



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΣΧΟΛΗ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η σχέση της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής με τη
στοματική υγεία των ηλικιωμένων**

Χρήστος Β. Τσιρώνης
Οδοντίατρος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαίρη Γκούβα, Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, ΤΕΙ Ηπείρου,
Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Ψυχικής Υγείας και Φροντίδας, ΤΕΙ
Λάρισας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Χρυσή Χατζόγλου, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2017



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΣΧΟΛΗ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

Relationships between oral health and shame in elderly

Copyright © Χρήστος Β. Τσιρώνης, 2017

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Αυτή η εργασία αφιερώνεται...

Στο γιό μου Βασίλη

Στους γονείς μου, χωρίς τους οποίους τίποτε δεν θα ήταν δυνατό.....

Στους ασθενείς μου

Πίνακας Περιεχομένων

Πρόλογος.....	7
Περίληψη.....	9
Abstract in English.....	10
Εισαγωγή.....	11
Γενικό Μέρος.....	12
Κεφάλαιο 1 ^ο	13
Γενικά Στοιχεία για την Οδοντιατρική Φροντίδα στους Ηλικιωμένους.....	13
Κεφάλαιο 2 ^ο	16
Παράγοντες Επίδρασης της Στοματικής Υγείας των Ηλικιωμένων Ατόμων.....	16
Κεφάλαιο 3 ^ο	18
Ποιότητα Ζωής και Στοματική Υγεία.....	18
Κεφάλαιο 4 ^ο	22
Σχέσεις της Ντροπής με την Ποιότητα της Στοματικής Υγείας στους Ηλικιωμένους.....	22
Ειδικό Μέρος.....	27
1. Κίνητρα, σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης.....	28
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις.....	28
2. Υλικό και Μέθοδος.....	29
2.1 Δείγμα.....	30
2.2 Διαδικασία.....	30
2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία.....	30
2.3.4 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.....	33
2.4 Στατιστική επεξεργασία.....	33
2.5 Προσδοκώμενα Αποτελέσματα.....	34
3. Αποτελέσματα της μελέτης.....	35
3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος.....	35

4. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας της Ποιότητας Στοματικής Υγείας των ηλικιωμένων	38
4.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν	38
4.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ποιότητας της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και των κοινωνικο-δημογραφικών τους στοιχείων	39
4.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ποιότητας της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και της ύπαρξης χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων	42
4.3 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ GOHAI SCOR και στάσεων υγείας	44
4.4 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής και των κατηγοριών του GOHAI-GR	45
4.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του GOHAI-GR και των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων	49
4.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του GOHAI-GR και της οικογενειακής κατάστασης των ηλικιωμένων.....	50
5. Διμεταβλητές Συσχετίσεις	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης. 52
6. Συζήτηση	52
6.1 Οριοθετήσεις.....	52
6.2 Σχέση της ποιότητας της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και των κοινωνικο-δημογραφικών τους στοιχείων.....	52
6.3 Σχέση της ποιότητας της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και των χρόνιων προβλημάτων και στάσεων υγείας.....	54
6.4 Σχέση της ποιότητας της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής.....	54
7. Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	55
Βιβλιογραφία	57

Πρόλογος

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία και αρθρογραφία πολλές μελέτες προσπαθούν να καθορίσουν τα χαρακτηριστικά ενεργούς γήρανσης τονίζοντας τόσο τα αντικειμενικά όσο και τα υποκειμενικά κριτήρια. Έρευνες επικεντρώνονται στα θέματα της υγιούς γήρανσης με τα αναμενόμενα αποτελέσματα ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την υγιή γήρανση είναι η καλή σωματική και νοητική κατάσταση, η αποφυγή ασθενειών και η διατήρηση των κοινωνικών επαφών. Μία τέτοια αλλαγή είναι κρίσιμη και στη γηριατρική οδοντιατρική όπου είναι εμφανής ο αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων που έχουν διατηρήσει τη φυσική τους οδοντοφυΐα¹.

Σύμφωνα με τον Bulgarelli και τους συνεργάτες του (2008)², η γήρανση είναι διαφορετική από κοινωνία σε μία άλλη κοινωνία, από γενιά σε γενιά και από άτομο σε άτομο. Λόγω της δημογραφικής μετάβασης στην οποία ο αριθμός των ηλικιωμένων και το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται, υπάρχει μία γενική ανησυχία για τη φροντίδα της στοματικής υγιεινής.

Οι ανάγκες για υγειονομική στοματική περίθαλψη των ηλικιωμένων ατόμων διαπιστώθηκαν εκτεταμένες και μεγαλύτερες από αυτές του γενικού πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο, αν και τα επίπεδα της νόσου ήταν παρόμοια. Ενώ οι άστεγοι παρουσίασαν πολύ περισσότερες επιπτώσεις από το στόμα (όπως μετρήθηκαν με το OHIP-14) σε σύγκριση με τους ενήλικες της ίδιας ηλικίας στο γενικό πληθυσμό στο Ηνωμένο Βασίλειο, διαπιστώθηκε μόνο μια ασθενής σχέση μεταξύ της κλινικής κατάστασης και της ποιότητας στοματικής υγείας³.

Τα ηλικιωμένα άτομα στην Ελλάδα απέχουν συχνά από την καθημερινή φροντίδα τόσο των δοντιών τους όσο και της στοματικής τους κοιλότητας και αυτό οφείλεται σε διάφορους κοινωνικοοικονομικούς λόγους, αλλά και στον υποβαθμισμένο ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στην αδυναμία του εντοπισμού - από τους επαγγελματίες υγείας - των στοματικών προβλημάτων ηλικιωμένων, που χρειάζονται οδοντιατρική παραπομπή. Επομένως, η ανάδειξη αυτών των οδοντιατρικών προβλημάτων των ηλικιωμένων αλλά και των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων εξαιτίας τους είναι ιδιαίτερης σημασίας.

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη είναι η ανάδειξη αυτών των οδοντιατρικών προβλημάτων και των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων που μπορεί να έχουν. Ακόμη, θεωρείται ενδιαφέρον μέσα από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης η ανάδειξη της διασύνδεσης των οδοντιατρικών προβλημάτων με τα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής των ηλικιωμένων.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα αναδείξουν ζητήματα που θα απασχολήσουν τους οδοντιάτρους αλλά και άλλους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έτσι ώστε να προβούν στη λήψη μέτρων που θα προάγουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού των ηλικιωμένων και θα προλαμβάνουν την εμφάνιση των αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχοκοινωνική ζωή των ηλικιωμένων.

Ευχαριστώ θερμά, την Καθηγήτριά μου, κ. Μαίρη Γκούβα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, που δέχθηκε να εποπτεύσει και να περιβάλλει με ιδιαίτερη φροντίδα κάθε κομμάτι της παρούσας εργασίας, καθώς και τις συνεπιβλέπουσες καθηγήτριες κ. Χρυσή Χατζόγλου και κ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου για όλη την καθοδήγηση και στήριξη.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ποιότητα στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων έχει συνδεθεί με συνθήκες που οδηγούν στην αύξηση ψυχολογικών και κοινωνικών συμπτωμάτων.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης της στοματικής υγείας με την εξωτερική και εσωτερική ντροπή των ηλικιωμένων ατόμων.

Μέθοδος: Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Ιανουάριο του 2017 έως τον Αύγουστο του 2017. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η κλίμακα Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), β) η κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS), γ) η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.

Αποτελέσματα: Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση πραγματοποιήθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι η ποιότητα στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων σχετίζεται θετικά με όλες τις υποκλίμακες της εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη αναδεικνύουν την αξία της στοματικής υγείας στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και τη σύνδεσή της με την εξωτερική και εσωτερική ντροπή.

Λέξεις Ευρετηριασμού: Ηλικιωμένοι, Στοματική Υγεία, Ποιότητα Στοματικής Υγείας, Ντροπή, Εσωτερική Ντροπή, Εξωτερική ντροπή, Ψυχολογία.

Abstract in English

Introduction: The quality of oral health in older people has been linked to conditions that increased psychological and social symptoms.

Aim: The relation of the quality of oral health in older people with their internal and external shame.

Method: This research was conducted as part of the postgraduate Program "Primary Health Care" Medical School, University of Thessaly from January 2017 to August 2017. The research tools which was used were: a) The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), b) The Other As Shamer Scale- OAS, c) Experience of Shame Scale- ESS and a questionnaire socio - demographic information.

Results: Univariate and multivariate analysis was implemented for the statistical analysis of the data, which emerged that the quality of oral health in elderly is positively related to all subscales of internal and external shame.

Conclusions: The results from this study highlight the value of oral health in older people and its connection with external and internal shame.

Key Words: Older People, Oral Health, Quality of Oral Health, Shame, Internal Shame, External Shame, Psychology.

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ «η ενεργός γήρανση είναι η διαδικασία βελτιστοποίησης ευκαιριών για την υγεία και την ασφάλεια προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής καθώς οι άνθρωποι γερνούν». Ενώ, η αλληλεξάρτηση και η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών αποτελούν σημαντικά δόγματα της ενεργού γήρανσης⁴.

Η ενεργός γήρανση είναι μία διαδικασία η οποία στοχεύει στην ποιότητα της ζωής καθώς μεγαλώνει η ηλικία των ανθρώπων που δεν επικεντρώνεται μόνο σε άτομα αλλά αφορά ομάδες και πληθυσμούς. Είναι μία συνεχόμενη εξέλιξη για να βελτιωθεί η γήρανση. Βασικοί παράγοντες οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε αυτή τη διαδικασία είναι οι προσωπικοί παράγοντες (π.χ. προσωπικότητα, γενετικές καταβολές), παράγοντες συμπεριφοράς (π.χ. τρόπος ζωής), οι κοινωνικοί παράγοντες (π.χ. των αγαθών, των υπηρεσιών, άνιση κατανομή του εισοδήματος), θεσμικοί παράγοντες (π.χ. κοινωνική ασφάλιση, υγειονομική περίθαλψη, εργασία) και περιβαλλοντικοί παράγοντες⁵.

Για να αποκτηθεί η υγιής και ενεργός γήρανση θα πρέπει να παρέχεται στήριξη στους ηλικιωμένους ανθρώπους σε όλα τα στάδια της ηλικιωμένης ζωής τους προκειμένου τα προβλήματα υγείας να μην οδηγούν σε υπερβολική εξάρτηση από τη βοήθεια τρίτων, ούτε σε αποκλεισμό, αλλά να επιτυγχάνουμε ανεξάρτητη διαβίωση, διατήρηση του ελέγχου της ζωής και τη συμμετοχή σε οικογενειακές, κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες⁶.

Τα γηρατειά είναι ένα στάδιο της φυσιολογικής πορείας του ατόμου και έχει υποστηριχθεί ότι η ύπαρξη λειτουργικής ικανότητας και η γενικότερη σωματική υγεία του ηλικιωμένου ατόμου δεν είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ύπαρξη καλής ποιότητας ζωής, διότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με τις ατομικές προσδοκίες και την ικανότητα προσαρμογής. Οι αντιλήψεις, δε, των ηλικιωμένων ατόμων σχετικά με την ποιότητα ζωής τους επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από τον τόπο διαμονής τους⁷.

Γενικό Μέρος

Γενικά Στοιχεία για την Οδοντιατρική Φροντίδα στους Ηλικιωμένους

Καθώς το γήρας αυξάνεται, τίθεται το ερώτημα, τί μπορούμε να θεωρήσουμε επιτυχημένη γήρανση σε συσχετισμό με τη στοματική υγεία; Προτείνεται ένας πλήρης συνδυασμός των μεταβλητών των αποτελεσμάτων της διατήρησης των δοντιών, τη θετική αντιληπτή στοματική υγεία, τη διαχειρίσιμη περιοδοντική κατάσταση και την ικανοποίηση από την πρόσβαση και την αποδοχή των οδοντιατρικών υπηρεσιών. Σε μία Διεθνή Συνεργατική Μελέτη για τη διερεύνηση της στοματικής υγείας ενός ποικίλου δείγματος ηλικιωμένων σε αμερικανικές και διεθνείς τοποθεσίες έδειξε ότι οι διαφορές που προέκυψαν μεταξύ των ομάδων της τρίτης ηλικίας ποικίλει σε επιδόσεις σε ορισμένους δείκτες από άλλες ομάδες. Η αξιολόγηση της στοματικής τους υγείας ως καλή, αρκετά καλή, ή καλύτερη, αποτελεί το ποσοστό των φυσικών δοντιών. Οι φτωχότερες χώρες και οι εθνικές μειονότητες εξακολουθούν να επιδεικνύουν ανισότητες. Η οδοντιατρική πρέπει να προσπαθήσει να ενημερώσει αλλά και να εκπαιδεύσει τον πληθυσμό με προληπτικά προγράμματα για να προσφέρει από μικρή ηλικία μία επιτυχημένη στοματική υγεία καθ όλη τη διάρκεια της ζωής⁸.

Τα ευρήματα των Friedman *et al.*, (2014)⁹ κατέδειξαν πως υπάρχουν αρκετές ανισότητες στη στοματική υγιεινή ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμών κατά τη γήρανση οι οποίες αφορούν την έλλειψη δοντιών, τη χρήση προσθετικών εργασιών και της θεραπείας τερηδονισμένων δοντιών. Αυτές σχετίζονται με το φύλο, τη φυλή, την εθνικότητα, το εισόδημα, καθώς και τα επίπεδα εκπαίδευσης. Η πρόσβαση των ατόμων της τρίτης ηλικίας στην οδοντιατρική περίθαλψη εξαρτάται από παράγοντες όπως ο τρόπος μεταφοράς, το δημόσιο σύστημα υγείας, τα οικονομικά, ιατρικές και ψυχολογικές επιπλοκές, αλλά και η στάση του ίδιου του ηλικιωμένου. Κοινωνικές ανισότητες μπορεί να προκαλέσει από μόνο του σε εθνικό επίπεδο το εφαρμοζόμενο δημόσιο σύστημα υγείας για τη στοματική υγεία.

Συνεπώς πρέπει να αναπτυχθεί μία στρατηγική για τη στοματική υγιεινή η οποία θα πρέπει να περιορίσει τη νοσηρότητα στη μακροχρόνια περίθαλψη και να βοηθήσει με επιτυχία τον αδύναμο ηλικιωμένο και εξαρτώμενο πληθυσμό. Τα στοιχεία της έρευνας του MacEntee, (2000)¹⁰ δείχνουν ότι η τερηδόνα και οι περιοδοντικές διαταραχές μπορούν να

αντιμετωπιστούν σε γηριατρικούς πληθυσμούς με επιτυχία. Στα κέντρα μακροχρόνιας περίθαλψης η στοματική υγιεινή είναι πολύ φτωχή πιθανώς επειδή η καθημερινή φροντίδα των γηριατρικών ασθενών όσον αφορά το στόμα είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Ένας ακόμη λόγος είναι ότι η πρόσβαση σε οδοντιατρική περίθαλψη είναι περιορισμένη. Σύμφωνα με τους Monaghan *et al.*, (2015)¹¹, η φροντίδα των κατοίκων των οίκων φροντίδας θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί εξ ολοκλήρου από έναν γενικό οδοντίατρο.

Η φυσική και νοητική ικανότητα καθορίζει τη στοματική υγιεινή. Η κακή στοματική υγιεινή σχετίζεται με την αποκατάσταση των ηλικιωμένων. Ωστόσο στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην έκβαση της αποκατάστασης και της στοματικής υγιεινής δεν είναι πλήρως κατανοητή. Ένα στοιχείο που θα μπορούσαμε να συνδέσουμε σε σχέση με το αποτέλεσμα είναι ο υποσιτισμός¹².

Με τη γήρανση, οι κίνδυνοι των διαφόρων νόσων του στόματος αυξάνεται. Οι Petelin *et al.* (2012)¹³ ανέδειξαν την κακή στοματική υγεία των ηλικιωμένων που ζουν σε οίκους φροντίδας. Στα κέντρα περίθαλψης, στους οίκους ευγηρίας, στα γηροκομεία και γενικά σε όλες τις δομές φιλοξενίας των ηλικιωμένων βασική μέριμνα είναι η σίτιση. Η διατροφική κατάσταση μπορεί να τροποποιηθεί από διάφορους παράγοντες. Κυριότεροι είναι η δυσφαγία και η κακή στοματική υγιεινή και μπορεί να μας οδηγήσει στον υποσιτισμό. Σύμφωνα με τους Poisson *et al.*, (2016)¹⁴ και τους Okabe *et al.*, (2016)¹⁵ ο υποσιτισμός είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας για τους αδύναμους ηλικιωμένους, λόγω κακής στοματικής υγείας.

Σε μία έρευνα που έγινε στη Μινεσότα των ΗΠΑ εξετάστηκαν 902 ηλικιωμένοι που ζούσαν σε οίκους ευγηρίας. Στο δείγμα έγιναν ολοκληρωμένες ιατρικές οδοντιατρικές γνωστικές και λειτουργικές αξιολογήσεις. Οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες: Πρώτη ομάδα ήταν η ομάδα χωρίς διαταραχές, δεύτερη ομάδα η ομάδα με εξασθένηση (αλλά χωρίς άνοια) και τρίτη ομάδα με άνοια. Η κατηγοριοποίηση αυτή έγινε βάσει του ιατρικού ιστορικού και της γνωστικής κατάστασης των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ότι γενικά η στοματική υγιεινή των ηλικιωμένων που εξετάστηκαν ήταν κακή αλλά ελαφρώς διαφορετική στα διαφορετικά γνωστικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το (40%) των συμμετεχόντων της ομάδας με εξασθένηση είχαν έλλειψη δοντιών το οποίο ήταν πολύ μεγαλύτερο από εκείνο της ομάδας με άνοια (29%)¹⁶.

Σε μία συστηματική ανασκόπηση που συμπεριλήφθησαν 20 μελέτες περιγράφονται οι στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοστούν σε ηλικιωμένους που ζουν σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης. Η ομάδα εργασίας των μελετών αυτών αποτελούνται από οδοντίατρους, νοσηλευτές και βοηθούς νοσοκόμων. Η ομάδα εκτελούσε εκπαιδευτικές

συνεδρίες για τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων που αποσκοπούσαν στην απόκτηση γνώσης (παροχή γενικών πληροφοριών, στοματική φροντίδα), αλλαγή συμπεριφοράς στην στοματική υγιεινή και αυτο-αποτελεσματικότητα. Τα αποτελέσματα των ερευνών αναγνώρισαν επιτυχία στη βελτίωση της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι η κάθε ομάδα στόχος δεν χρειάζεται την δικιά της εξατομικευμένη στρατηγική για τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα¹⁷.

Οι Pihlajamäki *et al.* (2016)¹⁸, διερεύνησαν τις σχετικές με τη στοματική περίθαλψη πεποιθήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα σπίτια που ζουν ηλικιωμένοι. Το νοσηλευτικό προσωπικό πίστευε ως επί το πλείστον ότι οι ασθένειες του στόματος μπορούν να προληφθούν και τα δόντια μπορούν να διατηρηθούν και σε προχωρημένη ηλικία. Οι δε, Delgado *et al.*, (2016)¹⁹, αντιμετώπισαν το κενό στη γνώση σχετικά με τις πεποιθήσεις των φροντιστών της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων που ζουν στα σπίτια τους με την Κλίμακα Νοσηλευτικής Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης. Μια άλλη μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 655 κατοίκους σε σπίτια φροντίδας στην Ουαλία (Johnson *et al.*, 2014)²⁰ και διαπιστώθηκε ότι το 73% των κατοίκων είχαν ενεργό τερηδόνα.

Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να προωθήσουν την καλή στοματική φροντίδα των ασθενών που φροντίζουν και να υποστηρίξουν την οικογένεια στην πρόληψη της στοματικής νόσου²¹. Εξάλλου, τα πρότυπα φροντίδας θα πρέπει να ορίζουν τα σχετικά με την παροχή οδοντιατρικής στοματικής υγείας στον ευάλωτο πληθυσμό των ηλικιωμένων που εξαρτώνται από τη φροντίδα²².

Μία άλλη αντίληψη των ηλικιωμένων, σύμφωνα με τους McKenzie-Green και τους συνεργάτες του (2009)²³, σχετικά με τη στοματική υγεία και τη στοματική περίθαλψη είναι ότι μία οδοντιατρική επίσκεψη δεν αφορά μόνο το στόμα και τα δόντια αλλά περιέχει αισθήματα όπως ελπίδα και φόβο από τις εμπειρίες του παρελθόντος. Η στοματική κοιλότητα αντιπροσωπεύει τον κοινωνικό χαρακτήρα ενός ατόμου. Οι αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία προκαλούν τα άτομα να αντιπροσωπεύονται από τις κοινωνικές ιδεατές εικόνες της νεολαίας και της τελειότητας (το τέλειο χαμόγελο). Το δίλημμα στοματική περίθαλψη με προσωπικό και οικονομικό κόστος λύνεται με την ιδιαιτερότητα αλλά και την αποφασιστικότητα του κάθε ηλικιωμένου ανθρώπου. Σημασία έχει ακόμα ο τρόπος που θα αντιμετωπιστεί ο ηλικιωμένος από τον επαγγελματία υγείας σε αυτήν την ευάλωτη στιγμή.

Παράγοντες Επίδρασης της Στοματικής Υγείας των Ηλικιωμένων Ατόμων

Υπάρχουν πολλοί συγγραφείς που υποστηρίζουν ότι οι υπερήλικες μοιράζονται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως χαμηλά ποσοστά νευρωτισμού και υψηλά ποσοστά εξωστρέφειας, ικανότητας και εμπιστοσύνης²⁴. Σε μια έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι υπερήλικες που αισθάνονταν υγιείς και αυτόρκειες, είχαν λιγότερα προβλήματα υγείας και καλύτερες πρακτικές. Το προφίλ υγείας των ατόμων άνω των 85 ετών διαπιστώθηκε ότι ήταν σε καλύτερη κατάσταση από τους νεότερους ηλικιωμένους αφού το 79% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι η υγεία τους είτε είχε μείνει η ίδια σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, είτε είχε βελτιωθεί²⁵.

Στα γηρατεία ένας υγιεινός τρόπος ζωής σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου καθώς έτσι προάγεται η υψηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα αυξημένου ελέγχου και αυτό-αποτελεσματικότητας, και κατ' επέκταση αυξάνεται η ποιότητα ζωής^{26, 27}.

Σε μία μεγάλη έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 4.010 ενήλικες με ηλικία άνω των 60 ετών αξιολογήθηκε η σχέση μεταξύ των κοινωνικών σχέσεων των ενηλίκων και της στοματικής υγείας και κατά πόσο επηρεάζονται από παράγοντες όπως συμπεριφοράς, κοινωνικούς, οικονομικούς αλλά και σωματικούς. Όσον αφορά τη στοματική υγεία εξετάστηκαν η έλλειψη δοντιών, ο αριθμός των χαλασμένων δοντιών, τα δόντια προς εξαγωγή, ο αριθμός των υγιών δοντιών και τέλος η αυτοαξιολόγηση της στοματικής υγείας. Ενώ στις κοινωνικές σχέσεις εξετάστηκαν οι κοινωνικές δομές όπως οικογενειακή κατάσταση, αριθμός στενών φίλων και στην κοινωνική υποστήριξη (οικονομική, συναισθηματική). Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι τα χήρα ή τα διαζευγμένα/εν διαστάσει άτομα είχαν λιγότερο υγιή και μεγαλύτερο αριθμό δοντιών από εκείνα που ζούσαν με έναν σύντροφο ή που ήταν παντρεμένα. Οι άνθρωποι με τέσσερις έως έξι στενούς φίλους είχαν λιγότερα χαλασμένα δόντια και λιγότερες πιθανότητες χαλασμένων δοντιών από εκείνους που είχαν λιγότερους φίλους. Η έλλειψη οικονομικής στήριξης ήταν αλληλένδετη με τις περισσότερες περιπτώσεις χαλασμένων δοντιών ενώ η έλλειψη δοντιών δεν συνδέθηκε με κανένα κοινωνικό δίκτυο ή με κάποιον δείκτη κοινωνικής

υποστήριξης. Συμπερασματικά αποδεικνύεται ότι οι κοινωνικές σχέσεις συνδέονται με τους δείκτες της καλής στοματικής υγιεινής και την υποκειμενική στοματική υγεία²⁸.

Σε μία άλλη έρευνα με στόχο να εξεταστεί και εδώ η στοματική υγιεινή σε σχέση με τους γενικούς παράγοντες της υγείας (φυσικοί, ψυχικοί, κοινωνικοί) και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ανθρώπων. Ένα από τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα αυτή ήταν και η κλίμακα Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Η κλίμακα GOHAI αναπτύχθηκε ειδικά για την αυτο-αξιολόγηση της κατάστασης του στόματος των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα σχετίζονται περισσότερο με την κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων παρά με τους παράγοντες της στοματικής υγείας και της γενικής υγείας²⁹.

Ένας ακόμη παράγοντας που έχει σχέση με τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων είναι και η δυσαρέσκεια. Έρευνα σε 907 ηλικιωμένους έδειξε ότι οι μεταβλητές των κλινικών, δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων συνδέουν τη δυσαρέσκεια με τη στοματική υγεία. Ωστόσο, οι μεταβλητές ψυχοκοινωνικής επίπτωσης είχαν μακράν το ισχυρότερο ανεξάρτητο αποτέλεσμα³⁰.

Η δυσαρέσκεια που αφορά τη στοματική υγεία μετρήθηκε και σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία σε 261 ηλικιωμένους με εξαίρεση όσων εμφάνιζαν νοητική υστέρηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξε μία σημαντική συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης από την ποιότητα της ζωής και του μορφωτικού επιπέδου σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους που ήταν δυσαρεστημένοι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ήταν ικανοποιημένοι με τη στοματική τους υγιεινή ωστόσο όσο μικρότερη ήταν η ηλικία και όσο μεγαλύτερο ήταν το μορφωτικό επίπεδο τόσο μικρότερος ήταν ο αριθμός των δυσαρεστημένων. Στο σύνολο των ηλικιωμένων το 6,1% δήλωσαν ότι είχαν όλα τους τα δόντια ενώ το 47,8% ήταν χρήστες οδοντοστοιχιών².

Ποιότητα Ζωής και Στοματική Υγεία

Ο κύριος όγκος των οδοντιατρικών ερευνών και μελετών αφορούν την καταγραφή των κλινικών δεικτών όπως της τερηδόνας (DMFT, DMFS), ουλίτιδας, περιοδοντίτιδας, τα τερηδονισμένα, απολεσθέντα, εμφραχθέντα, εξαχθέντα δόντια και αξιολογήσεις εγκυρότητας ευαισθησίας και ειδικότητας των ειδικών αυτών δεικτών^{31,32}. Μελέτες όμως για τις επιδράσεις των νόσων του στόματος στην καθημερινή ζωή των ατόμων, στην εργασία, στον ψυχισμό και στον περιορισμό της κοινωνικότητάς τους μέχρι το 1987 ήταν σχεδόν ανύπαρκτες³³. Στη δεκαετία του 80, ορισμένοι ερευνητές άρχισαν να λαμβάνουν υπόψη την αλλαγή θεώρησης της γενικής υγείας και υποστηριζόμενοι από τη ψυχολογία, την κοινωνιολογία και την οικονομική επιστήμη μελέτησαν τις αρνητικές επιδράσεις των νόσων του στόματος στην κοινωνική και προσωπική ζωή των ασθενών^{34,35}, και τις οικονομικές επιπτώσεις στην κοινότητα^{36,37}.

Στη συνέχεια, υιοθετήθηκε το μοντέλο του Π.Ο.Υ. για την εξέλιξη μιας νόσου, προσαρμοζόμενο στις νόσους του στόματος. Αναγνωριστικά οι διαστάσεις της στοματικής υγείας αντίστοιχες προς αυτές της γενικής υγείας. Η βιολογική, ή σωματική που αφορά κυρίως τη λειτουργικότητα της στοματικής κοιλότητας, η ψυχική που αφορά την αυτοεκτίμηση, την αυτοπεποίθηση και την ψυχική ευεξία που επηρεάζεται από το στοματικό πόνο και την κακουχία των νόσων του στόματος, η κοινωνική που αφορά την οικονομική επιβάρυνση του ατόμου αλλά και το κόστος των πολιτικών υγείας για προγράμματα πρόληψης^{38,39}.

Σε μια έρευνα, που διεξήχθη στο Ιράν, μεταξύ 220 ηλικιωμένων ατόμων που διέμεναν με την οικογένειά τους και με αυτούς που διέμεναν σε γηροκομείο φάνηκε ότι τα άτομα που διέμεναν σε γηροκομείο παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής σε σχέση με την πνευματική και σωματική τους υγεία, από εκείνους που διέμεναν με την οικογένειά τους. Σ' αυτή την έρευνα φάνηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ήταν ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση του ατόμου⁴⁰.

Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η αποτελεσματική διαχείριση θεμάτων που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλει στη διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας και στη γενικότερη ευημερία αυτών των ατόμων^{41,42}.

Υπάρχει πολύ μεγάλο ενδιαφέρον για θέματα υγείας που συνδέονται με το φύλο. Συγκεκριμένα ποια είναι η εκτίμηση της ανάγκης για τη στοματική υγιεινή μεταξύ ανδρών και γυναικών. Έρευνα με δείγμα 1865 ενήλικες από τους οποίους (1049 γυναίκες και 816 άντρες) είχε σαν σκοπό να καθορίσει τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στη στοματική υγεία σχετίζονται με το φύλο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν ότι η στοματική υγεία είχε μεγαλύτερο αντίκτυπο σε σχέση με τους άντρες στην ποιότητα ζωής τους γενικά έχοντας μεγαλύτερο αρνητικό αντίκτυπο ($p < 0,01$), και μεγαλύτερο θετικό αντίκτυπο ($p < 0,05$). Οι γυναίκες αντιλαμβανόταν ότι η στοματική υγιεινή ήταν επιβλαβής για τα οικονομικά τους ($p < 0,05$), προκαλούσε περισσότερο πόνο ($p < 0,05$), αμηχανία ($p < 0,05$), σε σχέση με τους άντρες. Οι γυναίκες συνειδητοποίησαν ότι η στοματική υγεία βελτιώνει τη γενική ευημερία τους ($p < 0,01$), την εμφάνισή τους ($p < 0,01$), τις διαθέσεις τους ($p < 0,05$), και γενικά βελτιώνει την ποιότητα υγείας τους ($p < 0,05$). Σαν συμπέρασμα προκύπτει ότι υπάρχουν διαφορές στις κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της στοματικής υγείας σε σχέση με το φύλο⁴³.

Βέβαια, στοματική υγιεινή δεν εννοούμε μόνο τα υγιή δόντια. Οι νόσοι και οι διαταραχές της στοματικής κοιλότητας μπορούν να επηρεάσουν τη γενική υγεία, την ευημερία και την ποιότητα ζωής. Μελέτη που έγινε στη Σόφια της Βουλγαρίας σε ιδιωτικό οδοντιατρείο, για περίοδο 12 μηνών, περιλάμβανε 53 γηριατρικούς ασθενείς. Σκοπός της έρευνας ήταν η καθιέρωση της στοματικής υγείας που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών. Στο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκαν ειδικά εργαλεία για την εκτίμηση της γηριατρικής στοματικής υγείας και της ποιότητας ζωής όπως δυσκολία δαγκώματος ή μάσησης, άβολη κατανάλωση τροφής μπροστά σε άλλους ανθρώπους, προβλήματα ομιλίας και περιορισμός των κοινωνικών επαφών. Από το δείγμα της μελέτης, το 69,8 % ήταν γυναίκες και μόνο το 30,2 % ήταν άνδρες, γεγονός που σημαίνει ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να επισκέπτονται πιο συχνά τον οδοντίατρο. Το 31,5 % επισκέπτεται τον οδοντίατρο εξαιτίας οξύ πόνου και το 68,4 % εξαιτίας τερηδονισμένων δοντιών. Συμπερασματικά η στοματική υγιεινή μπορεί να αποτελέσει δείκτη της γενικής υγείας και της ποιότητας ζωής στους γηριατρικούς ασθενείς⁴⁴.

Η ατομική αυτοσυνείδηση σχετίζεται με την κοινωνική εμφάνιση ενώ η δημόσια αυτοσυνείδηση συνδέεται τόσο με την κοινωνική εμφάνιση αλλά και με την απόρριψη της εμφάνισής της. Η στοματική αισθητική είναι μέρος της κοινωνικής εμφάνισης του ατόμου. Σε

έρευνα των Klages *et al.*, (2004)⁴⁵ διαπιστώθηκε ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της στοματικής αισθητικής και της κοινωνικής εμφάνισης και μάλιστα περισσότερο στους ερωτηθέντες με υψηλό δημόσιο και ατομικό αυτοσυνείδητο σε σχέση με τα άτομα με χαμηλό αυτοσυνείδητο. Στην έρευνα αυτή, ο δείκτης της ποιότητας ζωής της στοματικής υγείας (OHQoL) εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας μία τροποποίηση της κλίμακας "ανησυχία κοινωνικής ασφάλισης" και "απόρριψη της εμφάνισης" και μία νέα οδοντιατρική κλίμακα αυτοπεποίθησης. Ακόμα χρησιμοποιήθηκαν οι ατομικές και δημόσιες κλίμακες αυτοσυνειδησίας. Τα συμπεράσματα αναδεικνύουν ότι οι μικρές διαφορές στην οδοντιατρική αισθητική μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην αντιλαμβανόμενη επίδραση της ποιότητας στοματικής υγείας (OHQoL), ιδιαίτερα στα άτομα με υψηλή ευσυνειδησία⁴⁵.

Στην πορεία, οι έρευνες άρχισαν να επεξεργάζονται δύο ή και περισσότερα εργαλεία μέτρησης μαζί για να δουν εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ τους. Μία από αυτές, πραγματοποιήθηκε στην Πολωνία, και αφορούσε τη σύγκριση των μέτρων (OHIP14 και GOHAI) σε δείγμα του πολωνικού πληθυσμού, άνω των 55 ετών. Η εσωτερική αξιοπιστία (alpha του Cronbach) έδειξε υψηλή εσωτερική συνοχή και για τις δύο κλίμακες. Η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ήταν 70,8 έτη και οι μεταβλητές περιελάμβαναν την ηλικία, το φύλο, την αυτοαξιολόγηση της στοματικής υγείας, την εκπαίδευση, τον αριθμό των δοντιών που έλειπαν, τα προβλήματα μάσησης και την ξηροστομία. Συμπερασματικά η οδοντιατρική κατάσταση, οι μερικές οδοντοστοιχίες, τα προβλήματα μάσησης, η ξηροστομία και η αυτοαξιολόγηση της στοματικής υγιεινής συσχετίστηκαν σημαντικά με τα αποτελέσματα των δεικτών OHIP14 και GOHAI⁴⁶.

Σε άλλη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε για τον ίδιο σκοπό (δηλαδή σχέση ποιότητα ζωής και οδοντιατρικών μέτρων), διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των κλινικών οδοντιατρικών μέτρων μεταξύ της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγιεινή στον ηλικιωμένο ελληνικό πληθυσμό. Το δείγμα αποτελούσαν 681 ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω που ζούσαν μόνοι τους στην Αθήνα. Η έρευνα περιείχε κλινική εξέταση και συνεντεύξεις. Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι οι κλινικοί δείκτες της κατάστασης της στοματικής υγιεινής σχετίζονταν σημαντικά με τα μέτρα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής που αφορούν τη στοματική υγιεινή⁴⁷.

Προσθετική φροντίδα σημαίνει η αποκατάσταση του στόματος του ασθενή σε περιπτώσεις που έχουν χαθεί τμήματα δοντιών, ολόκληρα δόντια ή και όλα τα δόντια αλλά και τμήματα ιστών του στόματος (ούλα). Στόχος της προσθετικής είναι η λειτουργική αποκατάσταση του στόματος (εξάλειψη πόνου, ομιλία, μάσηση) αλλά και η αισθητική (εμφάνιση, χείλη, χαμόγελο). Προηγούμενες αξιολογήσεις της ικανοποίησης της ζωής σε

σχέση με τη στοματική υγεία δεν έχουν εξηγήσει εντελώς το αντίκτυπο των κοινωνικών δικτύων, της κοινωνικής υποστήριξης αλλά και των οικονομικών παραγόντων στη σχετική συμπεριφορά των ηλικιωμένων ασθενών ιδιαίτερα σε σχέση με την προσθετική φροντίδα. Μία πολλαπλή σταδιακή λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για να αντιπαραβάλει τα στοιχεία των προηγούμενων μελετών σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα και να ερευνησει τις επιρροές αυτών των κοινωνικών μεταβλητών. Τη χρήση των τεχνητών οδοντοστοιχιών προσδιορίστηκε συχνότερα μεταξύ των ανθρώπων που διέθεταν υψηλότερα εισοδήματα με εκείνους που θεωρούσαν ότι τα εισοδήματά τους ήταν επαρκή για τις ανάγκες τους. Η έλλειψη μπροστινών δοντιών που δεν είχαν αποκατασταθεί, συνδέθηκε συχνότερα με το γεγονός ότι τα άτομα αυτά ήταν λιγότερο πρόθυμα ή ικανά να αφήσουν τα σπύτια τους. Τα συμπεράσματα της μελέτης έδειξαν ότι μερικά εμφανή χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσθετικής φροντίδας ήταν κοινά για συγκρίσιμα κοινωνικά περιβάλλοντα και ότι υπάρχει μία μειονότητα που μπορεί να μην έχει την ανάγκη να χρησιμοποιήσει τις κλινικές οδοντιατρικές υπηρεσίες ανεξάρτητα από το πόσο προσιτές είναι. Τα κοινωνικά δίκτυα και η κοινωνική υποστήριξη μπορούν να είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες για την χρησιμοποίηση των κλινικών υπηρεσιών στην προσθετική φροντίδα⁴⁸.

Η συνειδητοποίηση του αντίκτυπου της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης με την ποιότητα της ανθρώπινης ζωής δίνει καινούργιους ορίζοντες στους ερευνητές. Οι ερευνητές αντιμετωπίζουν αυτή την πρόκληση με καινούργια εργαλεία όπως οι κλίμακες μέτρησης της υγείας και οι ψυχομετρικές κλίμακες. Τέτοια όργανα μέτρησης έχουν πολυάριθμες χρήσεις, όπως για να καλύψουν τις ψυχοκοινωνικές πτυχές της φροντίδας ενός μεμονωμένου ασθενή ή μιας ομάδας, να αξιολογήσουν την αντίληψη περί υγείας και ασθένειας στις έρευνες που γίνονται σε ομάδες πληθυσμών ή και σε ολόκληρο τον πληθυσμό, να μετρήσουν την έκβαση των κλινικών δοκιμών και να συγκεντρώσουν τα στοιχεία για της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας⁴⁹.

Σχέσεις της Ντροπής με την Ποιότητα της Στοματικής Υγείας στους Ηλικιωμένους

Η ντροπή παίζει κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη του εαυτού, καθώς και στην κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Από την παιδική ηλικία εμφανίζονται διαφορές στη ντροπή μεταξύ των διαφόρων παιδιών και αυτές οι διαφορές αργότερα παίζουν ρόλο στην ψυχολογική προσαρμογή των ατόμων⁵⁰. Η ντροπή αναγνωρίζεται γενικώς, ως ένα ιδιαίτερα έντονο και συχνά αρνητικό συναίσθημα, που περιλαμβάνει αισθήματα κατωτερότητας και ανικανότητας μαζί με την επιθυμία να αποκρυφτούν αυτές οι αδυναμίες^{51,52}. Κατά καιρούς η ντροπή έχει σχετιστεί με την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το κοινωνικό άγχος και τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου (Mills, 2005). Πολλοί ερευνητές αντιλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο τα χαρακτηριστικά των ατόμων που έχουν υψηλά επίπεδα ντροπής⁵³.

Διαπιστώθηκε, λοιπόν, από τα πορίσματα των σχετικών ερευνών ότι η ντροπή παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης^{54,55}. Η ντροπή για σωματικά και χαρακτηριστικά σημεία, έχει μεγαλύτερη σημασία από ότι η ντροπή για συγκεκριμένες συμπεριφορές του ατόμου⁵⁴. Ακόμα φαίνεται ότι η ντροπή που σχετίζεται με στοιχεία του χαρακτήρα, είναι πιο γενικευμένη από ότι τα άλλα δυο είδη ντροπής⁵⁴.

Κατά τα φαινόμενα, η έννοια της ντροπής κατανοείται καλύτερα, αν χωριστεί στα δύο. Το πρώτο κομμάτι είναι η εσωτερική ντροπή, η οποία εστιάζεται στην αρνητική αξιολόγηση του εαυτού. Το δεύτερο κομμάτι είναι η εξωτερική ντροπή, η οποία σχετίζεται με το φόβο του ανθρώπου να δεχτεί αρνητικές κρίσεις από άλλους ανθρώπους⁵⁶. Μια συναφής αξιολόγηση με την παραπάνω είναι να βλέπουμε τη χαμηλή αυτοπεποίθηση και τη ντροπή, ως δυο διαφορετικές έννοιες⁵¹.

Επίσης, έχει υποστηριχθεί, ότι παρατεταμένη έκθεση σε υψηλά επίπεδα ντροπής, μπορεί να έχει πολύ άσχημες συνέπειες για τη σωματική υγεία των ατόμων, γιατί ενεργοποιούν κάποιους σωματικούς μηχανισμούς, των οποίων η παρατεταμένη λειτουργία βλάπτει το άτομο⁵⁷. Το να είναι επιρρεπής κάποιος στη ντροπή αποτελεί έναν χρόνιο παράγοντα άγχους και σχετίζεται με την ενεργοποίηση συγκεκριμένων συστημάτων του εγκεφάλου, τα οποία με τη σειρά τους σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, η οποία σχετίζεται με

αυξημένα επίπεδα άγχους σε διάφορες περιστάσεις (όπως για παράδειγμα στη συνθήκη της δημόσιας ομιλίας)⁵⁰.

Μια πρόσφατη θεωρητική και εμπειρική εργασία διευκόλυνε τη λήψη έντονων εννοιολογικών διακρίσεων μεταξύ ντροπής και ενοχής. Μια σαφής εικόνα αυτών των διακρίσεων επέτρεψε την ανάπτυξη μιας ερευνητικής βιβλιογραφίας με στόχο την αξιολόγηση των διαφορικών συσχετισμών ντροπής και ενοχής με συμπτώματα κατάθλιψης. Η μελέτη αυτή συνοψίζει ποσοτικά το μέγεθος των συσχετισμών ντροπής και ενοχής με συμπτώματα κατάθλιψης. Από 108 μελέτες που συμμετείχαν 22.411 άτομα προέκυψαν διακόσια σαράντα δύο αποτελέσματα. Η ντροπή έδειξε σημαντικά ισχυρότερες συσχετίσεις με συμπτώματα κατάθλιψης από ότι η ενοχή ($r = .28$). Ωστόσο, η συσχέτιση των ντροπιαστικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν στατιστικά αδιαίρετη από τη συσχέτιση δυο ανεπαρκών παραλλαγών ενοχής και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (συμφόρηση - παραπλανητική ενοχή, υπερβολική ευθύνη για ανεξέλεγκτα γεγονότα, γενικευμένη ενοχή, ενοχή διαζευγμένη από συγκεκριμένα πλαίσια). Άλλοι παράγοντες μείωσαν επίσης τα αποτελέσματα. Η εξωτερική ντροπή, η οποία συνεπάγεται με τις αρνητικές απόψεις του εαυτού όπως φαίνεται στα μάτια των άλλων, συνδέθηκε με μεγαλύτερα μεγέθη επιπτώσεων από ότι η εσωτερική ντροπή, η οποία συνεπάγεται με τις αρνητικές απόψεις που έχουμε για τον εαυτό μας. Τα μέτρα καταθλιπτικού συμπτώματος που επικαλέστηκαν τον όρο ενοχή έδωσαν ισχυρότερους συσχετισμούς μεταξύ ενοχής και καταθλιπτικών συμπτωμάτων από ότι τα μέτρα καταθλιπτικού συμπτώματος που δεν είχαν επαφή με το όρο. Η ηλικία, το φύλο και η εθνικότητα δεν μετρίασε τα αποτελέσματα. Αν και αυτά τα συσχετιζόμενα δεδομένα είναι διφορούμενα σε σχέση με την απλή ερμηνεία τους, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η ντροπή θα πρέπει να καταλάβει περισσότερο την κατανόηση των συναισθηματικών βάσεων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων⁵⁸.

Σκοπός της εργασίας των Andrews *et al.*, (2002)⁵⁴, ήταν να διερευνηθεί εάν προηγούμενα ευρήματα από μελέτες συνέντευξης μιας προοπτικής σχέσης μεταξύ ντροπής και ψυχοπαθολογίας θα μπορούσαν να αναπαραχθούν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια. Συνολικά συμμετείχαν 163 φοιτητές σε μια διαχρονική μελέτη ερωτηματολογίων. Η εμπειρία της κλίμακας ντροπής (ESS), ένα ερωτηματολόγιο βασισμένο σε ένα προηγούμενο μέτρο συνέντευξης και μια αποδεδειγμένη κλίμακα ντροπής (TOSCA) εξετάστηκαν σε σχέση με τα συμπτώματα κατάθλιψης που αξιολογήθηκαν σε δύο χρονικά σημεία σε διάστημα 11 εβδομάδων. Και οι δύο κλίμακες σημείωσαν σημαντική ανεξάρτητη συμβολή στα συμπτώματα κατάθλιψης στην πρώτη φάση. Ωστόσο, μόνο το ESS προέβλεπε πρόσθετη σημαντική χρονική διακύμανση 2 συμπτωμάτων όταν ελέγχθηκαν τα συμπτώματα σε δεύτερη φάση. Το συμπέρασμα ήταν ότι ο λόγος για τη διαφορεική απόδοση των δύο

κλιμάκων ήταν ότι το ESS, όπως και η συνέντευξη ντροπής, αξιολογεί συγκεκριμένους τομείς ντροπής που σχετίζονται με τον εαυτό και την απόδοση, ενώ η TOSCA αξιολογεί τη γενική ντροπή και μπορεί ως εκ τούτου να είναι πιο επιρρεπής σε διάθεση.

Στην ερευνητική μελέτη των Δερμιτζάκη & Γκούβα (2013)⁵⁹, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα στην τρίτη ηλικία, με ή χωρίς πυρηνική οικογένεια, συνεχίζουν να επενδύουν ουσιαστικά σε κοντινές συναισθηματικές σχέσεις και όχι μόνο για να έχουν οφέλη από αυτές. Αυτό αποδεικνύει πως η ανάγκη κάθε ατόμου για στενές και ουσιαστικές σχέσεις διατηρείται και στη μεγαλύτερη ηλικία και δεν αφορά μόνο τα νεότερα άτομα. Επίσης, διαφάνηκε, ότι οι ηλικιωμένοι που είναι ικανοποιημένοι από την παρελθοντική τους ζωή εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα συνολικής τιμής εξωτερικής ντροπής, αίσθημα κενού (empty - OAS), αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes - OAS), σύγκρουση (Conflict - (Form R-FES), και υψηλότερα επίπεδα (Avoidance - CAQ), αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R), Συνολική Βαθμολογία της διαχείρισης της Κρίσης στην Οικογένεια (Overall - F-COPES). Ακόμη, οι ηλικιωμένοι που είναι ικανοποιημένοι από την παροντική τους ζωή εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας (LOT-R), προσανατολισμό προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation - R-FES). Τέλος, οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν ότι η σεξουαλικότητα είναι για αυτούς σημαντική εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αισθήματος κενού (empty - OAS), προσανατολισμός για επιτεύγματα (AchievementOrientation) (R-FES), κοινωνικός ρόλος (SF - SF36), συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS - SF36), αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια μιας οικογενειακής κρίσης (Seeking Spiritual Support) (F-COPES), εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source) (SpREUK-SF-15), έναρξη σεξουαλικής ζωής και υψηλότερα επίπεδα στη σωματική λειτουργικότητα (PF - SF36).

Οι φοβικές αντιδράσεις των ασθενών μπορεί να αποτελούν σημαντικό πρόβλημα γενικής αλλά και στοματικής υγείας. Αυτό εμφανίζεται ιδιαίτερα σε άτομα με μακροχρόνια αποφυγή και με αυξημένη γενική ψυχολογική δυσχέρεια. Η διερεύνηση της έκφρασης του οδοντικού φόβου αποτυπώθηκε σε έρευνα ανάμεσα σε 67 οδοντικά φοβικά άτομα με χαμηλό και υψηλό βαθμό γενικού φόβου. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που εξετάστηκαν ήταν η γενική ψυχολογική δυσφορία, ο χρόνος αποφυγής, οι ψυχοκοινωνικές εκδηλώσεις και οι συνέπειες της οδοντικής φοβίας. Στην οδοντική ανησυχία δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ ατόμων με χαμηλό και υψηλό γενικό φόβο. Οι δύο ομάδες ανέφεραν υψηλές συχνότητες αρνητικών οδοντιατρικών εμπειριών. Η ομάδα χαμηλού φόβου ανέφερε έναν μεγαλύτερο χρόνο αποφυγής από την ομάδα υψηλού φόβου. Ωστόσο οι ασθενείς με υψηλό επίπεδο

γενικού φόβου εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο βαθμό ψυχολογικής δυσφορίας και ανέφεραν ισχυρότερες αρνητικές κοινωνικές συνέπειες από το οδοντικό άγχος τους⁶⁰.

Οι συσχετισμοί μεταξύ των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων, των βαθμολογιών κλίμακας οδοντιατρικού άγχους (DAS) και άλλων σοβαρών φόβων μπαίνουν στο στόχαστρο πολλών ερευνητών. Οι οδοντιατρικά φοβικοί και αγχωτικοί ασθενείς προσπαθούν να μελετηθούν. 135 άτομα που ήταν φοβισμένοι ή ανήσυχτοι για την οδοντιατρική περίθαλψη χωρίστηκαν σε υψηλές και χαμηλές ομάδες γενικού φόβου βασισμένες στον αριθμό άλλων σοβαρών φόβων που είχαν αναφέρει. Οι αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις αποτελούνται από τρεις διαστάσεις ψυχολογικές αντιδράσεις, κοινωνικές σχέσεις και αποφυγή - παρεμπόδιση. Άλλα μέτρα περιλάμβαναν αυτοαξιολόγηση της στοματικής, γενικής συναισθηματικής υγείας και κλίμακες για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης και του ηθικού. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει τις αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του οδοντικού άγχους σε ένα δείγμα οδοντικά φοβισμένων και ανήσυχων ατόμων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι συνολικά το 93,1 % των ατόμων ανέφεραν μία ή περισσότερες επιπτώσεις. Τα άτομα που ήταν στην ομάδα υψηλού φόβου είχαν μεγαλύτερες βαθμολογίες ψυχοκοινωνικού αντίκτυπου από ότι στην ομάδα χαμηλού φόβου. Η ομάδα υψηλού φόβου είχε βαθμολογίες που υποδηλώνουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και χαμηλότερο ηθικό⁶¹.

Τα αποτελέσματά της μελέτης των Halvari *et al.*, (2013)⁶², οι οποίοι εξέτασαν ένα μοντέλο της αυτοδιαγνωστικής θεωρίας (SDT), για τη στοματική υγεία και την υποκειμενική οδοντική ευεξία κατέδειξαν ότι: (1) οι αντιλήψεις των ασθενών για τους οδοντιάτρους που υποστηρίζουν την αυτονομία ήταν σημαντικά θετικές για την ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών των ασθενών στη θεραπεία. (2) οι ανάγκες ικανοποίησης σχετίζονταν σημαντικά με την αντίληψη της οδοντιατρικής ικανότητας (θετικός τρόπος), με το αυτόνομο κίνητρο (θετικός τρόπος) και με το ελεγχόμενο κίνητρο (αρνητικός τρόπος) για την οδοντιατρική περίθαλψη. (3) η αντιληπτή ικανότητα ήταν σημαντικά θετική και τα ελεγχόμενα κίνητρα σχετίζονταν σημαντικά αρνητικά με την αυτοπεριοριζόμενη στοματική υγεία και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την στοματική υγεία. (4) Το αυτόνομο κίνητρο για οδοντιατρική θεραπεία συνδέθηκε σημαντικά θετικά με την αποτίμηση της συνεχιζόμενης οδοντικής θεραπείας.

Τέλος, η μελέτη του Locker, (2003)⁶¹ έδειξε ότι το άγχος και ο οδοντικός φόβος έχουν διαδεδομένες ψυχοκοινωνικές συνέπειες και ότι είναι πιο έντονες μεταξύ των ατόμων με υψηλά επίπεδα γενικής φοβίας. Ο οδοντικός φόβος μπορεί να είναι διαφορετικός μεταξύ διαφορετικών ομάδων φοβισμένων ασθενών, γεγονός που καθιστά μειονεκτική την

ψυχολογική κατάσταση. Μεγάλο ρόλο παίζει εξάλλου η διαγνωστική ανάλυση αυτών των ασθενών⁶⁰.

Η απόφαση των ηλικιωμένων να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα του στόματος συνεπάγεται σύνθετες και προσωπικά σημαντικές στρατηγικές. Μια οδοντιατρική επίσκεψη αναδεικνύει ελπίδες και φόβους με βάση τις εμπειρίες του παρελθόντος και του παρόντος. Το στόμα και τα δόντια δεν είναι απλά αντικείμενα οδοντιατρικής φροντίδας. Αντιπροσωπεύουν τον κοινωνικό και σχεσιακό εαυτό ενός ατόμου. Οι αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία προκαλούν τον σχετικό εαυτό όπως αντιπροσωπεύεται στις κοινωνικές ιδεατές εικόνες της νεολαίας και της τελειότητας (το τέλειο χαμόγελο). Η μελέτη των McKenzie-Green, Giddings, Buttle, & Tahana, (2009)⁶³ υπογραμμίζει την ανθεκτικότητα και την αποφασιστικότητα των ηλικιωμένων ανθρώπων όταν αντιμετωπίζουν τα διλήμματα - τόσο προσωπικά όσο και οικονομικά - στην πρόσβαση της στοματικής φροντίδας. Σε αντίθεση με την υπόθεση ότι η κατάσταση της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων σχετίζεται με την παραμέληση, μάλλον για πολλούς, είναι αποτέλεσμα της διασταύρωσης της ιστορίας τους με τις τεχνολογικές εξελίξεις. Αυτά τα ευρήματα προσκαλούν τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να είναι ευαίσθητοι στις συνθήκες που επηρεάζουν την κατάσταση της στοματικής υγειονομικής περίθαλψης των ηλικιωμένων.

Ειδικό Μέρος

1. Κίνητρα, σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Η σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής είναι ένα σχετικά νέο πεδίο έρευνας, που όμως αναπτύσσεται γρήγορα. Οι συνθήκες που το δημιούργησαν ανάγονται στη διεύρυνση της έννοιας της υγείας που δέχθηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας⁶⁴ στη μετάβαση από το βιοιατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στην υγεία⁶⁵, καθώς και στην αναγνώριση ότι η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας^{66,67,68}. Η Οδοντιατρική καθυστέρησε σε σχέση με την Ιατρική στο να ανταποκριθεί σε αλλαγές όσον αφορά το θεωρητικό πλαίσιο της υγείας και να ακολουθήσει την ολιστική προσέγγιση και την υιοθέτηση της έννοιας της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στην Ιατρική⁶⁹. Η άποψη ότι οι νόσοι του στόματος δεν είναι απειλητικές για τη ζωή, είναι συχνά ασυμπτωματικές, δεν οδηγούν σε ανικανότητα ή σε αναπηρία και δικαιολογούν λίγες εξαιρέσεις από τους κοινωνικούς ρόλους⁷⁰, οδήγησε στο να υποβαθμίζονται και να μην προσεγγίζονται οι οικονομικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις τους³⁶.

Γενικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η διασύνδεση της στοματικής υγείας με τα επίπεδα της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής τους.

Πιο συγκεκριμένα επιχειρήθηκε:

- Σύγκριση της ομάδας των ηλικιωμένων ανδρών και της ομάδας των ηλικιωμένων γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συγκρίσεις των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της ερευνητικής μελέτης ήταν:

- Η εσωτερική και εξωτερική ντροπή συνδέονται με συνθήκες που οδηγούν στο φόβο και τη μείωση της ατομικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν σε κοινωνικούς φόβους. Ως προς την εσωτερική και εξωτερική ντροπή των ηλικιωμένων, η υπόθεσή μας είναι ότι οι ηλικιωμένοι που θα εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα στοματικής υγείας θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής.
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής με την ψυχοπαθολογία και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου τους. Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις

προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας είναι ότι οι ηλικιωμένοι που θα εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα στοματικής υγείας θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας.

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, από τον Ιανουάριο του 2017 έως τον Αύγουστο του 2017. Γενικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση και η διασύνδεση της στοματικής υγείας με τα επίπεδα της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής τους. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν ηλικιωμένα άτομα από τον υγιή πληθυσμό που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Ηπείρου. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα προήλθαν από τρεις δεξαμενές: Η πρώτη ήταν ασθενείς του ιδιωτικού οδοντιατρείου του μεταπτυχιακού ερευνητή, που εδρεύει στην Άρτα. Η δεύτερη δεξαμενή ήταν ασθενείς άλλων ιδιωτικών οδοντιατρείων της ευρύτερης περιοχής της Ηπείρου. Η τρίτη δεξαμενή ήταν ηλικιωμένα συγγενικά και φιλικά πρόσωπα των ατόμων από τις ανωτέρω δεξαμενές.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ηλικιωμένα (άνω των 65 ετών) μέλη υγιούς πληθυσμού.
2. Μορφωτικό επίπεδο κατάλληλο, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, θα γινόταν δυνατό να αποφύγουμε τη διαδικασία μέτρησης του δείκτη νοητικής ικανότητας (IQ) των εξεταζόμενων, κάτι που θα επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την διαδικασία μελέτης των εξεταζόμενων, η οποία θα ήταν ήδη σημαντικά επιβαρυνμένη λόγω της μεγάλης έκτασης των ερωτηματολογίων. Επιπλέον, στις περιπτώσεις αναλφαβητισμού αλλά κατανόησης της επικοινωνίας ο ερευνητής θα μπορούσε να το χορηγήσει ο ίδιος⁷¹.
3. Τα ηλικιωμένα άτομα να μην έχουν συμπτώματα γνωστικής δυσλειτουργίας, μια και η κλίμακα ποιότητας στοματικής υγείας (GOHAI) βασίζεται σε αυτοαξιολόγηση και δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με γνωστική δυσλειτουργία.
4. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
5. Την απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα την έπαιρναν οι ερευνητές της παρούσας εργασίας.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών που θα αφορούσαν το συναίσθημα της ντροπής καθώς και την ποιότητα στοματικής υγείας.

Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρώνονταν από τα ίδια τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, σε πλαίσιο επιλογής τους. Ταυτόχρονα, θα κατέγραφαν και τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Τα άτομα που θα συμμετείχαν στη μελέτη θα είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της και θα είχαν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργούσε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραίωνε το ίδιο άτομο, οπότε μειώνονταν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλιζόταν πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα έπαιρναν μέρος στην έρευνα.

2.1 Δείγμα

Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 250 άτομα και από αυτά επέστρεψαν κλειστοί φάκελοι από 220 άτομα. Από τους 220 φακέλους οι 6 εμπεριείχαν τα ερωτηματολόγια ασυμπλήρωτα, και οι 10 με σχεδόν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Τελικά, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 204 άτομα.

2.2 Διαδικασία

Οι ερευνητές χορήγησαν σε άτομα ηλικιωμένα, μέλη υγιούς πληθυσμού, τα αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια της μελέτης εντός φακέλου, τον οποίο το άτομο παρέδιδε κλειστό (αυτοπροσώπως) μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

Οι ερευνητές βρίσκονταν στη διάθεση των ατόμων για διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπου χρειάστηκε.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν από τους ίδιους τους ερευνητές η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων, και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.3.1. Κλίμακα Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Η κλίμακα GOHAI αναπτύχθηκε ειδικά για την αυτο-αξιολόγηση της κατάστασης του στόματος των ηλικιωμένων⁷², και είναι ένα από τα πιο συχνά εφαρμοσμένα εργαλεία διεθνώς στη γηριατρική οδοντιατρική. Λόγω του ότι επικεντρώνεται περισσότερο σε λειτουργικά προβλήματα, στον πόνο και στη δυσφορία, μπορεί να προσδιορίσει ευκολότερα τα προβλήματα της στοματικής κοιλότητας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με άλλα συναφή εργαλεία, όπως το OHIP-14, που επικεντρώνεται περισσότερο στις ψυχοκοινωνικές πτυχές⁷³. Η κλίμακα GOHAI έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε διάφορες γλώσσες και πολιτισμούς, όπως στα Γερμανικά⁷⁴, στα Σουηδικά⁷⁵, στα Γαλλικά⁷⁶, και σε πολλές άλλες γλώσσες⁷⁷, και έχει διαπιστωθεί ότι είναι ένα αποτελεσματικό και αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τα στοματικά προβλήματα των ηλικιωμένων. Καθώς η κλίμακα GOHAI διαπιστώθηκε ότι έχει αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα και σε άλλες ηλικιακές ομάδες, προτάθηκε να μετονομαστεί σε Δείκτη Αξιολόγησης της Γενικής Στοματικής Υγείας⁷¹. Η κλίμακα GOHAI είναι χρήσιμη τόσο σε επίπεδο ασθενών, που είτε ζουν στα σπίτια τους είτε σε γηροκομεία είτε και σε κοινοτικό επίπεδο⁷². Καθώς η GOHAI βασίζεται σε αυτοαξιολόγηση, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με γνωστική δυσλειτουργία. Επιπλέον, οποιαδήποτε αδυναμία ανάγνωσης και συμπλήρωσης της κλίμακας λόγω προβλημάτων αλφαριθμητισμού⁷¹ μπορεί να οδηγήσει τον ερευνητή να το χορηγήσει ο ίδιος. Η κλίμακα GOHAI αποτελείται από 12 ερωτήσεις που περιέχουν τόσο θετικές όσο και αρνητικές προτάσεις, που αναδεικνύουν τρεις διαστάσεις: α) τη φυσική λειτουργία που περιλαμβάνει το φαγητό, το μάσημα, την ομιλία και την κατάποση, β) την ψυχοκοινωνική λειτουργία, που περιλαμβάνει την ανησυχία ή την ανησυχία σχετικά με τη στοματική υγεία, τη δυσαρέσκεια από την εμφάνιση, την αυτογνωσία σχετικά με τη στοματική υγεία, την αποφυγή κοινωνικών επαφών λόγω στοματικών προβλημάτων και γ) τον πόνο ή / και δυσφορία, που περιλαμβάνει τη δυσφορία κατά τη διάρκεια του φαγητού, την ευαισθησία των δοντιών και των ούλων και τη χρήση των φαρμάκων για την ανακούφιση του πόνου⁷². Η κλίμακα GOHAI έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα με ικανοποιητική εσωτερική συνοχή (Cronbach : 0,88), ενώ ο Παράγοντας Διερευνητική η ανάλυση αποκάλυψε τρεις παράγοντες που απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Η κλίμακα έδειξε την ικανοποίηση ταυτόχρονη σε κύρος με σημαντικές συσχετίσεις με τις γενικές ερωτήσεις μονού στοιχείου⁷⁷.

2.3.2. Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που

περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού⁷⁸.

Οι Goss, Gilbert & Allan (1994)⁷⁸, τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's alpha= 0,96) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης. Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87⁷⁹.

2.3.3. Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian & Valentine⁵⁴. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter⁵⁵ για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος⁵⁴.

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει⁵⁴. Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον

πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις⁸⁰. Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92⁵⁴, και στο ελληνικό δείγμα 0,93⁸¹. Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα⁵⁴.

2.3.4 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Επιπλέον σε κάθε ερωτώμενο ηλικιωμένο άτομο δόθηκε ερωτηματολόγιο που αφορούσε τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση των ίδιων των υποκειμένων, καθώς και ερωτήσεις που αφορούσαν την υποκειμενική θεώρηση της γενικής τους υγείας, την αντικειμενική θεώρηση της υγείας τους αλλά και ερωτήσεις που αφορούσαν τη στάση τους απέναντι στο γήρας και τη μεταφυσική του.

2.4 Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων ερωτώμενων, πραγματοποιήθηκαν στατιστικές δοκιμασίες που αφορούσαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (όπως, ποσοστά, μέσος όρος, σταθερή απόκλιση).

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στους ηλικιωμένους και στις ηλικιωμένες. Για τη σύγκρισή τους χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro-Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή⁸².

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 . Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν^{83,84,85,86}.

- το X^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5 , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 ⁸⁵.
- το X^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 ⁸⁵.
- το X^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 ⁸⁵.
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού^{82,86}.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p<0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS⁸², ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS⁸².

2.5 Προσδοκώμενα Αποτελέσματα

Τα ηλικιωμένα άτομα στην Ελλάδα απέχουν συχνά από την καθημερινή φροντίδα τόσο των δοντιών τους όσο και της στοματικής τους κοιλότητας και αυτό οφείλεται σε διάφορους κοινωνικοοικονομικούς λόγους, αλλά και στον υποβαθμισμένο ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στην αδυναμία του εντοπισμού - από τους επαγγελματίες υγείας - των στοματικών προβλημάτων ηλικιωμένων, που χρειάζονται οδοντιατρική παραπομπή. Επομένως, η ανάδειξη αυτών των οδοντιατρικών προβλημάτων των ηλικιωμένων αλλά και των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων εξαιτίας τους είναι ιδιαίτερης σημασίας.

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη είναι η ανάδειξη αυτών των οδοντιατρικών προβλημάτων και των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων που μπορεί να έχουν. Ακόμη, θεωρείται ενδιαφέρον μέσα από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης η ανάδειξη της διασύνδεσης των οδοντιατρικών προβλημάτων με τα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής των ηλικιωμένων.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα αναδείξουν ζητήματα που θα απασχολήσουν τους οδοντιάτρους αλλά και άλλους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έτσι ώστε να προβούν στη λήψη μέτρων που θα προάγουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού των ηλικιωμένων και θα προλαμβάνουν την εμφάνιση των αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχοκοινωνική ζωή των ηλικιωμένων.

3. Αποτελέσματα της μελέτης

3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη, καθώς και οι απαντήσεις τους στις επιπλέον ερωτήσεις που τους τέθηκαν στο ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων, παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 1 και 2.

Πίνακας 1: Περιγραφή και Διαφορές Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων του δείγματος				
Μεταβλητές	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%) 80 (39,2)	N (%) 124 (60,8)	N (%) 204 (100)	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Αναλφάβητος	16 (20.0)	38 (30.6)	54 (26.5)	
Απόφοιτος Δημοτικού	34 (42.5)	42 (32.9)	76 (37.3)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	16 (20.0)	22 (17.7)	38 (18.6)	Fisher Exact Test=3,917 p=0.421
Απόφοιτος Λυκείου	9 (11.3)	11 (8.9)	20 (9.8)	
Απόφοιτος ΑΕΙ	5 (6.3)	11 (8.9)	16 (7.8)	
Οικογενειακή Κατάσταση				
Άγαμος (η)	2 (2.5)	8 (6.5)	10 (4,9)	Fisher Exact Test=14,277 p=0.001
Έγγαμος (η)	56 (70.0)	54 (43.5)	110 (53.9)	
Διαζευγμένος (η)	2 (2.5)	3 (2.4)	5 (2.5)	
Χήρος (α)	20 (25.0)	59 (47.6)	79 (38.7)	
Τόπος Καταγωγής				
Χωριό/Κωμόπολη	57 (71.3)	72 (58.1)	129 (63.2)	$\chi^2_p = 3,719$ p=0.156
Πόλη <150.000 κατοίκους	18 (22.5)	39 (31.5)	57 (27.9)	
Πόλη >150.000 κατοίκους	5 (6.3)	13 (10.5)	18 (8.8)	
Ηλικία	74.03 ± 6.94	74.26 ± 7.16	74.17 ± 7.06	t= -,235 p=0.815
Notes: P ^(a) value was derived using Fisher Exact test immediate command in SPSS. P ^(b) value was derived using T test immediate command in SPSS.				

$\chi^2_p = \chi^2$ του Pearson.

Η μέση ηλικία των ανδρών του δείγματος ήταν $74,03 \pm 6,94$, και δε διέφερε στατιστικά σημαντικά από τη μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος, η οποία ήταν $74,16 \pm 7,16$, με τη σύγκριση των δύο ομάδων με το t Test ($p=0,815$).

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, του δείγματος οι 5 στους 10 ήταν έγγαμοι ενώ οι 4 στους 10 χήροι(ες). Η σύγκριση με το Fisher Exact Test ανέδειξε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά ($P= 0,001$).

Πίνακας 2: Παρελθοντικό εργασιακό περιβάλλον των ηλικιωμένων του δείγματος και παρούσα συνταξιοδοτική κατάσταση.				
Μεταβλητές	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%) 80 (39,2)	N (%) 124 (60,8)	N (%) 204 (100)	
Ποια ήταν η εργασία σας;				
Δημόσιος Υπάλληλος	8 (10,0)	10 (8,1)	18 (8,8)	L.R = 113.791 p = 0.000
Καθηγητής	0 (0,0)	2 (1,6)	2 (1,0)	
Δάσκαλος	3 (3,8)	6 (4,8)	9 (4,4)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	3 (3,8)	16 (12,9)	19(9,3)	
Οικοδόμος	11 (13,8)	2 (1,6)	13 (6,4)	
Αγρότης	21 (26,3)	21 (16,9)	42 (20,6)	
Άεργοι	2 (2,5)	5 (4,0)	7 (3,4)	
Οδηγός	4 (5,0)	0 (0,0)	4 (2,0)	
Ελ. Επαγγελματίας	16 (20,0)	2 (1,6)	18 (8,8)	
Χειριστής Μηχ/Των	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Οικιακά	1 (1,3)	45 (36,3)	46 (22,5)	
Σώματα Ασφαλείας	5 (6,3)	0 (0,0)	5 (2,5)	
Πτηνο - Κτηνοτρόφος	3 (3,8)	2 (1,6)	5 (2,5)	
Μοδίστρα	0 (0,0)	7 (5,6)	7 (3,4)	
Δασικός	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Νοσηλεύτης (τρια)	0 (0,0)	3 (2,4)	3 (1,5)	
Τραπεζικός Υπάλληλος	0 (0,0)	2 (1,6)	2 (1,0)	
Ιατρός	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Καθαρίστρια	0(0,0)	1 (0,8)	1 (0,5)	
Παίρνετε σύνταξη;				
Ναι	76 (95.0)	110 (88.7)	186 (91.2)	$\chi^2_v = 1.674$ p=0.196
Όχι	4 (5.0)	14 (11.3)	18 (8.8)	

Θεωρείται ότι η σύνταξή σας είναι καλή;				
Ναι	36 (45.0)	44 (36.5)	80 (39.2)	$\chi^2_p = 1.847$ $p=0.174$
Όχι	44 (55.0)	80 (64.5)	124 (60.8)	
Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;				
Ναι	21 (26.3)	14 (11.3)	35 (17.2)	$\chi^2_p = 7.656$ $p=0.006$
Όχι	59 (73.8)	110 (88.7)	169 (82.8)	
Notes: L.R.= value was derived using Likelihood Ratio immediate command in SPSS $\chi^2_p = \chi^2$ του Pearson $\chi^2_Y = \chi^2$ με διόρθωση κατά Yates,				

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το *εκπαιδευτικό επίπεδο* μεταξύ των δύο φύλων, με τη σύγκριση με το Fisher Exact Test ($P= 0,421$). Οι 6 στους 10 στο σύνολο του δείγματος ήταν αναλφάβητοι και απόφοιτοι δημοτικού.

Όσον αφορά τον *τόπο καταγωγής*, τα μεγαλύτερα ποσοστά του δείγματος ήταν από χωριό ή κωμόπολη (ποσοστό 63,2%). Η σύγκριση με το χ^2 του Pearson δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P= 0,156$).

Στον πίνακα 2 μπορούμε να παρατηρήσουμε τις απαντήσεις των ατόμων του δείγματος ως προς την παρελθούσα εργασιακή κατάστασή τους. Πιο συγκεκριμένα, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά του δείγματος ήταν αγρότες (ποσοστό 20,6 %), και οικιακές εργασίες (ποσοστό 22,5 %), με πάρα πολύ στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενοι μεταξύ τους με το Likelihood Ratio ($P= 0,000$).

Οι 9 στους 10 παίρνουν σύνταξη χωρίς στατιστική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών συγκρινόμενοι με χ^2 με διόρθωση κατά Yates, ($P= 0,196$), από τους οποίους οι 6 στους 10 δεν θεωρούν ότι η σύνταξη τους είναι καλή, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους συγκρινόμενοι με το χ^2 του Pearson ($P= 0,174$). Τέλος, στην ερώτηση εάν εργάζονται στον παρόντα χρόνο για χρήματα, οι 8 στους 10 απάντησαν αρνητικά με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων συγκρινόμενοι με το χ^2 του Pearson ($P= 0,006$).

4. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας της Ποιότητας Στοματικής Υγείας των ηλικιωμένων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων, κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, ως προς την ποιότητα της στοματικής υγείας. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και τον τρόπο βαθμολόγησής τους.

4.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 55 ερωτήσεις, ταξινομημένες σε τρία ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν εννέα κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)	
Συνολική βαθμολογία	από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του.
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8.
Αίσθημα κενού (empty)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18.
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3,9,11,12,13 και 14.

Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)	
Συνολική ντροπή	από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις του.
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12.
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21.
Σωματική ντροπή (bodily shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25
Κλίμακα Ποιότητας Στοματικής Υγείας (GOHAI – GR)	
Σύνολο Ποιότητας Στοματικής Υγείας (GOHAI – GR)	Από το άθροισμα όλων των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 5 και 7, συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1,2,4,6,8,9,10,11 και 12 κατόπιν αντιστροφής τους.

4.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ποιότητας της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και των κοινωνικο-δημογραφικών τους στοιχείων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της κλίμακας GOHAI – GR των ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος και των κοινωνικο-δημογραφικών τους στοιχείων. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, όπως αυτές κατηγοριοποιούνται σε σχέση με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 3. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Στον πίνακα 3 μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν υψηλότερες τιμές ποιότητας στοματικής υγείας με στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν χαμηλότερες τιμές ποιότητας στοματικής υγείας, στις μεταβλητές :

- Όσοι δεν έχουν κόρη (,044)
- Όσοι έχουν κόρη αλλά δεν ζει κοντά τους (,022)
- Όσοι δεν κάνουν διακοπές το καλοκαίρι (,023)
- Όσοι παίρνουν σύνταξη (,066)
- Όσοι θεωρούν ότι η σύνταξή τους δεν είναι καλή (,032)
- Όσοι, στον παρόντα χρόνο δεν εργάζονται για χρήματα (,059)

Πίνακας 3: Διαφοροποιήσεις της ποιότητας στοματικής υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων και των κατηγοριών των κοινωνικο-δημογραφικών τους στοιχείων.				
Κοινωνικο-δημογραφικές Μεταβλητές	Μέση τιμή (x ± SD)	T-Test		
		t	df	P
Φύλο				
Άνδρας	20,83 ± 8,77	-,495	202	,621
Γυναίκα	21,51 ± 10,12			
Έχετε παιδιά;				
Ναι	21,03 ± 9,68	-1,051	201	,294
Όχι	23,92 ± 8,49			
Έχετε αδέρφια;				
Ναι	20,99 ± 9,54	-1,107	200	,269
Όχι	23,61 ± 10,11			
Έχετε κόρη;				
Ναι	20,55 ± 9,93	-2,041	201	,044
Όχι	23,36 ± 8,22			
Αν ναι ζει κοντά σας;				
Ναι	18,89 ± 10,79	-2,313	202	,022
Όχι	22,24 ± 8,89			

Έχετε γιό;				
Ναι	21,41 ± 9,48	,446	201	,656
Όχι	20,78 ± 9,82			
Αν ναι, αυτός ζει κοντά σας;				
Ναι	20,49 ± 8,89	-,556	199	,579
Όχι	21,30 ± 9,81			
Το καλοκαίρι, κάνετε διακοπές;				
Ναι	19,33 ± 9,25	-2,291	201	,023
Όχι	22,44 ± 9,64			
Παίρνετε σύνταξη;				
Ναι	21,62 ± 9,69	1,845	202	,066
Όχι	17,28 ± 7,78			
Η σύνταξή σας είναι καλή;				
Ναι	19,45 ± 9,23	-2,159	202	,032
Όχι	22,40 ± 9,69			
Σήμερα, εργάζεστε για χρήματα;				
Ναι	18,46 ± 8,70	-1,897	202	,059
Όχι	21,82 ± 9,70			
Στο παρελθόν είχατε φίλους;				
Ναι	21,12 ± 9,74	-,494	202	,622
Όχι	22,17 ± 8,49			
Σήμερα έχετε φίλους;				
Ναι	20,57 ± 9,45	-1,772	202	,078
Όχι	23,35 ± 9,89			

4.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ποιότητας της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και της ύπαρξης χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της κλίμακας GOHAI – GR των ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος και της ύπαρξης χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, όπως αυτές κατηγοριοποιούνται σε σχέση με την ύπαρξη χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 4. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικά σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Στον πίνακα 4, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν υψηλότερες τιμές ποιότητας στοματικής υγείας με στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν χαμηλότερες τιμές ποιότητας στοματικής υγείας, στις μεταβλητές :

- Όσοι έχουν υπέρταση (,006)
- Όσοι έχουν περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες (,064)
- Όσοι χαρακτηρίζουν τον εαυτό τους άτομο με φοβίες (,057)

Πίνακας 4: Διαφοροποιήσεις της ποιότητας στοματικής υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων και της ύπαρξης ή μη χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων.				
Χρόνια σωματικά συμπτώματα	Μέση τιμή (x ± SD)	T-Test		
		t	df	P
Έχετε πονοκεφάλους				
Ναι	22,07 ± 10,43	,868	202	,386
Όχι	20,83 ± 9,18			
Έχετε προβλήματα με το έντερό σας;				
Ναι	20,56 ± 12,37	-,453	202	,651
Όχι	21,38 ± 8,98			
Έχετε προβλήματα με το στομάχι σας;				
Ναι	22,70 ± 10,32	1,576	202	,117
Όχι	20,48 ± 9,15			
Έχετε υπέρταση;				
Ναι	22,71 ± 9,40	2,767	201	,006
Όχι	18,92 ± 9,50			
Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;				
Ναι	22,51 ± 9,68	,891	202	,374
Όχι	20,96 ± 9,58			
Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;				
Ναι	22,67 ± 9,66	1,865	202	,064
Όχι	20,16 ± 9,45			
Είστε ένα άτομο με φοβίες;				
Ναι	22,74 ± 8,86	1,917	190,938	,057
Όχι	20,19 ± 9,98			
Έχετε σακχαρώδη διαβήτη;				
Ναι	22,58 ± 10,23	1,137	202	,257
Όχι	20,81 ± 9,38			

4.3 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ GOHAI SCOR και στάσεων υγείας

Στον πίνακα 5, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στην τιμή της κλίμακας GOHAI – GR μεταξύ των ατόμων και των κατηγοριών της γενικότερης στάσεως της υγείας τους. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

- Προσέχει την καθαριότητά του; ($p = 0,010$)
- Προσέχει την εμφάνισή του; ($p = 0,012$)

	F	p
Πίνακας 5: Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Κλίμακας Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) και στάσεων των ηλικιωμένων ως προς την υγεία τους		
Θα λέγατε ότι ανήκετε σε κείνη την κατηγορία των ανθρώπων που:		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	2,083	,084
Προσέχει τη διατροφή του;	1,000	,409
Προσέχει την άσκησή του;	,405	,805
Προσέχει την υγεία του;	,433	,785
Προσέχει τον ύπνο του;	,852	,494
Προσέχει την καθαριότητά του;	3,443	,010
Προσέχει την εμφάνισή του;	3,290	,012
Προσέχει στον ήλιο;	1,257	,288
Αποφεύγει το κάπνισμα;	,703	,591
Αποφεύγει το παθητικό κάπνισμα;	,394	,813
Αποφεύγει το αλκοόλ;	,556	,695
Αποφεύγει να ξενυχτάει;	1,116	,350
Αποφεύγει τα μικρόβια;	2,143	,077
Αποφεύγει το άγχος;	,466	,760
Αποφεύγει τους καυγάδες;	2,316	,059
Αποφεύγει την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;	1,926	,108
Αποφεύγει τη γκρίνια;	1,172	,324

Αποφεύγει τους γιατρούς;	1,337	,258
Αποφεύγει τους ασθενείς;	1,330	,260
Αποφεύγει τα νοσοκομεία;	1,166	,327
Αποφεύγει τις κηδείες;	1,728	,145

4.4 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής και των κατηγοριών του GOHAI-GR

Στον πίνακα 6, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων και των κατηγοριών της στοματικής τους υγείας. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA. Πριν τη δοκιμασία ANOVA έγινε σύμπτυξη των απαντήσεων ως προς την κλίμακα GOHAI – GR σε τρεις κλάσεις. Μια και η συγκεκριμένη κλίμακα λαμβάνει τιμές από 0 έως 60 με το 0 τη χαμηλότερη ποιότητα στοματικής υγείας και το 60 την υψηλότερη ποιότητα στοματικής υγείας, οι κλάσεις διαμορφώθηκαν ως εξής: η πρώτη κλάση αφορούσε όλους όσους έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR από 0 έως και 20, η δεύτερη κλάση αφορούσε όλους όσους έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 20 έως και 40, και η τρίτη κλάση αφορούσε όλους όσους έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 40 έως και 60.

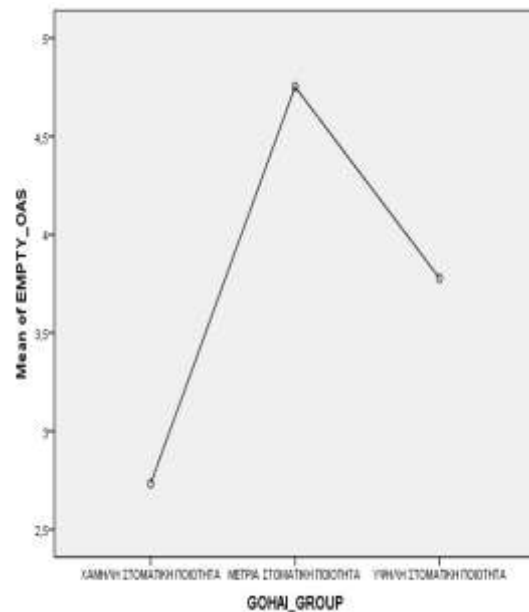
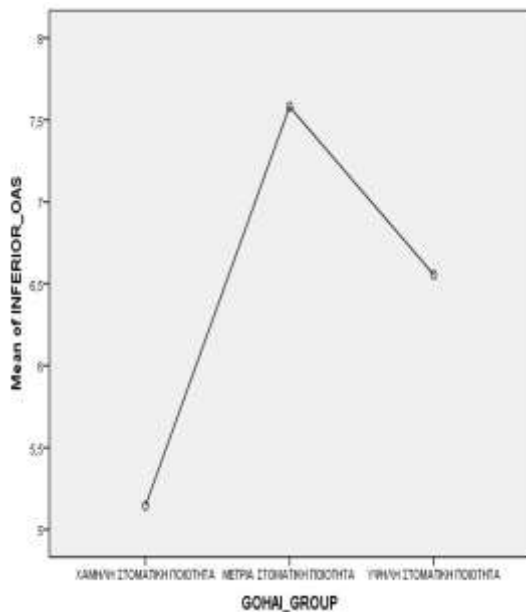
Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

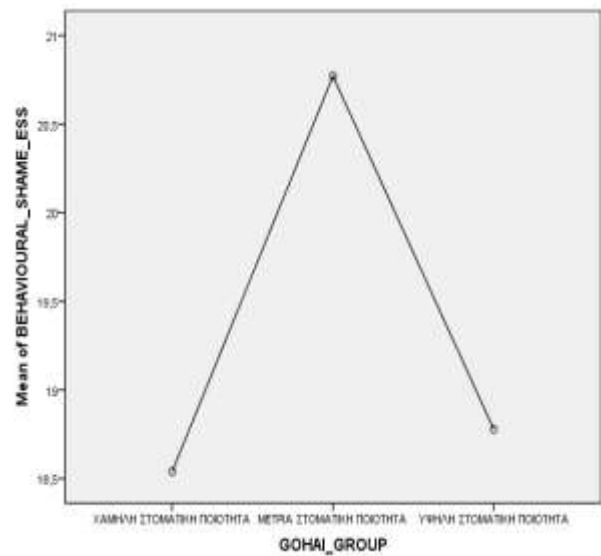
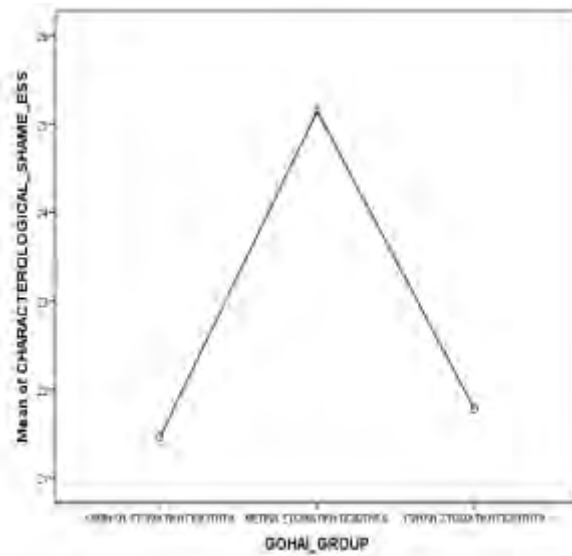
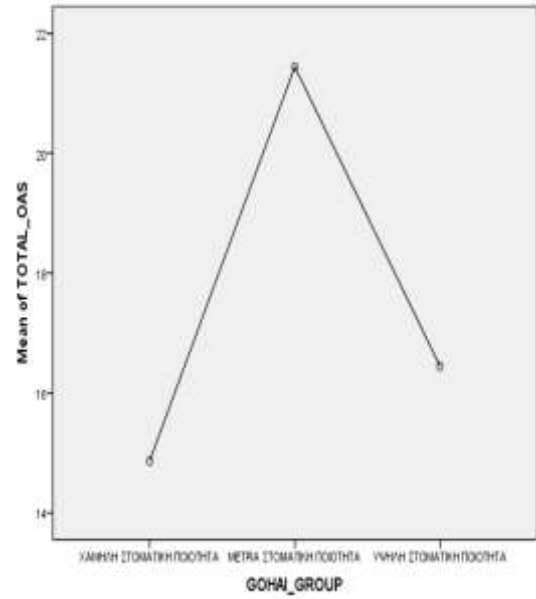
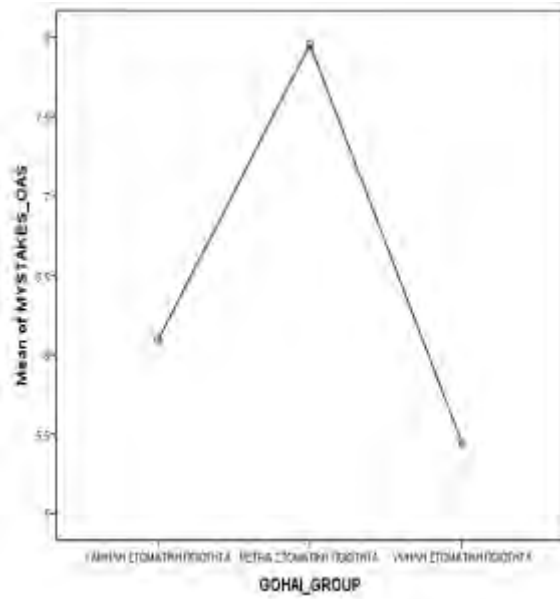
- Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (Total - OAS) (p =0,002)
- Αίσθημα κατωτερότητας (inferior - OAS) (p =0,009)
- Αίσθημα κενού (empty - OAS) (p =0,000)
- Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes - OAS) (p =0,012)
- Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame-ESS) (p =0,008)
- Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame -ESS) (p =0,053)
- Σωματική ντροπή (bodily shame -ESS) (p =0,000)
- Συνολική βαθμολογία Εσωτερικής ντροπής (Total ESS) (p =0,005)

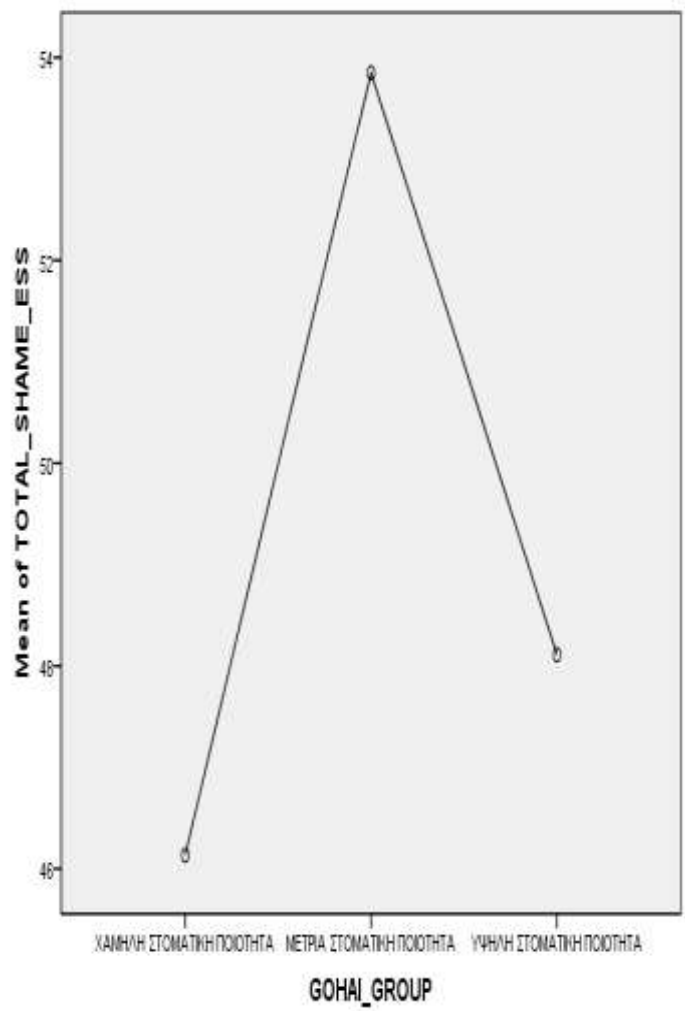
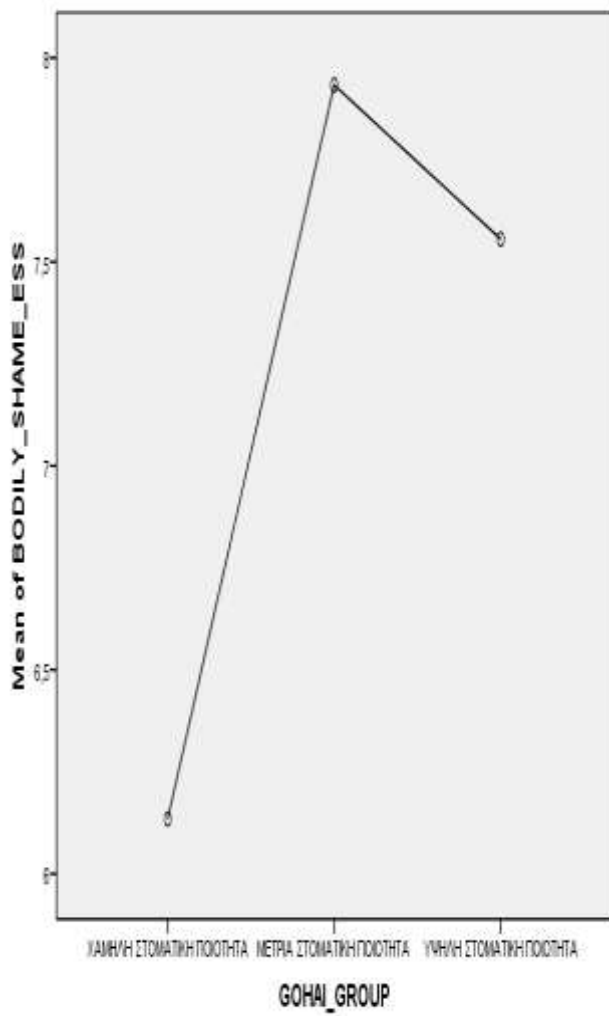
Πίνακας 6. Διαφοροποιήσεις μεταξύ εσωτερικής – εξωτερικής ντροπής και των κατηγοριών της στοματικής τους υγείας (κλίμακα GOHAI – GR).

	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Συνολική βαθμολογία	6,638	,002
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	4,841	,009
Αίσθημα κενού (empty)	9,156	,000
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	4,508	,012
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)		
Συνολική ντροπή	5,530	,005
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	5,012	,008
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	2,972	,053
Σωματική ντροπή (bodily shame)	7,944	,000

Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις εμφανίζονται παραστατικά στα παρακάτω διαγράμματα 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 και 8.







4.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του GOHAI-GR και των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων

Στον πίνακα 7, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στην τιμή της κλίμακας GOHAI – GR και των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

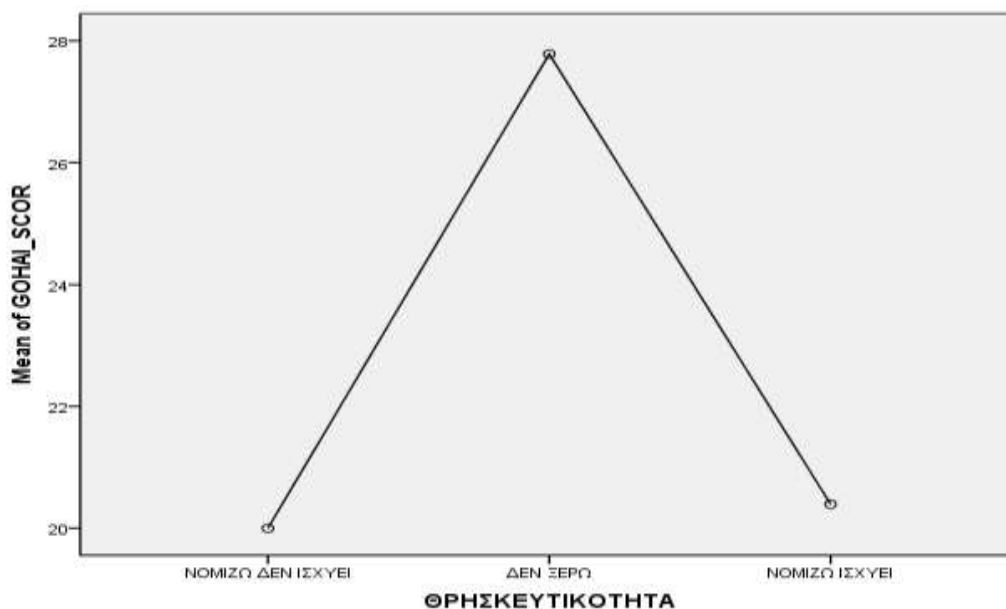
Εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση στην παρακάτω κλίμακα :

- Θρησκευτικότητα ($p=0,002$)

Πίνακας 7: Διαφοροποιήσεις μεταξύ της κλίμακας GOHAI – GR των ηλικιωμένων ατόμων και της θρησκευτικότητάς τους.

	F	p
Κλίμακας Ποιότητας Στοματικής Υγείας (GOHAI – GR)		
Θρησκευτικότητα	6,427	,002

Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις εμφανίζονται παραστατικά στο διάγραμμα 9.



4.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του GOHAI-GR και της οικογενειακής κατάστασης των ηλικιωμένων

Στον πίνακα 8, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στην τιμή της κλίμακας GOHAI – GR και της οικογενειακής τους κατάστασης. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

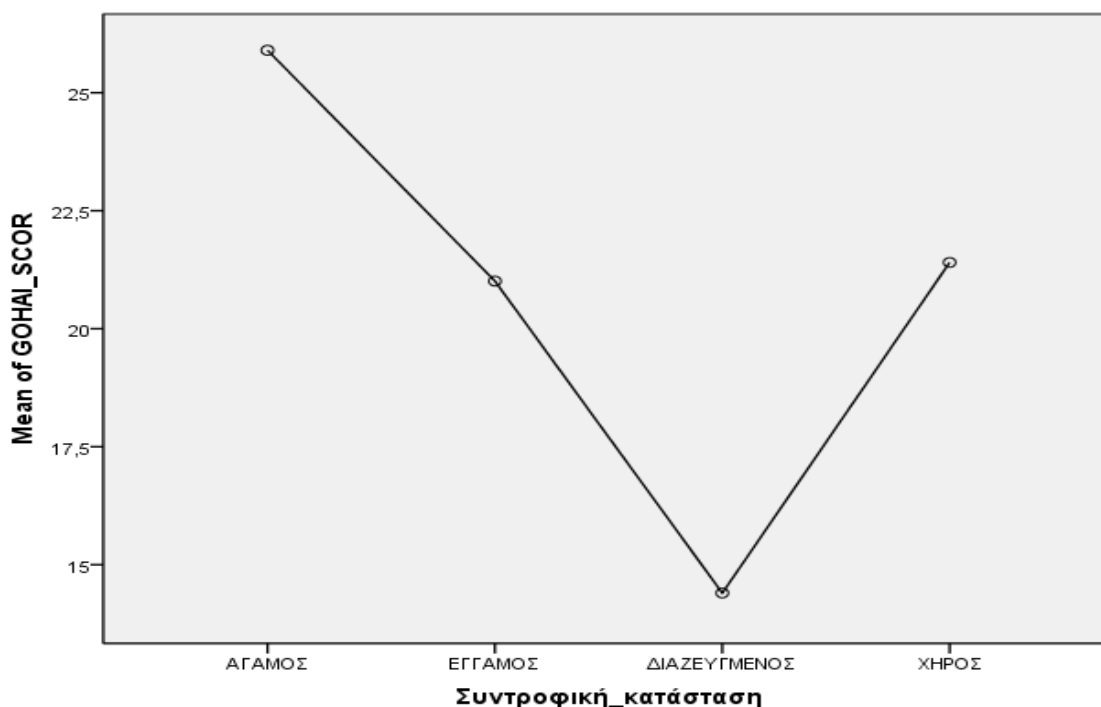
Εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση στην παρακάτω κλίμακα :

- Οικογενειακή κατάσταση ηλικιωμένων ($p = 0,173$)

Πίνακας 8: Διαφοροποιήσεις μεταξύ της κλίμακας GOHAI – GR των ηλικιωμένων ατόμων και της οικογενειακής κατάστασής τους.

	F	p
Κλίμακας Ποιότητας Στοματικής Υγείας (GOHAI – GR)		
Οικογενειακή Κατάσταση Ηλικιωμένων	1,678	,173

Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις εμφανίζονται παραστατικά στο διάγραμμα 10.



5. Διμεταβλητές Συσχετίσεις

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων της κλίμακας GOHAI SCOR με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής στο δείγμα των ηλικιωμένων ατόμων. Στον πίνακα 9, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων συσχετίσεων.

Από τον έλεγχο, λοιπόν, για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας GOHAI με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής στο δείγμα των ηλικιωμένων ατόμων προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ της κλίμακας GOHAI και του αισθήματος κενού (empty) ($P = 0,000$).

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ της κλίμακας GOHAI και της συνολικής βαθμολογίας εξωτερικής ντροπής (total oas) ($P = 0,003$) και του αισθήματος κατωτερότητας (inferior - oas) ($P = 0,003$).

Πίνακας 9. Συσχετίσεις υποκλιμάκων εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής με την κλίμακα ποιότητας στοματικής υγείας με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ r του PEARSON	GOHAI SCOR N=204	Sig. (2-tailed)
Συνολική Βαθμολογία Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale - OAS)	,206	,003
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	,205	,003
Αίσθημα κενού (empty)	,253	,000
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	,124	,076
<hr/>		
Συνολική Βαθμολογία Εσωτερικής Ντροπής (Experience of Shame Scale - ESS)	,170	,015
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	,165	,019
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	,134	,056
Σωματική ντροπή (bodily shame)	,170	,015

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ της κλίμακας GOHAI και της συνολικής βαθμολογίας εσωτερικής ντροπής (Experience of Shame Scale - ESS) ($P = 0,015$), της χαρακτηρολογικής ντροπής (characterological shame) ($P = 0,019$) και της σωματικής ντροπής (bodily shame) ($P = 0,015$).

Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ($P < 0,10$), προέκυψε μεταξύ της κλίμακας GOHAI και της αντίληψης του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes - oas) ($P = 0,076$) και της συμπεριφορικής ντροπής (behavioral shame) ($P = 0,056$).

6. Συζήτηση

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει η προσπάθεια της συζήτησης των ευρημάτων της παρούσας μελέτης με αποτελέσματα άλλων παρόμοιων μελετών τόσο ελληνικών όσο και διεθνών.

6.1. Οριοθετήσεις

Πριν τη συζήτηση θεωρείται απαραίτητο να τοποθετούμε σχετικά με τους περιορισμούς της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης και των αποτελεσμάτων της. Τα ευρήματα της μελέτης αφορούν το συγκεκριμένο δείγμα και δεν μπορούν να γενικευτούν για όλους τους Έλληνες ηλικιωμένους, μια και οι συμμετέχοντες καταγόταν από την περιφέρεια της Ηπείρου. Εκτός αυτού, το δείγμα είναι ιδιαίτερα μικρό και θα ήταν σημαντικό σε έναν δεύτερο χρόνο να επαναληφθεί η έρευνα σε μεγαλύτερο πληθυσμό.

6.2. Σχέση της ποιότητας της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και των κοινωνικο-δημογραφικών τους στοιχείων

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν στατιστικά υψηλότερες τιμές ποιότητας στοματικής υγείας είναι εκείνα που παίρνουν σύνταξη, θεωρούν ότι η σύνταξή τους είναι καλή, στον παρόντα χρόνο δεν εργάζονται για χρήματα, δεν έχουν κόρη, έχουν κόρη αλλά δεν ζει κοντά τους, δεν κάνουν διακοπές το καλοκαίρι. Τα συγκεκριμένα ευρήματα ενισχύονται από μελέτες που αναδεικνύουν ότι οι φτωχότερες χώρες και οι εθνικές μειονότητες εξακολουθούν να επιδεικνύουν ανισότητες στην οδοντιατρική και η οδοντιατρική πρέπει να προσπαθήσει να ενημερώσει αλλά και να εκπαιδεύσει τον πληθυσμό με προληπτικά προγράμματα για να προσφέρει από μικρή ηλικία μία επιτυχημένη στοματική υγεία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής⁸. Ακόμη, συμφωνούν με τη μελέτη των Friedman et al., (2014)⁹, που κατέδειξε πως υπάρχουν αρκετές ανισότητες στη

στοματική υγιεινή ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμών κατά τη γήρανση οι οποίες αφορούν την έλλειψη δοντιών, τη χρήση προσθετικών εργασιών και της θεραπείας τερηδονισμένων δοντιών.

Επίσης, από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν στατιστικά υψηλότερες τιμές ποιότητας στοματικής υγείας είναι εκείνα που δεν έχουν κόρη, έχουν κόρη αλλά δεν ζει κοντά τους, δεν κάνουν διακοπές το καλοκαίρι και δεν έχουν φίλους. Τα συγκεκριμένα ευρήματα δεν συμφωνούν με μελέτες που διαπιστώνουν ότι οι άνθρωποι με τέσσερις έως έξι στενούς φίλους έχουν λιγότερα χαλασμένα δόντια και λιγότερες πιθανότητες χαλασμένων δοντιών από εκείνους που έχουν λιγότερους φίλους και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι κοινωνικές σχέσεις συνδέονται με τους δείκτες της καλής στοματικής υγιεινής και την υποκειμενική στοματική υγεία²⁸.

Στη μελέτη μας, διαπιστώθηκε ότι οι αναλφάβητοι και απόφοιτοι δημοτικού παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα στοματικής υγείας ($24,19 \pm 9,37$ και $21,00 \pm 10,33$ αντίστοιχα) σε σχέση με τους απόφοιτους Λυκείου και ΑΕΙ. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα των Friedman et al., (2014)⁹ κατέδειξαν πως υπάρχουν αρκετές ανισότητες στη στοματική υγιεινή που σχετίζονται με τα επίπεδα εκπαίδευσης.

Στη μελέτη μας εξετάστηκαν οι κοινωνικές σχέσεις και οι κοινωνικές δομές όπως οικογενειακή κατάσταση και φίλοι (αριθμός) χωρίς να παρουσιαστούν στατιστικές διαφοροποιήσεις στην τιμή της κλίμακας GOHAI – GR και της οικογενειακής τους κατάστασης. Τα αποτελέσματά μας έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που κατέδειξαν ότι τα χήρα ή τα διαζευγμένα/ εν διαστάσει άτομα είχαν λιγότερο υγιή και μεγαλύτερο αριθμό δοντιών από εκείνα που ζούσαν με έναν σύντροφο ή που ήταν παντρεμένα.²⁸

Τέλος στη συγκεκριμένη ενότητα από τη συγκεκριμένη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα στοματικής υγείας, χωρίς βέβαια στατιστική διαφορά. Το συγκεκριμένο εύρημα ενισχύεται και από άλλη μελέτη που σε δείγμα 1865 ενηλίκων (από τους οποίους 1049 γυναίκες και 816 άντρες) είχε σαν σκοπό να καθορίσει τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στη στοματική υγεία σχετίζονται με το φύλο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν ότι η στοματική υγεία είχε μεγαλύτερο αντίκτυπο σε σχέση με τους άντρες στην ποιότητα ζωής τους γενικά έχοντας μεγαλύτερο αρνητικό αντίκτυπο ($p < 0,01$), και μεγαλύτερο θετικό αντίκτυπο ($p < 0,05$). Οι γυναίκες αντιλαμβανόταν ότι η στοματική υγιεινή ήταν επιβλαβής για τα οικονομικά τους ($p < 0,05$), προκαλούσε περισσότερο πόνο ($p < 0,05$), αμηχανία ($p < 0,05$), σε σχέση με τους άντρες. Οι γυναίκες συνειδητοποίησαν ότι η στοματική υγεία βελτιώνει τη γενική ευημερία τους ($p < 0,01$), την εμφάνισή τους ($p < 0,01$), τις διαθέσεις τους ($p < 0,05$), και γενικά βελτιώνει την ποιότητα υγείας τους ($p < 0,05$). Σαν συμπέρασμα προκύπτει ότι

υπάρχουν διαφορές στις κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της στοματικής υγείας σε σχέση με το φύλο⁴³.

6.3. Σχέση της ποιότητας της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και των χρόνιων προβλημάτων και στάσεων υγείας

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν στατιστικά υψηλότερες τιμές ποιότητας στοματικής υγείας είναι εκείνα που έχουν υπέρταση, έχουν περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες και όσοι χαρακτηρίζουν τον εαυτό τους άτομο με φοβίες, προσέχουν την καθαριότητά τους και προσέχουν την εμφάνισή τους. Μια πιθανή ερμηνεία αφορά στα νευρωτικά στοιχεία του χαρακτήρα των ατόμων με αυτά τα χρόνια προβλήματα και στα ψυχαναγκαστικά τους στοιχεία που τους οδηγούν στην καθημερινή φροντίδα των δοντιών αλλά και λόγω της τελειομανίας μας οδηγούνται στο να φροντίζουν συχνότερα και καλύτερα τη στοματική τους κοιλότητα. Δεν υπάρχουν παρόμοιες μελέτες διεθνώς για να μπορέσουμε να συζητήσουμε τα συγκεκριμένα αποτελέσματα.

6.4. Σχέση της ποιότητας της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν μέση ποιότητα στοματικής υγείας (όσοι έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 20 έως και 40) εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες τιμές τόσο στην εξωτερική ντροπή όσο και στην εσωτερική καθώς και σε όλες τους τις υποκλίμακες. Πιο συγκεκριμένα: α) όσον αφορά στην εξωτερική ντροπή: Οι συμμετέχοντες που έχουν χαμηλή ποιότητα στοματικής υγείας (όσοι έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 0 έως και 20) εμφανίζουν τα χαμηλότερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής τόσο στη συνολική της τιμή όσο και στις υποκλίμακες της εξαιρώντας την υποκλίμακα Mistakes. Οι δε, συμμετέχοντες στους οποίους διαπιστώθηκαν τα υψηλότερα επίπεδα στοματικής υγείας (όσοι έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 40 έως και 60) εμφάνισαν στατιστικά τα δεύτερα υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής τόσο στη συνολική της τιμή όσο και στις υποκλίμακες της εξαιρώντας την υποκλίμακα Mistakes.

β) όσον αφορά στην εσωτερική ντροπή: Οι συμμετέχοντες που έχουν χαμηλή ποιότητα στοματικής υγείας (όσοι έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 0 έως και 20) εμφανίζουν τα χαμηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής τόσο στη συνολική της τιμή όσο και στις υποκλίμακες της. Οι δε, συμμετέχοντες στους οποίους διαπιστώθηκαν τα υψηλότερα επίπεδα στοματικής υγείας (όσοι έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 40 έως

και 60) εμφάνισαν στατιστικά τα δεύτερα υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής τόσο στη συνολική της τιμή όσο και στις υποκλίμακές της. Τα παρόντα ευρήματα ενισχύονται και από άλλη μελέτη²³ που αναδεικνύουν ότι μια αντίληψη των ηλικιωμένων σχετικά με τη στοματική υγεία και τη στοματική περίθαλψη είναι ότι μία οδοντιατρική επίσκεψη δεν αφορά μόνο το στόμα και τα δόντια αλλά περιέχει αισθήματα όπως ελπίδα και φόβο από τις εμπειρίες του παρελθόντος. Η στοματική κοιλότητα αντιπροσωπεύει τον κοινωνικό χαρακτήρα ενός ατόμου. Οι αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία προκαλούν τα άτομα να αντιπροσωπεύονται από τις κοινωνικές ιδεατές εικόνες της νεολαίας και της τελειότητας (το τέλειο χαμόγελο). Το δίλημμα στοματική περίθαλψη με προσωπικό και οικονομικό κόστος λύνεται με την ιδιαιτερότητα αλλά και την αποφασιστικότητα του κάθε ηλικιωμένου ανθρώπου. Σημασία έχει ακόμα ο τρόπος που θα αντιμετωπιστεί ο ηλικιωμένος από τον επαγγελματία υγείας σε αυτήν την ευάλωτη στιγμή. Ακόμη συμφωνούν με τη μελέτη των Klages et al., (2004)⁴⁵ που διαπίστωσαν ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της στοματικής αισθητικής και της κοινωνικής εμφάνισης και μάλιστα περισσότερο στους ερωτηθέντες με υψηλό δημόσιο και ατομικό αυτοσυνείδητο σε σχέση με τα άτομα με χαμηλό αυτοσυνείδητο. Στην έρευνα αυτή, ο δείκτης της ποιότητας ζωής της στοματικής υγείας (OHQoL) εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας μία τροποποίηση της κλίμακας "ανησυχία κοινωνικής ασφάλισης" και "απόρριψη της εμφάνισης" και μία νέα οδοντιατρική κλίμακα αυτοπεποίθησης. Ακόμα χρησιμοποιήθηκαν οι ατομικές και δημόσιες κλίμακες αυτοσυνειδησίας. Τα συμπεράσματα αναδεικνύουν ότι οι μικρές διαφορές στην οδοντιατρική αισθητική μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην αντιλαμβανόμενη επίδραση της ποιότητας στοματικής υγείας (OHQoL), ιδιαίτερα στα άτομα με υψηλή ευσυνειδησία⁴⁵.

7. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη οδηγούν σε σοβαρούς λόγους συζήτησης της σπουδαιότητας της στοματικής υγείας στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν τα παρακάτω:

Τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν στατιστικά υψηλότερες τιμές ποιότητας στοματικής υγείας είναι εκείνα που παίρνουν σύνταξη, θεωρούν ότι η σύνταξή τους είναι καλή, στον παρόντα χρόνο δεν εργάζονται για χρήματα, δεν έχουν κόρη, έχουν κόρη αλλά δεν ζει κοντά τους, δεν κάνουν διακοπές το καλοκαίρι.

Τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν στατιστικά υψηλότερες τιμές ποιότητας στοματικής υγείας είναι εκείνα που έχουν υπέρταση, έχουν περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες και όσοι χαρακτηρίζουν τον εαυτό τους άτομο με φοβίες, προσέχουν την καθαριότητά τους και προσέχουν την εμφάνισή τους.

Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν μέση ποιότητα στοματικής υγείας (όσοι έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 20 έως και 40) εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες τιμές τόσο στην εξωτερική ντροπή όσο και στην εσωτερική καθώς και σε όλες τους τις υποκλίμακες.

Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν χαμηλή ποιότητα στοματικής υγείας (όσοι έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 0 έως και 20) εμφανίζουν τα χαμηλότερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής τόσο στη συνολική της τιμή όσο και στις υποκλίμακές της εξαιρώντας την υποκλίμακα Mistakes.

Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν υψηλότερα επίπεδα στοματικής υγείας (όσοι έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 40 έως και 60) εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής τόσο στη συνολική της τιμή όσο και στις υποκλίμακές της εξαιρώντας την υποκλίμακα Mistakes.

Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν χαμηλή ποιότητα στοματικής υγείας (όσοι έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 0 έως και 20) εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής τόσο στη συνολική της τιμή όσο και στις υποκλίμακές της.

Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν υψηλότερα επίπεδα στοματικής υγείας (όσοι έλαβαν τιμή στην κλίμακα GOHAI – GR πάνω από 40 έως και 60) εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής τόσο στη συνολική της τιμή όσο και στις υποκλίμακές της.

Συμπερασματικά, καταλήγουμε σε μια γενική διαπίστωση, ότι πρέπει να αναπτυχθεί μία στρατηγική για τη στοματική υγιεινή η οποία θα πρέπει να περιορίσει τη νοσηρότητα στη μακροχρόνια περίθαλψη και να βοηθήσει με επιτυχία τον αδύναμο ηλικιωμένο και εξαρτώμενο πληθυσμό, μια και η ποιότητα της στοματικής υγείας συνδέεται άμεσα με τα ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά αυτής της ηλικιακής ομάδας.

Βιβλιογραφία

1. Kiyak Asuman H. (2000). Successful Aging: Implications for Oral Health. *Public Health Dentistry*, Volume 60, Issue 4, 276–281.
2. Bulgarelli, A. F., & Manço, A. R. X. (2008). A population of elderly and their satisfaction with their oral health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1165-1174.
3. Daly, B., Newton, T., Batchelor, P., & Jones, K. (2010). Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community dentistry and oral epidemiology*, 38(2), 136-144.
4. European Commission-Employment, Social Affairs & Inclusion: Publicationscatalogue,2012.http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf.
5. Tesch-Roemer, C. (2012). *Active ageing and quality of life in old age*. UN.
6. Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21(s1).
7. Beaumont, J. G., & Kenealy P. (2003). Quality of life of healthy older people: Residential setting and social comparison processes. *GO findings 20, growing older Programme*. Sheffield: University of Sheffield.
8. Atchison, K. A., & Andersen, R. M. (2000). Demonstrating successful aging using the International Collaborative Study for oral health outcomes. *Journal of public health dentistry*, 60(4), 282-288.
9. Friedman, P. K., Kaufman, L. B., & Karpas, S. L. (2014). Oral Health Disparity in Older Adults. *Dental Clinics*, 58(4), 757-770.
10. MacEntee, M. I. (2000). Oral Care for Successful Aging in Long-term Care. *Journal of Public Health Dentistry*, 60(4), 326-329.
11. Monaghan, N. P., & Morgan, M. Z. (2015). What proportion of dental care in care homes could be met by direct access to dental therapists or dental hygienists?. *British dental journal*, 219(11), 531.
12. Shiraishi, A., Yoshimura, Y., Wakabayashi, H., & Tsuji, Y. (2017). Poor oral status is associated with rehabilitation outcome in older people. *Geriatrics & gerontology international*, 17(4), 598-604.
13. Petelin, M., Cotič, J., Perkič, K., & Pavlič, A. (2012). Oral health of the elderly living in residential homes in Slovenia. *Gerodontology*, 29(2).

14. Poisson, P., Laffond, T., Campos, S., Dupuis, V., & Bourdel-Marchasson, I. (2016). Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients. *Gerodontology*, 33(2), 161-168.
15. Okabe, Y., Furuta, M., Akifusa, S., Takeuchi, K., Adachi, M., Kinoshita, T., ... & Yamashita, Y. (2016). Swallowing function and nutritional status in Japanese elderly people receiving home-care services: A 1-year longitudinal study. *The journal of nutrition, health & aging*, 20(7), 697-704.
16. Chen X., Clark J. J. J., Naorungroj S. (2012). Oral health in nursing home residents with different cognitive statuses. *Gerontology*, 30(1), 49–60.
17. Weening-Verbree, L., Huisman-de Waal, G., van Dusseldorp, L., van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2013). Oral health care in older people in long term care facilities: a systematic review of implementation strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 50(4), 569-582.
18. Pihlajamäki, T., Syrjäälä, A.M., Laitala, M.L., Pesonen, P., Virtanen, J.I. (2016). Oral health care-related beliefs among Finnish geriatric home care nurses, *Int J Dent Hyg*, 14(4), 289-294.
19. Delgado, A.M., Prihoda, T., Nguyen, C., Hicks, B., Smiley, L., Taverna, M. (2016). Professional Caregivers' Oral Care Practices and Beliefs for Elderly Clients Aging In Place, *J Dent Hyg*, 90(4), 244-8.
20. Johnson, I.G., Morgan, M.Z., Monaghan, N.P., Karki, A.J. (2014). Does dental disease presence equate to treatment need among care home residents, *J Dent*, 42(8), 929-37.
21. Critchlow, D. (2016). Diagnosis of oral diseases in the housebound patient, *Br J Community Nurs*, 21(12), 623-630.
22. Baumgartner, W., Schimmel, M., Müller F. (2015). Oral health and dental care of elderly adults dependent on care, *Swiss Dent J*, 125(4):417-26.
23. McKenzie-Green, B., Giddings, L. S., Buttle, L., & Tahana, K. (2009). Older peoples' perceptions of oral health: 'it's just not that simple'. *International journal of dental hygiene*, 7(1), 31-38.
24. Montross L, Depp C, Daly J, Golshan S, Moore D. (2006). Correlates of self-rated successful ageing among community dwelling older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*; 14(1), 43 – 51.
25. Hogan DB, Ebly EM, Fung TS. (1999). Disease, Disability and Age in cognitively intact seniors: Results from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A* *boil Sci Med Sci*54(92):M27-M82.

26. Albert, M.S., Jones, K., Savage, C.R., Berkman, L., Seeman, T., Blazer, D., & Rowe, J.W. (1995). Predictors of cognitive change in older persons: MacArthur studies of successful aging. *Psychology of Aging*, 10, 578–589.
27. Rodin, J. & McAvay, G. (1992). Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *Journal of Gerontology*, 47, 373–384.
28. Tsakos G., Sabbah W., Chandola T., Newton T., Kawachi I., Aida J., Sheiham A., Marmot M. G., Watt R.G. (2013). Social Relationships and Oral Health Among Adults Aged 60 Years or Older. *Psychosomatic Medicine*, 75(2), 178–186.
29. Niesten, D., Witter, D., Bronkhorst, E., & Creugers, N. (2016). Oral health-related quality of life and associated factors in a care-dependent and a care-independent older population. *Journal of Dentistry*, 55, 33-39.
30. Jokovic, A., & Locker, D. (1997). Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *Journal of Public Health Dentistry*, 57(1), 40-47.
31. Burt B. (1982). Prevalence of oral disease. *J Am Dent Assoc*, 105(3),442-444.
32. Burt B. (1983). The epidemiology of oral disease. In *Dentistry, dental practice and the community*, Eds D. Striffler, W. Young & B. Burt. Philadelphia: W. B. Saunders.
33. Sheiham A, Maizels J, Maizels A. (1987). New composite indicators of dental health. *Community Dent Health*, 4(4), 407-14.
34. Reisine S. (1984): Dental disease and work loss. *J Dent Res*, 63(9), 1158-61.
35. Sheiham, A., & Croog, S. H. (1981). The psychosocial impact of dental diseases on individuals and communities. *Journal of behavioral medicine*, 4(3), 257-272.
36. Locker, D., & Grushka, M. (1987). Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. *Community dentistry and oral epidemiology*, 15(3), 169-172.
37. Reisine S. (1985). Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *Am J Public Health*, 75(1), 27-30.
38. Locker D, Jokovic A, Payne B. (1997). Life circumstances, lifestyles and oral health among older Canadians. *Community Dent Health*, 14(4), 214-20.
39. Locker D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*, 5(1), 3-18. Review
40. Heydari J., Khani s., Shahhosseini Z. (2012). Health-related quality of life of elderly living in nursing home and homes in a district of Iran: Implications for policy makers. *Indian Journal of Science and Technology*, 5, 2782-2787.
41. Wilson, R.S., Mendes de Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A., & Bennett, D.A. (2002). Participation in cognitively stimulating

- activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 287: 742–748.
42. Hulstsch, D.F., Hertzog, C., Small, B.J., & Dixon, R.A. (1999). Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychology of Aging*, 14, 520–527.
 43. Mc Grath, C., & Bedi, R. (1999). Gender variations in the social impact of oral health. *Journal of the Irish Dental Association*, 46(3), 87-91.
 44. Shtereva, N. (2006). Aging and oral health related to quality of life in geriatric patients. *Rejuvenation research*, 9(2), 355-357.
 45. Klages, U., Bruckner, A., & Zentner, A. (2004). Dental aesthetics, self-awareness, and oral health-related quality of life in young adults. *The European Journal of Orthodontics*, 26(5), 507-514.
 46. Rodakowska, E., Mierzyńska, K., Bagińska, J., & Jamiołkowski, J. (2014). Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*, 14(1), 106.
 47. Tsakos, G., Marcenes, W., & Sheiham, A. (2004). The relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population. *Oral health & preventive dentistry*, 2(3).
 48. Maupomé, G., & MacEntee, M. I. (1998). Prosthodontic profiles relating to economic status, social network, and social support in an elderly population living independently in Canada. *The Journal of prosthetic dentistry*, 80(5), 598-604.
 49. Larsson, P. (2010). *Methodological studies of orofacial aesthetics, orofacial function and oral health-related quality of life*. Malmö University, Departments of Stomatognathic Physiology and Prosthetic Dentistry.
 50. Mills, R. S. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25(1), 26-63.
 51. Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L. & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256–1269.
 52. Wicker, F. W., Payne, G. C., & Morgan, R. D. (1983). Participant descriptions of guilt and shame. *Motivation and emotion*, 7(1), 25-39.
 53. Andrews, G. E. (1998). *The theory of partitions* (No. 2). Cambridge university press.
 54. Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29-42.

55. Andrews, B., & Hunter, E. (1997). Shame, early abuse and course of depression in a clinical sample: A preliminary study. *Cognition and Emotion*, 11, 373–381.
56. Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews, (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 3–38). New York: Oxford University Press.
57. Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E. (2004). When the social self is threatened: Shame, physiology, and health. *Journal of personality*, 72(6), 1191-1216.
58. Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review.
59. Δερμιτζάκη & Γκούβα (2013). Η διασύνδεση της σεξουαλικότητας των ηλικιωμένων με τους ψυχολογικούς παράγοντες στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Διπλωματική Εργασία στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Αντιμετώπιση του Πόνου» Ιατρική Σχολή, Παν/μίου Ιωαννίνων.
60. Henning Abrahamsson, K., Berggren, U., & Carlsson, S. G. (2000). Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. *Acta Odontologica Scandinavica*, 58(1), 37-43.
61. Locker, D. (2003). Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(2), 144-151.
62. Halvari, A. E., Halvari, H., Bjørnebekk, G., & Deci, E. L. (2013). Oral health and dental well-being: testing a self-determination theory model. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(2), 275-292.
63. McKenzie-Green, B., Giddings, L. S., Buttle, L., & Tahana, K. (2009). Older peoples' perceptions of oral health: 'it's just not that simple'. *International journal of dental hygiene*, 7(1), 31-38.
64. World Health Organization. (1948). World health organization constitution. *Basic documents*, 1.
65. Engel George, L. (1977). The need for a new medical model/Engel, George L. *Washington: Science*, 196, 129-136.
66. Gift, H. C., Atchison, K. A., & Dayton, C. M. (1997). Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Social science & medicine*, 44(5), 601-608.
67. 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.
68. Scully, C. (2000). Oral health in America: a report of the Surgeon General, 1-308

69. Coulter, I. D., Marcus, M., & Atchison, K. A. (1994). Measuring oral health status: theoretical and methodological challenges. *Social Science & Medicine*, 38(11), 1531-1541.
70. Davis, P. (1976). Compliance structures and the delivery of health care: the case of dentistry. *Social Science & Medicine (1967)*, 10(6), 329-337.
71. Atchison, K. A., Der-Martirosian, C., & Gift, H. C. (1998). Components of Self-reported Oral Health and General Health in Racial and Ethnic Groups. *Journal of public health dentistry*, 58(4), 301-308.
72. Atchison, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of the geriatric oral health assessment index. *Journal of dental education*, 54(11), 680-687.
73. Locker, D., Matear, D., Stephens, M., & Jokovic, A. (2002). Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community dental health*, 19(2), 90-97.
74. Hassel, A. J., Rolko, C., Koke, U., Leisen, J., & Rammelsberg, P. (2008). A German version of the GOHAI. *Community dentistry and oral epidemiology*, 36(1), 34-42.
75. Hägglin, C., Berggren, U., & Lundgren, J. (2004). A Swedish version of the GOHAI index. Psychometric properties and validation. *Swedish dental journal*, 29(3), 113-124.
76. Tubert-Jeannin, S., Riordan, P. J., Morel-Papernot, A., Porcheray, S., & Saby-Collet, S. (2003). Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community dentistry and oral epidemiology*, 31(4), 275-284.
77. Gkavela, G., Kossioni, A., Lyrakos, G., Karkazis, H., & Volikas, K. (2015). Oral health related quality of life in older people: Preliminary validation of the Greek version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *European Geriatric Medicine*, 6(3), 245-250.
78. Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17 (5), p. 713- 717.
79. Gouva M, Paschou A, Kaltsouda A, Dragioti E, Paralikas T, Mantzoukas S, et al. (2016). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS). *Interscientific Health Care*. 8(4):159-164.
80. Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). Emotions and social behavior. *Shame and guilt*. New York: Guilford Press, 10(9781412950664), n388.
81. Gouva M, Kaltsouda A, Paschou A, Dragioti E, Kotrotsiou S, Mantzoukas S, et al. (2016). Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS). *Interscientific Health Care*. 8(4):.151-158.

82. Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
83. Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
84. Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
85. Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
86. Ιωαννίδης, Ι.Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.