
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΑ
ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ**

ΝΙΚΟΛΕΤΑ ΜΙΚΕΛΕΤΗ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΑ
ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ**

ΜΙΚΕΛΕΤΗ ΝΙΚΟΛΕΤΑ, Α.Μ.: ΔΥ/1122

Επιβλέπων: Διονύσιος Ιθακήσιος / Αναπληρωτής Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**PATIENTS' SATISFACTION FOLLOWING DENTAL
IMPLANT THERAPY**

NIKOLETA MIKELETI

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2015

*Στους γονείς μου, Κώστα και Ζήνια,
και στον αδελφό μου, Μάριο*

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Ιθακήσιο Διονύσιο άλλα και τον καθηγητή μου κύριο Βοζίκη Αθανάσιο, για την ηθική και ακαδημαϊκή στήριξη και την αμέριστη διάθεσή τους να μου παράσχουν τις κατευθυντήριες γραμμές για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Τον φίλο και συμφοιτητή Ξύδη Γιώργο, για την πολύτιμη βοήθειά του κατά τη συγγραφή και εκπόνηση της εργασίας. Επίσης, οφείλω να ευχαριστήσω τους φίλους και συναργάτες οδοντιάτρους, που μου επέτρεψαν να έρθω σε επαφή με τους ασθενείς τους, προκειμένου να καταστεί δυνατό να εκπονηθεί η έρευνα με την οποία ασχοληθήκα στην παρούσα εργασία.

Ικανοποίηση ασθενών που έχουν τοποθετήσει και αποκαταστήσει προσθετικά οδοντικά εμφυτεύματα.

Σημαντικοί Όροι: Ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα ζωής, νωδότητα, αποατάσταση, οδοντικά εμφυτεύματα, ερωτηματολόγιο για τις επιπτώσεις της στοματικής υγείας (OHIP14), στατιστική ανάλυση

Περίληψη

Στην παρούσα διπλωματική εργασία επιχειρείται η αξιολόγηση μέσω έρευνας, της ικανοποίησης των ασθενών που τους έχουν τοποθετηθεί και αποκατασταθεί προσθετικά οδοντικά εμφυτεύματα. Στόχος είναι η αξιολόγηση της συγκεκριμένης θεραπείας και η αποδοχή της από τους ίδιους τους ασθενείς, αν και κατά πόσο έχει βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους, καθώς επίσης και αν θα πρότειναν τελικά την θεραπεία αυτήν. Η παραπάνω εμπειρική έρευνα συνοδεύεται από βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τα στοματική υγεία και την οδοντιατρική φροντίδα. Επεξηγείται η θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα, ο τρόπος χρήσης τους αλλά και η εξέλιξη τους. Επίσης αναλύεται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών και των εργαλείων που υπάρχουν πλέον διαθέσιμα στους ερευνητές. Γίνεται στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν, και διαπιστώνεται ο υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών που ξεπερνά το 90%.

Patients' satisfaction, following dental implant therapy

Important Terms: Patient satisfaction, quality of life, edentulous, rehabilitation, dental implants, questionnaire Oral Health Impact Profile 14(OHIP14), statistical analysis

Summary

This dissertation attempts to evaluate through research, patients' satisfaction following dental implant therapy. The aim is the evaluation of the treatment and the acceptance by patients themselves, although whether it has improved their quality of life, and if patients would propose to others this kind of treatment. The above empirical research is accompanied by literature review about oral health and dental care. The process of dental implant therapy is explained, how dentists use them and their development during the last decades. Also the concept of patient satisfaction is analyzed and the tools, which are now available to researchers for the measurement of it, are reported. Finally, the collected data are statistically analyzed, and the outcome shows high level of overall patient satisfaction, which reaches 90%.

Περιεχόμενα

Περίληψη	xi
Abstract	xiii
Κατάλογος Πινάκων	xx
Κατάλογος Γραφημάτων	xxixv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Στοματική υγεία και οδοντιατρική φροντίδα	1
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Η στοματική υγεία και η συσχέτισή της με τη γενική υγεία	1
1.3 Το επίπεδο στοματικής υγείας στην Ευρώπη	7
1.4 Η στοματική υγεία και η οδοντιατρική φροντίδα στην Ελλάδα	8
<i>1.4.1 Το επίπεδο στοματικής υγείας στην Ελλάδα</i>	<i>8</i>
<i>1.4.2 Η οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα</i>	<i>10</i>
1.5 Ανακεφαλαίωση	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ποιότητα ζωής υπό το πρίσμα της	19

στοματικής υγείας

2.1	Εισαγωγή	19
2.2	Η ποιότητα ζωής υπό το πρίσμα της υγείας	20
2.3	Η ποιότητα ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας	23
2.3.1	<i>Η έννοια της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας</i>	23
2.3.2	<i>Διαταραχές της στοματικής υγείας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής</i>	28
2.3.3	<i>Εργαλεία μέτρησης και αξιολόγησης της στοματικής υγείας σε σχέση με την ποιότητα ζωής</i>	33
2.4	Βιβλιογραφική επισκόπηση αποτελεσμάτων από τη συσχέτιση της στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής	39
2.5	Βιβλιογραφική επισκόπηση αποτελεσμάτων από τη συσχέτιση της αποκατάστασης της μερικής ή της ολικής νωδότητας με την ποιότητα ζωής των ασθενών	44
2.5.1	<i>Αποκατάσταση μερικής ή ολικής νωδότητας και ποιότητα ζωής</i>	44
2.5.2	<i>Αξιολόγηση των συμβατικών οδοντοστοιχιών σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών</i>	46
2.5.3	<i>Αξιολόγηση των εμφυτευματικών αποκαταστάσεων σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών</i>	49
2.6	Ανακεφαλαίωση	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Τα οδοντικά εμφυτεύματα	59
3.1 Εισαγωγή	59
3.2 Η εμφυτευματολογία ως μέθοδος αποκατάστασης και πρόληψης	60
3.3 Εμφυτευματικά συστήματα και ταξινόμηση εμφυτευμάτων	61
3.4 Η εμφυτευματική διαδικασία	64
3.4.1 Διαγνωστικός έλεγχος	65
3.4.2 Προκαταρκτικό σχέδιο θεραπείας	67
3.5 Τα εμφυτεύματα ως μέθοδος αποκατάστασης της νωδότητας	71
3.6 Επιτυχία και πρόγνωση των οδοντικών εμφυτευμάτων	78
3.7 Ανακεφαλαίωση	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Σκοπός της έρευνας – εργαλεία και μέσα που χρησιμοποιήθηκαν-μεθοδολογία που ακολουθήθηκε	87
4.1 Εισαγωγή	87
4.2 Σκοπός της έρευνας	87
4.2.1 Επιχειρώντας ένα σφαιρικό ορισμό της ικανοποίησης του ασθενή	88
4.2.2 Ικανοποίηση αναγκών ασθενών	89
4.2.3 Γιατί έχει σημασία η μέτρηση της ικανοποίησης των	90

<i>ασθενών</i>	
4.2.4 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών	91
4.2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών	93
4.3 Εργαλεία για την διεξαγωγή της έρευνας	94
4.3.1 Δημογραφικές ερωτήσεις	94
4.3.2 Ερωτηματολόγιο για τις επιπτώσεις της στοματικής υγείας (OHIP14)	94
4.3.3 Αυτοαξιολόγηση της υγείας	96
4.3.4 Σχετικά με τα οδοντικά εμφυτεύματα	96
4.4 Υλικό και Μεθοδολογία	98
4. 4.1 Δείγμα και διαδικασία	98
4. 4.2 Στατιστική Επεξεργασία	99
4.5 Ανακεφαλαίωση	99
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Στατιστική ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου με την χρήση του SPSS17 και σχολιασμός των αποτελεσμάτων	101
5.1 Εισαγωγή	101
5.2 Στατιστική ανάλυση και σχολιασμός	101
5.2.1 Στατιστική ανάλυση πρώτου σκέλους ερωτήσεων. Δημογραφικές ερωτήσεις.	102

<i>5.2.2 Στατιστική ανάλυση δεύτερου σκέλους ερωτήσεων, Oral Health Impact Profile 14</i>	115
<i>5.2.3 Στατιστική ανάλυση τρίτου σκέλους ερωτήσεων, Σχετικά με τα οδοντικά εμφυτεύματα</i>	131
5.3 Ανακεφαλαίωση	144
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συμπεράσματα – προτάσεις	145
6.1 Εισαγωγή	145
6.2 Συμπεράσματα	145
6.3 Προτάσεις	148
6.4 Ανακεφαλαίωση	151
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	153
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	161

Κατάλογος Πινάκων

5.1 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών(%) αντιπροσώπευσης του φύλου των ερωτηθέντων.	102
5.2 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αντιπροσώπευσης της ηλικίας των ερωτηθέντων	102
5.3 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αντιπροσώπευσης της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων	103
5.4 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αντιπροσώπευσης του τόπου μόνιμης κατοικίας των ερωτηθέντων	104
5.5 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αντιπροσώπευσης του επιπέδου εκπαίδευσης των ερωτηθέντων.	105
5.6 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αντιπροσώπευσης την επαγγελματικής απασχόλησης των ερωτηθέντων	106
5.7 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αντιπροσώπευσης του ατομικού μηνιαίου εισοδήματος των ερωτηθέντων	107
5.8 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αντιπροσώπευσης των καπνιστών	108
5.9 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αντιπροσώπευσης των τσιγάρων που καπνίζουν ανά ημέρα οι καπνιστές συμμετέχοντες.	109
5.10 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αντιπροσώπευσης του αλκοόλ που καταναλώνει ο ασθενής σε εβδομαδιαία βάση.	110
5.11 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αντιπροσώπευσης της ποσότητας του αλκοόλ που καταναλώνεται εβδομαδιαίως από τους ασθενείς.	111
5.12 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αυτοξιολόγησης της υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς σε κλίμακα από το 1 έως το 10.	112
5.13 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) αυτοξιολόγησης της υγείας	113

από τους ίδιους τους ασθενείς σε κλίμακα από το 1 έως το 10.

5.14 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) για την σύγκριση μέσου όρου αυτοξιολόγησης της υγείας πριν και μετά την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων	114
5.15 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 1 ^α : Πόσο συχνά έχετε προβλήματα στο να μιλήσετε λόγω προβλημάτων από τις οδοντοστοιχίες σας;	115
5.16 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 1β: Πόσο συχνά νοιώθετε να αλλάζει η γεύση σας λόγω προβλημάτων από τις οδοντοστοιχίες σας;	116
5.17 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 2 ^α : Πόσο συχνά νοιώθετε έντονο πόνο στο στόμα σας;	117
5.18 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 2β: πόσο συχνά σας είναι δυσάρεστο να φάτε κάποιες τροφές εξαιτίας των δοντιών σας	118
5.19 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 3 ^α : Πόσο συχνά νοιώθετε τα δόντια σας ξένα;	119
5.20 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 3β; Ποσά συχνά αισθάνεστε ότι έχετε νευρά εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	120
5.21 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 4 ^α : Πόσο συχνά μπορείτε να φάτε ότι θέλετε χωρίς προβλήματα από τις οδοντοστοιχίες σας;	121
5.22 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 4β: Πόσο συχνά χρειάζεται να διακόψετε ένα γεύμα εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	122
5.23 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 5 ^α : Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ξεκουραστείτε εξαιτίας των	123

οδοντοστοιχιών σας;	
5.24 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 5β: Πόσο συχνά έρχεστε σε δύσκολη θέση εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	124
5.25 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 6 ^α : Πόσο συχνά εκνευρίζεστε με άλλους ανθρώπους εξαιτίας των οδοντοστοιχιών;	125
5.26 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 6β: Πόσο συχνά συναντήσατε δυσκολία στο να κάνετε τις καθημερινές σας δουλειές εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	127
5.27 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 7 ^α : Πόσο συχνά νοιώθετε ότι δεν θέλετε να βγείτε έξω για φαγητό εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	128
5.28 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 7β: Πόσο συχνά νοιώθετε ότι δεν μπορείτε να μασήσετε, να χαμογελάσετε ή να μιλήσετε εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	129
5.29 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης ομαδοποιημένης αξιολόγησης της ικανοποίησης ασθενών για τα οδοντικά εμφυτεύματα σύμφωνα με το ohp14.	130
5.30 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση: Πόσα εμφυτεύματα έχουν τοποθετηθεί στην στοματική σας κοιλότητα;	131
5.31 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 2: Πόσα δόντια έχουν αποκατασταθεί;	132
5.32 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 3: Πόσο καιρό έχουν αποκατασταθεί προσθετικά τα εμφυτεύματα σας;	133
5.33 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην	134

ερώτηση 4: Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την λειτουργικότητα των εμφυτευμάτων; (μάσηση-ομιλία)	
5.34 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 5: Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την αισθητική των εμφυτευμάτων; (εμφάνιση/καθαριότητα)	135
5.35 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης της ομαδοποιημένη ικανοποίησης ασθενών για την λειτουργικότητα και την αισθητική των οδοντικών εμφυτευμάτων.	136
5.36 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 6: Πόσο δύσκολη ήταν η χειρουργική διαδικασία;	138
5.37 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 7: Πόσο δύσκολη ήταν η μετεγχειρητική περίοδος;	139
5.38 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης ομαδοποιημένης βαθμολόγησης της δυσκολίας για την μετεγχειρητική και χειρουργική διαδικασία	140
5.39 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση 8: Πόσο κράτησε η μετεγχειρητική διαδικασία; (μέχρι να επανέλθετε 100% στην καθημερινότητα σας).	142
5.40 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) εμφάνισης εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 9: Θα προτείνατε τα εμφυτεύματα αντί άλλης συμβατικής οδοντιατρικής αποκατάστασης; (γέφυρα, οδοντοστοιχία)	143

Κατάλογος Γραφημάτων

5.1 Γράφημα Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του φύλου των ερωτηθέντων	102
5.2 Γράφημα Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης της ηλικίας των ερωτηθέντων	103
5.3 Γράφημα Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων	104
5.4 Γράφημα Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του τύπου μόνιμης κατοικίας των ερωτηθέντων	105
5.5 Γράφημα Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του επιπέδου εκπαίδευσης των ερωτηθέντων	106
5.6 Γράφημα Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης την επαγγελματικής απασχόλησης των ερωτηθέντων	107
5.7 Γράφημα Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του ατομικού μηνιαίου εισοδήματος των ερωτηθέντων	108
5.8 Γράφημα Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης των καπνιστών	109
5.9 Γράφημα Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης των τσιγάρων που καπνίζουν ανά ημέρα οι καπνιστές συμμετέχοντες	110
5.10 Γράφημα Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του αλκοόλ που καταναλώνει ο ασθενής σε εβδομαδιαία βάση	111
5.11 Γράφημα Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης της ποσότητας του αλκοόλ που καταναλώνεται εβδομαδιαίως από τους ασθενείς.	112
5.12 Γράφημα Ποσοστά (%) αυτοξιολόγησης της υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς σε κλίμακα από το 1 έως το 10.	113
5.13 Γράφημα Ποσοστά (%) αυτοξιολόγησης της υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς σε κλίμακα από το 1 έως το 10.	114
5.14 Γράφημα Ποσοστιαία εμφάνιση σύγκρισης μέσου όρου αυτοξιολόγησης της υγείας πριν και μετά την τοποθέτηση των οδοντικών	115

εμφυτευμάτων

5.15 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση: Πόσο συχνά έχετε προβλήματα στο να μιλήσετε λόγω προβλημάτων από τις οδοντοστοιχίες σας;	116
5.16 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 1β: Πόσο συχνά νοιώθετε να αλλάζει η γεύση σας λόγω προβλημάτων από τις οδοντοστοιχίες σας;	117
5.17 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 2 ^α : Πόσο συχνά νοιώθετε έντονο πόνο στο στόμα σας;	118
5.18 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 2β: πόσο συχνά σας είναι δυσάρεστο να φάτε κάποιες τροφές εξαιτίας των δοντιών σας	119
5.19 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 3 ^α : Πόσο συχνά νοιώθετε τα δόντια σας ξένα;	120
5.20 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 3β; Ποσά συχνά αισθάνεστε ότι έχετε νευρά εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	121
5.21 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 4 ^α : Πόσο συχνά μπορείτε να φάτε ότι θέλετε χωρίς προβλήματα από τις οδοντοστοιχίες σας;	122
5.22 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 4β: Πόσο συχνά χρειάζεται να διακόψετε ένα γεύμα εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	123
5.23 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 5 ^α : Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ξεκουραστείτε εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	124
5.24 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 5β: Πόσο συχνά έρχεστε σε δύσκολη θέση εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	125
5.25 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 6 ^α :	126

Πόσο συχνά εκνευρίζεστε με άλλους ανθρώπους εξαιτίας των οδοντοστοιχιών;	
5.26 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 6β: Πόσο συχνά συναντήσατε δυσκολία στο να κάνετε τις καθημερινές σας δουλειές εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	127
5.27 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 7 ^α : Πόσο συχνά νοιώθετε ότι δεν θέλετε να βγείτε έξω για φαγητό εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	128
5.28 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 7β: Πόσο συχνά νοιώθετε ότι δεν μπορείτε να μασήσετε, να χαμογελάσετε ή να μιλήσετε εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;	129
5.29 Γράφημα Ποσοστιαία (%) ομαδοποιημένη αξιολόγηση ικανοποίησης ασθενών για τα οδοντικά εμφυτεύματα σύμφωνα με το ohip14.	130
5.30 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση: Πόσα εμφυτεύματα έχουν τοποθετηθεί στην στοματική σας κοιλότητα;	132
5.31 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 2: Πόσα δόντια έχουν αποκατασταθεί;	133
5.32 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 3: Πόσο καιρό έχουν αποκατασταθεί προσθετικά τα εμφυτεύματα σας;	134
5.33 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 4: Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την λειτουργικότητα των εμφυτευμάτων; (μάσηση-ομιλία)	135
5.34 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 5: Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την αισθητική των εμφυτευμάτων; (εμφάνιση/ καθαριότητα)	136

5.35: Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση ομαδοποιημένης ικανοποίησης ασθενών για την λειτουργικότητα και την αισθητική των οδοντικών εμφυτευμάτων.	137
5.36 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 6: Πόσο δύσκολη ήταν η χειρουργική διαδικασία;	138
5.37 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 7: Πόσο δύσκολη ήταν η μετεγχειρητική περίοδος;	139
5.38 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση ομαδοποιημένης βαθμολόγησης της δυσκολίας για την μετεγχειρητική και χειρουργική διαδικασία	141
5.39 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 8: Πόσο κράτησε η μετεγχειρητική διαδικασία; (μέχρι να επανέλθετε 100% στην καθημερινότητα σας).	142
5.40 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 9: Θα προτείνατε τα εμφυτεύματα αντί άλλης συμβατικής οδοντιατρικής αποκατάστασης; (γέφυρα, οδοντοστοιχία)	143
6.1 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 11: Ποιο/α ήταν για εσάς το/α βασικό/ά πλεονέκτημα/τα των εμφυτευμάτων και σας έκανε να το επιλέξετε ως θεραπεία;	150
6.2 Γράφημα Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 12: Ποιο/α είναι για εσάς το/α βασικό/α μειονέκτημα/τα των εμφυτευμάτων;	151

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1.1 Εισαγωγή

Βασικό θέμα του πρώτου κεφαλαίου της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η προσέγγιση θεμάτων που σχετίζονται με τη συσχέτιση της στοματικής υγείας με τη γενική υγεία, καθώς επίσης και με το επίπεδο στοματικής υγείας και οδοντιατρικής φροντίδας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα.

Με βάση τα στοιχεία επιδημιολογικών ερευνών, το επίπεδο της στοματικής υγείας των Ευρωπαίων πολιτών είναι ικανοποιητικό, σε αντίθεση με την Ελλάδα όπου οι δείκτες αποκλίνουν αρνητικά με επιπτώσεις στη γενικότερη υγεία των πολιτών. Το αρνητικό πρόσημο του επιπέδου της στοματικής υγείας σχετίζεται με το ίδιο το επίπεδο της οδοντιατρικής περίθαλψης όπως παρέχεται σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο, το οποίο χαρακτηρίζεται από καίρια παθολογικά σημεία.

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει ενδελεχής αναφορά στους παρακάτω θεματικούς άξονες: α) στην παρουσίαση των δεδομένων κλινικών ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες η συσχέτιση της στοματικής υγείας με τη γενική υγεία είναι άμεση, β) στην επισκόπηση του επιπέδου στοματικής υγείας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες και έρευνες, γ) στην παρουσίαση των δομών οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα και δ) στη διερεύνηση των παθολογικών σημείων του συστήματος οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα.

1.2 Η στοματική υγεία και η συσχέτισή της με τη γενική υγεία

Η έννοια της στοματικής υγείας δεν περιορίζεται απλά σε θέματα που αφορούν την υγεία των δοντιών και των ούλων, αλλά σχετίζεται με τη γενικότερη υγεία της στοματικής κοιλότητας (Petersen 2003). Αποτελεί ένδειξη ότι ένας άνθρωπος είναι απαλλαγμένος από χρόνιες και επίπονες καταστάσεις οι οποίες αφορούν την περιοχή του στόματος και του προσώπου του, συγκεκριμένους τύπους καρκίνου του στόματος και του φάρυγγα (λάρυγγα), κακώσεις του μαλακού ιστού του στόματος, γενετικές

ανωμαλίες (π.χ. χειλεοσχιστία, υπερωιοσχιστία) και άλλες ασθένειες ή διαταραχές οι οποίες επηρεάζουν τους στοματικούς, οδοντικούς και κρανιοπροσωπικούς ιστούς, το λεγόμενο κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα [craniofacial complex] (U.S. Department of Health and Human Services 2000· WHO 2003· Ουλής *et. al.* 2009). Ειδικά το κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα αντανακλά όχι μόνο την ουσία της ανθρώπινης φύσης αλλά και την ίδια την κατάστασή της: α) δίνει τη δυνατότητα να εξωτερικεύουμε τα συναισθήματά μας μέσα από τους ποικίλους μορφασμούς και τις εκφράσεις του προσώπου, β) προστατεύει τον ανθρώπινο οργανισμό από μικροβιακές μολύνσεις και άλλου είδους περιβαλλοντικές προσβολές, γ) συμβάλλει στην κατανόηση άλλων οργάνων, λειτουργιών και συστημάτων του ανθρώπινου σώματος, τα οποία δεν είναι άμεσα προσβάσιμα στους επιστήμονες, και δ) μπορεί (λόγω ακριβώς αυτής της προσβασιμότητας που διακρίνει την εξέτασή του) να παράσχει βάσιμες ενδείξεις για τυχόν ανεπάρκειες ή ακόμη και ασθένειες που έχουν προσβάλει τον ανθρώπινο οργανισμό (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Λαμβάνοντας υπόψη όσα σημειώθηκαν αδρομερώς παραπάνω, συνάγεται ότι η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της γενικής υγείας ενός ανθρώπινου οργανισμού. Με άλλα λόγια, δεν θα μπορούσε να εκληφθεί ως μια ξεχωριστή ή ανεξάρτητη έννοια.¹ Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι το στόμα και το πρόσωπο αποτελούν τον καθρέφτη της υγείας και της νοσηρότητας του ανθρώπινου οργανισμού, καθώς μέσα από την εξέταση των ιστών και των δομών του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος αποτυπώνονται σημάδια, συμπτώματα² και γενικότερα ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών οι οποίες προδίδουν διατροφικές ανεπάρκειες, έναν βλαβερό τρόπο ζωής (π.χ. έκθεση σε σωματική βία ή άλλους παράγοντες κινδύνου όπως είναι το κάπνισμα) ή εθιστικές συμπεριφορές και συνήθειες (π.χ. χρήση ναρκωτικών ουσιών), συστηματικές ασθένειες (τοπικές ή γενικευμένες), έκθεση σε τοξίνες, μικροβιακές λοιμώξεις, διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος, τραυματισμούς, συγκεκριμένους τύπους καρκίνου, σκελετικές αλλαγές, μυοσκελετικά προβλήματα και άλλα είδη διαταραχών (εκ γενετής, νεοπλασματικές, αναπτυξιακές κ.λπ.). Τέτοιου είδους συμπτώματα εντείνουν τα

¹ Αυτό, άλλωστε, όπως θα σημειωθεί και στη συνέχεια, φαίνεται εναργώς και μέσα από τη σταθερή θέση της προστασίας της στοματικής υγείας στις πολιτικές και τα μέτρα πρόληψης και προαγωγής της συνολικής υγείας του ανθρώπου.

² Για παράδειγμα, η στοματική κοιλότητα μπορεί να λειτουργήσει ως ένα σύστημα προειδοποίησης, διάγνωσης και πρόγνωσης συστηματικών λοιμωδών νοσημάτων (π.χ. ο ιός HIV) και χρόνιων εκφυλιστικών ασθενειών (π.χ. η οστεοπόρωση). Μάλιστα, σε περιπτώσεις όπου τα κύτταρα και οι ιστοί της στοματικής κοιλότητας έχουν αντίστοιχα σε άλλα μέρη του ανθρώπινου σώματος, οι αλλαγές που μπορούν να παρατηρηθούν στη στοματική κοιλότητα αποτελούν ενδείξεις για συγκεκριμένες παθολογικές διαδικασίες (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

χαρακτηριστικά υποκείμενων κλινικών καταστάσεων. Συνεπώς, απαιτείται η ολοκληρωμένη γνώση αυτών των φυσικών σημαδιών και συμπτωμάτων, η κατανόηση του ρόλου τους στο κλινικό φάσμα των γενικών νοσημάτων και καταστάσεων, καθώς επίσης και η κατάλληλη διαχείρισή τους (U.S. Department of Health and Human Services 2000). Ειδικά το τελευταίο σχετίζεται άμεσα με τη διαγνωστική αξιοποίηση των κυττάρων και των υγρών της στοματικής κοιλότητας (λ.χ. των σιελογόνων εκκρίσεων) με στόχο τη γενικότερη αξιολόγηση της υγειονομικής κατάστασης του ανθρώπου, καθώς επίσης και με τη βελτίωση των απεικονιστικών τεχνικών που δίνουν έμφαση στη στοματική κοιλότητα, με στόχο τον εντοπισμό πρόωρων σημαδιών σκελετικών οστικών εκφυλισμών (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Είναι αποδεδειγμένο ότι η στοματική κοιλότητα δεν παρέχει απλά τις ενδείξεις για την ύπαρξη νοσηρότητας σ' έναν ανθρώπινο οργανισμό, αλλά αποτελεί πύλη εισόδου ιών, βακτηρίων και μυκήτων, οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν λοιμώξεις που μπορούν να επηρεάσουν τη συνολική υγεία του ανθρώπου. Οι περισσότερες στοματικές λοιμώξεις είναι ευκαιριακές, οι οποίες προκαλούνται από μικροοργανισμούς που βρίσκονται στο στόμα και, υπό φυσιολογικές συνθήκες, ελέγχονται από τους μηχανισμούς άμυνας του οργανισμού (π.χ. τους ιστούς και τα υγρά του στόματος). Ωστόσο, αυτού του είδους οι μικροοργανισμοί μπορούν να προκαλέσουν ευρύτερες τοπικές μολύνσεις οι οποίες υπονομεύουν ουσιαστικά την ευεξία του οργανισμού. Για παράδειγμα, έχει επισημανθεί ότι οι μικροοργανισμοί που βρίσκονται στη στοματική κοιλότητα και τα κυτταροτοξικά υποπροϊόντα τοπικών λοιμώξεων μπορούν να εισέλθουν στη ροή του αίματος (βακτηραιμία) ή στο λεμφικό σύστημα, προκαλώντας βλάβες ή ενισχύοντας την εκδήλωση μιας ακατάλληλης ανοσοποιητικής αντίδρασης σε άλλο σημείο του σώματος. Κάτι τέτοιο μπορεί να προκληθεί είτε μέσα από την ακολουθούμενη διαδικασία που αφορά την ατομική στοματική υγιεινή είτε ύστερα από συγκεκριμένες οδοντιατρικές διαδικασίες (εξαγωγές δοντιών, ενδοδοντικές θεραπείες, περιοδοντικές χειρουργικές επεμβάσεις κ.ά.), κυρίως όμως σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (που έχουν ανοσολογική ανεπάρκεια) (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Επίσης, οι μικροοργανισμοί αυτοί ενίοτε εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος, σε περιπτώσεις όπου φυσικά οχυρά, όπως το βλεννογόνο του στόματος ή οι σιελογόνες εκκρίσεις, έχουν υποχωρήσει (U.S. Department of Health and Human Services 2000). Για παράδειγμα, σημειώνεται ότι μια πιθανή βλάβη που μπορεί να υποστεί το

βλεννογόνο του στόματος έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή συγκεκριμένων λειτουργιών του σιελογόνου αδένου. Πιο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι η χημειοθεραπεία επηρεάζει το βλεννογόνο, προκαλώντας ασθένειες (λ.χ. τη στοματική βλεννογονίτιδα), οξείες και χρόνιες αλλαγές και αλλοιώσεις στους ιστούς του στόματος και στις φυσιολογικές διαδικασίες του, καθώς επίσης και διάφορες μολύνσεις, η σοβαρότητα των οποίων εξαρτάται από τον βαθμό της ανοσοκαταστολής, οδηγώντας ακόμα και στον θάνατο του ασθενή. Επίσης, η ακτινοθεραπεία έχει επιπτώσεις στη διαίρεση των κυττάρων του υγιούς ιστού, ενώ επίσης επηρεάζει τη φυσιολογική δομή και λειτουργία των κρανιοπροσωπικών ιστών (του βλεννογόνου του στόματος, των σιελογόνων αδένων και των οστών). Άλλες φαρμακευτικές θεραπείες (π.χ. η λήψη ηρεμιστικών, αντισυλληπτικών, αντιβιοτικών, αντιμικροβιακών, στεροειδών κ.ά. χαπιών) προκαλούν ξηροστομία, αλλαγές στην επιφανειακή δομή του σμάλτου των δοντιών ή στο βλεννογόνο, υποπλασίες του σμάλτου, κηλιδώσεις στα δόντια, διόγκωση των ούλων, αλλαγές στη στοματική χλωρίδα, αλλά και επιπτώσεις στον μυελό των οστών κ.λπ. Περιπτώσεις όπως οι προαναφερθείσες αφήνουν το περιθώριο για την είσοδο παθογόνων μικροοργανισμών στη στοματική κοιλότητα, τη δημιουργία επιπλοκών και τη συνακόλουθη υπονόμηση της αντίδρασης του οργανισμού στη θεραπεία (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Ένα από παράδειγμα συσχέτισης μιας στοματικής λοίμωξης με καρδιακές νόσους είναι η περίπτωση της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, η οποία προκαλείται από βακτήρια τα οποία προσεγγίζουν κατεστραμμένες ή γενικότερα δεκτικές επιφάνειες του ιστού των βαλβίδων της καρδιάς. Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα αποτελεί παρεπόμενο της βακτηριαιμίας, η οποία προκαλείται από στοματικές λοιμώξεις που με τη σειρά τους μπορούν να προκληθούν όχι μόνο μέσω οδοντιατρικών και άλλου είδους χειρουργικών επεμβάσεων αλλά πιο συχνά (αν και συμπτωματικά) μέσω των καθημερινών δραστηριοτήτων όπως είναι η μάσηση της τροφής, το βούρτσισμα των δοντιών ή η χρήση του οδοντικού νήματος. Τέτοιου είδους δραστηριότητες φαίνεται πως αυξάνουν τον κίνδυνο πρόκλησης της συγκεκριμένης νόσου κυρίως σε ευπαθείς ασθενείς (U.S. Department of Health and Human Services 2000). Επίσης, παθογόνοι μικροοργανισμοί οι οποίοι βρίσκονται στη στοματική κοιλότητα ενδέχεται να έχουν πρόσβαση και στην αναπνευστική οδό, προκαλώντας βακτηριακές πνευμονίες.³ Επιπρόσθετα, η χρόνια

³ Η βακτηριακή πνευμονία έχει συνδεθεί επίσης με την περιοδοντίτιδα (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

αποφρακτική πνευμονοπάθεια έχει συνδεθεί με την κακή κατάσταση της υγείας του στόματος (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Πέρα όμως από το γεγονός ότι η στοματική κοιλότητα αποτελεί πύλη πρόκλησης λοιμώξεων, φαίνεται επίσης ότι αποτελεί και πηγή δυνητικά παθογόνων μικροοργανισμών αλλά και μέσο μεταφοράς τους σε άλλα όργανα του σώματος. Η μετάδοση μιας λοίμωξης γίνεται μέσω της άμεσης (μέσω του σιελογόνων εκκρίσεων ή του αίματος στο στόμα) ή της έμμεσης επαφής (μέσω επιφανειών που έχουν μολυνθεί από σάλιο ή αίμα, λ.χ. τα χέρια ή τα χείλη), μέσω μολυσμένων σταγονιδίων (λ.χ. μέσω του βήχα, του φταρνίσματος ή και της ομιλίας) κ.λπ. Παρόλο που το βλεννογόνο του στόματος και οι σιελογόνες εκκρίσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην άμυνα του οργανισμού απέναντι στη μετάδοση νοσημάτων, επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η στοματική κοιλότητα μπορεί να λειτουργήσει ως χώρος μετάδοσης σοβαρών και συστηματικών λοιμώξεων, των οποίων η πρόκληση και η διάδοση δεν μπορεί να αποτραπεί από τους παραπάνω μηχανισμούς (κάτι τέτοιο π.χ. συμβαίνει στην περίπτωση του ιού HIV) (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Σε ό,τι αφορά τη συσχέτιση συγκεκριμένων νοσημάτων με χρόνιες λοιμώξεις της στοματικής κοιλότητας, είναι ευρέως αποδεκτό ότι ο διαβήτης αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση και την κλιμάκωση της περιοδοντίτιδας. Παρόλο που δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς η αιτιακή σχέση αυτών των δύο νοσημάτων, φαίνεται ότι στην πλειονότητα των διεξαχθεισών ερευνών οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν με συνέπεια τουλάχιστον μία μορφή περιοδοντίτιδας σε συγκριτικά μεγαλύτερο, συχνότερο και εντονότερο βαθμό. Μάλιστα, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι παρατηρείται μια αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στον διαβήτη και την περιοδοντίτιδα· φαίνεται, δηλαδή, ότι οι διαβητικοί είναι επιρρεπείς στην περιοδοντίτιδα, ενώ επίσης και η συγκεκριμένη νόσος των ούλων επηρεάζει τον γλυκαιμικό έλεγχο, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Ομοίως, φαίνεται ότι συγκεκριμένοι λοιμώδεις παράγοντες, μέσα από ποικίλους μηχανισμούς, παίζουν ρόλο στην αύξηση του κινδύνου καρδιοπαθειών. Για παράδειγμα, βακτήρια ή ιοί που αναπτύσσονται στο βλεννογόνο του στόματος μπορούν να μολύνουν άμεσα στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων. Παρόλο που κάτι τέτοιο είναι ασυμπτωματικό, μπορεί να προκαλέσει φλεγμονές στα αγγεία, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη πλακών πλούσιων σε λιπίδια και την πρόκληση αθηροσκλήρωσης. Βακτήρια ή ιοί ενδέχεται επίσης να αλληλεπιδράσουν με τα λευκά αιμοσφαίρια ή με τα

αιμοπετάλια, προκαλώντας έτσι αθηροσκληρωτική πλάκα. Η διόγκωση της αθηροσκληρωτικής πλάκας (η οποία μπορεί να επέλθει και με άλλους τρόπους, όπως μέσα από τη δημιουργία μικροθρόμβων) οδηγεί στη μειωμένη παροχή αίματος στον μυ της καρδιάς, με αποτέλεσμα την πρόκληση καρδιακής ανακοπής ή εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι ορισμένα βακτήρια που προέρχονται από τη στοματική κοιλότητα (λόγω ύπαρξης της νόσου της περιοδοντίτιδας) συντελούν στην πήξη των αιμοπεταλίων ή στη θρόμβωση, με συνέπεια το έμφραγμα του μυοκαρδίου (U.S. Department of Health and Human Services 2000).⁴ Γενικότερα, έχει σημειωθεί ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα σε καρδιαγγειακές παθήσεις και τις οδοντιατρικές παθήσεις (Misch 2008a). Έρευνες, επίσης, καταδεικνύουν ότι η περιοδοντίτιδα αποτελεί παράγοντα ο οποίος θα μπορούσε να συσχετιστεί με τη στεφανιαία νόσο αλλά και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (πιο συγκεκριμένα το μη αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο). Ωστόσο, δεν καταδεικνύεται ο ρόλος της ως ενός αυτοτελούς παράγοντα κινδύνου, ο οποίος συσχετίζεται με καρδιαγγειακές νόσους ή εγκεφαλικά επεισόδια. Παρόλ' αυτά, πολλές έρευνες σημειώνουν ότι υπάρχει μια συσχέτιση ανάμεσα στην περιοδοντίτιδα (αλλά και άλλες στοματικές λοιμώξεις) και την καρδιαγγειακή νόσο, αν και θεωρείται επιτακτική η παράλληλη μελέτη και άλλων παραγόντων κινδύνου και η συνακόλουθη συσχέτισή τους με δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, φυλή/εθνότητα), που θα μπορούσαν να σχετίζονται με την εμφάνισή της (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Η περιοδοντίτιδα, ως συνέπεια μιας χρόνιας φλεγμονώδους βακτηριακής στοματικής μόλυνσης, έχει επίσης συσχετιστεί με τη δυσμενή έκβαση που μπορεί να έχει μια εγκυμοσύνη, κυρίως σε ό,τι αφορά τον πρόωρο τοκετό και την ανάπτυξη του νεογνού. Πιο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι οι τοξίνες ή οτιδήποτε άλλο παράγεται από τα περιοδοντικά βακτήρια που βρίσκονται στο στόμα της εγκύου μπορούν να μπουκ στην κυκλοφορία του αίματος και, μέσω του πλακούντα, να βλάψουν το έμβρυο. Επιπλέον, η αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος της εγκύου σε κάτι τέτοιο προκαλεί την απελευθέρωση φλεγμονωδών μεσολαβητών, άλλων αναπτυξιακών παραγόντων κ.λπ.,

⁴ Ωστόσο, σημειώνεται ότι εκτός από τη μελέτη του ρόλου των παθογόνων στοματικών μικροοργανισμών ως παραγόντων κινδύνου για την πρόκληση καρδιαγγειακών νόσων (αθηροσκλήρωσης, στεφανιαίας νόσου), πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, η υπέρταση, η παχυσαρκία, ο διαβήτης, κάποια ενδεχόμενη γενετική προδιάθεση ή τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

που με τη σειρά τους ενδέχεται να επηρεάσουν με άμεσο ή με έμμεσο τρόπο την ανάπτυξη του εμβρύου αλλά και τον ίδιο τον τοκετό. Πολλές έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι μητέρες νεογνών τα οποία γεννήθηκαν με χαμηλό βάρος, λόγω πρόωρου τοκετού ή πρόωρης ρήξης των μεμβρανών, παρουσίαζαν παράλληλα σοβαρό πρόβλημα περιοδοντίτιδας, κάτι το οποίο δεν παρατηρήθηκε σε περιπτώσεις γυναικών των οποίων τα βρέφη γεννήθηκαν με φυσιολογικό βάρος. Γενικότερα, φαίνεται πως υπάρχει μια συσχέτιση ανάμεσα στην περιοδοντίτιδα και τον πρόωρο τοκετό (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Αυτό που θα μπορούσε να συναχθεί, λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα, είναι ότι η υγεία και το προσδόκιμο επιβίωσης σχετίζεται άμεσα με την οδοντιατρική υγεία των ασθενών, συνεπώς η όποιας μορφής αποκατάσταση της λειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος συμβάλλει όχι απλά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής αλλά και στο προσδόκιμο και τη διάρκεια ζωής (Misch 2008a).

1.3 Το επίπεδο στοματικής υγείας στην Ευρώπη

Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο (Eurobarometer 2010), η πλειονότητα των Ευρωπαίων δεν αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα όσον αφορά τη στοματική τους υγεία.⁵ Ωστόσο, γίνεται αναφορά σε προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τον πόνο στα δόντια ή τα ούλα και άλλα επώδυνα σημεία της στοματικής κοιλότητας. Σε ό,τι έχει να κάνει με την ίδια τη στάση των Ευρωπαίων απέναντι σε θέματα που άπτονται των δοντιών τους και κυρίως όσον αφορά την εμφάνιση και την αισθητική των φυσικών τους δοντιών ή των τεχνητών οδοντοστοιχιών που φέρουν, δεν καταγράφονται συμπεριφορές οι οποίες να σχετίζονται με την ντροπή, την ένταση ή την έλλειψη αυτοπεποίθησης. Με βάση την ίδια έρευνα, το 57% των Ευρωπαίων επισκέπτεται τακτικά τον οδοντίατρό του, ενώ από αυτούς το 79% προτιμά οδοντιάτρους που ασκούν ιδιωτική πρακτική.

Είναι ενδιαφέρον ότι ο βασικός λόγος επίσκεψης ενός ασθενή στον οδοντίατρό του είναι ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος (π.χ. εξέταση, καθαρισμός κ.λπ.), ενώ ακολουθούν λόγοι όπως η θεραπεία ρουτίνας και η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. Ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της στοματικής υγείας ενός πληθυσμού. Μάλιστα, σύμφωνα με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας,

⁵ Κυρίως γίνεται αναφορά σε λειτουργικούς περιορισμούς, όπως την ικανότητα μάσησης και κατάποσης της τροφής.

εκτός από την πρόληψη, οι παράγοντες που συμβάλλουν στην προστασία και την προαγωγή της στοματικής υγείας είναι κοινωνικοδημογραφικές παράμετροι (ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, εισόδημα, ασφάλιση κ.λπ.), η συνεχής στοματική φροντίδα και η τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής από την πλευρά κάθε ατόμου, η συχνότητα επισκέψεών του στον οδοντίατρο, το ίδιο το προφίλ του οδοντίατρου, ο τρόπος ζωής και οι συνήθειες του ατόμου, η ποιότητα ζωής του, αλλά και το ίδιο το κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης (WHO 2003). Ειδικά σε ό,τι αφορά την τελευταία παράμετρο, είναι ενδιαφέρον ότι ένας σημαντικός λόγος που αναφέρεται σταθερά από ασθενείς, όταν ερωτώνται για τους λόγους που δεν επισκέπτονται τον οδοντίατρό τους, είναι το υψηλό κόστος της συγκεκριμένης υπηρεσίας, είτε αυτή αφορά την πρόληψη και τη συμβουλευτική είτε την οδοντιατρική θεραπεία.

1.4 Η στοματική υγεία και η οδοντιατρική φροντίδα στην Ελλάδα

1.4.1 Το επίπεδο στοματικής υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, το επίπεδο στοματικής υγείας, τόσο σε διεθνές όσο και σε τοπικό επίπεδο, σχετίζεται άμεσα με κοινωνικούς, οικονομικούς, δημογραφικούς και συμπεριφοριστικούς παράγοντες (Ουλής *et. al.* 2009). Στην Ελλάδα, παρόλο που σημειώνεται μια βελτίωση στο επίπεδο της στοματικής υγείας του πληθυσμού, εξακολουθούν να επιπολάζουν στοματικές νόσοι, η παρουσία και το ποσοστό των οποίων είναι άμεσα συνυφασμένα με τις παραπάνω παραμέτρους. Ειδικά σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα εμφανίζει το χαμηλότερο ποσοστό στο επίπεδο στοματικής υγείας των πολιτών της (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008). Ειδικά στη δεδομένη οικονομική συγκυρία, οι δείκτες στοματικής υγείας των Ελλήνων πολιτών τείνουν να αποκλίνουν αρνητικά με επιπτώσεις στη συνολικότερη κατάσταση της υγείας τους (Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2013).

Τα σοβαρότερα προβλήματα στοματικής υγείας που σημειώνονται είναι η τερηδόνα και οι νόσοι του περιοδοντίου (ουλίτιδα και περιοδοντίτιδα) (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007· Ουλής *et. al.* 2009). Ειδικά στον παιδικό πληθυσμό, ο δείκτης τερηδόνας, παρόλο που έχει μειωθεί δραστικά σε σύγκριση με το παρελθόν,⁶ φαίνεται

⁶ Ωστόσο, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά επιπολασμού στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα υστερεί σημαντικά (Ουλής *et. al.* 2009). Για τις παιδικές ηλικίες η ενεργός τερηδόνα

ότι επηρεάζεται από τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της περιοχής (αστικό – μη αστικό περιβάλλον) και το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων (Ουλής *et. al.* 2009). Μάλιστα, όπως σημειώνουν οι Ουλής *et. al.* (2009), επειδή η τερηδόνα αποτελεί μια μολυσματική νόσο, τα δόντια που πλήττονται από αυτή διαμορφώνουν ένα νοσογόνο περιβάλλον το οποίο συντελεί στην ταχεία προσβολή και των υγιών δοντιών, η οποία, επειδή ακριβώς δεν αντιμετωπίζεται άμεσα, φαίνεται έντονα και στις μεγαλύτερες ηλικίες. Επιπλέον, σε ένα μεγάλο ποσοστό εφήβων καταγράφονται υψηλά ποσοστά άσχημης στοματικής υγιεινής και προβλημάτων ουλίτιδας (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007· Ουλής *et. al.* 2009· Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2013).

Το ποσοστό των αθεράπευτων αναγκών φαίνεται ότι αυξάνεται προοδευτικά όσο αυξάνεται και η ηλικία του πληθυσμού, με αποτέλεσμα το επίπεδο στοματικής υγείας των ενηλίκων να παραμένει στα χαμηλά επίπεδα που είχαν καταγραφεί και στη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1988 (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007· Ουλής *et. al.* 2009· Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2013). Σύμφωνα με την έρευνα των Ουλής *et. al.* (2009), το σύνολο σχεδόν των Ελλήνων ηλικίας 35-44 ετών έχει προσβληθεί από τερηδόνα, 2 στους 3 αντιμετωπίζουν αιμορραγία των ούλων και τρυγία, ενώ 1 στους 3 έχει περιοδοντίτιδα σε αβαθείς θυλάκους. Αποτέλεσμα των παραπάνω στοματικών νόσων στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα είναι η ανάγκη εξαγωγής και, συνακόλουθα, η ανάγκη αποκατάστασης των δοντιών που χάθηκαν. Μάλιστα, η αύξηση της ανάγκης για αποκατάσταση της μερικής ή της ολικής νωδότητας βρίσκεται σε αναλογία με την αύξηση της ηλικίας. Ενώ όμως καταγράφεται η ανάγκη αποκατάστασης της νωδότητας, μόνο 1 στους 3 προβαίνει σε κάποιο είδος προσθετικής εργασίας και επισκέπτεται τον οδοντίατρο του για προληπτικούς λόγους. Το φαινόμενο αυτό φαίνεται πως σχετίζεται με το αγροτικό και το αστικό περιβάλλον, με τους κατοίκους του τελευταίου να έχουν περισσότερες προσθετικές αποκαταστάσεις σε σύγκριση με τους κατοίκους του πρώτου. Δεν πρέπει, επίσης, να παραβλέπεται και το γεγονός ότι η προσθετική αποκατάσταση συνδέεται με την οικονομική κατάσταση του ασθενή (Ουλής *et. al.* 2009).

Η άσχημη κατάσταση της στοματικής υγείας των ενηλίκων σχετίζεται με το γεγονός ότι η φροντίδα και ο προληπτικός έλεγχος δεν έχουν εδραιωθεί στην καθημερινότητα τους (Ουλής *et. al.* 2009· Αραπαντώνη 2014). Μάλιστα, σε αντίθεση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των ενηλίκων Ελλήνων δηλώνουν

των δοντιών αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού δείκτη DMFT και του δείκτη θεραπείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2013).

ότι επισκέπτονται τον οδοντίατρό τους κυρίως για να αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα που τους έχει προκύψει (πόνος, θεραπεία, αποκατάσταση) και όχι τόσο για να ελέγξουν προληπτικά τη στοματική τους υγεία. Σύμφωνα με τους Ουλής *et. al.* (2009), ο λόγος της επίσκεψης σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης: όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της εκπαίδευσης ενός ατόμου, τόσο αυξάνεται το ποσοστό των επισκέψεων που έχουν προληπτικό περιεχόμενο και τόσο μειώνεται το ποσοστό των επισκέψεων λόγω πόνου.

Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στις μεγαλύτερες ηλικίες (65-74 ετών), όπου οι δείκτες αντανακλούν την πλήρη εγκατάλειψη της φροντίδας του στόματος, είτε αυτή αφορά τον προληπτικό έλεγχο, είτε την τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής, είτε την αποκατάσταση (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007· Ουλής *et. al.* 2009· Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2013). Οι δείκτες της τερηδόνας, του περιοδοντίου και των συνηθειών της στοματικής υγιεινής σχετίζονται άμεσα με τα κοινωνικοδημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών, το χαμηλό μορφωτικό και εισοδηματικό επίπεδο να συσχετίζονται άμεσα με τα χαμηλά ποσοστά στοματικής υγείας, τη μειωμένη ανταπόκριση στις ανάγκες θεραπείας και αποκατάστασης και τη ζήτηση της οικονομικότερης, αλλά δυστυχώς χειρότερης θεραπείας (εξαγωγές) (Ουλής *et. al.* 2009).⁷ Ειδικά το τελευταίο σχετίζεται επίσης και με την έλλειψη κονδυλίων και χρηματοδότησης, καθώς επίσης και με την ελλιπή ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών, η ποιότητα ζωής των οποίων συνακόλουθα επιδεινώνεται. Τέλος, φαίνεται ότι είναι εδραιωμένη πλέον η ελλιπής γνώση και ενημέρωση των πολιτών για θέματα που άπτονται της φροντίδας και της πρόληψης της στοματικής υγείας, της συνεχούς παρακολούθησης, της θεραπείας και της αποκατάστασης όταν οι ανάγκες επιβάλλουν κάτι τέτοιο (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007· Ουλής *et. al.* 2009· Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2013).

1.4.2 Η οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα

Η οδοντιατρική φροντίδα και περίθαλψη στην Ελλάδα αποτελεί βασική έκφανση των υπηρεσιών υγείας,⁸ όπως αυτές παρέχονται από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα

⁷ Η αύξηση του εισοδήματος και του επιπέδου εκπαίδευσης σχετίζεται με τη μείωση των τερηδονισμένων δοντιών, την αύξηση της δυνατότητας αναζήτησης θεραπείας και την αύξηση του αριθμού των εμφανιζόμενων δοντιών (Ουλής *et. al.* 2009).

⁸ Με βάση την απόφαση 3053/2012, ως παροχές υγείας νοούνται: α) η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας, β) η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η ιατρική περίθαλψη και οι διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, γ) οι παρακλινικές εξετάσεις, δ) η φυσικοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η λογοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία, ε) η φαρμακευτική περίθαλψη, στ) η οδοντιατρική και στοματολογική περίθαλψη, ζ) η ειδική αγωγή, η) η

υγείας. Σε ό,τι αφορά τις δημόσιες και τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, η οδοντιατρική φροντίδα και περίθαλψη παρέχεται κυρίως σε πρωτοβάθμιο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, μέσα στα πλαίσια της διάκρισης της υγειονομικής περίθαλψης σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια)⁹ και νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια).¹⁰ Επίσης, λειτουργούν και τμήματα άσκησης τριτοβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης.

Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη σχετίζεται με: α) την πρώτη επαφή του οδοντίατρου με τον ασθενή του, την αρχική αξιολόγηση και την επίλυση όσο το δυνατόν περισσότερων προβλημάτων στοματικής υγείας, β) τον συντονισμό των ενεργειών και τη συνεργασία του οδοντίατρου με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, με στόχο την ανεύρεση λύσεων σε πολύπλοκα προβλήματα, γ) την παραπομπή του ασθενή σε εξειδικευμένους ιατρούς, σε περιπτώσεις που απαιτείται ειδική αντιμετώπιση, δ) τη συμβουλευτική προς τον ασθενή και την οικογένειά του και ε) τη συνεχή παρακολούθηση και την πρόληψη, με στόχο την διατήρηση και την προαγωγή της στοματικής υγείας (Αραπαντώνη 2014). Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη παρέχεται: α) δημόσια, από τα οδοντιατρικά τμήματα των Κέντρων Υγείας και τα πολυϊατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., και β) ιδιωτικά, από ιδιώτες οδοντίατρους.

Η Δευτεροβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη σχετίζεται με την παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε νοσοκομειακό περιβάλλον, σε περιπτώσεις όπου απαιτείται η συνεργασία τουλάχιστον μίας ακόμη ιατρικής ειδικότητας και που μέσα από την ανάπτυξη και την

λοιπή περίθαλψη, θ) η νοσοκομειακή περίθαλψη, ι) η χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας, ια) οι δαπάνες μετακίνησης ασθενών, ιβ) η μαιευτική περίθαλψη και το επίδομα τοκετού, ιγ) η νοσηλεία στο εξωτερικό, ιδ) η αποκατάσταση της υγείας, ιε) η παροχή θεραπευτικών μέσων και προθέσεων, η πρόσθετη περίθαλψη και ιστ) τα επιδόματα λουτροθεραπείας, αεροθεραπείας και αντιτίμου τροφής (άρθρο 1).

⁹ Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί την πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα της υγείας, μέσα από την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας τους. Βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με τα κοινωνικοοικονομικά κ.ά. χαρακτηριστικά και τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας, μέσα στην οποία ζουν, δρουν και εργάζονται οι πολίτες. Σύμφωνα με τον πρόσφατο νόμο 4238/2014, βασικοί της πλώνες του συστήματος Π.Φ.Υ. είναι: α) οι υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν την εισαγωγή του πολίτη σε κάποια μονάδα δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, β) η εκτίμηση των υγειονομικών αναγκών, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μέτρων που αφορούν την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας, γ) η παροχή πρώτων βοθημάτων, δ) οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας, ε) η παραπομπή, η παρακολούθηση και η από κοινού διαχείριση περιστατικών στις μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, στ) η παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα, ζ) οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον νοσηλείας και οι υπηρεσίες αποκατάστασης, η) οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, θ) η παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, ι) η διασύνδεση με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, ια) οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής και ορθοδοντικής φροντίδας και πρόληψης και ιβ) τα προγράμματα εμβολιασμού (άρθρο 1§5). Οι δημόσιες δομές παροχής Π.Φ.Υ. είναι τα Κέντρα Υγείας και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

¹⁰ Ως Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Δ.Φ.Υ.) νοούνται όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις, που διενεργούνται εντός των τμημάτων των Νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας, αποκατάστασης, κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας (Απόφαση 3053/2012, άρθρο 2).

αξιοποίηση κλινικών, εκπαιδευτικών και ερευνητικών δραστηριοτήτων, επιδιώκεται η πρόληψη, η διάγνωση και η θεραπεία οδοντικών και στοματικών παθήσεων (Δημητριάδης *et. al.* 2009). Πιο συγκεκριμένα, η νοσοκομειακή οδοντιατρική σχετίζεται με: α) την οδοντιατρική περίθαλψη σε ασθενείς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, β) την άμεση αντιμετώπιση περιστατικών που χρειάζονται την αρχική εκτίμηση και την προσφορά επείγουσας φροντίδας, έως ότου τους παρασχεθεί η εξειδικευμένη φροντίδα σε μονάδες τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, και γ) την οδοντιατρική περίθαλψη σε ασθενείς που δεν συνεργάζονται με τον οδοντίατρο (π.χ. άτομα με εγκεφαλική παράλυση ή με νοητική υστέρηση), σε ασθενείς με ψυχικά νοσήματα ή χρόνιες νευρολογικές παθήσεις και σε ασθενείς που είναι φορείς AIDS (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007· Δημητριάδης *et. al.* 2009).

Μέσα στα πλαίσια της νοσοκομειακής περίθαλψης, τα στοματικά και γναθοπροσωπικά χειρουργικά (γναθοχειρουργικά) τμήματα των νοσοκομείων ασκούν και τριτοβάθμια φροντίδα οδοντιατρικής υγείας (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007).

Παρόλο που η Ελλάδα καταγράφεται ως μια χώρα με τις μεγαλύτερες δαπάνες για τη στοματική υγεία (1,1% του Α.Ε.Π.), αποδεδειγμένα εμφανίζει τους χειρότερους δείκτες στοματικής υγείας και το χαμηλότερο ποσοστό στο επίπεδο στοματικής υγείας σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008). Αυτό σχετίζεται με το γεγονός ότι οι υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης παρουσιάζουν χαμηλή οικονομική αποδοτικότητα, αποτελώντας ένα χαμηλής προτεραιότητας ζήτημα για την πολιτεία. Αυτό αντανακλά την έλλειψη μιας ενιαίας, συστηματικής και αποτελεσματικής εθνικής πολιτικής για τη στοματική υγεία, καθώς επίσης και την έλλειψη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008· Ουλής *et. al.* 2009). Πιο συγκεκριμένα:

- Η αναλογία του αριθμού των οδοντιάτρων στον γενικό πληθυσμό είναι διπλάσια σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008).¹¹
- Το 1,23% των δημόσιων δαπανών υγείας διατίθεται για την οδοντιατρική φροντίδα, με αποτέλεσμα η ιδιωτική δαπάνη υγείας να φτάνει το 34%.

¹¹ Η ιδανική αναλογία είναι 1 οδοντίατρος ανά 1.900 κατοίκος (Αραπαντώνη 2014).

Γενικότερα, παρατηρείται η υποχρηματοδότηση της συγκεκριμένης παροχής (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007· Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2013).

- Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη, η οποία σχετίζεται με το 90% των προβλεπόμενων υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, παρέχεται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα υγείας, η πρόσβαση στον οποίο γίνεται είτε ιδιωτικά από τον κάθε ασθενή (ο οποίος επιλέγει ελεύθερα τον ιδιώτη οδοντίατρο, επιβαρύνεται οικονομικά για τις οδοντιατρικές πράξεις και αποζημιώνεται, κατόπιν ελέγχου, με βάση τον εκάστοτε κατάλογο τιμών του ασφαλιστικού του ταμείου) είτε μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007· Ουλής *et. al.* 2009· Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2013). Μάλιστα, οι ιδιωτικές οδοντιατρικές δαπάνες είναι περισσότερες σε σύγκριση με το σύνολο των υγειονομικών δαπανών που αφορούν διαγνωστικές, μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις (οι οποίες καλύπτονται συνήθως από τον ασφαλιστικό φορέα) (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007).
- Οι δημόσιοι φορείς Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης: α) παρέχουν υπηρεσίες σε ασθενείς μέχρι 18 ετών, β) καλύπτουν επείγουσες μόνο οδοντιατρικές ανάγκες σε ενήλικες ασθενείς, γ) έχουν και μη κλινικές αρμοδιότητες, ερευνητικές και διοικητικές (π.χ. θεώρηση βιβλιαρίων), δ) δεν εντάσσονται σε έναν επίσημο μηχανισμό ελέγχου και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών τους, ε) δεν λειτουργούν με καθορισμένα πρωτόκολλα για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους και στ) η παροχή υπηρεσιών τους είναι αποσπασματική και ευκαιριακή (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007).
- Τα νοσοκομεία, ως φορείς Δευτεροβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης, καλύπτουν ειδικές οδοντιατρικές και εξειδικευμένες γναθοχειρουργικές παροχές. Ωστόσο, ο αριθμός των ασθενών που πρέπει να εξυπηρετήσουν είναι μεγάλος, ομοίως και οι λίστες αναμονής για τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Επιπλέον, παρατηρούνται τα εξής: α) επειδή ασκούν πρωτοβάθμια περίθαλψη σε Α.Μ.Ε.Α. και στον γενικό πληθυσμό (κυρίως ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α. και άπορους), αδυνατούν να εξυπηρετήσουν αποτελεσματικά τυχόν αυξημένη προσέλευση (η οποία είναι γεγονός στα επαρχιακά νοσοκομεία), β) αντιμετωπίζουν επείγοντα περιστατικά, ενώ ταυτόχρονα πρέπει να καλύπτουν και άλλες ανάγκες (πρωτοβάθμια περίθαλψη, διοικητικές υπηρεσίες, εκπαιδευτικές, ερευνητικές, μη κλινικές δραστηριότητες), γ) είναι υποστελεχωμένα, δ) δεν λειτουργούν με

καθορισμένα πρωτόκολλα για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ε) η παροχή υπηρεσιών είναι αποσπασματική και ευκαιριακή και στ) δεν υπάρχουν οδοντιατρικά τμήματα σε όλα τα νοσοκομεία, γεγονός που οδηγεί στη δαπανηρή μετακίνηση των πολιτών στα μεγάλα αστικά κέντρα (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007).

- Όσον αφορά την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας: α) στα στοματικά και γναθοχειρουργικά τμήματα των νοσοκομείων πολλές φορές παραπέμπονται άσκοπα ασθενείς που θα μπορούσαν να έχουν εξυπηρετηθεί από τις άλλες βαθμίδες οδοντιατρικής περίθαλψης, β) αυτού του είδους τα τμήματα είναι ελάχιστα (π.χ. δεν υπάρχουν στην πρωτεύουσα κάθε περιφέρειας), γεγονός που πλήττει την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και γ) δεν υπάρχουν εξειδικευμένα Κέντρα Αντιμετώπισης Συγγενών Κρανιοπροσωπικών Ανωμαλιών (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007).
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των οδοντιάτρων ασκεί ιδιωτικό έργο, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό έχει κάποια σχέση εργασίας με ασφαλιστικούς φορείς. Οι συμβάσεις των ιδιωτών οδοντιάτρων με τους ασφαλιστικούς φορείς είναι εξαιρετικά περιορισμένες, ενώ χαρακτηρίζονται από αδιαφάνεια (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007).
- Γενικότερα, παρατηρείται η έλλειψη συνεργασίας με τους οδοντιατρικούς παρόχους (Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2013).
- Παρουσιάζεται μια ποικιλία όσον αφορά τις οδοντιατρικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών φορέων, οι οποίες είναι άνισες και διασκορπισμένες ανά φορέα (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007). Βέβαια, με τη σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., η οδοντιατρική φροντίδα παρέχεται αποκλειστικά από τους οδοντιάτρους των μονάδων υγείας του οργανισμού, όπου καλύπτεται το σύνολο των οδοντιατρικών πράξεων, με εξαίρεση τις εργασίες αποκατάστασης με ακίνητες προσθετικές εργασίες. Ωστόσο, ήδη σημειώνεται η αδυναμία του δικτύου να ανταποκριθεί στην αυξανόμενη ζήτηση των οδοντιατρικών υπηρεσιών από την πλευρά της προσφοράς (Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2013).
- Ενώ θεωρητικά όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, μόνο το 75% του πληθυσμού καλύπτεται από θεσμοθετημένες παροχές από τους κανονισμούς παροχών των ασφαλιστικών φορέων. Η ελλιπής κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών των πολιτών συνεπάγεται την πρόκληση και

τη διατήρηση κοινωνικών και υγειονομικών ανισοτήτων και την άρση της ισοτιμίας στην πρόσβαση στις οδοντιατρικές υπηρεσίες, τόσο μεταξύ των ασφαλισμένων των διάφορων ασφαλιστικών φορέων όσο και μεταξύ των ασφαλισμένων του ίδιου φορέα, που κατοικούν όμως εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007· Ουλής *et. al.* 2009· Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2013).

- Ο ιδιωτικός τομέας παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενός ρεαλιστικού και εγκεκριμένου κατώτατου κρατικού τιμολογίου οδοντιατρικών θεραπειών, ενώ δεν προχωρά σε συμβάσεις με διάφορα ταμεία λόγω των εξαιρετικά χαμηλών προτεινόμενων αμοιβών (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007).
- Υπάρχει έλλειψη προληπτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών για τη σημασία της στοματικής υγείας (Ουλής *et. al.* 2009).
- Δεν λειτουργεί ένα σύστημα αξιολόγησης των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007).
- Παρατηρείται έλλειψη συντονισμού και ελέγχου της οδοντιατρικής φροντίδας και περίθαλψης (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007).
- Είναι προβληματική η καταγραφή και η αξιολόγηση των στοιχείων για την παραγωγή οδοντιατρικών υπηρεσιών, τη χρησιμοποίηση, την κατανάλωση και τα οικονομικά τους δεδομένα (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας 2007).

1.5 Ανακεφαλαίωση

Λαμβάνοντας υπόψη όσα αναφέρθηκαν, θα μπορούσε να σημειωθεί ότι η γενική υγεία και το προσδόκιμο επιβίωσης σχετίζεται άμεσα με τη στοματική υγεία του ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ότι στο κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα αποτυπώνονται σημάδια νοσηρότητας και συμπτώματα υποκείμενων κλινικών καταστάσεων, οι οποίες σχετίζονται με διατροφικές ανεπάρκειες, έναν βλαβερό τρόπο ζωής, συστηματικές νόσους, λοιμώξεις και διαφόρων ειδών διαταραχές. Επιπρόσθετα, η στοματική κοιλότητα αποτελεί πύλη εισόδου συγκεκριμένων μικροοργανισμών (ιών, βακτηρίων, μυκήτων), οι οποίοι προκαλούν στοματικές λοιμώξεις και ευρύτερες

μολύνσεις, επηρεάζοντας έτσι τη γενική υγεία ενός ατόμου. Αυτού του είδους οι αιτιολογικοί παράγοντες ενίοτε εξαπλώνονται και σε άλλα σημεία και όργανα του σώματος, κυρίως όταν έχουν υποχωρήσει τα φυσικά οχυρά του οργανισμού. Γενικότερα, υποστηρίζεται ότι η στοματική κοιλότητα μπορεί να λειτουργήσει ως χώρος μετάδοσης σοβαρών και συστηματικών λοιμώξεων, οι οποίες συντείνουν στην πρόκληση ή στην επιδείνωση άλλων νόσων (π.χ. διαβήτη, αθηροσκλήρωσης, θρόμβωσης, εμφράγματος του μυοκαρδίου, πρόωρου τοκετού κ.λπ.). Συνεπώς η όποιας μορφής αποκατάσταση της λειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος συμβάλλει όχι απλά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής αλλά και στο προσδόκιμο και στη διάρκεια ζωής ενός ατόμου.

Με βάση το Ευρωβαρόμετρο και άλλες επιδημιολογικές και στατιστικές έρευνες, το επίπεδο στοματικής υγείας στην Ευρώπη είναι ικανοποιητικό. Οι βασικοί παράγοντες που συντελούν στο συγκεκριμένο δεδομένο είναι: α) ο αδιάλειπτος προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος, β) η συνεχής στοματική φροντίδα και η τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής από την πλευρά κάθε ατόμου, γ) η συχνότητα επισκέψεών του στον οδοντίατρο, δ) το προφίλ του οδοντιάτρου αλλά και του ασθενή (ηλικία, φύλο, επίπεδο μόρφωσης, εισόδημα κ.λπ.), ε) ο τρόπος ζωής κάθε ατόμου και στ) το κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης.

Η Ελλάδα κατέχει την τελευταία θέση στον κατάλογο των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με το επίπεδο της στοματικής υγείας. Τα σοβαρότερα προβλήματα στοματικής υγείας που σημειώνονται είναι η τερηδόνα και οι νόσοι του περιοδοντίου (ουλίτιδα και περιοδοντίτιδα). Παρόλο που στον παιδικό πληθυσμό ο δείκτης της οδοντικής τερηδόνας είναι χαμηλός, φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνονται επίσης και τα ποσοστά της άσχημης στοματικής υγιεινής και των στοματικών νόσων. Είναι, μάλιστα, ενδιαφέρον ότι με τον ίδιο προοδευτικό ρυθμό αυξάνεται και το ποσοστό των αθεράπευτων αναγκών. Η νωδότητα (μερική ή ολική) αποτελεί ένα συχνό στοματικό πρόβλημα, το οποίο όμως δεν αντιμετωπίζεται πάντα. Σε αυτό συντρέχουν, βέβαια, και παράγοντες όπως το περιβάλλον και η οικονομική κατάσταση του ασθενή. Στις μεγαλύτερες ηλικίες, οι δείκτες στοματικής υγείας αντανακλούν την πλήρη εγκατάλειψη της φροντίδας του στόματος, είτε αυτή αφορά τον προληπτικό έλεγχο, είτε την τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής, είτε την ανταπόκριση στις ανάγκες θεραπείας και αποκατάστασης. Μάλιστα, το συγκεκριμένο δεδομένο σχετίζεται άμεσα με τα κοινωνικοδημογραφικά των ασθενών (μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα, τόπος κατοικίας). Είναι πάντως γεγονός ότι η κακή στοματική υγεία των ενήλικων Ελλήνων

σχετίζεται με το γεγονός ότι η φροντίδα, ο προληπτικός έλεγχος και η συνεχής παρακολούθηση δεν έχουν εδραιωθεί στην καθημερινότητά τους, καθώς είναι ελλιπέστατη η γνώση και η ενημέρωση των πολιτών για τέτοιου είδους θέματα.

Το επίπεδο στοματικής υγείας στην Ελλάδα, όπως αδρομερώς καταγράφηκε παραπάνω, σχετίζεται άμεσα με το επίπεδο της οδοντιατρικής περίθαλψης όπως αυτή παρέχεται από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η οδοντιατρική φροντίδα παρέχεται σε πρωτοβάθμιο (Κέντρα Υγείας, Πολυϊατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ιδιωτικά οδοντιατρεία) , σε δευτεροβάθμιο (νοσοκομεία) και σε τριτοβάθμιο (γναθοπροσωπικά χειρουργικά τμήματα νοσοκομείων) επίπεδο.

Τα βασικά παθολογικά σημεία του συστήματος οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα ακόλουθα: α) στην ασύμμετρη αναλογία του αριθμού των οδοντιάτρων προς τον γενικό πληθυσμό, β) στην υποχρηματοδότηση του συγκεκριμένου τομέα υγειονομικής περίθαλψης, γ) στη χαμηλή αποδοτικότητα των δημόσιων δομών παροχής οδοντιατρικής φροντίδας, ειδικά σε σύγκριση με τον ιδιωτικό τομέα ο οποίος λειτουργεί, αν όχι ισοπεδωτικά, ανταγωνιστικά, δ) στην απουσία οδοντιατρικών πρωτοκόλλων για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμιο όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, ε) στην απουσία μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα οδοντιατρικής υγείας, στ) στην υποστελέχωση των δημόσιων δομών οδοντιατρικής υγείας, ζ) στην αυξημένη ζήτηση οδοντιατρικών υπηρεσιών από την πλευρά των πολιτών, η) στην απουσία αποτελεσματικού συστήματος παραπομπής των περιστατικών στο ανάλογο επίπεδο περίθαλψης, θ) στην έλλειψη συνεργασίας με τους οδοντιατρικούς παρόχους, ι) στην ελλιπή κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών των πολιτών (χρηματοδοτικά, ασφαλιστικά, υπηρεσιακά), ια) στην άρση της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας, ιβ) στην οικονομική επιβάρυνση των ασθενών και ιγ) στην απουσία προληπτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών για τη σημασία της στοματικής υγείας κ.λπ. Τα παραπάνω σχετίζονται άμεσα με τη γενικότερη έλλειψη μιας ενιαίας και σταθερής εθνικής πολιτικής για τη στοματική υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Βασικό θέμα του δεύτερου κεφαλαίου της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η προσέγγιση και η διερεύνηση της έννοιας της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας και, ειδικότερα, η διερεύνηση και η συσχέτιση των μεθόδων αποκατάστασης της μερικής ή της ολικής νωδότητας με την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η μετάβαση από το βιοχαρτικό στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας είχε ως αποτέλεσμα τον επαναπροσδιορισμό της έννοιας της υγείας, η οποία έπαψε να αντανακλά αποκλειστικά τις καταστάσεις εκείνες όπου απουσιάζουν οι ασθένειες ή οι αναπηρίες και εδραιώθηκε ως ένα δικαίωμα σύμφωνα με το οποίο κάθε άτομο οφείλει να τελεί υπό πλήρη σωματική, διανοητική και κοινωνική ευεξία. Μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο, συγκροτήθηκε η έννοια της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της υγείας [Health-Related Quality of Life, HRQoL], η οποία είναι άμεσα συνυφασμένη όχι μόνο με ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά κάθε ατόμου, αλλά και με το εκάστοτε τοπικό και πολιτισμικό περιβάλλον, μέσα στο οποίο ζει και δραστηριοποιείται.

Μέσα στο ίδιο πνεύμα της ολιστικής προσέγγισης της έννοιας της υγείας, η έννοια της στοματικής υγείας έπαψε να αφορά αποκλειστικά την απουσία ασθενειών των δοντιών και της στοματικής κοιλότητας και αναγνωρίστηκε ως αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας και ως καταλυτικός παράγοντας ο οποίος συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής. Υπό αυτό το σκεπτικό, ο όρος της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας [Oral Health-Related Quality of Life – OHQoL] σχετίστηκε με τη δυνατότητα που έχει κάθε άνθρωπος να επιτελεί απρόσκοπτα τις βασικές και καθημερινές του λειτουργίες και να συμβάλλει πλήρως στην κοινότητα όπου ανήκει ως μέλος, χωρίς να εμποδίζεται από τις λειτουργικές, κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις των στοματικών νόσων.

Η εδραίωση αυτής της ερευνητικής προσέγγισης βασίστηκε σε συγκεκριμένα εργαλεία μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής

υγείας. Ένα από τα κεφαλαιώδη ζητήματά της είναι η συσχέτιση των ποικίλων πρωτοκόλλων αποκατάστασης της μερικής ή της ολικής νωδότητας με τις επιμέρους διαστάσεις που λαμβάνονται υπόψη για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει ενδελεχής αναφορά στους παρακάτω θεματικούς άξονες: α) στην προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα τόσο της υγείας [HRQoL] όσο και της στοματικής υγείας [OHQoL], β) στην αναφορά των διαταραχών της στοματικής υγείας που επηρεάζουν σε ποικίλους βαθμούς την ευεξία των ανθρώπων, γ) στην παράθεση των εργαλείων και των κλιμάκων μέτρησης και αξιολόγησης της στοματικής υγείας σε σχέση με την ποιότητα ζωής και δ) στη βιβλιογραφική επισκόπηση των αποτελεσμάτων ερευνών οι οποίες είχαν ως στόχο τη συσχέτιση της στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ειδικά όσον αφορά το τελευταίο ζήτημα, γίνεται εκτενής και ειδικότερη βιβλιογραφική επισκόπηση των αποτελεσμάτων από τη συσχέτιση των μεθόδων αποκατάστασης της μερικής ή της ολικής νωδότητας (συμβατικές οδοντοστοιχίες, επιεμφυτευματικές προσθετικές εργασίες, ακίνητες ή κινητές) με την ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

2.2 Η ποιότητα ζωής υπό το πρίσμα της υγείας

Μέχρι και τα μέσα περίπου του προηγούμενου αιώνα, η έννοια της υγείας βασιζόταν πάνω στο βιοϊατρικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η υγεία αποτελεί έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας του ανθρώπου, όπως μάλιστα αυτή καθορίζεται με βάση συγκεκριμένους επιδημιολογικούς δείκτες και βιοστατιστικές μετρήσεις (Τούντας 2002).¹² Ωστόσο, γρήγορα έγινε αντιληπτό ότι η υγεία δεν αποτελεί απλά ένα βιολογικό φαινόμενο το οποίο προσεγγίζεται μόνο μέσα από κλινικούς δείκτες, αλλά εξαρτάται από τις ατομικές εμπειρίες και τις απόψεις των ατόμων σχετικά με την υγεία τους (Larson 1999). Και αυτό γιατί οι συγκεκριμένες παράμετροι έχουν σημαντικό αντίκτυπο στις δράσεις αλλά και στις διεπιδράσεις κάθε ατόμου, αντανακλώντας δηλαδή τόσο τη σχέση κάθε ατόμου με το περιβάλλον του όσο και τη σχέση με τους συνανθρώπους του. Έτσι, παρατηρήθηκε μια σταδιακή μετάβαση από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας (Engel 1977). Το συγκεκριμένο μοντέλο αποτέλεσε

¹² Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Τούντας (2002), αυτού του είδους οι δείκτες και οι μετρήσεις ανιχνεύουν και διαχωρίζουν το φυσιολογικό από το παθολογικό, είτε μέσα από την αντιδιαστολή μιας υγιούς κατάστασης με μια νόσο είτε σε σχέση με την απόκλιση που παρατηρείται από τη μέση τιμή διάφορων βιολογικών παραμέτρων.

τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό και τη διεύρυνση της έννοιας της υγείας από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών στο κείμενο της ίδρυσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας [World Health Organization (εφεξής WHO)]. Σύμφωνα με το ιδρυτικό κείμενο, η υγεία δεν αποτελεί απλά μια κατάσταση κατά την οποία απουσιάζουν οι ασθένειες ή οι αναπηρίες, αλλά πρόκειται για ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα,¹³ σύμφωνα με το οποίο ένας ζωντανός οργανισμός τελεί υπό πλήρη σωματική, διανοητική και κοινωνική ευεξία [WHO (1948) 2006]. Η σωματική ευεξία σχετίζεται κυρίως με την ικανότητα που έχει ο άνθρωπος να ανταποκρίνεται στις φυσιολογικές λειτουργίες και στις καθημερινές του δραστηριότητες. Η διανοητική ευεξία αφορά το επίπεδο των γνωστικών του ικανοτήτων, καθώς επίσης τη συναισθηματική και ψυχολογική του ισορροπία (να μην κατακλύζεται από φόβο, άγχος, στρες, κατάθλιψη ή άλλα αρνητικά συναισθήματα). Η κοινωνική ευεξία σχετίζεται με την ικανότητα του ανθρώπου να συμμετέχει σε ένα κοινωνικό σύνολο, να αναλαμβάνει και να πραγματοποιεί συγκεκριμένους κοινωνικούς ρόλους και να αλληλεπιδρά με τα μέλη του ίδιου συνόλου (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Η άμεση συσχέτιση της υγείας με την ευεξία του ανθρώπου είχε ως παρεπόμενο την προσπάθεια ανάδειξης εκείνων των δεικτών οι οποίοι θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως κριτήρια για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, τη λήψη αποφάσεων με βάση τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες του, αλλά και την αποτίμηση των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας (Meenan *et. al.* 1980· Bergner *et. al.* 1981· Fries *et. al.* 1982· Hunt *et. al.* 1995a· Papaioannou *et. al.* 2011· Paragiannopoulou *et. al.* 2012). Μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο συγκροτήθηκε η έννοια της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της υγείας [Health-Related Quality of Life, HRQoL] (Guyatt *et. al.* 1993), η οποία συμπεριέλαβε τις διαστάσεις της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου. Άμεσο παρεπόμενο ήταν και η διαμόρφωση αντίστοιχων ερμηνευτικών μοντέλων όπως ήταν αυτό των Wilson & Cleary (1995), σύμφωνα με τους οποίους η μέτρηση των αποτελεσμάτων μιας θεραπείας πρέπει να βασίζεται σε ένα δίκτυο πέντε αμοιβαία συσχετιζόμενων παραμέτρων: α) των μεταβλητών που σχετίζονται με τη βιολογία και τη φυσιολογία, β)

¹³ Σύμφωνα με την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου: «Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένειά του υγεία και ευημερία, συμπεριλαμβανομένων της τροφής, του ρουχισμού, της κατοικίας, της ιατρικής περίθαλψης και των αναγκαίων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και δικαίωμα στην ασφάλιση, σε περιπτώσεις ανεργίας, αρρώστιας, αναπηρίας, χηρείας, γεροντικής ηλικίας ή σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση στέρησης των μέσων διαβίωσής του, σε περιστάσεις ανεξάρτητες της θέλησής του» (United Nations 1948, άρθρο 25§1).

της κατάστασης των συμπτωμάτων (βελτίωση ή επιδείνωση), γ) της λειτουργικής κατάστασης του ασθενή, δ) των αντιλήψεών του για τη συνολική του υγεία και ε) της γενικότερης ποιότητας ζωής του.¹⁴

Είναι γεγονός ότι η ποιότητα ζωής υπό την οπτική της υγείας είναι άμεσα συνυφασμένη τόσο με τα ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά κάθε ατόμου (ηλικία, φύλο, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα κ.λπ.) όσο και με το τοπικό και πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει και δραστηριοποιείται, σχετίζεται δηλαδή με τις αξίες, τα πρότυπα, τις συνήθειες και τις παραδόσεις που χαρακτηρίζουν την κοινωνία της οποίας αποτελεί μέλος (U.S. Department of Health and Human Services 2000· Τούντας 2003· Παραιοαννου *et. al.* 2011). Για παράδειγμα, μέχρι πριν αρκετές δεκαετίες, το ιατρικό πρότυπο το οποίο χαρακτήριζε τις κοινωνίες της Δύσης προέκρινε την εννοιολογική διχοτόμηση ανάμεσα στο σώμα και τον νου / την ψυχή / το πνεύμα.¹⁵ Το ανθρώπινο σώμα εξέφραζε την ύλη, κάτι το αντικειμενικό και ανεξάρτητο από όποιες αξίες, που ήταν αδύνατο να επηρεαστεί από άυλους παράγοντες. Θεωρείτο ότι αποτελείται από όργανα και συστήματα, τα οποία έχουν αναγνωρίσιμες λειτουργίες, ενώ η ομαλή του λειτουργία μπορούσε να διαταραχθεί από κάποια ασθένεια, η οποία ήταν αμετάβλητη διαπολιτισμικά (U.S. Department of Health and Human Services 2000). Το συγκεκριμένο πρότυπο άρχισε να μεταλλάσσεται κατά τη δεκαετία του 1930, όταν αναδείχθηκε η σημασία του στρες στην υγεία του ανθρώπου, η αμοιβαία διασύνδεσή του με το νευρικό, ενδοκρινικό και ανοσοποιητικό σύστημα, καθώς επίσης και η επιρροή των συναισθημάτων και άλλων γνωστικών διαδικασιών πάνω στην υγεία (McEwen 1999· U.S. Department of Health and Human Services 2000). Παρεπόμενο αυτών και άλλων σχετικών μελετών ήταν η διαμόρφωση ενός νέου πρότυπου μελέτης του επιπέδου υγείας του ανθρώπου, το οποίο βασιζόταν όχι μόνο σε βιολογικούς αλλά και σε ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο), η δράση και η διεπίδραση των οποίων συμβάλλουν στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου.

¹⁴ Οι συγκεκριμένες ενδεικτικές παράμετροι σχετίζονται άμεσα και με το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού (U.S. Department of Health and Human Services 2000). Ειδικά δε η παράμετρος που αφορά την ποιότητα ζωής κάθε ανθρώπου, ιδωμένη πάντα από την πλευρά της υγείας, αφήνει το περιθώριο για την εκτίμηση της ισορροπίας ανάμεσα στο πόσο πολύ και πόσο καλά ζει ένας άνθρωπος (Gift & Atchison 1995).

¹⁵ Η ενότητα ψυχής και σώματος αποτελεί κεφαλαίωδη έννοια πολλών πολιτισμών της Ανατολής (Κίνα, Ινδία κ.λπ.). Η ασθένεια αποτελεί απότοκο της αποτυχημένης προσπάθειας να επιτευχθεί η ισορροπία και η αρμονία ανάμεσα σε αυτές τις δύο δυνάμεις (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

2.3 Η ποιότητα ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας

2.3.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας

Παρόλο που η παραδοσιακή προσέγγιση της έννοιας της στοματικής υγείας [Oral Health] αφορούσε αποκλειστικά την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία δύο αρκετά σοβαρών και κυρίαρχων στοματικών νόσων, της οδοντικής τερηδόνας και των νόσων του περιοδοντίου (ουλίτιδα – περιοδοντίτιδα), γρήγορα διαπιστώθηκε (μέσα στα πλαίσια της ολιστικής προσέγγισης της έννοιας της υγείας και της συσχέτισής της με την ευεξία του ανθρώπου) ότι η στοματική υγεία δεν αφορά αποκλειστικά την υγεία των δοντιών και των ούλων ή την απουσία ασθενειών που αφορούν τα δόντια και τη στοματική κοιλότητα. Αντιθέτως, αναγνωρίστηκε ότι η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας, συμβάλλοντας στη διατήρηση και στην προαγωγή της. Επηρεάζει, συνεπώς, και την ποιότητα ζωής, την κοινωνικότητα και την παραγωγικότητα του ατόμου. Έτσι, ενώ για ένα μακρό διάστημα η μελέτη της στοματικής υγείας βασιζόταν σε κλινικές έρευνες για συγκεκριμένες νόσους του στόματος, οι οποίες μάλιστα παρουσίαζαν εξάπλωση και σαφή κατανομή σε διεθνές επίπεδο,¹⁶ τις τελευταίες δεκαετίες άρχισε να δίνεται έμφαση στην καταγραφή και στη μελέτη των επιπτώσεων αυτών των νόσων στην καθημερινότητα και στην ποιότητα ζωής των ατόμων, μέσα στα πλαίσια του σύγχρονου μοντέλου οδοντιατρικής φροντίδας. Στόχος αυτού του μοντέλου ήταν αυτό που ο ασθενής εκλαμβάνει ως όφελος και όχι απλά εκείνο που ο οδοντίατρος προσδοκά, αντιλαμβάνεται και κρίνει ως κατάλληλη θεραπεία μιας παθολογικής κατάστασης¹⁷ (Feine *et. al.* 1998· Μαστρογεωργοπούλου 2006· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009· Ουλής *et. al.* 2009).

Σημαντική ήταν η συμβολή των Cohen & Jago (1976), οι οποίοι πρώτοι κατέδειξαν τη σημασία της οδοντιατρικής επιστήμης στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής, εισάγοντας τους κοινωνικο-οδοντιατρικούς δείκτες, οι οποίοι αντανakλούσαν τον κοινωνικό αντίκτυπο της στοματικής ασθένειας και λειτουργούσαν συμπληρωματικά

¹⁶ Μάλιστα, επειδή ακριβώς οι νόσοι του στόματος θεωρούνταν ότι δεν είναι απειλητικές για τη ζωή των ασθενών, είναι ασυμπτωματικές, δεν οδηγούν σε κάποιο είδος αναπηρίας ή ανικανότητας και περιορίζουν ελάχιστα τους κοινωνικούς τους ρόλους, υποβαθμίστηκε (ουσιαστικά και ερευνητικά) τόσο η σημασία τους όσο και οι επιπτώσεις τους στην ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική ζωή του ανθρώπου (Sheiham & Croog 1981· Locker & Grushka 1987· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009).

¹⁷ Σύμφωνα με τη Μαστρογεωργοπούλου (2006), προκρίθηκε ο συνδυασμός του τυπικού μοντέλου θεραπείας με τις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενή, προκειμένου το αποτέλεσμα να είναι ωφέλιμο ως προς τα ζητήματα της λειτουργικότητας, της άνεσης και της αισθητικής.

προς τους κλινικούς δείκτες. Οι Cushing *et. al.* (1986), ακολουθώντας επίσης την ερευνητική κατεύθυνση των Cohen & Jag, έκαναν λόγο για τον ρόλο των κοινωνικο-οδοντιατρικών δεικτών [Socio-Dental Indicators] στην αξιολόγηση των επιπτώσεων των νόσων του στόματος. Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις τους, οι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες πρέπει να συμπεριληφθούν στους οδοντιατρικούς επιδημιολογικούς δείκτες, καθώς οι υπάρχοντες δείκτες (π.χ. ο κλινικός δείκτης DMFT κ.ά.), αδυνατούν να εκφράσουν τις υποκειμενικές εμπειρίες των ασθενών όσον αφορά τη στοματική τους υγεία.¹⁸ Ήδη, δηλαδή, είχε διαπιστωθεί ότι οι κλινικοί δείκτες ήταν αρκετά περιοριστικοί, καθώς αντανακλούσαν μόνο την τελική έκβαση που είχε μια στοματική νόσος στον ασθενή: η επιτυχής έκβαση ενός θεραπευτικού σχεδίου εξισωνόταν με τη μείωση του αριθμού των συμπτωμάτων, την αντιμετώπιση της κρισιμότητας της εκάστοτε περίπτωσης και τη βελτίωση κυρίως των λειτουργιών του ασθενή. Κάτι τέτοιο, όμως, δεν βρισκόταν σε αντιστοιχία με την ικανοποίηση του τελευταίου, η οποία σχετιζόταν με τους περιορισμούς και τις επιπτώσεις της θεραπείας στη λειτουργικότητα και την ψυχοκοινωνική ευεξία του (Tache *et. al.* 1991· Feine *et. al.* 1998· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009).

Γρήγορα, λοιπόν, έγινε αντιληπτή η αναγκαιότητα μελέτης των αξιολογικών απόψεων των ασθενών, καθώς επίσης και η συσχέτισή τους με παραμέτρους όπως ήταν η πορεία των συμπτωμάτων, οι σωματικές και κοινωνικές λειτουργίες, η εμφάνιση και η ψυχολογική τους κατάσταση (Feine *et. al.* 1998· U.S. Department of Health and Human Services 2000). Κατά την πρώτη φάση αυτής της ερευνητικής στροφής, το μεγαλύτερο μέρος των μελετών έδωσε έμφαση στην προσέγγιση της ικανοποίησης και της γενικής αποτίμησης των ποικίλου τύπου θεραπειών και αποκαταστάσεων που δέχονταν οι ασθενείς.¹⁹ Η έννοια της ικανοποίησης ή της μη ικανοποίησης των ασθενών αποτέλεσε έναν σημαντικό δείκτη του επιπέδου της στοματικής υγείας, ο οποίος συνδύασε την αντικειμενική κατάσταση της υγείας, τις υποκειμενικές απόψεις και τις πολιτισμικά ορισμένες αξίες και προσδοκίες των ασθενών (Jokovic & Locker 1997). Τα κριτήρια αξιολόγησης του συγκεκριμένου δείκτη, σε ό,τι αφορά τη

¹⁸ Όπως σχολιάζουν οι Feine *et. al.* (1998), τα αποτελέσματα μιας θεραπείας μετριούνταν με βάση τους δείκτες της θνησιμότητας (θάνατος), της νοσηρότητας (ασθένεια, αδυναμία και έλλειψη άνεσης) και της έλλειψης ικανοποίησης. Για μια χρόνια κατάσταση, όπως ήταν για παράδειγμα η απώλεια της στοματοπροσωπικής δομής, στόχος του θεραπευτικού σχεδίου δεν ήταν η ίδια η θεραπεία αλλά η μείωση της νοσηρότητας. Κάτι τέτοιο όμως, ακόμα και αν αξιολογείτο θετικά με βάση τους κλινικούς δείκτες, δεν αντανακλούσε τον τρόπο που ο ασθενής αισθανόταν και λειτουργούσε.

¹⁹ Για παράδειγμα, η έρευνα των Carlsson *et. al.* (1967), η οποία αφορούσε τη μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών που τους είχαν τοποθετηθεί ολικές τεχνητές οδοντοστοιχίες, κατέδειξε ότι η πλειονότητα του δείγματος είχε προσαρμοστεί σ' αυτού του είδους την αποκατάσταση.

στοματική υγεία, ήταν: α) η ευκολία καθαρισμού, β) η γενική ικανοποίηση, γ) η ικανότητα ομιλίας, δ) η άνεση, ε) η αισθητική, στ) η σταθερότητα, ζ) η ικανότητα μάσησης, η) η αποτελεσματικότητα κατά τη μάσηση και θ) το επίπεδο της στοματικής υγείας (Michaud *et. al.* 2012). Η καταγραφή και η ερμηνεία των συμπτωμάτων και των επιπτώσεων μιας στοματικής νόσου, αλλά και η αξιολόγηση της όποιας οδοντιατρικής αποκατάστασης ή θεραπείας βασίστηκε πλέον στη συνεκτίμηση: α) των κλινικών παραγόντων, όπως ήταν η αισθητική του αποτελέσματος, η προσαρμογή και η γενική ικανοποίηση του ασθενή ως προς την τεχνητή οδοντοστοιχία, η ικανότητα μάσησης κ.λπ. (Strassburger *et. al.* 2006), β) των δημογραφικών παραγόντων (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, επίπεδο μόρφωσης κ.λπ.) και γ) των ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Bloom *et. al.* 1992· Matthias *et. al.* 1995· Chen *et. al.* 1997· Gift *et. al.* 1997· Atchison & Gift 1997· Papagiannopoulou *et. al.* 2012). Τα παραπάνω, ωστόσο, δεν εξέφραζαν πλήρως τις επιπτώσεις της θεραπείας στην καθημερινότητα και στις ποικίλες όψεις της ζωής (προσωπικής και κοινωνικής) ενός ασθενή (Strassburger *et. al.* 2006).²⁰

Η έννοια της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας [Oral Health-Related Quality of Life – OHQoL] εισήχθη από τους Gift & Redford (1992), οι οποίοι πρώτοι διέκριναν τις λειτουργικές, κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που έχουν οι στοματικές νόσοι στη ζωή των ανθρώπων. Η συγκεκριμένη έννοια σχετίζεται με τη δυνατότητα που έχει κάθε ανθρώπινος οργανισμός να επιτελεί απρόσκοπτα τις βασικές και καθημερινές του λειτουργίες (π.χ. σωματικές και ανατομικές λειτουργίες όπως είναι η μάσηση τροφής, η ομιλία, η ομαλή λειτουργία της κροταφογναθικής διάρθρωσης κ.λπ.) και να συμβάλλει πλήρως στην κοινότητα όπου ανήκει ως μέλος, χωρίς να εμποδίζεται από ψυχολογικούς (π.χ. έλλειψη αυτοπεποίθησης και ικανοποίησης για την εμφάνισή του κ.λπ.) και κοινωνικούς παράγοντες (π.χ. προβληματικό κοινωνικό προφίλ, μείωση παραγωγικότητας κ.λπ.) (Rosenoer, & Sheiham 1995· Gift *et. al.* 1997· McGrath & Bedi 1999· U.S. Department of Health and Human Services 2000· WHO 2003· Strassburger *et. al.* 2006· Μαστρογεωργοπούλου 2006· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009·

²⁰ Για παράδειγμα, σε πολλές έρευνες διαπιστωνόταν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς που είχαν προβεί σε κάποιο είδος προσθετικής αποκατάστασης, η οποία κλινικά είχε κριθεί ως επιτυχής, συνέχιζαν να εκτίθεντο σε κινδύνους οι οποίοι σχετίζονταν με τη γενικότερη φυσική αδυναμία των ασθενών, την κακή διατροφή, τον υποσιτισμό ή ακόμη και την κοινωνική απομόνωση. Δεδομένα σαν τα παραπάνω ουσιαστικά χειροτέρευαν την παρατηρούμενη ασθενική τους κατάσταση (Berg 1988· Slade & Spencer 1994b). Οι Smith & Sheiham (1979) για πρώτη φορά εστίασαν την προσοχή τους στις αρνητικές επιπτώσεις της προσθετικής θεραπείας και της κακής στοματικής υγείας στα ηλικιωμένα άτομα. Οι συγκεκριμένοι μελετητές διαπίστωσαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιμετώπιζαν δυσκολίες κατά τη μάσηση της τροφής, η οποία είχε θεωρηθεί ως μια άκρως επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία η οποία επιπλέον τους προκαλούσε ψυχολογική δυσανεξία.

Paraiοannου *et. al.* 2011· Paragiannopoulou *et. al.* 2012). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, η διασύνδεση της στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου πραγματώνεται μέσα από μια λειτουργική, ψυχοκοινωνική και οικονομική (έστω έμμεση)²¹ διάσταση (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Το συγκεκριμένο μοντέλο φροντίδας βασίστηκε πάνω στη γενική ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις επιπτώσεις της βλάβης [impairment], της ανικανότητας [disability] και της αναπηρίας [handicap] στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου (WHO 1980). Η συγκεκριμένη ταξινόμηση, προσαρμοσμένη στα δεδομένα της στοματικής υγείας, σχετίστηκε με τις λειτουργικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις: α) της βλάβης, της απώλειας δηλαδή ενός τμήματος από την ανατομία του σώματος (πρβ. περίπτωση ολικής νωδότητας), β) της ανικανότητας, της αδυναμίας δηλαδή ανταπόκρισης ενός ατόμου στις καθημερινές του δραστηριότητες (π.χ. δυσκολία μάσησης, ομιλίας κ.λπ.), και γ) της αναπηρίας, των γενικότερων, με άλλα λόγια, συνεπειών που μπορούσαν να έχουν οι δυσλειτουργίες της στοματικής κοιλότητας στην κοινωνική ζωή του ατόμου (Μαστρογεωργοπούλου 2006).

Αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι η ποιότητα ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια η οποία σχετίζεται με τη μελέτη των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων που έχουν τα κλινικά συμπτώματα στη ζωή των ασθενών (Strassburger *et. al.* 2006). Συνεπώς, πρόκειται για μια προσέγγιση η οποία αξιοποιεί ερευνητικά και διεπιδραστικά έννοιες, όπως είναι η επιβίωση, η νοσηρότητα και η αδυναμία, η κοινωνική, ψυχολογική και σωματική λειτουργία και ανικανότητα, οι αντιλήψεις για τη στοματική υγεία κ.λπ. (Gift & Atchison 1995). Ωστόσο, παρόλο που η συγκεκριμένη ερευνητική προσέγγιση κρίθηκε ως άμεσης προτεραιότητας ζήτημα στον κλάδο της κοινωνικής επιδημιολογίας, γρήγορα διατυπώθηκε ένας μεθοδολογικός προβληματισμός, καθώς οι προαναφερθείσες έννοιες δεν ήταν απόλυτα προσδιορισμένες, αλλά σχετικά αφηρημένες και υποκειμενικά καθορισμένες, υπό την επίδραση του κοινωνικού, πολιτισμικού, πολιτικού και καταστασιακού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο αναπτύσσονταν και αξιολογούνταν (Locker 1997· Tsakos *et. al.*

²¹ Η οικονομική διάσταση των επιπτώσεων των προβλημάτων στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίζεται άμεσα με το κατά κεφαλή κόστος των ασθενειών και των θεραπειών που αφορούν το στόμα και το κόστος των δημόσιων δαπανών για την οδοντιατρική φροντίδα, αλλά και έμμεσα με τις συνέπειες που παρατηρούνται όσον αφορά την παραγωγικότητα, την απώλεια ωρών εργασίας (ή σχολείου), την καθήλωση στο κρεβάτι και τον περιορισμό των δραστηριοτήτων του ασθενή (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

2001a).²² Ωστόσο, η συγκεκριμένη ερευνητική προσέγγιση δεν φιλοδόχησε να υποκαταστήσει τη μελέτη των κλινικών παραγόντων ως δεικτών αξιολόγησης, αλλά αντιθέτως λειτούργησε συμπληρωματικά και υποστηρικτικά προς την κλινική προσέγγιση, καθώς: α) ανέδειξε τις επιπτώσεις που έχουν οι στοματικές νόσοι στην καθημερινή ζωή των ατόμων (ποιος είναι δηλαδή ο αντίκτυπός τους στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική τους ευεξία), β) προώθησε την εξατομίκευση της οδοντιατρικής φροντίδας, δίνοντας έμφαση σε πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες, λόγω των κοινωνικοοικονομικών τους χαρακτηριστικών, έχουν συγκεκριμένες θεραπευτικές ανάγκες και γ) συντέλεσε στη λήψη ορθολογικών αποφάσεων όσον αφορά τις διάφορες παραμέτρους της οδοντιατρικής φροντίδας, παρέμβασης και πρόληψης (Slade 1997c· Μαστρογεωργοπούλου 2006· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009· Παραιοαννου *et. al.* 2011· Παραγιαννοπούλου *et. al.* 2012).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, θα μπορούσε να σημειωθεί ότι η μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών για μια συγκεκριμένη θεραπεία αποτελεί έναν διαφορετικό —εξίσου σημαντικό βέβαια— δείκτη αποτίμησης του θεραπευτικού αποτελέσματος, ο οποίος επίσης καθορίζεται από τις υποκειμενικές απόψεις των ατόμων. Δεν ταυτίζεται, ωστόσο, με την έννοια της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας, παρόλο που κάποιες έρευνες έχουν καταγράψει τη θετική τους συσχέτιση (Joseph & Nichols 2007· Al-Omiri & Karasneh 2009· Stober *et. al.* 2010· Michaud *et. al.* 2012).²³ Μέχρι σήμερα δεν είναι απολύτως ξεκάθαρο ποια στοιχεία του δείκτη ικανοποίησης μπορούν να συσχετιστούν με τον δείκτη της ποιότητας ζωής (Michaud *et. al.* 2012).²⁴ Γεγονός είναι ότι ο δείκτης ικανοποίησης ενός ασθενή σχετίζεται άμεσα με το αποτέλεσμα και τις διαφορετικές εκφάνσεις μιας συγκεκριμένης θεραπείας, ενώ ο δείκτης της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας αποτελεί μια

²² Βέβαια, η στοματική υγεία είναι άμεσα συνυφασμένη με τα ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά κάθε ατόμου, καθώς επίσης και με άλλες τοπικές ή γεωγραφικές ιδιαιτερότητες (π.χ. αστικό – αγροτικό ή μη αστικό περιβάλλον) (Παραιοαννου *et. al.* 2011). Μάλιστα, επιδημιολογικές μελέτες δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στις παραπάνω μεταβλητές, προκειμένου να μελετήσουν το επίπεδο της στοματικής υγείας και τις τυχόν αποκλίσεις που παρουσιάζονται στους υπό έρευνα πληθυσμούς, προσεγγίζοντας έτσι τις κατά τόπους και κοινότητες ανάγκες και θέτοντας σε εφαρμογή προσεγγισμένους σχεδιασμούς και συγκεκριμένες παρεμβάσεις.

²³ Για παράδειγμα, στην έρευνά τους οι Al-Omiri & Karasneh (2009) διαπίστωσαν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στον βαθμό ικανοποίησης και την ποιότητα ζωής ασθενών οι οποίοι είχαν προβεί σε προσθετική αποκατάσταση. Ομοίως, οι Stober *et. al.* (2010) παρατήρησαν παρόμοια συσχέτιση ανάμεσα στους συγκεκριμένους δείκτες σε ασθενείς οι οποίοι έφεραν συμβατικές ολικές οδοντοστοιχίες.

²⁴ Σύμφωνα με τους Michaud *et. al.* (2012) οι αντιλήψεις των ασθενών για τη μασητική τους ικανότητα και τη γενική τους στοματική υγεία αποτελούν μεταβλητές και προγνωστικά στοιχεία που σχετίζονται (στατιστικά σημαντικά) με τον δείκτη της ποιότητας ζωής. Για παράδειγμα, η ικανοποίηση ενός ασθενή όσον αφορά τη στοματική του υγεία βρίσκεται σε αντιστοιχία με την καλή ποιότητα ζωής του. Οι υπόλοιπες μεταβλητές που μελετώνται κατά τη διερεύνηση της ικανοποίησης επίσης σχετίζονται με τον δείκτη της ποιότητας ζωής.

ευρύτερη και πιο περίπλοκη έννοια, καθώς σχετίζεται με τις επιπτώσεις μιας θεραπείας στην υγειονομική κατάσταση ενός ατόμου (Fitzpatrick *et. al.* 1998· Michaud *et. al.* 2012), όπως όμως αυτή εκλαμβάνεται ολιστικά. Υπό αυτό το σκεπτικό, οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τους παραπάνω δείκτες είναι διαφορετικοί. Ο βαθμός ικανοποίησης εξαρτάται από τις προτιμήσεις, τις προσδοκίες, αλλά και την ποιότητα της πληροφόρησης που δέχεται ένας ασθενής από τον θεράποντα ιατρό του, συνεπώς εύκολα μπορεί να αλλάξει. Η ποιότητα ζωής ενός ασθενή δεν επηρεάζεται με τον ίδιο τρόπο από παράγοντες σαν τους παραπάνω, καθώς δεν δίνεται έμφαση στον τρόπο της θεραπείας αυτόν καθαυτόν. Επιπλέον, παρόλο που ο δείκτης ικανοποίησης αποδίδει κλινικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε διαφορετικές θεραπείες, έχει διαπιστωθεί ότι σε τέτοιου είδους μετρήσεις οι ασθενείς εκφράζουν συστηματικά και σε υπερβολικό βαθμό την ικανοποίησή τους για το θεραπευτικό σχέδιο που τους έχει εφαρμοστεί, κάτι που δεν ανταποκρίνεται πάντα στην πραγματικότητα. Ωστόσο, ο συγκεκριμένος δείκτης κρίνεται ως πιο πρακτικός και κατανοητός από τους κλινικούς ιατρούς (De Albuquerque 2000· Allen *et. al.* 2001a, 2001b· Michaud *et. al.* 2012).

2.3.2 Διαταραχές της στοματικής υγείας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Έχει διαπιστωθεί ότι συγκεκριμένες νόσοι και διαταραχές που αφορούν τη στοματική υγεία μπορούν να οδηγήσουν σε οδοντικά και κρανιοπροσωπικά προβλήματα τα οποία υπονομεύουν την ευεξία και την ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου. Πρόκειται για επώδυνες καταστάσεις οι οποίες περιορίζουν τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου, επηρεάζουν την ψυχολογική του κατάσταση, καθώς κλονίζεται η αυτοεικόνα και η αυτοπεποίθησή του, με αποτέλεσμα να ευνοείται και η εκδήλωση προβλημάτων που αφορούν τις κοινωνικές του ικανότητες και διεπιδράσεις (U.S. Department of Health and Human Services 2000· Sheiham 2005· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009· Παπαϊοαννου *et. al.* 2011). Για παράδειγμα, ο στοματικός πόνος ή η απώλεια των αισθησιοκινητικών λειτουργιών περιορίζουν τις διατροφικές επιλογές, τη συνακόλουθη απόλαυσή τους, την κοινωνική επαφή, ακόμα και τις πιο στενές σχέσεις ενός ανθρώπου. Επιπλοκές που μπορούν να παρουσιαστούν στη στοματική κοιλότητα λόγω άλλων συστηματικών νοσημάτων υπονομεύουν επίσης την ποιότητα ζωής του ασθενή. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με τη νόσο του Πάρκινσον αντιμετωπίζουν προβλήματα τα οποία σχετίζονται με την ομιλία, τη μάζηση τροφής, τη γεύση, την όσφρηση και την κατάποση. Οι ασθενείς με τον ιό HIV επίσης αντιμετωπίζουν στοματικές επιπλοκές, όπως πόνο,

ξηροστομία, λοιμώξεις του βλεννογόνου, σάρκωμα Καπόσι κ.λπ., οι καρκινοπαθείς υποφέρουν από έλκη, βλεννογονίτιδα και τερηδόνα, ενώ οι διαβητικοί και όσοι αντιμετωπίζουν προβλήματα οστεοπόρωσης σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζουν περιοδοντίτιδα (U.S. Department of Health and Human Services 2000). Επίσης, η ίδια η κλινική οδοντιατρική κατάσταση ενός ανθρώπου (ειδικά όταν αυτή είναι κακή), καθώς επίσης και η μειωμένη πρόσβασή του σε υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας είναι άμεσα συνυφασμένες με την κακή ποιότητα ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Πολλές έρευνες έχουν καταδείξει ότι ασθένειες των δοντιών και του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος, καθώς επίσης και άλλες συστηματικές νόσοι επηρεάζουν την ικανότητα ενός ανθρώπου όχι μόνο να λάβει τροφή και να μασήσει, αλλά και να απολαύσει τις διατροφικές του επιλογές (να γευτεί, να μυρίσει, να αντιληφθεί την υφή της τροφής, να νιώσει άνετα κατά τη μάσηση και κατά την κατάποση κ.λπ.).²⁵ Μάλιστα, φαίνεται πως η μεταβλητή της ηλικίας συσχετίζεται άμεσα με τέτοιου είδους προβλήματα: οι γηραιότεροι σε ηλικία, λόγω των χρόνιων προβλημάτων υγείας και των συνεχών φαρμακευτικών αγωγών, αντιμετωπίζουν έντονα τέτοιου είδους επιπλοκές στις διατροφικές τους επιλογές και ικανότητες: δυσκολία στη μάσηση και στην κατάποση, ξηροστομία, δυσάρεστη γεύση στο στόμα, αλλαγές στην αίσθηση της γεύσης ή της όσφρησης, έλλειψη άνεσης κατά τη μάσηση της τροφής, αποφυγή ή περιορισμό στην πρόσληψη τροφών πλούσιων σε ίνες, γαστροοισοφαγικά προβλήματα, μειωμένη απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών, προβλήματα στην εντερική λειτουργία, διακοπή γευμάτων (Atchison & Dolan 1990· Gilbert *et. al.* 1993· Hunt *et. al.* 1995a· Ship *et. al.* 1996· Misch 2008a).²⁶ Γενικότερα, η ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό, όταν ο τελευταίος αναγκάζεται να περιορίσει ή να αλλάξει τις διατροφικές του συνήθειες ή όταν οι τροφές που τελικά επιλέγει να

²⁵ Οι ασθένειες των δοντιών και του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος προκαλούν επίσης διαταραχές ύπνου (κυρίως απνίες), λόγω του αφόρητου (χρόνιου ή οξέος) πόνου και της δυσφορίας που νιώθουν οι ασθενείς. Μάλιστα, η συγκεκριμένη κατάσταση έχει παρατηρηθεί ότι επιδεινώνεται όταν ο ασθενής υποφέρει επίσης από κατάθλιψη (Locker & Grushka 1987· Gilbert *et. al.* 1993· Goulet *et. al.* 1995).

²⁶ Γεγονός είναι ότι έχει δοθεί έμφαση κυρίως στις επιπτώσεις που έχει η νωδότητα στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ωστόσο, έχει επίσης διαπιστωθεί ότι η μείωση της ροής του σάλιου επηρεάζει τη λήψη των θρεπτικών συστατικών στον οργανισμό, ενώ και η ξηροστομία που χαρακτηρίζει τους ασθενείς που έχουν το σύνδρομο Sjögren τους προκαλεί δυσφορία, η οποία επηρεάζει την ομιλία, τη μάσηση και την κατάποση (Ernest 1993· U.S. Department of Health and Human Services 2000). Ομοίως, οι κροταφογναθικές διαταραχές, οι οποίες είναι αρκετά επίπονες καθώς περιορίζουν το άνοιγμα του στόματος, επηρεάζουν τη μάσηση, την ομιλία και την κατάποση (U.S. Department of Health and Human Services 2000). Άλλες έρευνες έχουν αποδείξει ότι ασθενείς με καρκίνο στο στόμα ή στον φάρυγγα αδυνατούν να διατηρήσουν ένα κανονικό πρόγραμμα διατροφής, να φάνε σε δημόσια θέα ή να γίνουν κατανοητοί στην επικοινωνία τους (List *et. al.* 1990).

καταναλώσει δεν έχουν επαρκή θρεπτική αξία και δεν του προσφέρουν τη βέλτιστη διατροφή.

Επιπρόσθετα, πολλές έρευνες κατέδειξαν ότι συγκεκριμένες οδοντικές ασθένειες (κυρίως αυτές που σχετίζονται με την ύπαρξη νωδότητας ή που γενικότερα επηρεάζουν την εμφάνιση του προσώπου του ανθρώπου), ο παρεπόμενος στοματικός πόνος, οι τυχόν κρανιοπροσωπικές δυσμορφίες και οι τύποι καρκίνου του στόματος ή του φάρυγγα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ενός ανθρώπου σε ό,τι αφορά την ψυχολογική και κοινωνική του κατάσταση και εικόνα (U.S. Department of Health and Human Services 2000).²⁷ Φαίνεται ότι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ή διαταραχές στη στοματική τους κοιλότητα δυσκολεύονται να διαχειριστούν τους κοινωνικούς τους ρόλους σε όλα ή σε κάποιο από τα επίπεδα όπου δραστηριοποιούνται: τείνουν προς την απομόνωση, νιώθουν κατάθλιψη, δυσφορία, αμηχανία και άγχος για την εμφάνισή τους, αποφεύγουν την επαφή, τη συζήτηση, το γέλιο, το χαμόγελο ή οποιαδήποτε άλλη μη λεκτική έκφραση η οποία θα μπορούσε να εκθέσει το στόμα και τα δόντια τους. Γενικότερα, παρουσιάζουν αδυναμία στη διατήρηση ή στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων (Patrick & Bergner 1990· Locker & Slade 1993· Locker & Miller 1994a). Οι παραπάνω ψυχοκοινωνικές παράμετροι σχετίζονται άμεσα με τις πολιτισμικές αξίες οι οποίες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τόσο τις πρακτικές της οδοντιατρικής φροντίδας όσο και τις αποδεκτές νόρμες σχετικά με τη στοματική υγεία αλλά και την εμφάνιση (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Ειδικά το θέμα της νωδότητας (μερικής ή ολικής) φαίνεται πως αποτελεί ένα πρόβλημα το οποίο όχι μόνο έχει λειτουργικές επιπλοκές στην καθημερινότητα ενός ανθρώπου, αλλά επίσης επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνικές του λειτουργίες και διεπιδράσεις. Πολλές έρευνες σημειώνουν ότι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν πρόβλημα νωδότητας (κυρίως ηλικιωμένοι) παρουσιάζουν χαμηλή αυτοπεποίθηση, έχουν μια αλλοιωμένη αντίληψη για την αυτοεικόνα τους, νιώθουν θλίψη και απέχθεια για την εμφάνισή τους, ενώ πιστεύουν ότι είναι ακόμα γηραιότεροι σε ηλικία (Fiske *et. al.* 1998).²⁸ Νιώθουν δυσφορία και ντροπή κατά τις κοινωνικές τους συναναστροφές, αποφεύγουν τη σύναψη στενότερων σχέσεων λόγω του φόβου της απόρριψης, ενώ σε

²⁷ Η συσχέτιση αυτή είναι εύλογη, καθώς είναι άμεσα συνυφασμένη με συγκεκριμένες διαχρονικές πολιτισμικές αντιλήψεις, σύμφωνα με τις οποίες τα δόντια έχουν συγκεκριμένη συμβολική αξία, αποτελώντας ένδειξη γοήτρου και δύναμης (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

²⁸ Αντιθέτως, σε έρευνα των Matthias *et. al.* (1993), πληροφορητές που δεν είχαν πρόβλημα νωδότητας δήλωσαν ότι: α) νιώθουν πιο ελκυστικοί σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους της ηλικίας τους, β) έχουν λιγότερο συναισθηματικό άγχος, γ) η υγεία τους βρίσκεται σε πολύ ικανοποιητικό ή και σε άριστο επίπεδο και δ) δεν θα φορούσαν (μερική ή ολική) κινητή οδοντοστοιχία.

πολλές περιπτώσεις θεωρούν πως το συγκεκριμένο πρόβλημα αποτελεί ένα ιδιαίτερα σοβαρό γεγονός της ζωής τους, ανάλογο με αυτό της συνταξιοδότησής τους και των συνακόλουθων ψυχολογικών και κοινωνικών της επιπτώσεων πάνω τους (Smith & Sheiham 1979· Bergendal 1989). Παρόμοια σχόλια καταγράφονται επίσης και από εκείνους (κυρίως μεγαλύτερους σε ηλικία) που αντιμετωπίζουν άλλα προβλήματα στοματικής υγείας: νιώθουν δυσφορία και άγχος σε κοινά γεύματα με άλλους, αποφεύγουν να χαμογελούν, να έρχονται σε επαφή με άλλους ή να συνομιλούν μαζί τους, εκτιμούν ότι δεν είναι ελκυστικοί και δυσκολεύονται να συνάψουν προσωπικές σχέσεις. Γενικότερα, φαίνεται ότι επηρεάζεται η καθημερινότητά τους, καθώς τείνουν να περιορίζουν τις δραστηριότητές τους και τις κοινωνικές τους επαφές, ενώ δυσκολεύονται να εργαστούν ή να κάνουν μια συγκεκριμένη εργασία (Gooch *et. al.* 1989· Atchison & Dolan 1990· Gilbert *et. al.* 1993· Strauss & Hunt 1993· Hunt *et. al.* 1995a· Kressin 1997).

Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι ο χρόνιος ή οξύς πόνος ο οποίος σχετίζεται με τη στοματική κοιλότητα (κυρίως με την κροταφογναθική περιοχή)²⁹ αποτελεί έναν βασικό παράγοντα για την πρόκληση άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς οι οποίοι νιώθουν αβεβαιότητα και αδυνατούν να αιτιολογήσουν και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά το πρόβλημα της στοματικής τους υγείας (Von Korff *et. al.* 1988).

Επίσης, σημειώνεται ότι τυχόν κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες και δυσμορφίες έχουν σοβαρό ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο στους ασθενείς. Αυτού του είδους η αρνητική στάση τόσο των ασθενών όσο και του περίγυρού τους απέναντι σε τέτοιου είδους δυσμορφίες του προσώπου είναι άμεσα συνυφασμένη με μια διαχρονική αντίληψη, σύμφωνα με την οποία το πρόσωπο ενός ανθρώπου αποτελεί τη σφραγίδα της ατομικής του ταυτότητας (U.S. Department of Health and Human Services 2000).³⁰ Μάλιστα, φαίνεται ότι η φυσική ομορφιά παίζει σημαντικό (στερεοτυπικό πολλές φορές) ρόλο στην ψυχολογική ανάπτυξη, στη διαμόρφωση των κοινωνικών σχέσεων, αλλά και στην πλήρωση των κοινωνικών προσδοκιών των ανθρώπων (Clifford & Walster 1973· Berscheid 1980). Για παράδειγμα, πολλές έρευνες έχουν καταδείξει ότι παιδιά τα οποία έχουν χειλεοσχιστία ή υπερωιοσχιστία παρουσιάζουν δυσκολία όχι μόνο κατά τη διαδικασία

²⁹ Ο πόνος αυτός πολλές φορές αποτελεί σύμπτωμα ενός οδοντιατρικού προβλήματος το οποίο δεν έχει τύχει ακόμα θεραπείας. Αυτό αποτελεί βασική αιτία υποβάθμισης της ποιότητας ζωής, καθώς προκαλεί διαταραχές στον ύπνο, κατάθλιψη και πολλαπλές, αντικρουόμενες πολλές φορές, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

³⁰ Σε πολλούς πολιτισμούς η ομορφιά και τα αρμονικά χαρακτηριστικά του προσώπου αποτελούν ένδειξη κατοχής συγκεκριμένων ηθικών και κοινωνικών γνωρισμάτων (αλήθεια, ηθικότητα, ανωτερότητα, ένδοξη καταγωγή, ψυχή κ.λπ.) (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

της μάσησης ή της ομιλίας αλλά και σε ό,τι έχει να κάνει με την εμφάνισή τους. Φαίνεται ότι τέτοιου είδους γενετικές ανωμαλίες δημιουργούν πολλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία μάλιστα αντανακλώνται και επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τη μαθησιακή ανάπτυξη των παιδιών (Tobiasen et al. 1987). Αυτού του είδους τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα εκπορεύονται όχι μόνο από το τι πιστεύουν τα ίδια για την εικόνα και την εμφάνισή τους, αλλά και από την κοινωνική αντίληψη που έχει διαμορφωθεί για εκείνα από τους συνομήλικους, τους γονείς, τους δάσκαλους, αλλά ακόμη και την κοινωνία ευρύτερα (Richman & Eliason 1982· Schneiderman & Harding 1984· Mitchell et. al. 1984· Kapp-Simon 1986· Middleton et. al. 1986· Tobiasen 1987· Richman et. al. 1988· Broder & Strauss 1989). Παρόλο που κάποιες έρευνες σημειώνουν ότι τα ίδια τα παιδιά δεν έχουν αρνητική άποψη για την αυτοεικόνα τους ούτε παρουσιάζουν ψυχολογικές διαταραχές (Kapp 1979· Richman 1983), καταδεικνύεται ωστόσο ότι είναι συνεσταλμένα σε κοινωνικό επίπεδο, απολύτως συνειδητοποιημένα για την κατάστασή τους, ενώ έχουν μειωμένες προσδοκίες όσον αφορά την επιτυχία που μπορεί να έχουν κατά τις κοινωνικές τους επαφές (Richman & Eliason 1982· Pillemer & Cook 1989). Κατά την εφηβεία τα προβλήματα που σχετίζονται με την κοινωνική τους προσαρμογή εντείνονται, κυρίως δε σε ό,τι αφορά την εμφάνισή τους, καθώς οι δυσκολίες που συναντούν κατά την προσπάθειά τους να συνάψουν κοινωνικές σχέσεις επηρεάζουν αρνητικά την αυτοπεποίθησή τους, προκαλώντας τους έτσι κοινωνική συστολή (Leonard et. al. 1991· Kapp-Simon et. al. 1992). Αυτού του είδους τα συμπεριφοριστικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά παρατηρούνται και στην ενήλική τους ζωή (Van Demark & Van Demark 1970),³¹ ενώ σημειώνονται επίσης και ήπιες μορφές διακρίσεων και στιγματισμού εις βάρος τους (McWilliams 1970).

Αλλά και χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται για την αντιμετώπιση του καρκίνου του στόματος ή του φάρυγγα προκαλούν πολύ συχνά λειτουργικές βλάβες ή και μόνιμες παραμορφώσεις και αλλοιώσεις στους ασθενείς (απώλεια μέρους της γλώσσας, απώλεια αίσθησης της γεύσης και της ικανότητας μάσησης, δυσκολία στην ομιλία, πόνος, αλλαγές στην εμφάνιση του προσώπου) (U.S. Department of Health and Human Services 2000). Έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι παραπάνω αλλαγές έχουν ως παρεπόμενο και αλλαγές που σχετίζονται με την αυτοεικόνα, τις κοινωνικές και πιο

³¹ Μάλιστα, σημειώνεται ότι φθάνοντας στην ενήλικη ζωή έχουν λιγότερες ευκαιρίες σε θέματα που έχουν να κάνουν με την εκπαίδευση, την επαγγελματική τους σταδιοδρομία και την οικογενειακή τους κατάσταση (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

προσωπικές σχέσεις των ασθενών, καθώς και με την ψυχολογική τους κατάσταση (ψυχολογική πίεση, απελπισία, κατάθλιψη) (Gamba *et. al.* 1992· Bjordal & Kaasa 1995· Gritz *et. al.* 1999).

2.3.3 Εργαλεία μέτρησης και αξιολόγησης της στοματικής υγείας σε σχέση με την ποιότητα ζωής

Από τις αρχές τις δεκαετίας του 1990, οι ερευνητές άρχισαν να επικεντρώνουν την προσοχή τους στην καταγραφή και την περιγραφή των επιπτώσεων των ασθενειών και της γενικότερης κατάστασης της στοματικής κοιλότητας στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων, καταρτίζοντας συγκεκριμένα ερωτηματολόγια μέτρησης (Slade & Spencer 1994· Gift 1997· Slade *et. al.* 1998), τα οποία βασίστηκαν πάνω σε γενικότερα μοντέλα μέτρησης της ποιότητας ζωής ή σε θεωρητικά μοντέλα τα οποία αφορούσαν τη συσχέτιση της γενικής υγείας με την ποιότητα ζωής, τα οποία στη συνέχεια προσαρμόστηκαν πάνω στο θέμα της στοματικής υγείας (Locker 1988· Gift & Atchison 1995). Παρόλο που διατυπώθηκε ένας προβληματισμός σχετικά με την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, την τυποποίηση, τη δομική εγκυρότητα και την εφαρμογή τους σε δι-ομαδικό και διαπολιτισμικό επίπεδο (Allison *et. al.* 1997· Strassburger *et. al.* 2006· Locker & Allen 2007), δεν παύουν να θεωρούνται ως δείκτες θεραπευτικού αποτελέσματος (Fitzpatrick *et. al.* 1998).³² Προτείνεται η συνδυαστική μελέτη τόσο αυτών όσο και των κλινικών μετρήσεων, προκειμένου να διασφαλιστεί η σωστή ερμηνευτική προσέγγιση των απαντήσεων των ασθενών (De Grandmont *et. al.* 1994· Feine *et. al.* 1998).

Οι κλίμακες μέτρησης είναι στην πλειοψηφία τους πολυπαραγοντικές,³³ ενώ οι επιμέρους δείκτες αξιολόγησης που χρησιμοποιούν παρουσιάζουν ομοιότητες ως προς το περιεχόμενο. Παρατηρείται μια ποικιλία όσον αφορά την ακριβή στοχοθεσία τους, τον αριθμό των στοιχείων που μελετούν, τις υποκλίμακες που περιλαμβάνουν, τα τεχνικά χαρακτηριστικά, τον τρόπο χορήγησής τους στους ασθενείς, τον τύπο των απαντήσεων που παρατίθενται και άλλες μεθοδολογικές λεπτομέρειες. Παρόλο που

³² Μάλιστα, σύμφωνα με τους Strassburger *et. al.* (2006), ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έδωσε έμφαση στη συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών που είχαν προβεί σε προσθετική αποκατάσταση με παράγοντες όπως η άνεση που ένιωθαν ύστερα από την αποκατάσταση, η αισθητική του αποτελέσματος, η ευκολία καθαρισμού και η λειτουργικότητά της κατά τη μάσηση. Πολλές από αυτές τις έρευνες, όμως, δεν κατάφεραν να καταδείξουν πλήρως τις επιπτώσεις των διαφορετικών τύπων προσθετικής αποκατάστασης στις επιμέρους εκφάνσεις της καθημερινότητας των ασθενών.

³³ Εξαιρέση αποτελεί η μονοπαραγοντική κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε στις έρευνες των Atchison & Gift (1997) και Dolan *et. al.* (1998).

κρίνονται ως σχετικά πετυχείς, δεν είναι πάντα επαρκείς ως προς τη ψυχομετρική δοκιμή (Tsakos *et. al.* 2001a).

Ενδεικτικά παραδείγματα τέτοιου είδους ερωτηματολογίων, δεικτών και κλιμάκων μέτρησης είναι:

- τα γενικευμένα ερωτηματολόγια έρευνας της ποιότητας ζωής (Reisine & Weber 1989· Allen *et. al.* 1999· Heydecke *et. al.* 2003),
- ο συνδυασμός συγκεκριμένων δεικτών μέσα στα πλαίσια μεγάλων ερωτηματολογίων (Reisine *et. al.* 1989· Locker & Miller 1994b),³⁴
- οι στατιστικά συνοπτικές κλινικές μετρήσεις, οι οποίες πραγματοποιούνται σε συνδυασμό με την καταγραφή των συμπτωμάτων, των απόψεων και των συμπεριφορών των ίδιων των ασθενών (Gift *et. al.* 1997· Gilbert *et. al.* 1997),
- ο δείκτης Geriatric Oral Health Assessment Index [GOHAI] (Atchison & Dolan 1990),
- το ερωτηματολόγιο Dental Impact Profile [DIP] (Strauss & Hunt 1993),
- η κλίμακα Social Impacts of Dental Disease [SIDD] (Cushing *et. al.* 1986),
- ο δείκτης Subjective Oral Health Status Indicators [SOHSI] (Locker & Miller 1994b),
- η κλίμακα Rand Dental Health Index, η οποία λαμβάνει υπόψη τις μεταβλητές του πόνου, της ανησυχίας και της συνομιλίας (U.S. Department of Health and Human Services 2000),
- η κλίμακα Dental Impact of Daily Living [DIDL], η οποία δίνει έμφαση στη μελέτη της συχνότητας, της σοβαρότητας και των επιπτώσεων των νόσων του στόματος πάνω στη λειτουργικότητα και την ψυχοκοινωνική ευεξία του ασθενή (Leao & Sheiham 1996),
- το ερωτηματολόγιο Oral Impacts on Daily Performance [OIDP] (Aduyanon & Sheiham 1997) και
- το ερωτηματολόγιο Oral Health Impact Profile [OHIP] (Slade & Spencer 1994a).

Το ερωτηματολόγιο Oral impacts on Daily Performance (OIDP) χρησιμοποιείται ευρέως σε ποικίλα περιβάλλοντα και διαφορετικούς πληθυσμούς, έχοντας μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες (ακόμα και σε διαλέκτους) και έχοντας δοκιμαστεί διεθνώς ως προς την εσωτερική του συνοχή, την εγκυρότητά του όσον αφορά τη μορφή, το περιεχόμενο,

³⁴ Ωστόσο, τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια δεν μπόρεσαν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στη μέτρηση των επιπτώσεων των προσθοδοντικών εφαρμογών στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Strassburger *et. al.* 2006).

τα κριτήρια και τη δομή του, αλλά και ως προς την αξιοπιστία του (Tsakos *et. al.* 2001a· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009).³⁵ Η κατάρτισή του βασίστηκε πάνω στο εννοιολογικό μοντέλο του Locker για τη στοματική υγεία (Locker 1988), το οποίο με τη σειρά του είχε ως υπόβαθρο την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις επιπτώσεις της ασθένειας (της βλάβης, της ανικανότητας και της αναπηρίας) στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου (WHO 1980). Οι Adulyanon (1996) και Adulyanon & Sheiham (1997), τροποποιώντας το μοντέλο του Locker, κατάρτισαν το ερωτηματολόγιο OIDP, το οποίο σχετίζεται με τρία διαφορετικά επίπεδα μέτρησης: α) τη μέτρηση της κατάστασης, των συνθηκών και των βλαβών της στοματικής κοιλότητας, κάτι το οποίο ουσιαστικά αποτελεί αντικείμενο μελέτης των κλινικών δεικτών, β) τη μέτρηση των ενδιάμεσων επιπτώσεων των παρατηρούμενων βλαβών [intermediate impacts] (ευαισθησία, πόνος, έλλειψη άνεσης, άσχημη αναπνοή, ξηροστομία, έλκη, επώδυνα σημεία, αιμορραγία από τα ούλα, λειτουργικοί περιορισμοί, εναπομείνουσες τροφές ανάμεσα στα δόντια ή μέσα στις οδοντοστοιχίες, έλλειψη ικανοποίησης σχετικά με την εμφάνιση, κροταφογναθικές διαταραχές κ.λπ.) και γ) τη μέτρηση των τελικών επιπτώσεων (σωματικών, ψυχολογικών ή κοινωνικών) [ultimate impacts],³⁶ που πλήττουν σε σημαντικό βαθμό την καθημερινή ζωή ενός ασθενή (Adulyanon & Sheiham 1997· Robinson *et. al.* 2003). Το ερωτηματολόγιο OIDP επικεντρώνεται στο 3^ο επίπεδο μέτρησης, στη μέτρηση δηλαδή της συχνότητας και της έντασης των τελικών επιπτώσεων της στοματικής υγείας, όπως αυτές εκλαμβάνονται από κάθε ασθενή σε ένα χρονικό εύρος 6 μηνών (Tsakos *et. al.* 2001a). Μέσα από τη συγκρότηση οκτώ ή δέκα ερωτήσεων επιχειρείται η προσέγγιση των επιπτώσεων της στοματικής υγείας σε θέματα που αφορούν: α) την κατανάλωση της τροφής, β) την ομιλία (πόσο καθαρά μιλά ο ασθενής), γ) τη στοματική υγιεινή των δοντιών ή της οδοντοστοιχίας του, δ) τον ύπνο, ε) τη χαλάρωση, στ) την αυτοπεποίθηση (ή τη ντροπή) που νιώθει όταν δείχνει τα δόντια του, όταν χαμογελά ή όταν γελά, ζ) τη συναισθηματική του κατάσταση και διάθεση, η) την εργασία και τις δραστηριότητες του (π.χ. τις οικιακές εργασίες), θ) τις κοινωνικές του δραστηριότητες (π.χ. ψώνια, επισκέψεις) και ι) τους κοινωνικούς ρόλους και τις κοινωνικές του συναναστροφές (π.χ.

³⁵ Πιο συγκεκριμένα, έχει εφαρμοστεί σε ποικίλα δείγματα πληθυσμού (ηλικιωμένους, ενήλικες, εφήβους, γενικό πληθυσμό) στη Μεγάλη Βρετανία (Tsakos *et. al.* 2001a, 2001b, 2006· Sheiham *et. al.* 2001), στη Νορβηγία (Astrom *et. al.* 2005, 2006), στην Ελλάδα (Tsakos *et. al.* 2001a, 2001b· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009), στη Βραζιλία (Cortes *et. al.* 2002· Bernabe *et. al.* 2007), στην Ουγκάντα (Astrom & Okullo 2003), στην Τανζανία (Masalu & Astrom 2003· Kida *et. al.* 2006, 2007), στο Ιράν (Dorri *et. al.* 2007), στην Ταϊλάνδη (Adulyanon 1996· Srisilapanan & Sheiham 2001) κ.α.

³⁶ Οι τελικές επιπτώσεις αντιστοιχούν στις κατηγορίες της «αδυναμίας» και της «αναπηρίας» του μοντέλου του Locker και της ταξινόμησης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Tsakos *et. al.* 2001a).

με συγγενείς, φίλους ή γείτονες) (Tsakos *et. al.* 2001a· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009). Οι συγκεκριμένες διαστάσεις αξιολογούνται σε συνάρτηση με τα δημογραφικά (κοινωνικο-οικονομικά) και τα κλινικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού.³⁷

Όπως σχολιάζουν οι Robinson *et. al.* (2003) και Paragiannopoulou *et. al.* (2012), το ερωτηματολόγιο OIDP συσχετίζεται πιο αποτελεσματικά με τις κλινικές μετρήσεις που αφορούν το επίπεδο της στοματικής υγείας, ενώ επίσης φαίνεται πως είναι πιο χρήσιμο, λόγω της δυνατότητάς του να κάνει διάκριση ανάμεσα σε επιμέρους ομάδες ενός υπό έρευνα πληθυσμού, σε σχέση με την καταγραφή (παρουσία ή απουσία) των επιπτώσεων της στοματικής υγείας πάνω τους. Επιπλέον, το σύστημα βαθμολόγησης που χρησιμοποιείται δίνει εγκυρότητα στις απόψεις των ασθενών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αποκλείονται τα εννοιολογικά και τεχνικά σχόλια με βάση τη βιβλιογραφία που αφορά τη γενική υγεία (Tsakos *et. al.* 2001a).

Η κλίμακα OHIP-49 [Oral Health Impact Profile-49] είναι μια αρκετά εύχρηστη και αξιόπιστη κλίμακα μέτρησης, η οποία έχει βασιστεί στην προσέγγιση που επίσης ακολουθήθηκε για τη μέτρηση των επιπτώσεων των γενικότερων υπηρεσιών υγείας πάνω στη λειτουργική και κοινωνική ευεξία των ασθενών (Gilson *et. al.* 1975· Hunt *et. al.* 1986). Αναπτύχθηκε από τους Slade & Spencer (1994a), στόχος των οποίων ήταν η μέτρηση και η καταγραφή των προσωπικών παρατηρήσεων του ίδιου του ασθενή σε θέματα που αφορούν τη δυσλειτουργία, τη δυσφορία και την ανικανότητα που νιώθει με αφορμή όχι τόσο κάποια συγκεκριμένη διαταραχή ή ένα ορισμένο σύνδρομο της στοματικής του κοιλότητας, αλλά τη στοματική του υγεία γενικότερα (Slade 1997a).³⁸ Μάλιστα, είναι ενδιαφέρον ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει ως στόχο την καταγραφή αποκλειστικά των αρνητικών εκφάνσεων της στοματικής υγείας ενός ανθρώπου (Slade 1997a),³⁹ οι οποίες μάλιστα προσεγγίζονται μέσα από τρεις

³⁷ Στην έρευνα των Tsakos *et. al.* (2001a) η αξιολόγηση των επιπτώσεων της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ατόμων, όπως αυτή έγινε με την εφαρμογή του ερωτηματολογίου OIDP, δεν συνοδεύτηκε από τη μελέτη των αντίστοιχων κλινικών δεικτών. Με βάση το σκεπτικό των ερευνητών, οι κλινικοί δείκτες μετρούν την ασθένεια, η οποία είναι μια αμιγώς βιολογική έννοια, ενώ οι υποκειμενικοί δείκτες δίνουν έμφαση στην υγεία, η οποία σχετίζεται κυρίως με την κοινωνιολογία και την ψυχολογία. Η ασθένεια δεν επηρεάζει πάντα αρνητικά τις υποκειμενικές απόψεις των ανθρώπων για την ευεξία και την ποιότητα ζωής τους. Αλλά ακόμα και όταν το κάνει, οι επιπτώσεις της διαμεσολαβούνται και επηρεάζονται από τις προσδοκίες, τις προτιμήσεις, τους υλικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς πόρους και, κυρίως, τις κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες των ατόμων (Locker 1992· Tsakos *et. al.* 2001a).

³⁸ Ο ρόλος του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου ήταν αρχικά συμπληρωματικός των επιδημιολογικών δεικτών των κλινικών ασθενειών που αφορούσαν τη στοματική υγεία. Στόχος του ήταν, δηλαδή, η παροχή πληροφοριών σχετικά με το «αρνητικό φορτίο της ασθένειας» μέσα σε έναν πληθυσμό και με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας σε ό,τι αφορά τη μείωση αυτού του φορτίου (Tugwell *et. al.* 1985).

³⁹ Γενικότερα, οι κλίμακες που εφαρμόζονται για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας μετρούν την ασθένεια και όχι την υγεία (Σταμαδιάνος *et. al.* 2009).

διαστάσεις λειτουργικής κατάστασης: α) τη σωματική, β) την ψυχολογική και γ) την κοινωνική.⁴⁰ Με τον τρόπο αυτό, αποκλείεται η μελέτη των αντιλήψεων των ασθενών όσον αφορά την ικανοποίησή τους για τη στοματική τους υγεία και τις τυχόν αλλαγές που μπορούν να επέλθουν σε αυτή, την πρόγνωση και τη διάγνωση με βάση τις προσωπικές τους παρατηρήσεις (Slade 1997a).

Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου OHIP-49 είχε ως υπόβαθρο το προσαρμοσμένο εννοιολογικό μοντέλο του Locker για τη στοματική υγεία (Locker 1988). Ορίζονται επτά παράμετροι πάνω στη βάση της ιεραρχικής⁴¹ ταξινόμησης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τα πεδία στα οποία μπορούν να καταγραφούν οι επιπτώσεις μιας ασθένειας, οι οποίες ουσιαστικά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου (WHO 1980): α) ο λειτουργικός περιορισμός [functional limitation], π.χ. δυσκολία στη μάσηση, αλλοίωση γεύσης, δυσκολία στη γλωσσική εκφορά κ.λπ., β) ο σωματικός πόνος [physical pain], π.χ. ευαισθησία στα δόντια, πόνος στη στοματική κοιλότητα, δυσκολία κατά τη μάσηση κ.λπ., γ) η ψυχολογική δυσανεξία [psychological discomfort], π.χ. έλλειψη αυτοπεποίθησης, ψυχολογική ένταση, έλλειψης άνεσης κ.λπ., δ) η σωματική αδυναμία [physical disability], π.χ. αλλαγές στη διατροφή, ελλιπής διατροφή, διακοπές γευμάτων κ.λπ., ε) η ψυχολογική δυσκολία [psychological disability], π.χ. μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, κούραση, υπερένταση, ντροπή κ.λπ., στ) η κοινωνική συμπεριφορά [social disability], π.χ. αποφυγή κοινωνικής αλληλεπίδρασης, ευερεθιστότητα, δυσκολία κατά την πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων κ.λπ. και ζ) η αναπηρία [handicap], π.χ. αντιπαραγωγικότητα, μειωμένη ικανοποίηση για τη ζωή, λειτουργική αδυναμία κ.λπ. (Slade & Spencer 1994a· Slade 1997a· U.S. Department of Health and Human Services 2000· Μαστρογεωργοπούλου 2006· Μαστρογεωργοπούλου & Αναστασιάδου 2011· Παραϊοάννου *et. al.* 2011). Είναι ενδιαφέρον ότι οι συγκεκριμένοι άξονες επιπτώσεων, οι οποίοι μάλιστα αναπτύσσονται σε ένα ερωτηματολόγιο απαρτισμένο από 49 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται με βάση τη πενταβάθμια κλίμακα Likert (0 = ποτέ, 1 = σπάνια, 2 = κάπου-κάπου, 3 = αρκετά, 4 = πολύ συχνά), παρουσιάζουν διαπολιτισμική αξιοπιστία και εγκυρότητα. Φαίνεται δηλαδή ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο έχει μεταφραστεί σε αρκετές γλώσσες και χρησιμοποιείται ευρέως σε ποικίλες

⁴⁰ Όπως σημειώνει ο Slade (1997a), οι συγκεκριμένες διαστάσεις αντιπροσωπεύουν τις τέσσερις από τις επτά διαστάσεις της ποιότητας ζωής, όπως προτάθηκαν από τους Patrick & Bergner στη μελέτη τους για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού (Patrick & Bergner 1990).

⁴¹ Για παράδειγμα, η πρώτη διάσταση αφορά εσωτερικά συμπτώματα που παρουσιάζονται αρχικά σε ένα άτομο (πρβ. λειτουργικούς περιορισμούς), ενώ η έβδομη διάσταση αφορά αναπηρίες που επηρεάζουν κοινωνικούς ρόλους όπως είναι αυτός της εργασίας (Slade 1997a).

ομάδες πληθυσμού σε διεθνές επίπεδο, δίνει αξιόπιστα και έγκυρα αποτελέσματα, τα οποία επιτρέπουν και τη μεταξύ τους σύγκριση. Είναι δε ενδιαφέρον ότι τα δεδομένα που συγκεντρώνονται βασίζονται στις αξιολογήσεις των ίδιων των ασθενών για τις επιπτώσεις της στοματικής τους υγείας στην προσωπική και κοινωνική τους ζωή (Locker 1998a).⁴²

Το ερωτηματολόγιο OHIP-14 [Oral Health Impact Profile-14] αποτελεί συντομευμένη μορφή του ερωτηματολογίου OHIP-49. Αναπτύχθηκε από τον Slade (1997b) και θεωρείται ομοίως πολιτισμικά αξιόπιστο και έγκυρο, επιτρέποντας, λόγω ακριβώς της ευρείας χρήσης του σε διεθνές επίπεδο, τη διαπολιτισμική σύγκριση των αποτελεσμάτων.⁴³ Η συγκεκριμένη κλίμακα εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και τις εξατομικευμένες αντικειμενικές τους ανάγκες. Πιο συγκεκριμένα προσεγγίζει τις επιπτώσεις της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής τους μέσα από τον συσχετισμό των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τα κλινικά χαρακτηριστικά τους (Slade 1997b· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009· Μαστρογεωργοπούλου & Αναστασιάδου 2011). Αποτελείται από 14 ερωτήσεις, οι οποίες επίσης καλύπτουν τις επτά διαστάσεις των επιπτώσεων της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής, όπως αυτές έχουν διατυπωθεί στο ερωτηματολόγιο OHIP-49: α) λειτουργικός περιορισμός (functional limitation), β) σωματικός πόνος (physical pain), γ) ψυχολογική δυσανεξία (psychological discomfort), δ) σωματική αδυναμία (physical disability), ε) ψυχολογική δυσκολία (psychological disability), στ) κοινωνική συμπεριφορά (social disability) και ζ) αναπηρία/οι ειδικές δεξιότητες (handicap). Προσεγγίζει μια ποικιλία επιπτώσεων της στοματικής υγείας, όπως αυτές έχουν παρατηρηθεί το τελευταίο δωδεκάμηνο (Slade & Spencer 1994a· Slade 1997a· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009).

Εκτός από το ερωτηματολόγιο OHIP-14, χρησιμοποιείται επίσης και το ερωτηματολόγιο OHIP-EDENT, το οποίο επίσης αποτελεί συντομευμένη και πιο

⁴² Μάλιστα, σημειώνεται ότι η κλίμακα OHIP αποτελεί το πλέον προσαρμοσμένο εργαλείο μέτρησης των επιπτώσεων των προσθετικών εργασιών σε νοδούς ασθενείς (Slade & Spencer 1994a· Awad 2000· Allen *et. al.* 2001b· Allen & Locker 2002).

⁴³ Το ερωτηματολόγιο OHIP-14 έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες (στα εβραϊκά, στα πορτογαλικά, στα ισπανικά, στα γερμανικά, στα γαλλικά, στα κινεζικά, στα σουηδικά, στα ολλανδικά, στα κορεάτικα, στα περσικά, στα ελληνικά κ.λπ.) και έχει εφαρμοστεί σε πληθυσμούς με διαφορετικά κοινωνικά (π.χ. ηλικιωμένους, ενήλικες, εφήβους) και πολιτισμικά χαρακτηριστικά, σε πολλές χώρες, όπως στη Σρι Λάνκα (Ekanayake & Perera 2003, 2004), στη Μαλαισία (Saub *et. al.* 2005), στην Ιαπωνία (Ikebe *et. al.* 2004), στην Κίνα (Wong *et. al.* 2002· Xin & Ling 2006), στην Κορέα (Bae *et. al.* 2007), στη Βραζιλία (Oliveira & Nadanovsky 2005), στη Γερμανία (John *et. al.* 2002, 2006), στην Ολλανδία (Van der Meulen *et. al.* 2008), στη Σουηδία (Larsson *et. al.* 2004· Hagglin *et. al.* 2007· Einarson *et. al.* 2009), στην Ισπανία (Montero-Martín *et. al.* 2009), στην Ελλάδα (Σταμαδιάνος *et. al.* 2009· Μαστρογεωργοπούλου & Αναστασιάδου 2011· Papaioannou *et. al.* 2011· Papaogiannopoulou *et. al.* 2012), αλλά και στη Μεγάλη Βρετανία (Nuttall *et. al.* 2001· Slade *et. al.* 2005), στη Σκωτία (Fernandes *et. al.* 2006), στην Αυστραλία (Slade *et. al.* 2005) κ.α.

εξειδικευμένη εκδοχή του OHIP-49, καθώς αποτελείται από 20 ερωτήσεις, οι οποίες επίσης αφορούν τις επτά προαναφερόμενες διαστάσεις, και απευθύνεται αποκλειστικά σε νωδούς ασθενείς οι οποίοι έχουν δεχθεί προσθετική αποκατάσταση (Slade 1997b· Allen & Locker 2002· Heydecke *et. al.* 2003· Michaud *et. al.* 2012).

2.4 Βιβλιογραφική επισκόπηση αποτελεσμάτων από τη συσχέτιση της στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής

Λαμβάνοντας υπόψη έναν μεγάλο αριθμό ερευνητικών εργασιών σχετικά με τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας, φαίνεται ότι η προσέγγιση των απόψεων των ανθρώπων για τη στοματική υγεία και ευεξία τους είναι άμεσα συνυφασμένη με ποικίλες κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές (ηλικία, φύλο, τόπος κατοικίας, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα) αλλά και κλινικούς δείκτες.

Γενικότερα, θα μπορούσε να σημειωθεί ότι στην πλειονότητα των ερευνών το κλινικό επίπεδο των πληροφορητών (με άλλα λόγια η κακή στοματική τους υγεία, η οποία μπορεί να σχετίζεται με μεγάλης έκτασης απώλεια δοντιών, προβλήματα οδοντικής φθοράς, τερηδόνας, περιοδοντίτιδας κ.λπ.) βρίσκεται σε αντιστοιχία με τις αρνητικές τους απόψεις για την ποιότητα της ζωής τους.^{44,45} Για παράδειγμα, στην έρευνα των Slade & Spencer (1994b) παρατηρήθηκε ότι μεγάλης ηλικίας άτομα, τα οποία αντιμετώπιζαν προβλήματα νωδότητας, καταδείκνυαν κυρίως την αρνητική τους στάση σε θέματα που αφορούσαν τη λειτουργικότητα και τη σωματική δύναμη, σε αντίθεση με εκείνους που είχαν πλήρη οδοντοστοιχία, οι οποίοι δεν έκαναν ιδιαίτερη αναφορά στις συγκεκριμένες κατηγορίες («λειτουργικοί περιορισμοί» και «σωματική αδυναμία» του ερωτηματολογίου OHIP-14). Ομοίως, σε άλλη έρευνά τους οι Slade & Spencer (1995) διαπίστωσαν ότι ασθενείς που είχαν υποστεί απώλεια δοντιών σημείωναν επίσης υψηλά ποσοστά στις επτά κλίμακες του ερωτηματολογίου OHIP-14, σε αντίθεση με εκείνους οι οποίοι είχαν δεχτεί προσθετική αποκατάσταση και δεν μαρτυρούσαν παρόμοιες αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους (Slade & Spencer 1996). Οι Papagiannopoulou *et. al.* (2012) επίσης διαπίστωσαν ότι η κακή στοματική υγιεινή και η παρουσία στοματικών νόσων, όπως είναι η τερηδόνα ή η

⁴⁴ Βλ. ενδεικτικά: Locker & Slade 1994· Slade & Spencer 1994b· Slade & Spencer 1995· Hunt *et. al.* 1995b· Slade *et. al.* 1996a· Papagiannopoulou *et. al.* 2012.

⁴⁵ Αλλά και στην επιδημιολογική μελέτη των Ουλής *et. al.* (2009), παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις αξιολογικές κρίσεις των ατόμων για την κατάσταση της στοματικής τους υγείας με τους δείκτες στοματικής υγείας, όπως αυτοί καταγράφηκαν μέσα από κλινική εξέταση.

απώλεια δοντιών, βρίσκεται σε αντιστοιχία με την καταγραφή υψηλών ποσοστών στις επιμέρους κατηγορίες του ερωτηματολογίου OHIP-14.⁴⁶

Ωστόσο, είναι ενδιαφέρον ότι σε άλλες έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι το κλινικό επίπεδο της στοματικής υγείας του εκάστοτε δείγματος δεν είναι αντίστοιχο και ανάλογο με τις απόψεις του σχετικά με την ποιότητα υγείας του (Tache *et. al.* 1991· Wilson & Cleary 1995· Feine *et. al.* 1998· Robinson *et. al.* 2003· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009). Για παράδειγμα, σε έρευνα των Σταμαδιάνος *et. al.* (2009), ενώ το κλινικό επίπεδο της στοματικής υγείας του δείγματος κινήθηκε σε αρκετά χαμηλά επίπεδα (υψηλά ποσοστά τερηδόνας, περιοδοντίτιδας, μειωμένο ποσοστό προσθετικής αποκατάστασης), το επίπεδο της ποιότητας ζωής, όπως αυτό προσλαμβάνονταν από κάθε άτομο ξεχωριστά, καταγράφηκε ως ικανοποιητικό. Το δεδομένο αυτό θα μπορούσε να υποδηλώνει ότι η σχέση των κλινικών δεικτών (βλάβες, συμπτώματα, λειτουργικοί περιορισμοί) με τους δείκτες που δηλώνουν τις υποκειμενικές αντιλήψεις των ασθενών διαμεσολαβείται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (κοινωνικομορφωτικό υπόβαθρο, αξίες, προσδοκίες, συμπεριφορές, εμπειρίες), οι οποίοι επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών για τη στοματική υγεία και την ποιότητα ζωής τους.

Σε πολλές έρευνες δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι τόσο η έκταση απώλειας των δοντιών⁴⁷ όσο και ο αριθμός των δοντιών που παραμένουν στον φραγμό αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την προσέγγιση του επιπέδου της ποιότητας ζωής του δείγματος. Λαμβάνοντας υπόψη και άλλες σχετικές έρευνες οι οποίες κατέγραψαν το ίδιο αποτέλεσμα (McGrath & Bedi 2002· Kida *et. al.* 2006· Fernandes *et. al.* 2006· Astrom *et. al.* 2006· Σταμαδιάνος *et. al.* 2009· Paragiannopoulou *et. al.* 2012), θα μπορούσε να συναχθεί ότι μια μεγάλης έκτασης οδοντική απώλεια προκαλεί λειτουργικούς περιορισμούς, δυσκολία στη μάσηση, συντελώντας έτσι στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.⁴⁸

⁴⁶ Στη συγκεκριμένη έρευνα σημειώθηκαν υψηλά ποσοστά στις κατηγορίες «λειτουργικοί περιορισμοί» και «ψυχολογική δυσανεξία», ενώ ακολούθησαν οι κατηγορίες «σωματικός πόνος», «αναπηρία», «σωματική αδυναμία», «ψυχολογική δυσκολία» και «κοινωνική συμπεριφορά» (Paragiannopoulou *et. al.* 2012).

⁴⁷ Για παράδειγμα, οι Σταμαδιάνος *et. al.* (2009) παρατηρούν ότι η απώλεια 12 και πλέον δοντιών αποτελεί ένα κομβικό σημείο, το ξεπέρασμα του οποίου έχει επιπτώσεις στη λειτουργικότητα ενός ατόμου. Ομοίως, οι Paragiannopoulou *et. al.* (2012) σημειώνουν ότι η ύπαρξη λιγότερων από 25 δόντια επηρεάζει αρνητικά τις απόψεις των ενηλίκων όσον αφορά τον αντίκτυπο της στοματικής τους υγείας πάνω στην ποιότητα ζωής τους. Οι παραπάνω έρευνες επιβεβαιώνουν την πρότερη έρευνα των McGrath & Bedi (2002), οι οποίοι συνήγαγαν παρόμοια συμπεράσματα.

⁴⁸ Οι ανατομικές συνέπειες της απώλειας των δοντιών είναι σημαντικές, καθώς παρατηρείται απώλεια του οστού και ατροφία της ναδής ακρολοφίας, η οποία συνακόλουθα έχει άλλες δυσμενείς επιπτώσεις

Επιπρόσθετα, η ύπαρξη και το είδος της προσθετικής αποκατάστασης λειτουργούν ως σημαντικές μεταβλητές θετικής ή αρνητικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ενός ασθενή (Awad & Feine 1998· Awad *et. al.* 2003· Thomason *et. al.* 2007· Michaud *et. al.* 2012). Πιο συγκεκριμένα, η ύπαρξη προσθετικής αποκατάστασης (κυρίως η εφαρμογή κινητών προσθετικών εργασιών) δεν λειτουργεί ως παράγοντας θετικής αποτίμησης της ποιότητας ζωής,⁴⁹ σε αντίθεση με την αποκατάσταση με ακίνητες προσθετικές εργασίες ή οδοντικά εμφυτεύματα η οποία φαίνεται ότι δεν επιδεινώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών (Σταμαδιάνος *et. al.* 2009).

Επιπλέον, φαίνεται ότι η συσχέτιση των δεικτών της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της στοματικής υγείας των ασθενών εξαρτάται από την απόσταση που υπάρχει ανάμεσα στον χρόνο ολοκλήρωσης της αποκατάστασης και τον χρόνο πραγματοποίησης της έρευνας, λόγω ενδεχόμενων αλλαγών στην ανατομία της στοματικής κοιλότητας (Thomason *et. al.* 2003· Fenlon & Sherriff 2004). Για παράδειγμα, σε περιπτώσεις ασθενών που έχουν προβεί σε μια εμφυτευματική αποκατάσταση παρατηρείται ότι η πρότερη έλλειψη ικανοποίησης που εκφράζουν όσον αφορά την εφαρμογή επένθετων οδοντοστοιχιών στην κάτω γνάθο διατηρείται και στη συνέχεια, όταν προβαίνουν σε αποκατάσταση της άνω γνάθου με επένθετες επίσης οδοντοστοιχίες (Michaud *et. al.* 2012). Παρομοίως, έχει διαπιστωθεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών για τη θεραπευτική τους αποκατάσταση μειώνεται όσο περνά ο καιρός και δεν αποτελεί πια μια νέα εμπειρία (Awad 2000).

Η παράμετρος του φύλου φαίνεται, επίσης, ότι συσχετίζεται με τον δείκτη ποιότητας ζωής (Inglehart *et. al.* 2002). Η μεταβλητή της ηλικίας παίζει σημαντικό ρόλο σε ό,τι αφορά τη διαμόρφωση των απόψεων ενός πληθυσμού σχετικά με τον βαθμό των επιπτώσεων που κρίνει πως έχει η στοματική του υγεία στην ποιότητα ζωής του. Η

(μείωση πλάτους και ύψους του υποστηρικτικού οστού, πρόσφυση μυών στην κορυφή των ακρολοφιών, ανύψωση ή πρόσθια μετατόπιση της οδοντοστοιχίας, λέπτυνση του βλεννογόνου με ευαισθησία στην τριβή, κάταγμα του σώματος της κάτω γνάθου, πόνος και επώδυνα σημεία κατά τη λειτουργία, κακή αισθητική εμφάνιση του προσώπου κ.λπ.). Αυτού του είδους οι ανατομικές αλλαγές έχουν ως συνέπεια την προβληματική λειτουργία και τη μείωση ζωής των κινητών προσθετικών εργασιών, τη μείωση των συγκλεισιακών δυνάμεων και της μασητικής ικανότητας, τη συνακόλουθη αύξηση χρήσης φαρμάκων για γαστροοισοφαγικές διαταραχές και τη δυσανεξία των ασθενών (Misch 2008a).

⁴⁹ Σύμφωνα με την έρευνα των Σταμαδιάνος *et. al.* (2009), η ποιότητα ζωής των ατόμων που δεν έχουν προβεί σε κάποια μορφή προσθετικής αποκατάστασης, αν και το έχουν ανάγκη, είναι συγκριτικά καλύτερη από εκείνων που φέρουν κινητή προσθετική. Αυτό θα μπορούσε επίσης να συνδυαστεί με τις παρατηρήσεις των Elias & Sheiham (1999), σύμφωνα με τους οποίους η διατήρηση ενός αριθμού δοντιών τα οποία βρίσκονται σε καλή κατάσταση και έχουν καλή κατανομή (σε συγκλεισιακά ζεύγη) αξιολογείται θετικότερα από την αποκατάσταση απολεσθέντων δοντιών με κινητές οδοντοστοιχίες. Άλλες έρευνες, ωστόσο, υποστηρίζουν ότι ασθενείς με σημαντική απώλεια δοντιών, οι οποίοι δεν έχουν προβεί σε αποκατάσταση με κινητή οδοντοστοιχία, αξιολογούν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους (Mc Grath & Bedi 2001).

κυρίαρχη τάση φαίνεται πως είναι ότι όσο μεγαλύτερος σε ηλικία είναι ένας άνθρωπος, τόσο μεγαλύτερος πιστεύει πως είναι και ο βαθμός των επιπτώσεων που έχει η (συνήθως κακή) στοματική του υγεία στην ποιότητα ζωής του. Η ηλικία δηλαδή φαίνεται ότι συσχετίζεται θετικά με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου OHIP-14 (αλλά και του OIDP), επιδρώντας όμως μέσω του επιπέδου της στοματικής υγείας (John *et. al.* 2004). Όπως αναφέρουν οι Σταμαδιάνος *et. al.* (2009), στον βαθμό που η στοματική υγεία δεν επιδεινώνεται με την αύξηση της ηλικίας, αυτή από μόνη της δεν συσχετίζεται θετικά με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου OHIP-14.

Σε έρευνα των Slade & Spencer (1994b), στην οποία το δείγμα αποτελείτο από ηλικιωμένους ενήλικες, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα στην κλινική κατάσταση των πληροφορητών, οι οποίοι αντιμετώπιζαν προβλήματα νωδότητας, και τις επιπτώσεις της στη λειτουργικότητα, τη σωματική τους δύναμη και την παρουσία φυσικού πόνου.⁵⁰ Επίσης, σε μακροπρόθεσμο επίπεδο έχει παρατηρηθεί ότι τα ποσοστά που σημειώνουν πληροφορητές προχωρημένης ηλικίας στις επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου OHIP-14 παραμένουν σταθερά (Slade & Locker 1993· Hunt & Slade 1995· Slade & Spencer 1995). Ωστόσο, σε άλλες έρευνες σχετικά με την αξιολόγηση των εμφυτευμάτων, τόσο σε βραχυπρόθεσμο όσο και σε μακροπρόθεσμο επίπεδο, οι προχωρημένης ηλικίας ασθενείς φαίνεται ότι εκφράζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ικανοποίησή τους για συγκεκριμένες παραμέτρους της στοματικής τους υγείας και της ποιότητας ζωής τους σε σύγκριση με ασθενείς νεότερης ηλικίας (Schropp & Isidor 2008· Φραγκίσκος 2014). Σε έρευνα των Παραϊοάννου *et. al.* (2011), το δείγμα της οποίας κάλυπτε την ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών, καταγράφηκαν εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά όσον αφορά τις κατηγορίες του ερωτηματολογίου OHIP-14, οι οποίες αφορούσαν θέματα λειτουργικότητας, αναπηρίας, πόνου και ψυχολογικής κατάστασης.⁵¹ Τα παραπάνω δεδομένα θα μπορούσαν να υποδηλώνουν ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι παράγοντες που συντελούν στην αύξηση των ποσοστών στις επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου OHIP-14 σχετίζονται κυρίως με στοματικές νόσους όπως είναι η περιοδοντίτιδα και η απώλεια δοντιών, οι οποίες απαντούν κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες (Parker & Jamieson 2010).

Είναι ενδιαφέρον ότι σε πολλές έρευνες παρατηρείται επίσης ότι οι αντιλήψεις (θετικές ή αρνητικές) των ατόμων για το επίπεδο της στοματικής τους υγείας αλλά και

⁵⁰ Σημειώθηκαν, με άλλα λόγια, υψηλά ποσοστά στις κατηγορίες «λειτουργικοί περιορισμοί», «αναπηρία» και «σωματικός πόνος» στο ερωτηματολόγιο OHIP-14 (Slade & Spencer 1994b).

⁵¹ Ωστόσο, οι πληροφορητές κατέδειξαν κυρίως τις κατηγορίες «λειτουργικοί περιορισμοί», «αναπηρία», «σωματικός πόνος» και «ψυχολογική δυσανεξία» (Παραϊοάννου *et. al.* 2011).

οι ατομικές τους αξιολογήσεις (θετικές ή αρνητικές) ως προς αυτό το θέμα είναι ανάλογες με τα ποσοστά (υψηλά ή χαμηλά, αντίστοιχα) που καταλαμβάνουν οι επιμέρους κατηγορίες του ερωτηματολογίου OHIP-14 (McGrath & Bedi 2002· Παραϊοαννου *et. al.* 2011· Παραγιαννοπούλου *et. al.* 2012). Για παράδειγμα, στο ερευνητικό δείγμα το οποίο κάλυπτε την ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών, οι Παραϊοαννου *et. al.* (2011) παρατήρησαν ότι η εκπεφρασμένη αρνητική στάση απέναντι στο επίπεδο της στοματικής του υγείας (η οποία μάλιστα συγκρινόταν με τη στοματική υγεία άλλων συνομηλίκων) ήταν ανάλογη των υψηλών ποσοστών που καταγράφονταν για τις επιμέρους κατηγορίες του ερωτηματολογίου OHIP-14. Ομοίως, οι Παραγιαννοπούλου *et. al.* (2012) παρατήρησαν ότι στο ερευνητικό τους δείγμα (το οποίο είχε μέσο όρο ηλικία τα 53 έτη) υπήρχε αναλογία ανάμεσα στις αρνητικές αντιλήψεις και την έλλειψη ικανοποίησης για τη στοματική του υγεία με τα συνολικά και επιμέρους ποσοστά των κατηγοριών του ερωτηματολογίου OHIP-14. Επίσης, φαίνεται ότι πέρα από το ίδιο το επίπεδο της στοματικής υγείας, όπως αυτό καταγράφεται κλινικά και γίνεται αντιληπτό από τον ίδιο τον ασθενή, η γενικότερη αισιόδοξη στάση των νεότερων ηλικιών απέναντι στα προβλήματα, συνεπώς η τάση τους να παραβλέπουν ή σσονος σημασίας στοματικά προβλήματα, αποτελεί έναν παράγοντα που επίσης επηρεάζει τις απόψεις τους σχετικά με την ποιότητα ζωής τους υπό το πρίσμα της στοματικής τους υγείας (Παραϊοαννου *et. al.* 2011).

Η παράμετρος που σχετίζεται με τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες μιας περιοχής (αστικό – αγροτικό ή μη αστικό περιβάλλον) επηρεάζει, επίσης, τις απόψεις αλλά και την ίδια τη στάση των ανθρώπων απέναντι στη στοματική υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των Παραϊοαννου *et. al.* (2011), οι κάτοικοι των αστικών κέντρων (π.χ. της Αθήνας) σημειώνουν μεγαλύτερα ποσοστά στις κατηγορίες «αναπηρία» και «ψυχολογική δυσανεξία», παρόλο που παράλληλα καταγράφονται χαμηλά ποσοστά ως προς τον επιδημιολογικό δείκτη DMFT (κυρίως ως προς την απώλεια δοντιών). Αντίθετα, οι κάτοικοι των αγροτικών – μη αστικών περιοχών, ενώ παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ως προς τον παραπάνω επιδημιολογικό δείκτη (κυρίως ως προς την απώλεια δοντιών και την τερηδόνα), σημειώνουν χαμηλά ποσοστά στις προαναφερόμενες κατηγορίες του ερωτηματολογίου OHIP-14. Οι Παραγιαννοπούλου *et. al.* (2012) επίσης παρατήρησαν ότι δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις προσλαμβανόμενες επιπτώσεις που έχει η στοματική υγεία στην ποιότητα ζωής ατόμων που ζουν σε δύο διαφορετικές γεωγραφικά πόλεις (Αθήνα-

Θεσσαλονίκη), οι οποίες ωστόσο έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά ως αστικά περιβάλλοντα.

Επιπρόσθετα, οι μεταβλητές που σχετίζονται με το κοινωνικό και οικονομικό στάτους αλλά και το επίπεδο μόρφωσης των πληροφορητών φαίνεται πως παίζουν ρόλο στην προσέγγιση της σχέσης της στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής. Για παράδειγμα, στις έρευνές τους οι Slade & Spencer (1994b), Hunt *et. al.* (1995b) και Slade *et. al.* (1996a, 1996b) διαπίστωσαν ότι άτομα που ανήκαν σε κοινωνικές μειονότητες και οικονομικά δυσπραγείς ομάδες, με αποτέλεσμα να μην επισκέπτονται συχνά ή άλλες φορές να μην έχουν το κίνητρο για να επισκεφθούν τον οδοντίατρό τους, σημείωναν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά στις επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου OHIP-49. Ομοίως, στην έρευνα των Παραϊοαννου *et. al.* (2011) τα άτομα τα οποία είχαν ανώτερη μόρφωση σημείωναν μικρότερα ποσοστά στις κατηγορίες του ερωτηματολογίου OHIP-14.

2.5 Βιβλιογραφική επισκόπηση αποτελεσμάτων από τη συσχέτιση της αποκατάστασης της μερικής ή της ολικής νωδότητας με την ποιότητα ζωής των ασθενών

2.5.1 Αποκατάσταση μερικής ή ολικής νωδότητας και ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, το ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ολικής νωδότητας έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό, ενώ υπολογίζεται ότι τα επόμενα χρόνια θα αυξηθεί ακόμα περισσότερο (Μαστρογεωργοπούλου 2006· Misch 2008a). Μάλιστα, η συγκεκριμένη στοματική νόσος πλήττει κυρίως τους μεγαλύτερους σε ηλικία ανθρώπους, κυρίως αυτούς που είναι άνω των 65 ετών (WHO 2003· Nishimura & Garrett 2004· Μαστρογεωργοπούλου 2006). Όπως αναφέρουν οι Redford *et. al.* (1996) και Allen & McMillan (2003a, 2003b), η ολική νωδότητα αποτελεί μια χρόνια κατάσταση, η αντιμετώπιση της οποίας σε πολλές περιπτώσεις καθίσταται δύσκολη όχι μόνο εξαιτίας της μεγάλης ηλικίας των ασθενών, αλλά και λόγω άλλων παραγόντων που επίσης δυσχεραίνουν τη θετική έκβαση της θεραπείας (π.χ. παρουσία άλλων χρόνιων νόσων, ανεπιθύμητες ενέργειες από τυχόν φαρμακευτική αγωγή, φυσιολογική εξασθένηση του οργανισμού). Ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, οι κλινικές έρευνες έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στο συγκεκριμένο ζήτημα, καταδεικνύοντας ότι η μείωση της ικανότητας μάσησης της τροφής είναι άμεσα

συνυφασμένη με τον αριθμό των δοντιών που έχει ένας άνθρωπος, ακόμα κι αν αυτός φορά τεχνητή οδοντοστοιχία (Helkimo *et. al.* 1978· Feldman *et. al.* 1980· Carlsson 1984).

Οι προτεινόμενες θεραπευτικές επιλογές για την αποκατάσταση της μερικής ή της ολικής νωδότητας είναι τόσο οι συμβατικές ολικές οδοντοστοιχίες όσο και οι επένθετες και οι επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες (Μαστρογεωργοπούλου 2006), οι οποίες αποτελούν είτε ακίνητες προσθετικές εργασίες οι οποίες στηρίζονται αποκλειστικά σε εμφυτεύματα (ή ακόμα και σε συνδυασμό εμφυτευμάτων και φυσικών δοντιών), είτε συνδυασμένες αποκαταστάσεις, είτε κινητές επένθετες οδοντοστοιχίες (Koeck & Wagner 2004· Φραγκίσκος 2014).

Σε πολλές κλινικές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η συνειδητοποίηση της ανάγκης για αποκατάσταση αλλά και η επιλογή του είδους της θεραπείας που ακολουθείται δεν εξαρτάται από την αντίληψη και τις υποκειμενικές ανάγκες του ίδιου του ασθενή (Reisine & Bailit 1980· Rosenoer & Sheiham 1995). Για παράδειγμα, η επιλογή ενός ασθενή προκειμένου να προχωρήσει σε τοποθέτηση εμφυτευμάτων εξαρτάται από την προσεκτική μελέτη του ιατρικού ιστορικού του, από την κλινική και ακτινολογική εξέτάσή του, καθώς επίσης και τον ενδελεχή προεγχειρητικό έλεγχο του από την πλευρά του εμφυτευματολόγου. Τα αποτελέσματα αυτών των εξετάσεων προσδιορίζουν τους παράγοντες που αποτελούν ενδείξεις για τη διενέργεια της εμφυτευματικής διαδικασίας (Φραγκίσκος 2014).⁵² Ωστόσο, θεωρείται πλέον δεδομένο ότι οι οδοντίατροι οφείλουν επίσης να έχουν επίγνωση και να λαμβάνουν, εντέλει, υπόψη τις υποκειμενικές ανάγκες, τις εμπειρίες, τις προσδοκίες και τις στάσεις των ασθενών τους απέναντι στην κατάσταση της στοματικής τους υγείας, καθώς επίσης και την επίδραση και το όφελος της τελευταίας στην καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής τους (Cushing *et. al.* 1986· Reisine *et. al.* 1989· Feine *et. al.* 1998· Koeck & Wagner 2004· Misch 2008b). Και αυτό γιατί η ίδια η στάση τους απέναντι στο θεραπευτικό σχέδιο που τους προτείνεται, αλλά και η ουσιαστική συμβολή τους στην επιλογή εκείνου του σχεδίου που περισσότερο τους ικανοποιεί (σε περίπτωση που υπάρχουν περισσότερα του ενός εναλλακτικά σχέδια) καθορίζει και την επιτυχία της θεραπείας (Feine *et. al.* 1998). Οι ασθενείς αποτελούν τους επαρκέστερους κριτές των

⁵² Μέσα από τη συγκεκριμένη διαδικασία, οι ασθενείς κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες: α) σε εκείνους που μπορούν να υποβληθούν σε επέμβαση τοποθέτησης εμφυτευμάτων, εφόσον δεν υπάρχουν τοπικές αντενδείξεις, β) σε εκείνους που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας, η αντιμετώπιση του οποίου αποτελεί προϋπόθεση για να ακολουθήσει η εμφυτευματική επέμβαση, και γ) σε εκείνους που η γενική τους κατάσταση ή η φαρμακευτική τους αγωγή δεν επιτρέπει την πραγματοποίηση της επέμβασης (Φραγκίσκος 2014).

παραγόντων που καθορίζουν τόσο τον βαθμό βελτίωσης που επιθυμούν όσο και το αποτέλεσμα της θεραπείας, προκειμένου να βελτιωθεί στη συνέχεια και η ποιότητα ζωής τους. Συνεπώς οι κλινικοί οδοντίατροι οφείλουν να παρέχουν στον ασθενή ένα κατά το δυνατόν λογικό και οικονομικό θεραπευτικό σχέδιο, το οποίο θα ικανοποιεί όχι μόνο τις ανατομικές του ανάγκες, αλλά και τις προσωπικές του επιθυμίες (MacKeigan & Pathak 1992· Kaplan *et. al.* 1993· Guyatt & Cook 1994· Feine *et. al.* 1998· Misch 2008b).

2.5.2 Αξιολόγηση των συμβατικών οδοντοστοιχιών σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών

Η (συχνή) χρήση των συμβατικών ολικών οδοντοστοιχιών σχετίζεται κυρίως με το γεγονός ότι αποτελεί μια οικονομικά προσιτή λύση για έναν ασθενή που αντιμετωπίζει πρόβλημα νωδότητας και θέλει να αποφύγει τη χειρουργική επιβάρυνση ή τους ενδεχόμενους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν μετά την εμφυτευματική διαδικασία (Koeck & Wagner 2004). Κρίνεται ως μια συμβατή με την υγεία του ασθενή θεραπεία, η οποία μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα (Μαστρογεωργοπούλου 2006),⁵³ κυρίως όμως σε άτομα που έχουν προσαρμοστεί σε προσθετικές εργασίες (Allen *et. al.* 2001b). Γενικότερα, σχολιάζεται θετικά το θέμα της υγιεινής και της ευκολίας που παρέχουν στους χρήστες τους κατά τον καθαρισμό τους, καθώς επίσης και η αισθητική τους (Garrett *et. al.* 1996· Naert *et. al.* 1998· De Albuquerque *et. al.* 2000· Misch 2008a).

Ωστόσο, τα παραπάνω δεν συμβαδίζουν πάντα με την πραγματική εκτίμηση που έχουν οι ασθενείς για τη στοματική τους υγεία, αλλά και με τις προσδοκίες και τις ουσιαστικές απαιτήσεις που έχουν από την εφαρμογή της συγκεκριμένης θεραπείας. Αυτές αφορούν την πλήρωση κριτηρίων όπως είναι η δυνατότητα μάσησης και ομιλίας, η σταθερότητα και η άνεση που θέλει νιώθει ο ασθενής όσο τη φέρει, αλλά και η προληπτική δομική διατήρηση μέσω της λειτουργικής φόρτισης (Koeck & Wagner 2004· Μαστρογεωργοπούλου 2006· Misch 2008a· Harris *et. al.* 2011). Σε κλινικό επίπεδο, παρατηρείται ότι η αποκατάσταση με ολικές κινητές οδοντοστοιχίες προκαλεί:

⁵³ Στην έρευνα της Μαστρογεωργοπούλου (2006) σχετικά με την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών στοματικής υγείας ασθενών με ολικές οδοντοστοιχίες διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη νωδότητας και η εφαρμογή ολικών οδοντοστοιχιών δεν επηρεάζει αρνητικά τη στοματική υγεία και συνακόλουθα την ποιότητα ζωής των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, στους πληροφορητές που σημείωσαν χαμηλά ποσοστά στο ερωτηματολόγιο OHIP-14 (συνεπώς η ποιότητα ζωής τους χαρακτηρίστηκε ως υψηλή) αλλά και σε αυτούς που σημείωσαν υψηλά ποσοστά (συνεπώς η ποιότητα ζωής τους χαρακτηρίστηκε ως χαμηλή) δεν καταγράφηκε συσχέτιση του αποτελέσματος με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, χρόνος νωδότητας) αλλά και τα χαρακτηριστικά των οδοντοστοιχιών τους (ηλικία και χρόνος χρήσης της).

α) μείωση των συγκλεισιακών δυνάμεων και της μασητικής ικανότητας, β) μειωμένη πρόσληψη τροφών πλούσιων σε ίνες, γ) μειωμένη απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών, δ) πρόκληση γαστροοισοφαγικών και εντερικών προβλημάτων και ε) μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης (Misch 2008a). Με βάση τα παραπάνω, θα μπορούσε να λεχθεί ότι η προσθετική αποκατάσταση με κινητές οδοντοστοιχίες αποτελεί ένα κρίσιμο στάδιο για τη στοματική λειτουργία και την ψυχοκοινωνική ευεξία ενός ατόμου (Σταμαδιάνος *et. al.* 2009). Επιπλέον, και οι μερικές κινητές οδοντοστοιχίες, οι οποίες στηρίζονται σε μαλακούς ιστούς, δεν αποτελούν προσθετικές εργασίες που είναι ευρύτερα αποδεκτές από τους ασθενείς, καθώς παρουσιάζουν προβλήματα κατά τη χρήση, ενώ υπονομεύουν την υγεία των εναπομείναντων δοντιών και των παρακείμενων μαλακών μορίων (Misch 2008a). Μάλιστα, σύμφωνα με αρκετές κλινικές έρευνες, καταγράφονται επιπλοκές, όπως: α) κινητικότητα των δοντιών που λειτουργούν ως στηρίγματα για τις μερικές οδοντοστοιχίες, β) δημιουργία πλάκας, γ) αιμορραγία, δ) πρόκληση τερηδόνας και ε) οστική απώλεια στις νωδές περιοχές (Misch 2008a).

Σε πολλές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι ενώ οι ασθενείς με συμβατικές ολικές οδοντοστοιχίες στην κάτω γνάθο δηλώνουν ότι τις φορούν σε κάθε κοινωνική περίσταση, αντιμετωπίζουν ωστόσο προβλήματα με τις βασικές λειτουργίες της στοματικής κοιλότητας, λόγω ακριβώς των μειονεκτημάτων που παρουσιάζουν σε ό,τι αφορά τη συγκράτηση και τη σταθερότητά τους. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα ολικής νωδότητας αξιολογούν αρνητικά τις συμβατικές προσθετικές αποκαταστάσεις της κάτω γνάθου, καθώς η ανατομική κατάσταση της άνω γνάθου επιτρέπει κάλλιστα την αποτελεσματική εφαρμογή κινητών συμβατικών προσθετικών αποκαταστάσεων (De Albuquerque *et. al.* 2000). Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η μασητική λειτουργία των ατόμων που φέρουν συμβατικές οδοντοστοιχίες δεν μπορεί να ταυτιστεί με τη μασητική λειτουργία οδοντιατρικά υγιών ατόμων (Fontijn-Tekamp *et. al.* 2000).

Γενικότερα, τα προαναφερθέντα προβλήματα που αφορούν τις συμβατικές ολικές οδοντοστοιχίες άπτονται και της ψυχολογίας των ασθενών, οι οποίοι δηλώνουν ότι: α) δεν νιώθουν αυτοπεποίθηση κατά την ομιλία,⁵⁴ β) αδυνατούν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις δραστηριότητές τους, γ) επηρεάζονται ψυχολογικά (κάτι που

⁵⁴ Στην έρευνα του Al-Makki (2006) ένα ποσοστό ασθενών το οποίο φορούσε συμβατικές ολικές οδοντοστοιχίες αναγκαζόταν να τις αφαιρέσει, καθώς δυσκολευόταν να μασήσει, να τεμαχίσει ή να καταπιεί την τροφή, ακόμα και να μιλήσει, νιώθοντας δυσφορία και δυσκολία προσαρμογής.

μπορεί να προκαλέσει ακόμα και νεύρωση), δ) νιώθουν άγχος και αμηχανία κατά τις κοινωνικές τους επαφές (ειδικά σε ό,τι αφορά τις νέες γνωριμίες και τις προσωπικές σχέσεις), και γενικότερα ε) η κοινωνική και προσωπική τους ζωή επηρεάζεται αρνητικά (Witter *et. al.* 1989· Van Waas 1990· Van der Bilt *et. al.* 1994· Garrett *et. al.* 1996· Geertman *et. al.* 1996a· Van Kampen *et. al.* 2004· Al-Makki 2006· Misch 2008a). Τα παραπάνω δεδομένα καταδεικνύουν ότι η συγκεκριμένη θεραπεία επηρεάζει, σε μικρό ή μεγαλύτερο βαθμό, την καθημερινή ζωή ενός ασθενή, προκαλώντας του ποικίλης έκτασης δυσφορία (Al-Makki 2006) και επηρεάζοντας, εντέλει, την ποιότητα ζωής του.

Πέρα όμως από την αξιολόγηση των συμβατικών ολικών οδοντοστοιχιών, φαίνεται ότι και η αποκατάσταση ενός ελλείποντος δοντιού με την εφαρμογή ακίνητης γέφυρας παρουσιάζει πλεονεκτήματα αλλά και προβλήματα. Η συγκεκριμένη προσθετική εργασία αποκαθιστά ικανοποιητικά τη μορφολογία, την άνεση, την αισθητική, την ομιλία και την υγεία του ασθενή (Misch 2008a). Ωστόσο, η γέφυρα έχει περιορισμένη διάρκεια αντοχής όσον αφορά την κατασκευή αλλά και τα παρακείμενα δόντια, που αποτελούν τα στηρίγματά της. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, για να μπορέσει να στηριχτεί η γέφυρα, πρέπει να παρασκευαστούν (να σφραγιστούν) τα παρακείμενα δόντια (συνεπώς αφαιρούνται οι υγιείς οδοντικοί ιστοί), με αποτέλεσμα να γίνονται επιρρεπή στην ανάπτυξη ενδοοδοντικών προβλημάτων, βακτηριακής πλάκας, τερηδόνας και περιοδοντίτιδας.⁵⁵ Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις, επειδή χάνεται ένα από τα στηρίγματά της, απαιτείται η επέκταση της γέφυρας, συνεπώς η παρασκευή και άλλου υγιούς φυσικού δοντιού (Misch 2008a· American Academy of Cosmetic Dentistry 2014). Παρόλο, λοιπόν, που αυτού του είδους η αποκατάσταση κρίνεται ως επιτυχής, καθώς ανταποκρίνεται στα λειτουργικά, αισθητικά και οικονομικά κριτήρια ενός ασθενή, οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της στη στοματική υγεία του ασθενή είναι αμιγώς αρνητικές.

Γενικότερα, σε ό,τι αφορά τα αποτελέσματα ερωτηματολογίων που σχετίζονται με τη διερεύνηση της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής των ασθενών, σημειώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των ασθενών που φέρουν συμβατικές ολικές οδοντοστοιχίες και εκείνων που έχουν οδοντοστοιχίες οι οποίες στηρίζονται σε εμφυτεύματα, με τους τελευταίους να εκφράζουν ρητά τη θετική τους στάση και ικανοποίηση σχετικά με τις επιπτώσεις της αποκατάστασης στην ποιότητα ζωής τους (Raghoobar *et. al.* 2000· Harris *et. al.* 2011). Επιπλέον, ο χρόνος της

⁵⁵ Αυτό, επίσης, σχετίζεται και με το γεγονός ότι ο καθαρισμός της περιοχής όπου βρίσκεται η γέφυρα δεν είναι εύκολος (Misch 2008a).

νωδότητας αλλά και η ηλικία της οδοντοστοιχίας (συνεπώς και το ενδεχόμενο αντικατάστασής της με νέα) αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με τη θετική ή αρνητική αποτίμηση της ποιότητας ζωής ενός ασθενή (Van Waas 1990· Μαστρογεωργοπούλου 2006). Επίσης, ο παράγοντας του φύλου αποτελεί μια παράμετρο που σχετίζεται με την έκφραση ικανοποίησης προς τη συγκεκριμένη θεραπεία, με τις γυναίκες να εκφράζουν ευκολότερα την αρνητική τους στάση όσον αφορά τη συσχέτιση της χρήσης συμβατικών οδοντοστοιχιών με την ποιότητα ζωής τους (Μαστρογεωργοπούλου 2006).

2.5.3 Αξιολόγηση των εμφυτευματικών αποκαταστάσεων σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών

Η χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων είναι ευρύτατα διαδεδομένη, καθώς έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί ένα είδος θεραπείας το οποίο ανταποκρίνεται όχι μόνο στο κριτήριο της λειτουργικότητας που πρέπει να έχει μια προσθετική εργασία, αλλά και στα κριτήρια της αισθητικής, της πρόληψης⁵⁶ και της προστασίας της λειτουργίας και της δομής των υπαρχόντων φυσικών δοντιών και των φατνιακών αποφύσεων (Levi 2001· Koeck & Wagner 2004). Η συγκεκριμένη μέθοδος ανταποκρίνεται στις ανάγκες όχι μόνο εκείνων των ασθενών των οποίων η κατάσταση της στοματικής τους υγείας δεν δύναται να αντιμετωπιστεί με άλλο τρόπο παρά μόνο μέσω των εμφυτευμάτων, αλλά και εκείνων των ασθενών που, ενώ η συμβατική αποκατάσταση αποτελεί μια επιλογή, φαίνεται πως η εμφυτευματική αποκατάσταση έχει λειτουργικά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με τις συμβατικές οδοντοστοιχίες. Επιπλέον, φαίνεται ότι η εμφυτευματική μέθοδος μπορεί να πετύχει λειτουργικά πλεονεκτήματα ακόμα και σε περιπτώσεις ασθενών των οποίων η στοματική υγεία παρουσιάζει ιδιαίτερα τοπικά ευρήματα κ.λπ. (Koeck & Wagner 2004). Βέβαια, διατυπώνεται η άποψη ότι η επιτυχία προσθετικών εργασιών με εμφυτεύματα εξαρτάται από τον βαθμό που ο οδοντίατρος λαμβάνει υπόψη του τις διαθέσεις, τις επιθυμίες και τις προσδοκίες του εκάστοτε ασθενή του (Feine *et. al.* 1998· Misch 2008a).

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητικών εργασιών έχει δώσει έμφαση στην αξιολόγηση της αποκατάστασης της ολικής (και σπανιότερα της μερικής) νωδότητας των ασθενών

⁵⁶ Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί ότι η δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη η οποία επιτυγχάνεται με τη βοήθεια των εμφυτευμάτων αποτελούν σημαντικές παραμέτρους για τη συγκριτική αξιολόγηση των ενδείξεων σε σχέση με τις συμβατικές αποκαταστάσεις (Koeck & Wagner 2004).

μέσω προσθετικών αποκαταστάσεων που στηρίζονται σε εμφυτεύματα (Strassburger *et. al.* 2006).⁵⁷ Όσον αφορά την αποκατάσταση της μερικής νωδότητας, καταγράφεται η θετική αξιολόγηση και η ικανοποίηση των ασθενών που έχουν προβεί σε αποκατάσταση μονήρων δοντιών, κυρίως σε ό,τι έχει να κάνει με το αισθητικό αποτέλεσμα (Chang *et. al.* 1999). Ωστόσο, για περιπτώσεις εφαρμογής ακίνητων μερικών οδοντοστοιχιών στηριγμένων σε εμφυτεύματα, οι αναφορές σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών είναι σπάνιες (De Bruyn *et. al.* 1997). Στην έρευνα των Pjetursson *et. al.* (2005), η οποία επίσης αφορά τη διερεύνηση της ικανοποίησης μερικώς νωδών ασθενών που έχουν προβεί σε εμφυτευματική αποκατάσταση, σημειώθηκε η θετική τους αξιολόγηση (σε μακροπρόθεσμο επίπεδο) όσον αφορά την ικανότητα μάσησης, τη φώνηση, την αισθητική και την υγιεινή. Οι ασθενείς προσαρμόστηκαν άμεσα στις λειτουργίες του στοματογναθικού τους συστήματος, δηλώνοντας ότι δεν αντιλαμβάνονταν κάποια διαφορά ανάμεσα στα φυσικά τους δόντια ή τα εμφυτεύματα, είτε αυτό αφορούσε τη λειτουργία της μάσησης είτε τη στοματική υγιεινή.

Αυτό που παρατηρείται είναι ότι η πλειονότητα των ολικά νωδών ασθενών που έχουν υποβληθεί σε κάποιο είδος εμφυτευματικής αποκατάστασης εκφράζει την ικανοποίησή της για το θεραπευτικό σχέδιο που έχει εφαρμοστεί, είτε πρόκειται για εμφυτευματικά επένθετες οδοντοστοιχίες είτε για ακίνητες επιεμφυτευματικές προσθετικές εργασίες (Pjetursson *et. al.* 2005). Μάλιστα, τα οδοντικά εμφυτεύματα και οι ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις αποτελούν (σε σύγκριση με τις κινητές προσθετικές αποκαταστάσεις) παράγοντες θετικής αποτίμησης της ποιότητας ζωής των ασθενών (Σταμαδιάνος *et. al.* 2009). Η θετική αξιολόγηση των ασθενών αφορά ποικίλες παραμέτρους, όπως είναι η αισθητική (εμφάνιση της εμφυτευματικής αποκατάστασης, π.χ. όταν χαμογελούν ή σε σύγκριση με τα φυσικά τους δόντια), η σταθερότητα, η σύγκλειση, η λειτουργικότητα (μασητική δύναμη και απόδοση⁵⁸, ομιλία, άνεση),⁵⁹ η υγιεινή (δυνατότητα καθαρισμού, δροσερή αναπνοή, επίπεδο υγείας της περιοχής γύρω από τα εμφυτεύματα), η προσαρμογή και η ικανοποίηση για το σύνολο της εμφυτευματικής διαδικασίας (Carlson & Carlsson 1994· Locker 1998b·

⁵⁷ Βέβαια, σημειώνεται ότι η συγκεκριμένη αξιολογική έκφραση δεν μελετάται όσο θα έπρεπε (Den Hartog *et. al.* 2008).

⁵⁸ Μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου αποκατάστασης επιτυγχάνεται η μέγιστη μασητική δύναμη, αυξάνεται η μασητική απόδοση των ασθενών (η δυνατότητα τεμαχισμού της τροφής), εναρμονίζονται τα μασητικά επίπεδα και, εντέλει, βελτιώνεται η ποιότητα ζωής τους (Φραγκίσκος 2014).

⁵⁹ Όπως σημειώνεται στο Misch (2008a), με τη χρήση των εμφυτευμάτων τα δόντια τοποθετούνται εκεί όπου η αισθητική και η φώνηση υπαγορεύουν, και όχι απλά σε μια ουδέτερη ζώνη όπως γίνεται με τις συμβατικές προσθετικές εργασίες.

Chang *et. al.* 1999· Ericsson *et. al.* 2000· Levi 2001· Kan *et. al.* 2003· Larking 2004· Gotfredsen 2004· Meijndert *et. al.* 2007· De Rouck *et. al.* 2008· Schropp & Isidor 2008· Misch 2008a, 2008b· Awad *et. al.* 2012· Φραγκίσκος 2014). Μάλιστα, η ικανοποίησή τους φαίνεται να είναι σταθερή τόσο σε βραχυπρόθεσμο όσο και σε μακροπρόθεσμο επίπεδο (Schropp & Isidor 2008).^{60,61} Άλλες έρευνες, ωστόσο, σημειώνουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών δεν βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο όσο μεγαλώνει η απόσταση ανάμεσα στον χρόνο ολοκλήρωσης της θεραπευτικής αποκατάστασης και τον χρόνο πραγματοποίησης της έρευνας (Awad 2000· Thomason *et. al.* 2003· Fenlon & Sherriff 2004· Michaud *et. al.* 2012).

Ειδικά για τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς (άνω των 60 ετών), έχει διαπιστωθεί ότι τα οδοντικά εμφυτεύματα συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής τους (Φραγκίσκος 2014).⁶² Είναι δε ενδιαφέρον ότι σε μακροπρόθεσμο επίπεδο, οι προχωρημένης ηλικίας ασθενείς προσαρμόζονται ουσιαστικότερα στο σύνολο της εμφυτευματικής αποκατάστασης, αξιολογώντας θετικά τη γενικότερη εμφάνιση της στεφάνης και έχοντας μεγαλύτερη άνεση κατά τον καθαρισμό της σε σύγκριση με τους νεότερους σε ηλικία (Schropp & Isidor 2008). Βέβαια, άλλες έρευνες διαπιστώνουν ότι μεταβλητές όπως είναι η ηλικία, το φύλο,⁶³ η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα⁶⁴ ή ακόμη και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του εμφυτεύματος (τύπος, μήκος, διάμετρος),⁶⁵ ψυχολογικές διαταραχές ή εθισμοί (π.χ. κάπνισμα) δεν αποτελούν στοιχεία που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση

⁶⁰ Σε μακροπρόθεσμο επίπεδο (μετά την παρέλευση 5 χρόνων από την πραγματοποίηση της εμφυτευματικής αποκατάστασης) σημειώθηκαν χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης μόνο στο θέμα της προσαρμογής και της στοματικής υγιεινής (Schropp & Isidor 2008).

⁶¹ Μάλιστα, στην έρευνά της η Levi (2001) κατέγραψε επίσης την ικανοποίηση των ασθενών για την ποιότητα επικοινωνίας που είχαν με τον θεράποντα οδοντίατρό τους, το επίπεδο πληροφόρησης που δέχθηκαν πριν από την έναρξη της εμφυτευματικής διαδικασίας σχετικά με τυχόν επιπλοκές και περιορισμούς, εκφράζοντας την πεποίθησή τους ότι θα την πρότειναν και σε άλλους ασθενείς ή θα την επαναλάμβαναν οι ίδιοι. Σε ό,τι αφορά τον χρόνο και το κόστος της θεραπείας οι ασθενείς δεν εξέφρασαν την απόλυτη ικανοποίησή τους, αποκλείοντας αυτά τα δεδομένα από εκείνους τους παράγοντες που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην επιλογή του συγκεκριμένου είδους αποκατάστασης.

⁶² Η προχωρημένη ηλικία ενός ασθενή θεωρείται, ωστόσο, μια αντένδειξη (όχι βέβαια απόλυτη) που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πριν από τη λήψη απόφασης για μια επεμφυτευματική αποκατάσταση (Φραγκίσκος 2014).

⁶³ Όσον αφορά το φύλο, φαίνεται ότι ενώ οι άνδρες δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας της άνω γνάθου, οι γυναίκες δίνουν έμφαση στην αποκατάσταση της αισθητικής (Levi 2001).

⁶⁴ Ωστόσο, φαίνεται ότι οι ασθενείς που τελικά επέλεξαν το συγκεκριμένο θεραπευτικό σχέδιο είχαν την οικονομική δυνατότητα για να προβούν σε κάτι τέτοιο (Levi 2001).

⁶⁵ Ωστόσο το σχήμα και η θέση του εμφυτεύματος συσχετίζονται με τη γενική ικανοποίηση των ασθενών που έχουν επιλέξει μια εμφυτευματική αποκατάσταση της άνω γνάθου. Μάλιστα, αυτού του είδους οι παράμετροι παίζουν σημαντικότερο ρόλο σε σύγκριση με παράγοντες όπως είναι η διάρκεια, η άνεση και η αισθητική του τελικού αποτελέσματος (Levi 2001).

με τον βαθμό γενικής ικανοποίησης των ασθενών που φέρουν εμφυτευματικές αποκαταστάσεις (Kiyak *et. al.* 1990· Chang *et. al.* 1999· Levi 2001).⁶⁶

Παρόλο που σημειώνεται μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα συγκριτικά αποτελέσματα που αφορούν τη συσχέτιση της στοματικής υγείας και της ποιότητας ζωής ασθενών που φέρουν επένθετες οδοντοστοιχίες στηριζόμενες σε εμφυτεύματα και εκείνων που φέρουν συμβατικές ολικές οδοντοστοιχίες, με τους πρώτους να εκφράζουν τη θετική τους αξιολόγηση (Boerrigter *et. al.* 1995b· Geertman *et. al.* 1996a· Naert *et. al.* 1998· Allen *et. al.* 2001b), φαίνεται ότι δεν παρατηρείται αντίστοιχη στατιστική διαφορά σε κλινικό επίπεδο (Harris *et. al.* 2011). Ωστόσο, σύμφωνα με πολλές επιδημιολογικές μελέτες, τα ποσοστά επιτυχίας προσθετικών εργασιών οι οποίες στηρίζονται σε εμφυτεύματα είναι αρκετά υψηλά: για τις μεν προσθετικές εργασίες στην κάτω γνάθο τα ποσοστά επιτυχίας είναι 95-98%, ενώ για την άνω γνάθο 85-93% (Φραγκίσκος 2014).

Με βάση τα συμπεράσματα αρκετών μελετών, η εφαρμογή εμφυτευμάτων σε νωδές περιοχές της άνω γνάθου κρίνεται ως προτεινόμενη επιλογή κυρίως από εκείνους τους ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν ανατομικές δυσκολίες ή αποτυγχάνουν να προσαρμοστούν σε μια συμβατική θεραπεία αποκατάστασης.^{67,68} Μάλιστα, φαίνεται πως οι ασθενείς που προβαίνουν σε ένα τέτοιου είδους θεραπευτικό σχέδιο δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας της άνω γνάθου και όχι τόσο στην αποκατάσταση της αισθητικής της (Levi 2001), αν και έρευνες καταγράφουν τη θετική αποτίμηση των ασθενών με βάση και το συγκεκριμένο κριτήριο (Chang *et. al.* 1999· Leung & Cheung 2003). Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τις κινητές επένθετες οδοντοστοιχίες οι οποίες στηρίζονται σε εμφυτεύματα, εκφράζεται η θετική αξιολόγηση των ασθενών όσον αφορά τη δυνατότητα μάσησης και ομιλίας, την αισθητική, την υγιεινή, τη σταθερότητα και την άνεση. Οι ακίνητες προσθετικές εργασίες οι οποίες στηρίζονται σε εμφυτεύματα αξιολογούνται επίσης θετικά όσον αφορά τη δυνατότητα μάσησης, τη σταθερότητα και την άνεση που παρέχουν στους ασθενείς, αλλά αρνητικά

⁶⁶ Σύμφωνα με τη Levi (2001), αυτή η διαφορά οφείλεται στο γεγονός ότι στην προκειμένη έρευνα δίνεται έμφαση στην αξιολόγηση μίας μόνο εμφυτευματικής αποκατάστασης, σε αντίθεση με άλλες έρευνες που έχουν ως ερευνητικό στόχο την αξιολόγηση της συνολικής κατάστασης των δοντιών.

⁶⁷ Ενδείξεις για την επιεμφυτευματική προσθετική αποκατάσταση αποτελούν: α) η έντονη ατροφία της φαρυγγικής ακρολοφίας όπου τα αναπλαστικά μέτρα είναι αναγκαία, β) ο οδοντικός φραγμός στην κάτω γνάθο, γ) η επίτευξη σταθερότητας της οδοντοστοιχίας για λόγους επαγγελματικούς, δ) η μη ανοχή της οδοντοστοιχίας εξαιτίας μη ψυχογενών λόγων (φαρυγγικό αντανακλαστικό), ε) η αποκατάσταση ασθενών με γναθο-χειλέο-υπερωϊοσχιστίες κ.λπ. (Koeck & Wahl 2004).

⁶⁸ Ωστόσο, σε περιπτώσεις όπου ασθενείς έχουν επαρκή οστική στήριξη θα πρέπει να επιλέγεται ένας συμβατικός τρόπος αποκατάστασης, καθώς μπορεί να επιτευχθεί το ίδιο ποσοστό ικανοποίησης (De Albuquerque *et. al.* 2000).

όσον αφορά την αισθητική, την υγιεινή και τη δυνατότητα ομιλίας (Watson *et. al.* 1997· Naert *et. al.* 1998· Zitzmann & Marinello 2000· Levi 2001· Allen *et. al.* 2001a). Έχει διαπιστωθεί, μάλιστα, ότι η αποκατάσταση μιας ατροφικής ολικά νωδής άνω γνάθου με ακίνητες προσθετικές εργασίες αξιολογείται θετικά από ασθενείς (τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά, 12 μήνες μετά την εμφυτευματική διαδικασία), κυρίως ως προς τη βελτίωση συγκεκριμένων διαστάσεων του ερωτηματολογίου OHIP: του «λειτουργικού περιορισμού», του «σωματικού πόνου», της «ψυχολογικής δυσανεξίας», της «φυσικής αδυναμίας» και της «ψυχολογικής αδυναμίας» (Erkapers *et. al.* 2009). Χαμηλότερα ποσοστά βελτίωσης σημειώνονται στις διαστάσεις της «κοινωνικής αδυναμίας» και της «αναπηρίας», δεδομένο που υποδηλώνει ότι οι συγκεκριμένοι τομείς δεν αποτελούν άμεσης προτεραιότητας τομείς για τους οποίους επιδιώκεται η ικανοποίηση των ασθενών από την πλευρά των ειδικών. Τέλος, διατυπώνεται η άποψη ότι η εμφυτευματική αποκατάσταση της άνω γνάθου δεν παρουσιάζει το ίδιο ποσοστό επιτυχίας με τις προσθετικές εργασίες που προτείνονται στην κάτω γνάθο, δεδομένο που έχει σημασία κυρίως σε κλινικό επίπεδο, αποτελώντας κριτήριο για την επιλογή ασθενών (Larking 2004· Ayson 2009).⁶⁹

Πολλές έρευνες καταγράφουν, επίσης, τη θετική στάση και την ικανοποίηση των ασθενών οι οποίοι φέρουν ολικές προσθετικές εργασίες οι οποίες στηρίζονται σε εμφυτεύματα στην κάτω γνάθο (Boerrigter *et. al.* 1995b· Burns *et. al.* 1995· Geertman *et. al.* 1996b· Wismeijer *et. al.* 1997· Cibirka *et. al.* 1997· Locker 1998b· Pera *et. al.* 1998· Fontijn-Tekamp *et. al.* 2000· Raghoebar *et. al.* 2000· De Albuquerque *et. al.* 2000· Allen *et. al.* 2001b· Sadowsky 2001· Walton *et. al.* 2002· Allen & Locker 2002· Leung & Cheung 2003· Awad *et. al.* 2003· Van Kampen *et. al.* 2004· Larking 2004· Pocztaruk *et. al.* 2006· Misch 2008a· Harris *et. al.* 2011· Thomason *et. al.* 2012). Μάλιστα, έχει αποτιμηθεί θετικά η συμβολή των επένθετων οδοντοστοιχιών που στηρίζονται σε συνδέσμους ακριβείας (ράβδους ή σφαιρίδια) στη βελτίωση της μασητικής λειτουργίας και της σταθερότητας της οδοντοστοιχίας (Kent & Johns 1994· Boerrigter *et. al.* 1995a, 1995b· Watson *et. al.* 1997· Wismeijer *et. al.* 1997· Cibirka *et. al.* 1997· Pera *et. al.* 1998· Allen *et. al.* 2001b· Walton *et. al.* 2002· Van Kampen *et. al.* 2004· Pocztaruk *et. al.* 2009). Οι ακίνητες προσθετικές εργασίες οι οποίες στηρίζονται σε εμφυτεύματα αξιολογούνται θετικότερα σε σύγκριση με τις συμβατικές ολικές

⁶⁹ Ωστόσο, το συγκεκριμένο δεδομένο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη συνδυαστικά με άλλους παράγοντες, όπως είναι οι μασητικές δυνάμεις, η παροχή αίματος, η οστική ποιότητα και ποσότητα κ.λπ. (Ayson 2009).

οδοντοστοιχίες, καθώς ικανοποιούν τα κριτήρια που αφορούν τη δυνατότητα μάσησης και ομιλίας, τη σταθερότητα, την άνεση, την εμφάνιση και το συναίσθημα αυτοπεποίθησης.⁷⁰ Ωστόσο, αξιολογούνται αρνητικά όσον αφορά τη μειωμένη ευχέρεια που έχουν οι ασθενείς κατά τον καθαρισμό τους (De Grandmont *et. al.* 1994· Burns *et. al.* 1995· Feine *et. al.* 1998· Feine *et. al.* 2002).⁷¹ Οι κινητές επένθετες οδοντοστοιχίες αξιολογούνται θετικά με βάση τα κριτήρια της αισθητικής και της υγιεινής (Feine *et. al.* 2002). Όπως σχολιάζουν οι Feine *et. al.* (1998), η μέθοδος στήριξης μιας οδοντοστοιχίας αποτελεί σημαντική παράμετρο για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών που ακολουθούν ένα θεραπευτικό σχέδιο βασισμένο σε εμφυτεύματα.⁷²

Γενικότερα, η εφαρμογή επένθετων οδοντοστοιχιών οι οποίες στηρίζονται σε εμφυτεύματα στην κάτω γνάθο φαίνεται πως αξιολογείται θετικά όσον αφορά το κριτήριο της μασητικής λειτουργίας (ευχέρεια κατά τη μάσηση ή στον τεμαχισμό της τροφής, μασητική πίεση και απόδοση) (Van Waas & Bosker 1989· Harle & Anderson 1993· Locker 1998b· Kapur *et. al.* 1998· Fontijn-Tekamp *et. al.* 2000· Van Kampen *et. al.* 2004· Leung & Cheung 2003· Koeck & Wahl 2004· Pocztaruk *et. al.* 2006, 2009),⁷³ της ομιλίας (ευχέρεια και αυτοπεποίθηση κατά την ομιλία) (Van Waas & Bosker 1989· Harle & Anderson 1993· Al-Makki 2006), της σταθερότητας και της άνεσης (Awad *et.*

⁷⁰ Μάλιστα, το γεγονός ότι ο ασθενής σε μια τέτοια περίπτωση αντιλαμβάνεται σε πλήρη βαθμό τη μασητική απόδοση και νιώθει ασφάλεια κατά την ομιλία και κατά τη μάσηση συντελεί ουσιαστικά στην ετοιμότητα για συνεργασία, στην προσαρμογή και στην αποδοχή της ίδιας της οδοντοστοιχίας από τον ίδιο (Koeck & Wahl 2004). Παρόλ' αυτά, λαμβάνοντας υπόψη τα πορίσματα των ερευνών των Tang *et. al.* (1997), De Grandmont *et. al.* (1994) και Feine *et. al.* (1998), φαίνεται ότι η μασητική ικανότητα στην κάτω γνάθο καλύπτεται επαρκώς με την εφαρμογή είτε μιας συμβατικής ολικής οδοντοστοιχίας, είτε μιας ακίνητης ολικής οδοντοστοιχίας με εμφυτεύματα, είτε μιας υβριδικής ολικής οδοντοστοιχίας η οποία επίσης στηρίζεται σε εμφυτεύματα.

⁷¹ Στην έρευνα των De Grandmont *et. al.* (1994) διαπιστώθηκε ότι δύο διαφορετικά θεραπευτικά σχέδια τα οποία ωστόσο στηρίζονταν στα εμφυτεύματα αξιολογήθηκαν διαφορετικά από τους ασθενείς. Οι στηριζόμενες σε μακρές μεταλλικές ράβδους επένθετες οδοντοστοιχίες αξιολογήθηκαν θετικότερα από μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς (άνω των 50 ετών), οι οποίοι θεωρούσαν αρκετά επίπονη τη διαδικασία καθαρισμού των ακίνητων ολικών οδοντοστοιχιών. Μάλιστα, επέλεξαν το συγκεκριμένο θεραπευτικό σχέδιο με βάση τα κριτήρια της ευχέρειας στον καθαρισμό, της αισθητικής και της σταθερότητας. Οι ακίνητες ολικές οδοντοστοιχίες κρίθηκαν θετικότερα από νεότερους σε ηλικία ασθενείς, οι οποίοι επέλεξαν το συγκεκριμένο θεραπευτικό σχέδιο με βάση τα κριτήρια της επίτευξης της σταθερότητας, της βελτίωσης της μασητικής ικανότητας και της ευχέρειας κατά τον καθαρισμό. Σύμφωνα με τους Feine *et. al.* (1998), όταν ένα συγκεκριμένο είδος προσθετικής εργασίας καλύπτει έναν βαθμό λειτουργικότητας, η αξιολογική κρίση ενός ασθενή καθορίζεται από άλλους παράγοντες, οι οποίοι αν και δευτερεύουσας σημασίας (π.χ. η υγιεινή) πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους ειδικούς.

⁷² Για παράδειγμα, στην έρευνά τους οι Tang *et. al.* (1997) διαπίστωσαν ότι οι στηριζόμενες σε μακρές μεταλλικές ράβδους επένθετες οδοντοστοιχίες αξιολογούνταν θετικότερα σε σύγκριση με τις υβριδικές ολικές οδοντοστοιχίες, κυρίως ως προς τη σταθερότητα, την άνεση, την ευκολία κατά τη μάσηση, αλλά και τη γενική ικανοποίηση όσων τις έφεραν.

⁷³ Ωστόσο, οι Pocztaruk *et. al.* (2009) διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς οι οποίοι είχαν προβεί σε αντικατάσταση της συμβατικής οδοντοστοιχίας τους με καινούργια ή άλλη στηριζόμενη σε εμφυτεύματα εξέφραζαν την ικανοποίησή τους για τη βελτίωση της μασητικής τους λειτουργίας, αν και ουσιαστικά αυτό που αξιολογούσαν ήταν η άνεση και η αισθητική τους.

al. 2003), ενώ αξιολογούνται αρνητικά όσον αφορά την υγιεινή, την ομιλία και την αισθητική (Awad *et. al.* 2003).⁷⁴ Ειδικά σε σύγκριση με τη χρήση συμβατικών ολικών οδοντοστοιχιών, οι ασθενείς με επένθετες οδοντοστοιχίες οι οποίες στηρίζονται σε εμφυτεύματα νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση όταν βρίσκονται σε δημόσιους χώρους, αλλά και γενικότερα σε οποιαδήποτε κοινωνική κατάσταση. Φαίνεται ότι ανταποκρίνονται αποτελεσματικά σε οποιαδήποτε δραστηριότητα ή λειτουργία τους, λόγω ακριβώς της σταθερότητας της κατασκευής, ενώ δεν επηρεάζεται η καθημερινότητά τους ούτε τους προκαλείται κάποιο είδος δυσφορίας (Al-Makki 2006). Στην έρευνα, επίσης, των Kuboki *et. al.* (1999), διαπιστώθηκε ότι ασθενείς που είχαν προχωρήσει σε μερική αποκατάσταση της κάτω γνάθου τους με ακίνητες οδοντοστοιχίες στηριγμένες σε εμφυτεύματα είχαν βελτιωμένη ποιότητα ζωής (όσον αφορά τις διαστάσεις του «λειτουργικού περιορισμού», του «σωματικού πόνου», της άνεσης και του άγχους) σε σύγκριση με ασθενείς που είτε δεν είχαν προχωρήσει σε κάποια μορφή αποκατάστασης είτε έφεραν κινητή οδοντοστοιχία. Γενικότερα, φαίνεται ότι η ποιότητα ζωής των νωδών ασθενών βελτιστοποιείται με την εφαρμογή στην κάτω γνάθο προσθετικών εργασιών οι οποίες στηρίζονται σε δύο εμφυτεύματα. Μάλιστα, οι βαθμολογίες του ερωτηματολογίου OHIP που συμπληρώνουν οι ασθενείς που έχουν ακολουθήσει εμφυτευματικό σχέδιο θεραπείας είναι σε σημαντικό βαθμό χαμηλά, ειδικά σε σύγκριση με εκείνους που φέρουν συμβατικές τεχνητές οδοντοστοιχίες (Feine *et. al.* 2002· Awad *et. al.* 2003· Larking 2004).⁷⁵

2.6 Ανακεφαλαίωση

Λαμβάνοντας υπόψη όσα αναφέρθηκαν, το επίπεδο ζωής ενός ατόμου υπό το πρίσμα της στοματικής του υγείας βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με: α) το κλινικό επίπεδο της στοματικής του υγείας, όπως αυτό εκφράζεται μέσα από συγκεκριμένους επιδημιολογικούς δείκτες, β) την ύπαρξη και το είδος της αποκατάστασης και της θεραπείας που επιλέγεται για την αντιμετώπιση της εκάστοτε στοματικής νόσου, γ) δημογραφικούς παράγοντες όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, το

⁷⁴ Για παράδειγμα, σε έρευνα του Al-Makki (2006) διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς (ενήλικες με μέσο όρο ηλικίας τα 55-57 έτη) με επένθετες οδοντοστοιχίες οι οποίες στηρίζονταν σε εμφυτεύματα (στην κάτω γνάθο) δεν αντιμετώπιζαν κανένα πρόβλημα κατά τη μάσηση ή την κατάποση της τροφής, καθώς ήταν αρκετά σταθερές και συγκρατημένες (σ' αυτό συνέτεινε επίσης και το μέγεθός τους). Επιπλέον, ένιωθαν αυτοπεποίθηση κατά την ομιλία, φορώντας τις μάλιστα σε κάθε κοινωνική κατάσταση.

⁷⁵ Εξάιρεση αποτελεί ενδεικτικά η έρευνα του Locker (1998b), ο οποίος, ενώ διαπίστωσε ότι η μασητική λειτουργία των ασθενών βελτιώθηκε, καταγράφοντας επίσης τη γενική τους ικανοποίηση για εμφυτευματικές προσθετικές εργασίες, δεν διέκρινε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους.

επάγγελμα, οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες του τόπου κατοικίας, το εισόδημα κ.λπ., και κυρίως δ) οι στάσεις, οι αντιλήψεις, οι επιθυμίες και οι προσδοκίες του ίδιου του ασθενή όσον αφορά τη στοματική του υγεία και το θεραπευτικό σχέδιο που του προτείνεται για την αντιμετώπιση του προβλήματός του.

Θεωρείται δεδομένο ότι συγκεκριμένες νόσοι και διαταραχές που αφορούν τη στοματική κοιλότητα μπορούν να υπονομεύσουν την ευεξία και την ποιότητα ζωής ενός ατόμου, καθώς με τον έναν ή με τον άλλον τρόπο συντελούν στον περιορισμό της λειτουργικής του ικανότητας, στην αλλαγή των συνηθειών του, στη διαταραχή της ψυχολογικής του κατάστασης και στον κλονισμό της κοινωνικής του ζωής.

Ειδικά η νωδότητα, είτε είναι μερική είτε ολική, αποτελεί ένα πρόβλημα το οποίο καθιστά ένα άτομο αδύναμο να διαχειριστεί τους κοινωνικούς του ρόλους, τις καθημερινές του συνήθειες και τις προσωπικές του επιλογές. Αποτελεί μια στοματική νόσο η οποία προκαλεί επιπλοκές και λειτουργικούς περιορισμούς στην καθημερινότητά του (ειδικά δε όταν πρόκειται για προχωρημένης ηλικίας άτομο). Επίσης, έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχολογική του κατάσταση, καθώς ένα νωδό άτομο διαμορφώνει μια αλλοιωμένη αντίληψη για την αυτοεικόνα του, νιώθει άγχος, ντροπή, αμηχανία, ακόμη και απέχθεια για την εμφάνισή του και έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Οι παραπάνω ψυχολογικές καταστάσεις αντανακλώνται άμεσα και στις κοινωνικές του διεπιδράσεις, καθώς νιώθει δυσφορία σε ποικίλα περιβάλλοντα (όταν συνομιλεί, όταν γελά, όταν τρώει και γενικότερα σε κάθε περίπτωση που έχει ως απότοκο την έκθεση του στόματος και των δοντιών του), ενώ παρουσιάζει αδυναμία στη σύναψη στενότερων σχέσεων λόγω του φόβου της απόρριψης.

Η ύπαρξη και το είδος της προσθετικής αποκατάστασης που επιλέγεται για την αντιμετώπιση της νωδότητας αποτελεί μια σημαντική μεταβλητή η οποία σχετίζεται με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου. Οι προτεινόμενες θεραπευτικές επιλογές είναι τόσο οι συμβατικές ολικές οδοντοστοιχίες όσο και οι επένθετες και οι επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες. Με βάση τις μελέτες που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών για το θεραπευτικό σχέδιο που τους έχει εφαρμοστεί, θα μπορούσαν να ειπωθούν τα εξής:

α) Οι συμβατικές οδοντοστοιχίες (μερικές και ολικές) αποτελούν μια οικονομικά προσιτή λύση, η οποία μπορεί να καλύψει ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν τη χειρουργική επέμβαση τοποθέτησης εμφυτευμάτων. Θεωρείται ως μια συμβατή με την υγεία του ατόμου θεραπεία, η οποία δύναται να έχει θετικά αποτελέσματα. Ωστόσο, δεν

ανταποκρίνεται πλήρως στις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του, ενώ θεωρείται ως μια επιλογή που καθορίζει σε κρίσιμο βαθμό τη στοματική λειτουργία και την ψυχοκοινωνική ευεξία του. Η αρνητική αξιολόγηση αφορά κυρίως τα κριτήρια της μασητικής λειτουργίας, της ομιλίας, της σταθερότητας, της συγκράτησης, της άνεσης, της υγιεινής και της δομικής διατήρησης. Επιπρόσθετα, σημειώνονται και προβλήματα ψυχολογικής φύσεως, καθώς οι ασθενείς με συμβατικές οδοντοστοιχίες δεν νιώθουν αυτοπεποίθηση κατά την ομιλία, αδυνατούν να ανταποκριθούν στις δραστηριότητές τους, ενώ νιώθουν άγχος και αμηχανία κατά τις κοινωνικές τους επαφές.

β) Οι προσθετικές αποκαταστάσεις που στηρίζονται σε εμφυτεύματα αποτελούν ένα είδος θεραπείας το οποίο καλύπτει τα κριτήρια της λειτουργικότητας, της αισθητικής, της πρόληψης και της προστασίας της λειτουργίας και της δομής των υπαρχόντων φυσικών δοντιών και των φατνιακών αποφύσεων. Το σύνολο των ερευνών σχετικά με την εμφυτευματική αποκατάσταση της μερικής ή της ολικής νωδότητας συνοψίζει τη θετική αξιολόγηση και την ικανοποίηση των ασθενών σε ό,τι αφορά τα κριτήρια της αισθητικής, της σταθερότητας, της σύγκλεισης, της λειτουργικότητας, της μασητικής ικανότητας και απόδοσης, της ευχέρειας και της αυτοπεποίθησης κατά την ομιλία, της άνεσης και της ψυχολογικής ισορροπίας, της υγιεινής και της προσαρμογής στο σύνολο της εμφυτευματικής διαδικασίας. Με βάση τα παραπάνω, η ποιότητα ζωής των νωδών ασθενών που έχουν προβεί σε κάποιο είδος εμφυτευματικής αποκατάστασης βελτιώνεται αισθητά και πολυδιάστατα.

Τα παραπάνω πορίσματα έχουν βασιστεί στην εφαρμογή ποικίλων κλιμάκων και ερωτηματολογίων τα οποία έχουν ως στόχο τη μέτρηση της ικανοποίησης και του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών σε σχέση με τη στοματική τους υγεία. Μάλιστα, ερωτηματολόγια όπως το Oral Impacts on Daily Performance [OIDP] και το Oral Health Impact Profile [OHIP], έχουν διακριθεί για την εσωτερική τους συνοχή, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων τους, τα οποία σε συνδυασμό με τους κλινικούς δείκτες καταφέρνουν: α) να προσεγγίσουν με επάρκεια και επιστημονικότητα τις επιπτώσεις των στοματικών νόσων στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία των ανθρώπων, β) να συμβάλουν στην ουσιαστική προώθηση της εξατομικευμένης οδοντιατρικής φροντίδας, η οποία πρέπει να αντανakλά και να καλύπτει τις ανάγκες κάθε κοινότητας και γ) να συντελέσουν στη λήψη ορθολογικών αποφάσεων για το τρίπτυχο «θεραπεία – πρόληψη – αποκατάσταση» της οδοντιατρικής φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΑ ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ

3.1 Εισαγωγή

Βασικό θέμα του τρίτου κεφαλαίου της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι τα οδοντικά εμφυτεύματα ως μέθοδος αποκατάστασης και πρόληψης της στοματικής υγείας των ασθενών.

Η εμφυτευματολογία, ως κλάδος της οδοντιατρικής επιστήμης, έχει διευρύνει σε μεγάλο βαθμό τις δυνατότητες προσθετικής αποκατάστασης. Τα εμφυτεύματα αξιοποιούνται για την αποκατάσταση ενός ελλείποντος δοντιού, αλλά και για την αποκατάσταση της νωδότητας, είτε αυτή είναι μερική είτε ολική. Η μερική ή η ολική νωδότητα δύναται να αποκατασταθεί: α) με ακίνητες προσθετικές εργασίες οι οποίες στηρίζονται σε εμφυτεύματα (ή ακόμα και σε συνδυασμό εμφυτευμάτων και φυσικών δοντιών), β) με συνδυασμένες αποκαταστάσεις και γ) με κινητές επένθετες οδοντοστοιχίες. Η εμφυτευματική διαδικασία, καθώς αποτελεί ουσιαστικά μια χειρουργική επέμβαση, διέπεται από συγκεκριμένα στάδια και βήματα τα οποία εξασφαλίζουν την επιτυχία της.

Τα εμφυτευματικά συστήματα που χρησιμοποιούνται είναι πολυάριθμα και ανταποκρίνονται στις ποικίλες θεραπευτικές ανάγκες των ασθενών. Επιπλέον, ο αριθμός των θεραπευτικών πρωτοκόλλων που προτείνονται για την αποκατάσταση της μερικής και της ολικής νωδότητας της άνω και της κάτω γνάθου είναι μεγάλος, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα στον ειδικό να επιλέξει εκείνο το σχέδιο το οποίο καλύπτει σε επαρκέστερο βαθμό τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις προσδοκίες του ασθενή του.

Η επιτυχία και η καλή πρόγνωση των οδοντικών εμφυτευμάτων εξαρτάται από μια σειρά παραμέτρων που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά των εμφυτευμάτων και τον γενικότερο σχεδιασμό της προσθετικής αποκατάστασης που θα ακολουθηθεί, τις ανατομικές και δομικές συνθήκες, την ικανότητα και την εμπειρία του οδοντιάτρου και, τέλος, από τα ατομικά και κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενή. Ιδιαίτερα δε ο περιοδικός οδοντιατρικός έλεγχος και η τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής

αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην καλή πρόγνωση της εμφυτευματικής αποκατάστασης.

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει ενδελεχής αναφορά στους παρακάτω θεματικούς άξονες: α) στην παρουσίαση του κλάδου της εμφυτευματολογίας ως μεθόδου αποκατάστασης και πρόληψης της στοματικής υγείας, β) στα εμφυτευματικά συστήματα, γ) στα κριτήρα ταξινόμησης των εμφυτευμάτων, δ) στις επιμέρους φάσεις της εμφυτευματικής διαδικασίας, ε) στα προτεινόμενα θεραπευτικά πρωτόκολλα αποκατάστασης της μερικής και της ολικής νωδότητας της άνω και της κάτω γνάθου και στ) στις παραμέτρους που συμβάλλουν στην επιτυχία και στην καλή πρόγνωση των εμφυτευμάτων.

3.2 Η εμφυτευματολογία ως μέθοδος αποκατάστασης και πρόληψης

Η εμφυτευματολογία αποτελεί κλάδο της οδοντιατρικής επιστήμης ο οποίος σχετίζεται με την τοποθέτηση αλλοπλαστικών ή ξενογενών υλικών με στόχο είτε την προσθετική ή επιθετική αποκατάσταση, είτε τη λειτουργική και αισθητική βελτίωση μιας υπάρχουσας αποκατάστασης, είτε τον περιορισμό συγκεκριμένων φυσιολογικών ατροφικών διεργασιών όπως είναι η απορρόφηση, η ελάττωση της λειτουργικότητας κ.λπ. (Koeck & Wagner 2004). Ο συγκεκριμένος κλάδος έχει διευρύνει σε μεγάλο βαθμό τις θεραπευτικές δυνατότητες της οδοντιατρικής επιστήμης, προτείνοντας και εφαρμόζοντας εναλλακτικά σχέδια θεραπείας και πρωτόκολλα και έχοντας καθορισμένους στόχους αποκατάστασης της οδοντικής απώλειας (Koeck & Wagner 2004).

Βασικές ενδείξεις για την εφαρμογή της συγκεκριμένης θεραπείας αποκατάστασης είναι: α) η ολική νωδότητα (σε συνάρτηση με την ηλικία) και οι ανατομικές και ψυχολογικές της συνέπειες,⁷⁶ β) οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μερικώς νωδοί ασθενείς που φέρουν οδοντοστοιχίες,⁷⁷ γ) η αδυναμία προσαρμογής ενός ασθενή σε οποιονδήποτε τύπο κινητής προσθετικής αποκατάστασης, δ) η δυσανεξία των ιστών στην ολική οδοντοστοιχία, ε) η έλλειψη μυϊκού συντονισμού, στ) η μειωμένη αντοχή των ιστών του στόματος, ζ) οι συνήθειες που μειώνουν τη σταθερότητα μιας

⁷⁶ Μάλιστα, σύμφωνα με τον Misch (2008a), μια βασική αιτία για την αυξημένη ζήτηση και χρήση εμφυτευμάτων είναι ο διαρκώς πιο γερασμένος πληθυσμός, ο οποίος γίνεται επίσης και μακροβιότερος.

⁷⁷ Βέβαια, σημειώνεται ότι και με τη συμβατική προσθετική υπάρχει δυνατότητα αποκατάστασης των ενδοστοματικών δομών όσον αφορά το σχήμα, τη λειτουργία και την αισθητική (Koeck & Wahl 2004).

προσθετικής εργασίας και η γενικότερη επιδίωξη βελτίωσης των διαφόρων λειτουργιών της στοματικής κοιλότητας (λειτουργικότητα), η) οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες ενός ασθενή από τις ολικές οδοντοστοιχίες, θ) τα έντονα αντανακλαστικά εμετού, ι) η αποφυγή παρασκευής των παρακείμενων δοντιών σε περιπτώσεις αποκατάστασης μεμονωμένων δοντιών (διατήρηση δομικών στοιχείων όπως είναι τα γειτονικά δόντια, η οστική ποσότητα, οι μαλακοί ιστοί), ια) οι αδυναμίες των ολικών κινητών προσθετικών εργασιών, και ιβ) οι γενικότερες συνέπειες από την αποτυχία των συμβατικών ακίνητων προσθετικών εργασιών (Koeck & Wagner 2004· Richter 2004· Misch 2008a· Φραγκίσκος 2014).

3.3 Εμφυτευματικά συστήματα και ταξινόμηση εμφυτευμάτων

Τα εμφυτευματικά συστήματα που χρησιμοποιούνται στις μέρες μας είναι πολυάριθμα, ενώ μεταβάλλονται συνεχώς (Koeck & Wagner 2004). Σύμφωνα με τον Φραγκίσκο (2014), τα συστήματα τα οποία διαθέτουν ένα μακροχρόνιο και αξιόπιστο ερευνητικό και κλινικό υπόβαθρο είναι τα εξής: 1) το σύστημα Brånemark, 2) το σύστημα Mk III Groovy, 3) το σύστημα Nobel Biocare, 4) το σύστημα ITI-Straumann, 5) το σύστημα IMZ, 6) το σύστημα Steri-Oss, 7) το σύστημα Friadent, 8) το σύστημα Ossetite-3i, 9) το σύστημα Astra, 10) το σύστημα Endopore, 11) το σύστημα Lifecore-Prima, 12) το σύστημα Anthogyr, 13) το σύστημα Bego Semados, 14) το σύστημα ZL-Duraplast, 15) το σύστημα Camlog, 16) το σύστημα Pitt-Easy, 17) το σύστημα Sybron, 18) το σύστημα Bicon, 19) το σύστημα Dentatus, 20) το σύστημα Mis, 21) το σύστημα BioHorizons, 22) το σύστημα Blue Sky-Bredent Medical, 23) το σύστημα IMTEC, 24) το σύστημα Zimmer, 25) το σύστημα SPI, 26) το σύστημα Sterngold, 27) το σύστημα Leader, 28) το σύστημα Swiss Implant, 29) το σύστημα BTI, 30) τα εμφυτεύματα ζirkονίου, 31) το σύστημα λεπιδοειδών εμφυτευμάτων και 32) το σύστημα ορθοδοντικών εμφυτευμάτων.

Τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη για την ταξινόμηση των εμφυτευμάτων σχετίζονται με την κάλυψη, τη θέση, το υλικό και το σχήμα του εμφυτεύματος, το χρονικό σημείο όπου γίνεται η εμφύτευση, τον τρόπο επούλωσής του και τον τύπο της προσθετικής αποκατάστασης που ακολουθείται (Koeck & Wagner 2004).

- Με βάση το κριτήριο της κάλυψης, γίνεται διάκριση ανάμεσα στα ανοιχτά και τα κλειστά εμφυτεύματα. Τα ανοιχτά εμφυτεύματα προβάλλουν στη στοματική κοιλότητα μέσα από το βλεννογόνο, συνεπώς έρχονται σε επαφή με το

περιβάλλον και τη μικροβιακή χλωρίδα του στόματος, ενώ τα κλειστά εμφυτεύματα βρίσκονται κάτω από μια άρτια επιθηλιακή κάλυψη (Koeck & Wagner 2004).

- Με βάση τη θέση του εμφυτεύματος, γίνεται διάκριση ανάμεσα στα ενδοοστικά, τα υποπεριοστικά και τα ενδοβλεννογόνια εμφυτεύματα (Koeck & Wagner 2004). Τα ενδοοστικά εμφυτεύματα αποτελούνται από έναν ενιαίο άξονα, το κατώτερο μέρος του οποίου τοποθετείται και λειτουργεί μέσα στο οστό της γνάθου (βρίσκεται δηλαδή σε άμεση οστική επαφή, συνεπώς δέχεται λειτουργική φόρτιση και συντελεί στην οστεοενσωμάτωση), ενώ το άνω μέρος του, πάνω στο οποίο θα στηριχτεί το τεχνητό δόντι (σε περίπτωση π.χ. μονήρους εμφυτεύματος), προβάλλει στη στοματική κοιλότητα μέσω του βλεννογονοπεριόστου (Koeck & Wagner 2004· Φραγκίσκος 2014). Από το 1913 όπου κατασκευάστηκε το πρώτο ενδοοστικό εμφύτευμα από τον E. J. Greenfield, έχουν κατασκευαστεί και εφαρμοστεί πολλοί τύποι τέτοιων εμφυτευμάτων.⁷⁸ Τα υποπεριοστικά εμφυτεύματα αποτελούνται από έναν μεταλλικό σκελετό ο οποίος τοποθετείται κάτω από το περίοστω και έχει τέσσερα κολοβώματα τα οποία διαπερνούν το βλεννογόνο (Φραγκίσκος 2014). Κατασκευάστηκαν από τον G. Dahl το 1948, προκειμένου να εφαρμοστούν σε ασθενείς οι οποίοι είχαν απορροφημένα οστά και δεν είχαν άλλη επιλογή αποκατάστασης. Σήμερα ωστόσο, η χρήση τους έχει εγκαταλειφθεί λόγω των συχνών επιπλοκών που καταγράφηκαν στο παρελθόν (πόνος, οιδήματα, χρόνιες φλεγμονές και συνακόλουθα αποστήματα κ.λπ.) (Φραγκίσκος 2014). Ομοίως, και τα ενδοβλεννογόνια εμφυτεύματα, επειδή ακριβώς συνοδεύονται από μια επούλωση με την ανάπτυξη ουλώδους συνδετικού ιστού, χρησιμοποιούνται σε σπάνιες και εξαιρετικές περιπτώσεις (Koeck & Wagner 2004).

⁷⁸ Π.χ. α) το ενδοοστικό εμφύτευμα του Dag (1933), β) το ενδοοστικό εμφύτευμα του A. Perron (1957), γ) το ενδοοστικό εμφύτευμα του M. Formigini (1958), δ) το ενδοοστικό εμφύτευμα του T. C. Lee (1960), ε) το ενδοοστικό εμφύτευμα του J. Lehman (1960), στ) το ενδοοστικό εμφύτευμα «implante trombone» του C. Pretto (1962), ζ) το κοχλιωτό εμφύτευμα του R. Chercheve (1962), το οποίο ωστόσο παρουσίασε επιπλοκές (κινητικότητα, φλεγμονώδεις αντιδράσεις), η) οι ενδοοστικές καρφίδες του J. Scialom (1963), οι οποίες, αν και κρίθηκαν αρχικά ως σταθερές, δεν μπορούσαν να συντελέσουν στην πρόσφυση του οστού, με συνέπεια τη χαλάρωση και την απόπτωσή τους, θ) το ενδοοστικό εμφύτευμα του G. Muratori (1967), το οποίο λόγω των τροποποιήσεων που έχει υποστεί έχει μεγάλα ποσοστά επιτυχίας, και ι) το λεπιδοειδές εμφύτευμα του L. Linkow (1967), το οποίο έχει τα περισσότερα πλεονεκτήματα σε σύγκριση με τα προαναφερθέντα, ενώ οι συνεχείς βελτιώσεις που υπέστη μείωσαν το ποσοστό των επιπλοκών που παρουσιάζονταν (αδυναμία πρόσφυσης του οστού, κινητικότητα εμφυτεύματος, μικροτραυματισμοί, φλεγμονές) (Φραγκίσκος 2014).

Εκτός από τα παραπάνω είδη, γίνεται επίσης λόγος για τα διαγναθιαία εμφυτεύματα τα οποία αποτελούνται από μια μεταλλική πλάκα κράματος τιτανίου, η οποία φέρει οπές και συνδέεται με δύο ή περισσότερα εμφυτεύματα (Φραγκίσκος 2014). Το συγκεκριμένο είδος εμφυτεύματος εισήχθη από τον A. I. Small το 1975 και αφορούσε αποκλειστικά την αποκατάσταση του πρόσθιου τμήματος της κάτω γνάθου. Παρόλο που τα κλινικά αποτελέσματα αυτής της μεθόδου ήταν αρχικώς ικανοποιητικά, οι επιπλοκές ήταν ποικίλες (υπερπλασία ούλων και απορρόφηση του οστού, κινητικότητα ή κάταγμα του διοστικού εμφυτεύματος, κάταγμα της κάτω γνάθου κ.ά.) (Φραγκίσκος 2014).

Τέλος, τα οστεοενσωματούμενα ενδοοστικά εμφυτεύματα βασίζονται πάνω στη μέθοδο της «οστεοενσωμάτωσης» που παρατήρησε πειραματικά ο Brånemark το 1959, σύμφωνα με την οποία είναι δυνατή η πρόσφυση του υγιούς οστού στην επιφάνεια ενός συγκεκριμένου μετάλλου [του τιτανίου (Ti), το οποίο έχει αποδειχθεί ως πλήρως αδρανές], χωρίς την παρεμβολή μαλακού, μη ενασβεστωμένου συνδετικού ιστού. Με τη συγκεκριμένη μέθοδο και με το παρεπόμενο «πρωτόκολλο Brånemark», πολλοί τύποι ενδοοστικών εμφυτευμάτων, οι οποίοι κατασκευάζονται από τιτάνιο, πληρούν τις προϋποθέσεις της βιοσυμβατότητας,⁷⁹ με αποτέλεσμα να είναι λειτουργικά σταθερότεροι (Φραγκίσκος 2014).

- Με βάση το υλικό του εμφυτεύματος, γίνεται διάκριση ανάμεσα στα μεταλλικά (τιτάνιο, κράματα τιτανίου, ταντάλιο) και τα κεραμικά εμφυτεύματα, ενώ επίσης παρατηρείται και συνδυασμός υλικών (Koeck & Wagner 2004· Φραγκίσκος 2014).
- Με βάση το σχήμα του εμφυτεύματος, γίνεται διάκριση ανάμεσα στα συμμετρικά εμφυτεύματα που έχουν σχήμα δοκού (κυλινδρικά ή σε σχήμα βίδας με ποικίλες τροποποιήσεις κοχλίωσης) και στα εμφυτεύματα τύπου λεπίδας (Koeck & Wagner 2004· Φραγκίσκος 2014).

⁷⁹ Όπως αναφέρει ο Φραγκίσκος (2014), η έννοια της βιοσυμβατότητας σχετίζεται με τη δυνατότητα επίτευξης της οστεοενσωμάτωσης ενός οδοντικού εμφυτεύματος στο περιβάλλον οστό, με στόχο όχι απλά την προσαρμογή του στις δυνάμεις φόρτισης αλλά και τη λειτουργικότητά του υπό την πίεση των δυνάμεων που ασκούνται κατά τη μάσηση. Η διασφάλιση της βιοσυμβατότητας επιτυγχάνεται με την αντοχή του εμφυτευματικού υλικού στο φαινόμενο της διάβρωσης η οποία είναι πιθανή σε ένα χημικό περιβάλλον εξαιρετικά δραστικό, συνεπώς με την αποφυγή κατάγματος ή ρήξης του εμφυτεύματος ή ακόμα και με την αποφυγή απελευθέρωσης στο περιβάλλον ιόντων με κυτταροτοξικές ιδιότητες (Φραγκίσκος 2014). Η βιοσυμβατότητα εξαρτάται επίσης και από την ίδια την αρχιτεκτονική και τη μικρομορφολογία του εμφυτεύματος (π.χ. προκρίνονται τα κοχλιωτά και με αδρή και πορώδη επιφάνεια εμφυτεύματα, σε σύγκριση με τα μη κοχλιούμενα και με λεία επιφάνεια εμφυτεύματα), καθώς επίσης και από την παθητικοποίηση ή ουδετεροποίηση της επιφάνειάς του. Οι παραπάνω παράμετροι συμβάλλουν στην προφύλαξη του εμφυτεύματος από μια πιθανή διάβρωση (Φραγκίσκος 2014).

- Με βάση το χρονικό σημείο της εμφύτευσης, γίνεται διάκριση ανάμεσα στα άμεσα εμφυτεύματα, τα οποία τοποθετούνται αμέσως μετά την οδοντική απώλεια (σε πρώτο χρόνο) ή μετά την επούλωση των μαλακών ιστών (σε δεύτερο χρόνο),⁸⁰ και στα μεθύτερα εμφυτεύματα, τα οποία τοποθετούνται σε ένα οστικό υπόστρωμα το οποίο έχει ήδη επουλωθεί (Koeck & Wagner 2004).
- Με βάση τον τρόπο επούλωσης, γίνεται αναφορά στον μονοφασικό (διαβλεννογόνο) τρόπο, ο οποίος διακρίνεται σε πρωταρχική φόρτιση και σε επούλωση χωρίς φόρτιση, και στον διφασικό (υποβλεννογόνο), ο οποίος διακρίνεται για την επούλωση χωρίς φόρτιση (Koeck & Wagner 2004).
- Με βάση τον τύπο των προσθετικών αποκαταστάσεων που ακολουθούν μετά την εμφύτευση, γίνεται λόγος για: α) αποκαταστάσεις οι οποίες στηρίζονται αποκλειστικά σε εμφυτεύματα, β) συνδυασμένες αποκαταστάσεις (π.χ. σε συνδυασμό εμφυτευμάτων και φυσικών δοντιών) και γ) σε επένθετες οδοντοστοιχίες (Koeck & Wagner 2004· Φραγκίσκος 2014). Φαίνεται ότι προτιμώνται οι εμφυτευματικά στηριζόμενες υπερκατασκευές σε σύγκριση με τις συνδυασμένες αποκαταστάσεις, αν και δεν έχει διαπιστωθεί κλινικά ότι η τελευταία υπολείπεται της πρώτης, συνεπώς η επιλογή εξαρτάται από τα δεδομένα και τις συνθήκες κάθε περιστατικού (Koeck & Wagner 2004).

3.4 Η εμφυτευματική διαδικασία

Η διασφάλιση της μέγιστης δυνατής επιτυχίας της εμφυτευματικής διαδικασίας εξαρτάται από την ορθολογική διαχείριση και αξιολόγηση των εναλλακτικών λύσεων και των σχεδίων θεραπείας που αρμόζουν σε κάθε περίπτωση, αλλά και από την προσεκτική και ενδελεχή μελέτη και επιλογή των ασθενών που μπορούν να υποβληθούν σε μια τέτοιου είδους θεραπεία αποκατάστασης (Richter 2004· Φραγκίσκος 2014). Οι βασικές προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση της χειρουργικής εμφυτευματικής διαδικασίας είναι: α) η καλή κατάσταση υγείας του ασθενή, β) η κανονική και χωρίς εμπόδια επούλωση των επικείμενων τραυμάτων, γ) η ολοκληρωμένη ανάπτυξη των γνάθων, δ) η καλή στοματική υγιεινή, ε) η επαρκής οστική προσφορά στην κατακόρυφη, εγγύς-άπω και προστομοιογλωσσική διεύθυνση και στ) η συνειδητοποίηση από την πλευρά του ασθενή όλων των ενδεχόμενων επιπλοκών

⁸⁰ Συνήθως, προτιμώνται τα άμεσα εμφυτεύματα (σε δεύτερο χρόνο), καθώς έτσι η θεραπεία είναι πιο σύντομη και η πρόληψη πιο αποτελεσματική (Koeck & Wagner 2004).

από τη συγκεκριμένη διαδικασία (Koeck & Wahl 2004). Τα βασικά στάδια που πρέπει να ακολουθηθούν είναι: α) ο διαγνωστικός έλεγχος και β) το προκαταρκτικό σχέδιο θεραπείας.

3.4.1 Διαγνωστικός έλεγχος

Κατά τον διαγνωστικό έλεγχο, ο εξειδικευμένος ιατρός καταγράφει το ιατρικό ιστορικό του ασθενή, προκειμένου να ελέγξει κατά πόσο υπάρχουν άλλες συστηματικές παθολογικές καταστάσεις οι οποίες συνιστούν αντενδείξεις για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων (Koeck & Wahl 2004· Φραγκίσκος 2014). Τέτοιες καταστάσεις είναι: α) η συστηματική υποβολή του ασθενή σε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, β) συγκεκριμένες ψυχιατρικές νόσοι (ψυχώσεις, υστερία, κατάθλιψη, μανία, σχιζοφρένεια, γεροντική άνοια), γ) τυχόν αιματολογικά προβλήματα (διαταραχή στην πήξη του αίματος,⁸¹ πολυκυτταραιμία, αναιμία, λευκοπενία, οξεία και χρόνια λευχαιμία), δ) συγκεκριμένες παθήσεις που πλήττουν την ποιότητα και την ποσότητα των οστών⁸² (ινώδης δυσπλασία, νόσος του Paget, οστεοπόρωση⁸³ κ.λπ.), ε) οξείες φλεγμονές (π.χ. της αναπνευστικής οδού), στ) ο σακχαρώδης διαβήτης,⁸⁴ ζ) ηπατικές παθήσεις, η) η θεραπευτική αγωγή με ανοσοκατασταλτικά, αντιπηκτικά κ.ά. φάρμακα,⁸⁵ θ) η επιληψία, ι) η σκληροδερμία, ια) καρδιαγγειακές παθήσεις για τις οποίες δεν τηρούνται συγκεκριμένες οδηγίες, απαραίτητες για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων,⁸⁶ ιβ) το AIDS,

⁸¹ Για περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα με την πήξη του αίματος ή λαμβάνουν αντιπηκτικά φάρμακα, επειδή ακριβώς δεν υπάρχει επιβεβαιωμένη συσχέτισή τους με την απώλεια ενός εμφυτεύματος, προτείνεται η αναζήτηση πρότερης ιατρικής συμβουλής (Ayson 2009).

⁸² Οι έρευνες που αφορούν τη συσχέτιση της οστικής ποιότητας και ποσότητας με την επιτυχία ενός εμφυτεύματος παρουσιάζουν αντικρουόμενα συμπεράσματα. Παρόλ' αυτά, η οδοντιατρική κοινότητα φαίνεται πως συμφωνεί με την άποψη ότι τα συγκεκριμένα δεδομένα σχετίζονται με την επιτυχία της εμφυτευματικής διαδικασίας. Σε περίπτωση μειωμένης οστικής ποιότητας και ποσότητας, τα οστικά μοσχεύματα αποτελούν έναν τρόπο διασφάλισης της επιτυχίας της εμφύτευσης (Ayson 2009)

⁸³ Δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις οι οποίες να οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η οστεοπόρωση αποτελεί έναν κλινικά ισχυρό παράγοντα κινδύνου, ο οποίος οδηγεί στην απώλεια ενός εμφυτεύματος. Ωστόσο, δεν παύει να λογίζεται ως αντένδειξη λόγω της θεωρητικής αρνητικής επίδρασής της στην οστεοενσωμάτωση (Larking 2004· Ayson 2009).

⁸⁴ Ωστόσο, όταν ελέγχεται και δεν συντρέχουν άλλοι παράγοντες κινδύνου, δεν φαίνεται να συνδέεται με την απώλεια ενός εμφυτεύματος (Larking 2004· Ayson 2009).

⁸⁵ Βέβαια, δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις ότι η χρήση στεροειδών, αντικαταθλιπτικών, αντιπερτασιακών, στατινών, αντιμικροβιακών, αντιφλεγμονωδών κ.ά. φαρμάκων αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου που συμβάλλει στην απώλεια ενός εμφυτεύματος. Εξαιρέση φαίνεται να αποτελεί η λήψη διφωσφονικών φαρμάκων, η οποία συνδέεται με την οστεονέκρωση της γνάθου (Ayson 2009).

⁸⁶ Δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις αυξάνουν σε σημαντικό βαθμό την πιθανότητα απώλειας ενός εμφυτεύματος (Ayson 2009).

ιγ) αυτοάνοσα νοσήματα, ιδ) το κάπνισμα,⁸⁷ ιε) η χρήση ναρκωτικών, ιστ) η εγκυμοσύνη, ιζ) η ηλικία, ιη) η μη ολοκληρωμένη ανάπτυξη του κρανιοπροσωπικού συστήματος, ιθ) παθήσεις της στοματικής κοιλότητας, όπως η περιοδοντίτιδα,⁸⁸ η μη ελεγχόμενη τερηδόνα, τυχόν φλεγμονές, η κακή στοματική υγεία κ.λπ. (Larking 2004· Koeck & Wahl 2004· Ayson 2009· Φραγκίσκος 2014).

Ειδικά ως προς την ηλικιακή παράμετρο, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η προχωρημένη ηλικία ενός ασθενή έχει επιπτώσεις στην επιτυχία της εμφυτευματικής διαδικασίας (κυρίως της οστεοενσωμάτωσης), λόγω συγκεκριμένων καταστάσεων που είναι συνυφασμένες με την προχωρημένη ηλικία: α) αλλαγές που παρουσιάζονται σε ιστολογικό επίπεδο, β) έλλειψη συντονισμού της μυϊκής λειτουργίας, γ) υποτονικότητα μυών, δ) χαλαρότητα των μαλακών ιστών των χειλιών και των παρειών, ε) ατροφικότητα φαρυγγικών ακρολοφιών, ε) κακή ποιότητα οστού, στ) μείωση πνευματικών ικανοτήτων των ασθενών και, κυρίως, ζ) δυσκολίες στη συνεργασία τους με τους θεράποντες ιατρούς τους πάνω σε θέματα που αφορούν την τήρηση της στοματικής υγιεινής και την μετεμφυτευματική φροντίδα (Φραγκίσκος 2014). Ωστόσο, πολλές έρευνες έχουν καταδείξει ότι η προχωρημένη ηλικία δεν αποτελεί από μόνη της απόλυτη αντένδειξη για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων, αλλά θα πρέπει να αξιολογείται συνδυαστικά και σφαιρικά μαζί με άλλες επίσης παραμέτρους (Ayson 2009· Φραγκίσκος 2014). Αλλά ακόμα και σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής αδυνατεί να αυτοεξυπηρετηθεί λόγω ηλικίας και συναφών παθολογικών καταστάσεων, η σύγχρονη γηριατρική προσθετική προτείνει λύσεις οι οποίες σχετίζονται με την τοποθέτηση κινητών επιεμφυτευματικών κατασκευών, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στον προχωρημένης ηλικίας ασθενή να προσαρμοστεί αναλόγως με την όποια μεταβολή της ατομικής του υγείας (Weigl et. al. 2000· Φραγκίσκος 2104).

Μετά την καταγραφή του ιατρικού ιστορικού του ασθενή ακολουθεί η κλινική εξέταση, κατά την οποία γίνεται έλεγχος στις νωδές περιοχές και στη μορφολογία της υπολειμματικής ακρολοφίας, διερευνάται η κατάσταση των φυσικών δοντιών του

⁸⁷ Το κάπνισμα (κυρίως η όχι τόσο συχνή και εθιστική χρήση του) δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη ή κρίσιμος παράγοντας κινδύνου για την επιτυχία της εμφυτευματικής διαδικασίας. Κυρίως διατυπώνεται η άποψη ότι μπορεί να αποτελέσει αντένδειξη, όταν παράλληλα συντρέχουν άλλοι παράγοντες κινδύνου. Προτείνεται, μάλιστα, η εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος ή η προεγχειρητική χρήση αντιβιοτικών για την αποφυγή απώλειας ενός εμφυτεύματος (Larking 2004· Ayson 2009).

⁸⁸ Παρόλο που φαίνεται ότι ασθενείς με ιστορικό περιοδοντίτιδας (η οποία ωστόσο έχει θεραπευτεί) δεν διατρέχουν κίνδυνο απώλειας ενός εμφυτεύματος, διατυπώνεται η άποψη ότι η συγκεκριμένη στοματική νόσος επηρεάζει την επιτυχία της εμφυτευματικής διαδικασίας κυρίως σε μακροπρόθεσμο επίπεδο. Για τον λόγο αυτό, προτείνεται η προεγχειρητική της αντιμετώπιση ή η προληπτική της θεραπεία ακόμα και μετά την ολοκλήρωση της εμφυτευματικής διαδικασίας (Ayson 2009).

φραγμού, καθώς επίσης και τα παρακείμενα προς τα εμφυτεύματα δόντια, η οδοντική σύγκλιση, το σχήμα του τόξου και η κατάσταση του βλεννογόνου, αξιολογείται δηλαδή συνολικά η κατάσταση του στοματογναθικού συστήματος. Απαραίτητος, επίσης, είναι ο απεικονιστικός έλεγχος της περιοχής τοποθέτησης των εμφυτευμάτων, των ανατομικών μερών που επίσης εμπλέκονται (ιγμόρειο άντρο, ρινική θάλαμη κ.λπ.), καθώς επίσης και των ποσοτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών του οστού και του βαθμού της οστικής απορρόφησης (Koeck & Wahl 2004· Φραγκίσκος 2014).

3.4.2 Προκαταρκτικό σχέδιο θεραπείας

Κατά το προκαταρκτικό σχέδιο θεραπείας λαμβάνονται αποτυπώματα και κατασκευάζονται εκμαγεία μελέτης, τα οποία τοποθετούνται σε αρθρωτήρα προκειμένου να γίνει εκτίμηση των δεδομένων του ιατρικού περιστατικού και να συγκεκριμενοποιηθούν οι στόχοι του σχεδίου θεραπείας (Koeck & Wahl 2004· Φραγκίσκος 2014). Σε περίπτωση νωδότητας, κατασκευάζονται βασικές πλάκες με κέρινα ύψη για την καταγραφή της κάθετης διάστασης. Στη συνέχεια, προσδιορίζονται η θέση και ο αριθμός των εμφυτευμάτων που χρειάζονται, ενώ, ύστερα από τη σχετική παρουσίαση του σχεδίου θεραπείας στον ασθενή, αποφασίζεται το είδος της επιεμφυτευματικής εργασίας (κινητής ή ακίνητης) που μπορεί να ακολουθηθεί, η οποία εξαρτάται από: α) τον βαθμό νωδότητας (ολικής ή μερικής) του ασθενή, β) την κατάσταση του στοματογναθικού συστήματος, γ) τη μεσο- και μακροπρόθεσμη πρόγνωση της θεραπευτικής λύσης, δ) τον απαιτούμενο χρόνο, ε) το οικονομικό κόστος της αποκατάστασης και στ) τις προσδοκίες και τις επιθυμίες του ίδιου του ασθενή (Koeck & Wahl 2004· Misch 2008b· Φραγκίσκος 2014).⁸⁹

Σύμφωνα με τον Richter (2004), οι βασικές αρχές πάνω στις οποίες πρέπει να βασίζεται η κατασκευή οποιουδήποτε είδους προσθετικής εργασίας (υπερκατασκευής) είναι οι εξής: Η υπερκατασκευή πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο απλή, λεπτή και σταθερή,⁹⁰ ενώ θα πρέπει να αποφεύγονται οι συνδέσεις ηλεκτροσυγκόλλησης καθώς

⁸⁹ Προτείνεται μάλιστα η συνετή και κριτική αξιολόγηση της σχέσης βλάβης-οφέλους μιας αποκατάστασης αλλά και των λειτουργιών που χρειάζονται βελτίωση (μασητική, σθητική, αισθητική, φωνητική), καθώς επίσης και ο υπολογισμός της επίδρασης της αποκατάστασης στα εναπομείναντα δόντια, προκειμένου να αποφευχθούν οι υπερβολές (Koeck & Wahl 2004).

⁹⁰ Μάλιστα, για τις κινητές προσθετικές αποκαταστάσεις οι κλινικές έρευνες υποδεικνύουν ότι οι δοκοί (απλές στρογγυλές ή ωοειδείς, μεταλλικά εφίπια σχήματος «U» κ.λπ.), οι σφαιρικοί σύνδεσμοι, οι μαγνητικοί σύνδεσμοι, οι διπλές στεφάνες (τηλεσκοπικές, κώνοι), οι εξατομικευμένοι φρεζαριστοί σύνδεσμοι, οι εξωμυλικοί κωνικοί συρταρωτοί σύνδεσμοι και οι τηλεσκοπικές στεφάνες με

επίσης οι ειδικές κατασκευές ή οι κατασκευές με ενδιάμεσα τμήματα, καθώς η συναρμολόγησή τους στο στόμα είναι εξαιρετικά δύσκολη. Τα τμήματα του σκελετού που θα δεχθούν μεγαλύτερη επιβάρυνση θα πρέπει να είναι ογκώδη.

Η επιλογή του υλικού των μασητικών επιφανειών αποτελεί ένα καίριο ζήτημα τόσο για τη συμβατική προσθετική όσο και για την εμφυτευματολογία. Οι κεραμικές μασητικές επιφάνειες φαίνεται ότι προτιμώνται κατά την κατασκευή των εμφυτευματικών προσθετικών εργασιών. Θεωρείται ότι υπερτερούν από αισθητική άποψη και ότι είναι αρκετά σταθερές σε σύγκριση με τις ακρυλικές μασητικές επιφάνειες, οι οποίες ωστόσο (χωρίς να είναι απολύτως επιβεβαιωμένο) φαίνεται ότι αμβλύνουν τις φορτίσεις, ενώ χρησιμοποιούνται κυρίως στις επένθετες οδοντοστοιχίες και στις εμφυτευματικά στηριζόμενες ολικές γέφυρες. Οι μεταλλικές μασητικές επιφάνειες αφήνουν ένα περιθώριο για την εξισορρόπηση λαθών και αποκλίσεων στη σύγκλιση ή τη διαγναθική σχέση, ενώ πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που έχουν ιστορικό βρουξισμού ή κάποια άλλη δυσλειτουργία. Γενικότερα, σημειώνεται ότι τόσο οι κεραμικές όσο και οι μεταλλικές επιφάνειες μπορούν να ανταποκριθούν στις υψηλές φορτίσεις που προκαλούνται από την αύξηση των μασητικών δυνάμεων μετά την τοποθέτηση επιεμφυτευματικών προσθετικών αποκαταστάσεων, ενώ περιορίζουν επίσης και τη συνακόλουθη φθορά (Richter 2004).

Προκειμένου ο χειρουργός να έχει άμεση οπτική επαφή με την περιοχή στην οποία θα χειρουργήσει, κατασκευάζεται ακτινογραφικός και χειρουργικός νάρθηκας. Ο ακτινογραφικός νάρθηκας βασίζεται είτε στο εκμαγείο μελέτης είτε σε παλαιότερη οδοντοστοιχία του ασθενή και συντελεί, μέσω του ακολουθούμενου ακτινογραφικού ελέγχου, στον σαφή προσδιορισμό της θέσης και της φοράς τοποθέτησης των εμφυτευμάτων, αλλά και στην εκτίμηση άλλων παραγόντων όπως είναι η ποσότητα του οστού σε κατακόρυφο επίπεδο κ.λπ. Στη συνέχεια, μεταφέρεται στο στόμα λειτουργώντας πια ως χειρουργικός νάρθηκας, προκειμένου ο ιατρός να σημειώσει την ακριβή θέση των εμφυτευμάτων.⁹¹

ενσωματωμένη κοχλίωση αποτελούν στοιχεία που συμβάλλουν, μεταξύ άλλων, στη συγκράτηση της κατασκευής (Richter 2004).

⁹¹ Στις μέρες μας, έχουν αναπτυχθεί εξειδικευμένα υπολογιστικά προγράμματα (CAD, Computed-aided design) τα οποία κατασκευάζουν χειρουργικούς νάρθηκες, οι οποίοι διασφαλίζουν με απόλυτη ακρίβεια την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων στις προκαθορισμένες θέσεις. Όπως σημειώνει ο Φραγκίσκος (2014), η συγκεκριμένη μέθοδος έχει πλεονεκτήματα τόσο για τον ίδιο τον ιατρό όσο και για τον ασθενή. Ο χειρουργός μπορεί να προσδιορίσει με ακρίβεια την κλίση, την πορεία και την τελική θέση εγγλυφίδας και εμφυτεύματος (ακόμα και όταν πρόκειται για πολλαπλή τοποθέτηση) και έχει ακριβή εικόνα της μορφολογίας και της ποιότητας του οστού. Ο ασθενής αποφεύγει τομές και συρραφές και τυχόν μετεγχειρητικά οιδήματα, ενώ η αισθητική του αποκατάσταση είναι άμεση. Άλλωστε, ο χρόνος που

Η εμφυτευματική διαδικασία, επειδή ακριβώς αποτελεί ουσιαστικά μια χειρουργική διαδικασία, διέπεται από τους βασικούς κανόνες που ισχύουν για χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται στη στοματική κοιλότητα (π.χ. προετοιμασία του ασθενή, αποστείρωση των εργαλείων κ.λπ.) (Φραγκίσκος 2014). Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται κατά τη χειρουργική διαδικασία είναι: α) το χειρουργικό micromotor με τις χειρολαβές, το οποίο καλύπτει όλες τις ανάγκες της εμφυτευματικής διαδικασίας και β) τα εργαλεία τοποθέτησης εμφυτευμάτων (κοπτικά και επικουρικά εργαλεία), τα οποία ανταποκρίνονται σε όλα τα συστήματα εμφυτευμάτων.^{92,93}

Η εμφυτευματική διαδικασία αποτελείται από δύο φάσεις. Η πρώτη φάση αφορά την κυρίως χειρουργική διαδικασία της εμφύτευσης. Γίνεται τοπική αναισθησία στην περιοχή που θα γίνει η εμφύτευση, καθώς επίσης και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Ακολουθεί η παρασκευή του κρημνού, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αναπέτασή του και την αποκάλυψη του οστού. Ο χειρουργός με τη βοήθεια της στρογγύλης οδηγού εγγλυφίδας ανοίγει μικρές οπές (οστικά φρεάτια) σε συγκεκριμένα σημεία του οστού, όπως αυτά έχουν καθοριστεί και έχουν σημειωθεί με ακρίβεια με τη βοήθεια του χειρουργικού νάρθηκα. Με τη βοήθεια της ελικοειδούς εγγλυφίδας διαμέτρου 2 χιλιοστών ολοκληρώνεται ο τρυπανισμός των οστικών φρεατίων, ο οποίος συνοδεύεται από συνεχή καταιονισμό φυσιολογικού ορού, με στόχο την απομάκρυνση των οστικών ρινισμάτων και την αποφυγή υπερθέρμανσης του οστού.⁹⁴ Τα οστικά φρεάτια που έχουν παρασκευαστεί διευρύνονται με την ελικοειδή οδηγό εγγλυφίδα διαμέτρου 2-3 χιλιοστών, ενώ ακολουθεί η παρασκευή του εσωτερικού περιγράμματος της θέσης που θα τοποθετηθεί το εμφύτευμα με τη βοήθεια της εγγλυφίδας κωνικής

απαιτείται για την επέμβαση μειώνεται δραστικά, γεγονός που οφείλει τόσο τον ιατρό όσο και τον ασθενή (Φραγκίσκος 2014).

⁹² Σχετικά με τα εμφυτευματικά συστήματα, βλ. 3.3. Είναι σύνηθες οι εταιρείες κατασκευής των εμφυτευματικών συστημάτων να διαθέτουν δικές τους σειρές εργαλείων ταξινομημένων σε ειδικές χειρουργικές κασετίνες (Φραγκίσκος 2014).

⁹³ Για παράδειγμα, η σειρά κοπτικών εργαλείων Brånemark αποτελείται από τα εξής εργαλεία: α) τη στρογγύλη οδηγό εγγλυφίδα, β) την ελικοειδή εγγλυφίδα 2 χιλιοστών, γ) την ελικοειδή οδηγό εγγλυφίδα 2-3 χιλιοστών, δ) την ελικοειδή εγγλυφίδα 3 χιλιοστών, ε) την εγγλυφίδα κωνικής διαμόρφωσης των αυχενικών ορίων και στ) την εγγλυφίδα διαμόρφωσης ελικώσεων στο εσωτερικό των οστικών φρεατίων. Τα επικουρικά εργαλεία της σειράς είναι: α) ο δείκτης παραλληλότητας των οστικών φρεατίων, β) το ειδικό χειροκίνητο εργαλείο τελικής κοχλίωσης του εμφυτεύματος, γ) το εργαλείο κοχλίωσης της βίδας που καλύπτει το εμφύτευμα, δ) το περιστροφικό εργαλείο αποκοπής των μαλακών ιστών για την αποκάλυψη του εμφυτεύματος, ε) ο μύλος οστικής αποκοπής για την αφαίρεση του οστού που ενδέχεται να σχηματιστεί πάνω από το εμφύτευμα, στ) η ειδική μύλη με ενδείξεις για τον προσδιορισμό του ύψους του διαβλενογονίου τμήματος και ζ) το εργαλείο κοχλίωσης του διαβλενογονίου τμήματος (Φραγκίσκος 2014).

⁹⁴ Στο σημείο αυτό, τοποθετείται στο οστικό φρεάτιο δείκτης παραλληλισμού, ο οποίος λειτουργεί ως οδηγός για την παρασκευή και των υπόλοιπων οστικών φρεατίων τα οποία πρέπει να είναι παράλληλα μεταξύ τους (Φραγκίσκος 2014).

διαμόρφωσης των αυχενικών ορίων. Το εσωτερικό του οστικού φρεατίου διαμορφώνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να έχει ελικώσεις.⁹⁵ Αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια της εγγλυφίδας ελικώσεων. Στη συνέχεια, το εμφύτευμα εισάγεται με τέτοιο τρόπο στο οστικό φρεάτιο, έτσι ώστε να μην έρθει σε επαφή με εργαλεία, σίελο ή άλλα σημεία της στοματικής κοιλότητας, και κοχλιώνεται στο οστό. Η ίδια διαδικασία ακολουθείται για όλα τα εμφυτεύματα, τα οποία ωστόσο πρέπει να βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο με το οστό της φατνιακής ακρολοφίας. Η συγκεκριμένη φάση ολοκληρώνεται με την τοποθέτηση ειδικής βίδας η οποία καλύπτει την οριζόντια επιφάνεια κάθε εμφυτεύματος. Ακολουθούν πλύσεις με φυσιολογικό ορό, ενώ ο κρημνός επαναφέρεται και συρράπτεται (Φραγκίσκος 2014).

Κατά τη δεύτερη φάση της εμφυτευματικής διαδικασίας και με την προϋπόθεση ότι έχει παρέλθει ο ενδεικνυόμενος χρόνος επούλωσης,⁹⁶ ακολουθεί η αποκάλυψη των εμφυτευμάτων και η τοποθέτηση των διαβλεννογόνιων κολοβωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται τοπική αναισθησία και στη συνέχεια εντοπίζονται τα εμφυτεύματα με ψηλάφηση. Η αποκάλυψή τους επιτυγχάνεται με τομή στο φατνιακό βλεννογόνο, ενώ γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου να εφαρμοστεί το διαβλεννογόνο τμήμα στο εμφύτευμα (αφαίρεση τυχόν μαλακών ιστών ή και αναπτυγμένου οστού πάνω στη βίδα του εμφυτεύματος, αφαίρεση βίδας, αφαίρεση μαλακού ή σκληρού ιστού που τυχόν παρεμβάλλεται μεταξύ βίδας και εμφυτεύματος κ.λπ.). Η τοποθέτηση του διαβλεννογόνιου κολοβώματος στο κεντρικό τμήμα του εμφυτεύματος γίνεται με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να εφαρμοστεί πλήρως στην υποδοχή του εμφυτεύματος. Η σταθεροποίησή του επιτυγχάνεται με την κοχλίωση της βίδας, η οποία επίσης συμβάλλει στην αποφυγή ανάπτυξης τάσεων στο περιβάλλον οστό και στην επιφάνεια επαφής οστού και εμφυτεύματος.⁹⁷ Πριν από τη σύσφιγξη των βιδών των εμφυτευμάτων πρέπει να γίνεται ακτινογραφικός έλεγχος, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η ακριβής εφαρμογή των διαβλεννογόνιων κολοβωμάτων. Αφού γίνει κάτι τέτοιο, συρράπτεται η περιοχή και τοποθετούνται καλύπτρες επούλωσης. Μετά την παρέλευση ενός διαστήματος 15-20 ημερών, ο θεράπων ιατρός μπορεί να συνεχίσει τις εργασίες για την ακίνητη ή κινητή επιεμφυτευματική αποκατάσταση (Φραγκίσκος 2014).

⁹⁵ Αυτό κυρίως γίνεται όταν τα εμφυτεύματα έχουν ελικώσεις (Φραγκίσκος 2014).

⁹⁶ Όπως αναφέρει ο Φραγκίσκος (2014), ο χρόνος επούλωσης για την άνω γνάθο είναι περίπου 6 μήνες, ενώ για την κάτω γνάθο 3 με 4 μήνες.

⁹⁷ Κάτι τέτοιο θα προκαλούσε διαταραχή στην οστεοενσωμάτωση (Φραγκίσκος 2014).

3.5 Τα εμφυτεύματα ως μέθοδος αποκατάστασης της νωδότητας

Τα εμφυτεύματα αξιοποιούνται όχι μόνο για την αποκατάσταση ενός ελλείποντος δοντιού⁹⁸ αλλά και για την αποκατάσταση της νωδότητας, είτε αυτή είναι μερική⁹⁹ είτε ολική (Richter 2004· Φραγκίσκος 2014). Η μερική ή η ολική νωδότητα δύναται να αποκατασταθεί είτε με ακίνητες προσθετικές εργασίες οι οποίες στηρίζονται αποκλειστικά σε εμφυτεύματα (ή ακόμα και σε συνδυασμό εμφυτευμάτων και φυσικών δοντιών), είτε με συνδυασμένες αποκαταστάσεις, είτε με κινητές επένθετες οδοντοστοιχίες (Koeck & Wagner 2004· Φραγκίσκος 2014).

Στην περίπτωση αποκατάστασης της οπίσθιας ή ενδιάμεσης μερικής νωδότητας προτείνονται διάφορα εναλλακτικά θεραπευτικά πρωτόκολλα: α) η κατασκευή μικτής γέφυρας, η οποία απολήγει σε ένα τελικό δόντι και περιλαμβάνει ένα ή δύο εμφυτεύματα (ανάλογα με την έκταση του οδοντικού τόξου), β) η κατασκευή μιας αμιγώς εμφυτευματικά στηριζόμενης αποκατάστασης σε περιπτώσεις όπου το τελικό δόντι ή τα δόντια που ορίζουν τη νωδότητα δεν έχουν φθορές και υπάρχει αρκετό οστό για την τοποθέτηση τουλάχιστον δύο εμφυτευμάτων και γ) η αποκατάσταση με μονήρεις εμφυτεύσεις (μεμονωμένες στεφάνες) για κάθε ελλείπον δόντι.¹⁰⁰ Σ' αυτές τις περιπτώσεις τα εμφυτεύματα στηρίζουν μια ακίνητη προσθετική εργασία (Richter 2004· Φραγκίσκος 2014). Στην περίπτωση αποκατάστασης της πρόσθιας μερικής

⁹⁸ Μάλιστα, η συγκεκριμένη μέθοδος αποτελεί τον πλέον αποτελεσματικό και αξιόπιστο τρόπο αποκατάστασης, υπερτερώντας από οποιαδήποτε άλλη θεραπευτική προσέγγιση (π.χ. την κατασκευή γέφυρας), καθώς συντελεί: α) στη διαφύλαξη της οδοντικής ουσίας και την αποφυγή παρασκευής των παρακείμενων δοντιών, β) στη μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης τερηδόνας, περιοδοντίτιδας ή κάποιου είδους ευαισθησίας (στο κρύο, στο βούρτσισμα, στην πίεση) ή ενδοοδοντικού προβλήματος στα παρακείμενα δόντια, γ) στην αποφυγή επηρεασμού της κινητικότητας των φυσικών δοντιών, δ) στην προφύλαξη της φατνιακής απόφυσης από τη μη φυσιολογική ατροφία, ε) στη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής των μεσοδόντιων διαστημάτων, συνεπώς στη διαφύλαξη της περιοδοντικής υγείας των παρακείμενων δοντιών και στ) στην επίτευξη ενός αισθητικά ικανοποιητικού αποτελέσματος (ειδικά δε όταν υπάρχει μια ευνοϊκή αρχική κατάσταση) (Koeck & Wahl 2004· Richter 2004· Misch 2008a· Φραγκίσκος 2014).

⁹⁹ Πρβ. την τοποθέτηση στηρικτικών εμφυτευμάτων σε εκτεταμένες γέφυρες της άνω και της κάτω γνάθου και την αποκατάσταση ενός ετερόπλευρα ή αμφίπλευρα μειωμένου οδοντικού τόξου (Koeck & Wahl 2004).

¹⁰⁰ Ειδικά ο τρίτος τρόπος, σε περίπτωση οπίσθιας μερικής νωδότητας, αποτρέπει την υπερφόρτιση των εμφυτευμάτων (οι φορτίσεις κατανέμονται σε όσο το δυνατόν περισσότερα στηρίγματα και αναπληρώνονται οι αναγκαίες μασητικές μονάδες), ενώ προσφέρει καλύτερη στήριξη της προσθετικής εργασίας, σε περίπτωση που κάποιο από τα εμφυτεύματα απολεσθεί στο μέλλον. Αλλά και στην περίπτωση πρόσθιας μερικής νωδότητας, κάτι τέτοιο προσφέρει καλύτερο αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, ενώ συμβάλλει και στην προστασία των παρακείμενων δοντιών (Richter 2004· Φραγκίσκος 2014). Γενικότερα, το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο έχει πολλά πλεονεκτήματα από άποψη αισθητικής, υγιεινής και λειτουργικότητας, ενώ χαρακτηρίζεται από υψηλή βιοσυμβατότητα (Richter 2004).

νωδότητας (κυρίως στην κάτω γνάθο)¹⁰¹ προτείνεται η χρήση δοκών, οδοντικά στηριζόμενων τηλεσκοπικών στεφανών και άγκιστρων, καθώς ο χαρακτήρας τους είναι αμιγώς συγκρατητικός και στηρικτικός, ενώ πάνω σε αυτά τοποθετείται κινητή επένθετη οδοντοστοιχία (Richter 2004). Υπάρχει επίσης και η δυνατότητα χρήσης ακίνητων πολυμερών υπερκατασκευών στην κάτω γνάθο (γέφυρες Maryland ή συμβατικές γέφυρες) και ακίνητων επίσης υπερκατασκευών στην άνω γνάθο, όπου μάλιστα επιτυγχάνεται η μέγιστη σταθεροποίηση όλων των στηριγμάτων μέσω δοκών και τηλεσκοπικών στεφανών (Richter 2004). Γενικότερα, σημειώνεται ότι σε περιπτώσεις μερικής νωδότητας είναι προτιμότερη και αποτελεσματικότερη η εφαρμογή μιας αμιγώς εμφυτευματικής ακίνητης αποκατάστασης. Προτείνεται μάλιστα η χρήση πολλών εμφυτευμάτων (παρόλο που το κόστος αποτελεί ένα ζήτημα), καθώς έτσι θα υπάρχουν περισσότερα σημεία συγκράτησης, μικρότερη πίεση στο οστό, συνεπώς οι επιπλοκές θα είναι λιγότερες ενώ η διάρκεια ζωής των εμφυτευμάτων μεγαλύτερη (Misch 2008b).

Στην περίπτωση αποκατάστασης της ολικής νωδότητας, οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο οδοντίατρος είναι περισσότερες, καθώς ένα σύνηθες πρόβλημα που ανακύπτει είναι η απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας στην άνω και την κάτω γνάθο, συνεπώς η δυσκολία σταθεροποίησης και συγκράτησης της οδοντοστοιχίας (Koeck & Wahl 2004· Φραγκίσκος 2014). Το συγκεκριμένο πρόβλημα αντιμετωπίζεται κυρίως με την εφαρμογή ακίνητων¹⁰² ή κινητών¹⁰³ επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων.

Οι ακίνητες επιεμφυτευματικές προσθετικές εργασίες φαίνεται πως υπερτερούν ως προς: α) τη διατήρηση του οστικού υπόβαθρου, β) την αποκατάσταση και τη διατήρηση της κάθετης διάστασης σύγκλεισης, γ) τη βελτίωση της σύγκλεισης, δ) τη μασητική λειτουργία και τη διατήρηση του τόνου των μυών της μάσησης και της έκφρασης του προσώπου, ε) την εφαρμογή, τη σταθερότητα και τη συγκράτηση, στ) τη βελτίωση της φώνησης, ζ) τη διάρκεια ζωής τους και τη μονιμότητα της αποκατάστασης (δεν απαιτείται μεγάλη συντήρηση, καθώς τα διαβλεννογόνια τμήματα δεν χρειάζονται

¹⁰¹ Σύμφωνα με τον Richter (2004), το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο δεν συστήνεται ανεπιφύλακτα για την άνω γνάθο, λόγω της σπογγώδους οστικής δομής και της μειωμένης δυνατότητας φόρτισης του εμφυτεύματος.

¹⁰² Σε αυτές περιλαμβάνονται οι συμβατικές μεταλλοκεραμικές και οι υβριδικού τύπου κοχλιούμενες εργασίες, καθώς επίσης και οι εμφυτευματικά συγκρατημένες, δυναμικά αφαιρούμενες ακίνητες αποκαταστάσεις που έχουν τη μορφή γέφυρας (Richter 2004· Φραγκίσκος 2014).

¹⁰³ Σε αυτές περιλαμβάνονται οι κλασικές επένθετες οδοντοστοιχίες και οι εμφυτευματικά στηριζόμενες ή εμφυτευματικά καθοδηγούμενες επένθετες οδοντοστοιχίες, οι οποίες σταθεροποιούνται με εμφυτεύματα, αλλά κυρίως στηρίζονται στο βλεννογόνο (Richter 2004· Φραγκίσκος 2014).

αλλαγή ή προσαρμογή), η) την παγίδευση των τροφών, η οποία είναι ελάχιστη, θ) τις συνθήκες των περιεμφυτευματικών μαλακών ιστών, τη διαμόρφωση των οριακών χώρων και τη δυνατότητα καθαρισμού από τον ασθενή, ι) τη διατήρηση της αισθητικής του προσώπου, αλλά και την αισθητική βελτίωση, και ια) τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του ασθενή¹⁰⁴ (Richter 2004· Misch 2008a, 2008b). Ειδικά το ψυχολογικό πλεονέκτημα αυτού του είδους της αποκατάστασης είναι σημαντικό, καθώς ο ασθενής προσαρμόζεται πλήρως στην προσθετική εργασία, ενώ και το κόστος δεν ξεπερνά αυτό των αμιγώς επιεμφυτευματικών επένθετων οδοντοστοιχιών (Misch 2008b).

Ωστόσο, η συγκεκριμένη θεραπεία απαιτεί χρόνο, ειδικές ικανότητες από την πλευρά του οδοντοτεχνίτη, ενώ κοστίζει συγκριτικά περισσότερο. Επιπλέον, οποιαδήποτε ενδεχόμενη επιπλοκή δεν είναι εύκολα αντιμετωπίσιμη, ενώ δεν είναι εύκολη και η αφαίρεση της αποκατάστασης τη νύχτα για να αποφευχθεί παραλειτουργική έξη. Το αισθητικό αποτέλεσμα ενδέχεται να επηρεαστεί από τη δυσκολία στήριξης των χειλικών πτερυγίων ή από την ανοιχτή διαμόρφωση των οριακών χώρων (για την άνω γνάθο). Επίσης, αυτού του είδους η αποκατάσταση δεν δίνει την ευχέρεια στον ασθενή (ειδικά όταν είναι μεγάλης ηλικίας) να τηρεί με ευκολία τους κανόνες στοματικής υγιεινής, ενώ σε άλλες περιπτώσεις επηρεάζεται η φώνηση λόγω της διαφυγής αέρα από την πρόσθια περιοχή της γνάθου (Richter 2004· Misch 2008b).

Η ακίνητη επιεμφυτευματική αποκατάσταση στην κάτω γνάθο διακρίνεται από ποικίλα θεραπευτικά πρωτόκολλα, όπως:

- Την τοποθέτηση 5-6 εμφυτευμάτων στην περιοχή μεταξύ των γενειακών τρημάτων, πάνω στα οποία στηρίζεται ακίνητη, αμιγώς εμφυτευματικά συγκρατούμενη αποκατάσταση (γέφυρα). Παρόλο που αυτού του είδους οι κατασκευές παρουσιάζουν προβλήματα σε θέματα κατασκευής και υγιεινής, συμβάλλουν στη βελτίωση της μασητικής ικανότητας του ασθενή (Richter 2004).
- Την τοποθέτηση 4-6 εμφυτευμάτων στην περιοχή μεταξύ των γενειακών τρημάτων, πάνω στα οποία στηρίζεται η προσθετική εργασία, η οποία επεκτείνεται προς τα άνω με προβόλους (Φραγκίσκος 2014).

Η ακίνητη επιεμφυτευματική αποκατάσταση στην άνω γνάθο στηρίζεται σε 6-8 εμφυτεύματα ή και σε περισσότερα (Φραγκίσκος 2014) και διακρίνεται από ποικίλα

¹⁰⁴ Αυτό σχετίζεται με το ότι η αποκατάσταση έχει σταθερή εφαρμογή και διακρίνεται για τη λεπτή της κατασκευή και διαμόρφωση, γεγονός που κάνει τον ασθενή να νιώθει ότι τα δόντια αυτά είναι φυσικά (Richter 2004· Misch 2008b).

θεραπευτικά πρωτόκολλα, αν και οι συνθήκες που επικρατούν είναι συγκριτικά δυσμενέστερες όσον αφορά την οστική ποσότητα (η οστική ακρολοφία υπολείπεται σε βάθος ή σε πλάτος) και τη μορφολογία της περιοχής, συνεπώς οι δυσκολίες που προκύπτουν είναι μεγαλύτερες (Richter 2004). Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις αισθητικές απαιτήσεις των ασθενών, καθιστά το θεραπευτικό σχέδιο μια ιδιαίτερα απαιτητική εξατομικευμένη διαδικασία, η οποία πρέπει να γίνεται με προσοχή, καθώς δεν είναι εύκολη η προπροσθητική και διαγνωστική της αξιολόγηση (Richter 2004).

- Ένα ενδεικνυόμενο θεραπευτικό σχέδιο, το οποίο προτιμάται στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου, περιλαμβάνει την αντικατάσταση των μυλών των απολεσθέντων δοντιών και την τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε θέση παρόμοια με τη ρίζα του ελλείποντος δοντιού (ειδικά αν το επιτρέπει η θέση της ελλειμματικής οστικής ακρολοφίας). Σύμφωνα με τον Misch (2008b), το αποτέλεσμα προσομοιάζει σε μέγεθος και σε σχήμα με τις συνηθισμένες ακίνητες αποκαταστάσεις που χρησιμοποιούνται για την αντικατάσταση ελλειπόντων φυσικών δοντιών.¹⁰⁵
- Εναλλακτικά, γίνεται τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε εγγύς ή άπω διεύθυνση. Η θέση τους δεν καθορίζεται από αισθητικά κριτήρια, αλλά με βάση το εύρος της οστικής ακρολοφίας, της γωνίας εμφύτευσης και της διευκόλυνσης του ασθενή σε θέματα υγιεινής (Misch 2008b).
- Σε άλλο θεραπευτικό σχέδιο, επιχειρείται η αντικατάσταση της μύλης των φυσικών δοντιών και ενός τμήματος των μαλακών ιστών. Στην περίπτωση πολλαπλών εμφυτευματικών στηριγμάτων όπου η οστική απώλεια είναι μεγάλη, προτείνονται δύο παραλλαγές ακίνητων αποκαταστάσεων: είτε μια υβριδικού τύπου οδοντοστοιχία (ακρυλική με μεταλλική δομή) είτε μια μεταλλοκεραμική αποκατάσταση. Τόσο σε αυτή την περίπτωση όσο και στην προηγούμενη, οι αποκαταστάσεις υπερεκτείνονται ή ακουμπούν στους μαλακούς ιστούς, έτσι ώστε να διευκολύνεται η ομιλία. Ωστόσο, η τήρηση της υγιεινής δεν είναι τόσο εύκολη (Misch 2008b).¹⁰⁶

¹⁰⁵ Αυτού του τύπου η προσθητική εργασία παρουσιάζει δυσκολίες σε περίπτωση που λείπουν περισσότερα των δύο παρακείμενα δόντια, καθώς η απώλεια οστού και η έλλειψη μεσοδόντιων μαλακών ιστών πλήττουν το αισθητικό αποτέλεσμα. Επιπλέον, στην οπίσθια περιοχή της κάτω γνάθου αυτού του είδους οι επιμφυτευματικές προσθητικές αποκαταστάσεις έχουν στενότερες μασητικές επιφάνειες (Misch 2008b).

¹⁰⁶ Αντίθετα, στην κάτω γνάθο η τήρηση της στοματικής υγιεινής δεν παρεμποδίζεται σε μεγάλο βαθμό (Misch 2008b).

- Ένα εναλλακτικό σχέδιο ακίνητης αποκατάστασης της άνω γνάθου είναι η τοποθέτηση 6-8 εμφυτευμάτων, αφού έχει προηγηθεί χειρουργική ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου, προκειμένου να αποφευχθεί η τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου. Επιδιώκεται η μικρή απόσταση ανάμεσα στο βλεννογόνο και τη βάση της αποκατάστασης, συνεπώς η μείωση της διείσδυσης του αέρα, έτσι ώστε να μην επηρεάζεται η ομιλία του ασθενή. Οι μορφές της ακίνητης αποκατάστασης που προτείνονται είναι ποικίλες: α) σκελετοί γέφυρας με κεραμική όψη¹⁰⁷, β) ακρυλικοί σκελετοί στο χρώμα των ούλων, σε περίπτωση ατροφίας, έλλειψης μαλακών ιστών ή μεγάλης διαγναθικής απόστασης, γ) διμερείς σκελετοί σε περίπτωση απόκλισης των αξόνων των εμφυτευμάτων (Richter 2004).

Γενικότερα, υποστηρίζεται ότι μια ακίνητη οδοντοστοιχία απαιτεί περισσότερα στηρίγματα, αν και κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα εφικτό λόγω ανατομικών περιορισμών. Ακριβώς λόγω της πολυπλοκότητας των συνθηκών που αφορούν την αποκατάσταση της άνω γνάθου, προτείνεται η πραγματοποίηση προσθετικού διαγνωστικού κερώματος και δοκιμής της σύνταξης των δοντιών, προκειμένου να γίνεται έλεγχος της μασητικής, αισθητικής και φωνητικής λειτουργίας του ασθενή. Ωστόσο, ακόμα και στην περίπτωση εκείνη όπου πληρούνται οι προϋποθέσεις για την επιτυχία μιας τέτοιας αποκατάστασης, η τυχόν απώλεια ενός εμφυτεύματος, η όχι τόσο ιδανική αξονική κατεύθυνσή του ή οι δυσμενείς συνθήκες στους μαλακούς ιστούς αποτελούν ενδείξεις για την εφαρμογή μιας κινητής αποκατάστασης, καθώς η επιτυχία της είναι συγκριτικά πιο βέβαιη (Richter 2004).

Η κινητή επιεμφυτευματική αποκατάσταση απαρτίζεται από μια μεταλλική υπερκατασκευή, η οποία στηρίζεται σε εμφυτεύματα μέσω των διαβλεννογόνιων στηριγμάτων, πάνω στην οποία τοποθετείται αφαιρούμενη επένθετη οδοντοστοιχία (Misch 2008b).¹⁰⁸ Αυτού του είδους οι αποκαταστάσεις έχουν, μεταξύ άλλων, τα εξής πλεονεκτήματα: α) θεωρούνται συγκριτικά πιο απλές και εφαρμόσιμες (ακόμα και σε περιπτώσεις όπου παρατηρείται έντονη απορρόφηση της γνάθου η οποία δεν επιτρέπει παραπάνω από δύο εμφυτεύματα), β) δίνουν τη δυνατότητα για μια εξατομικευμένη διαμόρφωση της βάσης της οδοντοστοιχίας, όπου πληρούνται τα κριτήρια της

¹⁰⁷ Αν η θέση των εμφυτευμάτων είναι ευνοϊκή και τα προσθετικά κολοβώματα σωστά επιτυγχάνεται μια αισθητικά φυσιολογική αποκατάσταση, καθώς τα τεχνητά δόντια φαίνεται να αναδύονται από το βλεννογόνο όπως στον φυσικό οδοντικό φραγμό (Richter 2004).

¹⁰⁸ Εναλλακτικά αναφέρονται περιπτώσεις κλασικών κινητών μερικών οδοντοστοιχιών με άγκιστα γύρω από επιεμφυτευματικές μονήρεις στεφάνες. Ωστόσο δεν υπάρχουν βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες μελέτες σχετικά με το συγκεκριμένο σχέδιο (Misch 2008b).

αισθητικής, της φώνησης και της στήριξης των χειλιών, γ) είναι πιο εύκολη η τήρηση των κανόνων υγιεινής, δ) εξισορροπούνται οι δυσμενείς διαγναθικές σχέσεις, ιδιαίτερα στην κατακόρυφη και στην οβελιαία διάσταση, ε) η πορεία της θεραπείας είναι οικονομικά προσιτή και εύκολη, κυρίως για τους προχωρημένης ηλικίας ασθενείς και στ) δίνουν τη δυνατότητα επέκτασης της δοκού με την τοποθέτηση επιπλέον εμφυτευμάτων, εξασφαλίζοντας τη συγκράτηση της οδοντοστοιχίας (Richter 2004). Ωστόσο, εκφράζονται αντιρρήσεις σχετικά με την εξασφάλιση της λειτουργικής σταθερότητας και της διατήρησης της υγιεινής λόγω της προοδευτικής οστικής απορρόφησης. Επιπλέον, φαίνεται ότι η κινητή οδοντοστοιχία έχει αρνητική επίδραση στην ψυχολογία του ασθενή (Richter 2004).

Ενδεικτικά, προτείνονται τα εξής θεραπευτικά πρωτόκολλα:

- Η τοποθέτηση 2 εμφυτευμάτων (στην κάτω γνάθο) στην περιοχή μεταξύ των γενειακών τρημάτων και σε σημεία με τη μέγιστη οστική ποσότητα. Τα εμφυτεύματα συνδέονται με δοκό πάνω στην οποία σταθεροποιείται επένθετη οδοντοστοιχία. Το συγκεκριμένο πρωτόκολλο ενδείκνυται για περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι έχουν μέτρια ατροφική φατνιακή ακρολοφία ή έχουν προβλήματα με τη συγκράτηση ή τη λειτουργία μιας συμβατικής ολικής οδοντοστοιχίας. Διακρίνεται για την απλότητά του, την εύκολα ρυθμιζόμενη συγκράτηση και τη μακροβιότητά του, αν και έχουν καταγραφεί λειτουργικά προβλήματα (εκτροπή της κάτω οδοντοστοιχίας κατά τις πλάγιες κινήσεις λόγω ατροφίας της φατνιακής ακρολοφίας, μείωση λειτουργικότητα της κατασκευής από πιθανή απώλεια εμφυτεύματος) και δυσκολίες στον καθαρισμό της κατασκευής (Richter 2004).
- Η μεικτή στήριξη μιας κινητής αποκατάστασης μέσω εμφυτευμάτων και βλεννογόνου στην κάτω γνάθο. Προτείνεται η τοποθέτηση είτε δύο ασύνδετων εμφυτευμάτων στην πρόσθια περιοχή, είτε δύο εμφυτευμάτων (τα οποία συνδέονται με δοκό) στην περιοχή των κυνοδόντων, είτε τριών ναρθηκοποιημένων εμφυτευμάτων (το ένα μπροστά και τα άλλα δύο στην περιοχή των προγομφίων), είτε τεσσάρων εμφυτευμάτων ενωμένων με δοκό και με άπω πρόβολο. Η επένθετη οδοντοστοιχία μοιάζει με τις συμβατικές ολικές οδοντοστοιχίες. Το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο θεωρείται προσιτό όσον αφορά το κόστος (Misch 2008b).

- Η τοποθέτηση 2-4 εμφυτευμάτων, συμμετρικά στην πρόσθια περιοχή της γνάθου,¹⁰⁹ τα οποία συνδέονται με δοκό προκειμένου να διασφαλιστεί η λειτουργική απόδοση και η σταθερότητα της επένθετης οδοντοστοιχίας η οποία θα στηριχτεί πάνω της (Misch 2008b· Φραγκίσκος 2014). Το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο αποτελεί την καθιερωμένη μέθοδο για την εμφυτευματικά στηριζόμενη ολική οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου. Διακρίνεται για τη σταθερότητα και τη λειτουργικότητά του, ακόμα και όταν απολεστεί κάποιο εμφύτευμα. Επίσης είναι χρονικά πιο προσιτό, καθώς είναι δυνατή η άμεση φόρτιση των εμφυτευμάτων μετά τη χειρουργική επέμβαση (Richter 2004).
- Η τοποθέτηση 4-5 εμφυτευμάτων στην κάτω γνάθο (ύστερα από χειρουργική διφασική επέμβαση), τα οποία συνδέονται με δοκό με άπω επέκταση, πάνω στην οποία στηρίζεται επένθετη οδοντοστοιχία. Το πλεονέκτημα του συγκεκριμένου θεραπευτικού πρωτοκόλλου είναι ότι ανταποκρίνεται σε περιπτώσεις έντονης ατροφίας της κάτω γνάθου, προσαρμόζεται σε σκελετικά δυσμενείς συνθήκες (κυρίως σε περιπτώσεις που είναι απαραίτητη η χειλική στήριξη), δεν έχει τάση περιστροφής, ενώ διακρίνεται για τη σταθερότητα και τη μασητική του δύναμη και απόδοση (Richter 2004).
- Η τοποθέτηση 5-6 εμφυτευμάτων στην κάτω γνάθο και 6-8 εμφυτευμάτων στην άνω γνάθο, τα οποία συνδέονται με δοκό ή κάποιο άλλο είδος υπερκατασκευής η οποία συνδέει και ναρθηκοποιεί τα εμφυτεύματα. Πάνω σε αυτά στηρίζεται επένθετη οδοντοστοιχία. Ειδικά για τους ασθενείς εκείνους που ενώ επιθυμούν για αισθητικούς λόγους μια ακίνητη εργασία, παρουσιάζουν παραλειτουργικές έξεις, μια τέτοιου είδους κινητή προσθετική εργασία μπορεί να ανταποκριθεί σε αυτήν την ανάγκη (Misch 2008b).
- Η τοποθέτηση 4 εμφυτευμάτων στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου. Καθιερωμένη μορφή αποκατάστασης είναι η κεκαμμένη δοκός, η οποία σταθεροποιεί τα εμφυτεύματα και εξισορροπεί τις αποκλίσεις παραλληλότητας που προκαλούνται λόγω της φοράς τους. Πάνω στη δοκό στηρίζεται επένθετη οδοντοστοιχία, η οποία μπορεί να μειωθεί στην υπερώια περιοχή. Το συγκεκριμένο σχέδιο θεραπείας ενδείκνυται για ασθενείς που έχουν ατροφία του

¹⁰⁹ Σε περίπτωση αποκατάστασης της κάτω γνάθου, εναλλακτικό, μεταξύ άλλων, σχέδιο είναι και η τοποθέτηση μεμονωμένων εμφυτευμάτων πάνω στα οποία έχουν κοχλιωθεί διαβλενογόνια τμήματα με σφαιρικές κεφαλές. Σ' αυτήν την περίπτωση, η επένθετη οδοντοστοιχία έχει μεγαλύτερη στήριξη και σταθερότητα (Φραγκίσκος 2014).

οστού. Προϋπόθεση, ωστόσο, για την επιτυχία του είναι η πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου να έχει πλάτος και ύψος (Richter 2004).

- Η τοποθέτηση 4-6 εμφυτευμάτων (ανάλογα το μήκος του τοξοειδούς οστικού τμήματος) στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου. Τα εμφυτεύματα αυτά ναρθηκοποιούνται με μια δοκό η οποία επεκτείνεται προς τα άπω, ενώ τοποθετείται επένθετη οδοντοστοιχία η οποία στηρίζεται όχι μόνο στα εμφυτεύματα αλλά και στο βλεννογόνο (Richter 2004).
- Η τοποθέτηση 6-8 εμφυτευμάτων στην άνω γνάθο, αφού όμως έχει προηγηθεί χειρουργική ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου. Τα εμφυτεύματα στηρίζουν κινητή οδοντοστοιχία η οποία δεν καλύπτει την υπερώα, συντελώντας έτσι: α) στην αισθητικά ευνοϊκή διαμόρφωση της περιοχής του άνω χείλους και των πρόσθιων δοντιών, β) στην εξισορρόπηση της ατροφικής φατνιακής απόφυσης και γ) στη διαμόρφωση της υπερώιας περιοχής φώνησης. Σημειώνεται ότι το συγκεκριμένο πρωτόκολλο ενδείκνυται σε ασθενείς που παρουσιάζουν δυσμενείς ανατομικές και σκελετικές ιδιομορφίες, που όμως επιθυμούν τη μέγιστη δυνατή σταθερότητα, λειτουργικότητα και αισθητική κάλυψη (Richter 2004).

3.6 Επιτυχία και πρόγνωση των οδοντικών εμφυτευμάτων

Η επιτυχία ενός οδοντικού εμφυτεύματος αποτελεί μια σχετικά αδιευκρίνιστη έννοια, παρόλο που χρησιμοποιείται ευρέως στην εμφυτευματολογία (Misch & Meffert 2008). Ουσιαστικά, ταυτίζεται με την επιβίωση και την καλή πρόγνωση ενός εμφυτεύματος, την εκτίμηση του διαστήματος όπου το εμφύτευμα διατηρείται και λειτουργεί φυσιολογικά μέσα στη στοματική κοιλότητα (Φραγκίσκος 2014). Έχουν προταθεί διάφορες κλίμακες αξιολόγησης της υγείας των εμφυτευμάτων (James 1980· Misch 1995, 1998), οι οποίες βασίζονται κυρίως σε κλινικά κριτήρια, όπως είναι η απουσία πόνου ή ευαισθησίας κατά την ψηλάφηση, την επίκρουση ή τη λειτουργία (π.χ. μάσηση, ομιλία), η απουσία κινητικότητας (σταθερότητα) του εμφυτεύματος, ο βαθμός αποκάλυψής του, η οστική απώλεια, η απουσία ιστορικού εξιδρώματος ή ακτινοδιαύγασης γύρω από το σώμα του εμφυτεύματος, η πρόκληση αιμορραγίας κ.λπ. (Misch & Meffert 2008). Με βάση κριτήρια σαν τα παραπάνω, τα εμφυτεύματα ταξινομούνται σε ένα συνεχές, στο ένα άκρο του οποίου απαντά η ιδανική κατάσταση

της υγείας τους, ενώ στο άλλο η απόλυτη αποτυχία τους.¹¹⁰ Η αποτυχία ενός εμφυτεύματος μπορεί να συντελεστεί σε διάφορες χρονικές στιγμές: α) μετά το χειρουργείο, όπου ενδέχεται να προκύψουν επιπλοκές, β) κατά τη φάση επούλωσης (τραύματα, κινητικότητα, φλεγμονές), γ) κατά την πρώιμη φόρτιση (υπερφόρτιση, βακτηριακή μόλυνση), δ) μετά τη συμπλήρωση ενός χρόνου, μέχρι και το 5^ο έτος λειτουργίας του (μέση αποτυχία), ε) από το 5^ο έως και τον 10^ο χρόνο λειτουργίας του (ύστερη αποτυχία) και στ) μετά τον 10^ο χρόνο (μακροπρόθεσμη αποτυχία) (Misch & Meffert 2008).

Η καλή πρόγνωση ενός εμφυτεύματος εξαρτάται από τις ποικίλες παραμέτρους: α) από τα επιμέρους χαρακτηριστικά των εμφυτευμάτων (βιοσυμβατότητα εμφυτευματικού υλικού, σχήμα, ύψος, διάμετρος και θέση εμφυτεύματος, μικρομορφολογία επιφάνειας), β) από τις ανατομικές και δομικές συνθήκες (π.χ. στοματοπροσωπικές δυσκινησίες, ανεπάρκεια χώρου στο κατακόρυφο επίπεδο η οποία εμποδίζει την προσθετική αποκατάσταση, διαγναθική απόσταση σε σχέση με το μήκος των εμφυτευμάτων), γ) από την ικανότητα και την εμπειρία του χειρουργού οδοντιάτρου όσον αφορά την εμφυτευματική διαδικασία (τήρηση χειρουργικού πρωτοκόλλου, άριστη γνώση της ανατομίας, χειρουργική εμπειρία στη στοματική κοιλότητα, εκπαίδευση στην τοποθέτηση εμφυτευμάτων, άριστη γνώση των αρχών της κλασικής προσθετικής, της ποικιλίας των προσθετικών αποκαταστάσεων¹¹¹ και των εμφυτευματικών συστημάτων που υπάρχουν, μετεγχειρητική πορεία κ.λπ.), δ) από τον σχεδιασμό και τη λειτουργική διαμόρφωση της προσθετικής κατασκευής αλλά και τη φόρτισή της με την επίδρασή της στους περιεμφυτευματικούς ιστούς, ε) από τα ατομικά και κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενή (ηλικία – στοματική υγιεινή, βρουξισμός, χρόνια περιοδοντίτιδα, κάπνισμα, συστηματικά νοσήματα) κ.λπ. (Koeck & Wahl 2004· Koeck & Wahl 2004· Φραγκίσκος 2014).¹¹²

¹¹⁰ Σύμφωνα με τον Misch (1993), διακρίνονται οι εξής κατηγορίες: α) η ιδανική κατάσταση, β) η ικανοποιητική υγεία, γ) η μη ικανοποιητική υγεία, δ) η κλινική αποτυχία και ε) η απόλυτη αποτυχία. Σε σοβαρές περιπτώσεις προτείνονται συγκεκριμένοι τρόποι αντιμετώπισης: η αυξημένη και συχνότερη παρακολούθηση, η εφαρμογή ενός πρωτοκόλλου μείωσης των πιέσεων, η λήψη ετήσιων ακτινογραφιών, η ουλοπλαστική, μέθοδοι εξάλειψης των θυλάκων, η χειρουργική διόρθωση, η αλλαγή της προσθετικής εργασίας (π.χ. από ακίνητη σε κινητή, τοποθέτηση επιπλέον εμφυτευμάτων), η χρήση αντιβιοτικών, η απομάκρυνση του εμφυτεύματος, η τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος κ.λπ. (Misch & Meffert 2008).

¹¹¹ Για παράδειγμα, μια τυχόν εσφαλμένη επιλογή του θεράποντος ιατρού όσον αφορά τον αριθμό και τη θέση των εμφυτευμάτων ή ακόμα και το είδος της επιεμφυτευματικής αποκατάστασης μπορεί να προκαλέσει κάταγμα των στηριγμάτων (κυρίως των οπίσθιων) ή των εξαρτημάτων τους (Φραγκίσκος 2014).

¹¹² Όπως σχολιάζουν οι Pjetursson *et. al.* (2005), το θεραπευτικό αποτέλεσμα όπως γίνεται αντιληπτό από τον ίδιο τον ασθενή αντανακλά σημαντικές παραμέτρους που σχετίζονται με την επιτυχία ενός εμφυτεύματος, παρόλο που δεν λαμβάνεται πάντα υπόψη από τους ερευνητές.

Ειδικά σε ό,τι αφορά τα ατομικά και κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενή, θα μπορούσαν να σημειωθούν τα εξής: Η ενδεχόμενη προχωρημένη ηλικία ενός ασθενή (άνω των 60 ετών) αποτελεί συνήθως αντένδειξη και οδηγεί σε αμφίβολη ή και δυσμενή πρόγνωση της εμφυτευματικής διαδικασίας (Koeck & Wahl 2004· Φραγκίσκος 2014). Αυτό, μεταξύ άλλων, οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς προχωρημένης ηλικίας αδυνατούν, αδιαφορούν ή είναι απρόθυμοι να τηρήσουν τις οδηγίες που τους έχει δώσει ο θεράπων οδοντίατρός τους σχετικά με τη στοματική υγιεινή και τη μετεμφυτευματική φροντίδα που πρέπει να ακολουθήσουν. Η ανεπαρκής, όμως, στοματική υγιεινή αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης περιεμφυτευματίτιδας και απώλειας των εμφυτευμάτων (Van Steenberghe 1997· Φραγκίσκος 2014). Ωστόσο, φαίνεται ότι σε γενικές γραμμές σημειώνεται μια καλή πρόγνωση για τους ασθενείς προχωρημένης ηλικίας, κυρίως δεν αυτούς που είναι ευνοϊκά διατεθειμένοι απέναντι στην εμφυτευματική διαδικασία, χωρίς όμως να δίνεται μια ικανοποιητική εξήγηση για το συγκεκριμένο δεδομένο (Koeck & Wahl 2004).

Ασθενείς με νευροψυχικές διαταραχές ή ασθενείς εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες, αλκοόλ, καπνιστές κ.ά., οι οποίοι επίσης δεν δίνουν έμφαση στη στοματική τους υγιεινή, αποτελούν οδοντιατρικά περιστατικά στα οποία συνήθως παρατηρείται απώλεια των τοποθετούμενων εμφυτευμάτων. Το κάπνισμα, γενικότερα, αποτελεί έναν αρκετά σοβαρό παράγοντα κινδύνου, ο οποίος μπορεί να συντελέσει στην αποτυχία της εμφυτευματικής διαδικασίας (τόσο σε πρώιμο όσο και σε μεθύτερο επίπεδο), λόγω της πρόκλησης ιστοπαθολογικών αλλοιώσεων στη στοματική κοιλότητα (στους περιοδοντικούς και περιεμφυτευματικούς ιστούς) (Koeck & Wahl 2004· Φραγκίσκος 2014). Επιπρόσθετα, η χρόνια περιοδοντίτιδα φαίνεται πως αποτελεί έναν παράγοντα που συσχετίζεται με την ανάπτυξη περιεμφυτευματίτιδας και την απορρόφηση του οστού γύρω από τα εμφυτεύματα (Φραγκίσκος 2014).¹¹³

Επιπρόσθετα, συγκεκριμένες συστηματικές νόσοι, όπως είναι η οστεοπόρωση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ξηροστομία κ.ά. (ειδικά δε όταν σταματήσουν να ελέγχονται από τον ασθενή), καθώς επίσης και η φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό¹¹⁴ αποτελούν σοβαρούς παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην απώλεια των εμφυτευμάτων (Koeck & Wahl 2004· Φραγκίσκος 2014). Πιο

¹¹³ Βέβαια, άλλες έρευνες έχουν παρατηρήσει ότι το ποσοστό των ασθενών που έχουν οδοντιατρικό ιστορικό χρόνιας περιοδοντίτιδας η οποία συντελεί στην απώλεια των εμφυτευμάτων τους δεν είναι τόσο υψηλό (Φραγκίσκος 2014).

¹¹⁴ Κυρίως, πρόκειται για αγωγή που αφορά κορτικοστεροειδή, διφωσφονικά και κυτταροστατικά-ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (Φραγκίσκος 2014).

συγκεκριμένα, η οστεοπόρωση έχει ως επακόλουθο τη μείωση της οστικής πυκνότητας, συνεπώς μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου (κυρίως μετά την εμφυτευματική διαδικασία), ο οποίος πλήττει τη σταθερότητα του εμφυτεύματος λόγω του ότι επηρεάζεται ο μηχανισμός επούλωσης του οστού γύρω από αυτό. Πολλές έρευνες, ωστόσο, έχουν καταδείξει ότι η αύξηση της περιόδου οστικής επούλωσης μπορεί να αποτρέψει ένα τέτοιο ενδεχόμενο, καθιστώντας έτσι την οστεοπόρωση ως μια παράμετρο που δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για την καλή πρόγνωση της εμφυτευματικής διαδικασίας (Φραγκίσκος 2014). Ο μη ελεγχόμενος σακχαρώδης διαβήτης, επίσης, φαίνεται ότι συσχετίζεται με την καθυστέρηση της επούλωσης και τη μόλυνση των χειρουργικών τραυμάτων (Morris *et. al.* 2000· Olson *et. al.* 2000· Φραγκίσκος 2014). Η ξηροστομία, ως σύμπτωμα και απότοκο άλλων παθολογικών καταστάσεων, ευνοεί την ανάπτυξη περιεμφυτευματίτιδας ή μικροβιακών λοιμώξεων οι οποίες συσχετίζονται με την απώλεια του εμφυτεύματος (Φραγκίσκος 2014). Ωστόσο, φαίνεται ότι σε ορισμένες περιπτώσεις μια επιεμφυτευματική αποκατάσταση μπορεί να λειτουργήσει προληπτικά και να βελτιώσει τη γενική κατάσταση του βλεννογόνου (μέσω της αποφόρτισής του), αποκαθιστώντας τη μασητική λειτουργία του ασθενή (Koeck & Wahl 2004).

Γεγονός, πάντως, είναι ότι η καλή πρόγνωση της εμφυτευματικής αποκατάστασης είναι άμεσα συνυφασμένη με τον περιοδικό οδοντιατρικό επανέλεγχο, ο οποίος ενδείκνυται να γίνεται ανά 3-6 μήνες και περιλαμβάνει: α) την κλινική¹¹⁵ και ακτινογραφική¹¹⁶ εξέταση του ασθενή, β) την αντιμετώπιση επιπλοκών και φθορών που ενδέχεται να έχουν παρουσιαστεί (π.χ. προβλήματα στους περιεμφυτευματικούς ιστούς, συγκέντρωση πλάκας ή τρυγίας, χαραγές σε διαβλεννογόνια κολοβώματα, αδρότητες στις μεταλλικές επιφάνειες κ.λπ.) και γ) την έμφαση από την πλευρά του οδοντιάτρου

¹¹⁵ Η κλινική εξέταση σχετίζεται με τον ενδεδειγμένο έλεγχο της στοματικής κοιλότητας, προκειμένου να εκτιμηθεί το επίπεδο της στοματικής της υγιεινής. Αυτό κυρίως αποτιμάται σε σχέση με την παρουσία ή όχι μικροβιακής πλάκας. Επίσης, μέσα στα πλαίσια της κλινικής εξέτασης γίνεται έλεγχος της εμφυτευματικής περιοχής, προκειμένου να διαπιστωθεί αν έχουν αποκαλυφθεί τα εμφυτεύματα ή αν έχουν χαλαρώσει οι βίδες τους, προκαλώντας κινητικότητα στην αποκατάσταση. Γενικότερα, γίνεται ένας ενδεδειγμένος επανέλεγχος, προκειμένου: α) να αντιμετωπιστεί τυχόν αιμορραγία ή εκροή πύου, β) να διαπιστωθεί τυχόν ύπαρξη ευαισθησίας του βλεννογόνου γύρω από τα εμφυτεύματα και γ) να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα επίκρουσης και η λειτουργική φόρτιση των εμφυτευμάτων. Σε κάθε επανέλεγχο λαμβάνεται το ιστορικό του ασθενή (κατάσταση υγείας και φαρμακευτική αγωγή), έτσι ώστε να μπορεί ο ιατρός να κρίνει αν κάποιος συγκεκριμένος παράγοντας ενδέχεται να επηρεάσει την καλή πρόγνωση των εμφυτευμάτων (Φραγκίσκος 2014).

¹¹⁶ Η ακτινογραφική εξέταση συμβάλλει στην παρακολούθηση της οστεοενσωμάτωσης, του βαθμού οστικής απορρόφησης και άλλων πιθανών μετεγχειρητικών επιπλοκών (κινητικότητα εμφυτεύματος, περιεμφυτευματίτιδα) (Φραγκίσκος 2014).

στην εντατική και συνεπή τήρηση των οδηγιών στοματικής υγιεινής από την πλευρά του ασθενή (Koeck & Wahl 2004· Φραγκίσκος 2014).

Η κλινική εμπειρία αποδεικνύει ότι οι συνθήκες και οι σχέσεις που επικρατούν σε εμφυτευματικές αποκαταστάσεις, σε προσθετικές εργασίες ή υπερκατασκευές διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από αυτές που σχετίζονται με τα φυσικά δόντια και τα ούλα. Συνεπώς, αποτελεί καθήκον του οδοντίατρου να καθοδηγεί προσεκτικά και λεπτομερέστατα τον ασθενή του πάνω σε θέματα στοματικής φροντίδας, ειδικά δε όταν ο τελευταίος έχει ιστορικό πλημμελούς στοματικής υγιεινής (Meffert 2008). Η συνεπής και αδιάλειπτη φροντίδα των εμφυτευμάτων και η τήρηση της στοματικής υγιεινής μειώνουν τις πιθανότητες πρόκλησης μικροβιακών λοιμώξεων στους περιεμφυτευματικούς ιστούς, συνεπώς συμβάλλουν στη διατήρηση των εμφυτευμάτων. Αναμφισβήτητα, δεν πρόκειται για μια εύκολη διαδικασία, ωστόσο:

- Οι εξειδικευμένοι οδοντίατροι φροντίζουν έτσι ώστε ο ίδιος ο σχεδιασμός της εμφυτευματικής αποκατάστασης να είναι τέτοιος, ώστε να επιτρέπει τον αυτοκαθαρισμό και να έχει επαρκείς αγκάλες πρόσβασης για τα καθαριστικά μέσα που θα χρησιμοποιήσει ο ασθενής (Meffert 2008· Φραγκίσκος 2014). Επιπλέον, ο θεράπων οδοντίατρος οφείλει να ελέγχει τον ασθενή του κάθε 3-6 μήνες, να προβαίνει σε ακτινογραφικό έλεγχο της στοματικής κοιλότητας και, εάν κρίνει πως πρέπει να προχωρήσει σε διόρθωση του εμφυτεύματος, να ακολουθεί τα αναγκαία βήματα (λείανση και απολύμανση, τοποθέτηση μοσχεύματος κ.λπ.) (Meffert 2008).
- Οι υγιεινολόγοι από την πλευρά τους ελέγχουν την αποτελεσματικότητα της στοματικής φροντίδας του ασθενή, τυχόν φλεγμονώδεις αλλαγές και παθολογικές αλλοιώσεις, προβλήματα στην προσθετική εργασία (π.χ. χαλάρωση υπερκατασκευής, κατάγματα βιδών κ.λπ.) κ.ά. (Meffert 2008).
- Οι ίδιοι οι ασθενείς οφείλουν να διατηρούν την επιφάνεια των εμφυτευμάτων ελεύθερη από πλάκα και να φροντίζουν τη στοματική τους υγιεινή, εφαρμόζοντας συγκεκριμένες τεχνικές καθαρισμού και χρησιμοποιώντας χειροκίνητα, μηχανικά (απλές ή ηλεκτρικές οδοντόβουρτσες, μεσοδόντιες βούρτσες, βούρτσες υπερήχων, νήμα Super floss, ταινίες γάζας ή στενές ταινίες καθαρισμού,

συσκευές καταιονισμού ύδατος) ή χημικά μέσα (οδοντόπαστες, στοματικά αντιβακτηριδιακά διαλύματα) (Meffert 2008· Φραγκίσκος 2014).¹¹⁷

3.7 Ανακεφαλαίωση

Λαμβάνοντας υπόψη όσα αναφέρθηκαν, θα μπορούσε να σημειωθεί ότι ο κλάδος της εμφυτευματολογίας και τα εμφυτεύματα ως μέθοδος θεραπείας και αποκατάστασης ανταποκρίνονται αποτελεσματικά σε περιπτώσεις μερικής και ολικής νωδότητας, καθώς: α) αποτελούν την πλέον επαρκή θεραπευτική λύση για την αποκατάσταση της νωδότητας, αλλά και των συνακόλουθων ανατομικών και ψυχολογικών τους συνεπειών στους ασθενείς, β) καλύπτουν τις αδυναμίες και τα μειονεκτήματα των συμβατικών προσθετικών εργασιών σε θέματα λειτουργικότητας, προστασίας και διατήρησης της συνολικής στοματικής υγείας και γ) ανταποκρίνονται στις θεραπευτικές ανάγκες και στις προσδοκίες ακόμα και των πιο απαιτητικών ασθενών.

Η ταξινόμηση των εμφυτευμάτων βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια, όπως είναι η κάλυψη, η θέση, το υλικό και το σχήμα που έχει το εμφύτευμα, το χρονικό σημείο κατά το οποίο γίνεται η εμφύτευση, ο τρόπος επούλωσης και ο τύπος προσθετικής αποκατάστασης που ακολουθείται. Το σύνολο της εμφυτευματικής διαδικασίας διέπεται από τους κανόνες που τηρούνται σε κάθε χειρουργική επέμβαση. Τα βασικά στάδια είναι ο διαγνωστικός έλεγχος, η καταγραφή δηλαδή του ιατρικού ιστορικού του ασθενή, έτσι ώστε να επισημανθούν συστηματικές παθολογικές καταστάσεις οι οποίες συνιστούν αντενδείξεις. Ακολουθεί ο κλινικός και απεικονιστικός έλεγχος της περιοχής που θα γίνει η εμφυτευματική διαδικασία. Κατά το προκαταρκτικό σχέδιο θεραπείας, ο θεράπων οδοντίατρος προβαίνει σε συγκεκριμένα βήματα τα οποία σχετίζονται με πιο εξειδικευμένα δεδομένα του ιατρικού περιστατικού (κατάρτιση σχεδίου θεραπείας, επιλογή προσθετικής αποκατάστασης, επιλογή εμφυτευμάτων και υλικού κ.λπ.) και προηγούνται της χειρουργικής διαδικασίας. Η τελευταία αποτελείται από δύο φάσεις, την κυρίως χειρουργική διαδικασία της εμφύτευσης και την ακόλουθη αποκάλυψη των εμφυτευμάτων και την τοποθέτηση των διαβλενογόνιων κολοβωμάτων. Η διαδικασία ολοκληρώνεται με την τοποθέτηση της εμφυτευματικής αποκατάστασης που έχει επιλεγεί.

¹¹⁷ Σύμφωνα με τον Φραγκίσκο (2014), η πλάκα μπορεί επίσης να απομακρυνθεί μηχανικά με ειδικά ξέστρα χειρός, συσκευές υπερήχων και σοδοβολής.

Τα εμφυτεύματα αξιοποιούνται είτε για την αποκατάσταση ενός ελλείποντος δοντιού είτε για την αποκατάσταση της μερικής και της ολικής νωδότητας. Η νωδότητα δύναται να αποκατασταθεί είτε με ακίνητες προσθετικές εργασίες οι οποίες στηρίζονται αποκλειστικά σε εμφυτεύματα (ή ακόμα και σε συνδυασμό εμφυτευμάτων και φυσικών δοντιών), είτε με συνδυασμένες αποκαταστάσεις, είτε με κινητές επένθετες οδοντοστοιχίες. Οι προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο οδοντίατρος αυξάνονται στις περιπτώσεις ολικής νωδότητας, η οποία αντιμετωπίζεται με μια ποικιλία θεραπευτικών πρωτοκόλλων που σχετίζονται είτε με ακίνητες επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις είτε με κινητές επένθετες οδοντοστοιχίες.

Τα πλεονεκτήματα των ακίνητων επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων είναι: α) η διατήρηση του οστικού υπόβαθρου, β) η αποκατάσταση και η διατήρηση της κάθετης διάστασης σύγκλεισης, γ) η βελτίωση της σύγκλεισης, δ) η βελτίωση της μασητικής λειτουργίας και η διατήρηση του τόνου των μυών της μάσησης και της έκφρασης του προσώπου, ε) η εφαρμογή, η σταθερότητα και η συγκράτηση, στ) η βελτίωση της φώνησης, ζ) η διάρκεια ζωής τους και η μονιμότητα της αποκατάστασης, η) η ελάχιστη παγίδευση τροφών, θ) η δυνατότητα καθαρισμού από τον ασθενή, ι) η διατήρηση της αισθητικής του προσώπου, και ια) η βελτίωση της ψυχικής υγείας του ασθενή. Ωστόσο, σημειώνονται και οι ακόλουθες αδυναμίες: α) η απαίτηση πολύ χρόνου για την ολοκλήρωση της διαδικασίας, β) το υψηλό κόστος, γ) οι απαιτήσεις σε σχέση με τις ικανότητες του οδοντοτεχνίτη, δ) η δυσκολία αντιμετώπισης τυχόν επιπλοκών, ε) η δυσκολία αφαίρεσης της αποκατάστασης τη νύχτα για να αποφευχθεί παραλειτουργική έξη, στ) το κάποιες φορές μη προσδοκώμενο αισθητικό αποτέλεσμα, ζ) οι δυσκολίες κατά την ομιλίας και η) η δυσκολία τήρησης των κανόνων στοματικής υγιεινής.

Οι κινητές επένθετες αποκαταστάσεις έχουν τα εξής πλεονεκτήματα: α) θεωρούνται συγκριτικά πιο απλές και εφαρμόσιμες, β) δίνουν τη δυνατότητα για μια εξατομικευμένη διαμόρφωση της βάσης της οδοντοστοιχίας, όπου πληρούνται τα κριτήρια της αισθητικής, της φώνησης και της στήριξης των χειλιών, γ) είναι πιο εύκολη η τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής, δ) εξισορροπούνται οι δυσμενείς διαγναθικές σχέσεις, ιδιαίτερα στην κατακόρυφη και στην οβελιαία διάσταση, ε) η πορεία της θεραπείας είναι εύκολη, κυρίως για τους προχωρημένης ηλικίας ασθενείς, στ) δίνουν τη δυνατότητα επέκτασης της δοκού με την τοποθέτηση επιπλέον εμφυτευμάτων, εξασφαλίζοντας τη συγκράτηση της οδοντοστοιχίας και ζ) είναι οικονομικά πιο προσιτές. Ωστόσο, σημειώνονται οι ακόλουθες αδυναμίες: α) παρουσιάζεται δυσκολία στην εξασφάλιση της λειτουργικής σταθερότητας και της

διατήρησης της υγιεινής λόγω της προοδευτικής οστικής απορρόφησης και β) έχουν αρνητική επίδραση στην ψυχολογία του ασθενή.

Η κλινική αξιολόγηση της επιτυχίας μιας εμφυτευματικής αποκατάστασης καθορίζεται από μια σειρά κριτηρίων, όπως είναι η απουσία πόνου ή ευαισθησίας κατά την ψηλάφηση, την επίκρουση ή τη λειτουργία (π.χ. μάσηση, ομιλία), η απουσία κινητικότητας, ο βαθμός αποκάλυψής του, η οστική απώλεια, η απουσία ιστορικού εξιδρώματος ή ακτινοδιαύγασης γύρω από το σώμα του εμφυτεύματος, η πρόκληση αιμορραγίας κ.λπ. Η αποτυχία μπορεί να συντελεστεί σε διάφορες χρονικές φάσεις. Έχει διαπιστωθεί ότι η καλή πρόγνωση ενός εμφυτεύματος εξαρτάται από τις παρακάτω παραμέτρους: α) τα επιμέρους χαρακτηριστικά των εμφυτευμάτων (βιοσυμβατότητα εμφυτευματικού υλικού, σχήμα, ύψος, διάμετρος και θέση εμφυτεύματος, μικρομορφολογία επιφάνειας), β) τις ανατομικές και δομικές συνθήκες (π.χ. στοματοπροσωπικές δυσκινησίες, ανεπάρκεια χώρου στο κατακόρυφο επίπεδο η οποία εμποδίζει την προσθετική αποκατάσταση, διαγναθική απόσταση σε σχέση με το μήκος των εμφυτευμάτων), γ) την ικανότητα και την εμπειρία του οδοντιάτρου όσον αφορά την εμφυτευματική διαδικασία (τήρηση χειρουργικού πρωτοκόλλου, άριστη γνώση της ανατομίας, χειρουργική εμπειρία στη στοματική κοιλότητα, εκπαίδευση στην τοποθέτηση εμφυτευμάτων, άριστη γνώση των αρχών της κλασικής προσθετικής, της ποικιλίας των προσθετικών αποκαταστάσεων και των εμφυτευματικών συστημάτων που υπάρχουν, μετεγχειρητική πορεία κ.λπ.), δ) τον σχεδιασμό και τη λειτουργική διαμόρφωση της προσθετικής κατασκευής και ε) τα ατομικά και κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενή (ηλικία – στοματική υγιεινή, βρουξισμός, χρόνια περιοδοντίτιδα, κάπνισμα, συστηματικά νοσήματα, όπως είναι η οστεοπόρωση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ξηροστομία, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό κ.λπ.). Γεγονός, πάντως, είναι ότι η καλή πρόγνωση της εμφυτευματικής αποκατάστασης εξαρτάται από τον περιοδικό οδοντιατρικό έλεγχο και την τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΗΘΗΚΕ

4.1 Εισαγωγή

Στόχος του τέταρτου κεφαλαίου της παρούσας διπλωματικής εργασίας, είναι η παρουσίαση της σκοποθεσίας της εμπειρικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε. Γίνεται μια αναφορά της σύνδεσης της ποιότητας ζωής με την στοματική υγεία του ατόμου, ενώ επεξηγείται και η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, οι λόγοι για τους οποίους είναι σημαντική η μέτρησή της ενώ ακολούθως αναφέρονται οι παράγοντες που δύναται να την επηρεάσουν.

Στην συνέχεια του κεφαλαίου γίνεται μια διεξοδική ανάλυση του ανάλυση των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας. Επεξηγούνται τα μέρη από τα οποία αποτελείται το ερωτηματολόγιο, το περιεχόμενο των ερωτήσεων, ενώ αναφέρονται οι δυνατότητες απάντησης που είχαν οι ερωτηθέντες. Επιπρόσθετα παρουσιάζεται τρόπος με τον οποίο θα επεξεργαστούν και θα αξιολογηθούν στατιστικά οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν, προκειμένου να εξετάσουμε τα αποτελέσματα της έρευνάς

Τέλος γίνεται αναφορά στο υλικό της έρευνας και την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε. Πως ήρθαμε σε επαφή με το δείγμα των ασθενών που συμμετείχε, πως αυτοί προσεγγίστηκαν, πως απαντήθηκαν τα ερωτηματολόγια της έρευνας αλλά και με την βοήθεια ποιού εργαλείου έγινε η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που προέκυξαν από τα ερωτηματολόγια που συγκεντώθηκαν.

4.2 Σκοπός της έρευνας

Η στοματική υγεία ως μέρος της γενικότερης υγείας του ανθρώπου, δύναται να επηρεάσει την καθημερινότητα των ατόμων, καθώς και τη συνολική τους αντίληψη για την υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Προβλήματα στην στοματική κοιλότητα μπορούν να έχουν επώδυνη κατάληξη, να οδηγήσουν σε προβλήματα στην μάσηση και

την ομιλία και να φτάσουν στην εκδήλωση ψυχολογικών προβλημάτων. (Sheiham 2005)

Από τα παρελθόντα έτη, η στοματική υγεία είχε συνδυαστεί μόνο με την πρόληψη και την θεραπεία των νόσων του στόματος. Τα τελευταία μόνο χρόνια υπήρξε έντονο ενδιαφέρον σχετικά με τις επιπτώσεις της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών. (Gift 1997) Η Οδοντιατρική καθυστέρησε σε σχέση με την Ιατρική να ανταποκριθεί στις αλλαγές του θεωρητικού πλαισίου της υγείας και να υιοθετήσει την σχετιζόμενη με την στοματική υγεία ποιότητα ζωής.(Coulter 1994) Η αντίληψη ότι τα νοσήματα του στόματος δεν είναι απειλητικά για την ζωή, δεν έχουν έντονα συμπτώματα, δεν οδηγούν σε αναπηρίες ή ανικανότητες και γενικά ότι δεν αποτελούν νοσήματα που επιφέρουν κοινωνικό αποκλεισμό, είχε ως αποτέλεσμα την υποβάθμιση της συσχέτισης τους με κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. (Reisine 1981) Πρώτοι οι Cohen και Jago διατύπωσαν τον σημαντικό ρόλο της οδοντιατρικής στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και πως οι δείκτες στοματικής υγείας θα αναβαθμιστούν αν προστεθεί και η διάσταση του κοινωνικού αντίκτυπου. (Cohen Lago 1976) Τα επόμενα χρόνια τα υπάρχοντα θεωρητικά μοντέλα για την υγεία και την σχετιζόμενη με αυτήν ποιότητα ζωής αποτέλεσαν το υπόβαθρο πάνω στο οποίο εξελίχθηκαν τα εργαλεία που έχουμε στα χέρια μας σήμερα.

Είναι κοινώς αποδεκτό, πως στις μέρες μας, η θεραπεία έχει λάβει μια νέα διάσταση, τόσο στον ιατρικό όσο και στον οδοντιατρικό χώρο. Η θεραπεία ως όρος ερμηνεύεται διαφορετικά από έναν επιστήμονα του χώρου της υγείας και διαφορετικά από έναν ασθενή. Πλέον ο ασθενής ενδιαφέρεται για το είδος της θεραπείας που θα λάβει αλλά εκτός αυτού τον απασχολεί σημαντικά και το πόσο ικανοποιημένος θα είναι με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, και κατά πόσο αυτό θα επηρεάσει αρνητικά ή θετικά την ποιότητα ζωής του.

Αντικείμενο λοιπόν την συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας είναι αξιολόγηση και η μελέτη της σχετιζόμενης με την στοματική υγεία ποιότητας ζωής αλλά και του βαθμού ικανοποίησης ασθενών που τους έχουν τοποθετηθεί αλλά και αποκατασταθεί προσθετικά οδοντικά εμφυτεύματα σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές.

4.2.1 Επιχειρώντας ένα σφαιρικό ορισμό της ικανοποίησης του ασθενή

Ο ορισμός για την ικανοποίηση του ασθενή, περιλαμβάνει τέσσερις ιδέες. Οι πρώτες τρεις -ερεθίσματα, κρίσεις αξιών και αντιδράσεις- οι οποίες περιγράφονται παρακάτω και η τέταρτη ιδέα -οι ατομικές διαφορές- (Παπανικολάου 2007).

Εισερχόμενος ο ασθενής σε μια υπηρεσία παροχής φροντίδας υγείας έρχεται σε επαφή με πλήθος ερεθισμάτων στα οποία μπορεί να ανταποκρίνεται ή όχι. Ασφαλιστικά έντυπα τα οποία πρέπει να συμπληρωθούν, έγγραφα παραίτησης από την ιατρική ευθύνη που πρέπει να υπογράψουν, εξασφάλιση χώρου στάθμευσης, υπάλληλοι στην υποδοχή με τους οποίους πρέπει να εργαστεί, το επίπεδο της άνεσης στις καρέκλες της υποδοχής, η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κ.α.

Καθώς αυτά τα ερεθίσματα παρατηρούνται και γίνονται αντιληπτά, ο ασθενής ανταποκρίνεται κάνοντας συνειδητές ή ασυνείδητες κρίσεις για αυτά. Για παράδειγμα το ασφαλιστικό έντυπο (ερέθισμα), είναι αδύνατο να το καταλάβω (κρίση), δεν το συμπληρώνω (αντίδραση). Το βασικό σημείο σε αυτές τις κρίσεις είναι οι αξίες που αποδίδουν οι ασθενείς σε αυτές. Οι κρίσεις αξιών αντιπροσωπεύουν τις προσπάθειες των ασθενών να αποδώσουν νόημα στη πληθώρα των ερεθισμάτων, στα οποία εκτίθενται. Αυτές οι κρίσεις αξιών και η επακόλουθη αντίδραση των ασθενών σε αυτές εξυπηρετούν ως βάση για το πρώτο τμήμα του θεωρητικού μας ορισμού της ικανοποίησης των ασθενών: η ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται θεωρητικά ως οι μοναδικές κρίσεις αξιών και οι επακόλουθες αντιδράσεις των ασθενών στα ερεθίσματα τα οποία αντιλαμβάνονται στο περιβάλλον φροντίδας υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά της παραμονής τους σε ένα νοσοκομείο, ένα ιατρείο ή της κλινικής τους επίσκεψης.

Η ικανοποίηση των ασθενών δεν αποτελεί ένα τυχαίο γεγονός, επειδή συγκεκριμένα ερεθίσματα μπορεί να προκαλέσουν κρίσεις αξιών και αντιδράσεις στους ασθενείς. Για παράδειγμα, αν ένας γιατρός επισπεύδει τις επισκέψεις των ασθενών στο γραφείο του, αυτό μπορεί να γίνει αντιληπτό ως χαμηλής ποιότητας διαπροσωπικές σχέσεις γιατρού-ασθενή από την πλειοψηφία των ασθενών αυτού του γιατρού. Αυτοί λοιπόν οι οποίοι προσδιορίζουν αυτή τη συμπεριφορά ως χαμηλής ποιότητας ικανότητας διαπροσωπικών σχέσεων γιατρού-ασθενή είναι πιο πιθανό να αντιδράσουν αλλάζοντας γιατρό.

4.2.2 Ικανοποίηση αναγκών ασθενών:

Η έννοια της ικανοποίησης ασθενών δεν είναι σχετικά καινούργια. Σύμφωνα με παλαιότερη αναφορά των Bond και Thoma προκειμένου να εξηγήσουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, υποστήριξαν ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που προέρχονται δεν είναι οι κατάλληλες».

Η εκπλήρωση αναγκών μπορεί επίσης να οριστεί ως ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία. Σε κάθε υγειονομική παρέμβαση, οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας, ενώ διάφορες μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για να αποσπάσουν τις απαντήσεις των αρρώστων, σχετικά με τις προσδοκίες τους. (Γούλα 2008) Αξιολογώντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών, επιτυγχάνεται μια βασική συνεργασία, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. Εξάλλου, οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συνεργαστούν και να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας. Η ικανοποίηση αντικατοπτρίζει το σημείο, όπου οι γενικές και οι συγκεκριμένες ανάγκες υγείας των ασθενών ταυτίζονται και εξαρτώνται άμεσα από το κλινικό αποτέλεσμα. (Τούντας 1995)

Οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν να επωφεληθούν από τις έρευνες που προσδιορίζουν τις ανάγκες των ασθενών και βαθμό ικανοποίησης τους διότι είναι δυνατόν μέσω της αξιολόγησης τους, να επιτευχθεί βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και αποτελεσματικότερη διαχείριση των δαπανών για την υγεία. Ωστόσο οι ερευνητές, εφιστούν την προσοχή στην έλλειψη συστηματικής μέτρησης της ικανοποίησης των αναγκών αλλά και στην έλλειψη συγκριτικών μελετών¹¹⁸.

4.2.3 Γιατί έχει σημασία η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών παγκοσμίως οι προσπάθειες όλων των οργανισμών για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών εστιάστηκαν στις εκτιμήσεις των καταναλωτών για τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Έχοντας ως στόχο τον έλεγχο της

118 (ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 9ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2010 σελίδα401-402).

ποιότητας των προϊόντων, υιοθετήθηκαν οι θεωρίες βελτίωσης της ποιότητας των Deming (1986) και Juran (1988), οι οποίες συνέβαλαν στη μεταπολεμική βιομηχανική άνθηση της Ιαπωνίας.

Μια βασική συστατική αρχή των θεωριών αυτών είναι ότι οι προμηθευτές ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας πρέπει να ανατροφοδοτούν τα προγράμματα τους με κρίσεις των καταναλωτών, με στόχο να εντοπίσουν κάποιες ελλείψεις και να προχωρήσουν στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης. Οι έρευνες για την ικανοποίηση του καταναλωτή εξελίσσονται έτσι, από απλά όργανα προώθησης αγαθών και υπηρεσιών σε μεθόδους μέτρησης της ποιότητας τους. (Παπανικολάου 2007)

Για να καθορίσουμε τη ποιότητα της φροντίδας απαιτείται ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της, καθώς και των κριτηρίων που συνιστούν τη καλή φροντίδα. Τα τελευταία χρόνια η ικανοποίηση του ασθενή έχει προστεθεί στη λίστα των ποιοτικών δεικτών. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Την ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να τη δούμε σαν το μέτρο στο οποίο εκείνοι που παρέχουν φροντίδα υγείας έχουν πετύχει να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς και τις προσδοκίες τους. Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί ως μία μεταβλητή η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ των προσώπων που παρέχουν τη φροντίδα υγείας. Επηρεάζει επίσης την πρόσβαση (Κυριόπουλος 1994) και τη χρήση των υπηρεσιών της υγείας και αποκτά ως εκ τούτου σπουδαία σημασία για το σχεδιασμό και τη χάραξη της πολιτικής υγείας. Η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει το ηθικό των εργαζομένων, να διακρίνει διαφορετικά επίπεδα εκτέλεσης της εργασίας, να διευκολύνει τη διαδικασία αξιολόγησης των δραστηριοτήτων, να βελτιώσει τη ποιότητα περίθαλψης και εάν χρησιμοποιηθεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να γίνει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής μάνατζμεντ για τους οργανισμούς της φροντίδας υγείας. (Παπανικολάου 2007)

4.2.4. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών:

Από τους πρώτους φιλόσοφους έχει επισημανθεί η έννοια της ποιότητας της ζωής. Ο Αριστοτέλης έγραψε για τη φύση της ευτυχίας και τι απαιτείται προκειμένου οι άνθρωποι να έχουν μια «καλή ζωή». Για τον Αριστοτέλη, όπως και για πολλούς

φιλόσοφους από τότε, ο πρωταρχικός στόχος ήταν να επιτευχθεί η υψηλότερη κατάσταση ή το «αγαθό» που οι περιστάσεις επέτρεπαν. Το πρόσωπο που πέτυχε αυτόν το στόχο είχε τη καλύτερη ποιότητα ζωής. (Παππά 2006) Το ίδιο ισχύει και για τον ασθενή. Κατά συνέπεια, το υψηλότερο αγαθό για τον άρρωστο πρέπει να είναι η επιβεβαίωση της ζωής μάλλον, παρά η εμπλοκή σε δυσμενείς περιστάσεις που δημιουργούνται από την ασθένεια και τη θεραπεία της. Στη σύγχρονη ιατρική, όλο και περισσότερη έμφαση δίνεται στην άποψη των ασθενών σε σχέση με το τι αποτελεί κατάλληλη θεραπεία και είναι ευρέως αποδεκτό, ότι αυτό που συνιστά επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή δεν πρέπει να αφεθεί μόνο στους λειτουργούς υγείας, αλλά θα πρέπει να λάβει υπόψη και τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών. Στις Η.Π.Α. το 1990, το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) είχε συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών, ως σημαντικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας¹¹⁹.

Οι Wen και Gustafson (Wen 2004) πρότειναν ένα ενδιαφέρον μοντέλο της άμεσης σχέσης μεταξύ των αναγκών υγείας, της ικανοποίησης από τη φροντίδα και της ποιότητας της ζωής. Η έρευνα τους ήταν ιδιαίτερα σημαντική και έδωσε έναυσμα για την αναθεώρηση της έννοιας της «αξιολόγησης και ικανοποίησης των αναγκών». Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται κύρια στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορεί να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Γι' αυτό το λόγο, αναγνωρίζεται, ότι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά αποτελεί έναν από τους σκοπούς της υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα, προς αυτόν το σκοπό, θα συμβάλει η εκτίμηση της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι. Η αντίληψη των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους αναδεικνύεται ολοένα και περισσότερο ως σημαντική για την έκβαση της νόσου και την αποτελεσματική θεραπεία. Μερικά εργαλεία, που μετρούν την ποιότητα, είναι ικανά να αξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας των ασθενών μετά από τη νόσο, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι ασθενείς¹²⁰.

119 (ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 9ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2010 σελίδα 402).

120 (ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 9ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2010 σελίδα 403).

4.2.5. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών:

Όπως τεκμηριώνεται από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν, το επίπεδο βασικής εκπαίδευσης, το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, η ικανότητα γλωσσικής συνεννόησης, η πολιτιστική ποικιλομορφία τους, αλλά και στοιχεία που αφορούν την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Όλα τα παραπάνω, επηρεάζουν αρνητικά ή θετικά τους ασθενείς, στην τελική έκφραση της ικανοποίησής τους (Irish Society for Quality & Safety in Health care, 2003).

Οι παράγοντες που πρέπει να εξετάζονται εντούτοις, για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, όπως αναγράφονται από την Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, (2003) είναι:

- ❖ Οι προσδοκίες των χρηστών: Οι προσδοκίες του καταναλωτή διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο να θεωρηθεί το αποτέλεσμα ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό..
- ❖ Η ηλικία: Τα ηλικιωμένα άτομα σε όλες σχεδόν τις έρευνες, εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με άτομα νεότερα σε ηλικία και δίνουν συνήθως, κοινές επαινετικές απαντήσεις, γιατί δεν θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία των ιατρών και νοσηλευτών (Παπανικολάου 2007).
- ❖ Όσο αφορά το φύλο δεν έχει αποσαφηνιστεί αν επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ικανοποίηση. Ορισμένες μελέτες, σε αντίθεση με άλλες, δείχνουν ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τους ιατρούς, νοσηλεύονται περισσότερο και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες (Παππά 2006).
- ❖ Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Η εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με νεότερους ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, και αυτό μπορεί να εξηγείται, λόγω των χαμηλότερων προσδοκιών των πρώτων και υψηλότερων προσδοκιών των δεύτερων (Niakas et al., 2004). Το είδος της απασχόλησης των ασθενών (επάγγελμα) δεν φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση (Crow et al, 2002). Οι έγγαμοι ασθενείς δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σχέση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους (Kerentzis 2004).

Με βάση τα στοιχεία, της παραπάνω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, διατυπώθηκαν και τα ερευνητικά ερωτήματα στην παρούσα έρευνα. Η βασική υπόθεση που εξετάστηκε ήταν, αν και κατά πόσο, οι ασθενείς που ακολούθησαν θεραπεία αποκατάστασης νωδών περιοχών της στοματικής κοιλότητας με οδοντικά εμφυτεύματα εμφανίζονται ικανοποιημένοι ως προς την ίδια την θεραπεία και τα στάδιά της αλλά και ως προς την ικανοποίηση του αποτελέσματος.

4.3 Εργαλεία για την διεξαγωγή της έρευνας

Για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με τρία διαφορετικά σκέλη ερωτήσεων. Το κάθε σκέλος *απαρτίζεται από έναν αριθμό ερωτήσεων που αναφέρεται σε συγκεκριμένο πληροφοριακό πεδίο.*

4.3.1. Δημογραφικές ερωτήσεις

Το πρώτο κομμάτι του ερωτηματολογίου αποτελείται από 10 συνολικά ερωτήσεις. Οι 7 από αυτές είναι κλειστές, δηλαδή υπάρχουν προκαθορισμένες απαντήσεις από τον ερευνητή, μία απ' τις οποίες καλείται να επιλέξει ο ερωτώμενος. Το περιεχόμενό τους αφορά δημογραφικές πληροφορίες όπως φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, μηνιαίο εισόδημα, έξη σε κάπνισμα ή αλκοόλ σε εβδομαδιαία βάση. Οι υπόλοιπες 2, είναι ανοιχτές ερωτήσεις και αφορούν στον τόπο κατοικίας και την απασχόληση, οι οποίες κωδικοποιήθηκαν προκειμένου να διευκολυνθεί η ανάλυση με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17. Το περιεχόμενο της τελευταίας ερώτησης (Ερώτηση 10) αυτού του σκέλους σχολιάζεται στην υποενότητα 4.3.3.

4.3.2. Ερωτηματολόγιο για τις επιπτώσεις της στοματικής υγείας (OHIP14)

Το δεύτερο σκέλος του ερωτηματολογίου αποτελείται από ένα σύνολο ερωτήσεων το οποίο ονομάζεται Oral Health Impact Profile 14 (OHIP14).

Τα τελευταία έτη, στον οδοντιατρικό χώρο για τις ανάγκες διεξαγωγής ερευνών για την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση των ασθενών, έχουν δημιουργηθεί αρκετά πολυδιάστατα ερωτηματολόγια, των οποίων ο αριθμός των ερωτήσεων κυμαίνεται από 3 (rand dental health index) έως 49 (oral health impact profile 49). (Oral Health in America 2000) Το πλέον χρησιμοποιούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της

σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής είναι το oral health impact profile. Για την διευκόλυνση των ερευνών που διενεργούνται παγκοσμίως έχει δημιουργηθεί μια συντόμευση του προαναφερθέντος εργαλείου που ονομάζεται Oral Health Impact Profile 14(OHIP14). Από τις συνολικά 49 ερωτήσεις του αρχικού ερωτηματολογίου έχουν επιλεγθεί μόνον οι 14. Αυτό είναι και το ερωτηματολόγιο με το οποίο διεξήχθη η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία.

Το ερωτηματολόγιο αυτό ανάγεται ως προς το θεωρητικό του υπόβαθρο στη διεθνή ταξινόμηση των βλαβών, των αναπηριών και των μειονεκτημάτων (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) του ΠΟΥ (WHO 1980) όπως αυτή προσαρμόστηκε για την Οδοντιατρική από τον Locker.(Locker 1988) Το OHIP-14 μετρά μια ποικιλία επιπτώσεων όπως λειτουργικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, σωματικού πόνου, αναπηρίας και αδυναμίας.(Robinson 2003)

Το ερωτηματολόγιο OHIP-14 εξελίχθηκε από τον Slade (Shlade 1997). Αυτό είναι ένα ερωτηματολόγιο 14 ερωτήσεων, που ανά δύο δομούν επτά διαστάσεις: λειτουργικός περιορισμός, φυσικός πόνος, ψυχολογική δυσφορία, φυσική δυσκολία, ψυχολογική δυσκολία, κοινωνική δυσκολία και μειονέκτημα, ενώ προσεγγίζει ποικιλία επιπτώσεων από τη στοματική υγεία. Αποτελεί τη συντομευμένη μορφή της κλίμακας OHIP με 49 ερωτήσεις κατανεμημένες και αυτές στις ίδιες επτά διαστάσεις που προαναφέρθηκαν. (Shlade 1994,1997)

Το OHIP-14 έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του, με ικανοποιητικά αποτελέσματα (συντελεστής α του Cronbach: 0,86-0,95), σε αρκετές γλώσσες και πληθυσμούς. Το ερωτηματολόγιο OHIP14 έχει μεταφραστεί με επιτυχία στην ελληνική γλώσσα με την μέθοδο της ανάστροφης μετάφρασης και αξιολογήθηκε ως προς την αξιοπιστία του σε ελληνικό πληθυσμό με εξίσου ικανοποιητικά αποτελέσματα όπως σε άλλες γλώσσες (συντελεστής α του Cronbach: 0,79). (Μαστρογεωργοπούλου 2011) Ως εκ τούτου χρησιμοποιήθηκε η επίσημη ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου για την εκπόνηση της έρευνας.

Στο OHIP14 υπήρχαν, για κάθε μία από τις 14 ερωτήσεις, απαντήσεις αναφορικά με την εκδήλωση μιας επίπτωσης διαβαθμισμένες και βαθμολογημένες ως εξής: Ποτέ=0 Σπάνια=1, Κάπου-Κάπου=2, Αρκετά Συχνά=3 και Πολύ Συχνά=4. Μοναδική εξαίρεση αποτέλεσε η ερώτηση 4^α, της οποίας η κλίμακα αξιολόγησης διαμορφώθηκε ως εξής: Πολύ Συχνά= 0, Αρκετά Συχνά= 1, Κάπου-Κάπου=2, Σπάνια=3 και Ποτέ=4. Ο λόγος ήταν, πως ενώ όλες οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αναφερόντουσαν στην

συχνότητα εμφάνισης μιας αρνητικής επίπτωσης, η ερώτηση 4α αναφέρεται στην συχνότητα εμφάνισης μιας θετικής επίπτωσης. Λόγω αυτού θα έπρεπε και πάλι η θετικότερη απάντηση για την πολύ συχνή εμφάνιση της θετικής επίπτωσης (Πολύ Συχνά=0) να συγκεντρώνει την ίδια βαθμολογία με την θετικότερη απάντηση για την εμφάνιση των αρνητικών επιπτώσεων (Ποτέ=0).

Στην συνέχεια υπολογίστηκαν αθροιστικά οι βαθμολογίες των ερωτηθέντων, δηλαδή το άθροισμα των τιμών όλων των απαντήσεων. Η βαθμολογία αυτή λαμβάνει τιμές από 0-56, όπου 0 σημαίνει την καλύτερη δυνατή και 56 την χειρότερη δυνατή σχετιζόμενη με την στοματική υγεία ποιότητα ζωής. Για την καλύτερη αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της αθροιστικής βαθμολόγησης, ομαδοποιήθηκαν τα δεδομένα σε τρεις βαθμίδες ικανοποίησης. Για αθροιστική βαθμολογία από 0 έως 19 ο ασθενής είναι πολύ ικανοποιημένος, για βαθμολογίες από 20 έως 39 οι ασθενείς θεωρούνται λίγο ικανοποιημένοι, ενώ για βαθμολογίες από 40 έως 56, καθόλου ικανοποιημένοι.

4.3.3. Αυτοαξιολόγηση της υγείας

Μετά την ολοκλήρωση των δημογραφικών ερωτήσεων, στο τέλος δηλαδή του πρώτου σκέλους, έχει προστεθεί μια ερώτηση (Ερώτηση 10) που έχει ως σκοπό να προτρέψει τους ερωτηθέντες να αυτοαξιολογήσουν την υγεία τους πριν την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων.

Σε μια κλίμακα λοιπόν, διαβαθμισμένη και βαθμολογημένη από το 1 έως το 10, όπου 10 σημαίνει άριστη και 1 καθόλου καλή, καλούνται να αξιολογήσουν την υγεία τους. Μια ακόμα ίδια ερώτηση (Ερώτηση 10) έχει τοποθετηθεί και στο τέλος του τρίτου σκέλους των ερωτήσεων, η οποία θέλει και πάλι ο ασθενής να αξιολογήσει ο ίδιος εκ νέου την υγεία του μετά την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων. Με αυτόν τον τρόπο έχουμε την δυνατότητα να συγκρίνουμε την άποψη των ίδιων των ασθενών σε σχέση με την βελτίωση ή όχι της υγείας του με την θεραπεία που ακολούθησαν. Αυτές οι δύο ερωτήσεις θα αξιολογηθούν συγκριτικά μεταξύ τους.

4.3.4 Σχετικά με τα οδοντικά εμφυτεύματα

.

Το τρίτο και τελευταίο σκέλος των ερωτήσεων έχει να κάνει καθαρά με τα οδοντικά

εμφυτεύματα. Αποτελείται από 12 συνολικά ερωτήσεις, οι 10 από τις οποίες έχουν και πάλι προκαθορισμένες απαντήσεις που μπορούν να επιλεγούν, ενώ οι υπόλοιπες δύο είναι ανοικτές .

Οι τέσσερις (Ερώτηση 1,2,3 και 8) από τις δέκα αφορούν την χειρουργική διαδικασία της τοποθέτησης των οδοντικών εμφυτευμάτων. Δηλαδή τον αριθμό των εμφυτευμάτων που έχουν τοποθετηθεί στον κάθε ασθενή, τον αριθμό των δοντιών και τον χρόνο που έχουν αποκατασταθεί καθώς επίσης και την διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου.

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις (Ερώτηση 4 και 5) αξιολογούν την ικανοποίηση των ασθενών ως προς την λειτουργικότητα και την αισθητική των εμφυτευμάτων. Οι δυνατές απαντήσεις είναι και πάλι σε τετραβάθμια κλίμακα Likert βαθμολογημένη ως εξής: Πολύ Ικανοποιημένος=4, Αρκετά Ικανοποιημένος=3, Λίγο Ικανοποιημένος=2 και Καθόλου Ικανοποιημένος=1. Αρχικά, οι ερωτήσεις αυτές αξιολογήθηκαν αθροιστικά με μέγιστη δυνατή βαθμολογία το 8 που ερμηνεύεται ως απόλυτα ικανοποιημένος ασθενής και ελάχιστη βαθμολογία που ερμηνεύεται ως καθόλου ικανοποιημένος ασθενής. Εν συνεχεία αξιολογήθηκαν οι ερωτήσεις και μεμονωμένα προκειμένου να εξετάσουμε την ξεχωριστά την ικανοποίηση σε θέματα λειτουργικότητας και σε θέμα αισθητικής. Για την αξιολόγηση της αθροιστικής βαθμολόγησης των δύο ερωτήσεων, ομαδοποιήθηκαν και πάλι οι βαθμολογίες και αξιολογήθηκαν οι βαθμολογίες ως εξής: για βαθμολογία 2 έως 3 ερμηνεύεται ως καθόλου ικανοποιημένος, για βαθμολογία από 4 έως 5 ως λίγο ικανοποιημένος και τέλος από 6 έως 8 πολύ ικανοποιημένος.

Οι δύο ερωτήσεις που ακολουθούν (Ερώτηση 6 και 7) αξιολογούν την δυσκολία της χειρουργικής διαδικασίας αλλά και της μετεγχειρητικής περιόδου. Οι πιθανές απαντήσεις είναι και πάλι σε κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμίδων βαθμολογημένη όπως φαίνεται παρακάτω: Πολύ Δύσκολη=1 Αρκετά Δύσκολη=2 Λίγο Δύσκολη=3 Καθόλου Δύσκολη=4. Αξιολογήθηκαν και αυτές αρχικά αθροιστικά με μέγιστη δυνατή βαθμολογία το 8 όπου σημαίνει καθόλου δύσκολη χειρουργική και μετεγχειρητική διαδικασία και ελάχιστη δυνατή βαθμολογία το 2 που σημαίνει πολύ δύσκολη. Για την αξιολόγηση της αθροιστικής βαθμολόγησης των δύο ερωτήσεων, ομαδοποιήθηκαν και αξιολογήθηκαν οι βαθμολογίες ως εξής: για βαθμολογία 2 έως 3 ερμηνεύεται ως πολύ δύσκολη διαδικασία, για βαθμολογία από 4 έως 5 ως λίγο δύσκολη και τέλος από 6 έως 8 καθόλου δύσκολη. Ακολούθως αξιολογήθηκαν και μεμονωμένα για να δούμε ξεχωριστά την δυσκολία του χειρουργείου αλλά και την μετεγχειρητική.

Στην Ερώτηση 9 καλούνται οι ασθενείς να προτείνουν την θεραπεία που ακολούθησαν σε φίλους, συγγενείς ή γνωστούς. Η τετραβάθμια κλίμακα Likert διαμορφώνεται και βαθμολογείται ως εξής: Σίγουρα ναι=4, Μάλλον ναι=3, Μάλλον όχι=2 και Σίγουρα όχι=1. Η ερώτηση αυτή αξιολογείται μεμονωμένα.

Τέλος οι δύο ανοικτές ερωτήσεις (Ερώτηση 11 και 12) έχουν ως σκοπό να εμφανίσουν βασικά μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης θεραπείας, και θα σχολιαστούν στο 5^ο Κεφάλαιο της εργασίας «Συμπεράσματα- Συζήτηση» των αποτελεσμάτων της έρευνας.

4.4 Υλικό και Μεθοδολογία

4.4.1. Δείγμα και διαδικασία

Για την διεξαγωγή της έρευνας, ήρθα σε επαφή με ιδιωτικές οδοντιατρικές κλινικές αλλά και απλά οδοντιατρεία, στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών, προκειμένου να έχω την δυνατότητα να προσεγγίσω ικανοποιητικό αριθμό ασθενών.

Κατά την διάρκεια της ανεύρεσης ασθενών που να ικανοποιούν τις απαιτούμενες παραμέτρους, ώστε να αποτελέσουν το δείγμα μου, ήρθα αντιμέτωπη με μια σημαντική δυσκολία. Από τον συνολικό αριθμό των ασθενών ενός οδοντιατρείου ή μιας κλινικής, μόνο ένα πολύ μικρό μέρος πληρούσε τις απαιτούμενες προϋποθέσεις ώστε να συμμετάσχει στην έρευνα. Λόγω αυτού η διαδικασία συγκέντρωσης ικανοποιητικού αριθμού ερωτηματολογίων κατέστη εξαιρετικά χρονοβόρα.

Οι προσερχόμενοι ασθενείς στα οδοντιατρεία, οι οποίοι είχαν θεραπεύσει νωδές περιοχές με οδοντικά εμφυτεύματα, ενημερωνόντουσαν από εμένα σχετικά με την διεξαγωγή της έρευνας και το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου. Όσοι από αυτούς δεχόντουσαν να αποτελέσουν δείγμα και να συμμετάσχουν στην έρευνα, συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο παρουσία μου, προκειμένου να προσφέρω βοήθεια σε απορίες που ενδεχομένως να προέκυπταν. Επιλέχθηκε αυτός ο τρόπος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, διότι σε εξειδικευμένη βάση δεδομένων (Patient Reported Quality of Life databases 2008) προτείνεται αυτός ο τρόπος χορήγησης για το OHIP14.

4.4.2. Στατιστική Επεξεργασία

Για την στατιστική επεξεργασία των ερωτηματολογίων δημιουργήθηκε ειδική βάση δεδομένων, προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν τα λάθη καταχώρησης. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17 (Statistical Package for Social Sciences), στο οποίο εισήχθησαν τα δεδομένα, με σκοπό να γίνει στατιστικός έλεγχος της ομοιογένειας τους και να ακολουθήσει η στατιστική επεξεργασία και η ανάλυση των αποτελεσμάτων.

4.5 Ανακεφαλαίωση

Λαμβάνοντας υπόψη τα όσα αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο τέσσερα, θα λέγαμε πως αξιολογείται ως πολύ σημαντική η θεωρητική γνώση του ερευνητή σχετικά με τα δεδομένα που πρόκειται να αναλύσει στην συνέχεια. Εμφανίζεται η αναγκαιότητα εξήγησης των βημάτων που ακολουθήθηκαν ένα προς ένα, προκειμένου να μπορεί ο αναγνώστης να κατανοήσει τον τρόπο που ακολούθησε ο ερευνητής προκειμένου να φτιάξει τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, αλλά και να τις διαμορφώσει με τρόπο κατανοητό για τους ασθενείς.

Επιπρόσθετα επεξηγείται ο τρόπος προσέγγισης του δείγματος, της ανάλυσης και επεξεργασίας των ερωτήσεων ενώ γίνεται αναφορά και στα εργαλεία αλλά και τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν για την στατιστική επεξεργασία των απαντήσεων που δόθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ SPSS 17 ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

5.1 Εισαγωγή

Σκοπός του πέμπτου κεφαλαίου της παρούσας διπλωματικής εργασίας, είναι η στατιστική ανάλυση των απαντήσεων των ερωτηθέντων μετά την συγκέντρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας.

Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17. Με την βοήθεια αυτού του προγράμματος καταχωρήθηκαν όλες οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με κωδικοποιημένη ονομασία και αναλυτική περιγραφή. Στο τμήμα του προγράμματος που τοποθετούνται οι απαντήσεις, τοποθετήθηκαν οι επιλογές που είχαν κάνει οι ερωτηθέντες. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως οι απαντήσεις είχαν κωδικοποιηθεί, προκειμένου να μπορεί το πρόγραμμα να τις αναγνωρίσει και να τις τοποθετήσει σωστά στους πίνακες συχνοτήτων αλλά και στα γραφήματα που παρουσιάζονται παρακάτω.

Για κάθε μια από τις ερωτήσεις που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί ο αντίστοιχος πίνακας συχνοτήτων, προκειμένου να φαίνονται ξεκάθαρα οι συνολικές απαντήσεις (total), η συχνότητα εμφάνισης της καθεμίας αλλά και η αντιστοιχία τους σε ποσοστιαία αναλογία επί τοις εκατό. Έπειτα ακολουθεί διαγραμματική απεικόνιση των δεδομένων, είτε σε ραβδόγραμμα είτε σε διάγραμμα με την μορφή πίτας, ενώ σε κάθε περίπτωση αναφέρονται πάνω στα σχήματα, τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων αλλά και ο σχολιασμός των δεδομένων.

5.2 Στατιστική ανάλυση και σχολιασμός

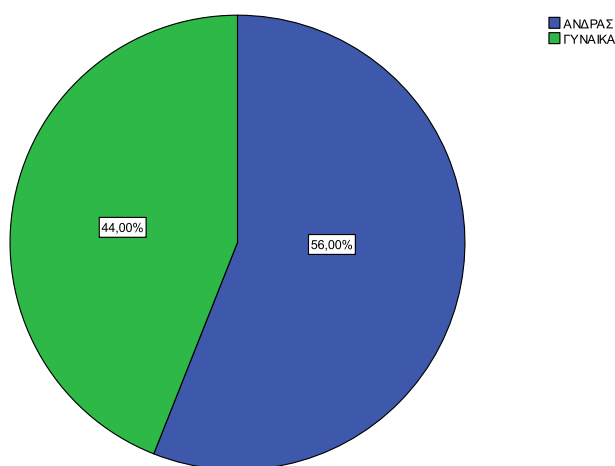
5.2.1 Στατιστική ανάλυση πρώτου σκέλους ερωτήσεων. Δημογραφικές ερωτήσεις.

Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του φύλου των ασθενών.

Πίνακας 5.1

ΦΥΛΟ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΝΔΡΑΣ	28	56,0	56,0
ΓΥΝΑΙΚΑ	22	44,0	100,0
Total	50	100,0	

ΦΥΛΟ



Γράφημα 5.1

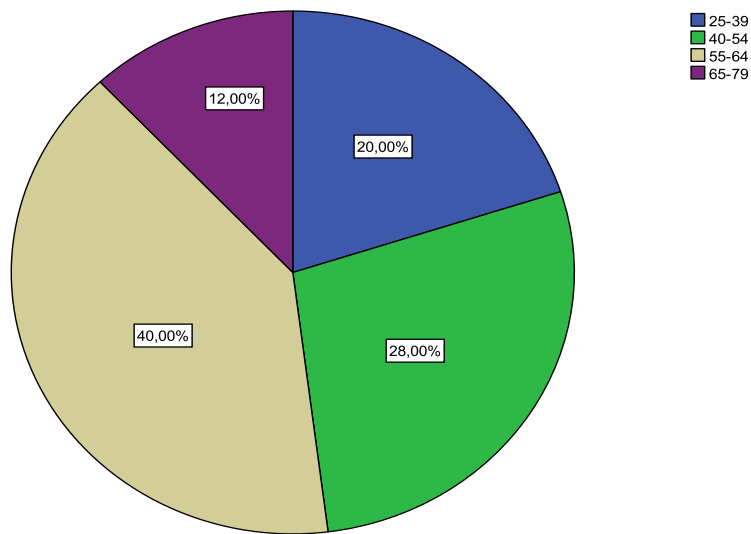
Όπως φαίνεται απεικονιστικά και στο παραπάνω γράφημα, από το σύνολο του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας το 44% ήταν γυναίκες ενώ το 56% ήταν άνδρες.

Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης της ηλικίας των ασθενών.

Πίνακας 5.2

ΗΛΙΚΙΑ			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
25-39	10	20,0	20,0
40-54	14	28,0	48,0
55-64	20	40,0	88,0
65-79	6	12,0	100,0
Total	50	100,0	

ΗΛΙΚΙΑ



Γράφημα 5.2

Σύμφωνα με το γράφημα 5.2, πάνω από το 50% των ερωτηθέντων είχε ηλικία άνω των 54 ετών, ενώ μόνο ένα σχετικά μικρό ποσοστό της τάξεως του 20% είναι κάτω των 39 ετών. Από τα προαναφερθέντα μπορούμε να συμπεράνουμε πως η θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα απευθύνεται κυρίως σε άτομα άνω των 40 ετών, χωρίς ωστόσο αυτό να αποκλείει από τους εν δυνάμει ασθενείς και νεότερα άτομα.

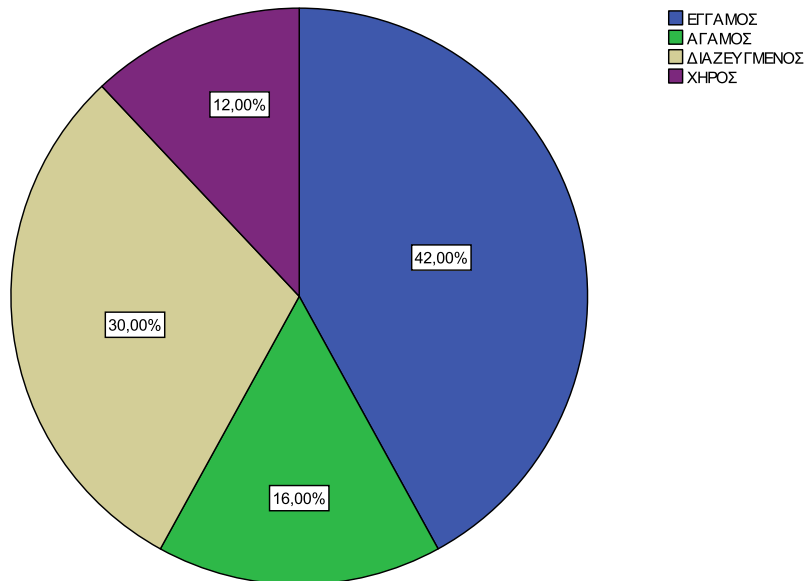
Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών

Πίνακας 5.3

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΕΓΓΑΜΟΣ	21	42,0	42,0
ΑΓΑΜΟΣ	8	16,0	58,0
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	15	30,0	88,0
ΧΗΡΟΣ	6	12,0	100,0
Total	50	100,0	

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Γράφημα 5.3

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων , σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν (Γράφημα 5.3) , είναι έγγαμοι (42%) ή διαζευγμένοι (30%). Μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί σε άγαμους (16%), ενώ ένα ακόμα μικρότερο ποσοστό (12%) αποτελούν ασθενείς που έχουν χηρέψει.

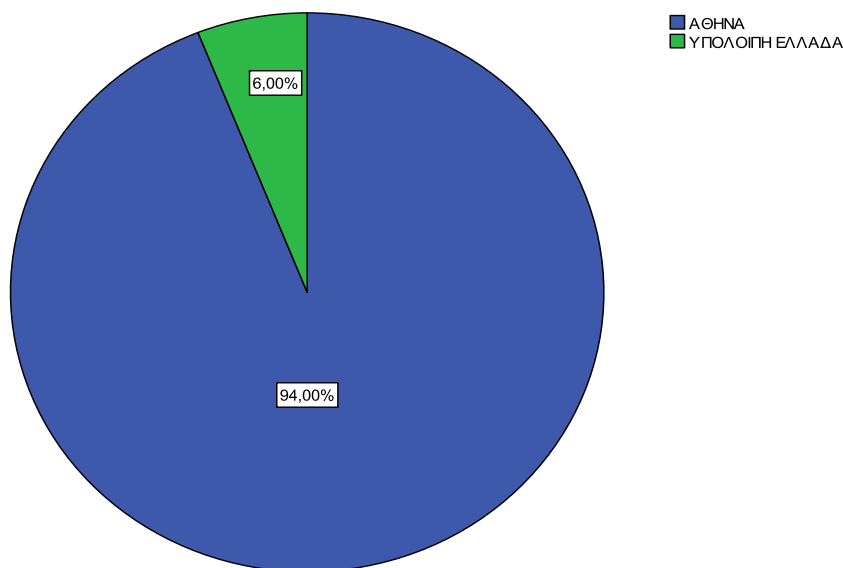
Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του τύπου μόνιμης κατοικίας των ερωτηθέντων

Πίνακας 5.4

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΘΗΝΑ	47	94,0	94,0
ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΛΛΑΔΑ	3	6,0	100,0
Total	50	100,0	

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ



Γράφημα 5.4

Όπως ήταν φυσικό, λόγω του ότι η δειγματοληψία έγινε σε οδοντιατρεία και οδοντιατρικά κέντρα της Αθήνας, η συντριπτική πλειοψηφία (Γράφημα 5.4) των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα μας (94%) είχαν ως τόπο μόνιμης κατοικίας την Αθήνα. Μόνο ένα μικρό ποσοστό (6%) ήταν κάτοικοι επαρχιακών πόλεων, οι οποίοι επέλεξαν να επισκεφθούν ένα οδοντιατρείο της πρωτεύουσας, προκειμένου να προχωρήσουν στην θεραπεία οδοντικών εμφυτευμάτων.

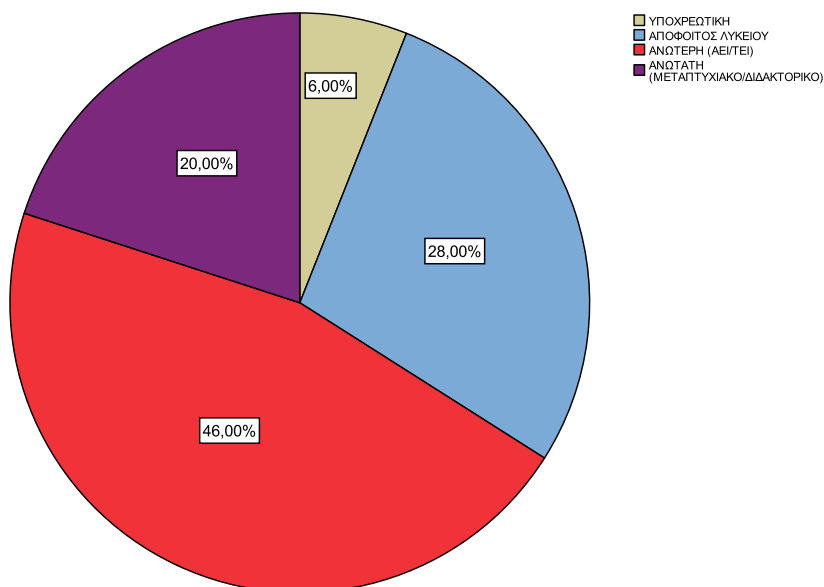
Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του επιπέδου εκπαίδευσης των ερωτηθέντων.

Πίνακας 5.5

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ	3	6,0	6,0
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	14	28,0	34,0
ΑΝΩΤΕΡΗ (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	23	46,0	80,0
ΑΝΩΤΑΤΗ (ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ)	10	20,0	100,0
Total	50	100,0	

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ



Γράφημα 5.5

Παρατηρώντας το παραπάνω γράφημα 5.5, βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (56%) έχει ακολουθήσει μεταλυκειακή εκπαίδευση, είτε ανώτερη (46%) είτε ανώτατη (20%), ενώ από το υπόλοιπο 44% μόνο το 6% είναι άτομα που έχουν λάβει μόνο την υποχρεωτική εκπαίδευση και 28% απόφοιτοι λυκείου. Αυτή η αναλογία ποσοστών, μας δείχνει, πως η καλύτερη και υψηλότερη εκπαίδευση παίζουν ρόλο στο να επιλέξει κάποιος θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα.

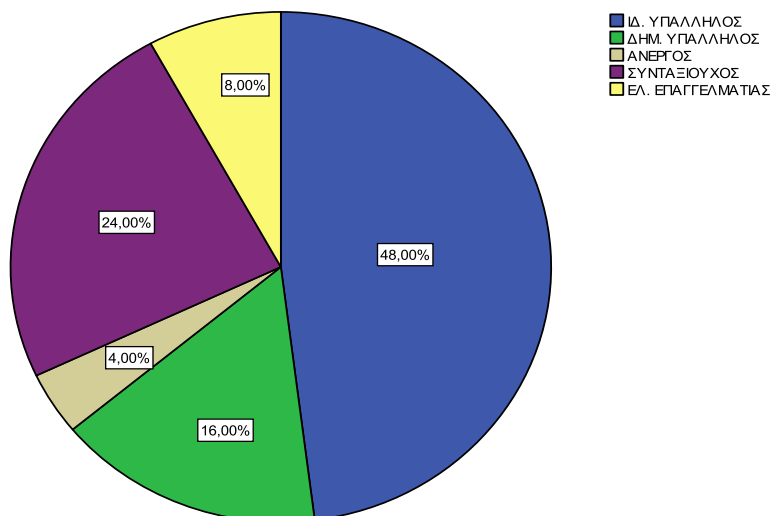
Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης την επαγγελματικής απασχόλησης των ερωτηθέντων.

Πίνακας 5.6

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	24	48,0	48,0
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	8	16,0	64,0
ΑΝΕΡΓΟΣ	2	4,0	68,0
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	12	24,0	92,0
ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	4	8,0	100,0
Total	50	100,0	

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ



Γράφημα 5.6

Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 96% έχει κάποιου είδους σταθερό εισόδημα, είτε από εργασία είτε από σύνταξη. Μόνο το 4% των ασθενών δηλώνει άνεργος, γεγονός αρκετά αναμενόμενο, διότι το κόστος των οδοντικών εμφυτευμάτων είναι σχετικά υψηλό, ενώ οι θεραπείες αυτές πραγματοποιούνται μόνο από ιδιώτες οδοντίατρους, και όχι από δημόσιους φορείς. Από το 96% του συνόλου του δείγματος, το 48% απασχολούνται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 16% ως δημόσιοι, το 8% δηλώνουν ελεύθεροι επαγγελματίες και το 24% συνταξιούχοι.

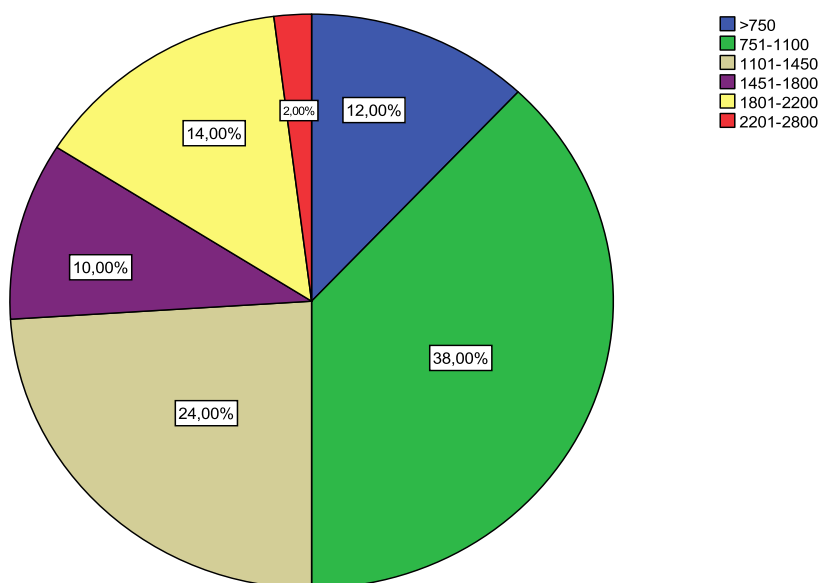
Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του ατομικού μηνιαίου εισοδήματος των ερωτηθέντων.

Πίνακας 5.7

ΑΤΟΜΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
>750	6	12,0	12
751-1100	19	38,0	50
1101-1450	12	24,0	74
1451-1800	5	10,0	84
1801-2200	7	14,0	98
2201-2800	1	2,0	100
Total	50	100,0	

ΑΤΟΜΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ



Γράφημα 5.7

Σε σχέση με το δηλωθέν ατομικό μηνιαίο εισόδημα, των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, βλέπουμε πως το 50% του συνόλου έχει εισόδημα άνω των 1100€. Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο, πως μόνο το 2% δηλώνει εισόδημα άνω των 2200€. Από το υπόλοιπο 50% των συμμετεχόντων, το 38% αναφέρει εισόδημα μέχρι 1100€ μηνιαίως, ενώ μόνο το 12% δηλώνει κάτω των 750€. Τα παραπάνω στοιχεία φανερώνουν πως, για να προβεί κάποιος σε μια θεραπεία επί εμφυτευμάτων, απαιτείται ένα ικανοποιητικό αλλά όχι υπερβολικά υψηλό μηνιαίο εισόδημα.

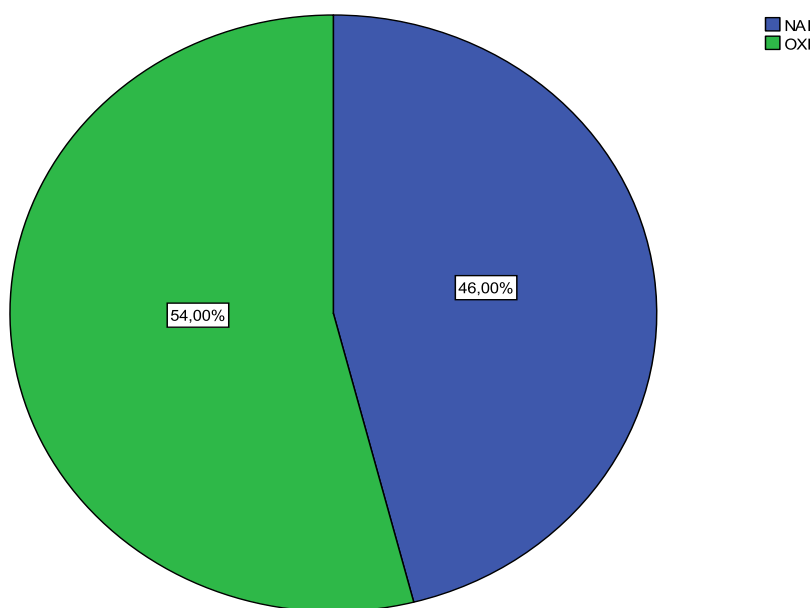
Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης των καπνιστών.

Πίνακας 5.8

ΕΙΣΤΕ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	23	46,0	46,0
ΟΧΙ	27	54,0	100,0
Total	50	100,0	

ΕΙΣΤΕ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ;



Γράφημα 5.8

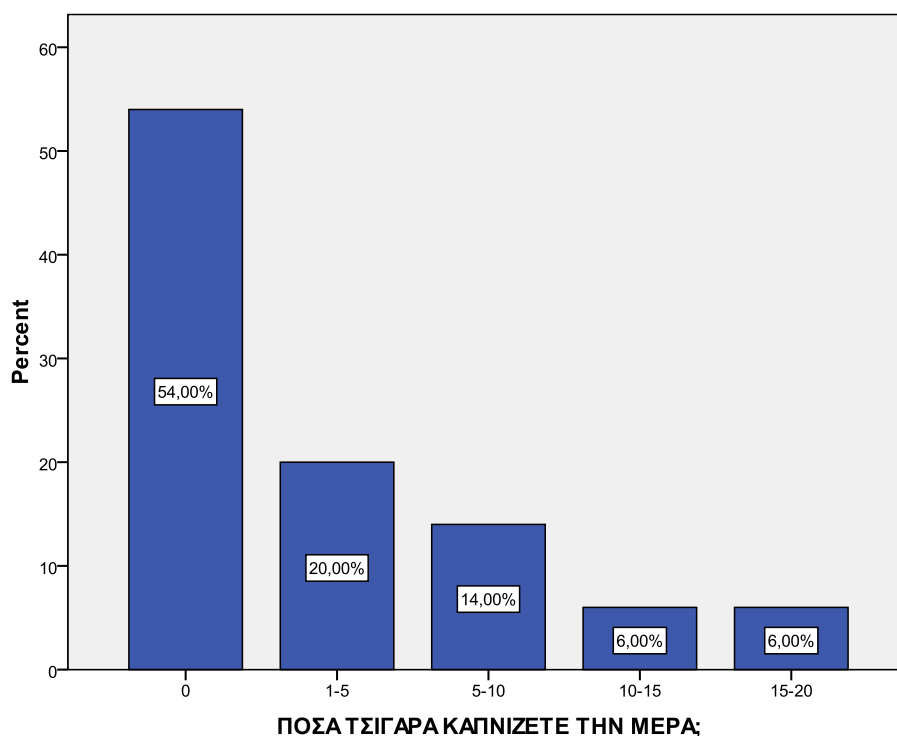
Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 54% δήλωσε ότι δεν καπνίζει καθόλου, ενώ το 46% δήλωσε πως καπνίζει. Το κάπνισμα σε θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα είναι ένας παράγοντας κινδύνου και γι' αυτό οι μη καπνιστές υπερτερούν αριθμητικά.

Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης των τσιγάρων που καπνίζουν ανά ημέρα οι καπνιστές συμμετέχοντες.

Πίνακας 5.9

ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
0	27	54,0	54,0
1-5	10	20,0	74,0
5-10	7	14,0	88,0
10-15	3	6,0	94,0
15-20	3	6,0	100,0
Total	50	100,0	



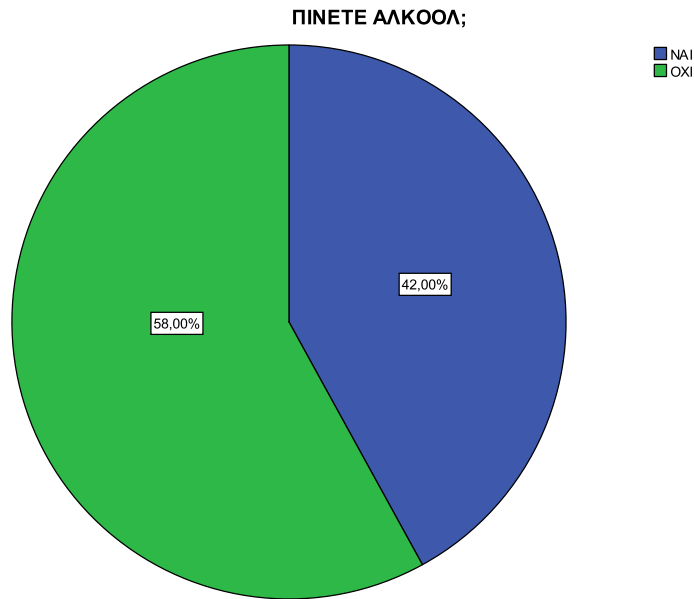
Γράφημα 5.9

Όπως προκύπτει από τα δύο προηγούμενα γραφήματα (5.8 και 5.9) μόνο το 46% των ερωτηθέντων δηλώνει πως καπνίζει. Από αυτό το 46%, το 20% αναφέρει πως καπνίζει το πολύ μέχρι 5 τσιγάρα ημερησίως, γεγονός που φανερώνει ότι το κάπνισμα γίνεται με σύνεση και χωρίς υπερβολές, ενώ το υπόλοιπο 26% δηλώνει πως καπνίζει από 5-20 τσιγάρα ημερησίως, παρ' όλο που το κάπνισμα μπορεί να επιφέρει μελλοντικά επιπλοκές στην θεραπεία που έχουν ακολουθήσει.

Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του αλκοόλ που καταναλώνει ο ασθενής σε εβδομαδιαία βάση.

Πίνακας 5.10

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	21	42,0	42,0
ΟΧΙ	29	58,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.10

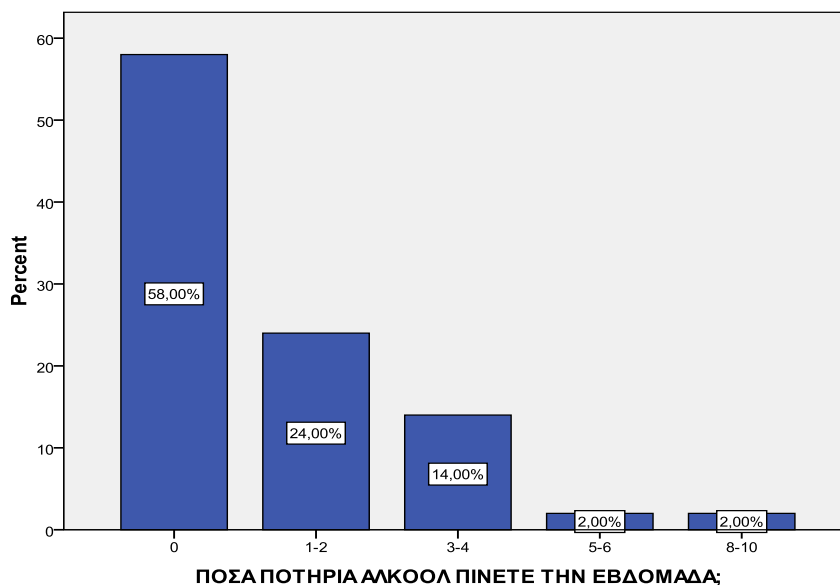
Το 58% των ερωτηθέντων, δήλωσε πως δεν καταναλώνει καθόλου αλκοόλ σε εβδομαδιαία βάση.

Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης της ποσότητας του αλκοόλ που καταναλώνεται εβδομαδιαίως από τους ασθενείς.

Πίνακας 5.11

ΠΟΣΑ ΠΟΤΗΡΙΑ ΑΛΚΟΟΛ ΠΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
0	29	58,0	58,0
1-2	12	24,0	82,0
3-4	7	14,0	96,0
5-6	1	2,0	98,0
8-10	1	2,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.11

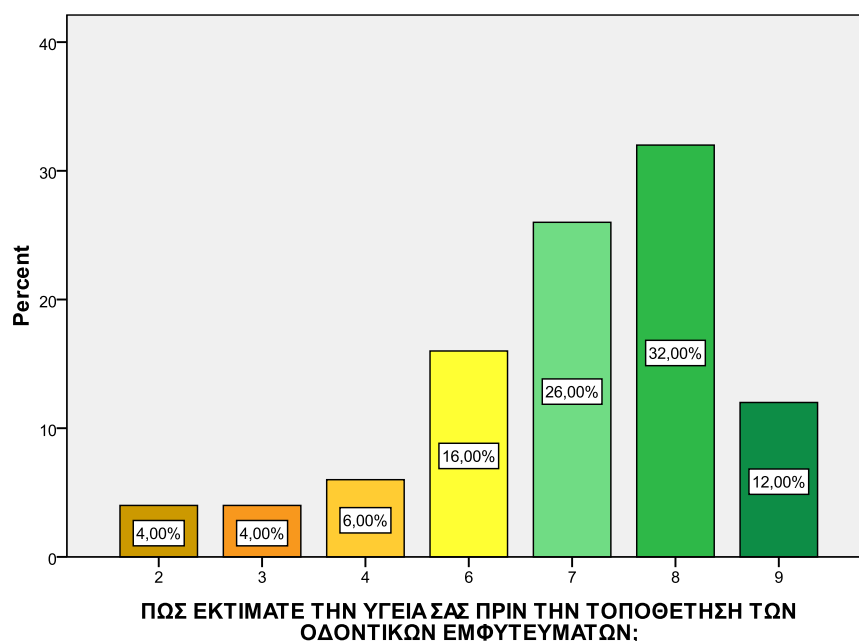
Από το υπόλοιπο 42% που δήλωσε πως καταναλώνει αλκοόλ σε εβδομαδιαία βάση, το μεγαλύτερο ποσοστό (24%) αναφέρει πως πίνει 1 με 2 ποτήρια αλκοόλ την εβδομάδα, το 14% δήλωσε πως πίνει 3 με 4 ποτήρια και μόλις το 4% ανέφερε περισσότερα από 5 και μέχρι 10.

Ποσοστά (%) αυτοξιολόγησης της υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς σε κλίμακα από το 1 έως το 10.

Πίνακας 5.12

**ΠΩΣ ΕΚΤΙΜΑΤΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ
ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ;**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
2,00	2	4,0	4,0
3,00	2	4,0	8,0
4,00	3	6,0	14,0
6,00	8	16,0	30,0
7,00	13	26,0	56,0
8,00	16	32,0	88,0
9,00	6	12,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.12

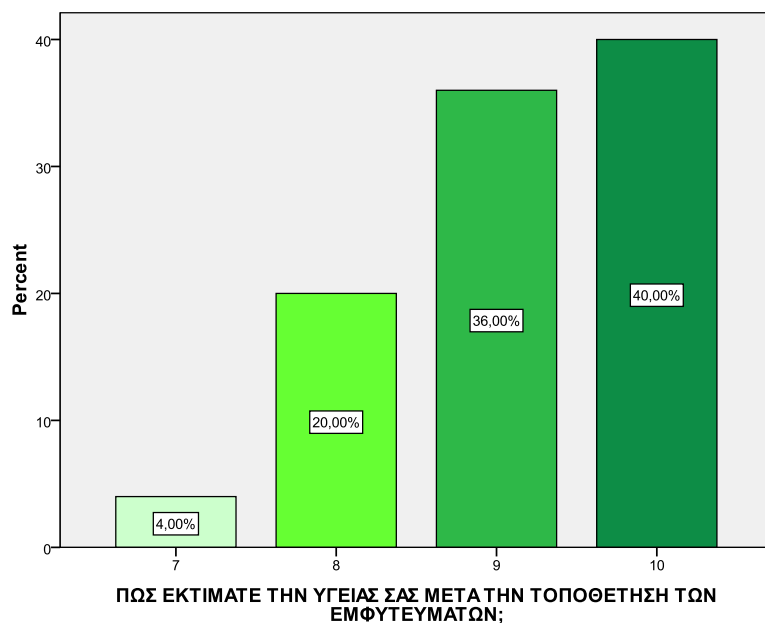
Στο παραπάνω Γράφημα 5.12 παρατηρούμε την εμφάνιση πολλών βαθμολογιών της κλίμακας από το 1 έως το 10. Πιο συγκεκριμένα το 30% αξιολόγησε την υγεία του με βαθμό κάτω του 6 με άριστα το 10, ενώ το 14% βαθμολόγησε και κάτω από 5. Ωστόσο παρατηρούμε και αρκετά θετικότερες βαθμολογίες όπως 7 (26%), 8 (32%) και 9 (12%). Σημαντική είναι η απουσία της άριστης υγείας (10) ενώ αξίζει να δούμε πόσα από αυτά τα ποσοστά θα διαφοροποιηθούν στην εκ νέου αυτοαξιολόγηση της υγείας μετά την θεραπεία με τα οδοντικά εμφυτεύματα.

Ποσοστά (%) αυτοαξιολόγησης της υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς σε κλίμακα από το 1 έως το 10.

Πίνακας 5.13

ΠΩΣ ΕΚΤΙΜΑΤΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
7,00	2	4,0	4,0
8,00	10	20,0	24,0
9,00	18	36,0	60,0
10,00	20	40,0	100,0
Total	50	100,0	



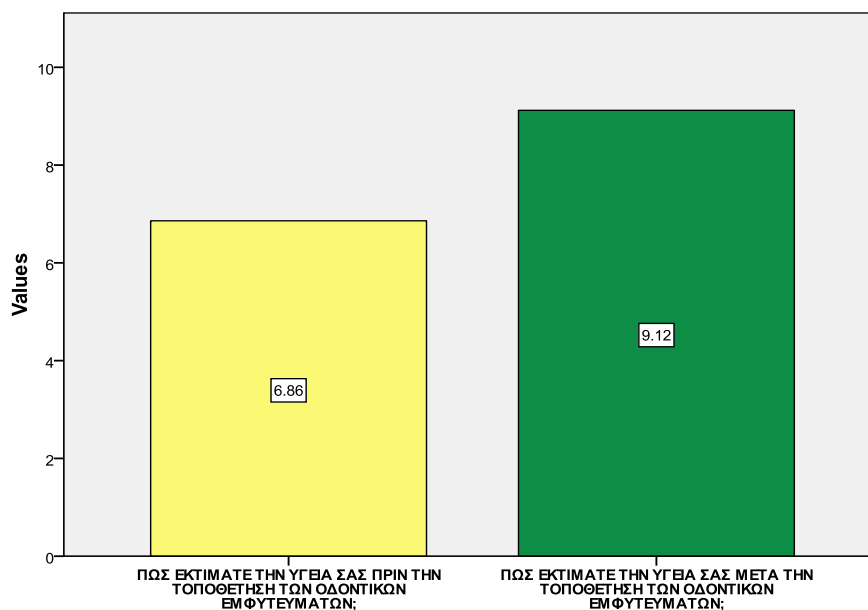
Γράφημα 5.13

Μπορούμε εύκολα να παρατηρήσουμε πως στο παραπάνω γράφημα 5.13, η βαθμολόγηση της υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς μετά την θεραπεία των οδοντικών εμφυτευμάτων, παρουσιάζει έντονη διαφοροποίηση από το αντίστοιχο γράφημα πριν την θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα οι βαθμολογίες που εμφανίζονται είναι από 7 και πάνω, ενώ το 7 συγκεντρώνει ποσοστό μόνο 4%. Άλλη μια σημαντική παρατήρηση είναι πως το 40% αξιολόγησε την υγεία του ως άριστη με 10, βαθμολογία που δεν εμφανιζόταν καθόλου στο προηγούμενο γράφημα. Ενώ η βαθμολογία 9 (σχεδόν άριστη υγεία) συγκεντρώνει ποσοστό 36%, δηλαδή τρεις φορές μεγαλύτερο απ' ότι στο προηγούμενο γράφημα.

Σύγκριση μέσου όρου αυτοξιολόγησης της υγείας **πριν** και **μετά** την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων

Πίνακας 5.14

	ΠΩΣ ΕΚΤΙΜΑΤΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ;	ΠΩΣ ΕΚΤΙΜΑΤΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ;
Valid	50	50
Missing	0	0
Mean	6,8600	9,1200



Γράφημα 5.14

Για να μπορέσουμε πιο εύκολα, ξεκάθαρα και κατανοητά να συγκρίνουμε και να αξιολογήσουμε την βαθμολογία, σε σχέση με το πόσο καλή ή κακή θεωρούν οι ίδιοι οι ασθενείς την υγεία τους, πριν και μετά την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων, συγκρίναμε στο γράφημα 5.14, τους μέσους όρους της βαθμολογίας που έδωσαν οι ασθενείς. Με κίτρινο χρώμα και τιμή 6,86 αναφερόμαστε στο μέσο όρο της βαθμολογίας για την αξιολόγηση της υγείας πριν την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων. Στο ίδιο γράφημα με πράσινο χρώμα και τιμή 9,12 αναφερόμαστε στον μέσο όρο της βαθμολογίας μετά την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων. Είναι λοιπόν ξεκάθαρο, πως μετά την θεραπεία οι ίδιοι οι ασθενείς αξιολογούν συνολικά καλύτερα την υγεία τους, με βαθμολογία πολύ κοντά στο άριστο (9.1), και ποσοστιαία αύξηση της τάξεως του 32%.

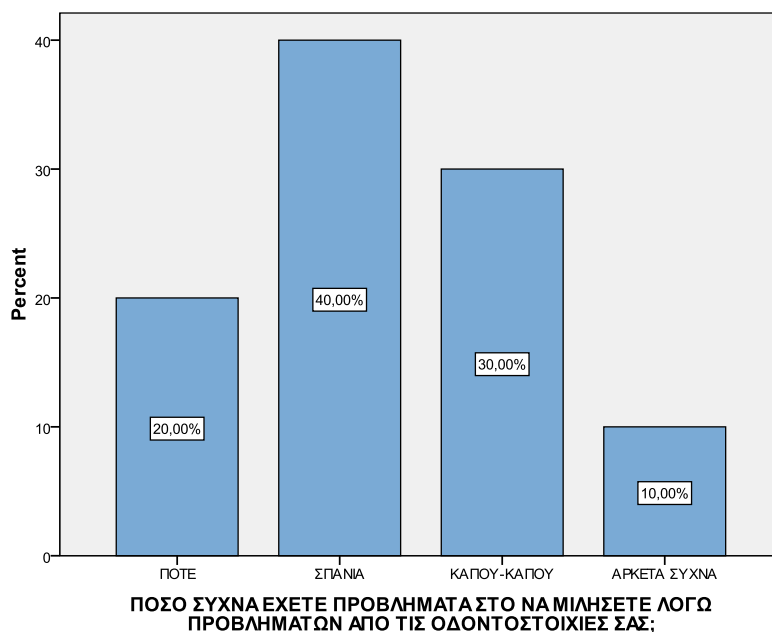
5.2.2 Στατιστική ανάλυση δεύτερου σκέλους ερωτήσεων, Oral Health Impact Profile 14

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 1^α του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 5.15

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΝΑ ΜΙΛΗΣΕΤΕ ΛΟΓΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ ΣΑΣ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	10	20,0	20,0
ΣΠΑΝΙΑ	20	40,0	60,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	15	30,0	90,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	5	10,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.15

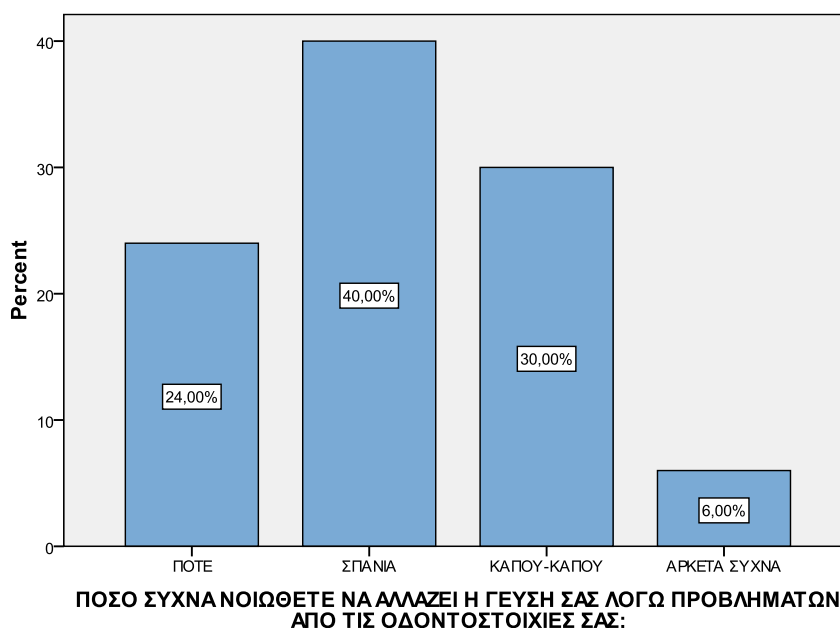
Όπως φαίνεται στο παραπάνω γράφημα πάνω από το 50% των ερωτηθέντων απάντησε πως αντιμετωπίζει «σπάνια» (40%) ή «ποτέ»(20%) πρόβλημα στο να μιλήσει λόγω προβλημάτων με τις οδοντοστοιχίες του. Ενώ «αρκετά συχνά» απάντησε μόνο το 10%, και «κάπου-κάπου» απάντησε το 30%. Επίσης αξίζει να σημειωθεί πως κανένας ασθενής δεν επέλεξε την απάντηση «πολύ συχνά» και γι αυτό δεν εμφανίζεται στο ραβδόγραμμα αλλά ούτε στον πίνακα συχνοτήτων.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 1β του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 5.16

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΝΟΙΩΘΕΤΕ ΝΑ ΑΛΛΑΖΕΙ Η ΓΕΥΣΗ ΣΑΣ ΛΟΓΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ ΣΑΣ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	12	24,0	24,0
ΣΠΑΝΙΑ	20	40,0	64,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	15	30,0	94,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	3	6,0	100,0
Total	50	100,0	



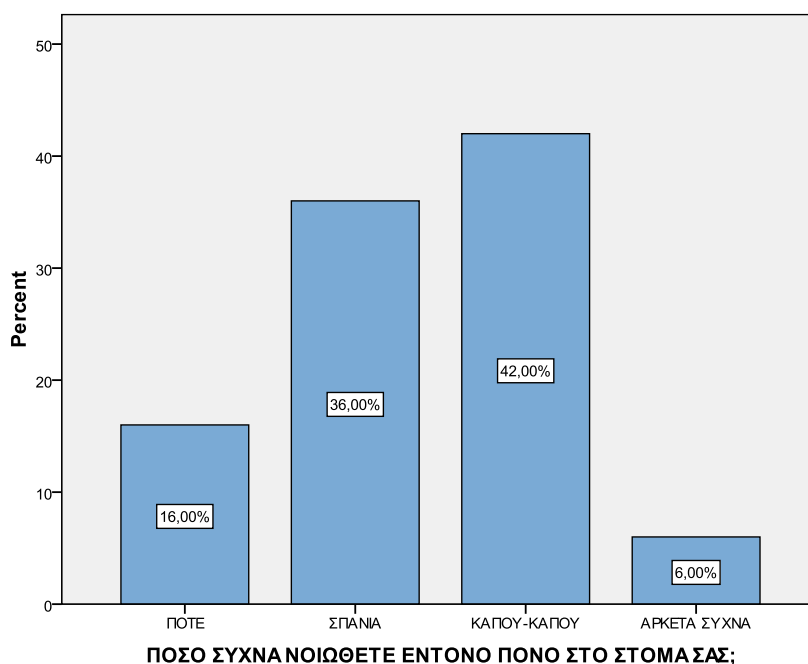
Γράφημα 5.16

Όπως φαίνεται στο ραβδόγραμμα 5.16, το 64% των ερωτηθέντων απάντησε πως νοιώθει «σπάνια» (40%) ή «ποτέ» (24%) να αλλάζει η γεύση του λόγω προβλημάτων με τις οδοντοστοιχίες του. Ενώ «αρκετά συχνά» απάντησε μόνο το 6%, ωστόσο η απάντηση «κάπου-κάπου» συγκέντρωσε και πάλι το 30%. Ομοίως στην ερώτηση αυτή παρατηρούμε πως κανένας ασθενής δεν επέλεξε την απάντηση «πολύ συχνά», γεγονός που φανερώνει την καλή αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την στοματική υγεία.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 2α του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.17

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΝΟΙΩΘΕΤΕ ΕΝΤΟΝΟ ΠΟΝΟ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΣΑΣ;			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	8	16,0	16,0
ΣΠΑΝΙΑ	18	36,0	52,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	21	42,0	94,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	3	6,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.17

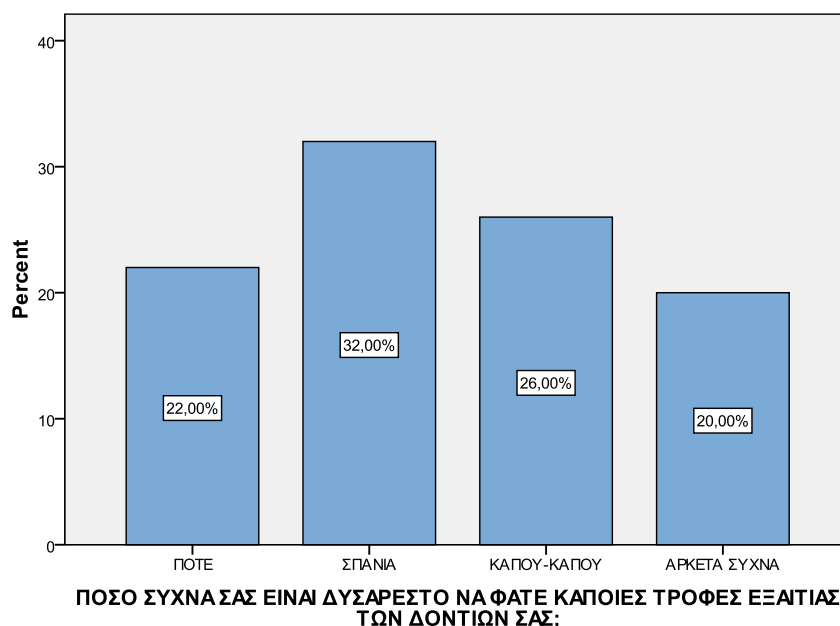
Το 42% του συνόλου των ασθενών απάντησαν πως αισθάνονται πόνο «κάπου-κάπου». Το ποσοστό αυτό είναι σχετικά υψηλό αν αναλογιστούμε πως μιλάμε για συχνότητα εμφάνισης πόνου, ωστόσο το 52% ανέφερε συχνότητα εμφάνισης «σπάνια» ή «ποτέ». Μπορεί λοιπόν να είναι κάπως υψηλό το 42%, αλλά και πάλι είναι σημαντικό πως κανένας ασθενής, δεν έδωσε ως απάντηση «πολύ συχνά», καθώς επίσης και το υψηλό ποσοστό των απαντήσεων «σπάνια» και «ποτέ».

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 2β του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.18

**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΑΡΕΣΤΟ ΝΑ ΦΑΤΕ ΚΑΠΟΙΕΣ ΤΡΟΦΕΣ
ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΑΣ;**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	11	22,0	22,0
ΣΠΑΝΙΑ	16	32,0	54,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	13	26,0	80,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	10	20,0	100,0
Total	50	100,0	



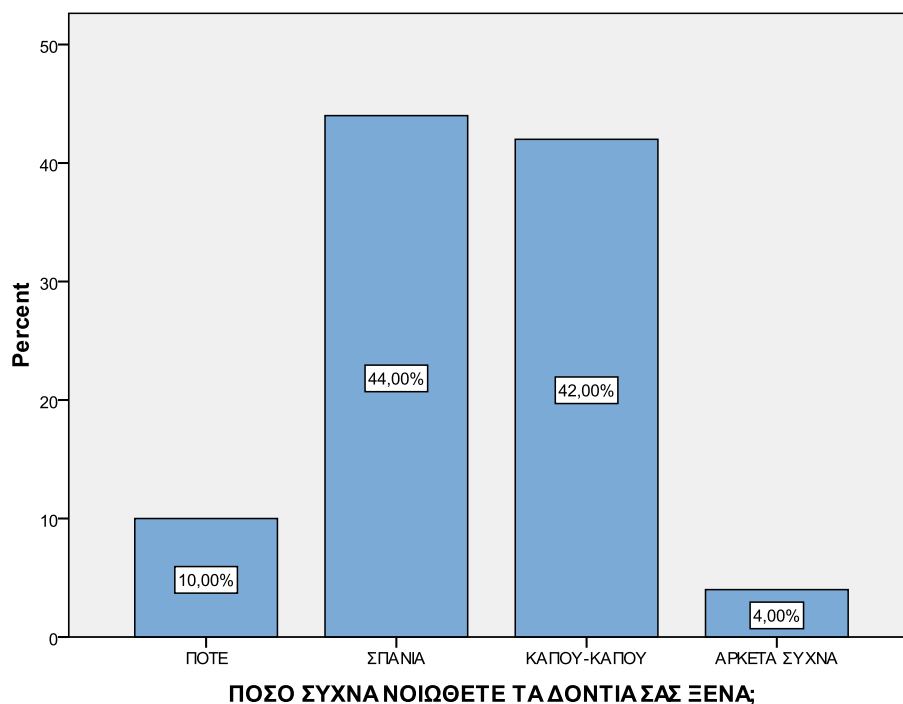
Γράφημα 5.18

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (54%) έδωσε απαντήσεις «ποτέ» και «σπάνια», σχετικά με το πόσο συχνά τους είναι δυσάρεστο να φάνε κάποιες τροφές, ενώ το 20% των ασθενών απάντησε «αρκετά συχνά» και το 26% «κάπου-κάπου». Όπως φαίνεται και στο γράφημα 5.18 τα ποσοστά που αναλογούν στην κάθε απάντηση έχουν σχετικά μικρές αποκλίσεις μεταξύ τους. Γεγονός που φανερώνει, ότι ασθενείς που έχουν δεχθεί την ίδια θεραπεία αντιμετωπίζουν πολύ διαφορετικά την καθημερινότητά τους.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 3α του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.19

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	5	10,0	10,0
ΣΠΑΝΙΑ	22	44,0	54,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	21	42,0	96,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	2	4,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.19

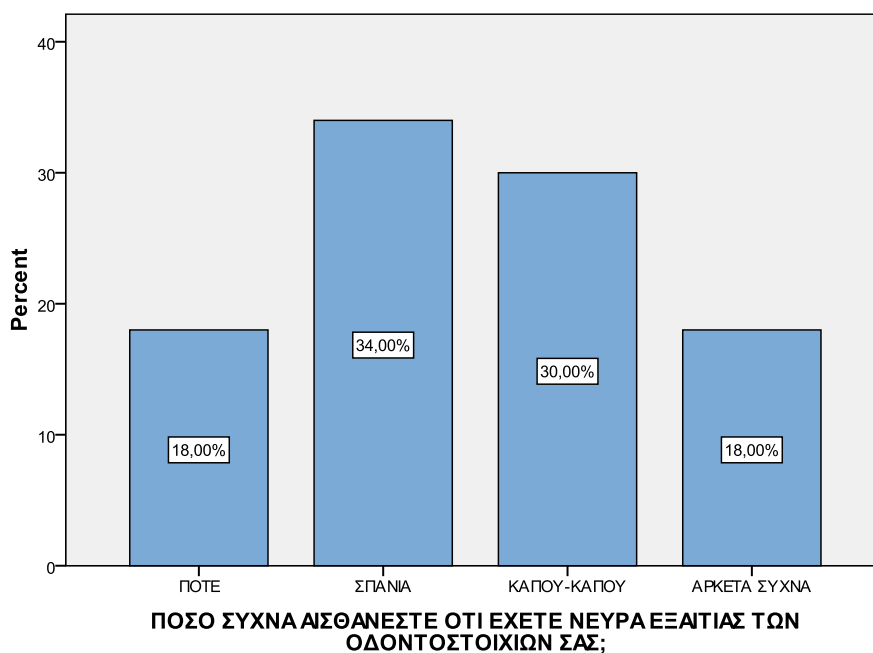
Από τον συνολικό αριθμό των ερωτηθέντων, σχετικά με το πόσο συχνά αισθάνονται τα δόντια τους ξένα, το μεγαλύτερο ποσοστό (44%) απάντησε σπάνια, ενώ εξίσου μεγάλο ποσοστό (42%) απάντησε κάπου-κάπου. Το 10% απάντησε ποτέ, ένα πολύ μικρό (4%) ποσοστό απάντησε αρκετά συχνά, ενώ για ακόμα μια φορά η απάντηση «πολύ συχνά» δεν επιλέχθηκε από κανέναν ερωτώμενο.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 3β του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.20

**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΝΕΥΡΑ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ
ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ ΣΑΣ;**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	9	18,0	18,0
ΣΠΑΝΙΑ	17	34,0	52,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	15	30,0	82,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	9	18,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.20

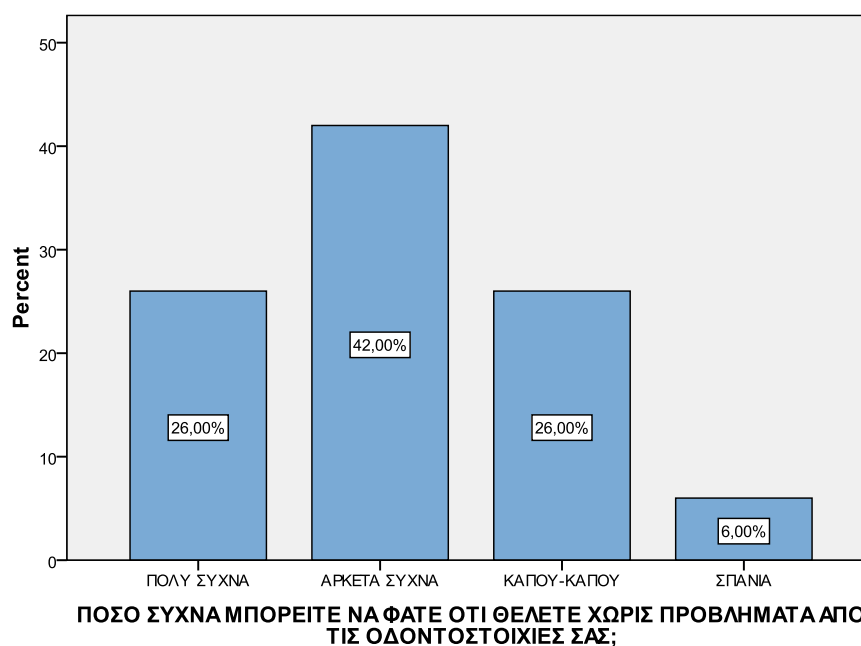
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (52%) έδωσε απαντήσεις «ποτέ» και «σπάνια», σχετικά με το πόσο συχνά αισθάνονται νεύρα εξαιτίας των οδοντοστοιχιών τους, ενώ το 18% των ασθενών απάντησε «αρκετά συχνά» και το 30% «κάπου-κάπου». Όπως φαίνεται και στο γράφημα 5.20 το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων συγκεντρώνονται στις απαντήσεις που φανερώνουν σχετικά μικρή εμφάνιση της αρνητικής επίπτωσης, ενώ κι εδώ παρατηρούμε απουσία της απάντησης «πολύ συχνά».

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 4α του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.21

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΦΑΤΕ ΟΤΙ ΘΕΛΕΤΕ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ ΣΑΣ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	13	26,0	26,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	21	42,0	68,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	13	26,0	94,0
ΣΠΑΝΙΑ	3	6,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.21

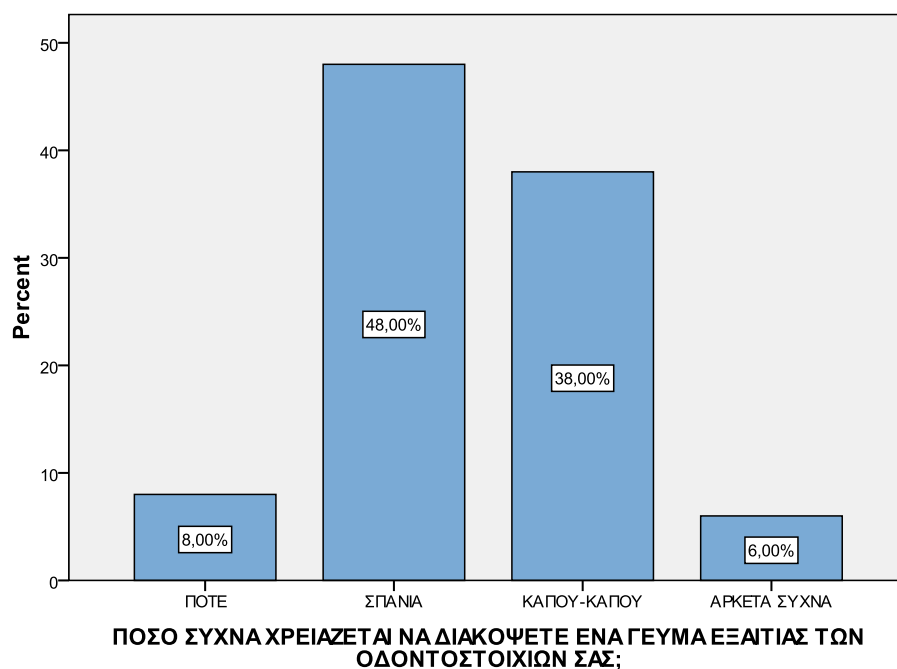
Το 68% των ερωτηθέντων, υποστήριξε πως μπορεί να φάει ότι θέλει χωρίς ενοχλήσεις «πολύ συχνά» ή «αρκετά συχνά», το 26% απάντησε «κάπου-κάπου», κι ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξεως του 6%, απάντησε σπάνια. Συμπερασματικά θα λέγαμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε θετικά στην συγκεκριμένη ερώτηση.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 4β του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.22

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΤΕ ΕΝΑ ΓΕΥΜΑ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ ΣΑΣ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	4	8,0	8,0
ΣΠΑΝΙΑ	24	48,0	56,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	19	38,0	94,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	3	6,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.22

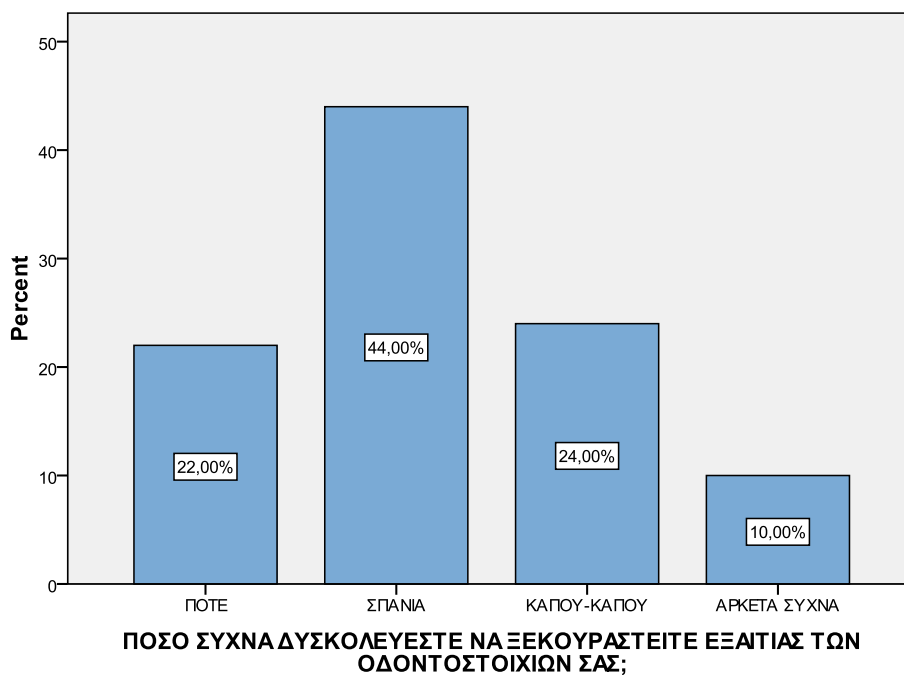
Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 48% απάντησε «σπάνια» και το 8% «ποτέ», στο πόσο συχνά χρειάζεται να διακόψουν ένα γεύμα εξαιτίας των οδοντοστοιχιών τους. Το 38% απάντησε «κάπου-κάπου» ενώ μόλις το 6% απάντησε «αρκετά συχνά».

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 5α του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.23

**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΔΥΣΚΟΛΕΥΕΣΤΕ ΝΑ ΞΕΚΟΥΡΑΣΤΕΙΤΕ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ
ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ ΣΑΣ;**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	11	22,0	22,0
ΣΠΑΝΙΑ	22	44,0	66,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	12	24,0	90,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	5	10,0	100,0
Total	50	100,0	



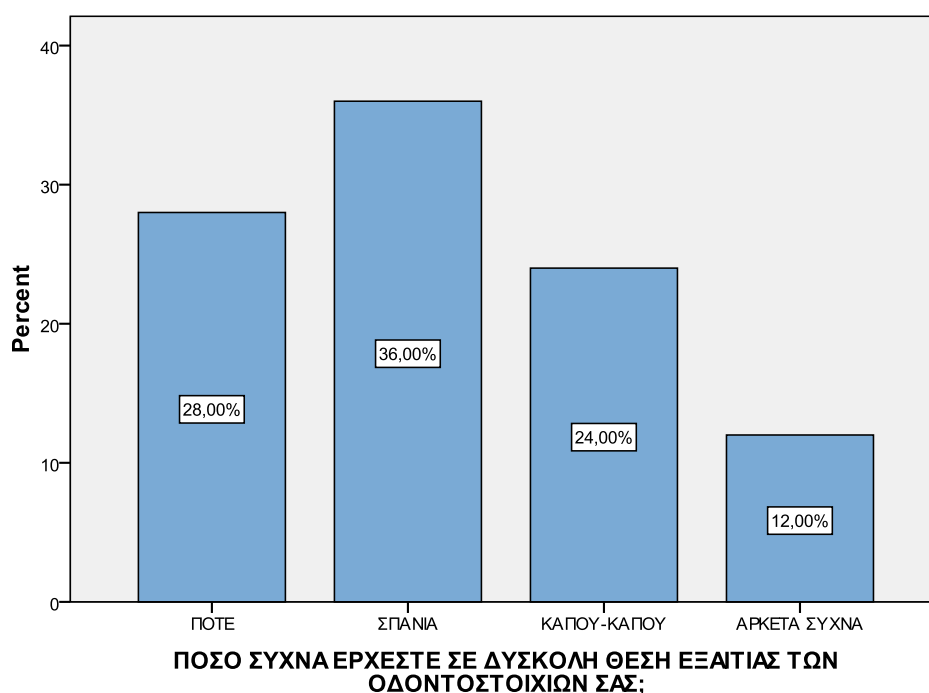
Γράφημα 5.23

Το 66% των συμμετεχόντων στην έρευνα, στην ερώτηση «Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ξεκουραστείτε εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;», απάντησε «ποτέ» (22%) και «σπάνια» (44%). Το 24% απάντησε «κάπου-κάπου» ενώ μόλις ένα 10% του συνόλου απάντησε «αρκετά συχνά».

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 5β του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.24

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΔΥΣΚΟΛΗ ΘΕΣΗ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ ΣΑΣ;			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	14	28,0	28,0
ΣΠΑΝΙΑ	18	36,0	64,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	12	24,0	88,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	6	12,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.24

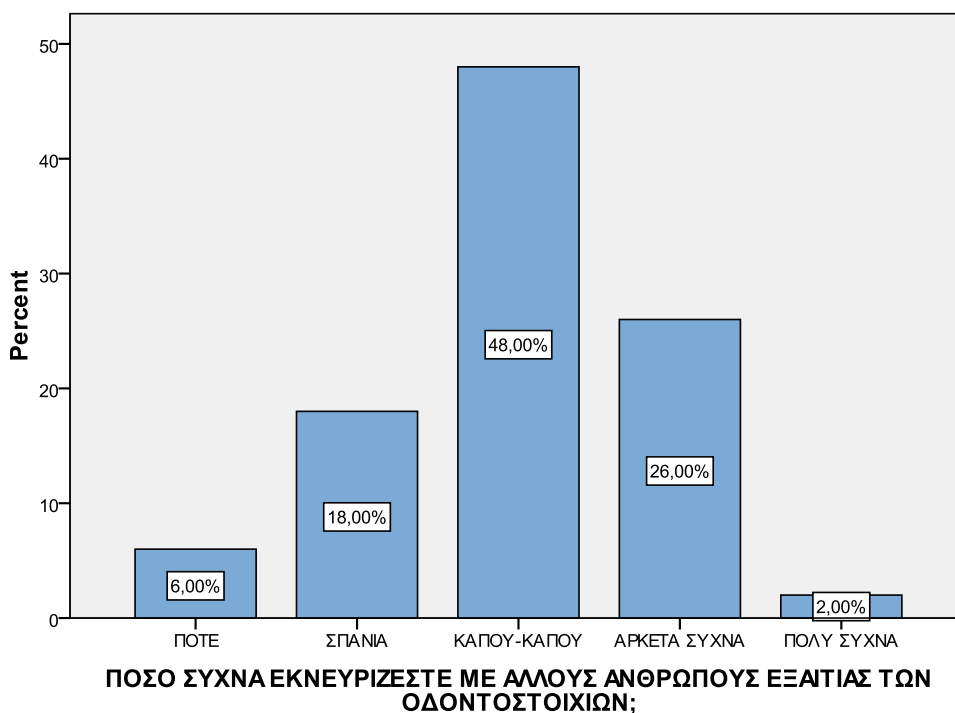
Το 64% των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, απάντησαν πως έρχονται «σπάνια» ή «ποτέ» σε δύσκολη θέση εξαιτίας των οδοντοστοιχιών τους. Το 24% απάντησε «κάπου-κάπου», ενώ «αρκετά συχνά» απάντησε μόνο το 12% των ερωτηθέντων. Ποσοστό αρκετά μικρό, που μας φανερώνει αρκετά μεγάλο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με την κοινωνική αποδοχή στην καθημερινότητά τους.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 6α του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.25

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΚΝΕΥΡΙΖΕΣΤΕ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΙΧΙΩΝ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	3	6,0	6,0
ΣΠΑΝΙΑ	9	18,0	24,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	24	48,0	72,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	13	26,0	98,0
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	1	2,0	100,0
Total	50	100,0	



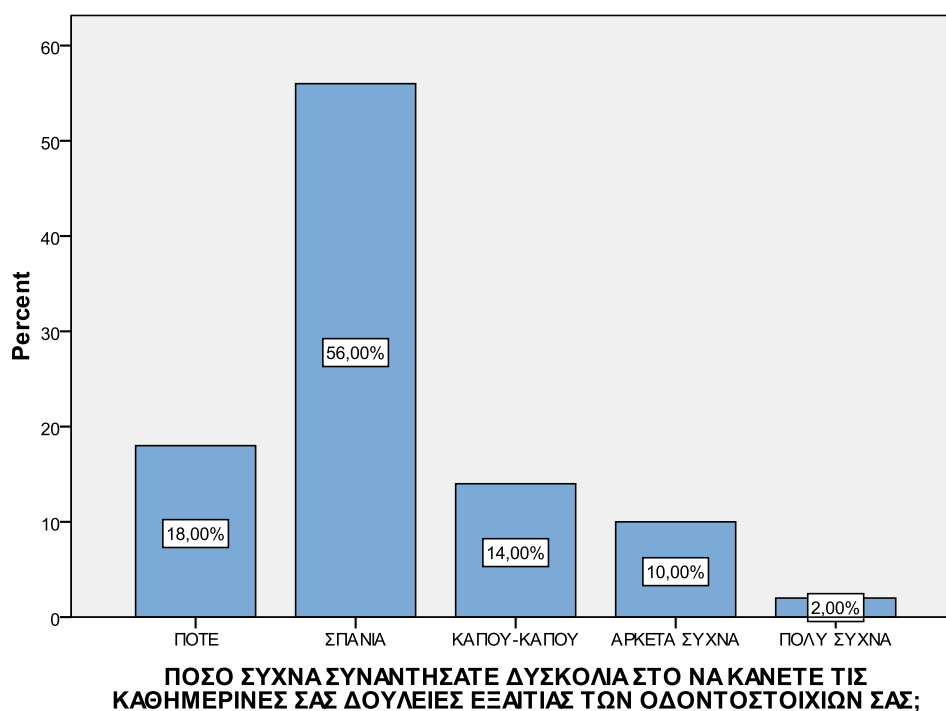
Γράφημα 5.25

Από το σύνολο των ασθενών, που ακολούθησαν θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα, περισσότεροι από τους μισούς (76%) αναφέρουν πως εκνευρίζονται «κάπου-κάπου», «αρκετά» ή «πολύ συχνά», όχι με τις δικές τους οδοντοστοιχίες, αλλά με τυχόν προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου με την στοματική τους κοιλότητα. Είναι λοιπόν φανερό, πως μετά την θεραπεία τους αντιλαμβάνονται διαφορετικά τα προβλήματα που εκείνοι πλέον δεν αντιμετωπίζουν. Ουσιαστικά ενοχλούνται λόγω προβλημάτων που είχαν και οι ίδιοι αντιμετωπίσει στο παρελθόν, πράγμα ίσως όχι και τόσο λογικό, ωστόσο φανερώνει την αυστηρότητα με την οποία κρίνουν οι άνθρωποι, ακόμα και αν έχουν βρεθεί σε αντίστοιχη θέση. Αξίζει να σημειωθεί πως από τις μέχρι τώρα ερωτήσεις του ΟΗΡ14, η συγκεκριμένη είναι η πρώτη στην οποία εμφανίζεται η απάντηση «πολύ συχνά» αναφερόμενη στην συχνότητα εμφάνισης μιας αρνητικής επίπτωσης στον ασθενή.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 6β του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.26

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	9	18,0	18,0
ΣΠΑΝΙΑ	28	56,0	74,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	7	14,0	88,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	5	10,0	98,0
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	1	2,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.26

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 74% απάντησε πως συνάντησε δυσκολία στις καθημερινές του δουλειές λόγω προβλημάτων στις οδοντοστοιχίες του «σπάνια» (56%) ή «ποτέ» (18%). Το 14% απάντησε «κάπου-κάπου», ενώ ακόμη μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 10% απάντησε «αρκετά συχνά» και μόλις το 2% «πολύ συχνά». Από τα προαναφερθέντα ποσοστά, τα οποία απεικονίζονται και στο γράφημα 5.26, συμπεραίνουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό φέρεται να έχει προσαρμοστεί πλήρως

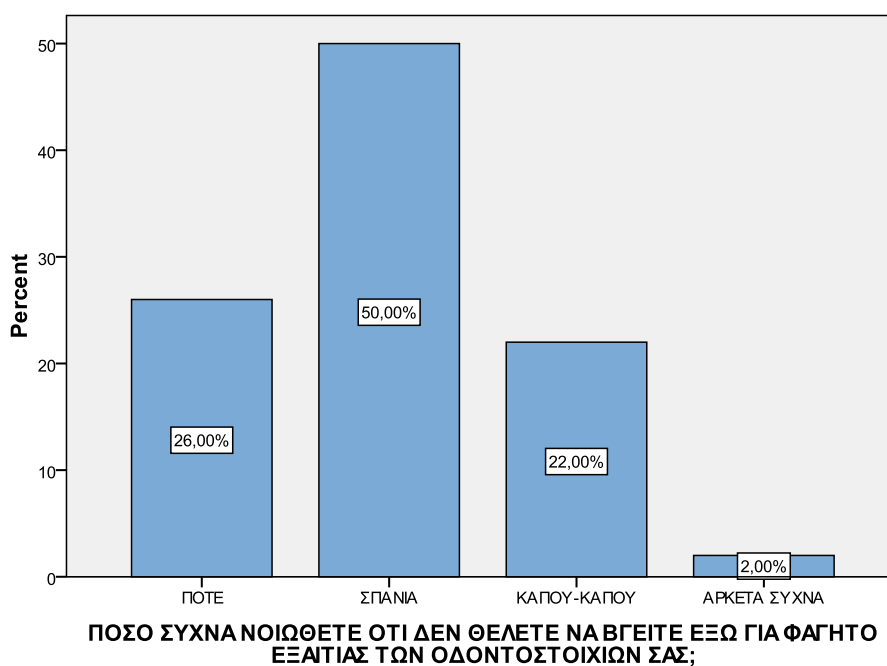
στην καθημερινότητα του, ενώ έχει μάλλον ελαχιστοποιήσει τα όποια προβλήματα σχετίζονται με τις οδοντοστοιχίες του.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 7α του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.27

**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΝΟΙΩΘΕΤΕ ΟΤΙ ΔΕΝ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΒΓΕΙΤΕ ΕΞΩ ΓΙΑ
ΦΑΓΗΤΟ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ ΣΑΣ;**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	13	26,0	26,0
ΣΠΑΝΙΑ	25	50,0	76,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	11	22,0	98,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	1	2,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.27

Το 76% των ασθενών έδωσε απαντήσεις «σπάνια»(50%) και «ποτέ»(26%) , στην συχνότητα που νοιώθουν ότι δεν θέλουν να βγουν έξω για φαγητό εξαιτίας των οδοντοστοιχιών τους. Ένα πολύ μικρότερο ποσοστό (22%) απάντησε «κάπου-κάπου» και μόλις το 2% απάντησε «αρκετά συχνά». Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως οι ασθενείς αισθάνονται, ως επί το πλείστον, άνετα να βγαίνουν έξω για φαγητό, παρόλο που η μασητική τους ικανότητα στηρίζεται και σε εμφυτεύματα, γεγονός που υποδηλώνει την

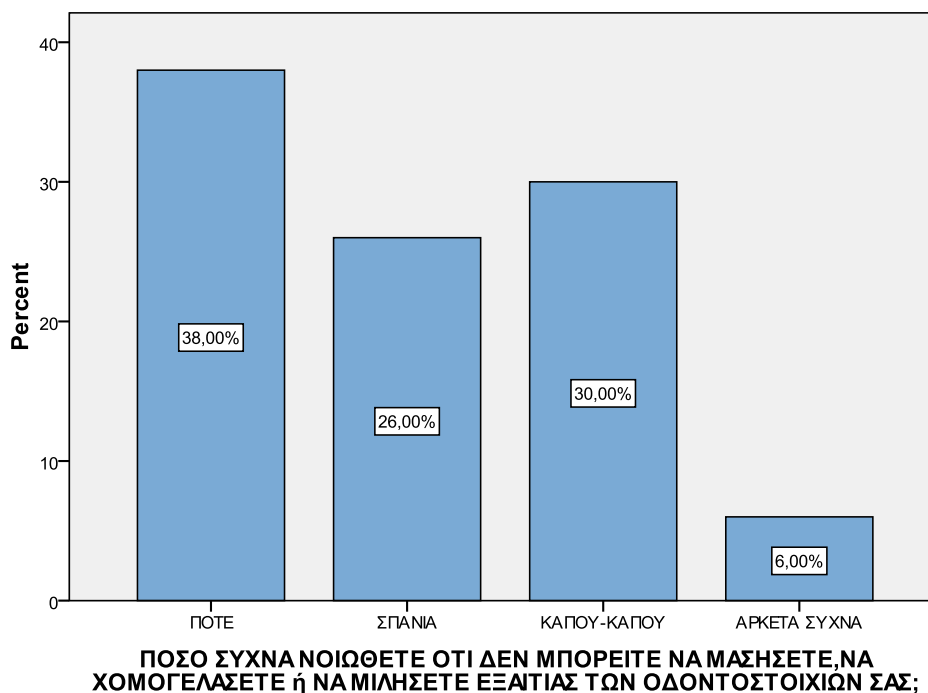
πολύ καλή λειτουργία της θεραπείας τόσο πρακτικά αλλά και ψυχολογικά με την συμμετοχή τους σε κοινωνικές εκδηλώσεις.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 7β του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.28

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΝΟΙΩΘΕΤΕ ΟΤΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΜΑΣΗΣΕΤΕ,ΝΑ ΧΟΜΟΓΕΛΑΣΕΤΕ ή ΝΑ ΜΙΛΗΣΕΤΕ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ ΣΑΣ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	19	38,0	38,0
ΣΠΑΝΙΑ	13	26,0	64,0
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	15	30,0	94,0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	3	6,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.28

Το 64% των ασθενών, απάντησαν πως νοιώθουν «σπάνια» ή «ποτέ» δυσκολία στο να μασήσουν, να χαμογελάσουν ή να μιλήσουν λόγω των οδοντοστοιχιών τους. Ποσοστό αρκετά υψηλό, που υποδηλώνει την καλή λειτουργία και αποδοχή της θεραπείας από τον ασθενή. Συναντάμε όμως, κι ένα ποσοστό 30% που αναφέρει συχνότητα δυσκολίας στις παραπάνω λειτουργίες «κάπου-κάπου» αλλά κι ποσοστό 6% που αναφέρει «αρκετά συχνά». Από τα τελευταία δύο ποσοστά κατανοούμε πως ίσως κάποια από τους ασθενείς να μην έχουν ακόμα προσαρμοστεί 100% στην νέα κατάσταση της

στοματικής τους κοιλότητας. Ωστόσο και πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται σημαντικά ικανοποιημένο.

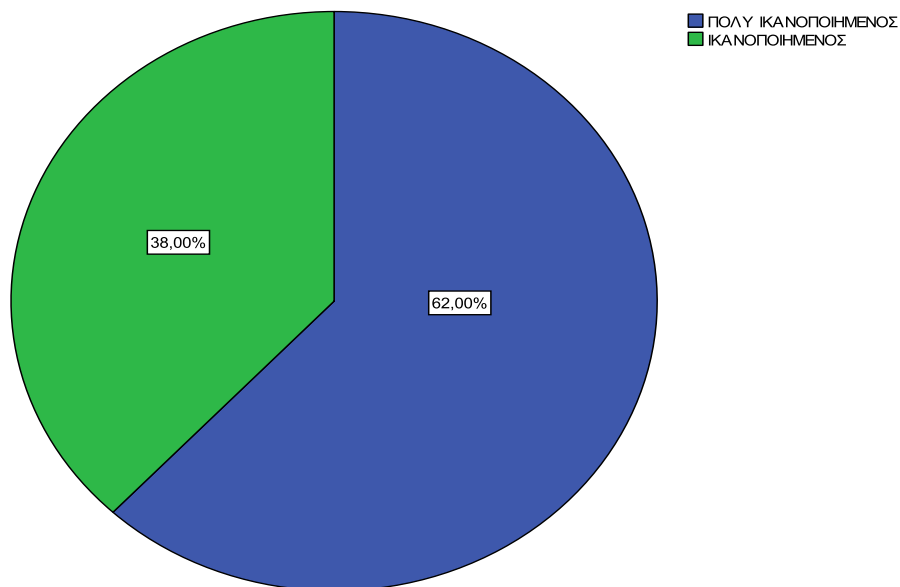
Ομαδοποιημένη αξιολόγηση ικανοποίησης ασθενών για τα οδοντικά εμφυτεύματα σύμφωνα με το ΟΗΙΡ14.

Πίνακας 5.29

**ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ
ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΟΗΙΡ14**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	31	62,0	62,0
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	19	38,0	100,0
Total	50	100,0	

**ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ
ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΟΗΙΡ14**



Γράφημα 5.29

Όπως είχαμε προαναφέρει, στο κεφάλαιο που αναλύσαμε την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας, η αξιολόγηση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου ΟΗΙΡ14, θα πραγματοποιηθεί όπως προτείνεται στην βιβλιογραφία (Μαστρογεωργοπούλου 2011). Πιο συγκεκριμένα αξιολογήθηκαν αθροιστικά οι βαθμολογίες που έλαβαν οι απαντήσεις των δεκατεσσάρων (14) ερωτήσεων του κάθε συμμετέχοντα. Για να μπορέσουμε να τις αξιολογήσουμε αθροιστικά, δημιουργήσαμε δύο νέες μεταβλητές. Η πρώτη ονομάστηκε «αθροιστική ικανοποίηση ΟΗΙΡ14», και τα δεδομένα που περιελάμβανε ήταν ένα άθροισμα βαθμολογιών για κάθε ασθενή, που αφορούσε τις 14 ερωτήσεις του προαναφερθέντος ερωτηματολογίου. Η επόμενη

μεταβλητή που δημιουργήθηκε ονομάστηκε «ομαδοποιημένη ικανοποίηση σύμφωνα με την αθροιστική βαθμολόγηση του OHIP14». Ουσιαστικά η δεύτερη μεταβλητή περιελάμβανε τις βαθμολογίες της πρώτης μεταβλητής, αλλά προκειμένου να χωρίσουμε τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών τις ομαδοποιήσαμε σε τρεις (3) κατηγορίες ανάλογα με την βαθμολογία που συγκέντρωσαν στις δεκατέσσερις (14) ερωτήσεις. Οι διαβαθμίσεις της ικανοποίησης, οι οποίες απεικονίζονται διαγραμματικά στο γράφημα 5.29, διαμορφώθηκαν ως εξής: «πολύ ικανοποιημένος», «ικανοποιημένος» και «καθόλου ικανοποιημένος». Παρατηρούμε λοιπόν, πως η απάντηση «καθόλου ικανοποιημένος» δεν εμφανίζεται στο γράφημα. Ως εκ τούτου κατανοούμε πως κανένας από τους ασθενείς, βάσει βαθμολογίας, δεν αξιολογήθηκε ως «καθόλου ικανοποιημένος». Αυτό όμως που μαρτυρά και επιβεβαιώνει την μεγάλη επιτυχία της θεραπείας με τα οδοντικά εμφυτεύματα αλλά και τον μεγάλο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, είναι πως σύμφωνα με τις αθροιστικές βαθμολογίες, όπως αυτές προέκυψαν από τις απαντήσεις των ασθενών, το σύνολο του δείγματος μοιράστηκε στην βαθμίδα «πολύ ικανοποιημένος» με ποσοστό 62%, και στην βαθμίδα «ικανοποιημένος» με ποσοστό 38%.

5.2.3 Στατιστική ανάλυση τρίτου σκέλους ερωτήσεων, Σχετικά με τα οδοντικά εμφυτεύματα

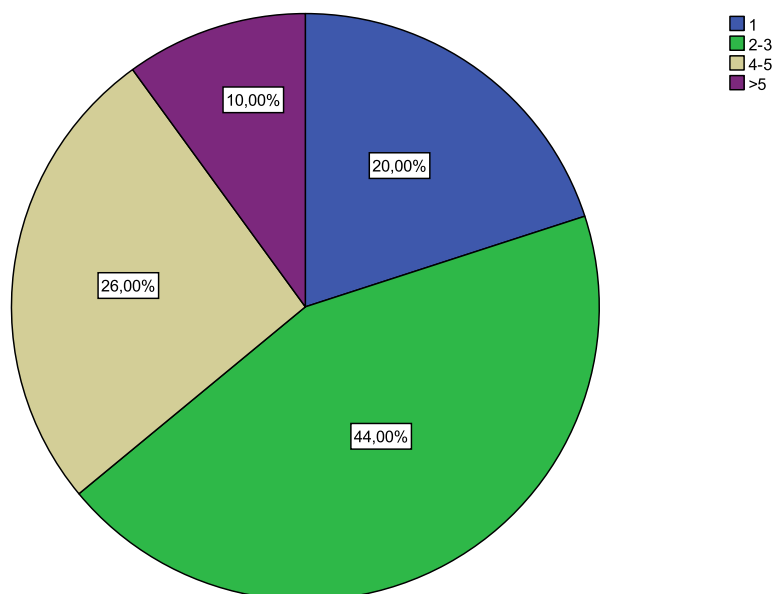
Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 1 του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.30

ΠΟΣΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΕΧΟΥΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΘΕΙ ΣΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
1	10	20,0	20,0
2-3	22	44,0	64,0
4-5	13	26,0	90,0
>5	5	10,0	100,0
Total	50	100,0	

ΠΟΣΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΕΧΟΥΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΘΕΙ ΣΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ;



Γράφημα 5.30

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών αλλά και την διαγραμματική απεικόνιση στο γράφημα 5.30, στο 20% έχει τοποθετήσει στην στοματική του κοιλότητα 1 οδοντικό εμφύτευμα, στο 44% έχουν τοποθετήσει από 2 έως 3, το 26% αναφέρει πως του έχουν τοποθετηθεί από 4 έως και 5, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό έχει στην στοματική του κοιλότητα περισσότερα από 5 οδοντικά εμφυτεύματα.

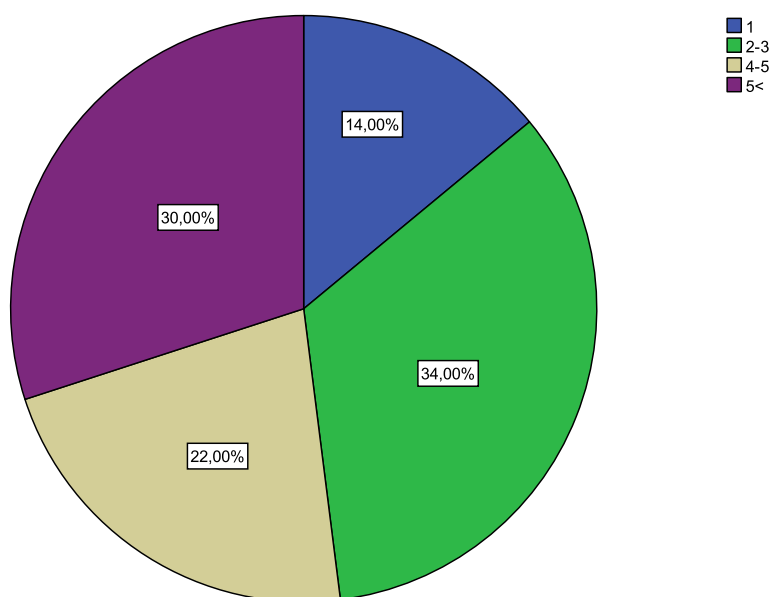
Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 2 του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.31

ΠΟΣΑ ΔΟΝΤΙΑ ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΘΕΙ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
1	7	14,0	14,0
2-3	17	34,0	48,0
4-5	11	22,0	70,0
5<	15	30,0	100,0
Total	50	100,0	

ΠΟΣΑ ΔΟΝΤΙΑ ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΘΕΙ;



Γράφημα 5.31

Όπως φαίνεται στο γράφημα 5.31, το 14% έχει αποκαταστήσει προσθετικά 1 δόντι με το οδοντικό εμφύτευμα, το 34% έχει αποκαταστήσει από 2 έως 3 δόντια με οδοντικά εμφυτεύματα, το 22% έχει αποκαταστήσει από 4-5 δόντια, και το 30% έχει αποκαταστήσει περισσότερα από 5 δόντια με οδοντικά εμφυτεύματα. Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε συγκρίνοντας τα ποσοστά του γραφήματος 5.30 με του γραφήματος 5.31 τα ποσοστά στον αριθμό των εμφυτευμάτων που τοποθετήθηκαν και των δοντιών που αποκαταστάθηκαν δεν είναι απολύτως ίδια. Αυτό εξηγείται, διότι σύμφωνα με την οδοντιατρική, δεν είναι απόλυτο πως 1 οδοντικό εμφύτευμα αποκαθιστά μόνο 1 δόντι, 2 εμφυτεύματα αποκαθιστούν 2 δόντια κ.ο.κ. Μπορούν δηλαδή 4 εμφυτεύματα τοποθετημένα σε κατάλληλες θέσεις να αποκαταστήσουν το σύνολο των δοντιών (12) της πάνω ή της κάτω γνάθου.

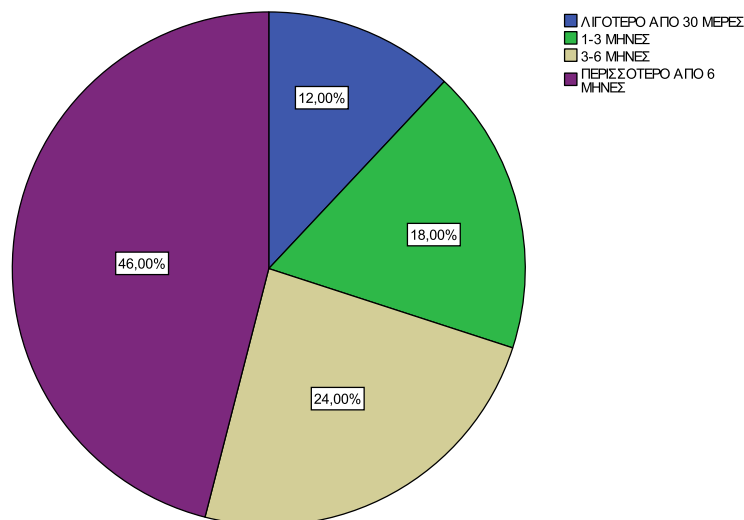
Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 3 του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.32

ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΘΕΙ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΑ ΤΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΣΑΣ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 30 ΜΕΡΕΣ	6	12,0	12,0
1-3 ΜΗΝΕΣ	9	18,0	30,0
3-6 ΜΗΝΕΣ	12	24,0	54,0
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 6 ΜΗΝΕΣ	23	46,0	100,0
Total	50	100,0	

ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΘΕΙ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΑ ΤΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΣΑΣ;



Γράφημα 5.32

Από το σύνολό των συμμετεχόντων στην έρευνα το 12% των ασθενών έχουν αποκαταστήσει προσθετικά τα εμφυτεύματα τους διάστημα λιγότερο του 1 μήνα, το 18% τα έχουν αποκαταστήσει από 1 έως 3 μήνες, από 3 έως 6 μήνες τα έχει αποκαταστήσει το 24%, ενώ το 46% τα έχει αποκαταστήσει διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών. Λόγω του σχετικά μεγάλου ποσοστού ασθενών που έχουν αποκαταστήσει και άρα χρησιμοποιήσει τα οδοντικά εμφυτεύματα στην καθημερινότητα τους για διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε πως έχουν μια καλή άποψη σχετικά με την ικανοποίηση τους από την θεραπεία που ακολούθησαν.

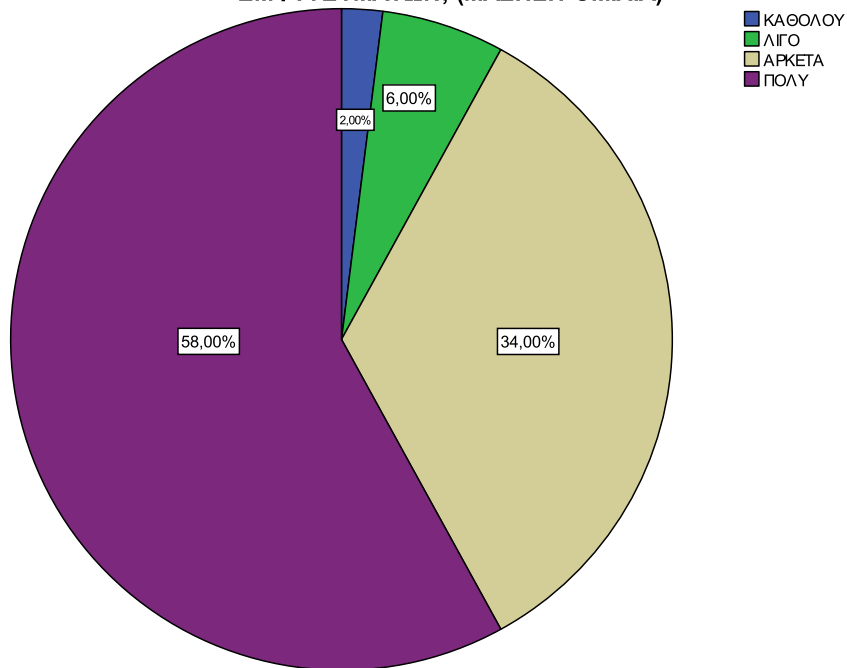
Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 4 του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.33

ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ; (ΜΑΣΗΣΗ-ΟΜΙΛΙΑ)

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	2,0	2,0
ΛΙΓΟ	3	6,0	8,0
ΑΡΚΕΤΑ	17	34,0	42,0
ΠΟΛΥ	29	58,0	100,0
Total	50	100,0	

ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ; (ΜΑΣΗΣΗ-ΟΜΙΛΙΑ)



Γράφημα 5.33

Όσον αφορά με τον βαθμό ικανοποίησής τους σχετικά με την λειτουργικότητα των εμφυτευμάτων το 92% των ασθενών απάντησε «πολύ» (58%) και «αρκετά» (34%), ποσοστά που φανερώνουν σχεδόν απόλυτη ικανοποίηση των ασθενών. Υπάρχει βεβαίως κι ένα πολύ μικρότερο ποσοστό (6%) που δηλώνει «λίγο» ικανοποιημένο και ένα ακόμα μικρότερο (2%) που δηλώνει «καθόλου». Ωστόσο η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει σχεδόν απόλυτη ικανοποίηση από την θεραπεία.

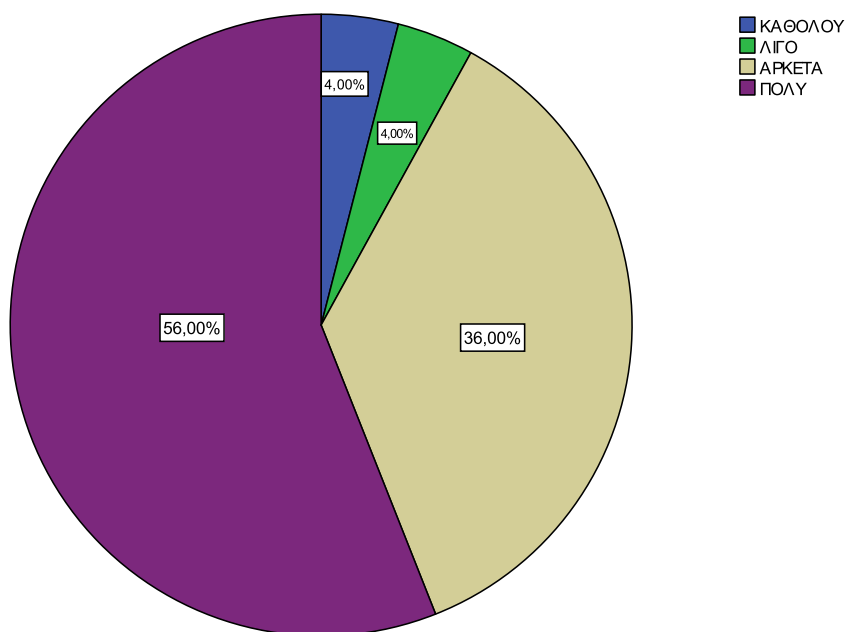
Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 5 του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.34

ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ; (ΕΜΦΑΝΙΣΗ/ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ)

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	2	4,0	4,0
ΛΙΓΟ	2	4,0	8,0
ΑΡΚΕΤΑ	18	36,0	44,0
ΠΟΛΥ	28	56,0	100,0
Total	50	100,0	

**ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ;
(ΕΜΦΑΝΙΣΗ/ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ)**



Γράφημα 5.34

Όσον αφορά με τον βαθμό ικανοποίησής τους σχετικά με την αισθητική των εμφυτευμάτων και πάλι το 92% των ασθενών απάντησε «πολύ» (56%) και «αρκετά» (36%), ποσοστά που φανερώνουν σχεδόν απόλυτη ικανοποίηση των ασθενών. Υπάρχει βεβαίως κι ένα πολύ μικρότερο ποσοστό (4%) που δηλώνει «λίγο» ικανοποιημένο και ένα εξίσου μικρό (4%) που δηλώνει «καθόλου». Ωστόσο η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει σχεδόν απόλυτη ικανοποίηση από την εμφάνιση αλλά και την καθαριότητα της αποκατάστασης των οδοντικών εμφυτευμάτων.

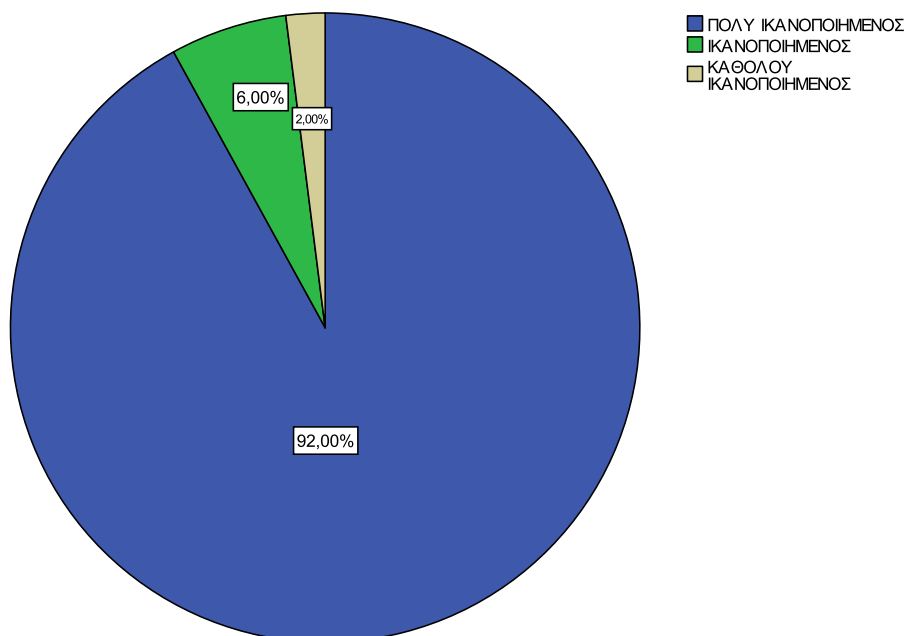
Αθροιστική αξιολόγηση ικανοποίησης ασθενών για την λειτουργικότητα και την αισθητική των οδοντικών εμφυτευμάτων.

Πίνακας 5.35

**ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ.**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	46	92,0	92,0
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	3	6,0	98,0
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	1	2,0	100,0
Total	50	100,0	

**ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ.**



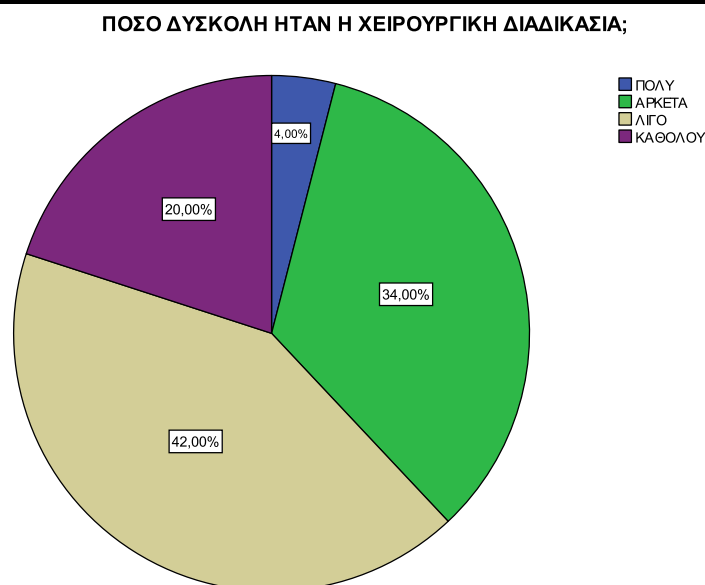
Γράφημα 5.35

Όπως είχαμε εξηγήσει, στο κεφάλαιο που αναλύσαμε την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας, θα πραγματοποιηθεί αθροιστική αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών τόσο σε σχέση με την λειτουργικότητα των εμφυτευμάτων όσο και σε σχέση με την αισθητική τους. Πιο συγκεκριμένα αξιολογήθηκαν αθροιστικά οι βαθμολογίες που έλαβαν οι απαντήσεις της ερώτησης 4 και της ερώτησης 5 του τρίτου και τελευταίου σκέλους ερωτήσεων, του κάθε συμμετέχοντα. Για να μπορέσουμε να τις αξιολογήσουμε αθροιστικά, δημιουργήσαμε δύο νέες μεταβλητές. Η πρώτη ονομάστηκε «αθροιστική ικανοποίηση σχετικά με την λειτουργικότητα και την αισθητική», και τα δεδομένα που περιελάμβανε ήταν ένα άθροισμα βαθμολογιών για κάθε ασθενή, που αφορούσε τις ερωτήσεις 4 και 5 του προαναφερθέντος σκέλους του ερωτηματολογίου. Η επόμενη μεταβλητή που δημιουργήθηκε ονομάστηκε «ομαδοποιημένη ικανοποίηση ασθενών για την λειτουργικότητα και την αισθητική των οδοντικών εμφυτευμάτων». Ουσιαστικά η δεύτερη μεταβλητή περιελάμβανε τις βαθμολογίες της πρώτης μεταβλητής, αλλά προκειμένου να χωρίσουμε τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών τις ομαδοποιήσαμε σε τρεις (3) κατηγορίες ανάλογα με την βαθμολογία που συγκέντρωσαν στις δύο ερωτήσεις. Οι διαβαθμίσεις της ικανοποίησης, οι οποίες απεικονίζονται διαγραμματικά στο γράφημα 5.35, διαμορφώθηκαν ως εξής: «πολύ ικανοποιημένος»,

«ικανοποιημένος» και «καθόλου ικανοποιημένος». Παρατηρούμε λοιπόν, πως η απάντηση «καθόλου ικανοποιημένος» συγκεντρώνει μόνο το 2% του συνόλου των απαντήσεων. Αυτό όμως που μαρτυρά και επιβεβαιώνει μεγάλο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την λειτουργικότητα και την αισθητική των εμφυτευμάτων, είναι πως σύμφωνα με τις αθροιστικές βαθμολογίες, όπως αυτές προέκυψαν από τις απαντήσεις των ασθενών, το σύνολο του δείγματος μοιράστηκε στην βαθμίδα «πολύ ικανοποιημένος» με ποσοστό 92%, και στην βαθμίδα «ικανοποιημένος» με ποσοστό 6%.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 6 του ερωτηματολογίου
Πίνακας 5.36

ΠΟΣΟ ΔΥΣΚΟΛΗ ΗΤΑΝ Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ;			
	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΛΥ	2	4,0	4,0
ΑΡΚΕΤΑ	17	34,0	38,0
ΛΙΓΟ	21	42,0	80,0
ΚΑΘΟΛΟΥ	10	20,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.36

Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των ασθενών, οι οποίες φαίνονται στο γράφημα 5.36, σχετικά με την δυσκολία της χειρουργικής διαδικασίας, το 20% απάντησε πως η διαδικασία δεν ήταν καθόλου δύσκολη, το 42% απάντησε πως ήταν «λίγο» δύσκολη, το 34% απάντησε «αρκετά» και μόλις το 4% απάντησε «πολύ». Παρατηρούμε πως η αξιολόγηση της δυσκολίας του χειρουργείου ποικίλει αρκετά. Απολύτως κατανοητό διότι ο κάθε ασθενής τοποθέτησε στην στοματική του κοιλότητα διαφορετικό αριθμό

εμφυτευμάτων, και βεβαία ο κάθε ασθενής έχει διαφορετική αντοχή στον χρόνο παραμονής του στην οδοντιατρική έδρα.

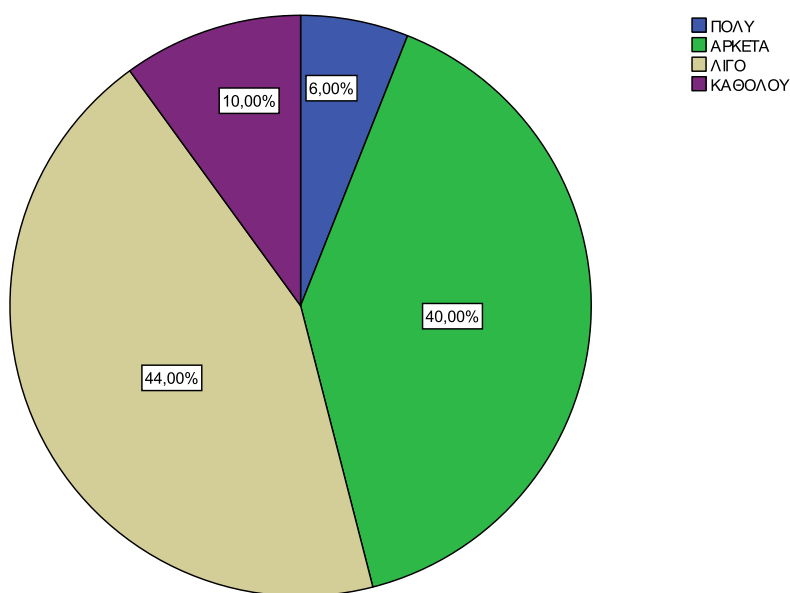
Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 7 του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.37

ΠΟΣΟ ΔΥΣΚΟΛΗ ΗΤΑΝ Η ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΛΥ	3	6,0	6,0
ΑΡΚΕΤΑ	20	40,0	46,0
ΛΙΓΟ	22	44,0	90,0
ΚΑΘΟΛΟΥ	5	10,0	100,0
Total	50	100,0	

ΠΟΣΟ ΔΥΣΚΟΛΗ ΗΤΑΝ Η ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ;



Γράφημα 5.37

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα, οι οποίες φαίνονται στο γράφημα 5.37, σχετικά με την δυσκολία της μετεγχειρητικής περιόδου, προκύπτει πως το 10% αξιολόγησε την διαδικασία ως καθόλου δύσκολη, το 44% την αξιολόγησε ως «λίγο» δύσκολη, το 40% την αξιολόγησε ως «αρκετά» και μόλις το 6% ως «πολύ» δύσκολη. Παρατηρούμε πως η αξιολόγηση της δυσκολίας του της μετεγχειρητικής περιόδου ποικίλει αρκετά. Θα μπορούσαμε να πούμε πως αξιολογήθηκε ως πιο δύσκολη από το ίδιο το χειρουργείο. Απολύτως κατανοητό το συμπέρασμα αυτό διότι ο ασθενής καλείται να έρθει αντιμέτωπος με συμπτώματα που ίσως να μην είχε αισθανθεί ποτέ

πριν. Επίσης ενώ την ώρα του χειρουργείου έχει δεχθεί τοπική αναισθησία και δεν αισθάνεται πόνο, μετά το πέρας της ισχύς του αναισθητικού εμφανίζεται πόνος, η ένταση του οποίου δεν είναι πάντα γνωστή και σε όλους του ασθενείς ίδια. Έτσι κάποιος μπορεί να χρειαστεί παυσίπονο μέτριας ισχύος, κάποιος δυνατό, ενώ είναι πιθανό, αν και σπάνιο, τα παυσίπονα να μην απαλλάξουν 100% από τον πόνο. Επιπρόσθετα ο ασθενής ίσως έρθει αντιμέτωπος με κάποιας έντασης οίδημα, το οποίο ποικίλει από άνθρωπο σε άνθρωπο, γεγονός που μπορεί να τον εμποδίσει να λάβει μέρος στις καθημερινές του δραστηριότητες το πρώτο 48ωρο, ενώ είναι πιθανό να δυσκολευτεί και στην μάσηση για το ίδιο χρονικό διάστημα. Τα προαναφερθέντα συμπτώματα ποικίλουν και ως προς την εμφάνιση αλλά και ως προς την ένταση. Είναι λογικό λοιπόν να ποικίλει και σε μεγάλο βαθμό η αξιολόγηση της δυσκολίας της μετεγχειρητικής περιόδου.

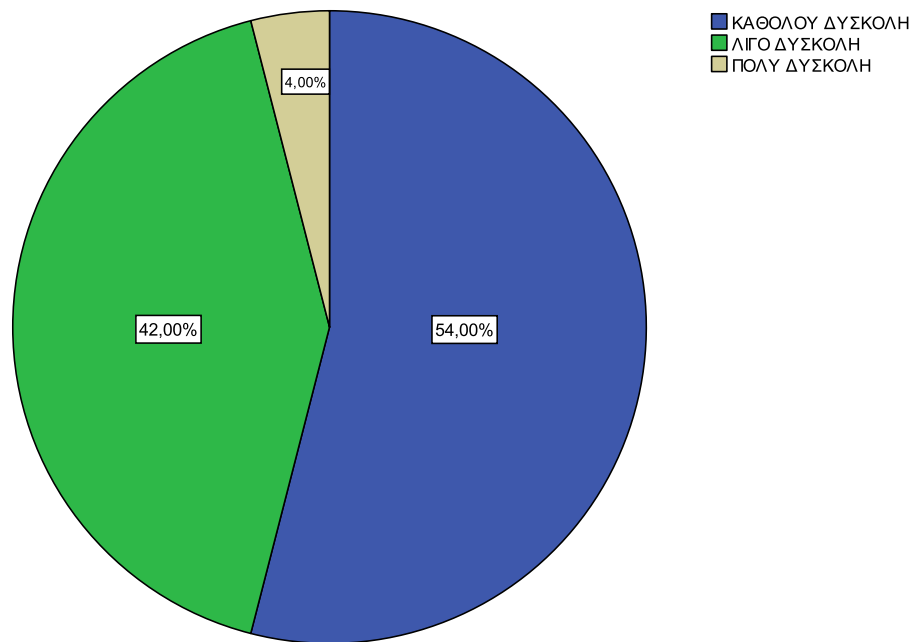
Αθροιστική αξιολόγηση της δυσκολίας τόσο της χειρουργικής διαδικασίας όσο και της μετεγχειρητικής περιόδου.

Πίνακας 5.38

ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ ΔΥΣΚΟΛΗ	27	54,0	54,0
ΛΙΓΟ ΔΥΣΚΟΛΗ	21	42,0	96,0
ΠΟΛΥ ΔΥΣΚΟΛΗ	2	4,0	100,0
Total	50	100,0	

ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ



Γράφημα 5.38

Στο κεφάλαιο που αναλύσαμε την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας, αναφέραμε θα πραγματοποιηθεί αθροιστική αξιολόγηση και βαθμολόγηση της δυσκολίας με την οποία ήρθαν αντιμέτωποι οι ασθενείς τόσο στην διαδικασία του χειρουργείου όσο και κατά την διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου. Πιο συγκεκριμένα αξιολογήθηκαν αθροιστικά οι βαθμολογίες που έλαβαν οι απαντήσεις της ερώτησης 6 και της ερώτησης 7 του τρίτου και τελευταίου σκέλους ερωτήσεων, του κάθε συμμετέχοντα. Για να μπορέσουμε να τις αξιολογήσουμε αθροιστικά, δημιουργήσαμε δύο νέες μεταβλητές. Η πρώτη ονομάστηκε «αθροιστική βαθμολόγηση μετεγχειρητικής και χειρουργικής δυσκολίας», και τα δεδομένα που περιελάμβανε ήταν ένα άθροισμα βαθμολογιών για κάθε ασθενή, που αφορούσε τις ερωτήσεις 6 και 7 του προαναφερθέντος σκέλους του ερωτηματολογίου. Η επόμενη μεταβλητή που δημιουργήθηκε ονομάστηκε «ομαδοποιημένη βαθμολόγηση δυσκολίας μετεγχειρητικής και χειρουργικής διαδικασίας». Ουσιαστικά η δεύτερη μεταβλητή περιελάμβανε τις βαθμολογίες της πρώτης μεταβλητής, αλλά προκειμένου να χωρίσουμε τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών τις ομαδοποιήσαμε σε τρεις (3) κατηγορίες ανάλογα με την βαθμολογία που συγκέντρωσαν στις δύο ερωτήσεις. Οι διαβαθμίσεις της δυσκολίας, οι οποίες απεικονίζονται διαγραμματικά στο γράφημα 5.38, διαμορφώθηκαν ως εξής: «καθόλου δύσκολη», «λίγο δύσκολη» και «πολύ δύσκολη». Παρατηρούμε λοιπόν, πως

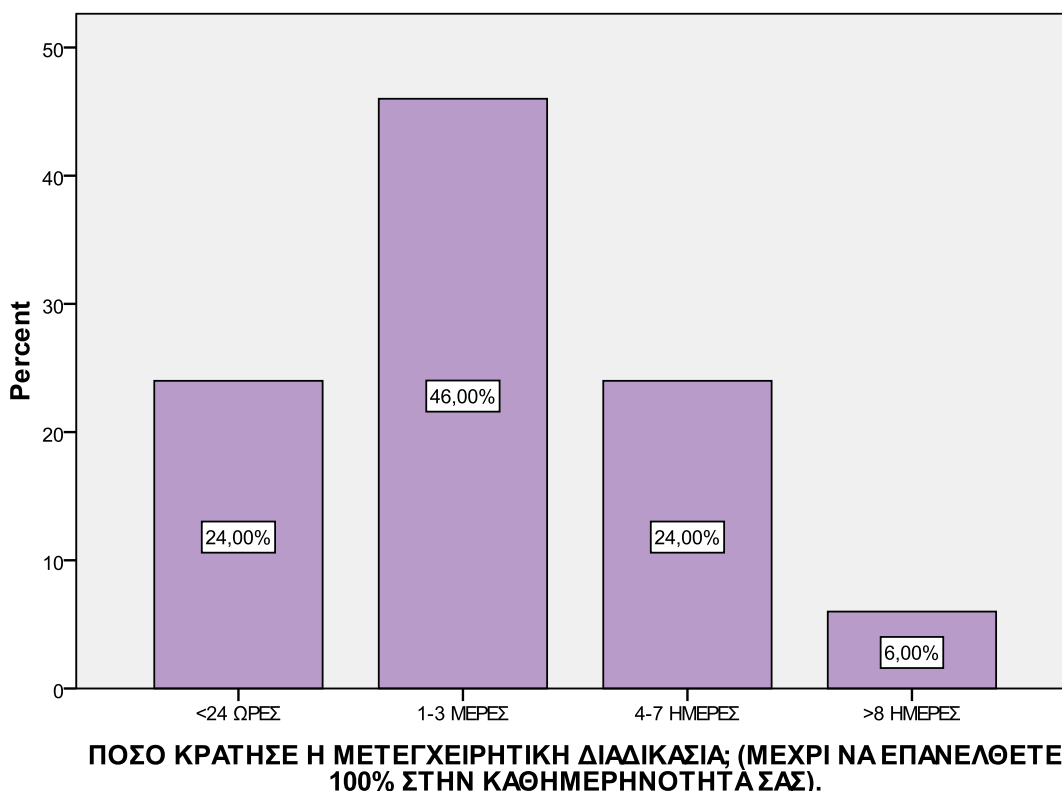
η απάντηση «πολύ δύσκολη» συγκεντρώνει μόνο το 4% του συνόλου των απαντήσεων. Αυτό όμως που μαρτυρά και επιβεβαιώνει την μικρή δυσκολία των δύο διαδικασιών με την οποία ήρθαν αντιμέτωποι οι ασθενείς, είναι πως σύμφωνα με τις αθροιστικές βαθμολογίες, όπως αυτές προέκυψαν από τις απαντήσεις των ασθενών, το σύνολο του δείγματος μοιράστηκε στην βαθμίδα «καθόλου δύσκολη» με ποσοστό 54%, και στην βαθμίδα «λίγο δύσκολη» με ποσοστό 42%.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 8 του ερωτηματολογίου

Πίνακας 5.39

ΠΟΣΟ ΚΡΑΤΗΣΕ Η ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ; (ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΕΠΑΝΕΛΘΕΤΕ 100% ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΗΝΟΤΗΤΑ ΣΑΣ).

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
<24 ΩΡΕΣ	12	24,0	24,0
1-3 ΜΕΡΕΣ	23	46,0	70,0
4-7 ΗΜΕΡΕΣ	12	24,0	94,0
>8 ΗΜΕΡΕΣ	3	6,0	100,0
Total	50	100,0	



Γράφημα 5.39

Όπως φαίνεται παραπάνω, στο Γράφημα 5.39, το 70% των ερωτηθέντων, απάντησε πως το πολύ μέσα σε 72 μετά την χειρουργική τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων,

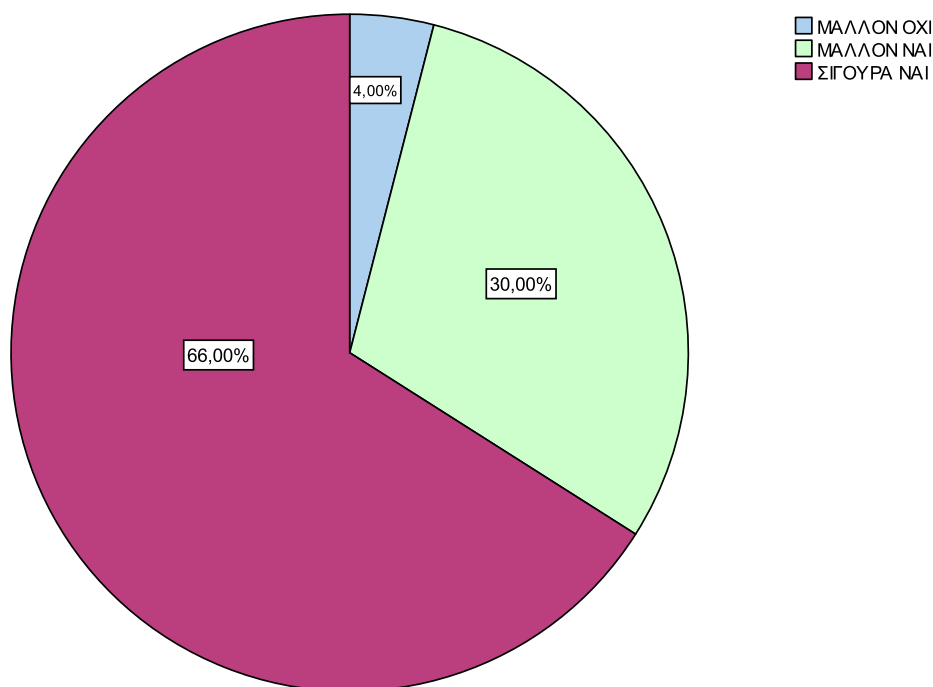
είχε επανέλθει πλήρως στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Από αυτό το 70%, το 24% ανέφερε ως μετεγχειρητικό χρόνο, λιγότερο από 24 ώρες. Ωστόσο υπάρχει κι ένα ποσοστό 24% που αναφέρει 4-7 ημέρες και ένα ακόμα μικρότερο ποσοστό 6% δηλώνει περισσότερο από 8 ημέρες μετεγχειρητικό χρόνο. Αξίζει να σημειωθεί, πως παρά το πολύ μεγάλο ποσοστό πολύ μικρού μετεγχειρητικού χρόνου, οι ώρες ή και οι μέρες που ένας ασθενής χρειάζεται προκειμένου να επανέλθει πλήρως στις καθημερινές του δραστηριότητες, εξαρτάται και από τον οργανισμό του κάθε ασθενούς, αλλά και από τον αριθμό των εμφυτευμάτων που τοποθετήθηκαν.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 9 του ερωτηματολογίου
Πίνακας 5.40

ΘΑ ΠΡΟΤΕΙΝΑΤΕ ΤΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΑΝΤΙ ΑΛΛΗΣ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ; (ΓΕΦΥΡΑ,ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ)

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	2	4,0	4,0
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	15	30,0	34,0
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	33	66,0	100,0
Total	50	100,0	

ΘΑ ΠΡΟΤΕΙΝΑΤΕ ΤΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΑΝΤΙ ΑΛΛΗΣ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ; (ΓΕΦΥΡΑ,ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ)



Γράφημα 5.40

Το 96% των συμμετεχόντων στην έρευνα, στην ερώτηση αν θα πρότειναν την θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα, απάντησε θετικά. Πιο συγκεκριμένα το 66% απάντησε πως

θα πρότεινε σίγουρα αυτό το είδος θεραπείας, και το 30% πως μάλλον θα το πρότεινε. Μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 4%, ανέφερε πως μάλλον δεν θα συνιστούσε τα οδοντικά εμφυτεύματα ως είδος θεραπείας. Είναι απολύτως κατανοητό λοιπόν πως τα εμφυτεύματα έχουν μια ισχυρή υποστήριξη από ασθενής που τα έχουν δοκιμάσει ως θεραπεία.

5.3 Ανακεφαλαίωση

Λαμβάνοντας υπόψη την στατιστική ανάλυση που προηγήθηκε μπορούμε σχετικά εύκολα να συμπεράνουμε τον μεγάλο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την θεραπεία με τα οδοντικά εμφυτεύματα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε θετικά στις περισσότερες ερωτήσεις, είτε αυτές σχετίζονταν με το λειτουργικό αποτέλεσμα, την ψυχολογική και λειτουργική ικανοποίηση, την αισθητική εμφάνιση, την ευκολία ή την δυσκολία μάσησης, την δυνατότητα καλής ομιλίας και την δυνατότητα συμμετοχής τους σε κοινωνικές εκδηλώσεις χωρίς προβλήματα.

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε από την ανάλυση, εμφανίζεται σε όλες σχεδόν τις ερωτήσεις ένα μικρό ποσοστό ασθενών της τάξεως του 2-10% που δηλώνουν χαμηλό βαθμό ικανοποίησης, αντιμετώπιση συχνών προβλημάτων, πόνου, δυσκολία στην μάσηση ή την ομιλία. Ένα τέτοιο ποσοστό είναι λογικό να εμφανίζεται, καθώς ο κάθε άνθρωπος έχει διαφορετική αντίληψη της ικανοποίησης, του πόνου ή της δυσκολίας, ενώ είναι αρκετά πιθανό να είχε και διαφορετικές προσδοκίες από την θεραπεία. Υπάρχει πιθανότητα να μην του εξηγήθηκε καλά το είδος της θεραπείας ή να ήρθε αντιμέτωπος με επιπλοκές που συνήθως δεν εμφανίζονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Εισαγωγή

Στόχος του έκτου και τελευταίου κεφαλαίου της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διεξαγωγή των συμπερασμάτων όπως αυτά προέκυψαν μετά την διεξοδική στατιστική ανάλυση που προηγήθηκε. Είναι σημαντικό να αξιολογήσουμε την ικανοποίηση των ασθενών όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι. Να ασχοληθούμε με το αν και κατά πόσο βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής τους, πόσο δυσκολεύτηκαν με την θεραπεία, και φυσικά αν θα πρότειναν την θεραπεία αυτή σε κάποιον φίλο ή συγγενή.

Ακόμα, θα ασχοληθούμε με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες, σχετικά με πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που διαπίστωσαν οι ίδιοι ακολουθώντας την θεραπεία με τα οδοντικά εμφυτεύματα. Από τις απαντήσεις αυτές των ασθενών θα κατανοήσουμε ευκολότερα τυχόν προτάσεις για να βελτιωθούν ακόμα περισσότερο οι θεραπείες αυτές.

Τέλος θα σχολιάσουμε διεξοδικά τα συμπεράσματα που προκύπτουν απ τις αθροιστικές αξιολογήσεις των ερωτήσεων όπως αυτές εμφανίστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο (πέμπτο)

6.2 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε, πως το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών που έχουν ακολουθήσει θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα, εμφανίζεται πολύ ικανοποιημένο, τόσο σχετικά με την εμφάνιση των δοντιών που στηρίζονται σε εμφυτεύματα αλλά και σχετικά με την λειτουργία τους.

Πριν προβούμε στην αξιολόγηση των απαντήσεων που σχετίζονται με την ικανοποίηση και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, καλό θα ήταν να δούμε συνολικά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του δείγματός μας. Το δείγμα μας αποτελούνταν κατά πλειοψηφία από άνδρες (56%). Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν κυρίως ανάμεσα στα 55 και 64 έτη (40%) και στα 40 με 54 έτη (28%). Οι έγγαμοι

αποτελέσαν το 42% του δείγματος ενώ οι διαζευγμένοι το 30%, ενώ το 94% των ερωτηθέντων δήλωσε μόνιμος κάτοικος Αθηνών. Σχετικά με την εκπαίδευση των ερωτηθέντων το μεγαλύτερο ποσοστό (48%) είναι απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης και το αμέσως μικρότερο (28%) απόφοιτοι λυκείου. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (48%), δήλωσαν ιδιωτικοί υπάλληλοι και συνταξιούχοι (24%), ενώ σχετικά με το ατομικό μηνιαίο εισόδημα, το 38% βρίσκεται στην κλίμακα 751 με 1100€ μηνιαίως και το 24% στην κλίμακα 1101 με 1450€ μηνιαίως. Τέλος δήλωσαν πως δεν καπνίζουν και δεν πίνουν αλκοόλ το 46% και 58% των ερωτηθέντων αντίστοιχα.

Πέραν των γνωρισμάτων σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος που αναφέρθηκαν προηγουμένως, θα αναφερθούν και κάποια γενικά χαρακτηριστικά σχετικά με τα οδοντικά εμφυτεύματα όπως αυτά προέκυψαν από τις απαντήσεις που έχουν δοθεί. Από το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα το 44% έχει τοποθετήσει στην στοματική του κοιλότητα 2 με 3 οδοντικά εμφυτεύματα (Γράφημα 5.30), ενώ το 34% έχει αποκαταστήσει 3 με 4 απολεσθέντα δόντια (Γράφημα 5.31). Ακόμα το 46% των ασθενών δήλωσε πως έχει αποκαταστήσει τα οδοντικά εμφυτεύματα εδώ και περισσότερο από 6 μήνες (Γράφημα 5.32), και σχετικά με την διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου, το 46% απάντησε από 1 έως 3 μέρες (Γράφημα 5.37).

Ακολουθώντας, λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις των ερωτηθέντων μπορούμε να κατανοήσουμε ότι εμφανίζεται μεγάλος βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, στην ερώτηση: «Πώς αξιολογείται την υγεία σας ΠΡΙΝ την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων», η βαθμολόγηση που δόθηκε από τους ασθενείς είχε ένα εύρος από 2 έως και 9 (Γράφημα 5.12). Ακολουθώντας στην ερώτηση: «Πώς αξιολογείται την υγεία σας ΜΕΤΑ την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων», η βαθμολόγηση παρουσιάζει αριθμούς από το 7 έως και το 10 (Γράφημα 5.13). Εκ πρώτης όψεως παρατηρείται μια αύξηση της βαθμολόγησης της υγείας των ασθενών. Για να γίνει καλύτερα αντιληπτό συγκρίνουμε τους μέσους όρους βαθμολόγησης πριν και μετά την θεραπεία με τα οδοντικά εμφυτεύματα (Γράφημα 5.14). Βλέπουμε λοιπόν, πως ενώ ο μέσος όρος αρχικά ήταν 6,86, διαμορφώθηκε έπειτα στο 9,12, γεγονός που μας δίνει βελτίωση της ποιότητας ζωής της τάξεως του 32%.

Αξιολογώντας στην αθροιστική βαθμολογία που συγκέντρωσε κάθε ένας από τους ασθενείς στο μέρος του ερωτηματολογίου που περιλαμβάνει το εργαλείο OHIP14, και πάλι τα συμπεράσματα είναι εξαιρετικά ενθαρρυντικά. Όπως φαίνεται στο γράφημα 5.29, το 100% των ασθενών εμφανίζεται ικανοποιημένο από την θεραπεία που έχει ακολουθήσει. Πιο συγκεκριμένα το 62% εμφανίζεται πολύ ικανοποιημένο και το 38%

ικανοποιημένο. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης αυτής, έγινε σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν στις δεκατέσσερις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου OHIP14, και την βαθμολογία που αντιστοιχούσε στην καθεμία από αυτές. Για συγκεντρωτική βαθμολογία 0-19 η αξιολόγηση ήταν «πολύ ικανοποιημένος», για βαθμολογία 20-39 αξιολογούνταν ως «ικανοποιημένος» και για βαθμολογία από 40 και πάνω ως «καθόλου ικανοποιημένος».

Ακολούθως αξιολογήσαμε την συνολική ικανοποίηση των ασθενών σε θέματα λειτουργικότητας και αισθητικής των οδοντικών εμφυτευμάτων. Οι ασθενείς απάντησαν ξεχωριστά σε δύο ερωτήσεις, μία για την ικανοποίηση σε σχέση με την λειτουργικότητα και μία σχετικά με την ικανοποίηση σχετικά με την αισθητική και την εμφάνιση. Αθροίζοντας τα αποτελέσματα των δύο ερωτήσεων αξιολογήσαμε συνολικά την ικανοποίησή τους. Η κατάταξη της βαθμολογίας έγινε ως εξής: συνολική βαθμολογία από 2 έως 4 «καθόλου ικανοποιημένος», από 4 έως 5 «λίγο ικανοποιημένος» και για βαθμολογία από 6-8 «πολύ ικανοποιημένος». Όπως φαίνεται στο Γράφημα 5.35, το 92% των ασθενών εμφανίζεται πολύ ικανοποιημένο, το 6% ικανοποιημένο και μόλις το 2% καθόλου ικανοποιημένο. Καταλήγουμε λοιπόν και πάλι σε πολύ μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών.

Έπειτα αξιολογήσαμε την άποψη των ασθενών σχετικά με την συνολική δυσκολία της χειρουργικής διαδικασίας αλλά και της μετεγχειρητικής περιόδου συνολικά. Οι ασθενείς και σε αυτήν την περίπτωση απάντησαν ξεχωριστά σε δύο ερωτήσεις. Η μία αναφερόταν στην αξιολόγηση της δυσκολίας του χειρουργείου και η άλλη στην αξιολόγηση της δυσκολίας την μετεγχειρητικής περιόδου. Αθροίσαμε ακολούθως την βαθμολογία των δύο ερωτήσεων, και τις κατατάξαμε σε τρεις βαθμίδες ικανοποίησης με τον εξής τρόπο: για βαθμολογία από 6 έως 8 «λίγο δύσκολη», από 4 έως 5 «δύσκολη» και για βαθμολογία από 2 έως 4 «πολύ δύσκολη». Στο Γράφημα 5.38 βλέπουμε τα ποσοστά που συγκέντρωσαν οι τρεις αυτές διαβαθμίσεις. Το 54% αξιολόγησε τις δύο διαδικασίες ως «καθόλου δύσκολες», το 42% τις αξιολόγησε ως «λίγο δύσκολες», και μόνο το 4% ως πολύ δύσκολες. Συμπερασματικά θα λέγαμε πως οι ασθενείς δεν αξιολογούν ως δύσκολη την θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα.

Τέλος, μια αρκετά σημαντική ερώτηση από την οποία θα επιβεβαιώσουμε ή θα αναιρέσουμε την ικανοποίηση που εμφάνισαν οι ασθενείς, σχετίζεται με το αν θα πρότειναν οι ασθενείς που έχουν ήδη δεχθεί θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα, την αντίστοιχη θεραπεία σε φώλους ή συγγενείς. Στο Γράφημα 5.40, απεικονίζονται διαγραμματικά οι απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες στην προαναφερθείσα

ερώτηση. Το 96% των ερωτηθέντων έδωσε θετική απάντηση. Πιο συγκεκριμένα το 66% απάντησε «σίγουρα ναι» και το 30% «μάλλον ναι». Ως εκ τούτου κατανοούμε, πως από την στιγμή που οι ασθενείς εμφανίζονται να προτρέπουν τόσο φανατικά φίλους ή συγγενείς να ακολουθήσουν μια τέτοια θεραπεία, ουσιαστικά είναι σίγουρη για την άριστη έκβαση του αποτελέσματος, κρίνοντας από το αποτέλεσμα και την ικανοποίηση που έλαβαν οι ίδιοι.

Προκειμένου να είμαστε σίγουροι σχετικά με την αξιοπιστία των ευρημάτων της έρευνας που διεξαγάγαμε, ανατρέξαμε σε σχετική βιβλιογραφία, έτσι ώστε να μπορούμε να συγκρίνουμε αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών με τα δικά μας. Ο Pjetursson (2005), σε μια αντίστοιχη έρευνα ικανοποίησης ασθενών που έχουν ακολουθήσει θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα, εμφανίζει ευρήματα ικανοποίησης από την λειτουργικότητα αλλά και από την αισθητική σε ποσοστά 90%. Αντίστοιχα ευρήματα παρουσιάζει και ο Richards (2014), με ποσοστά σχεδόν απόλυτης ικανοποίησης της τάξεως του 94%, και σε ότι αφορά την λειτουργία αλλά και την αισθητή των εμφυτευμάτων.

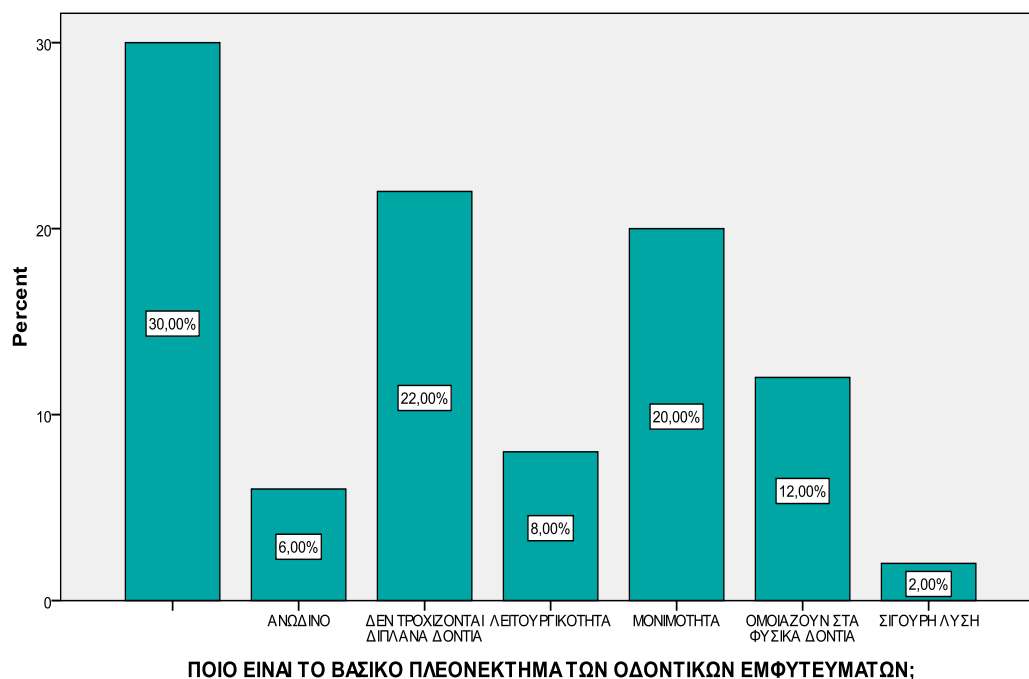
Τα παραπάνω ποσοστά άλλων αντίστοιχων ερευνών, ενισχύουν και επιβεβαιώνουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα αντίστοιχα ευρήματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε.

6.3 Προτάσεις

Όπως αναφέραμε και στο κεφάλαιο τέσσερα, προκειμένου να προβούμε σε προτάσεις που ενδεχομένως, να βελτιώναν ακόμα περισσότερο την άποψη των ασθενών σχετικά με τα οδοντικά εμφυτεύματα, ζητήσαμε από τους ερωτηθέντες να μας καταγράψουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της συγκεκριμένης θεραπείας. Είναι πολύ σημαντικό να βελτιώνουμε την παρεχόμενη θεραπεία από την οπτική γωνία του ασθενή, καθώς έτσι γίνεται πιο συνεργάσιμος και αποδέχεται καλύτερα την θεραπεία.

Δημιουργήθηκαν και πάλι με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 17, γραφήματα που εμφανίζουν τις απαντήσεις των ασθενών στις ερωτήσεις 11 και 12 του ερωτηματολογίου.

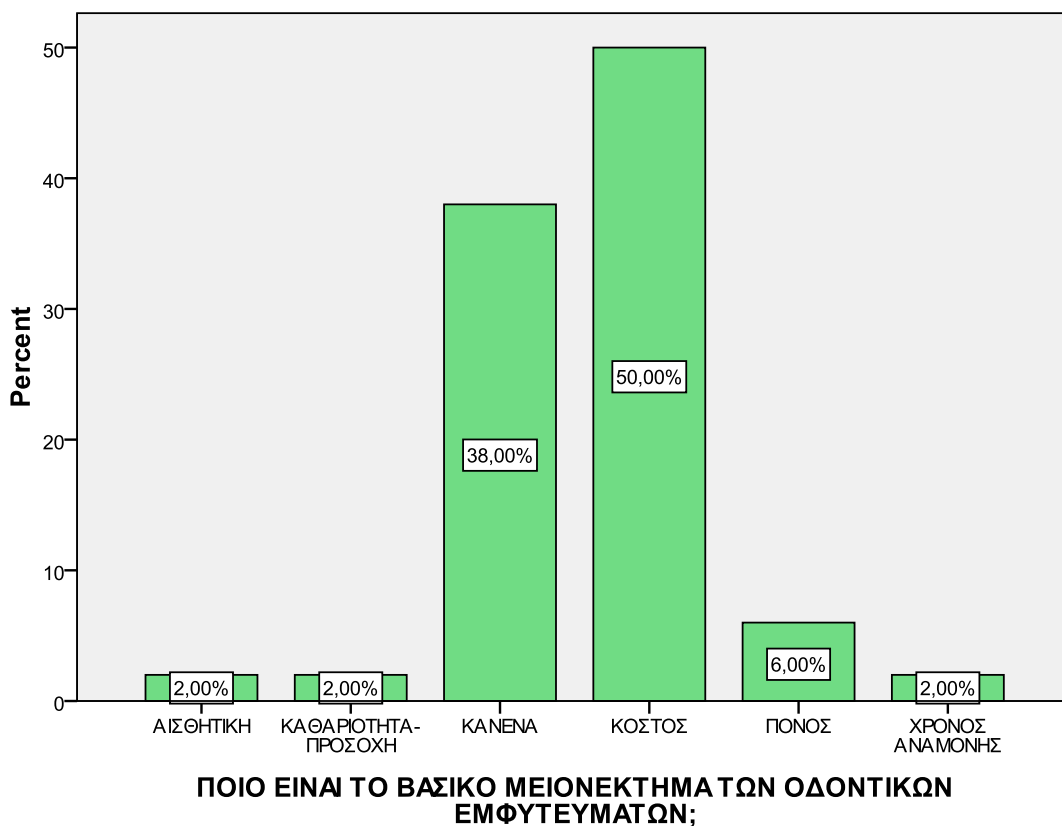
Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου



Γράφημα 6.1

Σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα, βλέπουμε πως ένα μεγάλο μέρος των ασθενών δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή. Λόγω του ότι τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν παρουσία του ερευνητή, η σημαντική δυσκολία που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς ήταν τα πολλά πλεονεκτήματα και η αδυναμία τους λόγω χρόνου να τα αναφέρουν όλα. Ωστόσο ένα ικανοποιητικό ποσοστό της τάξεως του 70% απάντησε στην ερώτηση αυτή. Το 6% χαρακτήρισε την απουσία πόνου ως το βασικότερο πλεονέκτημα των οδοντικών εμφυτευμάτων, το 2% την ανέφερε ως σίγουρη λύση. Το 8% των ασθενών απάντησε πως έχουν άριστη λειτουργικότητα και το 12% αναφέρει ως πλεονέκτημα ότι είναι ότι πιο κοντινό στα φυσικά δόντια. Τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώθηκαν στην μονιμότητα της θεραπείας (20%) καθώς τα εμφυτεύματα παρουσιάζουν μεγάλη διάρκεια ζωής, που μπορεί να φτάσει και πάνω από δύο δεκαετίες, και στην απουσία τροχίσματος διπλανών υγιών δοντιών, όπως θα γινόταν στην περίπτωση μιας γέφυρας.

Ποσοστιαία (%) εμφάνιση απαντήσεων στην ερώτηση 12 του ερωτηματολογίου



Γράφημα 6.2

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, πολύ μικρό ποσοστό (2%) ανέφερε ως μειονεκτήματα την αισθητική, την απαιτούμενη καθαριότητα για καλή διατήρηση του αποτελέσματος, καθώς και τον χρόνο αναμονής. Ακόμα ένα μικρό ποσοστό (6%) ανέφερε ως μειονέκτημα τον πόνο, κάτι που όμως δεν μπορεί να αξιολογηθεί ή να βελτιωθεί σημαντικά, διότι ο πόνος και η αντίληψη του πόνου είναι διαφορετική για κάθε ασθενή. Ως εκ τούτου το μειονέκτημα του πόνου μπορεί να περιοριστεί με την χρήση ισχυρών αναλγητικών, αλλά και με την πιστή τήρηση των οδηγιών του θεράποντα ιατρού από τους ασθενείς.

Σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα, βλέπουμε το μεγαλύτερο μέρος των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς να συγκεντρώνεται σε ένα ουσιαστικά μειονέκτημα. Αυτό δεν είναι άλλο από το κόστος. Το 50% των ασθενών αναφέρει το κόστος ως το μεγαλύτερο μειονέκτημα. Είναι γεγονός πως λόγω της μεγάλης έρευνας που έχει γίνει στο παρελθόν γύρω από τα εμφυτεύματα, έχουν εξ' αρχής υψηλό κόστος παραγωγής και άρα και πώλησης. Επίσης οι οδοντίατροι που τοποθετούν οδοντικά εμφυτεύματα απαιτείται να παρακολουθήσουν εξειδικευμένα σεμινάρια ή

μεταπτυχιακά προγράμματα, πολλές φορές εξαιρετικά κοστοβόρα, προκρίμενου να έχουν την άριστη κατάρτιση που απαιτείται. Τέλος, λόγω των υψηλών ποσοστών ικανοποίησης που παρατηρούνται αλλά και της συνεχώς αυξανόμενης ζήτησης, το κόστος φαίνεται να μην αποτρέπει σημαντικά τους ασθενείς από το να την επιλέξουν ως θεραπεία.

Μια σημαντική πρόταση που θα μπορούσε να γίνει και πράξη, θα ήταν να επιμεριστεί το κόστος μιας τέτοιας θεραπείας τόσο στον ίδιο τον ασθενή, όσο και σε κάποιον ασφαλιστικό φορέα, ιδιωτικό ή δημόσιο. Κάτι τέτοιο σίγουρα δεν είναι εύκολο να πραγματοποιηθεί, ειδικά σε μια περίοδο κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε τα τελευταία χρόνια, θα ήταν όμως σημαντικό να τεθεί έστω και σαν πρόταση για μελλοντική υλοποίηση. Είναι σημαντικό το σύστημα υγείας να δύναται να προσφέρει στους ασθενείς του, υψηλής ποιότητας υπηρεσίες που μπορούν να αναβαθμίσουν και την ίδια την ποιότητα ζωής των ασθενών.

6.4 Ανακεφαλαίωση

Λαμβάνοντας υπόψη όσα προαναφέρθηκαν στο έκτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα, πως οι ασθενείς που έχουν δεχθεί θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα, παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό ικανοποίησης αλλά και βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που λάβαμε από την έρευνα, πάνω από το 90% των ασθενών εμφανίζεται πολύ ικανοποιημένο από τα οδοντικά εμφυτεύματα, ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό υποστηρίζει πως θα πρότεινε μια τέτοια θεραπεία.

Ως μεγάλα και σημαντικά πλεονεκτήματα των οδοντικών εμφυτευμάτων εμφανίζεται η μονιμότητα της θεραπείας αλλά και η διατήρηση των παρακείμενων δοντιών σε άρτια κατάσταση (αποφυγή τροχίσματος). Ωστόσο τα οδοντικά εμφυτεύματα παρουσιάζουν κι ένα μεγάλο και μάλλον δυσεπίλυτο πρόβλημα: υψηλό κόστος. Πολλοί ασθενείς το ανέφεραν, ωστόσο είναι σημαντικό, πως παρά την εμφάνισή του ως το μεγαλύτερο μειονέκτημα, οι ασθενείς αυτοί ακολούθησαν την θεραπεία.

Κλείνοντας, θα πρέπει να γίνει μια συνολική προσπάθεια να επιμεριστεί το κόστος των οδοντικών εμφυτευμάτων σε ασθενή και ασφαλιστικό φορέα, προκειμένου να έχουν όλο και περισσότεροι ασθενείς πρόσβαση σε ποιοτικές θεραπείες που δύναται να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους στο μέλλον.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

«Διοίκηση της Υγείας»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

για την ικανοποίηση ασθενών που τους έχουν τοποθετηθεί και αποκατασταθεί προσθετικά οδοντικά εμφυτεύματα.

Αξιότιμη/ε Κύρια/ε,

Σας γνωρίζουμε ότι η μεταπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος «Διοίκηση της Υγείας» Μικελέτη Νικολέτα, έχει αναλάβει υπό την επίβλεψή μου την διεξαγωγή ερευνητικής εργασίας, που αναφέρεται στην ικανοποίηση ασθενών που τους έχουν τοποθετηθεί και αποκατασταθεί προσθετικά οδοντικά εμφυτεύματα.

Θα σας παρακαλούσα για τη διευκόλυνση της φοιτήτριας στη συλλογή πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με το αντικείμενο της έρευνάς μας, απλώς συμπληρώνοντας το επισυναπτόμενο ερωτηματολόγιο.

Οι πληροφορίες που θα παρέχετε δεν θα αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα στο πρόσωπό σας, θα τις μεταχειριστούμε ως απόλυτα εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την έρευνά μας.

Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά για το χρόνο και τη συμμετοχή σας.

Ο Επιβλέπων

Δρ Αθανάσιος Βοζίκης



«Έρευνα για την ικανοποίηση ασθενών που τους έχουν τοποθετηθεί και αποκατασταθεί προσθετικά οδοντικά εμφυτεύματα σε νωδές περιοχές της στοματικής κοιλότητας.»

Δημογραφικές Ερωτήσεις.

1)Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

2)Ηλικία:

- 15-24
- 25-39
- 40-54
- 55-64
- 65-79
- 80 και άνω

3)Οικογενειακή Κατάσταση:

- Έγγαμος
- Άγαμος
- Διαζευγμένος
- Χήρος
- Σε διάσταση

4)Τόπος μόνιμης κατοικίας: (Δήμος/Νομός)

5)Επίπεδο εκπαίδευσης:

- Υποχρεωτική
- Απόφοιτος Λυκείου
- Ανώτερη (ΤΕΙ/ΑΕΙ)
- Ανωτάτη (Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό)

6)Επάγγελμα /Απασχόληση

7)Ατομικό Μηνιαίο Εισόδημα:

- Μέχρι 750€
- 751-1100€
- 1101-1450€
- 1451-1800€
- 1801-2200€
- 2201 – 2800
- 2801-3500
- 3501 και πάνω

8α)Καπνίζετε?

- Ναι
- Όχι

8β)Αν ναι πόσα τσιγάρα την ημέρα:

- 1-5
- 5-10
- 10-15
- 15-20
- Περισσότερα από 20(1 πακέτο)

9α)Πίνετε αλκοόλ?

- Ναι
- Όχι

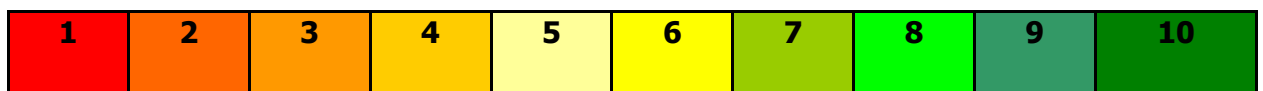
9β)Αν ναι πόσα ποτήρια την εβδομάδα:

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-8
- 8-10

10) Πείτε μας πως θα εκτιμούσατε εσείς ο ίδιος την υγεία σας **ΠΡΙΝ** την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10,όπου 1 σημαίνει καθόλου καλή και το 10 άριστη.

Καθόλου Καλή

Άριστη



Oral Health Impact Profile 14

Λειτουργικοί περιορισμοί

1α)Πόσο συχνά έχετε πρόβλημα στο να μιλήσετε λόγω προβλημάτων από τις οδοντοστοιχίες σας;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

1β) Πόσο συχνά νιώθετε να αλλάζει η γεύση σας λόγω προβλημάτων από τις οδοντοστοιχίες σας;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

Σωματικός Πόνος

2α) Πόσο συχνά νιώθετε έντονο πόνο στο στόμα σας;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

2β) Πόσο συχνά σας είναι δυσάρεστο να φάτε κάποιες τροφές εξαιτίας των οδοντοστοιχιών;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

Ψυχολογική δυσανεξία

3α) Πόσο συχνά νιώθετε τα δόντια σας ξένα;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

3β) Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι έχετε νεύρα εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

Σωματική αδυναμία

4α) Πόσο συχνά μπορείτε να φάτε ότι θέλετε χωρίς πρόβλημα από τις οδοντοστοιχίες σας;

Πολύ Συχνά	Αρκετά Συχνά	Κάπου-Κάπου	Σπάνια	Ποτέ
0	1	2	3	4

4β) Πόσο συχνά χρειάζεται να διακόψετε ένα γεύμα εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

Ψυχολογική δυσκολία

5α) Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ξεκουραστείτε εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

5β) Πόσο συχνά έρχεστε σε δύσκολη θέση εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

Κοινωνική συμπεριφορά

6α) Πόσο συχνά εκνευρίζετε με άλλους ανθρώπους εξαιτίας των οδοντοστοιχιών;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

6β) Πόσο συχνά συναντήσατε δυσκολία στο να κάνετε τις καθημερινές σας δουλειές εξαιτίας των οδοντοστοιχιών;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

Αναπηρία/ειδικές δεξιότητες

7α) Πόσο συχνά νιώθετε ότι δε θέλετε να βγείτε έξω για φαγητό εξαιτίας των οδοντοστοιχιών σας;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

7β) Πόσο συχνά νιώθετε ότι δεν μπορείτε να μασήσετε, να χαμογελάσετε ή να μιλήσετε εξαιτίας των οδοντοστοιχιών;

Ποτέ	Σπάνια	Κάπου-Κάπου	Αρκετά Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1	2	3	4

Σχετικά με τα οδοντικά εμφυτεύματα.

1) Ποσα εμφυτεύματα έχουν τοποθετηθεί στην στοματική σας κοιλότητα (συνολικά)

- 1
- 2-3
- 4-5
- Περισσότερα από 5

2) Ποσα δόντια έχουν αποκατασταθεί

- 1
- 2-3
- 4-5
- Περισσότερα από 5

3) Πόσο καιρό έχουν αποκατασταθεί προσθετικά τα εμφυτεύματα σας?

- Λιγότερο από 30 ημέρες
- 1-3 μήνες

- 3-6 μήνες
- Περισσότερο από 6 μήνες

4)Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την λειτουργικότητα των εμφυτευμάτων (μάσηση-ομιλία)

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1	2	3	4

5)Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την αισθητική των εμφυτευμάτων (εμφάνιση/καθαριότητα)

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1	2	3	4

6)Πόσο δύσκολη ήταν η χειρουργική διαδικασία

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
1	2	3	4

7)Πόσο δύσκολη ήταν η μετεγχειρητική περίοδος

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
1	2	3	4

8)Πόσο κράτησε η μετεγχειρητική περίοδος (μέχρι να επανέλθετε 100% στην καθημερινότητα σας)

- Λιγότερο από 24 ώρες
- 1-3 ημέρες
- 4-7 ημέρες
- Περισσότερο από 8 ημέρες

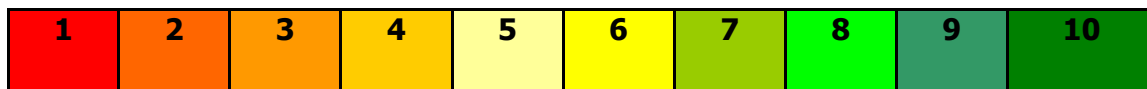
9)Θα προτεινάτε τα εμφυτεύματα σε κάποιον φίλο ή συγγενή αντί άλλης συμβατικής οδοντιατρικής αποκατάστασης? (γέφυρα- μερική ή ολική οδοντοστοιχία)

Σίγουρα Όχι	Μάλλον Όχι	Μάλλον Ναι	Σίγουρα Ναι
1	2	3	4

10) Πείτε μας πως θα εκτιμούσατε εσείς ο ίδιος την υγεία σας **ΜΕΤΑ** την τοποθέτηση των οδοντικών εμφυτευμάτων σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10, όπου 1 σημαίνει καθόλου καλή και το 10 άριστη.

Καθόλου Καλή

Άριστη



11) Ποιο/α ήταν για εσάς το/α βασικό/ά πλεονέκτημα/τα των εμφυτευμάτων και σας έκανε να το επιλέξετε ως θεραπεία;

12) Ποιο/α είναι για εσάς το/α βασικό/α μειονέκτημα/τα των εμφυτευμάτων;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Απόφαση 3054/2012, Τροποποίηση της υπ' αριθ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/Β' /3-11-2011) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Φ90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233/Β' /11-4-2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει., ΦΕΚ 3054Β/2012.
- Αραπαντώνη, Ε. (2014), Ολική ποιότητα υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης και μέτρηση ικανοποίησης, Διπλωματική εργασία, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.
- Γούλα, Α. (2008), Διοίκηση και διαχείριση νοσοκομείου, 3, 89-93
- Δημητριάδης, Δ., Κωνσταντινίδης, Ρ., & Ζερβού-Βάλβη, Φ. (2009), Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας: Καταγραφές και προβληματισμοί, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, 2, 9-14.
- Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας – Υποεπιτροπή Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης (2007), Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη. Μια πρόταση στρατηγικής για την εξέλιξη και οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα, Αθήνα.
- Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας – Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (2013), Η αναβάθμιση της οδοντιατρικής φροντίδας στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Οδοντιατρική Φροντίδα.
- Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., (1994). Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας
- Μαστρογεωργοπούλου, Χ. (2006), Αξιολόγηση πιστότητας μετρήσεων των χαρακτηριστικών στοματικής υγείας ασθενών με ολικές οδοντοστοιχίες, Διπλωματική διατριβή, Σχολή Οδοντιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.
- Μαστρογεωργοπούλου, Χ. & Αναστασιάδου, Β. (2011), Συμβολή της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου OHIP-14 στη διαπολιτισμική υιοθέτησή του, Στόμα, 39, 183-188.
- Νόμος 4238/2014, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 38Α/2014.

- Ουλής, Κ., Θεοδώρου, Μ, Μαστρογιαννάκης, Γ., Μαμάη-Χωματά, Χ., Πολυχρονοπούλου, Α., Παπαγιαννούλη, Α., & Αθανασούλη, Θ. (2009), Η επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Προτάσεις για τη βελτίωσή της, *Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά*, 53, 97-120.
- Παππά Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Δ.,(2006), Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*.
- Παπανικολάου, Β. ,(2007), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, *Αρχές – Μέθοδοι και Εφαρμογές*, Αθήνα
- 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.
- Τούντας, Ι., (1995) «Νόσος – αρρώστια – ασθένεια», *Νέα Υγεία*, τεύχος 9.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία (2008-2012), Αθήνα.
- Φραγκίσκος, Φ. (2014), *Οδοντιατρική Εμφυτευματολογία. Χειρουργική και προσθετική προσέγγιση*, Αθήνα.
- Koeck, B. & Wagner, W. (2004), Εισαγωγή, στο: B. Koeck & W. Wagner (eds.) *Εμφυτευματολογία*, Laterre, Αθήνα, 1-7.
- Koeck, B. & Wahl, G. (2004), Ενδείξεις, αντενδείξεις και διαφορικές ενδείξεις, στο: B. Koeck & W. Wagner (eds.) *Εμφυτευματολογία*, Laterre, Αθήνα, 9-26.
- Meffert, R. M. (2008), Η φροντίδα των εμφυτευμάτων, στο: Η προσθετική των οδοντικών εμφυτευμάτων, Μπονισέλ – Οδοντιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 592-600.
- Misch, C. E. (2008a), Η λογική πίσω από τη χρήση οδοντικών εμφυτευμάτων, στο: Η προσθετική των οδοντικών εμφυτευμάτων, Μπονισέλ – Οδοντιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 1-17.
- (2008b), Προσθετικές επιλογές στην εμφυτευματολογία, στο: Η προσθετική των οδοντικών εμφυτευμάτων, Μπονισέλ – Οδοντιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 43-52.
- Misch, C. E. & Meffert, R. M. (2008), Κλίμακα αξιολόγησης της υγείας των εμφυτευμάτων. Μια κλινική εκτίμηση της διαβάθμισης μεταξύ υγείας και ασθένειας, στο: Η προσθετική των οδοντικών εμφυτευμάτων, Μπονισέλ – Οδοντιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 601-608.

Richter, E. J. (2004), Προσθετική αποκατάσταση, στο: B. Koeck & W. Wagner (eds.) Εμφυτευματολογία, Laterre, Αθήνα, 235-283.

Ξένη βιβλιογραφία

- Adulyanon, S. (1996), An integrated socio-dental approach to dental treatment need estimation, PhD thesis, University of London, London.
- 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.
- Agerberg, G. & Carlsson G. E. (1975), Symptoms of functional disturbances of the masticatory system. A comparison of frequencies in a population sample and in a group of patients, Acta Odontol Stand, 33(4), 183-190.
- Allen, P. & Locker, D. (2002), A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults, Int J Prosthodont, 15, 446-450.
- Allen, P. & McMillan, A. (2003a), A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures, Clin Oral Imp Res, 14, 173-179.
- (2003b), A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures, J Can Dent Assoc, 69, 662-666.
- Allen, P., McMillan, A., & Locker, D. (2001a), An assessment of sensitivity to change of the oral health impact profile in a clinical trial, Community Dent Oral Epidemiol, 29, 175-182.
- Allen, P., McMillan, A., Walshaw, D. (2001b), A patient-based assessment of implant-stabilized and conventional complete dentures, J Prosthet Dent, 85, 141-147.
- 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.

- Al-Makki, A. (2006), A comparative study to evaluate patient satisfaction with conventional dentures and implant retained overdentures, Mini-Thesis, Faculty of Dentistry, University of The Western Cape.
- Al-Omiri, M. K. & Karasneh, J. (2009), Relationship between oral health-related quality of life, satisfaction, and personality in patients with prosthetic rehabilitations, *Journal of Prosthodontics*, 19, 2-9.
- Astrom, A. & Okullo, I. (2003), Validity and reliability of the OIDP frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda, *BMC Oral Health*, 3, 5.
- Astrom, A., Haugejorden, O., Skaret, E., Trovik, T., Klock, K. (2005), Oral impacts on daily performances in Norwegian adults: Validity, reliability and prevalence estimates, *Eur J Oral Sci*, 113, 289-296.
- (2006), Oral impacts on daily performances in Norwegian adults: The influence of age, number of missing teeth, and socioeconomic factors, *Eur J Oral Sci*, 114, 115-121.
- Atchison, K. A. & Dolan, T. A. (1990), Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index, *J Dent Educ*, 54(11), 680-687.
- Atchison, K. A. & Gift, H. C. (1997), Perceived oral health in a diverse sample, *Adv Dent Res*, 11(2), 272-280.
- Awad, M. A. (2000), Comparing mandibular 2- implant overdentures and conventional dentures: psychosocial and functional outcomes, PhD thesis, McGill University Montreal.
- Awad, M. A. & Feine, J. S. (1998), Measuring patient satisfaction with mandibular prostheses, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26, 400-405.
- Awad, M. A., Lund, J. P., Dufresne, E., & Feine, J. S. (2003), Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among middle-aged edentulous patients: satisfaction and functional assessment, *International Journal of Prosthodontics*, 16, 117-122.
- Awad, M. A., Morais, J. A., Wollin, S., Khalil, A., Gray-Donald, K., & Feine, J. S. (2012), Implant overdentures and nutrition: a randomized controlled trial, *Journal of Dental Research*, 91(1), 39-46.
- Bae, K., Kim, H., Jung, S., Park, D., Kim, J., Paik, D. et. al. (2007), Validation of the Korean version of the oral health impact profile among the elderly, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35, 73-79.

- Berg, E. (1988), A 2-year follow-up study of patient satisfaction with new complete dentures, *J Dent*, 16, 160-165.
- Bergendal, B. (1989), The relative importance of tooth loss and denture wearing in Swedish adults, *Community Dental Health*, 6, 103-111.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W.B., Gilson, B. S. (1981), The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure, *Med Care*, 19(8), 787-805.
- Bernabe, E., Oliveira, C., & Sheiham, A. (2007), Condition-specific sociodental impacts attributed to different anterior occlusal traits in Brazilian adolescents, *Eur J Oral Sci*, 115, 473-478.
- Berscheid, E. (1980), Overview of the psychological effects of physical attractiveness, in: G. W. Lucker et. al. (eds.) *Psychological aspects of facial form*, Proceedings of a sponsored symposium honoring Professor Robert E. Moyers, Center for Human Growth and Development, The University of Michigan, Ann Arbor.
- Bjordal, K. & Kaasa, S. (1995), Psychological distress in head and neck cancer patients 7-11 years after curative treatment, *Br J Cancer*, 71(3), 592-597.
- Bloom, B., Gift, H. C., & Jack, S.S. (1995), Dental services and oral health, *Vital Health Stat*, 10(183), 1-95.
- Boerrigter, E., Stegenga, B., Raghoobar, G., & Boering, G. (1995a), Patient satisfaction and chewing ability with implant-retained mandibular overdentures: A comparison with new complete dentures with or without preprosthetic surgery, *J Oral Maxillofac Surg*, 53, 1167-1173.
- Boerrigter, E., Geertman, M., Van Oort, R., Bouma, J., Raghoobar, G. M., Van Waas, M.A., Van't Hof, M. A., Boering, G. & Kalk, W. (1995b), Patient satisfaction with implant-retained mandibular overdentures. A comparison with new complete dentures not retained by implants – A multicentre randomized clinical trial, *Br J Oral Maxillofac Surg*, 33, 282-288.
- Broder, H. L. & Strauss, R. I. (1989), Self-concept of early primary school age children with visible or invisible defects, *Cleft Palate J*, 26(2), 114-117.
- Burns, D., Unger, J., Elswick, R. J., Giglio, J. (1995), Prospective clinical evaluation of mandibular implant overdentures: Part II – Patient satisfaction and preference, *J Prosthet Dent*, 73, 364-369.
- Carlsson, G. E. (1980), Masticatory efficiency: the effect of age, the loss of teeth and prosthetic rehabilitation, *Int Dent J*, 34(2), 93-97.

- Carlson, B. & Carlsson, G. E. (1994), Prosthodontic complications in osseointegrated dental implant treatment, *Int J Oral Maxillofac Impl*, 9, 90-94.
- Carlsson, G. E., Otterland, A., & Wennström, A. (1967), Patient factors in appreciation of complete dentures, *J Prosthet Dent*, 17, 322-328.
- Chang, M., Ödman, P. A., Wennström, J. L., & Bernt, A. (1999), Esthetic outcome of implant-supported single tooth replacements assessed by the patient and by prosthodontists, *Int J Prosthodont*, 12, 335-341.
- Chen, M., Andersen, R. M., Barmes, D. E., Leclercq, M. H., & Lyttle, C. S. (1997), Comparing oral health care systems. A second international collaborative study, World Health Organization, Geneva.
- Cibirka, R., Razzoog, M., & Lang, B. (1997), Critical evaluation of patient responses to dental implant therapy, *J Prosthet Dent*, 78, 574-581.
- Clifford, M. & Walster, E. (1973), The effect of physical attractiveness on teacher expectations, *Sot Educ*, 46, 248-258.
- Coates, E., Slade, G. D., Goss, A. N., & Gorkic, E. (1996), Oral conditions and their social impact among HIV dental patients, *Aust Dent J*, 41, 33-36.
- Cohen, L. & Jago, J. (1976), Toward the formulation of socio-dental indicators, *Int J Health Serv*, 6, 681-687.
- Crow R., Gage h, Hampson S et al 2002., The measurement of satisfaction with healthcare; implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 6:32
- Cushing, A., Sheiham, A., & Maizels, J. (1986), Developing socio-dental indicators. The social impact of dental disease, *Community Dent Health*, 3, 3-17.
- Dorri, M., Sheiham, A., & Tsakos, G. (2007), Validation of a Persian version of the OIDP index, *BMC Oral Health*, 7, 2.
- Cortes, M., Marcenes, W., & Sheiham, A. (2002), Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12–14-year-old children, *Community Dent Oral Epidemiol*, 30, 193-198.
- Coulter, I., Marcus, M., Atchison, K., (1994), Measuring Oral Health Status; Theoretical and Methodological challenges, *Soc Sci Med* 38, 1531-1541
- De Albuquerque, R. Jr., Lund, J., Tang, L., et. al. (2000), Within-subject comparison of maxillary long-bar implant-retained prostheses with and without palatal coverage: Patient-based outcomes, *Clin Oral Implants Res*, 11, 555-565.

- De Bruyn, H., Colaert, B., Linden, U., & Björn, A.L. (1997), Patient's opinion and treatment outcome of fixed rehabilitation on Brånemark implants. A 3-year follow-up study in private dental practices, *Clinical Oral Implants Research*, 8, 265-271.
- De Grandmont, P., Feine, J., Tache, R., et. al. (1994), Within-subject comparisons of implant-supported mandibular prostheses: Psychometric evaluation, *J Dent Res*, 73, 1096-1104.
- Den Hartog, L., Huddleston Slater, J. J. R., Vissink, A., Meijer, H. J. A., Raghoobar, G. M. (2008), Treatment outcome of immediate, early and conventional single-tooth implants in the aesthetic zone: a systematic review to survival, bone level, soft-tissue, aesthetics and patient satisfaction, *Journal of Clinical Periodontology*, 35, 1073-1086.
- De Rouck, T., Collys, K., & Cosyn, J. (2008), Immediate single-tooth implants in the anterior maxilla: a 1-year case cohort study on hard and soft tissue response, *Journal of Clinical Periodontology*, 35, 649-657.
- Dolan, T. A., Peek, C. W., Stuck, A. E., et. al. (1998), Threeyear changes in global oral health rating by elderly dentate adults, *Community Dent Oral Epidemiol*, 26, 62-69.
- Einarson, S., Gerdin, E. W., & Hugoson, A. (2009), Oral health impact on quality of life in an adult Swedish population, *Acta Odontol Scand*, 67, 85-93.
- Ekanayake, L. & Perera, I. (2003), Validation of a Sinhalese translation of the oral health impact profile-14 for use with older adults, *Gerodontology*, 20, 95-99.
- (2004), The association between clinical oral health status and oral impacts experienced by older individuals in Sri Lanka, *J Oral Rehabil*, 31, 831-836.
- Elias, A. & Sheiham, A. (1999), The relationship between satisfaction with mouth and number, position and condition of teeth: Studies in Brazilian adults, *J Oral Rehabil*, 26, 53-71.
- Engel, G. (1977), The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, *Science*, 196, 129-136.
- Ericsson, I., Nilson, H., Lindh, T., Nilner, K., & Randow, K. (2000), Immediate functional loading of branemark single tooth implants. An 18 months' clinical pilot follow-up study, *Clinical Oral Implants Research*, 11, 26-33.
- Erkapers, M., Ekstrand, K., Baer, R. A., Joseph A. Toljanic, J. A., & Thor, A. (2009), Patient satisfaction after receiving dental implants with immediate loading in the edentulous atrophic maxilla. 1-year results of a prospective study using the OHIP 49

- questionnaire, Presented at the 18th Annual Scientific Meeting of the European Association of Osseointegration (30 September-3 October 2009), Monaco, France.
- Ernest, S. L. (1993), Dietary intake, food preferences, simulated salivary flow rate, and masticatory ability in older adults with complete dentitions, *Spec Care Dentist*, 13(3), 102-106.
- Eurobarometer (2010), Report. Oral Health, Special Eurobarometer 330, Wave 72.3 - TNS Opinion & Social, Brussels, Belgium.
- Feine, J., Dufresne, E., Boudrias, P., & Lund, J. (1998), Outcome assessment of implant-supported prostheses, *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 79(5), 575-579.
- Feine, J., Carlsson, G., Awad, M., et. al. (2002), The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients, *Eur J Prosthodont Restorative Dent*, 10, 95-96.
- Feldman, R. S., Kapur, K. K., Alman, J. E., & Chauncey, H. H. (1990), Aging and mastication: changes in performance and in the swallowing threshold with natural dentition, *J Am Geriatr Soc*, 28(3), 97-103.
- Fenlon, M. R. & Sherriff, M. (2004), Investigation of new complete denture quality and patients' satisfaction with and use of dentures after two years, *Journal of Dentistry* 2004, 32, 327-333.
- Fernandes, M., Ruta, D., Ogden, G., Pitts, N., Ogston, A. (2006), Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: Validation of the OHIP-14, *Community Dent Oral Epidemiol*, 34, 53-62.
- Fiske, J., Davis, D. M., Frances, C., & Gelbier, S. (1998), The emotional effects of tooth loss in edentulous people, *Brit Dent J*, 184(2), 90-93.
- Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M. J., & Jones, D. R. (1998), Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials, *Health Technology Assessment*, 2, 1-74.
- Fontijn-Tekamp, F. A., Slagter, A. P., Van der Bilt, A., Van 'T Hof, M. A., Witter, D. J., Kalk, W., et al. (2000), Biting and chewing in overdentures, full dentures, and natural dentitions, *J Dent Res*, 79, 1519-1524.
- Fries, J. E. & Spitz, P. W. (1982), Young DY. The dimensions of health outcomes: the health assessment questionnaire, disability and pain scales, *J Rheumatol*, 9(5), 789-793.

- Gamba, A., Romano, M., Grosso, I. M., Tamburini, M., Cantu, G., Molinari, R., & Ventafridda, V. (1992), Psychosocial adjustment of patients surgically treated for head and neck cancer, *Head Neck*, 14(3), 218-223.
- Garrett, N. R., Kapur, K. K., & Perez, I. (1996), Effects of improvements of poorly fitting dentures and new dentures on patient satisfaction, *J Prosthet Dent*, 76(4), 403-413.
- Geertman, M. E., Boerrigter, E. M., Van Hof, M. A., Van Waas, M. A., van Oort, R. F., Boering, G., & Kalk, W. (1996a), Two-center clinical trial of implant-retained mandibular overdentures versus complete dentures-chewing ability, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(1), 79-84.
- Geertman, M., Van Waas, M., Van't Hof, M., & Kalk, W. (1996b), Denture satisfaction in a comparative study of implant-retained mandibular overdentures: A randomized clinical trial, *Int J Oral Maxillofac Implants*, 11, 194-200.
- 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.
- Gift, H. C. & Atchison, K. A. (1995), Oral health, health, and health-related quality of life. *Med Care*, 33(11 Suppl), 57-77.
- Gift, H. C. & Redford, M. (1992), Oral health and the quality of life, *Clinics in Geriatric Medicine*, 8, 673-683.
- Gift, H. C. & Atchison, K. A., & Dayton, C. M. (1997), Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life, *Sot Sci Med*, 44(5), 601-608.
- Gilbert, G. H., Heft, M. W., & Duncan, R. F. (1993), Oral signs, symptoms, and behaviors in older Floridians, *J Public Health Dent*, 53(3), 151-157.
- Gilbert, G. H., Duncan, R. P., Heft, M. W., Dolan, T. A., & Vogel, W. B. (1997), Oral disadvantage among dentate adults, *Community Dent Oral Epidemiol*, 25(4), 301-313.
- Gilson, B. S., Gilson, J. S., Bergner, M., Bobbitt, R. A., Kressel, S., Pollard, W. E., Vesselago, M. (1975), The sickness impact profile. Development of an outcome measure of health care, *Am J Pub Health*, 65, 1304-1310.
- Gooch, B.F., Dolan, T. A, & Bourque, L. B. (1989), Correlates of self-reported dental health status upon enrollment in the Rand Health Insurance Experiment, *J Dent Educ*, 53(11), 629-637.

- Gotfredsen, K. (2004), A 5-year prospective study of single-tooth replacements supported by the astra tech implant: a pilot study, *Clinical Implant Dentistry and Related Research* 6, 1-8.
- Goulet, J. P., Lavigne, G. J., & Lund, J.P. (1995), Jaw pain prevalence among French-speaking Canadians and related symptoms of temporomandibular disorders, *J Dent Res*, 74(11), 1738-1744.
- Gritz, E. R., Carmack, C. L., de Moor, C., Coscarelli, A., Schacherer, C. W., Meyers, E. G., & Abemayor, E. First year after head and neck cancer: quality of life, *J Clin Oncol*, 17(1), 352-360.
- Guyatt, A. H. & Cook, D. J. (1994), Health status, quality of life, and the individual, *JAMA*, 24-31.
- Guyatt, A. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993), Measuring health-related quality of life, *Ann Intern Med*, 118(8), 622-629.
- Hagglin, C., Bergren, U., Hakenberg, M., Edvardson, A., & Eriksson, M. (2007), Evaluation of a Swedish version of the OHIP-14 among patients in general and specialist dental care, *Swed Dent J*, 31, 91-101.
- Harle, T. J. & Anderson, J. D. (1993), Patient satisfaction with implant supported protheses, *Int J Prosthet*, 6, 153.
- Harris, D., Hofer, S., O'Boyle, C. A., Sheridan, S., Marley, J., Benington, I. C., et. al. (2011), A comparison of implant-retained mandibular overdentures and conventional dentures on quality of life in edentulous patients: a randomized, prospective, within-subject controlled clinical trial, *Clin Oral Implants Res*, 24.
- Helkimo, E., Carlsson, G. E. , & Helkimo, M. (1978), Chewing efficiency and state of dentition. A methodologic study, *Acta Odontol Stand*, 36(1), 33-41.
- Heydecke, G., Boudrias, P., Awad, M., de Albuquerque, R., Lund, J., Feine, J. (2003), Within-subject comparisons of maxillary fixed and removable implant protheses, *Clin Oral Implants Res*, 14, 125-130.
- Hunt, R. J. & Slade, G.D. (1995), Changes in oral impact over two years in North Carolina elderly, *J Dent Res*, 74 (AADR Abstracts), 168, Abstract 1255.
- Hunt, S. M., McEwan, J., McKenna, S. P. (1986), *Measuring health status*, Croom Helm, London.
- Hunt, R. J., Slade, G. D., & Strauss, R.F. (1995a), Differences between racial groups in the impact of oral disorders among older adults in North Carolina, *J Public Health Dent*, 55(4), 205-209.

- (1995b), Racial variations in social impact among older community-dwelling adults, *J Public Health Dent*, 55, 205-209.
- Ikebe, K., Watkins, C., Ettinger, R., Hidenori, S., & Takashi, N. (2004), Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese, *Gerodontology*, 21, 167-176.
- International Journal of Health Research and Innovation*, (2013)1,(1), 2013, 67-87
ISSN: 2051-5057 (print version), 2051-5065 (online) Scienpress, 2013
- Inglehart, M. R., Silvertown, S. F., & Sinkford, J. C. (2002), Oral health-related quality of life: does gender matter?, in: M. R. Inglehart & R. Bagramian (eds.) *Oral health-related quality of life*, Quintessence Pub, Chicago, 111-123.
- Irish Society for Quality & Safety in Healthcare (2003), *National Patient Perception of the Quality of Healthcare Survey 2002*, Dublin: Irish Society for Quality and Safety in Healthcare,
- James, R. A. (1980), Periimplant considerations, *Dent Clin North Am*, 24, 415-420.
- John, M. T., Patrick, D. L., & Slade, G. D. (2002), The German version of the Oral Health Impact Profile -translation and psychometric properties, *Eur J Oral Sci*, 110, 425-433.
- John, M., Koepsell, T., Hujoel, P., Miglioretti, D., LeResche, L., & Micheelis, W. (2004), Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life, *Community Dent Epidemiol*, 32, 125-132.
- John, M., Miglioretti, D., LeResche, L., Koepsell, T., Hujoel, P., & Micheelis, W. (2006), German short forms of the oral health impact profile, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34, 277-278.
- Jokovic, A. & Locker, D. (1997), Dissatisfaction with oral health status in an older adult population, *J Public Health Dent*, 57(1), 40-47.
- Joseph, C. & Nichols, S. (2007), Patient satisfaction and quality of life among persons attending chronic disease clinics in South Trinidad, West Indies, *West Indian Medical Journal*, 56, 108-114.
- Kan, J. Y., Rungcharassaeng, K., & Lozada, J. (2003), Immediate placement and provisionalization, of maxillary anterior single implants: 1-year prospective study, *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 18, 31-39.
- Kaplan, R. M., Feeney, D., & Revicki, D.A. (1993), Methods for assessing relative importance in preference based outcome measures, *Qual Life Res*, 2, 467-475.

- Kapp, K. (1979), Self-concept of the cleft lip and/or palate child, *Cleft Palate J*, 16(2), 171-176.
- Kapp-Simon, K. (1986), Self-concept of primary-school-age children with cleft lip, cleft palate, or both, *Cleft Palate J*, 23(1), 24-27.
- Kapp-Simon, K. A., Simon, D. J., & Kristovich, S. (1992), Self-perception, social skills, adjustment, and inhibition in young adolescents with craniofacial anomalies, *Cleft Palate Craniofac J*, 29(4), 352-356.
- Kapur, K. et. al. (1998), A randomized clinical trial comparing the efficacy of mandibular implant-supported overdentures and conventional dentures in diabetic patients. Part I: Methodology and clinical outcomes, *Journal of Prosthetic Dentistry*, 79, 555-569.
- Kayser, A. E. (1981), Shortened dental arches and oral function, *J Oral Rehabil*, 8(5), 457-462.
- Kent, G. & Johns, R. (1994), Effects of osseointegrated implants on psychological and social well-being: A comparison with replacement removable prostheses, *Int J Oral Maxillofac Implants*, 9, 103-106.
- Kepentzis, S., Gkogkosis, K., Niakas, D., (2004), Investigation of patient satisfaction and the factors affecting it. The example of outpatients at 6 hospitals in Attica, in greek, *Health Services Management and Technology*, Athens, Mediforce Publications
- Kida, I., Astrom, A., Strand, G., Masalu, J., & Tsakos, G. (2006), Psychometric properties and the prevalence, intensity and causes of oral impacts on daily performance (OIDP) in a population of older Tanzanians, *Health Qual Life Outcomes*, 4, 56.
- Kida, I., Astrom, A., Strand, G., & Masalu, J. (2007), Chewing problems and dissatisfaction with chewing ability: A survey of older Tanzanians, *Eur J Oral Sci*, 115, 265-274.
- Kiyak, H. A., Beach, B. H., Worthington, P., Taylor, T., Bolender, C., & Evans, J. (1990), Psychological impact of osseointegrated dental implants, *International Journal of Oral Maxillofacial Implants*, 5(1), 61-69.
- Kressin, N. R. (1997), Oral health-related quality of life measure (OHQOL), in: G. D. Slade (ed.) *Measuring oral health and quality of life*, University of North Carolina, School of Dental Ecology, Chapel Hill

- Kuboki, T., Okamoto, S., Suzuki, H., et. al. (1999), Quality of life assessment of bone-anchored fixed partial denture patients with unilateral mandibular distal-extension edentulism, *Journal of Prosthetic Dentistry*, 82, 182-187.
- Larson, J. S. (1999), The conceptualization of health, *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123-136.
- Larsson, P., Lundström, I., Marcusson, A., Ohrbach, R. (2004), Reliability and Validity of a Swedish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-S), *Acta Odont Scand*, 62, 1047-1052.
- Leao, A. & Sheiham, A. (1996), The development of a socio-dental measure of Dental Impacts on Daily Living, *Community Dental Health*, 13, 22-26.
- Leonard, B. J., Brust, J. D., Abrahams, G., & Sielaff, B. (1991), Self-concept of children and adolescents with cleft lip and/or palate, *Cleft Palate Craniofac J*, 28(4), 347-353.
- Leung, A. C. & Cheung, L. K. (2003), Dental implants in reconstructed jaws: patients' evaluation of functional and quality-of-life outcomes, *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 18, 127-134.
- List, M. A., Ritter-Sterr, C., & Lansky, S. B. (1990), A performance status scale for head and neck cancer patients, *Cancer*, 66, 564-569.
- Locker, D. (1988), Measuring oral health: a conceptual framework, *Community Dental Health*, 5, 5-13.
- (1992), The burden of oral disorders in a population of older adults, *Community Dental Health*, 9, 109-124.
- (1997), Concepts of oral health, disease and the quality of life, in: G. D. Slade (ed.) *Measuring Oral Health and Quality of Life*, Chapel Hill, University of North Carolina, Dental Ecology.
- (1998a), Issues in measuring change in self-perceived oral health status, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26, 41-47.
- (1998b), Patient-based assessment of the outcomes of implant therapy: a review of the literature, *International Journal of Prosthodontics*, 11, 453-461.
- Locker, D. & Allen, F. (2007), What do measures of 'oral health-related quality of life' measure?, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35, 401-411.
- Locker, D. & Grushka, M. (1987), The impact of dental and facial pain, *J Dent Res*, 66(9), 1414-1417.

- Locker, D. & Miller, Y. (1994a), Subjectively reported oral health status in an adult population, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 22(6), 425-430.
- (1994b), Evaluation of subjective oral health status indicators, *J Public Health Dent*, 54, 167-176.
- Locker, D. & Slade, G. (1993), Oral health and the quality of life among older adults: the Oral Health Impact Profile, *J Can Dent Assoc*, 59(10), 830-3,837-8, 844.
- (1994), Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population, *Gerodontology*, 11, 108-114.
- MacKeigan, L. D. & Pathak, D. S. (1992), Overview of health-related quality of life measures, *Am J Hosp Pharm*, 49, 2236-2245.
- Masalu, J. & Astrom, A. (2003), Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanians students, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31, 7-14.
- Matthias, R.E., Atchison, K.A., Schweitzer, S. O., Lubben, J.E., Mayer-Oakes, A., & De Jong, E. (1993), Comparisons between dentist ratings and self-ratings of dental appearance in an elderly population, *Spec Care Dentist*, 13(2), 53-60.
- Matthias, R. E., Atchison, K. A., Lubben, J. E., De Jong, E., & Schweitzer, S.O. (1995), Factors affecting self-ratings of oral health, *J Public Health Dent*, 55(4), 197-204.
- McEwen, B. (1999), Stress and the brain, in: R. Conlan (ed.) *States of mind*, John Wiley, New York, 81-102.
- McGrath, C. & Bedi, R. (1999), The importance of oral health to older people's quality of life, *Gerodontology*, 16(1), 59-63.
- (2001), Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *J Dent*, 29, 243-246.
- (2002), Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK), *British Dental Journal*, 193, 521-524.
- McWilliams, B. J. (1970), Psychosocial development and modification, American Speech and Hearing Association, ASHA Reports No. 5, Washington.
- Meenan, R. F., Gertman, P. M., & Mason, J. H. (1980), Measuring health status in arthritis. The arthritis impact measurement scales, *Arthritis Rheum*, 23(2), 146-152.
- Meijndert, L., Meijer, H. J., Stellingsma, K., Stegenga, B. & Raghoobar, G. M. (2007), Evaluation of aesthetics of implant-supported single-tooth replacements using different bone augmentation procedures: a prospective randomized clinical study, *Clinical Oral Implants Research*, 18, 715-719.

- Michaud, P. L., De Grandmont, P., Feine, J. S., & Emami, E. (2012), Measuring patient-based outcomes: Is treatment satisfaction associated with oral health-related quality of life?, *Journal of Dentistry*, 40, 624-631.
- Middleton, G. E., Lass, N. J., Starr, P. & Pannbacker, M. (1986), Survey of public awareness and knowledge of cleft palate, *Cleft Palate J*, 23(1), 58-62.
- Misch, C. E. (1993), Implant success or failure: Clinical assessment in implant dentistry, in: C. E. Misch (ed.) *Contemporary implant dentistry*, Mosby, St. Louis.
- (1998), The implant Quality Scale: A clinical assessment of the health disease continuum, *Oral Health*, 15, 15-25.
- Mitchell, C. K., Lott, R., & Pannbacker, M. (1984), Perceptions about cleft palate held by school personnel: suggestions for in-service training development, *Cleft Palate J*, 21(4), 308-312.
- Montero-Martín, J., Bravo-Pérez, M., Albaladejo-Martínez, A., Hernández-Martín, L. A., Rosel-Gallardo, E. M. (2009), Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain, *Med Oral Patol Or Oral Cir Bucal*, 14, 44-50.
- Morris, H. F., Ochi, S., & Winkler, S. (2000), Implant survival in patients with type 2 diabetes: Placement to 36 months, *Ann Periodontol*, 5(1), 157-165.
- Naert, I., Gizani, S., Van Steenberghe, D. (1998), Rigidly splinted implants in the resorbed maxilla to retain a hinging overdenture: A series of clinical reports for up to 4 years, *J Prosthet Dent*, 79, 156-164.
- Nishimura, I. & Garrett, N. (2004), Impact of Human Genome Project on treatment of frail and edentulous patients, *Gerodontology*, 21, 3-9.
- Nuttall, N., Steele, J., Pine, C., White, D., & Pitts, N. (2001), The impact of oral health on people in the UK in 1998, *Br Dent J*, 190, 121-126.
- Oliveira, B. & Nadanovsky, P. (2005), Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 3, 307-314.
- Olson, J. W., Shernoff, A. F., Tarlow, J. L., Colwell, J. A., Scheetz, J. P., & Bingham, S. F. (2000), Dental endosseous implant assessments in a type 2 diabetes population: A perspective study, *Int J Oral Maxillofac Impants*, 15(6), 811-818.
- Oral Health in America, (2000), A report of Surgeon General. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, National Institute of Health, 20-23
- Papagiannopoulou, V. Oulis, C. J., Papaioannou, W., Antonogeorgos, G., & Yfantopoulos, J. (2012), Validation of a Greek version of the Oral Health Impact

- Profile (OHIP-14) for use among adults, *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(7).
- Papaoiannou, W., Oulis, C. J., Latsou, D., & Yfantopoulos, J. (2011), Oral health-related quality of life of Greek adults: A cross-sectional study, *International Journal of Dentistry*.
- Parker, E. J. & Jamieson, L. M. (2010), Associations between Indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes, *BMC Oral Health*, 10(1)
- Patrick, D. L. & Bergner, M. (1990), Measurement of oral health status in the 1990s, *Annu Rev Public Health*, 11, 165-183.
- Pera, P., Bassi, F., Schierano, G., Appendino, P., Preti, G. (1998), Implant anchored complete mandibular denture: Evaluation of masticatory efficiency, oral function and degree of satisfaction, *J Oral Rehabil*, 25, 462-467.
- Petersen, P. E. (2003), The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – The approach of the WHO Global Oral Health Programme, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(s1), 3-24.
- Pillemer, F. G. & Cook, K. V. (1989), The psychosocial adjustment of pediatric craniofacial patients after surgery, *Cleft Palate J*, 26(3), 201-207.
- Pjetursson, B. E., Karoussis, I., Bürgin, W., Brägger, U., & Lang, N. P. (2005), Patient's satisfaction following implant therapy. A 10-year prospective cohort study, *Clin Oral Impl Res*, 16, 185-193.
- Pocztaruk, R. L., Frasca, L. C. F., Rivaldo, E. G., Mattia, P. R., Vidal, R. A., Fernandes, E. G., Duarte, M.B. (2006), Satisfaction level and masticatory capacity in edentulous patients with conventional dentures and implant-retained overdentures, *Braz J Oral Sci*, 5, 1232-1238.
- Pocztaruk, R. L., Vidal, R. A., Da Fontoura Frasca, L. C., Rivaldo, E. G., Duarte Gavião, M. B., & Van der Bilt, A. (2009), Satisfaction level and masticatory performance of patient rehabilitated with implant-supported overdentures, *Rev. Odonto ciênc*, 24(2), 109-115.
- Raghoobar, G. et. al. (2000), Effectiveness of three treatment modalities for the edentulous mandible. A five-year randomized clinical trial, *Clinical Oral Implants Research*, 11, 195-201.
- Redford, M., Drury, T. F., Kingman, A., & Brown, L. J. (1996), Denture use and the technical quality of dental prostheses among persons 18-74 years of age: United States 1988-1991, *J Dent Res*, 75, 714-725.

- Reisine S. (1981), Theoretical considerations in formulating sociodental indicators, *Soc Sci Med*, 14, 745-750
- Reisine, S. T. & Bailit, H. L. (1980), Clinical oral health status and adult perceptions of oral health, *Social Science and Medicine*, 14, 597-605.
- Reisine, S. T. & Weber, J. (1989), The effects of temporomandibular joint disorders on patients' quality of life, *Community Dental Health*, 6(3), 257-270.
- Reisine, S., Fertig, J., Weber, J., & Leder, S. (1989), Impact of dental conditions on patients' quality of life, *Community Dent Oral Epidemiol*, 17, 7-10.
- Richman, L. C. (1983), Self-reported social, speech, and facial concerns and personality adjustment of adolescents with cleft lip and palate, *Cleft Palate J*, 20(2), 108-112.
- Richman, L. C. & Eliason, M. (1982), Psychological characteristics of children with cleft lip and palate: intellectual, achievement, behavioral and personality variables, *Cleft Palate J*, 19(5), 249-257.
- Richman, L. C., Eliason, M. J., & Lindren, S. D. (1988), Reading disability in children with clefts, *Cleft Palate J*, 25(1), 21-25.
- Robinson, P., Gibson, B., Khan, F., & Birnbaum, W. (2003), Validity of two oral health-related quality of life measures, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31, 90-99.
- Rosenoer, L. M. & Sheiham, A. (1995), Dental impacts on daily life and satisfaction with teeth in relation to dental status in adults, *J Oral Rehabil*, 22 469-480.
- Sadowsky, S. J. (2001), Mandibular implant-retained overdentures: A literature review, *J Prosthet Dent*, 86, 468-473.
- Saub, R., Locker, D., & Allison, P. (2005), Derivation and validation of the short version of the Malaysian oral health impact profile, *Community Dent Oral Epidemiol*, 33, 378-383.
- Schneiderman, C. R. & Harding, J. B. (1984), Social ratings of children with cleft lip by school peers, *Cleft Palate J*, 21(3), 219-223.
- Schropp, L. & Isidor, F. (2008), Clinical outcome and patient satisfaction following full-flap elevation for early and delayed placement of single-tooth implants: A 5-year randomized study, *The International Journal of Oral and Maxillofacial Impants*, 23(4), 733-743.
- Sheiham, A. (2005), Oral health, general health and quality of life, *Bull World Health Organ*, 83, 644.

- Sheiham, A. & Croog, H. (1981), The psychosocial impact of dental diseases on individuals and communities, *J Behav Med*, 4, 257-272.
- Sheiham, A., Steele, J., Marcenes, W., Tsakos G., Finch, S., & Walls, A. (2001), Prevalence of impacts of dental disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain, *Community Dent Oral Epidemiol*, 29, 195-203.
- Ship, J. A., Duffy, V., Jones, J. A., & Langmore, S. (1996), Geriatric oral health and its impact on eating, *J Am Geriatr Soc*, 44(4), 456-464.
- Slade, G. D. (1997a), The Oral Health Impact Profile, in: G. D. Slade (ed.) *Measuring Oral Health and Quality of Life*, University of North Carolina, Dental Ecology, Chapel Hill.
- (1997b), Derivation and validation of a short form oral health impact profile, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25, 284-290.
- (1997c), *Measuring Oral Health and Quality of Life*.
- Slade, G. D. & Locker, D. (1993), Patterns of change in impact of oral disorders among seniors, *J Dent Res*, 72(4), 265, Abstract 1294.
- Slade, G. D. & Spencer, A. J. (1994a), Development and evaluation of Oral Health Impact Profile, *Community Dental Health*, 11, 3-11.
- (1994b), Social impact of oral disease among older adults, *Aust Dent J*, 39, 358-364.
- (1995), Tooth-loss incidence and its social impact among older South Australians, *J Dent Res*, 74 (IADR Abstracts), 520, Abstract 956.
- (1996), Dentures and oral health impact among elderly edentulous South Australians, *J Dent Res*, 75 (IADR Abstracts), 240, Abstract 1780.
- Slade, G. D., Spencer, A. J., Locker, D., Hunt, R. J., Strauss, R. P., & Beck, J. D. (1996a), Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina, *J Dent Res*, 75, 1439-1450.
- Slade, G. D., Hoskin, G. W., & Spencer, A. J. (1996b), Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24, 317-321.
- Slade, G. D et. al. (1998), Conference: assessing oral health outcomes: measuring health status and quality of life: final report, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Center for Research Dissemination and Liaison, Rockville (MD).

- Slade, G., Nuttall, N., Sanders, A., Steele, J., Allen, P., Lahti, S. (2005), Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia, *Br Dent J*, 198, 489-493.
- Smith, J.M. & Sheiham, A. (1979), How dental conditions handicap the elderly, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 7(6), 305-310.
- Srisilapanan, P. & Sheiham, A. (2001), The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand, *Gerodontology*, 18, 102-108.
- 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.
- Stober, T., Danner, D., Lehmann, F., Seche, A. C., Rammelsberg, P., & Hassel, A. J. (2010), Association between patient satisfaction with complete dentures and oral health-related quality of life: two-year longitudinal assessment, *Clinical Oral Investigations*, 1-6.
- 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.
- Tache, R., Lamarche, C., Brien, N., Boudrias, P., de Grandmont, P., Feine, J. S., et. al. (1991), The assessment of treatment success by prosthodontists and their patients, *J Dent Res*, 70, 559.
- Tang, L., Lund, J. P., Tache, R., Clokie, C. M., & Feine, J. S. (1997), A within-subject comparison of mandibular long-bar and hybrid implant-supported prostheses: psychometric evaluation and choice of prosthesis, *J Dent Res*, 76, 1675-1683.
- Thomason, J. M., Lund, J. P., Chehade, A., & Feine, J. S. (2003), Patient satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures 6 months after delivery, *International Journal of Prosthodontics*, 16, 467-473.
- Thomason, J. M., Heydecke, G., Feine, J. S., & Ellis, J. S. (2007), How do patients perceive the benefit of reconstructive dentistry with regard to oral health-related quality of life and patient satisfaction? A systematic review, *Clinical Oral Implants Research*, 18(Suppl. 3), 168-188.
- Thomason, J. M., Kelly, S. A., Bendkowski, A, Ellis, J. S. (2012), Two implant retained overdentures – A review of the literature supporting the McGill and York consensus statements, *J Dent*. 2012, 40(1), 22-34.
- Tobiasen, J. M. (1987), Social judgments of facial deformity, *Cleft Palate J*, 24(4), 323-327.

- Tobiasen, J. M., Levy, J., Carpenter, M. A., & Hiebert, J. M. (1987), Type of facial cleft, associated congenital malformations, and parents' ratings of school and conduct problems, *Cleft Palate J*, 24(3), 209-215.
- Tsakos, G., Marcenes, W., & Sheiham, A. (2001a), Evaluation of a modified version of the index of oral impacts on daily performances (OIDP) in elderly populations in two European countries, *Gerodontology*, 18(2), 121-130.
- (2001b), Cross-cultural differences in oral impacts on daily performance between Greek and British older adults, *Community Dental Health*, 18, 209-213.
- (2006), Clinical correlates of oral health-related quality of life: Evidence from a national sample of British older people, *Eur J Oral Sci*, 114, 391-395.
- Tugwell, P., Bennett, K. J., Sackett, D., et. al. (1985), Relative risks, benefits and costs of intervention, in: K. S. Warren & A. A. F. Mahmoud (eds.) *Tropical and geographic medicine*, McGraw Hill, New York, 1097-1113.
- United Nations (1948), *Universal Declaration of Human Rights*, General Assembly of the United Nations, Paris.
- U.S. Department of Health and Human Services (2000), *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*, U.S. Department of Health & Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research & National Institutes of Health, Rockville, MD.
- Van Demark, D. R. & Van Demark, A. A. (1970), Speech and sociovocational aspects of individuals with cleft palate, *Cleft Palate*, 7, 284-299.
- Van der Bilt, A., Olthoff, L. W., Bosman, E., & Oosterhaven, S.F. (1994), Chewing performance before and after rehabilitation of post-canine teeth in man, *J Dent Res*, 73(11), 1677-1683.
- Van der Meulen, M. J., John, M. T., Naeije, M., & Lobbezoo, F. (2008), The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): Translation, reliability and construct validity, *BMC Oral Health*, 8, 11.
- Van Kampen, F. M., Van der Bilt, A., Cune, M. S., Fontijn-Tekamp, F. A., & Bosman, F. (2004), Masticatory function with implant-supported overdentures, *J Dent Res*, 83, 708-711.
- Van Steenberghe, D. (1997), Outcomes and their measurement in clinical trials of endosseous oral implants, *Ann Periodontol*, 2(1), 291-298.
- Van Waas, M. A. (1990), The influence of psychological factors on patient satisfaction with complete dentures, *J Prosthet Dent*, 63, 545-548.

- Van Waas, M. A. & Bosker, H. (1989), Evaluation of satisfaction of denture wearers with transmandibular implants, *Int J Oral Maxillofacial Surgery*, 18, 145.
- Von Korff, M., Dworkin, S. E., Le Resche, L., & Kruger, A. (1988), An epidemiologic comparison of pain complaints, *Pain*, 32(2), 173-83.
- Walton, J., MacEntee, & M., Glick, N. (2002), One-year prosthetic outcomes with implant overdentures: A randomized clinical trial, *Int J Oral Maxillofac Implants*, 17, 391-398.
- Watson, R., Jemt, T., Chai, J., et. al. (1997), Prosthodontic treatment, patient response, and the need for maintenance of complete implant-supported overdentures: An appraisal of 5 years of prospective study, *Int J Prosthodont*, 10, 345-354.
- Weigl, P., Hahn, L., & Lauer, H. C. (2000), Advanced biomaterials used for a new telescopic retainer for removable dentures, *J Biomed Mater Res*, 53(4), 320-336.
- Wen KY., Gustafson DH. (2004), Needs assessment for cancer patients and their families. *Health Qual Life Outcomes*.
- Wilson, I. B. & Cleary, P. D. (1995), Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes, *JAMA*, 273(1), 59-65.
- Wismeijer, D., Van Waas, M., Vermeeren, J., Mulder, J., & Kalk, W. (1997), Patient satisfaction with implant-supported mandibular overdentures. A comparison of three treatment strategies with ITI-dental implants, *Int J Oral Maxillofac Implants*, 26, 263-267.
- Witter, D. J., van Elteren, P., Kayser, A. E., & van Rossum, M. J. (1989), The effect of removable partial dentures on the oral function in shortened dental arches, *J Oral Rehabil*, 16(1), 27-33.
- Wong, M. C. M., Lo, E. C. M., & McMillan, A. (2002), Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP), *Community Dent Oral Epidemiol*, 30, 423-430.
- World Health Organization [(1948) 2006], *Constitution of the World Health Organization*, International Health Conference, New York.
- (1980), *International classification of impairments disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*, World Health Organization, Geneva.
- (2003), *The World Oral Health Report*, WHO Global Oral Health Program, Geneva.

Xin, W. & Ling, J. (2006), Validation of a Chinese version of the oral health impact profile-14, *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*, 41, 242-245.

Zitzmann, N. & Marinello, C. (2000), Treatment outcomes of fixed or removable implant-supported prostheses in the edentulous maxilla. Part I: Patients' assessments, *J Prosthet Dent*, 83, 424-433.

Διαδικτυακές πηγές

- Τούντας, Ι. (2002), Τι Είναι Υγεία. Το Βιοϊατρικό Μοντέλο. Στο:
<http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=724> (προσπελάστηκε στις 19/11/2014).
<http://www.vima-asklipiou.gr/>
- Το Βήμα του Ασκληπιού (2010) Τόμος 9ος , Τεύχος 4ο, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2010
σελίδα 401-402
- Τόμος 9ος , Τεύχος 4ο , Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2010 σελίδα 402).
- Τόμος 9ος , Τεύχος 4ο , Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2010 σελίδα 403). Στο:
<http://www.vima-asklipiou.gr/> (προσπελάστηκε στις 12/5/2015)
- American Academy of Cosmetic Dentistry (2014), Dental Implants vs Fixed Dental
Bridges. Στο: <http://www.aacd.com/index.php?module=cms&page=570>
(προσπελάστηκε στις 4/11/2014).
- Ayson, M. (2009), Dental Implants: Patient Selection Factors. Evidence-Based Review,
Dental Implants, ACC - Evidence Based Healthcare Advisory Group. Στο:
http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_providers/documents/reports_results/wpc090453.pdf (προσπελάστηκε στις 10/11/2014).
- Larking, P. (2004), Dental Implants: Patient Selection, Patient Satisfaction and Cost
Factors. Evidence Based Review, Dental Implants, ACC - Evidence Based
Healthcare Advisory Group. Στο:
http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_providers/documents/reports_results/wpc090453.pdf (προσπελάστηκε στις 10/11/2014).
- Levi, A. (2001), Patient Self-Reported Satisfaction with Maxillary Anterior Dental
Implant Treatment, SoDM Masters Theses, Paper 78, School of Dental Medicine,
University of Connecticut. Στο: http://digitalcommons.uconn.edu/sodm_masters/78
(προσπελάστηκε στις 20/11/2014).
- Richards Derek (2014), Dental implants: survey found that patients had high levels of
satisfaction with implant-supported restorative treatment-
<http://www.thedentalelf.net/2014/12/08/dental-implants-survey-found-that-patients-had-high-levels-of-satisfaction-with-implant-supported-restorative-treatment/>
(προσπελάστηκε στις 15/5/2015).

Yoon-Young Heo (2008), THE PATIENTS'SATISFACTION FOLLOWING
IMPLANT TREATMENT Department of Prosthodontics, School of Dentistry, Seoul
National University, J Korean Academy Prosthodontotics vol 40(6) Στο:
<http://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/0084JKAP/jkap-46-569.pdf>
(προσπελάστηκε στις 15/5/2015).