστάσεις μπορεί να είναι κινητές ή ακίνητες.

Στην ακίνητη προσθετική αποκατάσταση υπάγονται τα οδοντικά εμφυτεύματα που τοποθετούνται σε νωδή ακρολοφία και υποστηρίζουν ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις ενός ή περισσότερων δοντιών. Ακόμα, στην ακίνητη προσθετική ανήκουν οι αποκαταστάσεις που στηρίζονται στα γειτονικά φυσικά δόντια και μέσω ενός γεφυρώματος συμπληρώνουν τη νωδή ακρολοφία του δοντιού που έχει χαθεί (Ανδριτσάκης, 2011 · Δημητροπούλου, 2004 · Danarpanah, Martinez, Kebir & Tecucianu, 2003).

Εικόνα 2



*Εμφυτεύματα που υποστηρίζουν
προσθετική αποκατάσταση*
(Danarpanah et al., 2003)



*Προσθετική αποκατάσταση με
γέφυρα*
(Danarpanah et al., 2003)

Στις κινητές προσθετικές αποκαταστάσεις ανήκουν οι :

«Ολική οδοντοστοιχία, που είναι η προσθετική εργασία που κατασκευάζεται για ολικά νωδή γνάθο» (Γιαννικάκης, 2003).

«Μερική οδοντοστοιχία είναι η κινητή πρόσθεση που αντικαθιστά ένα ή περισσότερα φυσικά δόντια που χάθηκαν μαζί με τους παρακείμενους ιστούς και που στηρίζεται σε υπάρχουσα φυσικά δόντια ή στην υπολειμματική φατνιακή ακρολοφία ή και στα δυο (Μπαλούρδας, 2005)».

«Επένθετη οδοντοστοιχία είναι μια ολική ή μερική οδοντοστοιχία που τοποθετείται πάνω από τα φυσικά δόντια που έχουν παραμείνει στο στόμα του ασθενούς και που πιθανόν να έχει γίνει τροποποίηση ή όχι της μύλης τους.» Η επένθετη οδοντοστοιχία μπορεί να εδράζεται και σε εμφυτεύματα και ονομάζεται επένθετη οδοντοστοιχία επί εμφυτευμάτων (Γιαννικάκης & Καρκαζής, 2008 · Προμπονάς, 2009).

Εικόνα 3



*Ολική οδοντοστοιχία άνω γνάθου
(προσωπικό αρχείο)*

Εικόνα 4



*Μερικές οδοντοστοιχίες άνω και κάτω γνάθου
(προσωπικό αρχείο)*



*Επένθετη οδοντοστοιχία που
εδράζεται σε θεραπευμένες ρίζες δοντιών
(προσωπικό αρχείο)*

Εικόνα 5.α



*Επένθετη οδοντοστοιχία επί εμφυτευμάτων
(προσωπικό αρχείο)*

Εικόνα 5.β

1.4 Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα ακολουθεί το μοντέλο της οδοντιατρικής περίθαλψης της Νοτίου Ευρώπης. Έτσι, η οδοντιατρική φροντίδα παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα, από την κοινωνική ασφάλιση και από το Εθνικό σύστημα υγείας. Τα Κέντρα Υγείας που καλύπτουν την οδοντιατρική περίθαλψη ανέρχονται περίπου στα 190. Στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ δεν παρέχεται καμία ασφαλιστική κάλυψη μετά την ενηλικίωση τους. Ένα τεράστιο αγκάθι της Ελληνικής κοινωνίας είναι η απουσία της ασφαλιστικής κάλυψης των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι έχουν χαμηλό εισόδημα και δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στην οικονομική επιβάρυνση των οδοντικών προσθετικών εργασιών. Αρκετοί μένουν χωρίς κάποια προσθετική αποκατάσταση για αρκετό διάστημα λόγω οικονομικών προβλημάτων με δυσχερείς συνέπειες τόσο ψυχοκοινωνικά όσο και στους ιστούς του στόματος.

Το κράτος οφείλει να ενισχύσει τα ασφαλιστικά ταμεία ως προς την οδοντιατρική περίθαλψη των ασθενών τόσο στην ποιότητα όσο και στην χρηματική κάλυψη των αναγκών αυτών. Μέριμνα πρέπει να δοθεί και στους ηλικιωμένους που είναι μη ανεξάρτητοι και δεν μπορούν να μετακινηθούν ώστε να φροντίσουν την οδοντιατρική τους αποκατάσταση. Πρέπει να ενισχυθεί το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» με καταρτισμένους επαγγελματίες ώστε να παρέχουν οδοντιατρική φροντίδα. Ακόμα κρίνεται αναγκαία η διαμόρφωση ειδικών χώρων που να εξυπηρετούν την προσέλευση των ασθενών που η μετακίνηση τους είναι δύσκολη (Αποστολοπούλου, 2003 · Κοσιώνη, 2010 · Κουνάρη & Χωματά, 2007).

Στα παιδιά παρέχεται οδοντιατρική περίθαλψη μέσω των Κέντρων Υγείας και δωρεάν στοματολογική εξέταση από οδοντιάτρους που επισκέπτονται τους σχολικούς χώρους. Σε σχέση με το παρελθόν τα επιδημιολογικά δεδομένα της τερηδόνας των παιδιών έχουν μειωθεί αλλά ο δείκτης της τερηδόνας δεν αγγίζει το δείκτη που έχει ορίσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Συνεπώς, θα πρέπει να αναπτυχθούν συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ώστε να υπάρχει η κατάλληλη εκπαίδευση και ενημέρωση για τη φροντίδα της στοματικής υγείας καθώς και η κατάλληλη χρηματοδότηση για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού χωρίς διακρίσεις και ανισότητες. Το 90% της οδοντιατρικής περίθαλψης καλύπτεται από τον ιδιωτικό τομέα ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας είναι ανύπαρκτη τόσο σε ειδικές κατηγορίες ατόμων όσο και στο γενικό πληθυσμό (Ουλής, 2015).

Ιδιαίτερης σημασίας είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που αναφέρουν σημαντικές υλικοτεχνικές ελλείψεις όπως και τη μη ικανοποίηση των ασθενών από τις συγκεκριμένες παροχές. Σημαντική αναφορά γίνεται

στους πολίτες που λόγω της κρίσης θεωρούν ότι το σύστημα της δημόσιας υγείας έχει κατακερματιστεί, ότι εξυπηρετούνται μόνο οι αλλοδαποί και ότι το σύστημα υγείας δεν πληροί τους βασικούς κανόνες υγιεινής και ασφάλειας. Έτσι, αναγκάζονται να αναζητούν ιδιωτική περίθαλψη όταν αυτό είναι οικονομικά εφικτό (Κουλούρη, Φούφουλα, Καπράλος, Λυγερού & Ρούπα, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2.1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η κατάσταση της στοματικής υγείας απασχολεί τόσο τους επιδημιολόγους και τους κοινωνικούς αναλυτές, όσο και τους οικονομολόγους σε παγκόσμιο επίπεδο. Πολλοί οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, και το Council of European Chief Dental Officers, ασχολούνται με τις επιπτώσεις της στοματικής υγείας στο κοινωνικό πλαίσιο, στο οικονομικό αλλά και στη συσχέτιση της με την ποιότητα ζωής (Νικολακέας, Καστανιώτη, Πλατής & Κοστριβά, 2019).

Το ενδιαφέρον για τη συσχέτιση της στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής ξεκίνησε στις αρχές του 1990 με κάποια ερωτηματολόγια που ήταν βασισμένα στη μέτρηση της ποιότητας ζωής και της γενικής υγείας. Αυτά τα ερωτηματολόγια διαμορφώθηκαν ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν στη στοματική υγεία. Αν και αρχικά υπήρχε ένας προβληματισμός για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των ερωτηματολογίων, στη συνέχεια θεωρήθηκαν αποτελεσματικά και χρησιμοποιούνται ευρέως έως και σήμερα. Τα ερωτηματολόγια αυτά αποτελούνται από αρκετές ερωτήσεις και καταγράφουν τις απόψεις, τα συμπτώματα και τη συμπεριφορά των ασθενών (Slade & Spencer, 1994 ; Locker, 1998 ; Stassburger, Kerschbaum & Heydecke, 2006 ; Allison, Locker & Feine, 1997).

Μερικά από τα πιο διαδεδομένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για τη στοματική υγεία είναι:

Oral Health Impact Profile. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε το 1994 από τους Slade και Spencer. Αρχικά αποτελούνταν από 49 ερωτήσεις ενώ στη συνέχεια η σύντομη εκδοχή του περιλαμβάνει 14. Το ερωτηματολόγιο μετράει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία και την αντίληψη που έχουν οι ασθενείς για τις παθήσεις του στόματος, τυχόν αναπηρίες, δυσλειτουργίες και το αντίκτυπο των διαταραχών του στόματος στην ευημερία τους (Slade & Spencer, 1994).

Oral Impacts on daily performance. Είναι ένα ερωτηματολόγιο που μετρά την επιβάρυνση των καθημερινών δραστηριοτήτων που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη στοματική υγεία (Adulyanon & Sheiham, 1997) .

Dental Impact Of Daily Living. Είναι ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της οδοντικής ικανοποίησης και του αντίκτυπου στην καθημερινή ζωή. Ακόμα,

μελετά τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των επιπτώσεων των νόσων του στόματος, σε σχέση με τη λειτουργικότητα και την ψυχοκοινωνική ευεξία του ασθενή (Leao & Sheiham, 1996).

Geriatric Oral health Assessment Index. Είναι ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 12 ερωτήσεις και που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και τη στοματική τους υγεία. Εστιάζει στην αισθητική δυσαρέσκεια, στην κακή μάσηση και την αποφυγή των κοινωνικών συναναστροφών (Atchison & Dolan, 1990).

Dental Impact Profile. Είναι ένα αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο το οποίο αναπτύχθηκε ώστε να μπορεί να αξιολογήσει το πόσο επηρεάζουν τα δόντια και το στόμα τη ζωή των ανθρώπων (Strauss & Hunt, 1993).

Social Impacts Of Dental Disease. Είναι ένας δείκτης που αναλύει τις συνέπειες της διατήρησης της στοματικής υγείας και της θεραπείας των στοματικών διαταραχών (Cushing et al., 1986).

Subjective Oral Health Status Indicators. Ο δείκτης αυτός συνδέει τη φύση της στοματικής υγείας και το κοινωνικοϊατρικό επίπεδο (Locker & Miller, 1994).

Rand Dental Health Index. Είναι ένας δείκτης μεγάλης κλίμακας που εξετάζει τον τρόπο με την εκτίμηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας ενός ασθενούς επηρεάζει και πως αυτό επηρεάζει την ποιότητα ζωής (Kamberg & Feldman, 1983).

Oral Health Impact Profile Edentulous. Είναι ένα πολύτιμο εργαλείο το οποίο ανιχνεύει τον αντίκτυπο της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ολικές οδοντοστοιχίες, πριν και μετά την εφαρμογή τους (Shrestha, Basnet & Adhikari, 2020).

2.2 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, πολλές βιβλιογραφικές αναφορές εστιάζουν στην αποκατάσταση που τοποθετείται πάνω από τα οδοντικά εμφυτεύματα αλλά και τη σύγκριση τους με άλλες προσθετικές αποκαταστάσεις. Αρκετές έρευνες μελετούν την ικανοποίηση των ασθενών που φέρουν κινητές οδοντοστοιχίες και των ασθενών που έχουν επένθετη επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία, με την επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία να υπερέχει σημαντικά. Στους ηλικιωμένους μέσα από μελέτες φαίνεται ότι οι επένθετες επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες αυξάνουν την ποιότητα ζωής τους και τους παρέχουν μια καλύτερη μασητική απόδοση (Heydecke, Locker, Awad, Lund & Feine, 2003 ; Boerrigter, Stegenga, Raghoebar & Boering, 1995). Όσο αναφορά την ικανοποίηση του φύλου, φαίνεται οι γυναίκες να είναι λιγότερο ικανοποιημένες με τις συμβατικές οδοντοστοιχίες έναντι των αντρών (Pan , Thomason, Dufresne, Kobayashi, Kimoto, Wollin & Feine, 2008).

Η χειρουργική τοποθέτηση του εμφυτεύματος φαίνεται να δημιουργεί άγχος στους περισσότερους ανθρώπους. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη που πραγματοποιήθηκε ώστε να αξιολογήσει το άγχος και την ικανοποίηση των ασθενών πριν από το χειρουργικό στάδιο της τοποθέτησης του εμφυτεύματος μέσω οπτικοακουστικών και λεκτικών πληροφοριών . Στην έρευνα, φάνηκε ότι και οι δυο κατηγορίες ασθενών ήταν ικανοποιημένοι από το χειρουργικό στάδιο της εμφύτευσης, αλλά οι ασθενείς που τους παρείχαν μόνο λεκτικές πληροφορίες για την επέμβαση, είχαν λιγότερο άγχος σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν ενημερωθεί μέσω οπτικοακουστικών πληροφοριών (Alonso, Vivo, Guerrero, Mourelo & Siles, 2019).

Ακόμα, αίσθημα ικανοποίησης φαίνεται να έχουν οι περισσότεροι ασθενείς που τους τοποθετείται άμεσα η εμφυτευματική προσθετική αποκατάσταση είτε είναι τη μέρα της χειρουργικής τοποθέτησης είτε λίγες μέρες αργότερα, ειδικά όταν το εμφύτευμα αφορά την πρόσθια ζώνη όπου η αισθητική είναι υψίστης σημασίας (Schropp, Isidor, Kostopoulos & Wenzel, 2004).

Ως προς το κοινωνικό πλαίσιο, έρευνα διεξήχθη με σκοπό να διερευνηθούν οι κοινωνικές επιπτώσεις της νωδότητας, πριν από την αποκατάσταση με οδοντικά εμφυτεύματα και μετά. Το δείγμα των ασθενών ανέφερε αποφυγή σεξουαλικής δραστηριότητας, φιλιών, σωματικής άθλησης, συνομιλίας και ήπια μάσηση. Δυο μήνες μετά την επιεμφυτευματική αποκατάσταση υπήρξε σημαντική βελτίωση σε όλους τους τομείς (Heydecke et al., 2005).

2.3.1 ΤΑ ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ

Η χρησιμοποίηση των εμφυτευμάτων στην καθημερινή κλινική πράξη δεν είναι απλή διαδικασία και απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία. Η τοποθέτηση τους γίνεται από γναθοπροσωπικούς χειρουργούς, περιοδοντολόγους, προσθετολόγους, οδοντιάτρους που έχουν ειδικευτεί στην εμφυτευματολογία και από εξειδικευμένο βοηθητικό προσωπικό.

Το πλέον χρησιμοποιούμενο κατασκευαστικό υλικό των εμφυτευμάτων είναι το τιτάνιο. «Λέγοντας οδοντικό εμφύτευμα εννοούμε μια τεχνητή ρίζα δοντιού κατασκευασμένη από διάφορα μέταλλα ή άλλα υλικά που «φυτεύεται» στα οστά των γνάθων για να αντικαταστήσει ένα φυσικό δόντι που λείπει» (Αλεξανδρή, 2003).

Εικόνα 6



*Οδοντικό εμφύτευμα με επιεμφυτευματική στεφάνη
(προσωπικό αρχείο)*

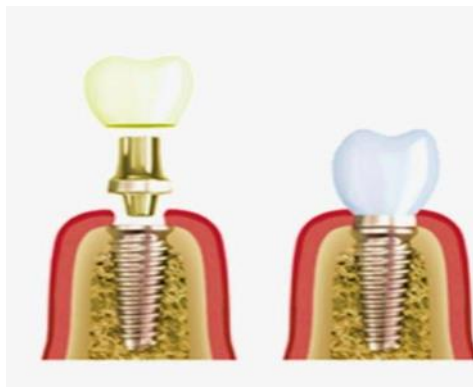
Ο Branemark καθιέρωσε τις βασικές αρχές οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων, σύμφωνα με το διφασικό πρωτόκολλο τα εμφυτεύματα τοποθετούνται στο οστό και μετά την αναμονή 3-6 μηνών αποκαλύπτονται και ελέγχεται η οστεοενσωμάτωση τους. Τοποθετείται μια βίδα επούλωσης που εφαρμόζει πάνω στο εμφύτευμα και προβάλλει στο βλεννογόνο του στόματος και έπειτα από 2 εβδομάδες περίπου κατασκευάζεται η μόνιμη προσθετική αποκατάσταση. Σε πολλές περιπτώσεις η βίδα επούλωσης μπορεί να τοποθετηθεί στο χειρουργικό στάδιο μαζί με την τοποθέτηση του εμφυτεύματος. Σε αρκετές περιπτώσεις κατά το χειρουργικό στάδιο μπορεί να τοποθετηθεί άμεσα και η προσωρινή προσθετική αποκατάσταση, αφορά περιπτώσεις κυρίως των προσθίων δοντιών (μονοφασικό πρωτόκολλο). Τέλος, υπάρχουν περιστάσεις όπου το εμφύτευμα μπορεί να τοποθετηθεί αμέσως μετά την εξαγωγή του δοντιού (Γιαννικάκης, 2007 · Koeck & Wagner, 2004).

Διφασικό – Μονοφασικό πρωτόκολλο

Εικόνα 7



Εικόνα 8



Διφασικό πρωτόκολλο (emfyteymatadontion.gr)

Εικόνα 9



Μονοφασικό πρωτόκολλο (emfyteymatadontion.gr)

Στην εικόνα 7,8 διακρίνεται το διφασικό πρωτόκολλο, όπου στην αριστερή εικόνα απεικονίζεται η τοποθέτηση του εμφυτεύματος και στη δεξιά η τοποθέτηση της προσθετικής αποκατάστασης μετά το χρονικό διάστημα των 3-6 μηνών. Αντίστοιχα, στην εικόνα 9 απεικονίζεται το μονοφασικό πρωτόκολλο. Έτσι, το εμφύτευμα και η προσωρινή προσθετική αποκατάσταση τοποθετούνται μαζί και μετά την περίοδο αναμονής, τοποθετείται η μόνιμη προσθετική αποκατάσταση.

Χειρουργικό στάδιο : Κατά το χειρουργικό στάδιο απαιτείται άσηπτη τεχνική τόσο του ιατρού όσο και του βοηθού. Με τοπική αναισθησία αναισθητοποιείται η περιοχή και με

νυστέρι γίνεται η δημιουργία του κρημνού. Με τα κατάλληλα τρύπανα γίνεται η διάνοιξη του φρεατίου υπό τον συνεχή καταιονισμό νερού. Ανάλογα με το διφασικό ή το μονοφασικό πρωτόκολλο που θα ακολουθηθεί είτε γίνεται συρραφή των ιστών μετά τον ενταφιασμό του εμφυτεύματος, είτε η τοποθέτηση της βίδας επούλωσης ή της προσωρινής προσθετικής αποκατάστασης.

Εικόνα 10



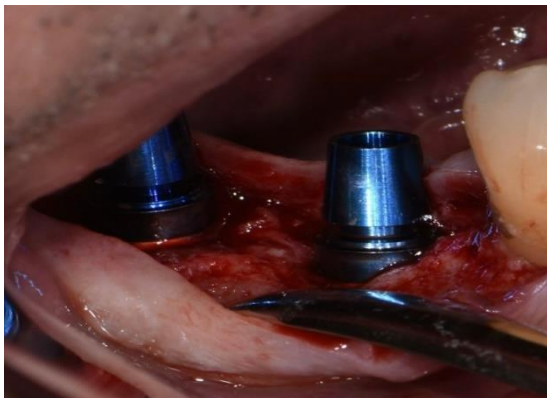
*Τρύπανα και εργαλεία για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων
(προσωπικό αρχείο)*

Εικόνα 11



*Το εμφύτευμα τοποθετείτε στο φατνίο
(προσωπικό αρχείο)*

Εικόνα 12



*Το εμφύτευμα τοποθετημένο στο φατνίο
(προσωπικό αρχείο)*

Εικόνα 13



*Η συρραφή μετά τον ενταφιασμό του εμφυτεύματος
(προσωπικό αρχείο)*

Εικόνα 14



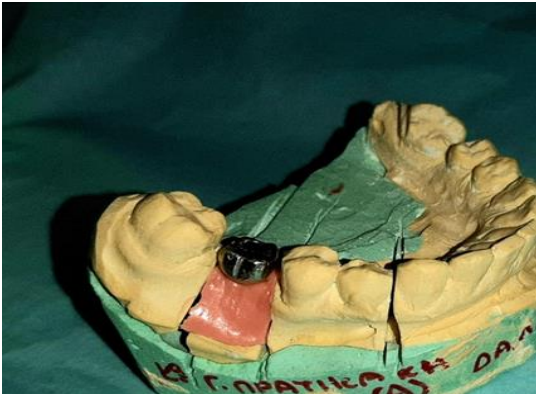
*Μετά την παρέλευση 3 μηνών
(διφασικό πρωτόκολλο)
(προσωπικό αρχείο)*

Εικόνα 15



*Αποκάλυψη εμφυτεύματος / βίδα επούλωσης
(προσωπικό αρχείο)*

Εικόνα 13



*Ο σκελετός της στεφάνης στο εκμαγείο
(προσωπικό αρχείο)*

Εικόνα 14



*Η επιεμφυτευματική στεφάνη στο εκμαγείο
(προσωπικό αρχείο)*

Εικόνα 15



*Η στεφάνη κοχλιωμένη στο εμφύτευμα
(προσωπικό αρχείο)*

2.3.2 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ - ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Όπως αναλύθηκε σε παραπάνω κεφάλαιο, τα οδοντικά εμφυτεύματα συμβάλλουν σημαντικά στην κοινωνικότητα των ατόμων βελτιώνοντας την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής τους. Η υπεροχή τους σε σύγκριση με άλλες προσθετικές εργασίες είναι οι ακόλουθες:

Πλεονεκτήματα: Όσον αφορά την απώλεια ενός δοντιού : Όπως αναφέρθηκε μπορεί να αποκατασταθεί με «γέφυρα» , ωστόσο μελέτες αναφέρουν ότι η μέση διάρκεια επιβίωσης μια τέτοιας προσθετικής αποκατάστασης και η αντοχή της είναι 10 έτη. Μέσω μιας «γέφυρας» τροχίζονται υγιείς οδοντικοί ιστοί με κίνδυνο για ενδοδοντική θεραπεία. Ακόμα, δημιουργούνται προβλήματα λόγω της τερηδόνας στα δόντια που στηρίζουν την αποκατάσταση, έτσι το ποσοστό των δοντιών στηριγμάτων που χρειάζονται ενδοδοντική θεραπεία αγγίζει το 15%. Σύνηθες πρόβλημα των δοντιών στηριγμάτων είναι και η απώλεια της οστικής στήριξης. Ακόμα, η διατήρηση της στοματικής υγιεινής σε αυτή την αποκατάσταση απαιτεί μια επιδεξιότητα από τον ασθενή και σε πολλές περιπτώσεις δεν επιτυγχάνεται επαρκώς. Τέλος, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχουν αισθητικά προβλήματα (Creugers, Kayser & Hof, 1994 ; Shugars, Bader & White, 1998 ; Walton, Gardner & White, 1998) .

Η αποκατάσταση ενός μεμονωμένου δοντιού με εμφύτευμα έχει επιτυχία που αγγίζει το 90%. Σε μελέτη των Efeldt και Carlson για την αποκατάσταση μονήρων εμφυτευμάτων, υπήρξε ποσοστό αποτυχίας μόνο 2%. Δηλαδή, από 93 ασθενείς που τους τοποθετήθηκαν εμφυτεύματα, υπήρξαν μόνο δυο απώλειες. Τα αποτελέσματα ερευνών από παρακολούθηση και επανεξέταση των εμφυτευμάτων μετά από 6 έτη, φανερώνουν την υπεροχή τους με ποσοστό αποτυχίας μόνο 2,6%. Με την τοποθέτηση του εμφυτεύματος δεν επιβαρύνονται τα γειτονικά δόντια και το περιοδόντιο, όπως επίσης δεν υπάρχει άλλη απώλεια οστού. Η διατήρηση της στοματικής υγιεινής είναι πιο απλή και εύκολη διαδικασία και οι ασθενείς νιώθουν καλύτερα ψυχολογικά λόγω της αισθητικής και του αισθήματος ασφάλειας κατά τη διάρκεια της μάσησης και της ομιλίας (Ανδριτσάκης, 2002, · Efeldt, Carlson & Borjensson, 1994 · Hass, Mensdorf & Mailnath, 1995).

Όσον αφορά αποκατάσταση με οδοντοστοιχίες : Όπως έχει αναφερθεί οι επένθετες επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες έχουν καλύτερη συγκράτηση και σταθερότητα σε σχέση με τις συμβατικές οδοντοστοιχίες και αυτό δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και σιγουριάς στον ασθενή, ειδικά κατά τη διάρκεια της μάσησης και της ομιλίας (De Kok et.al., 2011). Λόγω

των εμφυτευμάτων ασκείται μικρότερη πίεση στο βλεννογόνο του στόματος ενώ σε περίπτωση απώλειας των εμφυτευμάτων μπορεί η προσθετική αποκατάσταση να μετατραπεί σε συμβατική (Καρκαζής & Γιαννικάκης, 2004 · Καρκαζής, 2010 · Πολυχρονάκης, 2011). Όσα λιγότερα δόντια παραμένουν στον οδοντικό φραγμό, τόσο μειώνεται και η δύναμη της μάσησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι δυνάμεις της μάσησης που ασκούνται στους γομφίους είναι περίπου 150 – 200 psi. Σε εντελώς νωδούς ασθενείς η δύναμη αυτή μειώνεται στα 50 psi ,ενώ με την πάροδο του χρόνου μειώνεται ακόμα περισσότερο. Αυτή η δύναμη επηρεάζει την ικανότητα της μάσησης, γι αυτό και οι περισσότεροι ασθενείς τρώνε αλεσμένες και μαλακές τροφές, ενώ αρκετοί αφαιρούν τις οδοντοστοιχίες τους κατά τη διάρκεια του γεύματος (Carr & Laner, 1987 ; Carlsson & Haraldson, 1985 ; Misch & Misch, 1991 ; Feldman, Kapur & Alman, 1980). Ακόμα, λόγω των εμφυτευμάτων η προσθετική αποκατάσταση έχει μικρότερο όγκο, είναι πιο άνετη για τον ασθενή και ειδικά για τους ασθενείς με έντονο φαρυγγικό αντανακλαστικό (Προμπονάς, 2009 · Καρκαζής & Πολυζώης, 2008).

Μειονεκτήματα : Τα πλεονεκτήματα των οδοντικών εμφυτευμάτων είναι περισσότερα σε σύγκριση με τα μειονεκτήματά τους. Έτσι, μειονεκτήματα θεωρούνται το υψηλό κόστος, το χειρουργικό όπως και το μετεγχειρητικό στάδιο και η περίοδος αναμονής μέχρι την τοποθέτηση της προσθετικής αποκατάστασης. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί και αντενδείξεις ως προς την τοποθέτησή τους που θα αναλυθούν παρακάτω (Γιαννικάκης, 2008).

2.3.3 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Όπως αναλύθηκε παραπάνω, η υπεροχή των εμφυτευμάτων τόσο στο λειτουργικό όσο και στο κοινωνικό πλαίσιο είναι σαφής. Οι κυριότερες ενδείξεις των εμφυτευμάτων είναι :

Περιοδοντική νόσος: Στο παρελθόν θεωρούταν απαραίτητο να διατηρηθεί ένα δόντι στον οδοντικό φραγμό. Πλέον, ένα δόντι αξιολογείται για το αν θα μείνει στο φραγμό και αν θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν δόντι στήριγμα για μια προσθετική αποκατάσταση. Διαφορετικά μπορεί να αντικατασταθεί με ένα εμφύτευμα.

Ολική νωδότητα άνω και κάτω γνάθου: Ενδείκνυται για καλύτερη συγκράτηση και ευστάθεια των οδοντοστοιχιών έναντι των συμβατικών, ειδικά όταν υπάρχει έντονη ατροφία της φατνιακής ακρολοφίας. Ορισμένες φορές, μέσω ειδικών τεχνικών ανάπλασης (οστικά μοσχεύματα) επιτυγχάνεται μια προσθετική αποκατάσταση που ίσως να ήταν αδύνατον να κατασκευαστεί μια συμβατική οδοντοστοιχία χωρίς αυτά. Τέλος, αποτελούν λύση για τους ασθενείς με έντονο φαρυγγικό αντανακλαστικό και για ασθενείς με γναθο-χειλιο-υπερωϊοσχιστίες.

Μεγάλα διαστήματα- ορθοδοντική μετακίνηση: Όταν δεν υπάρχουν δόντια στήριγματα και σε μεγάλες νωδές περιοχές ενδείκνυται η χρήση των εμφυτευμάτων σε συνδυασμό με ακίνητη προσθετική αποκατάσταση έναντι των μερικών οδοντοστοιχιών ή των μεγάλων «γεφυρωμάτων» που έχουν αντίκτυπο στην αισθητική. Ακόμα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ορισμένες περιπτώσει για ορθοδοντική μετακίνηση (Αλεξανδρής, 2003 · Προμπονάς, 2009 · De Kok et. al., 2011).

2.4 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ – ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Όπως αναφέρθηκε, η τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων έχει κάποιους περιορισμούς όπως και αντενδείξεις. Γι' αυτό απαραίτητη προϋπόθεση πριν από την τοποθέτηση τους είναι λήψη του ιατρικού ιστορικού και η αξιολόγηση του. Το International Team of Implantsology καθόρισε κάποιες κατηγορίες σχετικών και απόλυτων αντενδείξεων των εμφυτευμάτων. Στον πίνακα 2.1 διακρίνονται οι σχετικές και οι απόλυτες αντενδείξεις.

Πίνακας 2.1. Σχετικές και απόλυτες αντενδείξεις για την τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων

ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ
Διαβήτης	Aids
Οστεοπόρωση	Νόσος Paget
Κάπνισμα	Ανασοκατασταλαμένα άτομα
Αλκοόλ	Εγκυμοσύνη
Πτωχή υγιεινή	Χρήση ναρκωτικών ουσιών
Περιοδοντική νόσος	Άτομα κάτω των 18 ετών
Καρδιακό επεισόδιο	Ψυχώσεις
Αιμορραγικές διαθέσεις	
Τρίτη ηλικία	

Πηγή. Koeck & Wagner, 2004 · Αλεξανδρή, 2003 · Σολδάτος, Μελακόπουλος, Σιλβέστρος, Κοντακιώτης & Κατσικέρης, 2010 · Renoyard & Rangert, 2008

Σχετικές αντενδείξεις: Στην κατηγορία των σχετικών αντενδείξεων ανήκουν οι ασθενείς που μπορούν να υποβληθούν σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Ο διαβήτης στο παρελθόν αποτελούσε απόλυτη αντένδειξη. Πλέον, όμως, οι ασθενείς που έχουν ρυθμίσει το διαβήτη τους μπορούν να υποβληθούν σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα. Ακόμα, η οστεοπόρωση αποτελεί σχετική αντένδειξη, όταν ο ασθενής δεν λαμβάνει διφωσφονικά φάρμακα. Αντίστοιχα, η περιοδοντική νόσος δεν αποτελεί αντένδειξη εφόσον ο ασθενής έχει υποβληθεί σε περιοδοντική θεραπεία. Επιπλέον,

ένα παλιό καρδιακό επεισόδιο δεν αποτελεί αντένδειξη, εφόσον έχει περάσει ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Όσο αναφορά τον καπνό, το αλκοόλ και τη στοματική υγιεινή, με τον περιορισμό του καπνίσματος και του αλκοόλ και την βελτίωση της στοματικής υγιεινής μπορεί να γίνει η θεραπεία με τα εμφυτεύματα.

Απόλυτες αντενδείξεις: Στις απόλυτες αντενδείξεις ανήκουν οι ασθενείς που δεν μπορούν να υποβληθούν σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα. Απόλυτη αντένδειξη έχουν τα άτομα κάτω των 18 ετών, ενώ στα ηλικιωμένα άτομα η χρήση των εμφυτευμάτων αντενδείκνυται μόνο σε μη συνεργάσιμους ασθενείς, σε ασθενής που δεν μπορούν να διατηρήσουν τη στοματική τους υγιεινή ή έχουν πολύ έντονη ατροφία και σε ασθενείς με βαριές ασθένειες (Γιαννικάκης, 2008 · Καρκαζής & Γιαννικάκης, 2008 · Alonso et. al, 2019). Απόλυτη αντένδειξη θεωρούνται οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς, ασθενείς με Aids ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπείες και ακτινοβολίες, ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μεταμόσχευση οργάνων. Ακόμα, απόλυτη αντένδειξη αποτελούν οι ασθενείς με μεταβολικά νοσήματα οστών που λαμβάνουν διφοσφονικά φάρμακα, όπως είναι η νόσος Paget. Τέλος, τα οδοντικά εμφυτεύματα αντενδείκνυται σε οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών, σε εγκυμοσύνη και οι ψυχώσεις.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο γενικό μέρος της παρούσας εργασίας αναφέρθηκαν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των οδοντικών εμφυτευμάτων, όπως, και η αξιολόγηση τους μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται η έρευνα που διεξήχθη στους ασθενείς που έχουν αποκατασταθεί με οδοντικά εμφυτεύματα . Πιο συγκεκριμένα, θα παρουσιαστεί η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε ιατρεία της Αττικής, με στόχο την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα.

Στόχοι της μελέτης είναι:

- ✓ Να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών **μετά** την αποκατάστασή τους με οδοντικά εμφυτεύματα
- ✓ Να εξετάσει την ποιότητα ζωής των ασθενών **πριν** την αποκατάστασή τους με οδοντικά εμφυτεύματα.

3.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μια συγχρονική ποσοτική δειγματοληπτική μελέτη η οποία εγκρίθηκε από την επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής στις 10 Μαρτίου 2022 με αριθμό πρωτοκόλλου 18741/28-02-2022. Έγινε χρήση του δομημένου ερωτηματολογίου Oral Health Impact Profile – 14 μεταφρασμένο στην Ελληνική έκδοση. Η έρευνα ακολούθησε τα βασικά στάδια της διαδικασίας της ποσοτικής έρευνας. Η άδεια για τη χρήση του Oral Health Impact Profile – 14 δόθηκε από την κυρία Αναστασιάδου Βασιλική, καθηγήτρια Προσθητικής Οδοντιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης το οποίο ανευρίσκεται στο Οδοντιατρικό περιοδικό ΣΤΟΜΑ 2011;39: 183 – 188 , με τίτλο: Συμβολή της Ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου OHIP – 14 στη διαπολιτισμική υιοθέτηση του. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι ευρέως διαδεδομένο και διαθέτει διαπολιτισμική αξιοπιστία και εγκυρότητα. Χρησιμοποιείται διεθνώς ακόμα και σε νωδούς ασθενείς ή και ασθενείς που φέρουν οδοντοστοιχίες. Τα δεδομένα του Oral Health Impact Profile – 14 συσχετίζονται με τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες αλλά και με τα κλινικά χαρακτηριστικά κι έτσι εξάγονται τα συμπεράσματα για την ποιότητα ζωής στη

στοματική υγεία. Οι απαντήσεις του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου γίνονται μέσω της πεντάβαθμης κλίμακας Likert βάσει της οποίας οι συμμετέχοντες απαντούν τις ερωτήσεις επιλέγοντας μια απ' τις ακόλουθες απαντήσεις : «Ποτέ», «Σπάνια», «Κάπου-Κάπου», «Αρκετά», «Πολύ συχνά» (Μαστρογεωργοπούλου & Αναστασιάδου, 2011). Ακόμα στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο. Τέλος, υπάρχουν δύο ερωτήσεις βαθμονόμησης που εξετάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών πριν από τη χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων αλλά και μετά.

Αφού συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια, στο πλαίσιο της ποσοτικής έρευνας, μετατράπηκαν σε δεδομένα προκειμένου να αναλυθούν. Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Προκειμένου να αναλυθούν τα δεδομένα δημιουργήθηκε ένας πίνακας κωδικοποίησης. Ο συγκεκριμένος πίνακας αντιστόιχησε κάθε ερώτηση από το ερωτηματολόγιο με μια μεταβλητή. Οι μεταβλητές αυτές έλαβαν διάφορες τιμές και το πρόγραμμα τις αναγνώρισε και τις τοποθέτησε σωστά στα γραφήματα (Bryman, 2016).

Το δείγμα των ασθενών έχει ληφθεί από το Σύγχρονο Κέντρο Οδοντιατρικής Περίθαλψης στη Νέα, Φιλαδέλφεια και από το ιδιωτικό ιατρείο του Ειδικού και Στοματικού Γναθοπροσωπικού Χειρουργού Αθανασίου Σπυρίδων. Παρόλο που η έρευνα απευθύνεται σε περιορισμένο πληθυσμό, λόγω της ενεργής συμμετοχής μου τόσο στο χειρουργικό, όσο και στο προσθετικό στάδιο των ασθενών, κατέστη εφικτό να συλλεχτεί σε σχετικά σύντομο διάστημα. Έτσι, ο αριθμός του δείγματος είναι εκατό άτομα, ένας αριθμός αρκετά ικανοποιητικός ώστε να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς που παρευρέθηκαν στο ιατρείο έπειτα από συγκατάθεση τους συμπλήρωσαν το δομημένο ερωτηματολόγιο Oral Health Impact Profile – 14.

Το δείγμα των ασθενών που μελετήθηκαν είναι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς που έχουν αποκατασταθεί με προσθετικές αποκαταστάσεις όπως :

- Μονήρη οδοντικά εμφυτεύματα.
- Επιεμφυτευματικές γέφυρες.
- Επένθετες επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες.

Κριτήρια επιλογής

- ✓ Ασθενείς άνω των 18 ετών.

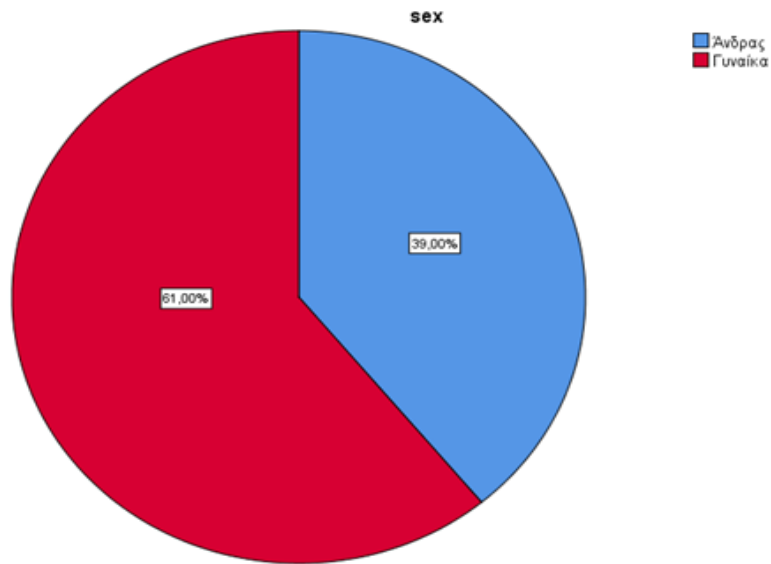
- ✓ Ασθενείς που έχουν αποκατασταθεί με μόνιμη προσθετική επιεμφυτευματική αποκατάσταση.
- ✓ Ασθενείς με πλήρη γνωστική λειτουργία.
- ✓ Ασθενείς που γνωρίζουν την Ελληνική γλώσσα.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Ασθενείς κάτω των 18 ετών.
- Ασθενείς που βρίσκονται στο μετεγχειρητικό στάδιο.
- Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα αλλά δεν έχουν αποκατασταθεί με κάποια προσθετική εργασία.
- Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα και φέρουν μεταβατική προσθετική αποκατάσταση και όχι μόνιμη.
- Ασθενείς με μειωμένη γνωστική λειτουργία.
- Ασθενείς που δεν γνωρίζουν την Ελληνική γλώσσα.

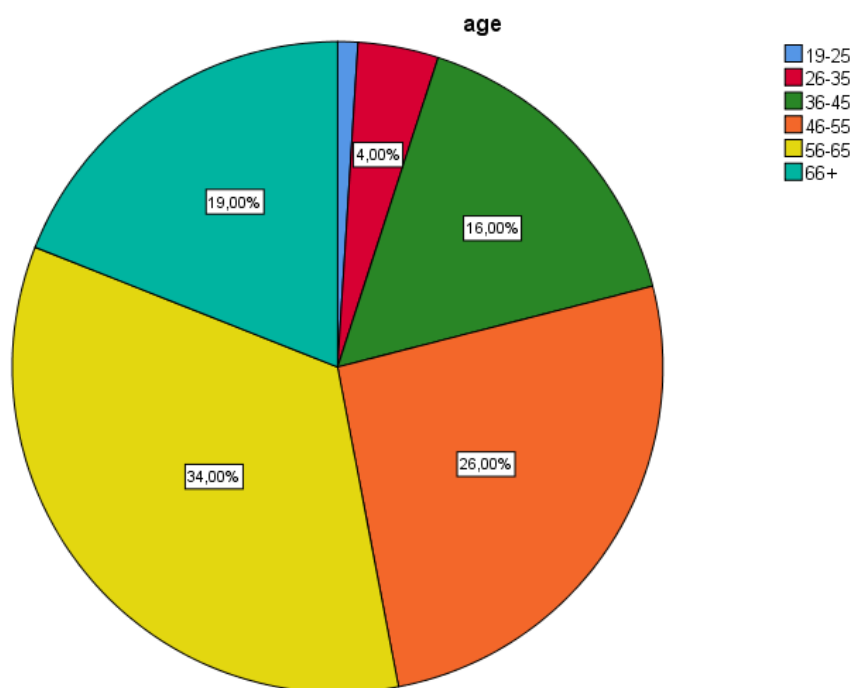
3.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ανάλυση δημογραφικών στοιχείων



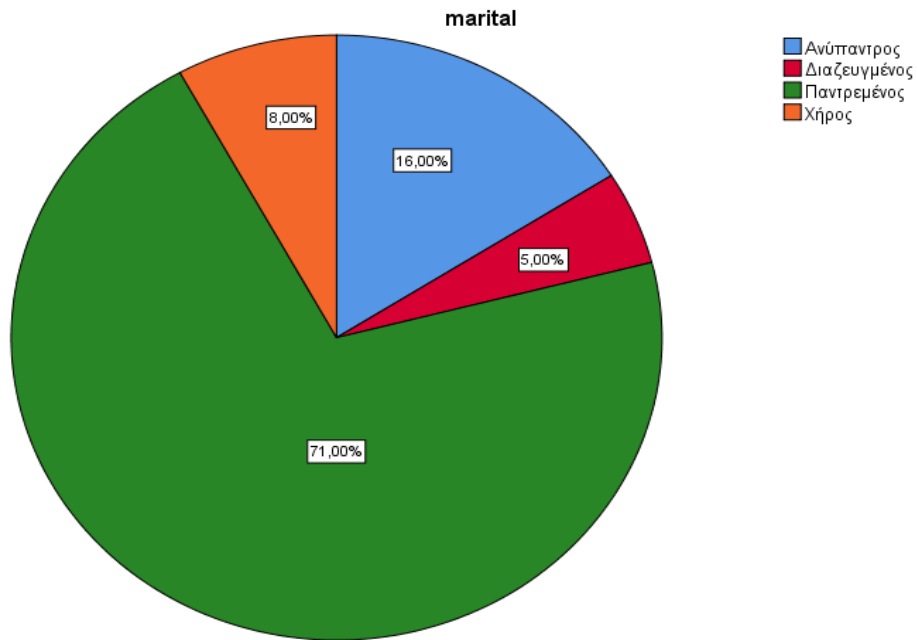
Γράφημα 1: «Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Φύλο συμμετεχόντων»

Όπως αναφέρθηκε το σύνολο του δείγματος είναι εκατό ασθενείς. Σύμφωνα με το γράφημα 1 το 61% αποτελείται από γυναίκες ενώ το 39% από άνδρες.



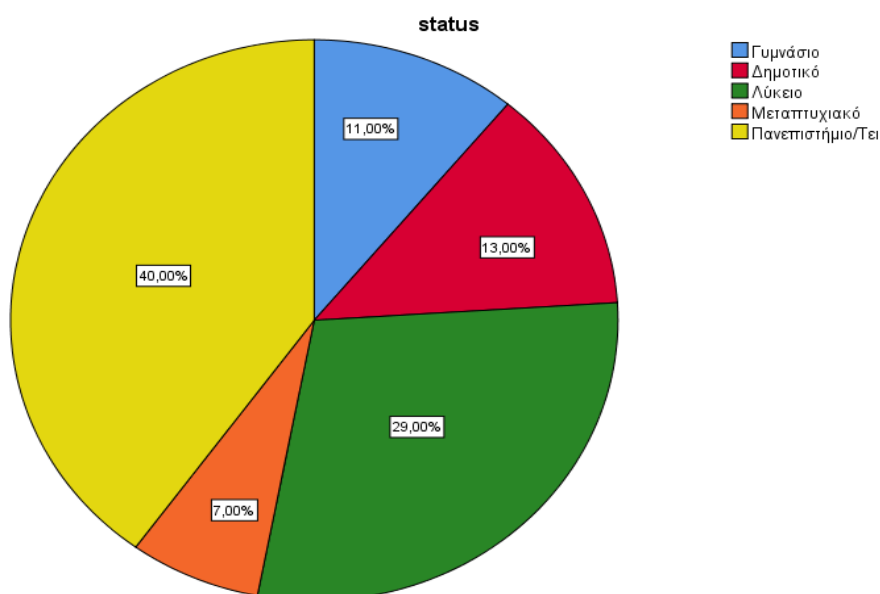
Γράφημα 2: «Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ηλικία συμμετεχόντων»

Στο γράφημα 2 διακρίνονται οι ηλικιακές ομάδες των ερωτηθέντων ασθενών. Έτσι, η ηλικιακή ομάδα 56 -65 ετών κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό το οποίο αντιστοιχεί στο 34%. Με ποσοστό 26% ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 46 – 55 ετών και η ομάδα των ηλικιωμένων (66+) με ποσοστό 19%. Στην κατώτερη βαθμίδα εντάσσονται με ποσοστό 16% οι ηλικίες 36 – 45 ετών, όπως και οι ηλικίες 26 – 35 ετών με ποσοστό 4%. Τελευταία θέση κατέχει η ηλικιακή ομάδα 19 – 25 ετών με ποσοστό 1%.



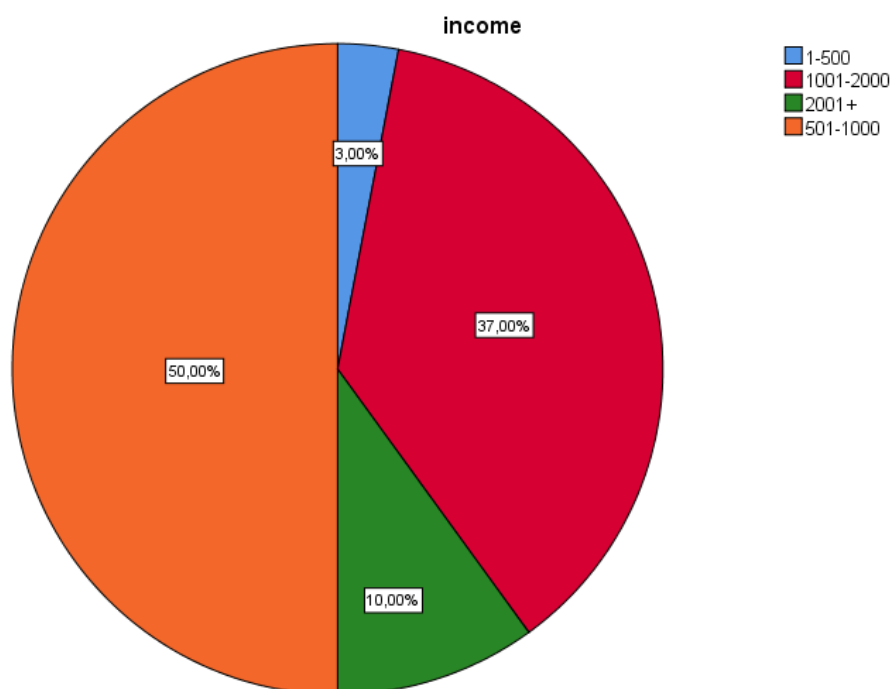
Γράφημα 3: «Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων»

Στο γράφημα 3 διακρίνεται ότι το 71% των ερωτηθέντων είναι παντρεμένοι. Ακολουθεί η κατηγορία των ανύπαντρων με ποσοστό 16%. Τέλος, τα πιο χαμηλά ποσοστά είναι το 8% που αφορά την κατηγορία των χήρων και το ποσοστό των διαζευγμένων που είναι 5%.



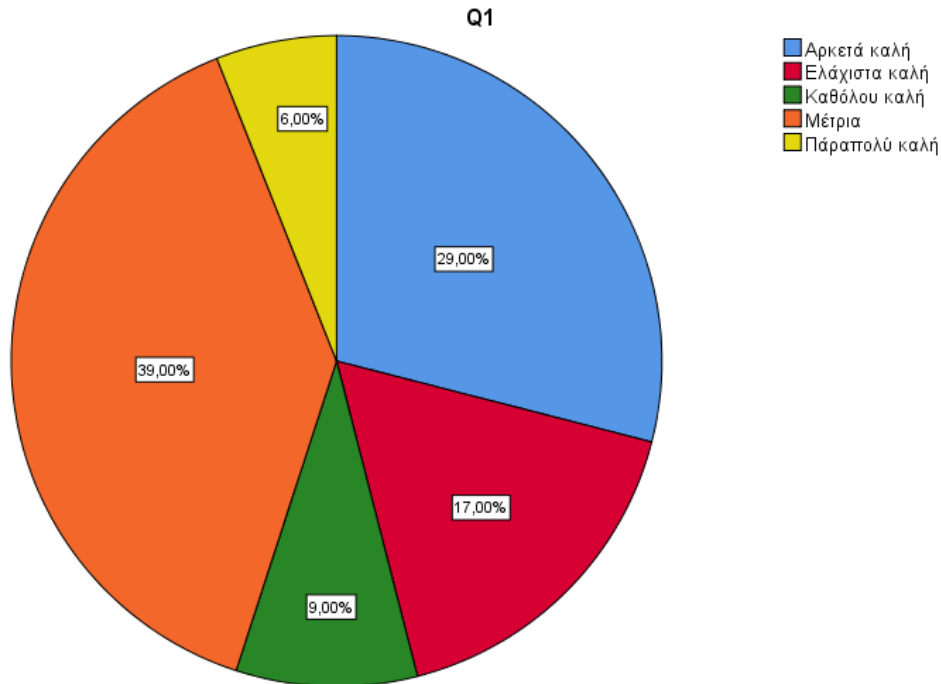
Γράφημα 4: «Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων»

Όπως διακρίνεται στο γράφημα 4 οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (40%). Εν συνέχεια, ακολουθούν οι συμμετέχοντες που έχουν ολοκληρώσει τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (29%). Ακολουθούν οι απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (13%) και οι απόφοιτοι Γυμνασίου (11%). Το χαμηλότερο ποσοστό ανήκει στους κάτοχους Μεταπτυχιακών Σπουδών (7%).



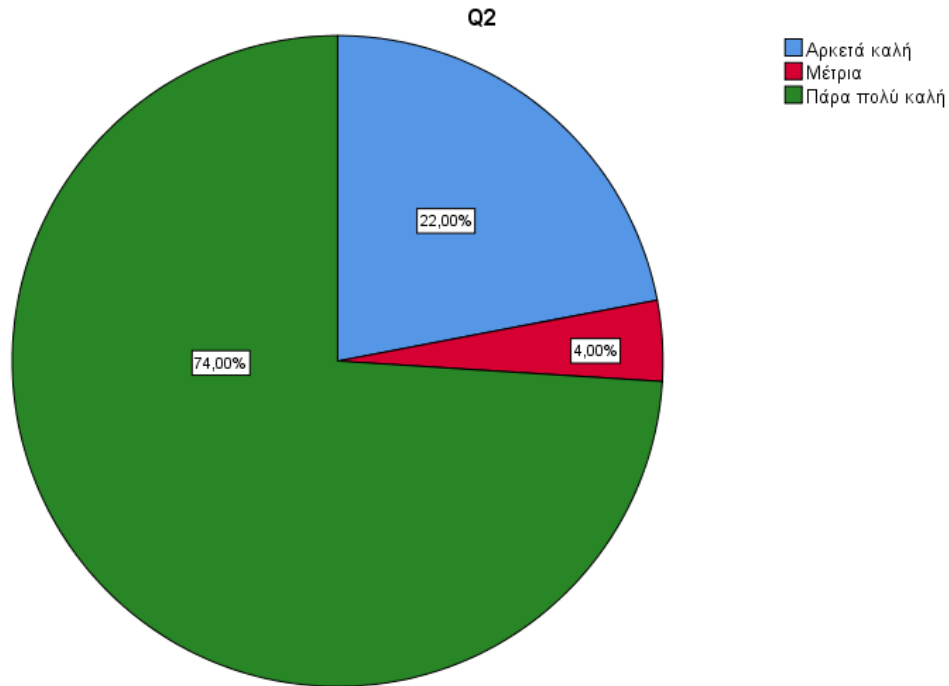
Γράφημα 5: «Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Μηνιαίο εισόδημα συμμετεχόντων»

Στο γράφημα 5 το 50% του δείγματος έχει μηνιαίο εισόδημα από 501-1000 ευρώ, ενώ το 37% από 1001 -2000 ευρώ. Ακολουθεί το 10% που έχει μηνιαίο εισόδημα πάνω από 2000 ευρώ και στην κατώτερη θέση το 3% με μηνιαίο εισόδημα 1- 500 ευρώ.



Γράφημα 6: «Ποσοστιαία κατανομή της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων πριν την τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων»

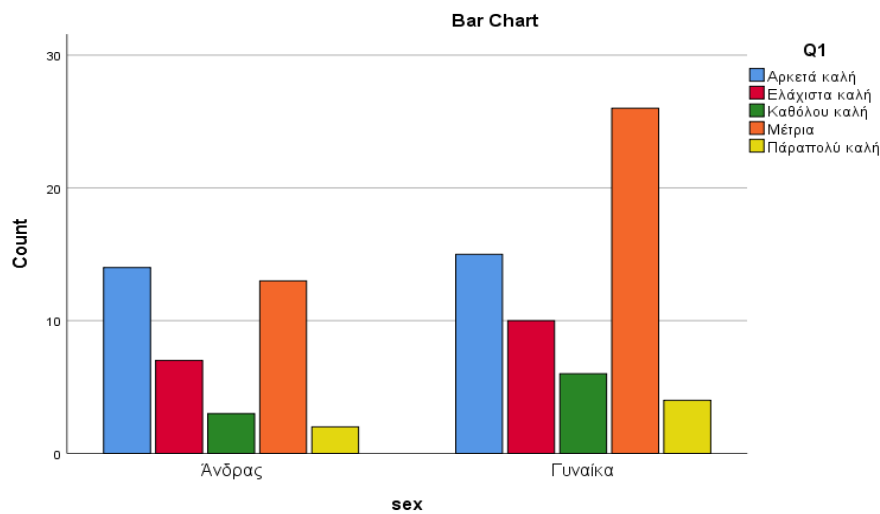
Το γράφημα 6 αξιολογεί την ποιότητα ζωής των ασθενών **πριν** από την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων. Έτσι, στην ερώτηση πώς αξιολογείτε την ποιότητα ζωής σας **πριν** την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δήλωσε πως **πριν** την αποκατάσταση με τα οδοντικά εμφυτεύματα η ποιότητα ζωής τους ήταν μέτρια (39%). Αρκετά καλή ποιότητα ζωής πριν από την αποκατάσταση με τα οδοντικά εμφυτεύματα είχε το 29%. Οι συμμετέχοντες που δήλωσαν πως είχαν ελάχιστα καλή ποιότητα ζωής είναι 17%. Το 9% του δείγματος δήλωσε πως είχε καθόλου καλή ποιότητα ζωής, ενώ μόνο το 6% είχε πάρα πολύ καλή ποιότητα ζωής πριν αποκατασταθεί με οδοντικά εμφυτεύματα.



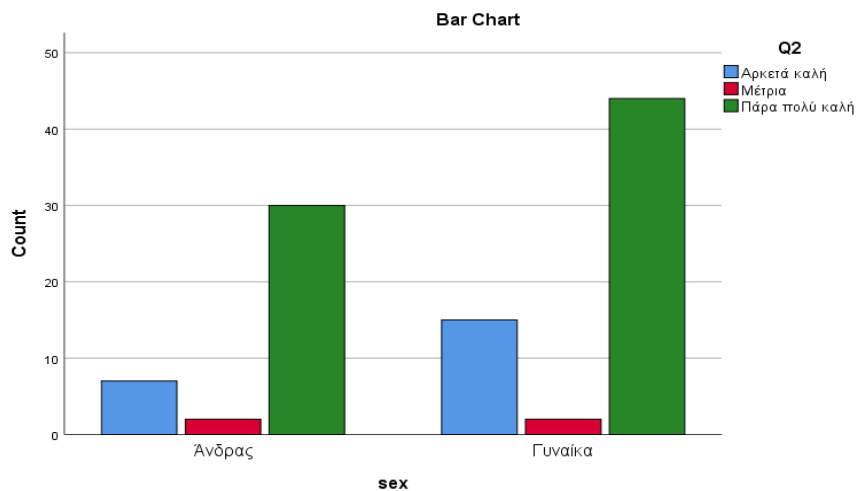
Γράφημα 7: « Ποσοστιαία κατανομή της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων μετά την τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων»

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γράφημα 7 που αναφέρεται στην ερώτηση σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την αποκατάσταση των οδοντικών εμφυτευμάτων. Το 74% δήλωσε πως έχει πάρα πολύ καλή ποιότητα ζωής εφόσον αποκαταστάθηκε με οδοντικά εμφυτεύματα. Το 22% χαρακτήρισαν την ποιότητα ζωής αρκετά καλή ,ενώ μόνο το 4% μέτρια.

Σύγκριση ποιότητας ζωής ΠΡΙΝ/ ΜΕΤΑ την αποκατάσταση με τα οδοντικά εμφυτεύματα



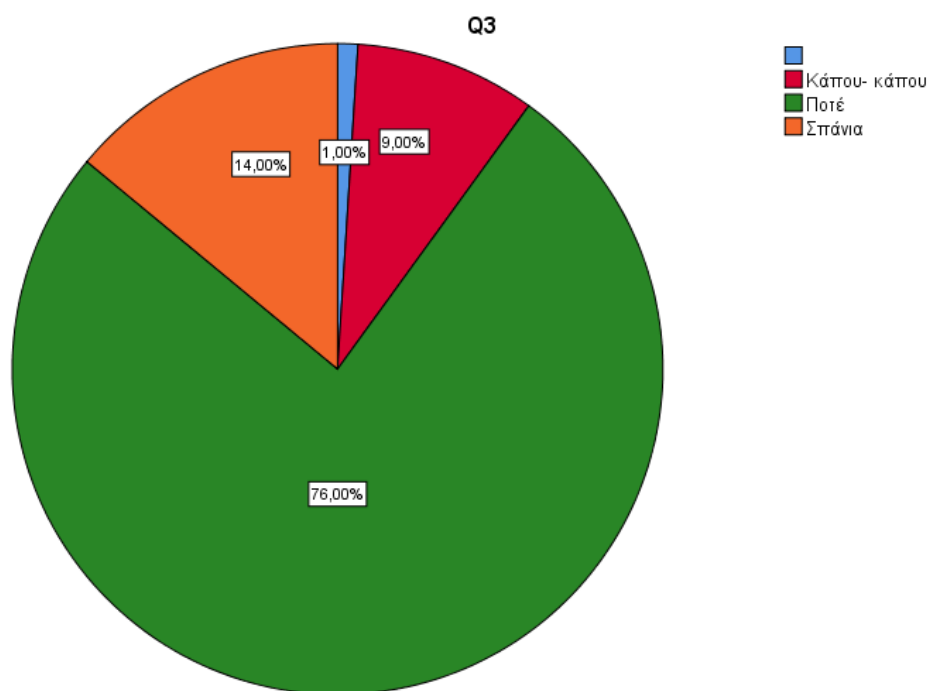
Ραβδόγραμμα 1. Συγκριτικό ραβδόγραμμα ποιότητας ζωής πριν την αποκατάσταση των οδοντικών εμφυτευμάτων.



Ραβδόγραμμα 2. Συγκριτικό ραβδόγραμμα ποιότητας ζωής μετά την αποκατάσταση των οδοντικών εμφυτευμάτων

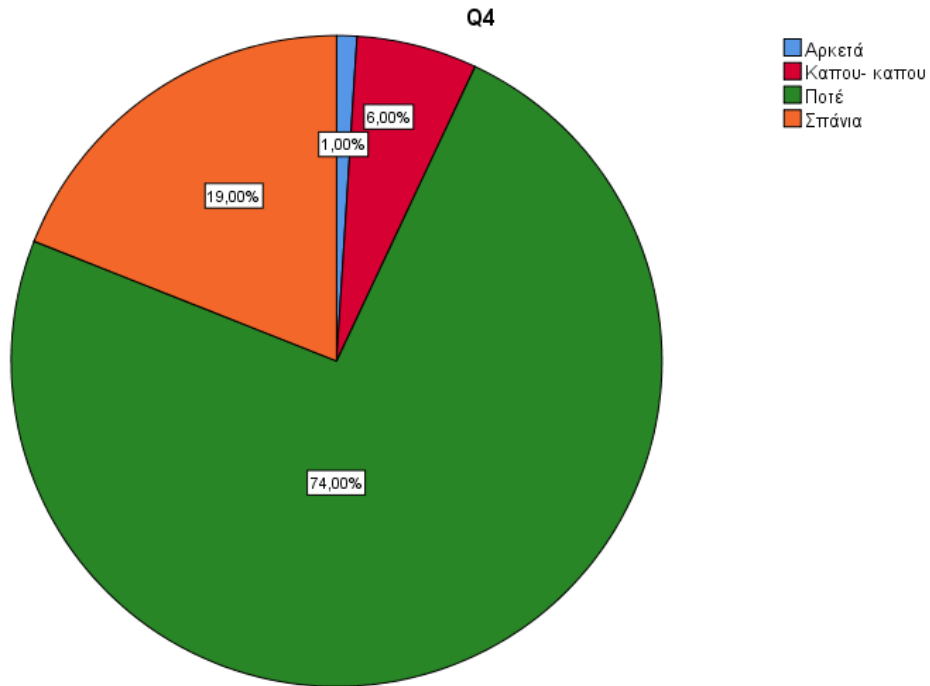
Όπως διακρίνεται από τα παραπάνω ραβδογράμματα, τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες δήλωσαν πως μετά την αποκατάσταση με τα οδοντικά εμφυτεύματα είχαν βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι κανένας ασθενής που αποκαταστάθηκε με οδοντικά εμφυτεύματα δε δήλωσε πως είχε «καθόλου καλή» ή «ελάχιστα καλή» ποιότητα ζωής κι αυτό επιβεβαιώνει την υπεροχή των οδοντικών εμφυτευμάτων ως προς την ποιότητα ζωής.

3.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ORAL HEALTH IMPACT PROFILE- 14



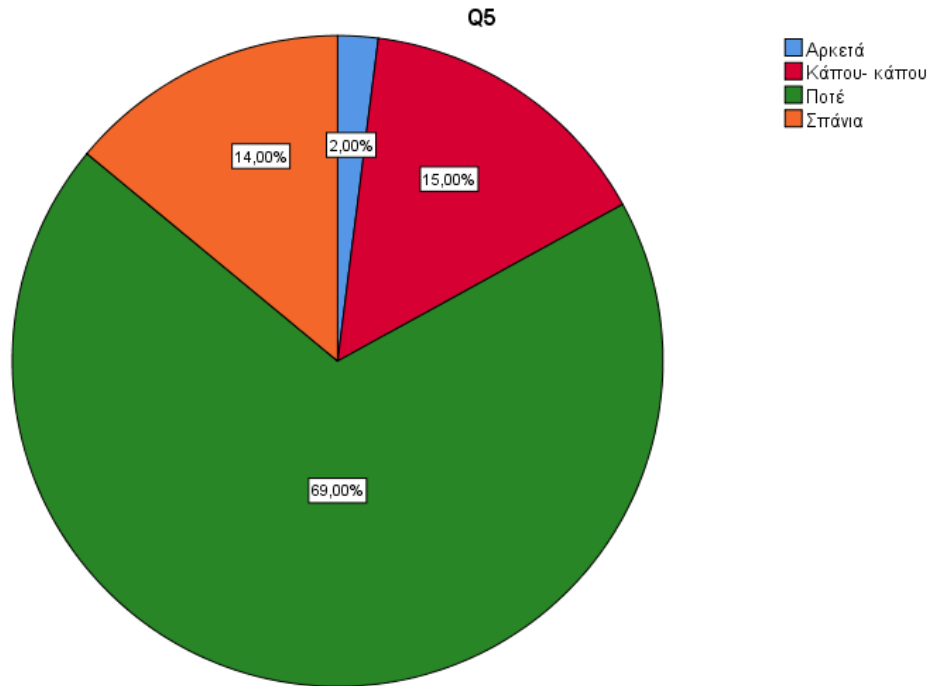
Γράφημα 8 : «Ποσοστό συχνότητας των ατόμων να προφέρουν κάποιες λέξεις λόγω προβλημάτων»

Όπως αποτυπώνεται στο γράφημα 8, το 76% των συμμετεχόντων δήλωσε πως «ποτέ» δεν είχε πρόβλημα στο να προφέρει κάποιες λέξεις λόγω προβλημάτων από το στόμα, τα δόντια ή τις οδοντοστοιχίες, το 14% ανέφερε ότι «σπάνια» είχε κάποιο πρόβλημα, ενώ το 9% δήλωσε «κάπου – κάπου». Το 1% δεν απάντησε στην ερώτηση.



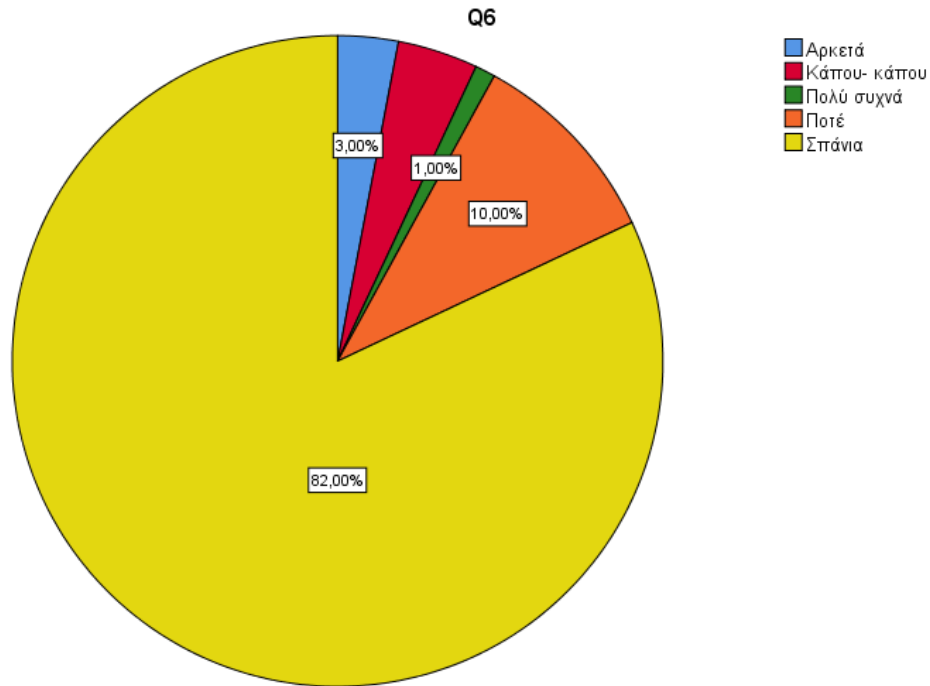
Γράφημα 9: «Ποσοστό συχνότητας των ατόμων που ανέφεραν αν αισθάνθηκαν αλλοίωση της γεύσης λόγω προβλημάτων των δοντιών»

Το γράφημα 9 αναλύει τις απαντήσεις σχετικά με το αν οι ασθενείς «Ένωσαν ποτέ να αλλοιώνεται η αίσθηση της γεύσης λόγω προβλημάτων των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών». Ένα μεγάλο ποσοστό (74%) απάντησαν πως «ποτέ» δεν ένωσαν να αλλοιώνεται η γεύση τους λόγω προβλημάτων των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών τους. Ακολουθεί το 19% που δήλωσε πως «σπάνια» ένωσε να αλλοιώνεται η γεύση και το 6% που δήλωσε κάπου – κάπου. Το 1% δήλωσε πως «αρκετά συχνά» νιώθει να αλλοιώνεται η γεύση του.



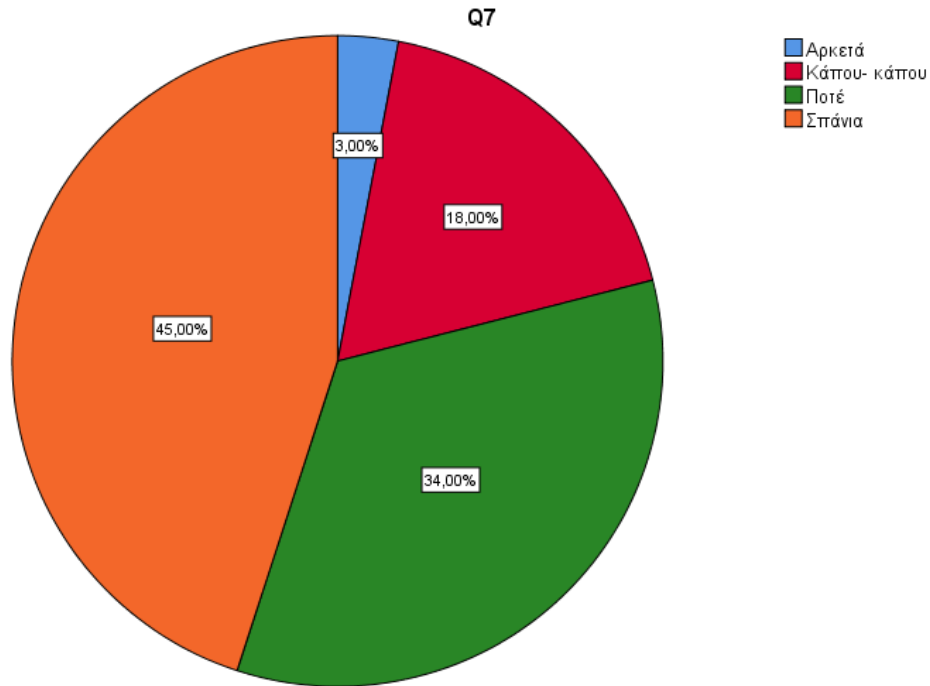
Γράφημα 10: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που ένιωσαν πόνο στο στόμα»

Το γράφημα 10 αντιπροσωπεύει τις απαντήσεις της ερώτησης: «Είχατε ποτέ έντονο πόνο στο στόμα;». Σύμφωνα με τις απαντήσεις φανερώνεται πως το 69% δεν είχε «ποτέ» έντονο πόνο στο στόμα. Εν συνεχεία, το 15% είχε «κάπου- κάπου» και το 14% «σπάνια». «Αρκετά συχνά» απάντησε μόνο το 2% .



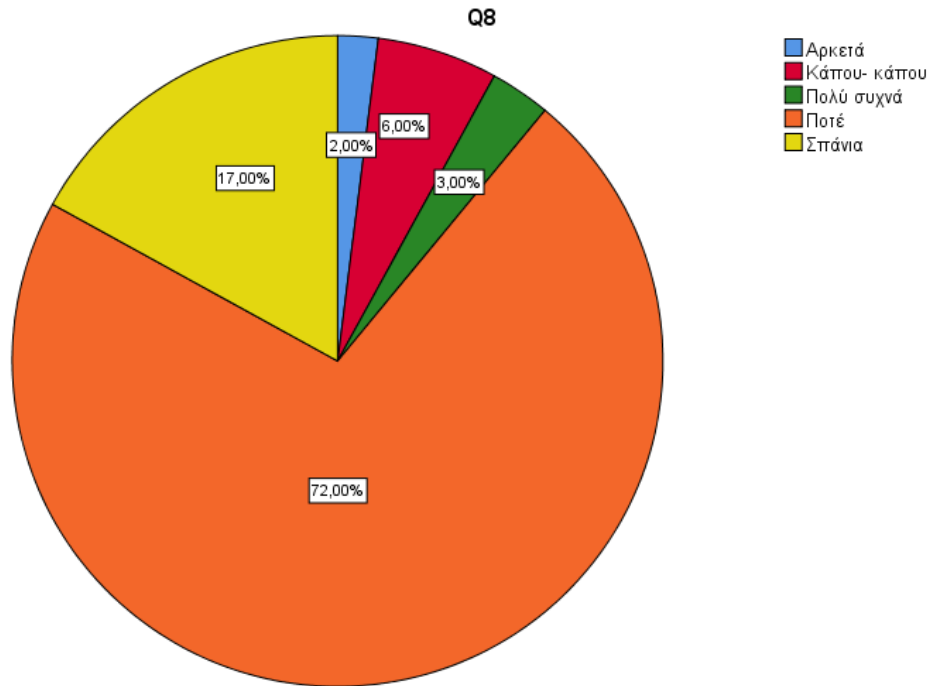
Γράφημα 11: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων με δυσaréσκεια λήψης κάποιων τροφών λόγω των δοντιών»

Το γράφημα 11 αναλύει τις απαντήσεις της ερώτησης: «Σας ήταν ποτέ δυσάρεστο να τρώτε κάποιες τροφές εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (82%) του δείγματος απάντησε πως «σπάνια» του ήταν δυσάρεστο να τρώει κάποιες τροφές εξ αιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών του. Το 10% ανέφερε «ποτέ». Το 4% απάντησε «κάπου- κάπου». Στα χαμηλότερα ποσοστά ανήκουν το 3% που απάντησε «αρκετά» και το 1% που απάντησε «πολύ συχνά».



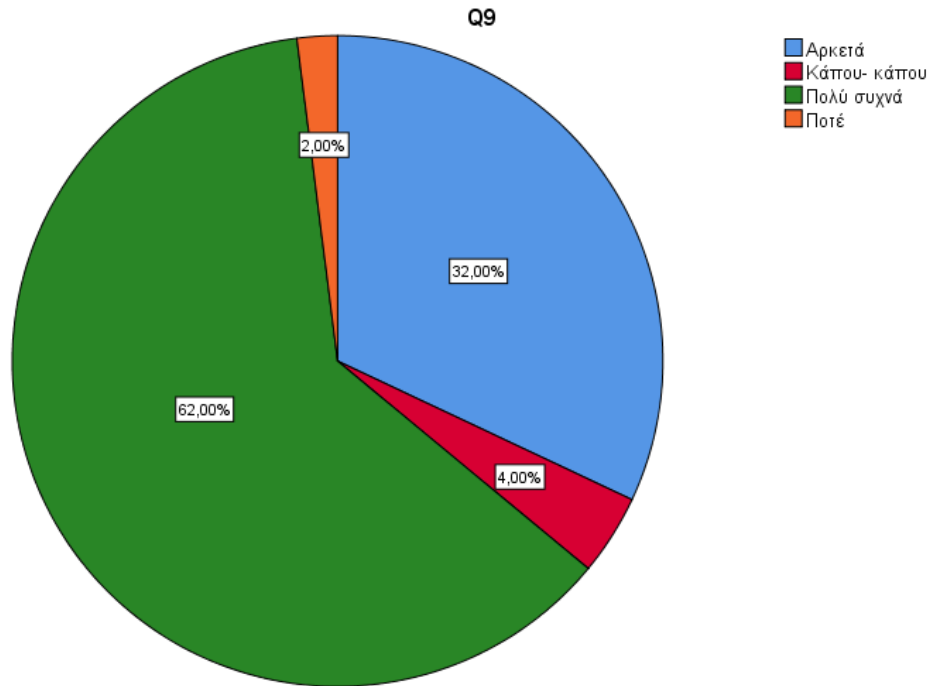
Γράφημα 12: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων οι οποίοι νιώθουν ξένα τα δόντια τους»

Ακολούθως, οι απαντήσεις σχετικά με το «Πόσο συχνά οι ασθενείς νιώθουν ξένα τα δόντια τους, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες τους», φαίνονται στο γράφημα 12. Το 45% απάντησε ότι «σπάνια» νιώθει ξένα τα δόντια του ενώ το 34% απάντησε «ποτέ». Ακολουθεί το ποσοστό 18% που απάντησε «κάπου- κάπου» και τέλος το 3% που δήλωσε «αρκετά».



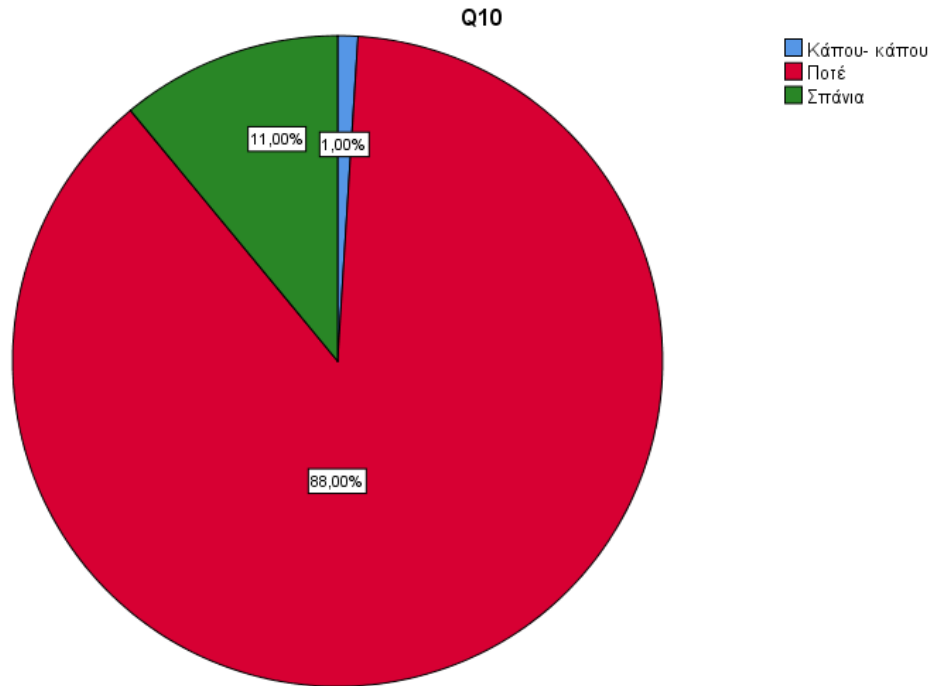
Γράφημα 13: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που νιώθουν νεύρα λόγω των δοντιών»

Στο γράφημα 13 αναλύονται τα δεδομένα της ερώτησης: «Πόσο συχνά νιώθετε ότι έχετε νεύρα εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;» Όπως διακρίνεται στο γράφημα 13 το 72% των ερωτηθέντων δήλωσε πως «ποτέ» δεν είχε νεύρα εξ αιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών του. Το 17% δήλωσε «σπάνια» ενώ το 6% «κάπου – κάπου». Ακολουθεί το 3% που δήλωσε πως «αρκετά » συχνά νιώθει νεύρα εξ αιτίας των δοντιών και το 2% που απάντησε «αρκετά».



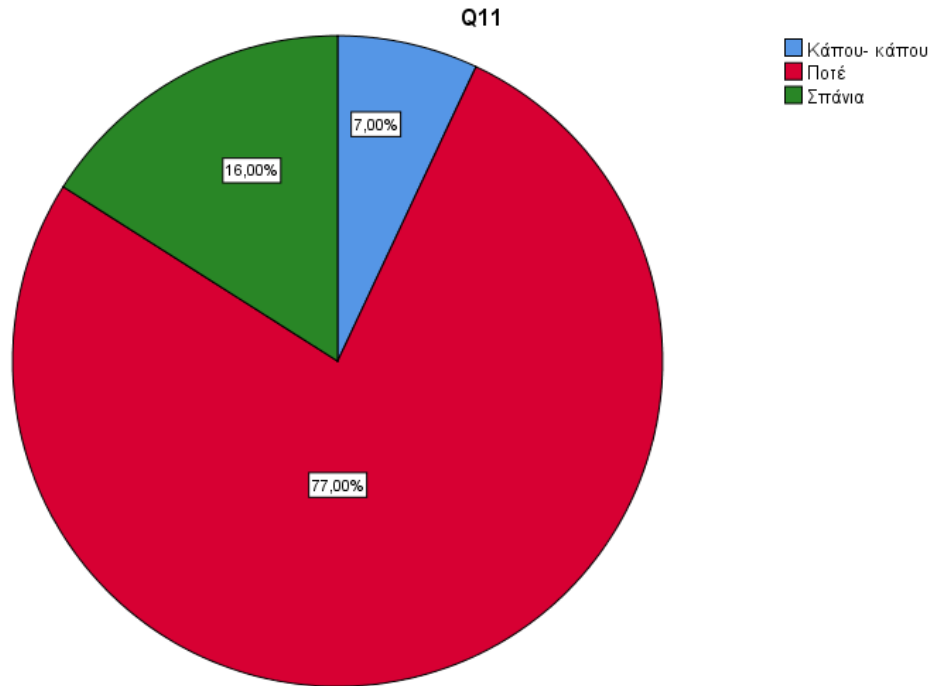
Γράφημα 14: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που μπορούν να φάνε ότι θέλουν χωρίς πρόβλημα από τα δόντια.»

Όπως παρουσιάζεται στο γράφημα 14 στην ερώτηση: «Πόσο συχνά μπορείτε να φάτε ότι θέλετε χωρίς πρόβλημα από τα δόντια σας, το στόμα σας ή τις οδοντοστοιχίες σας;», το 62% των συμμετεχόντων απάντησε πως «πολύ συχνά» μπορεί να φάει ό,τι θέλει χωρίς να έχει κάποιο πρόβλημα από τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες του. Ακολουθεί το 32% που απάντησε «πολύ συχνά» και σε πολύ πιο χαμηλό επίπεδο το 4% που απάντησε «κάπου-κάπου». Τέλος, όπως φανερώνεται μόνο το 2% απάντησε «ποτέ».



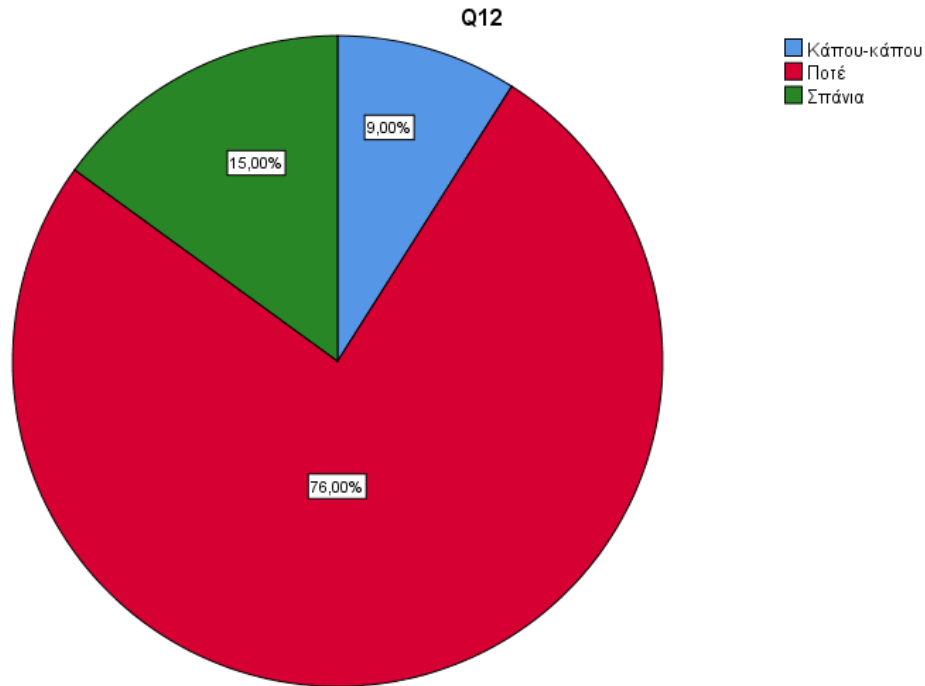
Γράφημα 15: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που σηκώθηκε από το τραπέζι λόγω προβλημάτων των δοντιών»

Στην ερώτηση: «Χρειάστηκε ποτέ να σηκωθείτε απ' το τραπέζι λόγω προβλημάτων των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών;», όπως παρουσιάζεται στο γράφημα 15 το ποσοστό 88% απάντησε «ποτέ» ενώ το 11% «σπάνια». Μόνο το 1% δήλωσε «κάπου-κάπου».



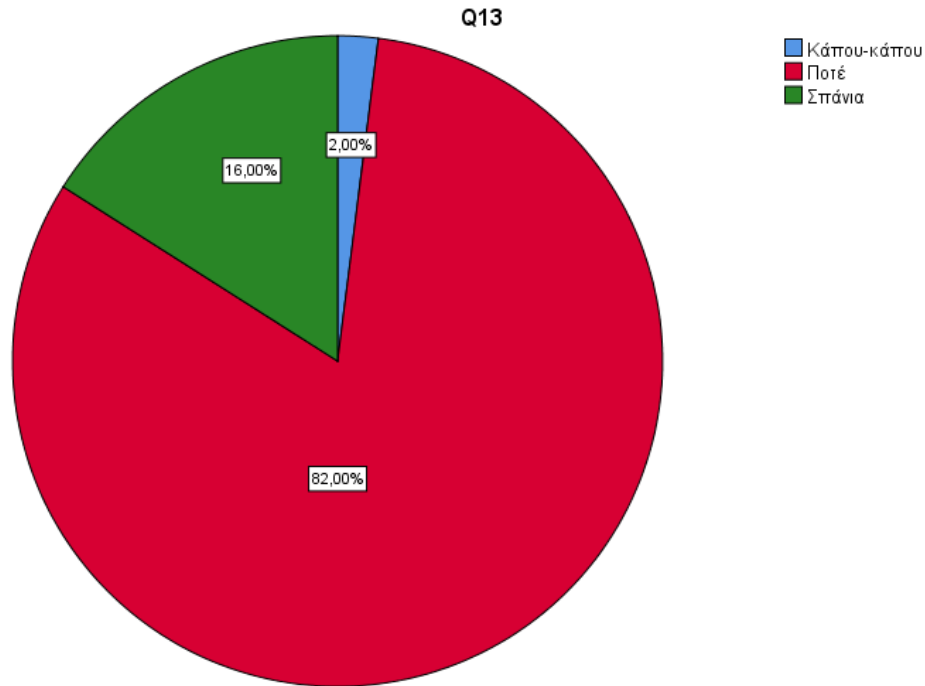
Γράφημα 16 : «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που δυσκολεύτηκε να ξεκουραστεί λόγω των δοντιών»

Το γράφημα 16 παρουσιάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Δυσκολευτήκατε ποτέ να ξεκουραστείτε εξ αιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;». Το 77% απάντησε «ποτέ» ενώ το 16% «σπάνια». Στην τελευταία κατάταξη ανήκει η επιλεγθείσα απάντηση «κάπου- κάπου» με ποσοστό 7%.



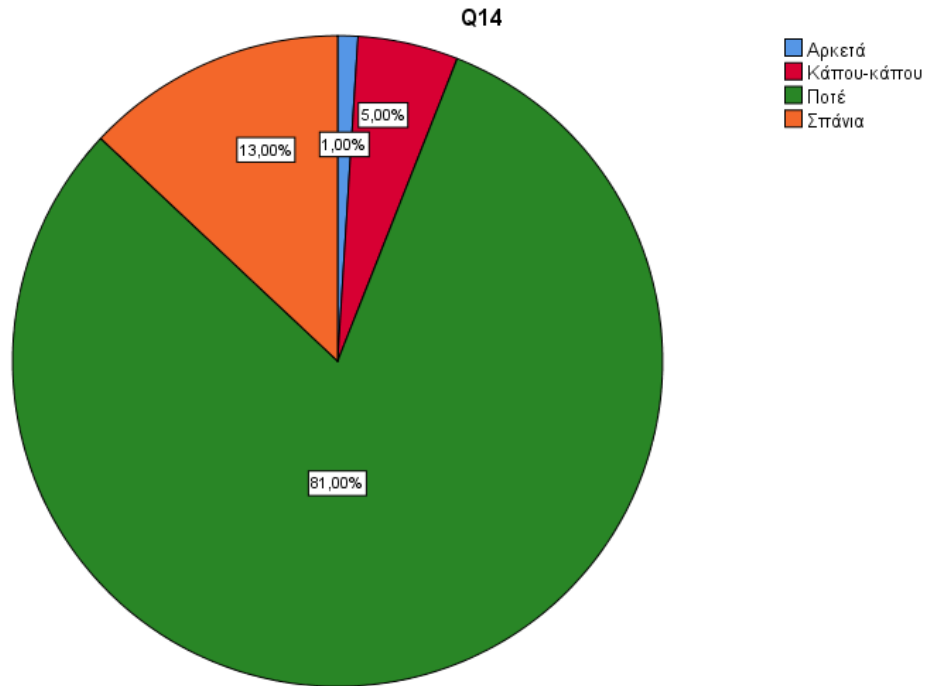
Γράφημα 17: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που ήρθαν σε δύσκολη θέση λόγω των δοντιών»

Τα δεδομένα της ερώτησης: «Ήρθατε ποτέ σε δύσκολη θέση εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;», αναλύονται στο γράφημα 17. Έτσι, το 76% των ερωτηθέντων δήλωσε πως «ποτέ» δεν ήρθε σε δύσκολη θέση λόγω των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών και το 15% δήλωσε «σπάνια». Μόνο το 9% δήλωσε «κάπου-κάπου».



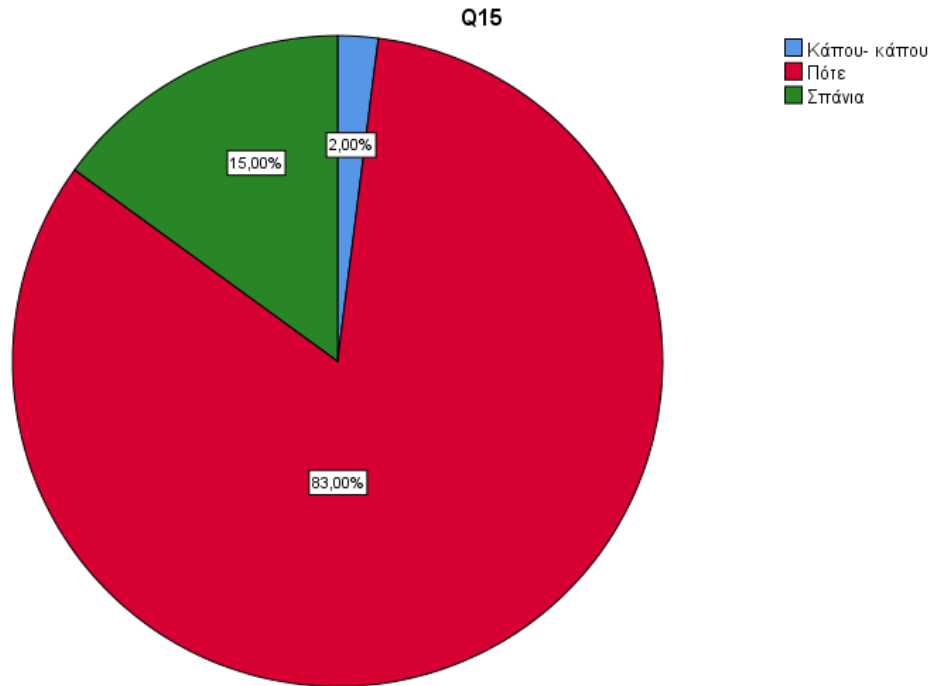
Γράφημα 18: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που εκνευρίστηκαν με άλλα άτομα λόγω των δοντιών»

Στο γράφημα 18 παρουσιάζονται τα δεδομένα της ερώτησης: «Αισθανθήκατε ποτέ ότι εκνευρίζεστε εύκολα με άλλους ανθρώπους εξαιτίας των δοντιών του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;». Το 82% απάντησε πως «ποτέ» δεν είχε νεύρα με άλλους ανθρώπους εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών του. Ακολουθεί το 16% που απάντησε «σπάνια» και το 2% που απάντησε «κάπου- κάπου».



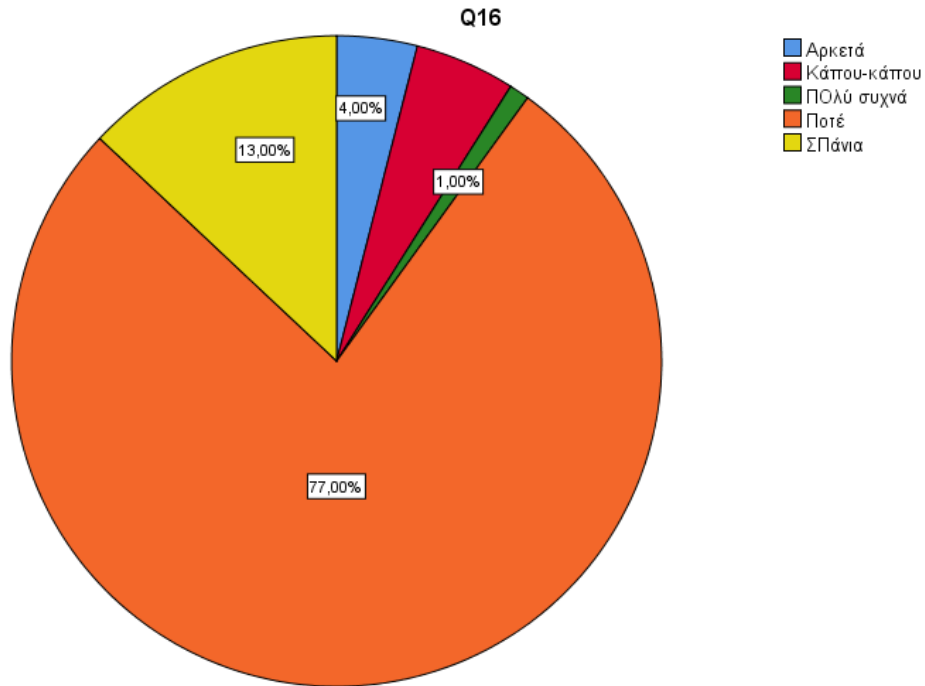
Γράφημα 19 : «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που δυσκολεύτηκαν στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω των δοντιών»

Στην ερώτηση: «Πόσο συχνά συναντήσατε δυσκολία στην πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;», τα δεδομένα του γραφήματος 19 δηλώνουν πως το 81% των ερωτηθέντων δήλωσε πως «ποτέ» δεν είχε κάποια δυσκολία στην πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων του λόγω προβλημάτων των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών του. Στη συνέχεια ακολουθούν τα δεδομένα των 13% που δήλωσε «σπάνια» και το 5% που δήλωσε «κάπου-κάπου». Μόνο το 1% απάντησε «αρκετά».



Γράφημα 20: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που ένιωσαν τη ζωή δυσάρεστη λόγω των δοντιών»

Στο γράφημα 20 αναλύονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Νιώσατε ποτέ ότι η ζωή έγινε δυσάρεστη (π.χ. δεν θέλατε να βγείτε έξω για φαγητό) εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών;». Είναι εμφανές το ποσοστό των ερωτηθέντων που απάντησε πως «ποτέ» δεν ένιωσε πως η ζωή έγινε δυσάρεστη λόγω προβλημάτων των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών του (83%). Το 15% δήλωσε «σπάνια» ενώ μόνο το 2% «κάπου- κάπου».



Γράφημα 21: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που νιώθουν ότι δεν μπορούν να μασήσουν, να μιλήσουν και να χαμογελάσουν λόγω των δοντιών»

Στο γράφημα 21 παρουσιάζονται τα δεδομένα της ερώτησης: «Πόσο συχνά νιώθετε ότι δεν μπορείτε να μασήσετε, να χαμογελάσετε, να μιλήσετε εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;» Με διαφορά το μεγαλύτερο ποσοστό 77% απάντησε «ποτέ». Ακολουθεί το ποσοστό 13% που δήλωσε ότι «σπάνια» δεν μπορεί να μασήσει, να μιλήσει και να χαμογελάσει λόγω των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών. Το 5% δήλωσε «κάπου- κάπου». Στο τέλος ανήκει το ποσοστό 4% που απάντησε «αρκετά» και το 1% που επέλεξε την απάντηση «πολύ συχνά».

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν την υπεροχή των οδοντικών εμφυτευμάτων έναντι άλλων προσθετικών αποκαταστάσεων. Πιο συγκεκριμένα, αποδεικνύεται η ικανοποίηση που έχουν οι ασθενείς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους μετά την αποκατάσταση τους με τα οδοντικά εμφυτεύματα, όπως υποστηρίζουν κι άλλες μελέτες που έχουν εξετάσει τους ασθενείς μέσω του έγκυρου και αξιόπιστου ερωτηματολογίου OHIP (Javier, 2014;Yeung, 2020;Heydecke, Locker, Awad, Lund & Feine, 2003;Boerrigter, Stegenga, Raghoebar & Boering, 1995). Ωστόσο, αρκετές έρευνες εστιάζουν στη μεγαλύτερη ικανοποίηση που νιώθουν οι ασθενείς όταν εφαρμόζεται το μονοφασικό πρωτόκολλο (άμεση τοποθέτηση της προσθετικής αποκατάστασης στο χειρουργικό στάδιο ή λίγες μέρες αργότερα) έναντι των ασθενών που αποκαταστάθηκαν με διφασικό πρωτόκολλο (Yeung, 2020;Schropp, Isidor, Kostopoulos & Wenzel, 2004). Όμως, τα αποτελέσματα της ανά χειράς μελέτης επιβεβαιώνουν τις βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με την καλύτερη μασητική απόδοση των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα. Η μασητική απόδοση αυξάνεται ακόμα και σε ασθενείς που φέρουν επένθετες οδοντοστοιχίες προσφέροντας μεγαλύτερη συγκράτηση, σταθερότητα και αίσθημα ασφάλειας κατά τη διάρκεια της μάσησης (Carr & Laner, 1987;Carlsson & Haraldson, 1985;Misch & Misch, 1991;Feldman, Kapur & Alman, 1980). Συνεπώς, η θεραπεία με τα οδοντικά εμφυτεύματα αυξάνει την ποιότητα ζωής των ασθενών είτε αποκατασταθούν άμεσα με μεταβατική προσθετική εργασία είτε όχι. Τέλος, η συσχέτιση της ποιότητας ζωής με τη στοματική υγεία φανερώνει μια γενική ευεξία και βελτιωμένη ποιότητα ζωής στους ασθενείς που έχουν επιλέξει τα οδοντικά εμφυτεύματα ως μέθοδο αποκατάστασης.

Το δείγμα των ασθενών, όπως αναφέρθηκε, ήταν εκατό ασθενείς όπου το 61% αποτελείται από γυναίκες ενώ το 39% από άνδρες. Η ηλικιακή ομάδα που συμπλήρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό (34%) είναι η ομάδα 56-65 ετών, όμως, όπως διακρίνεται στο γράφημα 2 όλες οι ηλικιακές ομάδες έχουν επιλέξει να αποκατασταθούν με οδοντικά εμφυτεύματα. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση το 71% δήλωσαν έγγαμοι. Ωστόσο, άγαμοι, χήροι και διαζευγμένοι αποκαταστάθηκαν εξίσου με οδοντικά εμφυτεύματα. Στο μορφωτικό επίπεδο εμφανώς οι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης κυριαρχούν με ποσοστό 40% ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με ποσοστό 29%. Από το γράφημα 3 συμπεραίνεται ότι η υψηλότερη εκπαίδευση σχετίζεται με την επιλογή της αποκατάστασης με οδοντικά εμφυτεύματα. Σημαντικός παράγοντας για την θεραπεία των ασθενών με τα

οδοντικά εμφυτεύματα είναι η οικονομική επιβάρυνση των ασθενών. Έτσι, μέσω της έρευνας που διεξήχθη τα δεδομένα δείχνουν ότι το 50% των ασθενών είχε μηνιαίο εισόδημα από 501 – 1000 ευρώ ενώ το 37% από 1001-2000 ευρώ. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι μόνο το 3% των ασθενών είχε μηνιαίο εισόδημα 1-500 ευρώ, γεγονός που συσχετίζει άμεσα το μηνιαίο εισόδημα με την επιλογή των εμφυτευμάτων ως μέσο αποκατάστασης. Είναι φανερό πως για να επιλέξει κανείς τα οδοντικά εμφυτεύματα δεν χρειάζεται ένα αρκετά υψηλό εισόδημα αλλά, όπως διακρίνεται, δεν είναι εφικτή αυτή η αποκατάσταση για τους χαμηλόμισθους, τους άνεργους ή τους χαμηλοσυνταξιούχους.

Τα γραφήματα 6,7 και η σύγκριση τους, απαντούν για την ποιότητα ζωής των ασθενών **πριν** αλλά και **μετά** από τη θεραπεία τους με τα οδοντικά εμφυτεύματα. Έτσι, το 39% δήλωσε πως πριν αποκατασταθεί με οδοντικά εμφυτεύματα είχε «μέτρια» ποιότητα ζωής ενώ υπήρχαν ασθενείς που δήλωσαν (17%) πως είχαν «ελάχιστα» καλή ποιότητα ζωής. Ακόμα, το 9% δήλωσε την απάντηση «καθόλου καλή». Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό 29% και το 6% που δήλωσε «αρκετά καλή» και «πάρα πολύ καλή», ανέφεραν ότι επέλεξαν τις συγκεκριμένες απαντήσεις λόγω της θέσης που βρισκόταν η νωδή περιοχή (οπίσθια θέση, μη εκτεταμένη νωδή ακρολοφία). Αντίστοιχα, το 74% των ασθενών δήλωσε πως η ποιότητα ζωής του έγινε «πάρα πολύ καλή» μετά τη χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων. Αξιοσημείωτο είναι ότι κανένας ασθενής δεν επέλεξε τις απαντήσεις «καθόλου καλή» και «ελάχιστα καλή». Συνεπώς υπήρξε μια αύξηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που αποκαταστάθηκαν με οδοντικά εμφυτεύματα.

Οι απαντήσεις των ασθενών στο βασικό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία, επιβεβαιώνουν τις βιβλιογραφικές αναφορές ως προς την υπεροχή των οδοντικών εμφυτευμάτων έναντι άλλων προσθετικών αποκαταστάσεων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των συγκεκριμένων ασθενών. Στις ερωτήσεις σχετικά με προβλήματα που μπορεί να είχαν ασθενείς λόγω των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών τους, όπως οι ερωτήσεις 1.α, 1.β, 2.α, 3.α, 4.β, 5.α, 5.β, 6.α,6.β, 7.α (από το βασικό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής OHIP-14), κανένας συμμετέχοντας δεν επέλεξε την απάντηση «πολύ συχνά». Ακόμα, στην ερώτηση 3.α στην οποία ερωτούνται οι ασθενείς σχετικά με το πόσο συχνά νιώθουν ξένα τα δόντια τους, αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς εν παρουσία μου, ανέφεραν πως επέλεξαν τις απαντήσεις «σπάνια» (45%) και «κάπου- κάπου» (18%) διότι είχαν μείνει αρκετό διάστημα χωρίς μεταβατική ή προσθετική εργασία λόγω προηγμένων χειρουργικών αναπλάσεων ή εκτεταμένων νωδών ακρολοφιών, με αποτέλεσμα να χρειαστεί μια μικρή περίοδο προσαρμογής έως ότου συνηθίσουν τη νέα τους κατάσταση. Τόνισαν δε, ότι πέρα του διαστήματος τούτου ουδέποτε ένιωσαν κάτι παρόμοιο.

Ένα ακόμα αξιοσημείωτο δεδομένο είναι αυτό της ερώτησης 4.α που αποδεικνύει ότι οι ασθενείς μπορούν να φάνε «πολύ συχνά» (62%) και «αρκετά» (32%) χωρίς πρόβλημα . Αυτό επιβεβαιώνει για άλλη μια φορά τη βιβλιογραφία που εστιάζει στην καλύτερη μασητική απόδοση των ασθενών που έχουν αποκατασταθεί με οδοντικά εμφυτεύματα επειδή οι μασητικές δυνάμεις ασκούνται απ' ευθείας στο οστό και όχι στο βλεννογόνο του στόματος.

Τέλος, τα γραφήματα 6,7 και οι συγκεντρωτικές απαντήσεις του έγκυρου – αξιόπιστου ερωτηματολογίου Oral Health Impact Profile -14 απαντούν στα ερωτήματα της παρούσας μελέτης και επιβεβαιώνουν την υπεροχή των οδοντικών εμφυτευμάτων τόσο σε λειτουργικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, έναντι άλλων προσθετικών εργασιών. Ωστόσο, η οικονομική επιβάρυνση των ασθενών θεωρείται ένα μειονέκτημα για την επιλογή τους ως μέθοδο αποκατάστασης. Κρίνεται σκόπιμο να ενισχυθούν τα δημόσια ταμεία και ενδεχομένως να δημιουργηθούν δημόσιοι φορείς οι οποίοι να μπορούν μελλοντικά να προσφέρουν τέτοιου είδους υπηρεσίες για την αύξηση της ποιότητας ζωής των ασθενών χωρίς διακρίσεις.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adulyanon, S. & Sheiham, A. (1997). *Oral impacts on daily performances*, in: G. D. Slade (ed.) *Measuring oral health quality of life*, University of North Carolina, Dental Ecology, Chapel Hill, 152-160.
- Allen, P., McMillan, A., Walshaw, D., & Locker, D. (1999). *A comparison of the validity of generic- and disease-specific measures in the assessment of oral health-related quality of life*, *Community Dent Oral Epidemiol*, 27, 344-352.
- Allison, P. J., Locker, D., Feine, J. S. (1997). *Quality of life: a dynamic construct*, *Soc SciMed*, 45, 221-230.
- Alonso, F., Vivo, J., Guerrero, P., Mourelo, J., Siles, M., (2019). *Impact of audiovisual information on anxiety and fear in patients undergoing dental implant treatment*, Dec; 21(6):1189-1198. <https://doi.org/10.1111/cid.12851>. Epub 2019 Oct 22.
- Atchison, K. A. & Dolan, T. A. (1990). *Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index*, *J Dent Educ*, 54(11), 680-687.
- Boerrigter, E., Stegenga, B., Raghoobar, G., Boering, G., (1995). *Patient satisfaction and chewing ability with implant-retained mandibular overdentures: a comparison with new complete dentures with or without preprosthetic surgery*. Oct; 53(10):1167-73. [https://doi.org/10.1016/0278-2391\(95\)90627-4](https://doi.org/10.1016/0278-2391(95)90627-4).
- Carlsson, G., Haraldson, T., Zarb, G., Albrektsson, T., (1985). *Tissue integrated prostheses: osseointegration in clinical dentistry*, Chicago, Quintessence.
- Carr, A., Laner, WR, (1987). *Maximum occlusal force levels in patients with osseointegrated oral implant prostheses and patients with complete dentures*, *Int J Oral Maxillofac Implants* 2:101-110.
- Creugers, NH. Kayser, HF., Hof, MA. (1994). *A meta- analysis of durability data on conventional fixed bridges*, *Community Dent Oral Epidemiology* 22:448-452.
- Cushing, A., Sheiham, A., & Maizels, J. (1986). *Developing socio-dental indicators. The social impact of dental disease*, *Community Dent Health*, 3, 3-17.

- Geert T Stoker, Daniel Wismeijer, (2011). *Immediate loading of two implants with a mandibular implant-retained overdenture: a new treatment protocol*, Dec; 13(4):255-61. <https://doi.org/10.1111/j.1708-8208.2009.00210.x>.
- Daniel, T., Robert H., Katarzyna S., Abel G., Taylor, T., Hämmerle, C., (2018). *Randomized controlled multicentre study comparing short dental implants (6 mm) versus longer dental implants (11-15 mm) in combination with sinus floor elevation procedures: 5-Year data*, Dec;45(12):1465-1474. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13025>. Epub Nov 25.
- Davarpanah, M., Martinez, H., Kebir, M., Tecucianu, J., (2003). *Clinical manual of implant dentistry*, Quintessence publishing Co, Ltd.
- Efeldt, A., Carlson, G., Borjesson, G, (1994). A clinical evaluation of single tooth restoration supported by osseointegrated implants: a retrospective study, *Int J Oral Maxillofac Implants* 9:179-183.
- Friedman, N., Landesman, H., Wexler, M., (1987). *The influences of fear, anxiety, and depression on the patient's adaptive responses to complete dentures*. Part I, Dec, 58(6):687-9, PMID: 3480355. [https://doi.org/10.1016/0022-3913\(87\)90419-7](https://doi.org/10.1016/0022-3913(87)90419-7).
- Gift, H., & Atchison, K., (1995). *Oral health and health-related quality of life*. *Med Care*, 33(11 Suppl), 57-77.
- Gift, H., (1997). *Oral health outcomes research – challenges and opportunities*, in: G. D. Slade (ed.) *Measuring oral health quality of life*, University of North Carolina, Dental Ecology, Chapel Hill, 25-46.
- Hass, R., Mensdorf, N., Mailnath, G., (1995). *Branemark single tooth implants: a preliminary report of 76 implants*, *J Prosthet Dent* 73:274-279.
- Heydecke, G., Locker, D., Awad, M., Lund, J., Feine, J., (2004). *Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures*. Jun; 31(3):161-8. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2003.00029.x>.
- Heydecke, G., Locker, D., Awad, M., Lund, J., Feine, J., (2005). *The impact of conventional and implant supported prostheses on social and sexual activities in edentulous adults Results from a randomized trial 2 months after treatment*. Sep; 33(8):649-57. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2005.01.003>. Epub, Mar 5.

- Ingeborg, J., Kuang, C., Tsui-Shan, L., Lyndon, F., (2011). *Comparison of three-implant-supported fixed dentures and two-implant-retained overdentures in the edentulous mandible: a pilot study of treatment efficacy and patient satisfaction*, J Oral Maxillofac Implants, Mar-Apr; 26(2):415-26, PMID: 21483895.
- Javier D., Francisco J., Silvestre, Javier M., (2014). *Changes in general and oral health-related quality of life in immediate or conventionally loaded dental implants: a nonrandomized clinical trial*, Int J Oral Maxillofac Implants. Mar-Apr 2014;29(2):391-401. <https://doi.org/10.11607/jomi.3479>.
- Kamberg, V., Feldman, K., (1983). *Measurement of a dental health status*, Rand Comporation.
- Leao, A., & Sheiham, A. (1996). *The development of a socio-dental measure of Dental Impacts on Daily Living*, Community Dental Health, 13, 22-26.
- Locker, D., (1988). *Measuring oral health: a conceptual framework*, Community Dental Health, 5, 5-13.
- Locker, D. & Miller, Y., (1994). *Subjectively reported oral health status in an adult population*, Community Dentistry and Oral Epidemiology, 22(6), 425-430.
- Locker, D. & Allen, F. (2007). *What do measures of 'oral health-related quality of life' measure*, Community Dentistry and Oral Epidemiology, 35, 401-411.
- Hirosaki, M., Ohira, T., Shirai, K., Kondo, N., Aida, J., Yamamoto, T., Takeuchi, K., Kondo, K., (2021). *Association between frequency of laughter and oral health among community-dwelling older adults: a population-based cross-sectional study in Japan*, Jan, PMID: 33432445. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02752-7>.
- Misch, LS, Misch CE (1991): *Denture satisfaction: a patient's perspective*, Int, J Oral Implantol 7:43-48
- Shrestha, B., Basnet, B., Adhikari, G.,(2020). *A questionnaire study on the impact on oral health-related quality of life by conventional rehabilitation of edentulous patient*, BDJ Open 6, 3. <https://doi.org/10.1038/s41405-020-0029-5> .
- Slade, G. D. & Spencer, A. J. (1994) *Development and evaluation of Oral Health Impact Profile*, Community Dental Health, 11, 3-11.

- Stassburger, C., Kerschbaum, T., & Heydecke, G. (2006). *Influence of implant and conventional prostheses on satisfaction and quality of life: A literature review. Part 2: Qualitative analysis and evaluation of the studies*, international Journal of Prosthodontics, 19(4), 339-348.
- Obrez, A., Grussing, G., (1999). *Opinions and feelings on eating with complete dentures: a qualitative inquiry*, Sep-Oct;19(5):225-9. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.1999.tb01390.x>
- Shaoxia P,1 Awad, M., Thomason, J., Dufresne., E., Kobayashi, T., Kimoto, S., Stephanie D, Feine, J.,(2008). *Sex differences in denture satisfaction*, May;36(5):301-8. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2008.02.009>.
- Schropp, L., Isidor, F., Kostopoulos, L., Wenzel, A., (2004). *Patient experience of, and satisfaction with, delayed-immediate vs. delayed single-tooth implant placement*. Aug; 15(4):498-503. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2004.01033.x>.
- Shugars, DA., Bader, JD. White, BA, (1998). *Survival rates of teeth adjacent to treated and untreated posterior bounded edentulous spaces*, J Am Dent Assoc 129:1085-1095.
- Reisine, S. T. & Weber, J. (1989). *The effects of temporomandibular joint disorders on patients' quality of life*, Community Dental Health, 6(3), 257-270.
- Renoyard, F., Rangert, B., (2008) *Risk factors in implant dentistry*, Quintessence Pub Co; June 30 2nd edition.
- Rupal, J., Shah, 1., Fatema, J., Diwan, 1., Munira ,J .,Diwan, C .,Vishal, J., Chauhan, 1., Hemal, S., Agrawal, 1., Ghanshyam, P. , (2015). *A study of the emotional effects of tooth loss in an edentulous Gujarati population and its association with depression*, Jul-Sep; 15(3):237-43, PMID: 26929519 PMCID: PMC4762342 <https://doi.org/10.4103/0972-4052.161564>.
- Slade, A., Spencer, J., (1994). *Social impact of oral conditions among older adults*, Dec; 39(6):358-64, PMID: 7832683. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.1994.tb03106.x>
- Strauss, R. P. & Hunt, R. J. (1993). *Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life*, J Am Dent Assoc, 124(1), 105-110.

Walton, JN., Gardner, FM., White, BA. (1986). *A survey of a crown and fixed partial denture failures, length of service and reason for replacement*, J Prosthet Dent 56: 416-421.

Yeung A., (2020) *Effect of implant rehabilitation on oral health-related quality of life with three different implant strategies*, Evid Based Dent. 2020 Sep;21(3):92-93.
<https://doi.org/10.1038/s41432-020-0112-8>.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξανδρή, Κ., (2003), *Εισαγωγή στην εμφυτευματολογία*, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

Αναστασιάδου, Β., (2015). *Διαχείριση ολικής νωδότητας συμβατικές/ κλασσικές οδοντοστοιχίες*, Εκδόσεις: Κάλλιπος.

Ανδριτσάκης, Δ., (2002). *Ακίνητη επανορθωτική οδοντιατρική*, Οδοντιατρικές εκδόσεις Ζαχαρόπουλος.

Αποστόλου, Ξ., Αποστολοπούλου, (2003). *Προληπτική Οδοντιατρική*, Εκδόσεις: Συμμετρία.

Γιαννικάκης, Σ., (2003). *Ολικές οδοντοστοιχίες*, Εκδόσεις: Μπονισέλ.

Γιαννικάκης, Σ., (2006). *Φυσιολογία στοματογναθικού συστήματος και σύγκλιση στην οδοντοτεχνική*, Τμήμα οδοντικής τεχνολογίας, Σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, Τ.Ε.Ι Αθήνας.

Γιαννικάκης, Σ., Καρκαζής, Η., (2007). *Προσθετική επί εμφυτευμάτων*, Εκδόσεις Μπονισέλ.

Δημητροπούλου, Ε., (2004). *Η εργαστηριακή διαδικασία στην Ακίνητη Προσθετική*, Ιδιωτική έκδοση.

Δρούκας, Β., Σταθόπουλος, Α., (1987). *Στοιχεία ακίνητης προσθετικής*, Εκδόσεις Παρισιανός.

Δρούκας, Β., (2008). *Λειτουργία και δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος*, Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιανού.

Καρκαζής Η. (2010).: *Συμβατικές επένθετες οδοντοστοιχίες, Ένα διαχρονικό όπλο στα χέρια του οδοντιάτρου*. Οδοντιατρικό βήμα.; 4-8.

- Καρκαζής, Η., Κοσιώνη, Α., (2012). *Ολική νωδότητα και ολικές οδοντοστοιχίες. Σύγχρονες απόψεις και εκπαιδευτικές τάσεις στα πλαίσια επιδημιολογικών δεδομένων*, Στοματολογία, 69 (2):32-46
- Καρκαζής, Η., Πολυζώης, Γ., (2008) *Γηροδοντιατρική & Γναθοπροσωπική Προσθετική*, Εκδόσεις Μπονισέλ.
- Κοσιώνη, Α., (2018). *Γηροδοντιατρική, Διαθέσιμο στη σελίδα :* <http://www.gerodontology.gr/gerodontology.php>. (24/07/2021).
- Κοσιώνη, Α., Ζερβού-Βάλβη, Φ., (2009). *Συνήθειες βλάβες του βλεννογόνου του στόματος σε ηλικιωμένους σχετιζόμενες με τη χρήση κινητών προσθετικών εργασιών*, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική.
- Κοσιώνη, Α., Ραχιώτης, Χ., (2010). *Πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας στους ηλικιωμένους*, Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά.
- Κουλούρη, Α., Φούφουλα, Μ., Καπράλος, Ι., Λυγερού, Ι., Ρούπα, Ζ., (2019). *Ερευνητική εργασία – Οικονομική κρίση και στοματική υγεία μια ποιοτική προσέγγιση*, Archives of Hellenic medicine, 36(3):349-357.
- Κουνάρη, Χ., Χωματά, Ε., (2007). *Κοινωνική Οδοντιατρική*, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Μάρτης, Χ., (2004). *Στοματογναθοπροσωπική χειρουργική*, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα.
- Μαστρογεωργοπούλου, Χ., Αναστασιάδου, Β., (2011). *Συμβολή της Ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου OHIP – 14 στη διαπολιτισμική υιοθέτηση του*, ΣΤΟΜΑ 2011;39: 183 – 188.
- Μπαλούρδας, Θ., (2005). *Μερικές Οδοντοστοιχίες – Οδηγός εργαστηρίου*, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Οδοντικής Τεχνολογίας.
- Μπατσκίνη, Α., (2018). *Νέα μελέτη συνδέει την απώλεια δοντιών με κατάθλιψη και άγχος*, Διαθέσιμο στη σελίδα: [https://www.aftodioikisi.gr/ygeia/nea-meleti-syndei-tin-apolia-dontion-katathlipsi-ke-agchos/\[1/02/2021\]](https://www.aftodioikisi.gr/ygeia/nea-meleti-syndei-tin-apolia-dontion-katathlipsi-ke-agchos/[1/02/2021])
- Νάκου, Σ.,(2001). *Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(3):254-266.

- Νικολακέας, Α., Καστανιώτη, Α., Πλατής, Χ., Κοστριβά, Ε., (2019). *Αξιολόγηση ασθενών με τη χρήση του ερωτηματολογίου Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) στον ιδιωτικό τομέα*, Archives of Hellenic medicine,,: ISSN 11-05-3992.
- Πολυχρονάκης Ν. (2011): *Επένθετες ολικές οδοντοστοιχίες επί φυσικών δοντιών και επί εμφυτευμάτων*. Οδοντιατρικό Βήμα Φεβ.; 20-22.
- Προμπονάς, Α., (2009). *Κινητή Προσθετική ΙΙΙ (Μαλακά επιστρώματα – επένθετες οδοντοστοιχίες – ενίσχυση ακρυλικού με οπτικές ίνες)*, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Οδοντικής Τεχνολογίας.
- Σταμαδιάνος, Β., Αλεξιάς, Γ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2009). *Στοματική υγεία και ποιότητα ζωής των οδοντιατρικών ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Καλύμνου*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 26(4), 503-516.
- Σολδάτος, Ν., Μελακόπουλος, Ι., Σιλβεστρος, Σ., Κοντακιώτης, Γ., Κατσίκερης, Ν., (2010). *Διφωσφονικά και εμφυτεύματα. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οδηγίες και παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων*, Στόμα 38 : 139 – 147.
- Ουλής, Κ., (2015). *Η οδοντιατρική κατάσταση των παιδιών ηλικίας 5,12,15 ετών στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία (2004-2014)*, Παιδοδοντία 29(3): 77-86.
- Berns, J., (1991). *Γιατί πρέπει να αντικαθιστούμε τα πίσω δόντια που λείπουν;*, Εκδόσεις Datamedica.
- Bryman, A., (2016). *Μέθοδοι κοινωνικής έρευνας*, Εκδοτικός Οίκος Gutenberg.
- Koeck, B., Wagner, W., (2004). *Εμφυτευματολογία*, Εκδοτικός Οίκος Laterec.

*Οι εικόνες της παρούσας εργασίας είναι από προσωπικό μου αρχείο και σύμφωνα με τη συγκατάθεση των ασθενών.

*Τις εικόνες 7,8 και 9 μου τις παραχώρησε ο Κύριος Παπασωτηρίου Αλέξανδρος από το οδοντιατρικό του site emfyteymatadontion.gr .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

<p style="text-align: center;">ΕΝΤΥΠΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 2 σελίδες)</p>
<p style="text-align: center;">Σύντομος Τίτλος του ερευνητικού Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε</p>
<p>Π.Μ.Σ Προαγωγή Υγείας Στην Τρίτη Ηλικία</p>

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή/και ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Καλείστε να συμμετάσχετε **εθελοντικά** σε μια έρευνα που διεξάγεται από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια Καραπέτρου Ελένη στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Προαγωγή Υγείας Στην Τρίτη Ηλικία» του Τμήματος Κοινωνικής και Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι **εθελοντική** ενώ προϋπόθεση για τη συμμετοχή σας είναι να είστε άνω των 18 ετών και να γνωρίζετε την Ελληνική Γλώσσα. Σκοπός της έρευνας είναι να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών που έχουν αποκατασταθεί με οδοντικά εμφυτεύματα. Η συμμετοχή σας είναι σημαντική γιατί θα συμβάλλετε στη δημιουργία μελλοντικών προτάσεων για την εξέλιξη της Οδοντιατρικής Φροντίδας και την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η μέγιστη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ανέρχεται στα 10 λεπτά. Η συγκεκριμένη έρευνα δεν σας θέτει σε κανέναν κίνδυνο. Η συμμετοχή σας είναι προαιρετική, συνεπώς, δεν υπάρχει κάποια χρηματική αποζημίωση από την παρούσα έρευνα. Η μη αποδοχή σας στην έρευνα δε θα επηρεάσει την οδοντιατρική σας περίθαλψη στο ιατρείο.

Όσες πληροφορίες χρησιμοποιηθούν μέσα από τις απαντήσεις σας, δεν θα μπορούν να ταυτοποιηθούν με εσάς καθώς θα υπάρξει ανωνυμοποίηση του δείγματος. Σε περίπτωση τηλεφωνικής συνέντευξης θα υπάρξει καταγραφή της κλήσης, την οποία μπορείτε να αρνηθείτε. Η τηλεφωνική συνέντευξη θα απομαγνητοφωνηθεί.

Το δομημένο ερωτηματολόγιο που θα συμπληρώσετε ή η τηλεφωνική δομημένη συνέντευξη θα φυλάσσονται σε ασφαλές αρχείο ενός φορητού υπολογιστή (offline) της ερευνήτριας, με ισχυρό κωδικό πρόσβασης. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια αλλά και το αντίγραφο ασφαλείας που θα υπάρχει σε φορητή συσκευή αποθηκευτικού χώρου (usb), θα φυλάσσονται σε κλειδωμένο ερμάριο όπου το κλειδί πρόσβασης θα βρίσκεται σε ασφαλές σημείο στην κατοχή της ερευνήτριας. Οι δομημένες συνεντεύξεις και τα ερωτηματολόγια θα παραμείνουν στην κατοχή της ερευνήτριας για 5 έτη, έπειτα

θα καταστραφούν. Η παρούσα έρευνα δεν εξυπηρετεί κανένα συμφέρον καθώς εκτελείται στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας της φοιτήτριας.

Προϋπόθεση για την **εθελοντική** συμμετοχή σας είναι να έχετε αποκατασταθεί με τη χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων. Πιο συγκεκριμένα, να έχετε αποκατασταθεί με:

- Μονήρη οδοντικά εμφυτεύματα
- Επιεμφυτευματικές γέφυρες
- Επένθετες επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες

Η **εθελοντική** συμμετοχή σας δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί εφόσον:

- Είστε κάτω των 18 ετών.
- Βρίσκεστε στο μετεγχειρητικό στάδιο.
- Έχετε υποβληθεί σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα αλλά δεν έχει τοποθετηθεί η προσθετική εργασία.
- Έχετε υποβληθεί σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα και έχετε μεταβατική προσθετική αποκατάσταση και όχι μόνιμη.
- Δεν γνωρίζετε την Ελληνική γλώσσα.
- Εάν τελείτε υπό δικαστική συμπαράσταση.

Επιστημονικά Υπεύθυνη Προγράμματος : Καθ. Αναστασία Μπαρμπούνη
Για οποιαδήποτε απορία μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια :
Καραπέτρου Ελένη, E – mail: lenakarapetrou@gmail.com
Κινητό: 6971943260

Επίθετο:	Όνομα:
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΩΝ

Υπεύθυνος καταγγελιών

Σε περίπτωση καταγγελίας ως προς την διεξαγωγή της έρευνας , μπορείτε να απευθυνθείτε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής ethics@uniwa.gr. Αντίστοιχα, για καταγγελία που αφορά τα προσωπικά δεδομένα θα μπορείτε να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, κ. Αγιοπετρίτη Ιωάννη agiop@uniwa.gr. Τέλος, σε περίπτωση που δεν επιλυθεί το πρόβλημα θα μπορέσετε να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο που βρίσκεται στην ιστοσελίδα αυτής complaints@dpa.gr

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ:

Π.Μ.Σ «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ».
«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΔΟΝΤΙΚΑ
ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ»

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

(κυκλώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει)

Φύλο

Άνδρας Γυναίκα

Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε:

19-25 26-35 36-45 46-55 56-65 66 και άνω

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση:

Ανύπαντρος-η Παντρεμένος-η Διαζευγμένος-η Χήρος-α

Το μορφωτικό σας επίπεδο σε ποια κατηγορία ανήκει:

Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ Μεταπτυχιακό
Διδακτορικό

Σε ποια κατηγορία ανήκει το καθαρό μηνιαίο εισόδημα σας:

1-500€ 501 - 1000€ 1001 -2000€ Πάνω από 2001€

Πώς θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα ζωής σας πριν από την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων:

Καθόλου καλή Ελάχιστα καλή Μέτρια Αρκετά καλή

Πάρα πολύ καλή

Πώς θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα ζωής σας μετά την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων:

Καθόλου καλή Ελάχιστα καλή Μέτρια Αρκετά καλή

Πάρα πολύ καλή

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ORAL HEALTH IMPACT PROFILE-14

(κυκλώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.)

1.α Πόσο συχνά είχατε πρόβλημα στο να πείτε κάποιες λέξεις λόγω προβλημάτων από τα δόντια σας, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

1.β Νιώσατε ποτέ να αλλοιώνεται η αίσθηση της γεύσης σας λόγω προβλημάτων από τα δόντια σας, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

2.α Είχατε ποτέ έντονο πόνο στο στόμα σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

2.β Σας ήταν ποτέ δυσάρεστο να τρώτε κάποιες τροφές εξαιτίας των δοντιών σας, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

3.α Πόσο συχνά νιώθετε ξένα τα δόντια σας, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

3.β Πόσο συχνά νιώθετε ότι έχετε νεύρα εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

4.α Πόσο συχνά μπορείτε να φάτε ότι θέλετε χωρίς πρόβλημα από τα δόντια σας, το στόμα σας ή τις οδοντοστοιχίες σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

4.β Χρειάστηκε ποτέ να σηκωθείτε από το τραπέζι εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

5.α Δυσκολευτήκατε να ξεκουραστείτε εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

5.β Ήρθατε ποτέ σε δύσκολη θέση εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

6.α Αισθανθήκατε ποτέ ότι εκνευρίζεστε εύκολα με άλλους ανθρώπους εξαιτίας των δοντιών του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

6.β Πόσο συχνά συναντήσατε δυσκολία στην πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

7.α Νιώσατε ποτέ ότι η ζωή έγινε δυσάρεστη (π.χ. δεν θέλετε να βγείτε έξω για φαγητό) εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

7.β Πόσο συχνά νιώθετε ότι δεν μπορείτε να μασήσετε, να χαμογελάσετε, να μιλήσετε εξαιτίας των δοντιών, του στόματος ή των οδοντοστοιχιών σας;

0	1	2	3	4
Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-κάπου	Αρκετά	Πολύ συχνά

*Επιστημονικά Υπεύθυνη Προγράμματος : Καθ. Αναστασία Μπαρμπούνη
Για οποιαδήποτε απορία μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια :
Καραπέτρου Ελένη, E – mail: lenakarapetrou@gmail.com
Κινητό: 6971943260*

Σας ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Πίνακες στατιστικής ανάλυσης

Πίνακας 1: «Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Φύλο συμμετεχόντων»

Φύλο					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Ανδρας	39	39,0	39,0	39,0
	Γυναίκα	61	61,0	61,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 2: «Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ηλικία συμμετεχόντων»

Ηλικία					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	19-25	1	1,0	1,0	1,0
	26-35	4	4,0	4,0	5,0
	36-45	16	16,0	16,0	21,0
	46-55	26	26,0	26,0	47,0
	56-65	34	34,0	34,0	81,0
	66+	19	19,0	19,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3: «Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων»

Οικογενειακή κατάσταση					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Ανύπαντρος	16	16,0	16,0	16,0
	Διαζευγμένος	5	5,0	5,0	21,0
	Παντρεμένος	71	71,0	71,0	92,0
	Χήρος	8	8,0	8,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 4 : «Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων»

Μορφωτικό επίπεδο					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Γυμνάσιο	11	11,0	11,0	11,0
	Δημοτικό	13	13,0	13,0	24,0
	Λύκειο	29	29,0	29,0	53,0
	Μεταπτυχιακό	7	7,0	7,0	60,0
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	40	40,0	40,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 5 : «Δημογραφικά χαρακτηριστικά Μηνιαίο εισόδημα συμμετεχόντων»

Μηνιαίο εισόδημα					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	1-500	3	3,0	3,0	3,0
	1001-2000	37	37,0	37,0	40,0
	2001+	10	10,0	10,0	50,0
	501-1000	50	50,0	50,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 6 : «Ποσοστιαία κατανομή της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων πριν την τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων»

Q1					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά καλή	29	29,0	29,0	29,0
	Ελάχιστα καλή	17	17,0	17,0	46,0
	Καθόλου καλή	9	9,0	9,0	55,0
	Μέτρια	39	39,0	39,0	94,0
	Πάρα πολύ καλή	6	6,0	6,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 7: «Ποσοστιαία κατανομή της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων μετά την τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων»

Q2					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά καλή	22	22,0	22,0	22,0
	Ελάχιστα καλή	0	0,0	0,0	22,0
	Καθόλου καλή	0	0,0	0,0	22,0
	Μέτρια	4	4,0	4,0	26,0
	Πάρα πολύ καλή	74	74,0	74,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 8: «Ποσοστό συχνότητας των ατόμων να προφέρουν κάποιες λέξεις λόγω προβλημάτων»

Q3					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	1	1,0	1,0	1,0
	Κάπου- κάπου	9	9,0	9,0	10,0
	Πολύ συχνά	0	0,0	0,0	10,0
	Ποτέ	76	76,0	76,0	86,0
	Σπάνια	14	14,0	14,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 9: «Ποσοστό συχνότητας των ατόμων στα οποία αλλοιώνεται η αίσθηση της γεύσης λόγω προβλημάτων των δοντιών»

Q4					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	1	1,0	1,0	1,0
	Κάπου- κάπου	6	6,0	6,0	7,0
	Πολύ συχνά	0	0,0	0,0	7,0
	Ποτέ	74	74,0	74,0	81,0
	Σπάνια	19	19,0	19,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 10: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που ένιωσαν πόνο στο στόμα»

Q5					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	2	2,0	2,0	2,0
	Κάπου- κάπου	15	15,0	15,0	17,0
	Πολύ συχνά	0	0,0	0,0	17,0
	Ποτέ	69	69,0	69,0	86,0
	Σπάνια	14	14,0	14,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 11: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων με δυσαρέσκεια σε τροφές λόγω των δοντιών»

Q6					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	3	3,0	3,0	3,0
	Κάπου- κάπου	4	4,0	4,0	7,0
	Πολύ συχνά	1	1,0	1,0	8,0
	Ποτέ	10	10,0	10,0	18,0
	Σπάνια	82	82,0	82,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 12: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων οι οποίοι νιώθουν ξένα τα δόντια τους»

Q7					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	3	3,0	3,0	3,0
	Κάπου- κάπου	18	18,0	18,0	21,0
	Πολύ συχνά	0	0,0	0,0	21,0
	Ποτέ	34	34,0	34,0	55,0
	Σπάνια	45	45,0	45,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 13: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που νιώθουν νεύρα λόγω των δοντιών»

Q8					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	2	2,0	2,0	2,0
	Κάπου- κάπου	6	6,0	6,0	8,0
	Πολύ συχνά	3	3,0	3,0	11,0
	Ποτέ	72	72,0	72,0	83,0
	Σπάνια	17	17,0	17,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 14: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που μπορούν να φάνε ότι θέλουν χωρίς πρόβλημα από τα δόντια »

Q9					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	32	32,0	32,0	32,0
	Κάπου- κάπου	4	4,0	4,0	36,0
	Πολύ συχνά	62	62,0	62,0	98,0
	Ποτέ	2	2,0	2,0	100,0
	Σπάνια	0	0,0	0,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 15: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που σηκώθηκε από το τραπέζι λόγω προβλημάτων των δοντιών»

Q10					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	0	0,0	0,0	0,0
	Κάπου- κάπου	1	1,0	1,0	1,0
	Πολύ συχνά	0	0,0	0,0	1,0
	Ποτέ	88	88,0	88,0	89,0
	Σπάνια	11	11,0	11,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 16: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που δυσκολεύτηκε να ξεκουραστεί λόγω των δοντιών»

Q11					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	0	0,0	0,0	0,0
	Κάπου- κάπου	7	7,0	7,0	7,0
	Πολύ συχνά	0	0,0	0,0	7,0
	Ποτέ	77	77,0	77,0	84,0
	Σπάνια	16	16,0	16,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 17: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που ήρθαν σε δύσκολη θέση λόγω των δοντιών»

Q12					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	0	0,0	0,0	0,0
	Κάπου-κάπου	9	9,0	9,0	9,0
	Πολύ συχνά	0	0,0	0,0	9,0
	Ποτέ	76	76,0	76,0	85,0
	Σπάνια	15	15,0	15,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 18: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που εκνευρίστηκαν με άλλα άτομα λόγω των δοντιών»

Q13					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	0	0,0	0,0	0,0
	Κάπου-κάπου	2	2,0	2,0	2,0
	Πολύ συχνά	0	0,0	0,0	2,0
	Ποτέ	82	82,0	82,0	84,0
	Σπάνια	16	16,0	16,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 19: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που δυσκολεύτηκαν στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω των δοντιών»

Q14					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	1	1,0	1,0	1,0
	Κάπου-κάπου	5	5,0	5,0	6,0
	Πολύ συχνά	0	0,0	0,0	6,0
	Ποτέ	81	81,0	81,0	87,0
	Σπάνια	13	13,0	13,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 20: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που ένιωσαν τη ζωή δυσάρεστη λόγω των δοντιών»

Q15					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	0	0,0	0,0	0,0
	Κάπου- κάπου	2	2,0	2,0	2,0
	Πολύ συχνά	0	0,0	0,0	2,0
	Πότε	83	83,0	83,0	85,0
	Σπάνια	15	15,0	15,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Πίνακας 21: «Ποσοστό συχνότητας ατόμων που νιώθουν ότι δεν μπορούν να μασήσουν, να μιλήσουν και να χαμογελάσουν λόγω των δοντιών»

Q16					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Αρκετά	4	4,0	4,0	4,0
	Κάπου-κάπου	5	5,0	5,0	9,0
	Πολύ συχνά	1	1,0	1,0	10,0
	Ποτέ	77	77,0	77,0	87,0
	Σπάνια	13	13,0	13,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	