



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)**

Διπλωματική εργασία

**“Αποτίμηση ποιότητας ζωής χρηστών ολικών οδοντοστοιχιών έναντι
χρηστών μερικών οδοντοστοιχιών ατόμων με προβλήματα νωδότητας. Η
περίπτωση του Κ.Υ. Άρτας”**

Αναστασία Φάκου

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Χατζίκου Μαγδαληνή- Αφροδίτη

Άρτα, Μάιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική δημιουργία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημοσίου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής του διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δε σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή έγγραφη προηγούμενη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

**“Αποτίμηση ποιότητας ζωής χρηστών ολικών οδοντοστοιχιών έναντι
χρηστών μερικών οδοντοστοιχιών ατόμων με προβλήματα νωδότητας. Η
περίπτωση του Κ.Υ. Άρτας”**

Αναστασία Φάκου

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Χατζίκου Μαγδαληνή Αφροδίτη

Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ

Συν-επιβλέπων Καθηγητής:

Βαρβατσουλάκης Ιωάννης

Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ

Άρτα, Μάιος 2026

Ευχαριστίες

Εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες:

Στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Κα Μαγδαληνή Αφροδίτη Χατζίκου για τη στήριξη, τις πολύτιμες συμβουλές, τη συμπαράσταση και την υπομονή την οποία επέδειξε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου.

Στον Διευθυντή Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκησης Μονάδων Υγείας του ΕΑΠ Κο Πέτρο Κωσταγιόλα για την ανταπόκριση και συνεργασία.

Στον καθηγητή Παιδοδοντίας του ΕΚΠΑ Κο Ουλή Κωνσταντίνο για την ευγενική παραχώρηση άδειας χρησιμοποίησης του μεταφρασμένου στα ελληνικά ερωτηματολογίου OHIP-14.

Στο Επιστημονικό Συμβούλιο της ΠΦΥ της 6^{ης} ΥΠΕ για την έγκριση συλλογής των ερευνητικών δεδομένων μου.

Στους ασθενείς μου στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Κ.Υ. Άρτας για την προθυμία με την οποία δέχθηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνά μου.

Τέλος στη οικογένειά μου, τις κόρες μου με τις οποίες σπουδάζουμε παράλληλα και αγωνιούμε μαζί για τις ακαδημαϊκές μας επιδόσεις αλλά και το σύζυγό μου για την υποστήριξή του, ώστε να αφοσιωθώ στις απαιτήσεις της συγγραφικής μου προσπάθειας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η απώλεια δοντιών και η χρήση οδοντοστοιχιών είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και τη στοματική υγεία των ασθενών. Η λειτουργικότητα, το αισθητικό αποτέλεσμα και η καλή αποδοχή των οδοντικών προσθετικών αποκαταστάσεων μπορεί να επηρεάσουν την κοινωνικότητα, την αλληλεπίδραση ακόμη και την ψυχική υγεία των ατόμων που χρησιμοποιούν ολικές ή μερικές οδοντοστοιχίες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν υπάρχουν διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ των χρηστών ολικών και μερικών οδοντοστοιχιών καθώς και αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της στοματικής υγείας των ασθενών που χρησιμοποιούν κινητές προσθετικές αποκαταστάσεις. Επίσης επιχειρήθηκε να διερευνηθεί αν διάφοροι δημογραφικοί (ηλικία, φύλο, εισόδημα) κλινικοί (διαβήτης) ή παράγοντες συμπεριφοράς (κάπνισμα) επηρεάζουν τη γενική και τη στοματική ποιότητα ζωής.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική συγχρονική έρευνα στο οδοντιατρικό τμήμα του Κέντρου Υγείας Άρτας. Οι 99 ασθενείς οι οποίοι επιλέχθηκαν, ήταν παλιοί χρήστες οδοντοστοιχιών οι οποίοι προσήλθαν στο Κ. Υ. για αλλαγή ή επιδιόρθωση οδοντοστοιχίας ή είχαν πρόσφατα κατασκευάσει ολική ή μερική οδοντοστοιχία στο Κ.Υ. Άρτας και επανήλθαν για επανεξέταση. Στους ασθενείς αυτούς δόθηκαν προς συμπλήρωση τα ερωτηματολόγια EQ-5D-5L, VAS και OHIP-14 καθώς πίνακας συμπλήρωσης δημογραφικών στοιχείων. Επίσης καταγράφηκε αν ήταν καπνιστές ή αν έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο ως το Φεβρουάριο του 2026.

Αποτελέσματα: Το σκορ για το EQ-5D-5L είχε Μέση Τιμή (MT) 0,70 με Τυπική Απόκλιση (SD) 0,21. Η MT, ενώ για το VAS 70,58 με SD 20,05. Οι χρήστες ολικών οδοντοστοιχιών παρουσίασαν MT σκορ για το EQ-5D-5L ερωτηματολόγιο 0,70 και για το VAS 68,78 ενώ οι χρήστες μερικών οδοντοστοιχιών, τιμές 68,78 και 72,07 αντίστοιχα. Το OHIP-14 παρουσίασε μέση τιμή 15,87 μονάδες (SD 10,34). Η MT σκορ ανά ομάδα χρηστών ήταν 16,23 για τις ολικές και 15,57 για τις μερικές οδοντοστοιχίες. Η στοματική υγεία είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της γενικής ποιότητας ζωής ($b=-0,214$, $p=0,027$), με στατιστικά σημαντικούς συντελεστές την ηλικία ($b=-0,269$, $p=0,007$) και το φύλο ($b=-0,285$, $p=0,005$).

Συμπεράσματα: Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους χρήστες ολικών και μερικών οδοντοστοιχιών ως προς την ποιότητα ζωής και τη στοματική υγεία. Επίσης όσον αφορά τις ολικές οδοντοστοιχίες, προέκυψε ότι οι χρήστες με χαμηλά επίπεδα στοματικής υγείας παρουσίαζαν χειρότερη γενική ποιότητα ζωής. Επιπρόσθετα η γενική

ποιότητα ζωής των χρηστών επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο και τη στοματική υγεία, ενώ οι άντρες εμφάνιζαν καλύτερη γενική ποιότητα ζωής από τις γυναίκες.

Λέξεις κλειδιά: Μερικές Οδοντοστοιχίες, Ολικές Οδοντοστοιχίες, Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία, Στοματική Υγεία, EQ-5D-5L, OHIP-14, VAS.

Abstract

Introduction: Teeth loss and denture use are factors that affect patients' quality of life and oral health. The functionality, aesthetic result and positive acceptance of dental prosthetic restorations may affect the sociability, interactions, and even the mental health of complete or partial dentures users.

Aim: This survey aims at investigating the possible differences between the quality of life of complete and partial denture users, as well as the extent to which there is a statistically significant association between the quality of life and oral health of patients who use removable prosthetic restorations. It also attempts to examine whether certain demographic (age, sex, income), clinical (diabetes) or behavioral factors (smoking) affect the general and oral quality of life.

Materials and Methods: Quantitative cross - sectional research was conducted in the dentistry department Arta Health Centre. The 99 patients selected were prior users of dentures who visited the H.C for denture replacement or reparation, or had recently constructed complete or partial dentures in the H.C. of Arta and returned for a reexamination. These patients were given the questionnaires EQ-5D-5L, VAS and OHIP-14, as well as a table for demographic data for completion. Potential smokers or diabetic penitents were also registered. The survey was conducted from January to February 2026.

Results: The EQ-5D-5L scored a Mean (M) of 0.70 with Standard Deviation (SD) 0.21. The VAS M was 70.58 with SD 20,05. Complete denture users demonstrated M 0.70 for the EQ-5D-5L questionnaire, and 68,78 for the VAS, while partial denture users 68,78 and 72,07 scores respectively. OHIP-14 demonstrated M 15,87 (SD 10,34). The Mean score per user group was 16.23 for the complete and 15,57 for the partial dentures. Oral health is a potential statistically significant prediction factor for the general quality of life ($b=-0.214$, $p=0.027$), with statistically important contributors being age, ($b=-0.269$, $p=0.007$) and sex ($b=-0.285$, $p=0.005$).

Conclusions: No statistically significant differences were detected between complete and partial denture users in terms of their quality of life and oral health. As far as complete dentures are concerned, it appears that users with lower levels of oral health demonstrated worse general quality of life. Quality of life is additionally affected by age, sex and oral health, with men displaying a generally better quality of life compared to women.

Key words: Partial Dentures, Complete Dentures, Health Related Quality of Life, Oral Health Related Quality of Life, EQ-5D-5L, OHIP-14, VAS.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη	5
Abstract.....	7
Κατάλογος πινάκων	10
Κατάλογος γραφημάτων	11
Συντομογραφίες και Ακρωνύμια.....	12
1. Εισαγωγή.....	14
1.1 Ποιότητα ζωής	14
1.2 Προσθετικές αποκαταστάσεις και ποιότητα ζωής.....	15
2. Ιστορική αναδρομή κατασκευής κινητών οδοντοστοιχιών	17
2.1 16 ^{ος} αιώνας.....	17
2.2 17ος αιώνας.....	17
2.3 18ος αιώνας.....	18
2.4 19ος αιώνας.....	19
2.5 20ος αιώνας.....	19
3. Περιγραφή οδοντοστοιχιών – εξέλιξη στη σύγχρονη εποχή	21
3.1 Ενδείξεις εφαρμογής ΜΟ	22
4. Επιδημιολογικά στοιχεία - Ενσωμάτωση της κινητής οδοντικής προσθετικής στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).....	25
4.1 Στοματικά νοσήματα και γενική υγεία	25
4.2 Στελέχωση Ε.Σ.Υ με οδοντιατρικό και οδοντοτεχνικό προσωπικό	26
5. Ποιότητα ζωής.....	28
5.1 Ενσωμάτωση ποιότητας ζωής στην οικονομική αξιολόγηση.....	28
5.2 Ανάλυση ελαχιστοποίησης-κόστους.....	29
5.3 Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας	29
5.4 Ανάλυση κόστους-οφέλους	29
5.5 Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας.....	29
6. Εργαλεία μέτρησης QoL	32
6.1 Γενικά εργαλεία.....	32
6.2 Ειδικά εργαλεία	33
6.3 Εργαλεία που παράγουν χρησιμότητες	34
6.4 Το EQ-5D-5L ως εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής	35
6.5 EQ-Οπτική Αναλογική Κλίμακα VAS	36

6.6	OHIP-14 (Oral Health Impact Profile).....	37
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		38
7.	Εργαλεία έρευνας.....	38
7.1	Ερευνητικά ερωτήματα	38
7.2	Μεθοδολογία.....	39
7.3	Περιγραφή δείγματος.....	39
8.	Αποτελέσματα Έρευνας	40
9.	Επαγωγική στατιστική ανάλυση	55
10.	Συζήτηση	62
10.1	Περιορισμοί	66
11.	Συμπεράσματα.....	67
Βιβλιογραφία		68
Παράρτημα 1: Έγκριση Συλλογής Δεδομένων.....		76
Παράρτημα 2: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου OHIP-14.....		77
Παράρτημα 3: Αλλαγή τίτλου Διπλωματικής Εργασίας		78
Παράρτημα 4: Δήλωση τήρησης Εχεμύθειας		79
Παράρτημα 5: Δημογραφικά στοιχεία.....		80
Παράρτημα 6: Ερωτηματολόγια		81
Παράρτημα 7: Στατιστικά στοιχεία 6ης ΥΠΕ		85
Παράρτημα 8: Στατιστικά στοιχεία 7ης ΥΠΕ		86

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1 Δημογραφικά δεδομένα δείγματος.....	40
Πίνακας 2 EQ-5D-5L index value και αυτό-αξιολόγηση των συμμετεχόντων	42
Πίνακας 3 Αναλυτικές απαντήσεις των εργαζομένων στο ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L.....	42
Πίνακας 4 EQ-5D-5L index value και αυτό-αξιολόγηση των συμμετεχόντων ανά ομάδα ασθενών	44
Πίνακας 5 Αναλυτικές απαντήσεις των εργαζομένων στο ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L ανά ομάδα ασθενών	44
Πίνακας 6 Συνολικό σκορ για τη στοματική υγεία των συμμετεχόντων	46
Πίνακας 7 Απαντήσεις ερωτηματολογίου OHIP-14	46
Πίνακας 8 Συνολικό σκορ για τη στοματική υγεία των συμμετεχόντων ανά ομάδα ασθενών	50
Πίνακας 9 Απαντήσεις OHIP 14 ανά ομάδα ασθενών χρηστών οδοντοστοιχίας.....	51
Πίνακας 10 Έλεγχος κανονικής κατανομής.....	55
Πίνακας 11 Πίνακας συσχετίσεων ανά ομάδα χρηστών οδοντοστοιχίας.....	55
Πίνακας 12 Σύνοψη μοντέλου	56
Πίνακας 13 Ανάλυση μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης	57
Πίνακας 14 Διαφορές για τη γενική ποιότητα ζωής (EQ-5D-5L)	58
Πίνακας 15 Διαφορές για τη στοματική υγεία (OHIP-14).....	59
Πίνακας 16 Συσχέτιση με την ηλικία	60
Πίνακας 17 Διαφορές ως προς την οδοντοστοιχία.....	60

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1 Ποιοτικώς σταθμισμένο έτος ζωής QALY.....	31
Γράφημα 2 Κάπνισμα.....	41
Γράφημα 3 Σακχαρώδης διαβήτης.....	42

Συντομογραφίες και Ακρωνύμια

WHO: World Health Organization

QoL: Quality of Life

HRQoL: Health-Related Quality of Life

QALY: Quality-Adjusted Life Year

OHRQoL: Oral Health-Related Quality of Life

PVC: Πολυ-Βινιλο-Χλωρίδιο

PMMA: Μεθακρυλικός-Μεθυλεστέρας

CMA: Ανάλυση Ελαχιστοποίησης Κόστους-

CEA: Ανάλυση Κόστους-Αποτελεσματικότητας

CUA: Ανάλυση Κόστους-Χρησιμότητας

CBA: Ανάλυση Κόστους-Οφέλους

MAU: Πολυδιάστατο Εργαλείο Μέτρησης Χρησιμότητας

SG: Τυπικό Παίγνιο

TTO: Χρονική Ανταλλαγή

ΟΟ: Ολική Οδοντοστοιχία

ΜΟ: Μερική Οδοντοστοιχία

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΟΑΚ: Ολική Οδοντοστοιχία Άνω και Κάτω γνάθου

ΜΑΚ: Μερική Οδοντοστοιχία Άνω και Κάτω γνάθου

Κ.Υ.: Κέντρο Υγείας

ΜΟ: Μέσος Όρος

TA: Τυπική Απόκλιση

M: Mean

SD: Standard Deviation

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

1.1 Ποιότητα ζωής

Από το 1948, όταν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας WHO (1948) όρισε την υγεία όχι μόνο ως απουσία ασθένειας ή αναπηρίας αλλά ως κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας, ο όρος “Ποιότητα Ζωής” Quality of Life, (QoL) απασχολεί σταθερά την καθημερινή κλινική πράξη και έρευνα (Testa & Simonson, 1996). Ο WHO (2026), ορίζει σήμερα την Ποιότητα Ζωής ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή μέσα στο πλαίσιο της κουλτούρας και του συστήματος αξιών στο οποίο ζει και σε συσχέτιση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντά του.

Ο Smith (1973), πρότεινε ότι ο όρος “ευεξία” θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε αντικειμενικές συνθήκες ζωής που αναφέρονται γενικά στον πληθυσμό, ενώ ο όρος “ποιότητα ζωής”, σε υποκειμενικές εκτιμήσεις των ατόμων που αφορούν στη ζωή τους. Σήμερα η διάκριση αυτή δεν υφίσταται και οι δύο όροι συχνά επικαλύπτονται στη βιβλιογραφία (Theofilou, 2013). Σύμφωνα με τους Felce & Perry (1995), υπάρχει σημαντική συμφωνία ότι η QoL είναι πολυδιάστατη έννοια. Οι επιμέρους διαστάσεις της μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε πέντε τομείς: σωματική ευεξία, υλική ευημερία, κοινωνική ευημερία, συναισθηματική ευεξία, ανάπτυξη και δραστηριότητα.

Ο όρος “Ποιότητα Ζωής” και πιο συγκεκριμένα “Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με τη Υγεία”, (Health-Related Quality of Life, HRQoL), αναφέρεται στις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες της υγείας οι οποίες εκλαμβάνονται ως διακριτές περιοχές και επηρεάζονται από τις εμπειρίες, πεποιθήσεις, προσδοκίες και αντιλήψεις ενός ατόμου (Patrick et al., 1973). Οι Karimi και Brazier (2016), αναφέρουν έναν ορισμό ο οποίος επικεντρώνεται στην αξία της υγείας. Συγκεκριμένα η HRQoL μπορεί να αναφέρεται σε αξίες οι οποίες αντιστοιχούν σε διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Αυτές οι αξίες ή χρησιμότητες υπολογίζουν “Ποιοτικά Σταθμισμένα Έτη Ζωής” (Quality-Adjusted Life Years), QALYS σε μία κλίμακα όπου το 0 ισοδυναμεί με θάνατο και το 1 με πλήρη υγεία. Αξίες χαμηλότερες της μονάδας (-1) αντικατοπτρίζουν την απώλεια της ποιότητας ζωής εξ’ αιτίας ασθένειας ή σοβαρής αναπηρίας (Gold et al., 1996). Σε αυτό το πλαίσιο, η “Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με τη Στοματική Υγεία” (Oral Health-Related Quality of Life), OHRQoL ορίζεται ως το στοιχείο της HRQoL

το οποίο αφορά τις επιπτώσεις των στοματικών νόσων και των οδοντιατρικών παρεμβάσεων στους ασθενείς (John, 2021).

1.2 Προσθετικές αποκαταστάσεις και ποιότητα ζωής

Στους περισσότερους ανθρώπους οι μεταβολές στη στοματική υγεία, όπως η απώλεια δοντιών, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (McGrath & Bedi, 2002). Η πλήρης νωδότητα επίσης επηρεάζει αρνητικά την OHRQoL (Szentpétery et al., 2005). Μερικά από τα προβλήματα που παρουσιάζονται περιλαμβάνουν δυσκολία μάσησης, αδυναμία άρθρωσης λόγου, πόνο και δυσαρέσκεια σχετικά με την εμφάνιση (Walton & MacEntee, 2005). Σύμφωνα με τους Cano-Gutiérrez et al. (2015), η χρήση οδοντικών προσθετικών αποκαταστάσεων φαίνεται να βελτιώνει την ποιότητα ζωής των χρηστών μέσω της βελτίωσης της οδοντικής λειτουργίας. Η αποκατάσταση και διατήρηση της στοματικής υγείας σε νωδούς ασθενείς μέσω διαφορετικών τύπων προσθετικών εργασιών αποσκοπεί στη βελτίωση της βιολογικής ψυχολογικής και κοινωνικής ισορροπίας (Barreto et al., 2011). Επομένως μπορεί να προλάβει προβλήματα όπως δυσκολίες συγκέντρωσης άγχος ακόμη και κοινωνικό αποκλεισμό. Έχοντας αυτό υπ' όψιν τους, οι οδοντίατροι έχουν δείξει ολοένα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την κατανόηση των αποτελεσμάτων της έρευνας που αφορά την ποιότητα ζωής των οδοντιατρικών ασθενών. (Zlatarić et al., 2003).

Η συσχέτιση μεταξύ της χρήσης κινητών οδοντικών προσθετικών αποκαταστάσεων για απώλεια δοντιών και συστημικών καταστάσεων υγείας έχει επίσης μελετηθεί από πολλούς ερευνητές. Οι Mameno et al. (2025), αναφέρουν θετική συσχέτιση μεταξύ θνησιμότητας και οδοντοστοιχιών με κακή συγκράτηση. Οι Veseli et al. (2025), εντοπίζουν πιθανή συσχέτιση μεταξύ της νόσου Αλτσχάιμερ και της χρήσης κινητών οδοντοστοιχιών. Επιπρόσθετα, σε μελέτη των Abbas et al. (2023), βρέθηκε ότι η χρήση οδοντοστοιχίας μείωνε τον κίνδυνο κοινωνικής απομόνωσης ειδικά σε άτομα με μεγάλη οδοντική απώλεια. Το παραπάνω συμπέρασμα επιβεβαιώθηκε σε έρευνα των Abbas et al. (2024) όπου οι χρήστες οδοντοστοιχίας από άτομα με μέτρια ή σοβαρή απώλεια δοντιών βελτίωνε την υποκειμενική ευτυχία. Τα δεδομένα από την έρευνα των Nakazawa et al. (2024), υποδηλώνουν τη χρήση οδοντοστοιχιών σαν ένα σημαντικό παράγοντα μείωσης του κινδύνου εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης μεταξύ ατόμων με εκτεταμένη οδοντική απώλεια. Εξ' άλλου οι Moynihan & Varghese (2022) κατέληξαν ότι ενώ η επίδραση της χρήσης οδοντοστοιχιών στη μετρούμενη διατροφική

πρόσληψη είναι ασαφής, η χρήση προσθετικών αποκαταστάσεων από νωδούς ασθενείς μπορεί να έχει θετική επίπτωση στη θρέψη και την απόλαυση του φαγητού.

Η παρούσα διπλωματική εργασία, αφορά στην αποτίμηση της ποιότητας ζωής χρηστών ολικών και μερικών οδοντοστοιχιών οι οποίοι αναζήτησαν οδοντιατρική φροντίδα στο Κ.Υ. Άρτας και την πιθανή συσχέτιση με τη στοματική υγεία. Κατόπιν εκτεταμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει κενό στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας στον ελλαδικό χώρο ενώ δεν έχει επιχειρηθεί ανάλογη μελέτη στο Κ.Υ. Άρτας.

Η εργασία αποτελείται από θεωρητικό και ειδικό μέρος. Στο θεωρητικό τμήμα θα επιχειρηθεί ιστορική ανασκόπηση της εξέλιξης των κινητών οδοντικών προσθετικών αποκαταστάσεων μέχρι τη σύγχρονη εποχή καθώς και περιγραφή της κατασκευής και της χρησιμότητας των ολικών και μερικών οδοντοστοιχιών και της ένταξής τους στη σύγχρονη οδοντιατρική πρακτική. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν ενδεικτικά επιδημιολογικά στοιχεία τα οποία αφορούν στις αιτίες απώλειας των δοντιών. Επιπρόσθετα θα γίνει αναφορά στην ένταξη των παροχών που αφορούν τις τεχνητές οδοντοστοιχίες στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ακολούθως θα εξεταστεί ο ρόλος της ποιότητας ζωής στο πλαίσιο της οικονομικής αξιολόγησης παρεμβάσεων υγείας με έμφαση στη μέθοδο της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας. Τέλος η μελέτη θα επικεντρωθεί στην επίδραση των προσθετικών αποκαταστάσεων στην ποιότητα ζωής και την ανασκόπηση των εργαλείων της έρευνας.

Το ειδικό μέρος θα εστιάσει στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας και τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

2. Ιστορική αναδρομή κατασκευής κινητών οδοντοστοιχιών

Η ιστορία της οδοντικής προσθετικής είναι τόσο παλιά όσο σχεδόν και η ανθρώπινη ιστορία. Τα δόντια είναι το βασικό εργαλείο της μάσησης και η παραμονή τους στη στοματική κοιλότητα αποτελούσε προϋπόθεση επιβίωσης. Η πρόοδος της γνώσης πάνω στη φυσιολογία και την παθολογία των οδοντικών ιστών αναπτύχθηκε παράλληλα με την εξέλιξη εργαλείων υλικών και μεθόδων πράγμα που οδήγησε αρχικά στην εξαγωγή και αντικατάσταση των πασχόντων δοντιών και αργότερα στη θεραπεία και διατήρηση τους στον οδοντικό φραγμό (Κωτσιομύτη, 2015).

Ένα από τα αρχαιότερα δείγματα οδοντικής προσθετικής που έχουν βρεθεί, ανακαλύφθηκε στην Αίγυπτο και πρόκειται για προσπάθεια ακινητοποίησης ευκίνητων δοντιών με χρυσή συρμάτινη περίδεση (Abraham, 2014). Οι Ετρούσκοι επίσης κατά το 700 π.Χ., άρχισαν να κατασκευάζουν περίτεχνες οδοντοστοιχίες είτε κινητές είτε στηριζόμενες σε παρακείμενα δόντια ενώ αργότερα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική κατασκευής δοντιών από διάφορα υλικά όπως ελεφαντοστό, ξύλο κόκκαλο, ασήμι, όστρακο, επισμαλτωμένο χαλκό ή πορσελάνη (Corrado, 1990). Οι πρώτες επιστημονικές ενδείξεις κατασκευής ολικών οδοντοστοιχιών οι οποίες βασίζονται σε γραπτές μαρτυρίες, χρονολογούνται από τον 16^ο αι. και φθάνουν ως τον 20^ο αι. (Zaki Bin Mohamad Rasidi, 2016).

2.1 16^{ος} αιώνας

Η πιο ολοκληρωμένη μορφή ολικής οδοντοστοιχίας άνω και κάτω γνάθου, φαίνεται να αποκάλυψε η αρχαιολογική σκαπάνη στην Ελβετία τον 16^ο αι. (Sears, 1958). Αποτελούνταν από δύο αδρά διαμορφωμένες βάσεις κατασκευασμένες από μηριαία οστά ταύρου, συνδεδεμένες στα δύο οπίσθια άκρα τους κατά τέτοιο τρόπο ώστε να δημιουργείται μοχλός μερικής περιστροφής. Η προσθετική αυτή αποκατάσταση, εξυπηρετούσε μάλλον αισθητικούς παρά λειτουργικούς σκοπούς και έφερε ενσωματωμένα φυσικά αλλά τερηδονισμένα δόντια (Murray & Darvell, 1993).

2.2 17^{ος} αιώνας

Η κατασκευή μιας οδοντοστοιχίας από κερί έχει περιγραφεί για πρώτη φορά από τον J.P. Purmann στο σύγγραμμα “Τέχνη της Χειρουργικής” το 1684 όπως αναφέρει ο Guerini (1909). Χρησιμοποιήθηκε μια μάζα κεριού από την οποία σκαλίστηκαν τα εξαχθέντα δόντια. Κατόπιν η κατασκευή αυτή προσαρμόστηκε σταθερά στα παρακείμενα δόντια, την υπερώα και τη φατνιακή ακρολοφία. Με αυτό το πρότυπο δημιουργήθηκε από οστό ή ελεφαντόδοντο ένα

αντίγραφο της ελλείπουσας οδοντοστοιχίας. Παρ' όλα αυτά, αυτή η μέθοδος αυτή αποδείχτηκε ακατάλληλη για μεγάλης έκτασης κατασκευές, αφού η απομάκρυνσή της από τη στοματική κοιλότητα ενείχε το ρίσκο της παραμόρφωσής της.

2.3 18ος αιώνας

Ο Fauchard (1728), ο οποίος θεωρείται ο Πατέρας της Σύγχρονης Οδοντιατρικής περιέγραψε με λεπτομέρεια τα στάδια κατασκευής οδοντοστοιχιών. Σχεδίασε βελτιωμένες ολικές οδοντοστοιχίες στις οποίες πρόσθεσε ελατήρια για άνεση κινήσεων αλλά χωρίς προσαρμογή υπερώιας πλάκας. Η κατασκευή αυτή, επέτρεπε στους χρήστες μεγαλύτερη άνεση ομιλίας ενώ παράλληλα επινόησε μέθοδο επίστρωσης των τεχνητών δοντιών με σμάλτο ώστε να ομοιάζουν με φυσικά για αναβαθμισμένο αισθητικό αποτέλεσμα. Εκτός από ολικές, περιγράφει και μερικές οδοντοστοιχίες από φυσικά δόντια. Τονίζει ότι θα πρέπει τα πρόσθετα αυτά δόντια να στηριχθούν στα ήδη υπάρχοντα όμορα με τη βοήθεια νήματος που θα περνά μέσα από οπές των τεχνητών οδόντων. Διευκρινίζει ότι για επιπλέον στήριξη της οδοντοστοιχίας θα πρέπει να τοποθετηθεί μεταλλική μπάρα στη γλωσσική επιφάνειά της (Παπαδοπούλου και συν., 2026).

Ένας άλλος πρωτοπόρος ο Pfaff (1756), υπήρξε ο πρώτος που χρησιμοποίησε κερί μέλισσας για αποτύπωση. Συγκεκριμένα αποτύπωσε τις δύο γνάθους ξεχωριστά και κατασκεύασε εκμαγεία χρησιμοποιώντας γύψο Παρισίων ενώ δημιούργησε και κεντρική σχέση των δύο εκμαγείων με τη βοήθεια δήγματος κηρού (Spielman & Forrai, 2023). Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας ένα αρκετά ακριβές και με σταθερές διαστάσεις εκμαγείο, ο τεχνίτης μπορούσε να κάνει τις αναγκαίες προσαρμογές της οδοντοστοιχίας σε αυτό χωρίς να είναι απαραίτητη η φυσική παρουσία του ασθενή (Murray & Darvell, 1993).

Κατά τα τέλη του 18^{ου} αι., ο Γάλλος φαρμακοποιός Alexis Duchateau, όντας ο ίδιος χρήστης οδοντοστοιχίας από ελεφαντόδοντο και φυσικά δόντια, παρατήρησε ότι η εμφάνισή τους αλλοιώνονταν συσσωρεύοντας χρωστικές από τα φαρμακευτικά παρασκευάσματα που ήταν υποχρεωμένος να δοκιμάζει (Guerini, 1909). Προσπαθώντας να βρει λύση στο πρόβλημα, σκέφτηκε ότι η χρήση της πορσελάνης θα ήταν μια καλή επιλογή τόσο για τη βάση, όσο και για την κατασκευή των δοντιών. Μετά από αρκετές αποτυχημένες προσπάθειες, ζήτησε τη βοήθεια ενός οδοντίατρου από το Παρίσι, του Dubois de Chement. Τελικά, αν και η συνεργασία απέδωσε και ο Duchateau κατάφερε να φορέσει την οδοντοστοιχία, δεν κατέστη δυνατό να παραχθεί προς χρήση για άλλους ασθενείς. Παρ' όλα αυτά το έργο του Duchateau αναγνωρίστηκε από την Βασιλική Χειρουργική Ακαδημία του Παρισιού το 1776 (Murray & Darvell, 1993).

2.4 19ος αιώνας

Αν και η πορσελάνη χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα για την κατασκευή τεχνητών δοντιών, εγκαταλείφθηκε ως τις αρχές του 19^{ου} αι. σαν υλικό βάσης οδοντοστοιχιών (Bremner, 1954). Αντίθετα το ελεφαντοστό απέδιδε με ακρίβεια τις λεπτομέρειες της στοματικής κοιλότητας και παρά τους περιορισμούς του, εξακολουθούσε να προτιμάται ακόμη και μετά την ανακάλυψη του βουλκανίτη από τον Charles Goodyear ο οποίος κατοχύρωσε την αντίστοιχη πατέντα στις 3 Μαρτίου 1855 (Lufkin, 1948). Ο βουλκανίτης παρουσίαζε σημαντικά πλεονεκτήματα σε σχέση με τα ως τότε διαθέσιμα οδοντιατρικά υλικά. Ήταν φθηνός και μπορούσε εύκολα να προσαρμοστεί σε στοματικό εκμαγείο αναπαριστώντας με ακρίβεια τις διαστάσεις και τις επιφανειακές λεπτομέρειες του τελευταίου κατά τη διάρκεια της σκλήρυνσης (Murray & Darvell, 1993). Οι πειραματισμοί συνεχίστηκαν, ώσπου ο Hyatt ανακάλυψε το 1868 το σελλουλόιντ και ακολούθως χρησιμοποιήθηκε ως υλικό βάσης οδοντοστοιχιών το 1890. Χρωματικά ήταν ανώτερο από το βουλκανίτη αλλά η χρήση της καμφοράς ως πλαστικοποιητή, του προσέδιδε δυσάρεστη γεύση και μυρωδιά ενώ η έλλειψη σταθερότητας διαστάσεων σύντομα μείωσαν τη δημοτικότητά του. Η χρήση του ωστόσο εισήγαγε τη διάδοση του πλαστικού σαν οδοντιατρικό υλικό (Murray & Darvell, 1993).

2.5 20ος αιώνας

Ο βακελίτης, μια ρητίνη φαινολικής φορμαλδεΰδης, ανακαλύφθηκε το 1909, παράχθηκε για οδοντιατρική χρήση το 1924 και ως το 1939 χρησιμοποιήθηκαν περίπου δεκαπέντε οδοντιατρικά προϊόντα με βάση το υλικό αυτό (Murray & Darvell, 1993). Οι οδοντοστοιχίες από βακελίτη, αν και άσπογες αισθητικά αμέσως μετά την κατασκευή, σύντομα παρουσίαζαν σοβαρά μειονεκτήματα όπως έντονη γεύση φαινόλης, διείσδυση χρωστικών και έντονη τάση για θραύση (Alla et al., 2015).

Ένα εξίσου δημοφιλές υλικό βάσης οδοντοστοιχιών των αρχών του 20^{ου} αι., ήταν το πολυβινυλοχλωρίδιο (PVC). Παρ' όλο που το PVC χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα στην οδοντιατρική, έχει εγκαταλειφθεί σαν υλικό βάσης λόγω της αστάθειας του πλαστικοποιητή και της αδυναμίας επαρκούς στίλβωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ελλιπή υγιεινή της οδοντοστοιχίας και κατά συνέπεια την πιθανή βλάβη των στοματικών ιστών (Alla et al., 2015).

Η εξέλιξη των υλικών οδήγησε στη ανάπτυξη των πολυμερών, τα οποία βρίσκουν ευρεία εφαρμογή στον τομέα των οδοντοπροσθετικών κατασκευών. Ειδικότερα ο πολυμεθακρυλικός-μεθυλενεστέρας (PMMA), είναι σήμερα το υλικό εκλογής τόσο για την κατασκευή βάσεων οδοντοστοιχιών, όσο και τεχνητών δοντιών αλλά και επιδιορθώσεων των

προσθετικών αποκαταστάσεων λόγω των εξαιρετικών ιδιοτήτων του (χαμηλή πυκνότητα, υψηλή αισθητική, οικονομική αποδοτικότητα, ευκολία χρήσης, καλές φυσικές και μηχανικές ιδιότητες) (Zafar, 2020).

3. Περιγραφή οδοντοστοιχιών – εξέλιξη στη σύγχρονη εποχή

Οδοντική προσθετική ονομάζεται ο κλάδος της οδοντιατρικής ο οποίος ασχολείται με την αποκατάσταση απολεσθέντων ανατομικών στοιχείων της στοματικής κοιλότητας που υπάρχουν είτε εκ γενετής είτε διαμορφώθηκαν κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και διακρίνεται σε κινητή και ακίνητη προσθετική (Μενεγάκης και συν., 2026).

Κινητή Προσθετική: Περιλαμβάνει κατασκευές που αφαιρούνται και επανατοποθετούνται από τον ίδιο τον ασθενή όπως ολικές και μερικές οδοντοστοιχίες, επένθετες οδοντοστοιχίες, άμεσες οδοντοστοιχίες και προσθέσεις ελλειμματικής υπερώας (Μενεγάκης και συν., 2026).

Ακίνητη Προσθετική: Είναι ο τομέας που περιλαμβάνει κατασκευές οι οποίες τοποθετούνται και συγκρατούνται μόνιμα στη στοματική κοιλότητα από τον οδοντίατρο χωρίς τη δυνατότητα αφαίρεσής τους από τον ασθενή όπως στεφάνες, γέφυρες, ένθετα και επένθετα (Μενεγάκης και συν., 2026).

Ολική Οδοντοστοιχία(ΟΟ): Εφαρμόζεται σε περίπτωση πλήρους νωδότητας. Αποτελείται από τη βάση και τα τεχνητά δόντια.

Η βάση στηρίζεται στο βλεννογόνο και εξυπηρετεί:

Την ευστάθεια και συγκράτηση

Τη στήριξη των τεχνητών δοντιών

Την αποκατάσταση των απολεσθέντων μαλακών και σκληρών στοματικών ιστών

Την αισθητική αποκατάσταση (Μενεγάκης και συν., 2026).

Τα τεχνητά δόντια:

Διευκολύνουν τη μάσηση

Βελτιώνουν τη φωνητική λειτουργία

Αποκαθιστούν το χαμόγελο (Μενεγάκης και συν., 2026).

Μερική Οδοντοστοιχία (ΜΟ): Εφαρμόζεται όταν λείπει τμήμα του οδοντικού φραγμού ή και όλα τα δόντια εκτός ενός. Η στήριξή της μπορεί να πραγματοποιείται:

Αποκλειστικά μέσω των φυσικών δοντιών

Αποκλειστικά από το βλεννογόνο

Από συνδυασμό στήριξης φυσικών δοντιών και βλεννογόνου (Μενεγάκης και συν., 2026).

3.1 Ενδείξεις εφαρμογής ΜΟ

Μεγάλα νωδά διαστήματα ή και ακαταλληλότητα δοντιών – στηριγμάτων.

Μεγάλη απώλεια οστικής στήριξης.

Σε νεαρούς ασθενείς σαν μεταβατική προσέγγιση ως ότου ολοκληρωθεί η διάπλαση των μαλθακών και σκληρών ιστών.

Σε ηλικιωμένα άτομα προς αποφυγή χρονοβόρων διαδικασιών.

Σαν προσωρινή αποκατάσταση.

Σαν οικονομική λύση επιλογής (Γιαννικάκης, 2026).

Η εξέλιξη της τεχνολογίας έχει επιτρέψει τη χρήση εμφυτευμάτων προκειμένου να ενισχυθεί η στηρικτική λειτουργία των ΜΟ, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου λείπουν οι τελευταίοι γομφίοι. Η προσθήκη εμφυτευμάτων αυξάνει τη λειτουργική αποτελεσματικότητα των ΜΟ ειδικότερα στις περιπτώσεις εκείνες όπου η εκτεταμένη απώλεια δοντιών δεν προσφέρει την απαραίτητη συγκράτηση και ευστάθεια (Κωτσιομύτη, 2015).

Η ΜΟ, ενώ είναι οικονομικά πιο προσιτή και λιγότερο επεμβατική από άλλες προσθετικές επιλογές, παρουσιάζει σημαντικά μειονεκτήματα που συνδέονται με τους μηχανισμούς στήριξής της στους οδοντικούς ιστούς. Σε αντίθεση με τις ΟΟ οι οποίες εδράζονται αποκλειστικά στους μαλθακούς ιστούς των νωδών ακρολοφιών, οι ΜΟ σταθεροποιούνται στα εναπομείναντα φυσικά δόντια μέσω αγκίστρων κοβαλτίου- χρωμίου ή τιτανίου πράγμα που ενισχύει την ευστάθεια και συγκράτησή τους (Silvano et al., 2021).

Εκτός από το ότι είναι πιο προσιτές οικονομικά από άλλες οδοντικές προσθετικές αποκαταστάσεις, οι ΜΟ προσφέρουν επίσης μια σειρά άλλων πλεονεκτημάτων:

Ευελιξία: καλύπτουν διάφορες κλινικές περιπτώσεις, από την αντικατάσταση ενός δοντιού ως την αποκατάσταση μεγάλων τμημάτων του οδοντικού φραγμού

Διατήρηση δοντιών: είναι συνήθως πιο καλά ανεκτές από τις ΟΟ, επιτρέποντας στους χρήστες τη διατήρηση των δοντιών τους χωρίς μεγάλης έκτασης αφαίρεση δοντιών

Ελάχιστη επεμβατικότητα: συνήθως δεν απαιτούνται χειρουργικές παρεμβάσεις ή εκτεταμένες οδοντικές τροποποιήσεις καθιστώντας τις ΜΟ ιδανική επιλογή για ασθενείς με υποκείμενα νοσήματα

Ευκολία επιδιόρθωσης: Οι ΜΟ μπορούν ευκολά να επισκευαστούν ή να αναπροσαρμοστούν και επομένως να διατηρηθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα

Προσαρμοστικότητα: Σε περίπτωση εξαγωγής δοντιών, οι ΜΟ μπορούν σχετικά εύκολα να μετατραπούν σε άμεσες ΟΟ (Bogdan-Andreescu et al., 2025).

Επένθετη Οδοντοστοιχία: Είναι η κινητή μερική ή ολική οδοντοστοιχία η οποία εδράζεται πάνω σε ένα ή περισσότερα φυσικά δόντια ή ρίζες φυσικών δοντιών ή οδοντικά εμφυτεύματα (Layton et al., 2023). Από τη δεκαετία του 1980, τα οστεοενσωματούμενα οδοντικά εμφυτεύματα έχουν βελτιώσει δραματικά τις θεραπευτικές επιλογές των ασθενών με μικρή ανοχή στις ΟΟ και ΜΟ, ενώ όσοι έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε τέτοιες εξελιγμένες τεχνικές διαπιστώνουν σημαντική βελτίωση στοματικής λειτουργίας και ποιότητας ζωής (Carlsson & Omar, 2010).

Η επιλογή της κατάλληλης προσθετικής αποκατάστασης (ΟΟ ή ΜΟ) σε μερικώς νωδούς ασθενείς, είναι αρκετά απαιτητική διαδικασία. Μεταξύ των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή αυτή συγκαταλέγονται:

Η πιθανή διάρκεια ζωής των εναπομενόντων δοντιών

Η κατάσταση των οδοντικών ιστών

Ο αριθμός και η θέση των εναπομενόντων δοντιών

Η συνεργασία και προσαρμοστικότητα των ασθενών (Applegate, 1957).

Εξ' αιτίας της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, η ανάγκη για οδοντιατρική αποκατάσταση των νωδών ατόμων θα γίνεται ακόμη μεγαλύτερη. Παρ' όλη την τεχνολογική πρόοδο στον τομέα της οδοντιατρικής και την αυξανόμενη δημοφιλία των επένθετων οδοντοστοιχιών που στηρίζονται σε οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα, οι συμβατικές προσθετικές αποκαταστάσεις παραμένουν λύση εκλογής λόγω ανατομικών, φυσιολογικών ή οικονομικών περιορισμών (Kattadiyil et al., 2017). Με άλλα λόγια, οι μερικές και ολικές οδοντοστοιχίες θα

εξακολουθούν να προτιμώνται ειδικά από ηλικιωμένους χρήστες για πολλούς λόγους: μη κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία της εμφυτευματικής χειρουργικής, οικονομικοί περιορισμοί από την πλευρά του ασθενή, τοπικές αντενδείξεις (μη επαρκής οστική στήριξη σε ποιότητα και ποσότητα) και γενικές αντενδείξεις (κακή γενική κατάσταση υγείας, σωματικοί και λειτουργικοί περιορισμοί, ελλιπής συνεργασία ιατρού-ασθενή, συνυπάρχοντα συστηματικά νοσήματα και λήψη φαρμακευτικής αγωγής) (Kolciuk & Godlewski, 2015).

Παρ' όλο που οι συμβατικές μέθοδοι παραγωγής οδοντοστοιχιών εμφανίστηκαν εδώ και πάνω από 80 χρόνια, καταβάλλονται προσπάθειες ώστε να βελτιωθούν οι τεχνικές που αφορούν στις διαδικασίες παρασκευής καθώς και να ενισχυθούν οι ιδιότητες των υλικών κατασκευής τους. Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλλουν οι ψηφιακά υποβοηθούμενες τεχνολογίες, οι οποίες φιλοδοξούν να ξεπεράσουν τα πολύπλοκα εργαστηριακά στάδια επεξεργασίας που σχετίζονται με τις κινητές οδοντοστοιχίες και να απλοποιήσουν τα κατασκευαστικά στάδια (Janeva et al., 2018).

4. Επιδημιολογικά στοιχεία - Ενσωμάτωση της κινητής οδοντικής προσθετικής στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

4.1 Στοματικά νοσήματα και γενική υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), τα νοσήματα του στόματος, αν και μπορούν να αποφευχθούν, αποτελούν ένα μείζον πρόβλημα υγείας για πολλές χώρες, επηρεάζοντας τα άτομα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους προκαλώντας πόνο, δυσφορία, παραμόρφωση ακόμη και θάνατο. Εκτιμάται ότι οι τα στοματικά νοσήματα αφορούν ένα πληθυσμό σχεδόν 3,7 δισεκατομμυρίων παγκοσμίως. Η αδιάγνωστη τερηδόνα των μονίμων δοντιών χαρακτηρίζεται από την Παγκόσμια Επιβάρυνση Υγείας ως η πιο διαδεδομένη νόσος για το 2021. Η πρόληψη και θεραπεία των στοματικών νόσων είναι κοστοβόρα και συνήθως δεν καλύπτεται ικανοποιητικά από τα δημόσια συστήματα υγείας, ιδίως των φτωχών και αναπτυσσόμενων χωρών. Οι στοματικές νόσοι προκαλούνται από ένα εύρος παραγόντων κινδύνου, κοινών σε πολλά Μη Μεταδιδόμενα Νοσήματα (MMN) όπως η κατανάλωση ζάχαρης, η χρήση καπνού και αλκοόλ και η φτώχη στοματική υγιεινή σε συνάρτηση με κοινωνικούς και οικονομικούς προσδιοριστές (WHO, 2025).

Η στοματική υγεία δεν αφορά μόνο την υγεία των δοντιών, αλλά σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ζωής και τη γενική υγεία διότι στη στοματική κοιλότητα είναι δυνατό να ανευρεθούν πρώιμα σημεία γενικών νόσων. Για παράδειγμα, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις συσχέτισης ορισμένων καρδιολογικών νοσημάτων, πρόωγων τοκετών και διαβήτη με περιοδοντολογικά νοσήματα (Δημητριάδης και συν., 2008)

Η σταδιακή απώλεια δοντιών και η επερχόμενη μερική ή ολική νωδότητα, είναι το αποτέλεσμα της χρόνιας επίδρασης των οδοντικών νόσων, κυρίως της εξελισσόμενης τερηδόνας και περιοδοντίτιδας αλλά επίσης αποτέλεσμα τραύματος ή άλλων παραγόντων. Ο εκτιμώμενος μέσος παγκόσμιος επιπολασμός της ολικής οδοντικής απώλειας έχει υπολογιστεί σχεδόν στο 7% μεταξύ ατόμων ηλικίας 20 ετών και άνω, ενώ για άτομα άνω των 60 ετών η εκτίμηση είναι πολύ μεγαλύτερη, περίπου στο 23%. Η οδοντική απώλεια μπορεί να είναι ψυχολογικά τραυματική, κοινωνικά επιβλαβής και λειτουργικά περιοριστική (WHO, 2025).

Σε διδακτορική διατριβή που εκπονήθηκε από τον Σκαρμούτσο (1987), εξετάστηκε συγκεκριμένο δείγμα 1000 ατόμων ηλικίας 18-50 ετών το οποίο αποτελούνταν από τρία τμήματα: 600 άντρες 18-50 ετών, 200 άντρες 18-24 ετών και 200 γυναίκες 18-24 ετών. Η απώλεια δοντιών λόγω τερηδονισμού, περιοδοντικών νόσων ή άλλων αιτιών ανήλθε σε 56,5%,

10,8% και 32,8% αντίστοιχα, με την περιοδοντίτιδα να αποτελεί την κύρια αιτία απώλειας μετά τα 40 έτη. Τα παραπάνω ποσοστά, κρίθηκαν ιδιαίτερα σημαντικά.

Σε μια άλλη μελέτη των Mamai-Homata et al. (2012), βρέθηκε ολική νωδότητα σε 0,3% των συμμετεχόντων στη ηλικιακή ομάδα 35-44 και 31,5% στην ομάδα 65-74, ενώ το ποσοστό των ατόμων με 21 ή περισσότερα δόντια στον φραγμό ανήλθε σε 92,1 στην πρώτη ομάδα και 23,1 στη δεύτερη. Ο μέσος αριθμός απολεσθέντων οδόντων υπολογίστηκε σε 5,2 στους μεσήλικες και 21,6 στους ηλικιωμένους. Εξάλλου σε μια πιο πρόσφατη έρευνα των Blioumi et al. (2018), εντοπίστηκε ότι σε δείγμα 270 ασθενών ηλικίας 23-78 ετών, οι 15 ήταν ολικά νωδοί με 4 από αυτούς (26,6%) να φορούν ολική οδοντοστοιχία σε καλή κατάσταση, 5 (33,35%) οδοντοστοιχία που χρειάζονταν επισκευή και 6 ασθενείς (40%) με ανάγκη κατασκευής νέας οδοντοστοιχίας. Οι ασθενείς με μερικές οδοντοστοιχίες, 16 το σύνολο, παρουσίαζαν αντίστοιχα ποσοστά 37,5%, 50% και 12,5%

Όσον αφορά στη χρήση οδοντικών προσθετικών αποκαταστάσεων σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η Ελλάδα παρουσιάζει παρόμοια ποσοστά με την Ιρλανδία, Δανία και Φινλανδία (40-50%), αλλά παρουσιάζει βελτιωμένη εικόνα σε σύγκριση με την Ισλανδία (68%), Ολλανδία (65%) και Αγγλία (55%), χώρες οι οποίες λόγω των συστημάτων υγείας τους και του χαμηλού κόστους ευνοούν τις εξαγωγές (Ουλής και συν., 2009).

4.2 Στελέχωση Ε.Σ.Υ με οδοντιατρικό και οδοντοτεχνικό προσωπικό

Για την οδοντιατρική επιστήμη είναι αυτονόητο ότι τα στοματικά νοσήματα εγείρουν προβληματισμούς που απασχολούν τον τομέα δημόσιας υγείας. Ειδικότερα, όσον αφορά τις οδοντιατρικές παροχές στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), η κινητή προσθετική αποτελεί τμήμα των δωρεάν προσφερόμενων οδοντιατρικών αποκαταστάσεων περιλαμβάνοντας μεταξύ άλλων ολικές και τις μερικές οδοντοστοιχίες (ΚΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/2018, 2018).

Η οδοντιατρική περίθαλψη παρέχεται από οδοντιάτρους του ΕΣΥ, οι οποίοι σύμφωνα με την καταγραφή της αρμόδιας υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας (Μάιος 24), ανέρχονται σε 408 κατέχοντες οργανική θέση, 18 με προσωποπαγή θέση και 79 ως επικουρικοί. Η κινητή οδοντοπροσθετική περίθαλψη (ΟΟ και ΜΟ) καλύπτεται δωρεάν από τις δημόσιες δομές (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2025). Η κατασκευή των οδοντοπροσθετικών εργασιών πραγματοποιείται στα οδοντοτεχνικά εργαστήρια όσων Κέντρων Υγείας (ΚΥ) διαθέτουν

οδοντοτεχνίτη και ανάλογο εξοπλισμό. Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 10 (Νόμος, 4486/2017, 2017), τα τελευταία χρόνια και δεδομένης της υποστελέχωσης των εργαστηρίων, οι αρμόδιες Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), έχουν συνάψει συμβάσεις με ιδιώτες οδοντοτεχνίτες οι οποίες έχουν ενεργοποιηθεί από αρκετά ΚΥ, παρέχοντας στους δικαιούχους (ασφαλισμένους και ανασφάλιστους), μεγάλο εύρος κινητών οδοντοπροσθετικών εργασιών προσφέροντας πρόσβαση σε ένα ιδιαίτερος δαπανηρό τμήμα της οδοντιατρικής θεραπείας όπως είναι οι ΟΟ και ΜΟ. Παρόλα αυτά, μεγάλες γεωγραφικές περιοχές έμειναν ακάλυπτες διότι δεν εκδηλώθηκε το ανάλογο ενδιαφέρον από τους αντίστοιχους ιδιώτες παρόχους (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2025). Επίσης, όσον αφορά το μόνιμο προσωπικό, σύμφωνα με το ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (2025), στην 1^η ΥΠΕ Αττικής παρέχουν οδοντοπροσθετικές εργασίες 7 Κ.Υ. ενώ απασχολούνται 29 οδοντοτεχνίτες. Στην 2^η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου, λειτουργούν 12 ιατρεία οδοντοπροσθετικής, ενώ απασχολούνται 17 οδοντοτεχνίτες και 7 βοηθοί οδοντοτεχνιτών. Στην 3^η ΥΠΕ Μακεδονίας, στη Θεσσαλονίκη υπάρχουν 4 οδοντοπροσθετικά ιατρεία με την επικουρία 5 οδοντοτεχνιτών ενώ στο Κ.Υ. Έδεσσας 2 οδοντίατροι προσφέρουν οδοντοπροσθετικό έργο με την υποστήριξη ενός οδοντοτεχνίτη. Στην 4^η ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης το Κ.Υ. 25^{ης} Μαρτίου διαθέτει πλήρως εξοπλισμένο οδοντοπροσθετικό εργαστήριο στελεχωμένο με οδοντοτεχνίτες. Επιπλέον στο Κ.Υ. Καβάλας υπηρετεί 1 επικουρικός οδοντοτεχνίτης και μία οδοντοτεχνίτρια στο Κ.Υ. Ξάνθης. Στην 5^η ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας οδοντοπροσθετική φροντίδα (ΟΟ, ΜΟ), παρέχεται σε 11 Κ.Υ. αστικού τύπου με τον αριθμό των μόνιμων οδοντοτεχνιτών και βοηθών οδοντοτεχνιτών να ανέρχονται σε 8. Σύμφωνα με στοιχεία που παραχωρήθηκαν από το τμήμα Χάρτη, στην 6^η ΥΠΕ (παράρτημα 7) στην οποία ανήκει το ΚΥ Άρτας, απασχολούνται 7 συνολικά οδοντοτεχνίτες, 1 στο Αγρίνιο, 3 στα Ιωάννινα, 1 στην Καλαμάτα και 2 στην Πάτρα. Δεδομένης της έλλειψης οδοντοτεχνικής ειδικότητας, το Κ.Υ. Άρτας παρέχει οδοντοπροσθετικές υπηρεσίες μέσω ιδιωτικών εργαστηρίων με τα οποία έχουν υπογραφεί αντίστοιχες συμβάσεις με την 6^η ΥΠΕ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2023). Τέλος, στα ΚΥ της 7^{ης} ΥΠΕ υπηρετούν συνολικά 6 οδοντοτεχνίτες (1 στο νομό Ηρακλείου, 3 στο νομό Ρεθύμνου, 1 στο νομό Λασιθίου και 1 στο νομό Χανίων) (7^η ΥΠΕ, παράρτημα 8).

5. Ποιότητα ζωής

5.1 Ενσωμάτωση ποιότητας ζωής στην οικονομική αξιολόγηση

Σύμφωνα με τον Robinson (1993a), η οικονομική αξιολόγηση είναι μια διαδικασία που αναπτύχθηκε από οικονομολόγους προκειμένου να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο ώστε να καταστεί δυνατή η λήψη μιας απόφασης μεταξύ διαφορετικών επιλογών δράσης. Συγκεκριμένα πρόκειται για τον εντοπισμό και την καταγραφή των πλεονεκτημάτων (οφέλη) και των μειονεκτημάτων (κόστη) που συνδέονται με κάθε διαθέσιμη λύση ώστε να παρθεί η πιο συμφέρουσα απόφαση. Παρόλο που η ακριβής μορφή μιας οικονομικής αξιολόγησης μπορεί να διαφέρει, όλες οι αξιολογήσεις εντάσσονται στο πλαίσιο “κόστος – αποτελεσματικότητα”, το οποίο αποτελεί το διακριτό γνώρισμα της οικονομικής προσέγγισης. Οι Drummond et al. (2002), τονίζουν ότι η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας είναι σημαντική διότι οι πόροι (ανθρώπινο δυναμικό, τεχνολογία, εγκαταστάσεις, επιστημονική κατάρτιση) είναι πεπερασμένοι επομένως θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με σύνεση και να αξιοποιούνται κατάλληλα. Επιπρόσθετα, πριν πραγματοποιηθεί ο σχεδιασμός των διαφορετικών οικονομικών προσεγγίσεων, είναι απαραίτητο να προσδιοριστούν δύο σημαντικές παράμετροι: ο ορισμός της οπτικής γωνίας της ανάλυσης και ο συσχετισμός με την κλινική αξιολόγηση (Robinson, 1993a). Η οπτική γωνία μιας ανάλυσης, μπορεί να αφορά ένα συγκεκριμένο άτομο, ένα ίδρυμα κοινωνικών υπηρεσιών, έναν ή πολλούς ασθενείς, έναν ιδιωτικό ή δημόσιο ασφαλιστικό φορέα, ακόμα και όλη την κοινωνία (Drummond et al., 2002). Η κλινική αξιολόγηση είναι απαραίτητο να προηγείται της οικονομικής ανάλυσης ώστε να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των προγραμμάτων που εξετάζονται. Οι οικονομολόγοι βασίζονται σε μεγάλο βαθμό σε κλινικά δεδομένα για να συγκρίνουν αποτελέσματα διαφορετικών παρεμβάσεων (Robinson, 1993a).

Επίσης ο Robinson (1993a), επισημαίνει ότι στον τομέα υγείας ειδικότερα, ο όρος “οικονομική ανάλυση” ή “οικονομική αξιολόγηση”, χρησιμοποιείται για μια ευρεία κλίμακα τεχνικών με σκοπό τη συγκέντρωση δεδομένων σχετικά με τα αναμενόμενα κόστη και συνέπειες διαφορετικών διαδικασιών και προγραμμάτων οι πιο διαδεδομένες των οποίων είναι οι εξής:

- Ανάλυση ελαχιστοποίησης – κόστους (CMA)
- Ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας (CEA)
- Ανάλυση κόστους – χρησιμότητας (CUA)
- Ανάλυση κόστους – οφέλους (CBA).

5.2 Ανάλυση ελαχιστοποίησης-κόστους

Η ανάλυση ελαχιστοποίησης – κόστους θα πρέπει να χρησιμοποιείται όταν τα αποτελέσματα των εναλλακτικών προγραμμάτων είναι τα ίδια ή παρόμοια (Robinson, 1993b) ενώ η αποτίμηση του κόστους και των αποτελεσμάτων γίνεται σε νομισματικές μονάδες (Drummond et al., 2002).

5.3 Ανάλυση κόστους–αποτελεσματικότητας

Όταν διαφορετικές παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας δεν αναμένεται να έχουν τα ίδια αποτελέσματα, τόσο τα κόστη όσο και οι συνέπειες των εναλλακτικών λύσεων θα πρέπει να αξιολογηθούν. Αυτό πραγματοποιείται μέσω της ανάλυσης κόστους – αποτελεσματικότητας όπου τα κόστη συγκρίνονται με αποτελέσματα που μετρούνται σε φυσικές μονάδες όπως ζωές που σώθηκαν, έτη ζωής που κερδήθηκαν, μέρες ελεύθερες πόνου ή συμπτωμάτων (Robinson, 1993c).

5.4 Ανάλυση κόστους-οφέλους

Η ανάλυση κόστους – οφέλους, είναι πιθανότατα η πιο περιεκτική μέθοδος οικονομικής αξιολόγησης και μπορεί να εφαρμοστεί με δύο τρόπους:

Μέθοδος ανθρώπινου κεφαλαίου. Η αξία της ανθρώπινης συμμετοχής συνδέεται με το ατομικό εισόδημα.

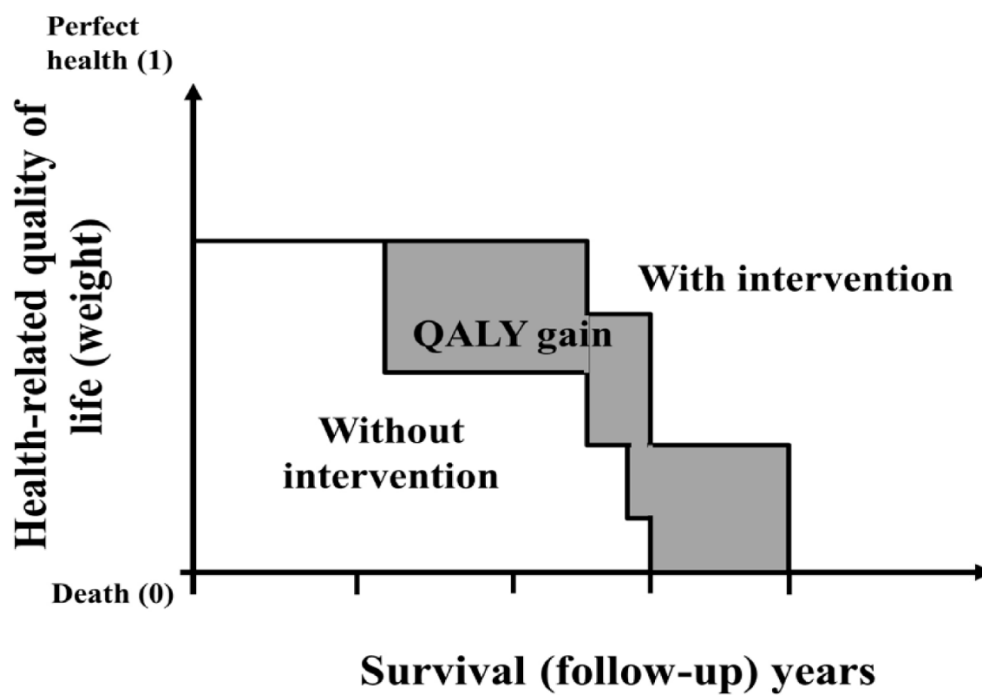
Μέθοδος προθυμίας πληρωμής. Βασίζεται στις παρατηρούμενες ή δηλωμένες προτιμήσεις των ατόμων, πράγμα που σημαίνει ότι αποτιμάται υποκειμενικά μια δραστηριότητα εκτιμώντας πόσες χρηματικές μονάδες διατίθενται να πληρώσουν για μια αυξημένη έκθεση σε κίνδυνο ή για μια συγκεκριμένη υπηρεσία (Robinson, 1993e).

5.5 Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας

Όταν πρέπει να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με την κατανομή πόρων υγείας, η καλύτερη μέθοδος αξιολόγησης είναι η ανάλυση κόστους – χρησιμότητας. Η παραπάνω μέθοδος συγκρίνει τα κόστη διαφορετικών προγραμμάτων με τα αποτελέσματά τους αποτιμώμενα σε “μονάδες βασισμένες στη χρησιμότητα”, δηλαδή μονάδες που σχετίζονται με το επίπεδο ποιότητας ζωής ενός ατόμου. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μονάδα είναι το QALY, δηλαδή το “ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής”. Τα QALYS υπολογίζονται εκτιμώντας συνολικά τα έτη ζωής που κερδίζονται από μια παρέμβαση, σταθμίζοντας κάθε έτος ώστε να αντανakλά την ποιότητα ζωής κατά τη διάρκειά του (Robinson, 1993d).

Η περιγραφή των QALYS, πρωτοπαρουσιάστηκε στη μελέτη των (Klarman et al., 1968) για τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, στην οποία επισημάνθηκε ότι η ποιότητα ζωής με μεταμόσχευση νεφρού είναι κατά 25% καλύτερη απ' ότι με αιμοκάθαρση. Επιπλέον υπολογίστηκαν τα κόστη ανά έτος ζωής και με τις δύο θεραπευτικές προσεγγίσεις τόσο με την ποιοτική αυτή στάθμιση όσο και χωρίς αυτή. Ο όρος QALY δεν ορίστηκε με ακρίβεια, ωστόσο αναφέρθηκε για πρώτη φορά η έννοιά του (Drummond et al., 2002). Η κύρια χρησιμότητα των QALYS είναι η βελτίωση αλλά και παράταση του χρόνου διαβίωσης με βάση μια στάθμιση η οποία αντιστοιχεί στην ποιότητα ζωής σχετιζόμενης με την υγεία. Επομένως μπορούμε να υπολογίσουμε τα QALYS που κερδίζει ένα άτομο κατά έτος από τον τύπο $1 \cdot q$, όπου q ο παράγοντας στάθμισης της ποιότητας ζωής του ασθενή κατά το έτος αυτό. Το q μπορεί να πάρει τιμές από το 0 (θάνατος) ως το 1 (τέλεια υγεία). Για παράδειγμα, αν σε ένα έτος $q=0,7$ τότε ο ασθενής πλησιάζει κατά 70% την τέλεια υγεία κερδίζοντας ταυτόχρονα 0,7 QALYS (Αθανασάκης, 2012).

Το πλεονέκτημα των QALYS έγκειται στο ότι σε μία μόνο μονάδα μέτρησης μπορεί να συνδυαστεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής (ποιοτικό όφελος) και η μείωση της θνησιμότητας (ποσοτικό όφελος). Έστω ότι θέλουμε να παρακολουθήσουμε την πορεία της υγείας ενός ατόμου εφαρμόζοντας μια συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση και να την συγκρίνουμε με την εξέλιξη της υγείας του χωρίς την παρέμβαση αυτή. Στο σχήμα 1 στον κάθετο άξονα καταγράφεται η σχετιζόμενη με τη υγεία ποιότητα ζωής και στον οριζόντιο ο χρόνος σε έτη. Παρατηρούμε ότι η σκιασμένη περιοχή αντιπροσωπεύει το QALY που κερδίσαμε χάρη στην παρέμβαση (Drummond et al., 2002).



Γράφημα 1 Ποιοτικώς σταθμισμένο έτος ζωής QALY

Πηγή: (Kim et al., 2021)

6. Εργαλεία μέτρησης QoL

Πρόσφατα, παρατηρείται έντονο ενδιαφέρον για έγκυρη και αξιόπιστη μέτρηση της HRQoL, η οποία μπορεί να αποδοθεί σε τρεις βασικούς και αλληλοεπιδρώντες παράγοντες: τη μετατροπή των ασθενειών από λοιμώδεις σε χρόνιες, την εισαγωγή εξελιγμένης ιατρικής τεχνολογίας ικανής τόσο να σώζει ζωές όσο και να παρατείνει τη ζωή των ασθενών και την αυξανόμενη επίγνωση των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων στο χώρο της υγείας (Nordenfelt, 1994). Επομένως η κλινική και επιδημιολογική έρευνα, έχει δώσει ιδιαίτερη έμφαση στις διαστάσεις της QoL που σχετίζονται με τη σωματική υγεία, εστιάζοντας στις αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσής τους κατά τη διάρκεια της ασθένειας, καθώς και στην ικανότητά τους να διατηρούν μια ουσιαστική και λειτουργική ζωή (Queiroz et al., 2009). Λόγω της σύνθετης φύσης της έννοιας, η αξιολόγηση της QoL αποτελεί μία πολύπλοκη διαδικασία, η οποία απαιτεί τη διενέργεια πολλαπλών μετρήσεων ώστε να αποτυπωθούν τόσο η υποκειμενικότητα όσο και η πολυδιάστατη φύση της. Για το σκοπό αυτό έχουν κατασκευαστεί διάφορα εργαλεία μέτρησης, τα οποία ενσωματώνουν τις υποκειμενικές παραμέτρους για μια ολοκληρωμένη αποτύπωση της QoL (Campolina et al., 2011).

Τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία, διακρίνονται σε γενικά (generic), τα οποία παρέχουν μια συνολική αποτίμηση της κατάστασης υγείας και ειδικά (specific) τα οποία έχουν σχεδιαστεί για την αποτύπωση συγκεκριμένων πτυχών της QoL, όπως η στοματική υγεία, η οπτική λειτουργία, ο καρκίνος, η λοίμωξη HIV κ.ά. (Landeiro et al., 2011). Σε άρθρο των Pequeno et al. (2020) όπου πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση πρωτότυπων μελετών οι οποίες δημοσιεύθηκαν σε όλες τις γλώσσες μεταξύ των ετών 2008-20018, αναγνωρίστηκαν τα εργαλεία αξιολόγησης της QoL που χρησιμοποιήθηκαν σε μελέτες πληθυσμών ενηλίκων και τα οποία παρουσιάζονται παρακάτω:

6.1 Γενικά εργαλεία

AQoL-4D: Αξιολόγηση Ποιότητας Ζωής - 4 Διαστάσεις

CASP-16: Έλεγχος Αυτονομία Αυτοπραγμάτωση Ευχαρίστηση

EQ-5D: Ευρωπαϊκό Ερωτηματολόγιο - 5 Διαστάσεις

EQ-VAS: Ευρωπαϊκό Ερωτηματολόγιο – Οπτική Αναλογική Κλίμακα

CDC-HRQoL-4: Μέτρα “υγειών ημερών” του Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών (4 διαστάσεις)

CDC-HRQoL-14: Μέτρα “υγειών ημερών” του Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών (14 διαστάσεις)

PROMIS: Σύστημα Μέτρησης Εκβάσεων Αναφερόμενων από Ασθενείς (κλίμακα γενικής υγείας)

QoL scale: Κλίμακα Ποιότητας Ζωής

SF-8: Έρευνα Υγείας Μικρής Κλίμακας (8 διαστάσεις)

SF-12: Έρευνα Υγείας Μικρής Κλίμακας (12 διαστάσεις)

SF-36: Μελέτη Ιατρικών Εκβάσεων-Έρευνα Υγείας Μικρής Κλίμακας (36 διαστάσεις)

EUROHISH-QoL 8-item: Δείκτης Ποιότητας Ζωής EUROHISH 8 Διαστάσεων

6.2 Ειδικά εργαλεία

AQLQ-M: Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής για το Άσθμα

CQoLC-K: Κορεατική Έκδοση Δείκτης Ποιότητας Ζωής Φροντιστών Ασθενών με Καρκίνο

DLQI: Δερματολογικός Δείκτης Ποιότητας Ζωής

EORTC-QLQ-C30: Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και Θεραπεία του Καρκίνου (30 διαστάσεις)

FLQA-d: Δείκτης Ποιότητας Ζωής για Δερματίτιδα του Freiburg

IBDQ: Ερωτηματολόγιο για τις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Εντερικές Νόσους

OHIP-14: Ερωτηματολόγιο Επίδρασης Στοματικής Υγείας (14 διαστάσεις)

OIDP: Επίδραση Στοματικής Υγείας στην Καθημερινότητα

RTQ: Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Μεταμόσχευση Νεφρού

SIBDQ: Σύντομο ερωτηματολόγιο Φλεγμονωδών Νόσων Εντέρου

Visual Function/QoL: Οπτική Λειτουργία/Ποιότητα Ζωής

6.3 Εργαλεία που παράγουν χρησιμότητες

Πριν από την ανάπτυξη της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας (CUA), η οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας συνήθως αγνοούσε την HRQoL ή την αντιμετώπιζε ως ένα άυλο στοιχείο που μπορούσε να αναφερθεί και να περιγραφεί αλλά όχι να ποσοτικοποιηθεί ή να συμπεριληφθεί ως αναπόσπαστο τμήμα του αποτελέσματος υγείας στην ερευνητική αξιολόγηση. Η CUA επιχείρησε να ξεπεράσει αυτό το πρόβλημα υιοθετώντας QALY ως μονάδα μέτρησης των ωφελειών για την υγεία (Torrance, 1986).

Οι τιμές QALYS προκύπτουν χρησιμοποιώντας μία από τις δύο πιο συνηθισμένες προσεγγίσεις: Στη σύνθετη προσέγγιση, κατασκευάζονται σενάρια καταστάσεων υγείας (ή σύνθετες περιγραφές καταστάσεων υγείας) και προστίθενται σε αυτά αριθμητικές τιμές χρησιμοποιώντας μια τεχνική άμεσης κλιμάκωσης. Στην αποδομημένη προσέγγιση χρησιμοποιείται ένα πολυδιάστατο εργαλείο μέτρησης χρησιμότητας (MAU). Αυτό αποτελείται από ένα γενικό περιγραφικό σύστημα ή περιγραφικό εργαλείο και ένα σύνολο τιμών κλίμακας οι οποίες αντιστοιχούν σε κάθε πιθανή κατάσταση υγείας μέσα στο περιγραφικό εργαλείο. Όπως και στην προσέγγιση που βασίζεται σε σενάρια, οι τιμές προκύπτουν χρησιμοποιώντας μία από τις καθιερωμένες τεχνικές κλιμάκωσης δηλαδή την κλίμακα αξιολόγησης (rating scale), τη εκτίμηση μεγέθους (magnitude estimation), την ανταλλαγή χρόνου (time trade-off), το τυπικό στοίχημα (standard gamble) ή πιο πρόσφατα την ανταλλαγή προσώπων (person trade-off) (Murray & Lopez, 1996).

Μέχρι σήμερα, η ευαισθησία των περιγραφικών αυτών συστημάτων έχει περιοριστεί από την ανάγκη αποφυγής πλεονασμού, καθώς αυτή οδηγεί σε διπλή καταμέτρηση ορισμένων στοιχείων και μεροληψία τόσο στα ψυχομετρικά όσο και στα συστήματα βαθμολόγησης χρησιμότητας (utility scoring systems). Γενικότερα, η εγκυρότητα των τιμών που προκύπτουν από αυτές τις προσεγγίσεις εξαρτάται από την εγκυρότητα του περιγραφικού συστήματος και από την εγκυρότητα των περιγραφικών τιμών που αντιστοιχούν σε κάθε περιγραφόμενη κατάσταση υγείας. Καθώς η ακρίβεια των αριθμητικών αυτών τιμών δεν μπορεί συνήθως να επιβεβαιωθεί μέσω άμεσης παρατήρησης ή σύγκρισης με κάποιο πρότυπο αναφοράς, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του εργαλείου θα πρέπει να καθορίζονται μέσω της δημιουργίας ενός “νομολογικού δικτύου” αποδείξεων (Cronbach & Meehl, 1955).

Αυτό το δίκτυο περιλαμβάνει το περιεχόμενο του εργαλείου (αν αντικατοπτρίζει επαρκώς το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο βασίζεται), τα κριτήρια (πόσο καλά ταιριάζει η μέτρηση με τιμές από άλλα εργαλεία που υποτίθεται ότι μετρούν το ίδιο πράγμα) και την εγκυρότητα

κατασκευής (αν το εργαλείο παρέχει βαθμολογίες από τις οποίες μπορούν να βγουν συμπεράσματα για το καθορισμένο πλαίσιο). Η επικύρωση των εργαλείων είναι μία συνεχής διαδικασία και ένα εργαλείο μπορεί να αποδειχθεί έγκυρο σένα πλαίσιο αλλά όχι σε ένα άλλο (Hawthorne et al., 1999).

Παρόλο που είναι διαθέσιμα αρκετά εργαλεία τα οποία παράγουν χρησιμότητες σχετικές με την υγεία, έχουν αναφερθεί ελάχιστοι έλεγχοι εγκυρότητας και όσοι υπάρχουν υποδηλώνουν ορισμένους περιορισμούς. Τα εργαλεία αυτά είναι: το Roser-kind, το Quality of Well-Being (QWB), Health Utility Index Mark (HUI I, II, III), το 15D και το EuroQoL (EQ-5D) (Hawthorne et al., 1999).

Ακόμη σύμφωνα με τους Manser et al. (2006) και Richardson et al. (2012), το AQoL (Assessment of Quality of Life), αποτελεί εργαλείο MAU το οποίο παράγει utility scores που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε οικονομικές αξιολογήσεις υγείας και ειδικότερα αναλύσεις κόστους χρησιμότητας CUA.

Εκτός αυτού, τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκε και ένα νέο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, το SF-6D, το οποίο βασίζεται σε 11 επιλεγμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SF-36. Ο δείκτης αυτός δημιουργήθηκε με σκοπό να υποστηρίξει καλύτερα τις οικονομικές αξιολογήσεις στο χώρο της υγείας, χωρίς όμως να χάνει την αναλυτική πληροφορία και την ευαισθησία του SF-36 (van Stel & Buskens, 2006).

6.4 Το EQ-5D-5L ως εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής

Το EQ-5D-5L, είναι ένα γενικό ερωτηματολόγιο με βάση τις προτιμήσεις το οποίο δημιουργήθηκε το 2009 από την ομάδα EuroQol με σκοπό τη μέτρηση της HRQoL. Αποτελείται από δύο σελίδες: το περιγραφικό σύστημα EQ-5D και την EQ οπτική αναλογική κλίμακα VAS(visual analogue scale). Το περιγραφικό σύστημα περιλαμβάνει 5 διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοφροντίδα, συνήθειες δραστηριότητες, πόνο-δυσφορία και άγχος-κατάθλιψη. Κάθε διάσταση έχει 5 επίπεδα: κανένα πρόβλημα, μικρά προβλήματα, μέτρια προβλήματα, σοβαρά προβλήματα και υπερβολικά προβλήματα-ανικανότητα. Κάθε ένδειξη στο πλαίσιο δίπλα στην εκάστοτε απάντηση, αντιστοιχεί σε ένα ψηφίο που εκφράζει το επιλεγθέν επίπεδο για αυτή τη διάσταση. Το αποτέλεσμα είναι ένας πενταψήφιος αριθμός, αντιπροσωπευτικός της κατάστασης υγείας του ατόμου (EuroQol, 2026). Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε πληθυσμούς με διάφορες ασθένειες και παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία και

ευαισθησία (Zhou et al., 2021). Σαν ποσοτικός δείκτης της HRQoL, αξιοποιείται η “χρησιμότητα” η οποία αντανακλά τις προτιμήσεις του ατόμου για μια δεδομένη κατάσταση υγείας. Η “χρησιμότητα” μετريέται σε μια κλίμακα από 0 ως 1, όπου το 0 αναπαριστά το θάνατο και το 1 την κατάσταση πλήρους υγείας. Όσο χειρότερη είναι η αντίληψη για την κατάσταση υγείας, τόσο χαμηλότερο το σκορ χρησιμότητας. Είναι δυνατή η καταγραφή ακόμη και αρνητικού σκορ, όταν η αξιολογούμενη κατάσταση υγείας εκλαμβάνεται ως χειρότερη από το θάνατο. Οι (Van Hout et al., 2012), ανέπτυξαν ένα σύνολο χρησιμοτήτων βασισμένων σε προτιμήσεις υγείας για το EQ-5D-5L, μέσω μιας προσέγγισης χαρτογράφησης (αντιστοίχισης) προς τα ήδη διαθέσιμα σύνολα τιμών της τριτοβάθμιας έκδοσης (EQ-5D-3L) του ερωτηματολογίου (EQ-5D-5L Crosswalk Index Value Calculator). Η “χρησιμότητα” βρίσκεται επίσης εφαρμογή στον υπολογισμό των QALYS σε αναλύσεις κόστους-χρησιμότητας, επομένως παίζει σημαντικό ρόλο και σε οικονομικές αξιολογήσεις υγείας (Ara & Wailoo, 2012), (Wolowacz et al., 2016).

6.5 EQ-Οπτική Αναλογική Κλίμακα VAS

Η οπτική αναλογική κλίμακα είναι μία από τις τρεις τεχνικές οι οποίες χρησιμοποιούνται συνηθέστερα για την καταγραφή των προτιμήσεων; οι άλλες δύο είναι το τυπικό παίγνιο (SG) και η χρονική ανταλλαγή (TTO) (Drummond et al., 2002). Η EQ-VAS, καταγράφει την αυτοαξιολογούμενη υγεία του ατόμου σε μια κάθετη οπτική αναλογική κλίμακα με άκρα τα οποία χαρακτηρίζονται ως “η καλύτερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε” (σκορ 100), “η χειρότερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε” (σκορ 0). Η VAS μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ποσοτικό μέτρο της κατάστασης υγείας σύμφωνα με την προσωπική άποψη του ασθενή όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος (EuroQol, 2026) και είναι ευρέως διαδεδομένη όσον αφορά στην εκτίμηση της αυτοαξιολογούμενης HRQoL ή στη μέτρηση προτιμήσεων για συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας εξ’ αιτίας της απλότητάς και της πρακτικότητάς της (Shmueli et al., 2008).

Παρ’ όλο που, όπως αναφέρουν οι Brooks & Euroqol Group (1996) και Torrance et al. (2001) οι μέθοδοι SG και TTO φαίνονται θεωρητικά ανώτερες, εντούτοις η VAS είναι λιγότερο δύσκολη και πιο εύκολη στην εφαρμογή. Επίσης σύμφωνα με τους Shmueli et al. (2008), τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τη σταθερότητα και την αναπαραγωγικότητα των SG και TTO είναι περιορισμένα ενώ η VAS διαθέτει μακρά παράδοση ψυχομετρικής διερεύνησης. Όσον αφορά την αξιοπιστία στις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις, οι μελέτες των Parkin et al. (2004)

και Shmueli et al. (2008), έδειξαν ότι γενικά η VAS παρουσιάζει σταθερότητα ως εργαλείο μέτρησης προτιμήσεων υγείας.

6.6 OHIP-14 (Oral Health Impact Profile)

Οι μετρήσεις που σχετίζονται με την OHRQoL, έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στην αξιολόγηση αναγκών στοματικής υγείας και συνδυάζονται με κλινικούς δείκτες προκειμένου να εντοπίζουν καλύτερα όχι μόνο τα συμπτώματα των ασθενών που οφείλονται σε στοματικές παθήσεις αλλά και την ικανότητά τους να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (Adulyanon et al., 1996), (Petersen, 2003).

Η έρευνα των Slade & Spencer (1994), οδήγησε στην ανάπτυξη και αξιολόγηση ενός ερωτηματολογίου που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης μέτρησης του κοινωνικού αντίκτυπου των στοματικών παθήσεων. Η παραπάνω έρευνα οδήγησε στην δημιουργία του ερωτηματολογίου OHIP, το οποίο αποτελούνταν από 49 ερωτήσεις διαχωρισμένες σε επτά επίπεδα: λειτουργικοί περιορισμοί, πόνος, ψυχολογική δυσφορία, φυσική ανικανότητα, ψυχολογική ανικανότητα, κοινωνική ανικανότητα και αναπηρία. Ακολούθως ο Slade (1997) ανέπτυξε τη σύντομη έκδοχή του OHIP-49 διατηρώντας τις βασικές θεματικές ενότητες του αρχικού OHIP, δηλαδή τα ίδια επτά επίπεδα με τη διαφορά ότι το καθένα περιλαμβάνει δύο ερωτήσεις αντί έξι. Οι ερωτήσεις αυτές παρουσιάζουν ικανοποιητική κατανομή επιπολασμού γεγονός που καταδεικνύει ότι το OHIP-14 μπορεί να φανεί χρήσιμο σε περιπτώσεις όπου ενδείκνυται η χρήση της σύντομης μορφής.

Η αξιολόγηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της ελληνικής έκδοσης OHIP-14 στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε από τους Roumani et al. (2010), και αφορούσε αρχικά πληθυσμό εφήβων. Ακολούθησε η έρευνα των Papagiannopoulou et al. (2012), τα αποτελέσματα της οποίας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το OHIP-14 είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μελέτες μέτρησης της OHRQoL στον ελληνικό πληθυσμό. Κάθε ερώτηση περιλαμβάνει πέντε πιθανές απαντήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται με βάση μία κλίμακα Likert ως εξής: (ποτέ 0, σπάνια 1, μερικές φορές 2, συχνά 3, πολύ συχνά 4). Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερα προβλήματα, άρα χειρότερη ποιότητα στοματικής υγείας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

7. Εργαλεία έρευνας

Διεξήχθη συγχρονική ποσοτική έρευνα στο Οδοντιατρικό τμήμα του Κ.Υ. Άρτας από τον Σεπτέμβριο ως το Μάρτιο 2026 σε 99 χρήστες κινητών οδοντοστοιχιών (44 άντρες και 55 γυναίκες). Οι ασθενείς προσέρχονταν στο Κ.Υ. για αλλαγή φθαρμένης οδοντοστοιχίας ή για επισκευή υπάρχουσας. Το δείγμα επιλέχθηκε με κριτήριο την ύπαρξη ομοειδών οδοντοστοιχιών και στις δύο γνάθους. Οι συμμετέχοντες δηλαδή χρησιμοποιούσαν είτε δύο ολικές οδοντοστοιχίες άνω και κάτω γνάθου (ΟΑΚ) είτε δύο μερικές οδοντοστοιχίες άνω και κάτω γνάθου (ΜΑΚ). Ο αριθμός των χρηστών ΟΑΚ ανήρθε στους 45 και των ΜΑΚ στους 54. Μετά την καταγραφή του πίνακα των δημογραφικών στοιχείων, σε κάθε άτομο δόθηκαν προς συμπλήρωση τα τρία ερωτηματολόγια EQ-5D-5L, VAS και OHIP-14. Σε ηλικιωμένους ασθενείς ή σε ασθενείς με κινητικά ή άλλα προβλήματα υγείας, οι ερωτήσεις των εργαλείων έρευνας υπαγορεύονταν από τον ερευνητή και δίνονταν απαραίτητες επεξηγήσεις. Οι συμμετέχοντες έδωσαν συγκατάθεση για εθελοντική συμμετοχή και λήφθηκε άδεια για συλλογή ερευνητικών δεδομένων από το Επιστημονικό Συμβούλιο της 6^{ης} ΥΠΕ, (Παράρτημα 1). Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα ενώ η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με γνώμονα τον κανονισμό προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Στη συνέχεια τα ερευνητικά δεδομένα αναλύθηκαν με λογισμικό SPSS, ενώ ο υπολογισμός “χρησιμοτήτων” του EQ-5D-5L, διενεργήθηκε με τον EQ-5D-5L Crosswalk Index Value Calculator, χρησιμοποιώντας το Ολλανδικό σύστημα στάθμισης τιμών.

7.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση στη γενική και στοματική ποιότητα ζωής μεταξύ των χρηστών ΟΑΚ και ΜΑΚ;

Επηρεάζει η στοματική υγεία τη γενική ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο, εισόδημα, σακχαρώδη διαβήτη και κάπνισμα;

Διαφέρει η γενική ποιότητα ζωής ως προς την ηλικία, το φύλο, το εισόδημα το σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα;

Διαφέρει η στοματική υγεία ως προς την ηλικία, το φύλο, το εισόδημα το σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα;

Υπάρχει διαφορά στο σκορ μεταξύ OAK και MAK στη γενική ποιότητα ζωής και τη στοματική υγεία;

7.2 Μεθοδολογία

Για τον έλεγχο των μεταβλητών της ποιότητας ζωής (EQ-5D-5L) και της στοματικής υγείας των ασθενών χρηστών οδοντοστοιχίας (OHIP-14), ως προς την κανονικότητα της κατανομής, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Shapiro – Wilk. Για την περιγραφή των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή (MT), τυπική απόκλιση (TA) και οι απόλυτες (N) και σχετικές συχνότητες τους (%). Λόγω μη ύπαρξης κανονικής κατανομής, για να πραγματοποιηθεί σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών ανάμεσα σε δυο ομάδες χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann – Whitney, ενώ για τη σύγκριση μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων έγινε χρήση του μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal-Wallis. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (rho) προκειμένου να ελεγχθεί η σχέση δυο ποσοτικών μεταβλητών. Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου στοματικής υγείας διερευνήθηκε με τον συντελεστή Cronbach's-α. Τέλος, πραγματοποιήθηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για τον εντοπισμό ανεξάρτητων παραγόντων σχετιζόμενων με την κλίμακα ποιότητας ζωής. Το επίπεδο σημαντικότητας σε όλους τους ελέγχους ορίστηκε στο σύννητες $\alpha = 0,05$.

7.3 Περιγραφή δείγματος

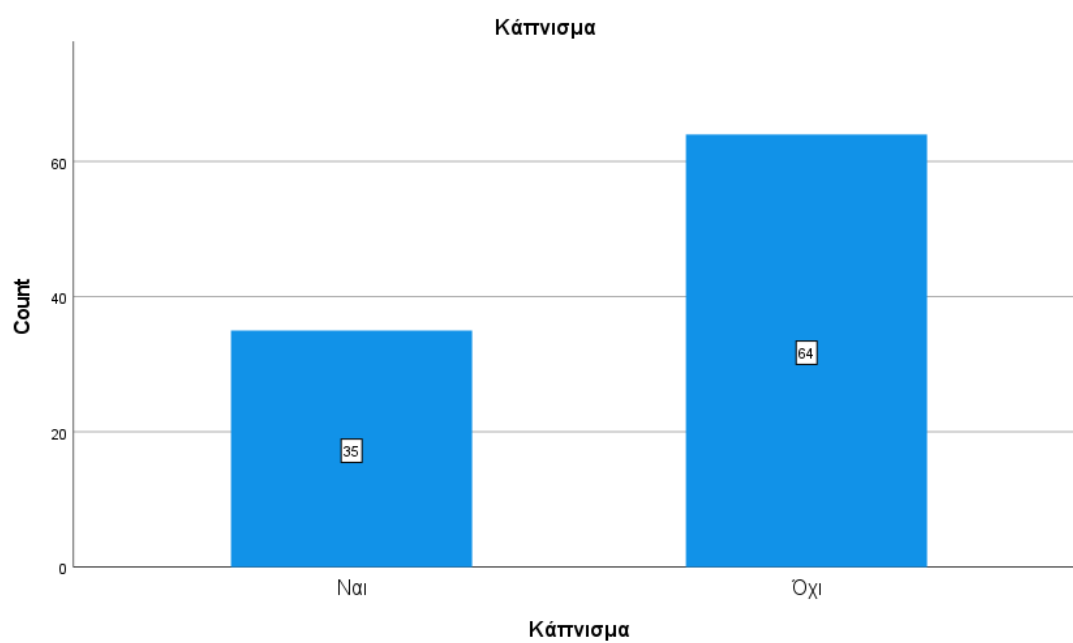
Το δείγμα αποτελείται από 99 συμμετέχοντες, από τους οποίους 55 (55,6%) είναι γυναίκες, οι 56 (56,6%) είναι απόφοιτοι Δημοτικού σχολείου και 36(36,4%) έχουν μηνιαίο εισόδημα 501€ - 1000€. Ακόμη, οι 69 (69,7%) είναι έγγαμοι, οι 64 (64,6%) μη καπνιστές και 70 (70,7%) δεν είχαν σακχαρώδη διαβήτη. Η ηλικία των ερωτώμενων κυμαίνεται από 23 έτη έως 92 έτη ($MT = 69,13, TA = 11,25$) ενώ ο αριθμός μελών της οικογένειας κυμαίνεται από 1 έως 5 άτομα ($MT = 2,16, TA = 0,9$). Αναλυτικότερα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

8. Αποτελέσματα Έρευνας

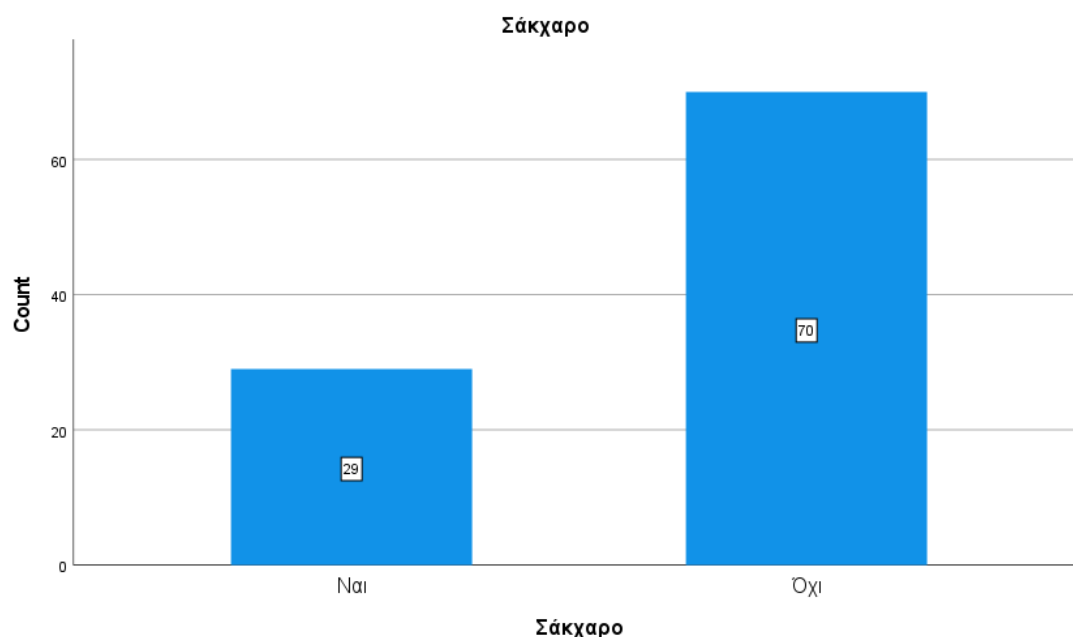
Πίνακας 1 Δημογραφικά δεδομένα δείγματος

Μεταβλητή	Κατηγορία	N(99)	%
Φύλο	Ανδρας	44	44,4%
	Γυναίκα	55	55,6%
Ηλικία 69,13 έτη $\pm$ 11,25 έτη			
Υπηκοότητα	Ελληνική	96	97%
	Άλλη	3	3%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	69	69,7%
	Άγαμος	8	8,1%
	Συμβίωση με σύντροφο	1	1%
	Σε χηρεία	21	21,2
Αριθμός μελών οικογένειας 2,16 $\pm$ 0,9			
Εκπαίδευση	Δημοτικό	56	56,6%
	Γυμνάσιο	16	16,2%
	Λύκειο	14	14,1%
	ΤΕΙ	7	7,1%
	Πανεπιστήμιο	5	5,1%
	Μεταπτυχιακό	1	1%
Μηνιαίο εισόδημα	έως 500€	25	25,3%
	501€-1000€	36	36,4%
	1001€-1500€	26	26,3%

	1501€-2000€	10	10,1%
	2000€ και άνω	2	2%
Κάπνισμα	Ναι	35	35,4%
	Όχι	64	64,6%
Σάκχαρο	Ναι	29	29,3%
	Όχι	70	70,7%



Γράφημα 2 Κάπνισμα



Γράφημα 3 Σακχαρώδης διαβήτης

Στο συγκεκριμένο δείγμα η μέση βαθμολογία στην κλίμακα EQ-5D-5L των συμμετεχόντων ήταν 0,70 μονάδες. Όσον αφορά στην αυτό-αξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων έγινε σε μια κλίμακα από 0 έως 100 και η μέση τιμή βρέθηκε 70,58 μονάδες (Πίνακας 2).

Πίνακας 2 EQ-5D-5L index value και αυτό-αξιολόγηση των συμμετεχόντων

	MT	TA	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
EQ-5D-5L	0,70	0,21	-0,01	1,00
Αυτό-αξιολόγηση	70,58	20,05	0	100

Αναλυτικότερα στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε κάθε έναν από τους πέντε άξονες του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 3 Αναλυτικές απαντήσεις των εργαζομένων στο ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L

		N(99)	%
Κινητικότητα	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	53	53,5
	Έχω μικρά προβλήματα στο περπάτημα	15	15,2
	Έχω μέτρια προβλήματα στο περπάτημα	21	21,2
	Έχω σοβαρά προβλήματα στο περπάτημα	10	10,1

Αυτοεξυπηρέτηση	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να πλένομαι/ντύνομαι μόνος μου	89	89,9
	Έχω μικρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι	2	2,0
	Έχω μέτρια προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι	3	3,0
	Έχω σοβαρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι	5	5,1
Δραστηριότητες	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	77	77,8
	Έχω μικρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	10	10,1
	Έχω μέτρια προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	7	7,1
	Έχω σοβαρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	4	4,0
	Είμαι ανίκανος/η να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	1	1,0
Πόνος ή δυσφορία	Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία	41	41,4
	Έχω μικρό πόνο ή δυσφορία	26	26,3
	Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία	23	23,2
	Έχω σοβαρό πόνο ή δυσφορία	7	7,1
	Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία	2	2,0
Άγχος/Θλίψη	Δεν έχω άγχος ή θλίψη	25	25,3
	Έχω μικρό άγχος ή θλίψη	23	23,2
	Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη	34	34,3
	Έχω σοβαρό άγχος ή θλίψη	13	13,1
	Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη	4	4,0

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων βλέπουμε ότι το 46,5% έχει έστω κάποιο μικρό πρόβλημα στο περπάτημα, ενώ 10 άτομα δήλωσαν ότι έχουν σοβαρά προβλήματα στο περπάτημα. Σχετικά με την αυτοεξυπηρέτηση το 89,9% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν έχει κανένα πρόβλημα να πλένεται/ντύνεται μόνο του. Όσον αφορά τις συνηθισμένες δραστηριότητες των συμμετεχόντων το 77,8% οδήλωσε ότι δεν έχει κανένα πρόβλημα στο να τις εκτελεί. Σχετικά με τον πόνο ή δυσφορία το 49,5% εμφανίζει μικρό ή μέτριο πόνο, ενώ 9 άτομα δήλωσαν ότι έχουν σοβαρό ή υπερβολικό πόνο ή δυσφορία. Τέλος, το 48,5% δήλωσε ότι δεν έχει καθόλου ή μικρό άγχος ή θλίψη, ενώ το 47,4% μέτριο ή σοβαρό άγχος ή θλίψη (Πίνακας 3).

Στη συνέχεια έγινε επιμερισμός των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο που περιγράφει την ποιότητα ζωής στους ασθενείς χρηστών οδοντοστοιχίας μερικών (ΜΑΚ) και ολικών (ΟΑΚ). Συγκεκριμένα οι χρήστες ΟΑΚ έχουν (ΜΟ) EQ-5D-5L 0,70 (VAS 68,78) ενώ οι ΜΑΚ 0,71 (72,07) αντίστοιχα. Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι τιμές τόσο του δείκτη ποιότητας ζωής όσο και του δείκτη αυτό-αξιολόγησης για τους συμμετέχοντες στην έρευνα για τις δύο κατηγορίες ασθενών.

Πίνακας 4 EQ-5D-5L index value και αυτό-αξιολόγηση των συμμετεχόντων ανά ομάδα ασθενών

	MT		TA		Ελάχιστη τιμή		Μέγιστη τιμή	
	ΟΑΚ	ΜΑΚ	ΟΑΚ	ΜΑΚ	ΟΑΚ	ΜΑΚ	ΟΑΚ	ΜΑΚ
EQ-5D-5L	0,70	0,71	0,22	0,21	-0,01	0,16	1	1
Αυτό-αξιολόγηση	68,78	72,07	20,62	19,63	0	20	100	100

Ακολούθως, στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε κάθε έναν από τους πέντε άξονες του ερωτηματολογίου ανά ομάδα ασθενών χρηστών οδοντοστοιχίας.

Πίνακας 5 Αναλυτικές απαντήσεις των εργαζομένων στο ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L ανά ομάδα ασθενών

		N(99)		%	
		ΟΑΚ(45)	ΜΑΚ(54)	ΟΑΚ(45)	ΜΑΚ(54)
Κινητικότητα	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	21	32	46,7	59,3
	Έχω μικρά προβλήματα στο περπάτημα	7	8	15,6	14,8
	Έχω μέτρια προβλήματα στο περπάτημα	12	9	26,7	16,7
	Έχω σοβαρά προβλήματα στο περπάτημα	5	5	11,1	9,3
Αυτοεξυπηρέτηση	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να πλένομαι/ντύνομαι μόνος μου	38	51	84,4	94,4
	Έχω μικρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι	2	0	4,4	0
	Έχω μέτρια προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι	2	1	4,4	1,9
	Έχω σοβαρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι	3	2	6,7	1,9

Δραστηριότητες	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	33	44	73,3	81,5
	Έχω μικρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	4	6	8,9	11,1
	Έχω μέτρια προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	3	4	6,7	7,4
	Έχω σοβαρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	4	0	8,9	0
	Είμαι ανίκανος/η να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	1	0	2,2	0
Πόνος ή δυσφορία	Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία	20	21	44,4	38,9
	Έχω μικρό πόνο ή δυσφορία	9	17	20,0	31,5
	Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία	12	11	26,7	20,4
	Έχω σοβαρό πόνο ή δυσφορία	2	5	4,4	9,3
	Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία	2	0	4,4	0
Άγχος/Θλίψη	Δεν έχω άγχος ή θλίψη	12	13	26,7	24,1
	Έχω μικρό άγχος ή θλίψη	9	14	20,0	25,9
	Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη	18	16	40,0	29,6
	Έχω σοβαρό άγχος ή θλίψη	5	8	11,1	14,8
	Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη	1	3	2,2	5,6

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5 φαίνεται οι συχνότητες ανά κατηγορία σε κάθε ερώτηση να είναι παρόμοιες ανάμεσα στους ασθενείς με ολική και μερική οδοντοστοιχία. Ακόμη σχετικά με την κινητικότητα το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών και των δύο ομάδων δεν είχε κανένα πρόβλημα, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό έχει σοβαρά προβλήματα στο περπάτημα. Σχετικά με την αυτοεξυπηρέτηση το ποσοστό των ατόμων που δεν έχει κανένα πρόβλημα είναι αρκετά υψηλό και για τις δύο ομάδες, ενώ τα άτομα που είχαν προβλήματα φαίνεται να είναι περισσότερα στην ομάδα ασθενών ΟΑΚ. Σχετικά με τις δραστηριότητες το ποσοστό των ασθενών χωρίς προβλήματα είναι αρκετά υψηλό και για τις δύο ομάδες ενώ είναι αρκετά χαμηλό το πλήθος των ατόμων με προβλήματα. Σχετικά με τον πόνο ή τη δυσφορία τα ποσοστά και για τις δύο ομάδες ασθενών φαίνεται να είναι μοιρασμένα, δηλαδή υπάρχουν εξίσου άτομα με κάποιο πόνο ή δυσφορία. Τέλος, σχετικά με το άγχος και θλίψη η εικόνα φαίνεται να είναι παρόμοια, δηλαδή υπάρχουν εξίσου άτομα που εμφανίζουν άγχος και στις δύο ομάδες. Η ύπαρξη διαφορών θα διερευνηθεί παρακάτω εκτενώς.

Το ερωτηματολόγιο OHIP-14 περιγράφει τη στοματική υγεία των ασθενών χρηστών οδοντοστοιχίας. Με βάση τις ερωτήσεις αυτές υπολογίστηκε ένα συνολικό σκορ για την επίδραση της στοματικής υγείας στη ζωή των συμμετεχόντων.

Πίνακας 6 Συνολικό σκορ για τη στοματική υγεία των συμμετεχόντων

	MT	TA	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Cronbach's a
Συνολικό σκορ OHIP-14	15,87	10,34	0,00	44,00	0,86

Το συνολικό σκορ στο συγκεκριμένο δείγμα κυμαίνεται από 0 έως 44 μονάδες με μέση τιμή 15,87. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's είναι 0,86 που δηλώνει αποδεκτή αξιοπιστία και εσωτερική συνοχή.

Ακολουθεί ο πίνακας με τις ερωτήσεις και τα αποτελέσματά τους σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Πίνακας 7 Απαντήσεις ερωτηματολογίου OHIP-14

		N(99)	%
Έχετε συναντήσει δυσκολίες κατά τη μάσηση τροφής εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	30	30,3
	Σχεδόν Ποτέ	11	11,1
	Περιστασιακά	26	26,3
	Αρκετά συχνά	22	22,2
	Πολύ συχνά	10	10,1
Έχετε νιώσει ότι προβλήματα με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας προκαλούν κακή αναπνοή;	Ποτέ	63	63,6
	Σχεδόν Ποτέ	5	5,1
	Περιστασιακά	18	18,2
	Αρκετά συχνά	10	10,1
	Πολύ συχνά	3	3,0

Έχετε νιώσει δυσκολία στην κατανάλωση κάποιας τροφής εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	34	34,3
	Σχεδόν Ποτέ	7	7,1
	Περιστασιακά	25	25,3
	Αρκετά συχνά	23	23,2
	Πολύ συχνά	10	10,1
Έχετε εμφανίσει πληγές στο στόμα σας;	Ποτέ	74	74,7
	Σχεδόν Ποτέ	3	3,0
	Περιστασιακά	15	15,2
	Αρκετά συχνά	7	7,1
Έχετε νιώσει ενόχληση εξαιτίας ενσφήνωσης τροφών ανάμεσα στα δόντια ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	28	28,3
	Σχεδόν Ποτέ	8	8,1
	Περιστασιακά	34	34,3
	Αρκετά συχνά	22	22,2
	Πολύ συχνά	7	7,1
Έχετε νιώσει ντροπή εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	48	48,5
	Σχεδόν Ποτέ	10	10,1
	Περιστασιακά	14	14,1
	Αρκετά συχνά	22	22,2
	Πολύ συχνά	5	5,1
Έχετε αποφύγει να καταναλώσετε συγκεκριμένες τροφές εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	33	33,3
	Σχεδόν Ποτέ	7	7,1
	Περιστασιακά	23	23,2

	Αρκετά συχνά	26	26,3
	Πολύ συχνά	10	10,1
Έχετε αποφύγει να χαμογελάσετε εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	52	52,5
	Σχεδόν Ποτέ	4	4,0
	Περιστασιακά	19	19,2
	Αρκετά συχνά	16	16,2
	Πολύ συχνά	8	8,1
Έχει διαταραχθεί ο ύπνος σας εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	61	61,6
	Σχεδόν Ποτέ	9	9,1
	Περιστασιακά	15	15,2
	Αρκετά συχνά	11	11,1
	Πολύ συχνά	3	3,0
Έχει διαταραχθεί η συγκέντρωσή σας εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	70	70,7
	Σχεδόν Ποτέ	5	5,1
	Περιστασιακά	13	13,1
	Αρκετά συχνά	8	8,1
	Πολύ συχνά	3	3,0
Έχετε αποφύγει να βγείτε έξω εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	69	69,7
	Σχεδόν Ποτέ	5	5,1
	Περιστασιακά	13	13,1
	Αρκετά συχνά	9	9,1
	Πολύ συχνά	2	2,0

Έχετε συναντήσει προβλήματα στην εκτέλεση των καθημερινών σας δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	75	75,8
	Σχεδόν Ποτέ	9	9,1
	Περιστασιακά	12	12,1
	Αρκετά συχνά	3	3,0
Έχει χρειαστεί να ξοδέψετε πολλά χρήματα εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	24	24,2
	Σχεδόν Ποτέ	7	7,1
	Περιστασιακά	40	40,4
	Αρκετά συχνά	27	27,3
	Πολύ συχνά	1	1,0
Έχετε νιώσει ότι έχει μειωθεί η αυτοπεποίθησή σας εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	61	61,6
	Σχεδόν Ποτέ	7	7,1
	Περιστασιακά	17	17,2
	Αρκετά συχνά	9	9,1
	Πολύ συχνά	5	5,1

Σύμφωνα με τον Πίνακα 7, το 32,3% εμφάνισε αρκετά ή πολύ συχνά δυσκολίες κατά τη μάσηση της τροφής και το 13,1% έχει νιώσει αρκετά ή πολύ συχνά ότι η κακή αναπνοή οφείλεται σε προβλήματα από το στόμα ή την οδοντοστοιχία. Το 33,3% δήλωσε ότι έχει νιώσει δυσκολία στην κατανάλωση κάποιας τροφής αρκετά ή πολύ συχνά, 7 άτομα είχαν πληγές στο στόμα τους αρκετά συχνά και 29,3% ένιωσαν ενόχληση αρκετά ή πολύ συχνά εξαιτίας ενσφήνωσης τροφής ανάμεσα στα δόντια. Σχετικά με το αν έχουν αποφύγει να χαμογελάσουν εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια το 24,3% δήλωσε έγινε αρκετά ή πολύ συχνά, το 14,1% αρκετά ή πολύ συχνά τα προβλήματα με το στόμα τους έχουν διαταράξει τον ύπνο τους και το 11,1% δήλωσε ότι η συγκέντρωσή τους διαταράχθηκε αρκετά ή πολύ συχνά. Ακόμη 11,1% δήλωσε ότι αρκετά ή πολύ συχνά απέφυγε να βγει έξω εξαιτίας των προβλημάτων με το στόμα του και 3 άτομα αρκετά συχνά συνάντησαν προβλήματα στην εκτέλεση των καθημερινών τους

δραστηριοτήτων. Τέλος, το 28,3% έχει χρειαστεί να ξοδέψει πολλά χρήματα εξαιτίας των προβλημάτων με το στόμα του αρκετά ή πολύ συχνά και το 14,2% έχει νιώσει την αυτοπεποίθησή του να μειώνεται αρκετά ή πολύ συχνά.

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα συνολικά σκορ για τη στοματική υγεία των συμμετεχόντων για τις δύο κατηγορίες ασθενών. Για τους χρήστες ΟΑΚ ο ΜΟ είναι 16,23 (ΤΑ 10,81) ενώ για τους ΜΑΚ 15,57 (ΤΑ 10,03).

Πίνακας 8 Συνολικό σκορ για τη στοματική υγεία των συμμετεχόντων ανά ομάδα ασθενών

		ΜΤ		ΤΑ		Ελάχιστη τιμή		Μέγιστη τιμή	
		ΟΑΚ	ΜΑΚ	ΟΑΚ	ΜΑΚ	ΟΑΚ	ΜΑΚ	ΟΑΚ	ΜΑΚ
Συνολικό	σκορ	16,23	15,57	10,81	10,03	2,00	0,00	42,00	44,00
OHIP-14									

Αναλυτικότερα στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε κάθε μία από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ανά ομάδα ασθενών χρηστών οδοντοστοιχίας. Σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου φαίνεται τα ποσοστά των απαντήσεων να είναι εξίσου μοιρασμένα στις δύο ομάδες ασθενών. Πιο συγκεκριμένα το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που απάντησε «Ποτέ» σε κάποια ερώτηση είναι και για τις δύο ομάδες στην ερώτηση «Έχετε εμφανίσει πληγές στο στόμα σας;» ενώ αντίθετα για την ομάδα ασθενών ΟΑΚ στην ερώτηση «Έχετε αποφύγει να καταναλώσετε συγκεκριμένες τροφές εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;» εμφανίστηκε το υψηλότερο ποσοστό απάντησης «Πολύ συχνά» με 15,6% και για την ομάδα ΜΑΚ στην ερώτηση «Έχετε αποφύγει να χαμογελάσετε εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;» εμφανίστηκε το υψηλότερο ποσοστό «Πολύ συχνά» με 9,3%.

Πίνακας 9 Απαντήσεις ΟΗΡ 14 ανά ομάδα ασθενών χρηστών οδοντοστοιχίας

		N(99)		%	
		OAK(45)	MAK(54)	OAK	MAK
Έχετε συναντήσει δυσκολίες κατά τη μάσηση τροφής εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	11	19	24,4	25,2
	Σχεδόν Ποτέ	6	5	13,3	9,3
	Περιστασιακά	12	14	26,7	25,9
	Αρκετά συχνά	10	12	22,2	22,2
	Πολύ συχνά	6	4	13,3	7,4
Έχετε νιώσει ότι προβλήματα με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας προκαλούν κακή αναπνοή;	Ποτέ	27	36	60	66,7
	Σχεδόν Ποτέ	1	4	2,2	7,4
	Περιστασιακά	9	9	20,0	16,7
	Αρκετά συχνά	6	4	13,3	7,4
	Πολύ συχνά	2	1	4,4	1,9
Έχετε νιώσει δυσκολία στην κατανάλωση κάποιας τροφής εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	15	19	33,3	35,2
	Σχεδόν Ποτέ	2	5	4,4	9,3
	Περιστασιακά	8	17	17,8	31,5
	Αρκετά συχνά	14	9	31,1	16,7
	Πολύ συχνά	6	4	13,3	7,4
Έχετε εμφανίσει πληγές στο στόμα σας;	Ποτέ	30	44	66,7	81,5
	Σχεδόν Ποτέ	2	1	4,4	1,9
	Περιστασιακά	8	7	17,8	13,0
	Αρκετά συχνά	5	2	11,1	3,7

Έχετε νιώσει ενόχληση εξαιτίας ενσφήνωσης τροφών ανάμεσα στα δόντια ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	16	12	35,6	22,2
	Σχεδόν Ποτέ	3	5	6,7	9,3
	Περιστασιακά	10	24	22,2	44,4
	Αρκετά συχνά	11	11	24,4	20,4
	Πολύ συχνά	5	2	11,1	3,7
Έχετε νιώσει ντροπή εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	25	23	55,6	42,6
	Σχεδόν Ποτέ	3	7	6,7	13,0
	Περιστασιακά	5	9	11,1	16,7
	Αρκετά συχνά	8	14	17,8	25,9
	Πολύ συχνά	4	1	8,9	1,9
Έχετε αποφύγει να καταναλώσετε συγκεκριμένες τροφές εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	15	18	33,3	33,3
	Σχεδόν Ποτέ	3	4	6,7	7,4
	Περιστασιακά	6	17	13,3	31,5
	Αρκετά συχνά	14	12	31,1	22,2
	Πολύ συχνά	7	3	15,6	5,6
Έχετε αποφύγει να χαμογελάσετε εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	26	26	57,8	48,1
	Σχεδόν Ποτέ	3	1	6,7	1,9
	Περιστασιακά	4	15	8,9	27,8
	Αρκετά συχνά	9	7	20,0	13,0
	Πολύ συχνά	3	5	6,7	9,3
	Ποτέ	31	30	68,9	55,6
	Σχεδόν Ποτέ	2	7	4,4	13,0

Έχει διαταραχθεί ο ύπνος σας εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Περιστασιακά	4	11	8,9	20,4
	Αρκετά συχνά	7	4	15,6	7,4
	Πολύ συχνά	1	2	2,2	3,7
Έχει διαταραχθεί η συγκέντρωσή σας εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	33	37	73,3	68,5
	Σχεδόν Ποτέ	3	2	6,7	3,7
	Περιστασιακά	3	10	6,7	18,5
	Αρκετά συχνά	4	4	8,9	7,4
	Πολύ συχνά	2	1	4,4	1,9
Έχετε αποφύγει να βγείτε έξω εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	29	40	65,9	74,1
	Σχεδόν Ποτέ	4	1	9,1	1,9
	Περιστασιακά	5	8	11,4	14,8
	Αρκετά συχνά	5	4	11,4	7,4
	Πολύ συχνά	1	1	2,3	1,9
Έχετε συναντήσει προβλήματα στην εκτέλεση των καθημερινών σας δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	36	39	80,0	72,2
	Σχεδόν Ποτέ	4	5	8,9	9,3
	Περιστασιακά	4	8	8,9	14,8
	Αρκετά συχνά	1	2	2,2	3,7
Έχει χρειαστεί να ξοδέψετε πολλά χρήματα εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας;	Ποτέ	14	10	31,1	18,5
	Σχεδόν Ποτέ	6	1	13,3	1,9
	Περιστασιακά	13	27	28,9	50,0
	Αρκετά συχνά	11	16	24,4	29,6
	Πολύ συχνά	1	0	2,2	0,0

	Ποτέ	27	34	60,0	63,0
Έχετε νιώσει ότι έχει μειωθεί η	Σχεδόν Ποτέ	3	4	6,7	7,4
αυτοπεποίθησή σας εξαιτίας	Περιστασιακά	6	11	13,3	20,4
προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή	Αρκετά συχνά	5	4	11,1	7,4
τις οδοντοστοιχίες σας;	Πολύ συχνά	4	1	8,9	1,9

9. Επαγωγική στατιστική ανάλυση

Αρχικά έγινε έλεγχος κανονικότητας με χρήση του κριτηρίου Shapiro – Wilk για τις δύο βασικές μεταβλητές της έρευνας, της γενικής ποιότητας ζωής (EQ-5D-5L) και της οδοντιατρικής υγιεινής (OHIP-14).

Πίνακας 10 Έλεγχος κανονικής κατανομής

	Shapiro – Wilk	BE	p
EQ-5D-5L	0.900	98	<0,001
OHIP-14	0,937	98	<0,001

Σύμφωνα με τον Πίνακα 10 οι μεταβλητές EQ-5D-5L και OHIP-14 δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή καθώς είναι $p < 0,001$.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα είναι «Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση στη γενική και στοματική ποιότητα ζωής μεταξύ χρηστών OAK και MAK;». Καθότι οι μεταβλητές που περιγράφουν τη γενική και στοματική ποιότητα ζωής δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ο ενδεδειγμένος δείκτης συσχέτισης είναι ο συντελεστής Spearman.

Πίνακας 11 Πίνακας συσχετίσεων ανά ομάδα χρηστών οδοντοστοιχίας

		EQ-5D-5L		OHIP-14	
		MAK	OAK	MAK	OAK
EQ-5D-5L	Spearman rho	1	1		
	p	-	-		
OHIP-14	Spearman rho	-0,089	-0,405	1	1
	p	0,522	0,006	-	-

υποδηλώνει συσχέτιση στατιστικά σημαντική για επίπεδο σημαντικότητας 1% (δίπλευρος έλεγχος)

Σύμφωνα με τον Πίνακα 11, για τους χρήστες μερικής οδοντοστοιχίας δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές ενδείξεις συσχέτισης ανάμεσα στη γενική και στοματική ποιότητα ζωής ($\rho = -0,089, p = 0,522$). Αντίθετα για τους χρήστες ολικής οδοντοστοιχίας προέκυψαν στατιστικά σημαντικές ενδείξεις συσχέτισης ανάμεσα στη γενική και στοματική ποιότητα ζωής ($\rho = -0,405, p = 0,006$). Συγκεκριμένα ο συντελεστής συσχέτισης δηλώνει μέτρια αρνητική συσχέτιση, δηλαδή υψηλότερες τιμές OHIP-14 (χειρότερη στοματική υγεία), οδηγούν σε χαμηλότερες τιμές της γενικής ποιότητας ζωής.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα είναι «Επηρεάζει η στοματική υγεία τη γενική ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο, εισόδημα, σακχαρώδη διαβήτη και κάπνισμα;». Για τον έλεγχο της θα γίνει πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη γενική ποιότητα ζωής και ανεξάρτητες τις υπόλοιπες μεταβλητές.

Πίνακας 12 Σύνοψη μοντέλου

Μοντέλο	R	R^2	Διορθωμένο R^2	F	p
1	0,494	0,244	0,194	4,888	<0,001

Σύμφωνα με τον Πίνακα 12 το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικό καθώς είναι $p < 0,001$, εξηγώντας το 24,1% της συνολικής διακύμανσης της γενικής ποιότητας ζωής.

Πίνακας 13 Ανάλυση μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης

Παράγοντες πρόβλεψης	Συντελεστές	SE	Τυποποιημένοι συντελεστές b	t	p
OHIP	-0,004	0,002	-0,214	-2,255	0,027
Ηλικία	-0,005	0,002	-0,269	-2,757	0,007
Φύλο	-0,123	0,042	-0,285	-2,911	0,005
Εισόδημα	0,029	0,020	0,136	1,461	0,148
Σάκχαρο	-0,026	0,044	-0,056	-0,589	0,557
Κάπνισμα	-0,004	0,046	-0,010	-0,097	0,923
Εξαρτημένη μεταβλητή: EQ-5D-5L					

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 13 η στοματική υγεία είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της γενικής ποιότητας ζωής ($b = -0,214, p = 0,027$), ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, το μηνιαίο εισόδημα, το σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα. Πιο συγκεκριμένα η αύξηση στις τιμές της μεταβλητής OHIP που δηλώνει χειρότερη στοματική υγεία οδηγεί σε μείωση της γενικής ποιότητας ζωής.

Ακόμη στατιστικά σημαντικοί συντελεστές πρόβλεψης της γενικής ποιότητας ζωής βρέθηκαν η ηλικία ($b = -0,269, p = 0,007$) και το φύλο ($b = -0,285, p = 0,005$). Ο συντελεστής πρόβλεψης δηλώνει ότι αύξηση της ηλικίας οδηγεί σε μείωση της γενικής ποιότητας ζωής, ενώ για το φύλο οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν χειρότερη γενική ποιότητα ζωής.

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα είναι «*Διαφέρει η γενική ποιότητα ζωής (EQ-5D-5L) ως προς την ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, το σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα;*». Για τις μεταβλητές φύλο, σακχαρώδη διαβήτη και κάπνισμα θα χρησιμοποιηθεί το μη παραμετρικό κριτήριο Mann Whitney, ενώ για το μηνιαίο εισόδημα το κριτήριο Kruskal-Wallis.

Πίνακας 14 Διαφορές για τη γενική ποιότητα ζωής (EQ-5D-5L)

Γενική ποιότητα ζωής (EQ-5D-5L)				p
		N	M.T. (T.A.)	
Φύλο	Ανδρας	44	0,78 (0,15)	<0,001+
	Γυναίκα	55	0,64 (0,23)	
Εισόδημα	<500	25	0,65 (0,25)	0,182++
	501 – 1000	36	0,70 (0,21)	
	1001 – 1500	26	0,71 (0,20)	
	1501 – 2000	20	0,80 (0,09)	
	>2000	2	0,92 (0,11)	
Σάκχαρο	Ναι	29	0,70 (0,22)	0,703+
	Όχι	70	0,70 (0,22)	
Κάπνισμα	Ναι	35	0,75 (0,18)	0,148+
	Όχι	64	0,68 (0,23)	
+ Mann-Whitney, ++ Kruskal-Wallis				

Σύμφωνα με τον Πίνακα 14, για τη γενική ποιότητα ζωής εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο ($p < 0,001$) με τους άνδρες να εμφανίζουν υψηλότερες τιμές γενικής ποιότητας ζωής από τις γυναίκες. Αντίθετα δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το εισόδημα, το σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα.

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα είναι «*Διαφέρει η στοματική υγεία (OHIP-14) ως προς την ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, το σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα;*». Για τις μεταβλητές φύλο, σακχαρώδη διαβήτη και κάπνισμα θα χρησιμοποιηθεί το μη παραμετρικό κριτήριο Mann Whitney, ενώ για το μηνιαίο εισόδημα το κριτήριο Kruskal-Wallis.

Πίνακας 15 Διαφορές για τη στοματική υγεία (OHIP-14)

Στοματική υγεία (OHIP-14)				p
		N	M.T. (T.A.)	
Φύλο	Ανδρας	43	14,42 (9,60)	0,271+
	Γυναίκα	55	17,00 (10,83)	
Εισόδημα	<500	25	17,64 (11,51)	0,924++
	501 – 1000	35	15,29 (9,54)	
	1001 – 1500	26	15,31 (10,22)	
	1501 – 2000	10	13,30 (6,60)	
	>2000	2	24,00 (28,28)	
Σάκχαρο	Ναι	29	18,31 (11,12)	0,142+
	Όχι	69	14,84 (9,90)	
Κάπνισμα	Ναι	35	18,09 (12,11)	0,262+
	Όχι	63	14,63 (9,08)	
+ Mann-Whitney, ++ Kruskal-Wallis				

Σύμφωνα με τον Πίνακα 15 δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τη στοματική υγεία ως προς το φύλο, το μηνιαίο εισόδημα, το σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα.

Σχετικά με την ηλικία, όπως φαίνεται στον Πίνακα 16, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές ενδείξεις συσχέτισης τόσο για τη γενική ποιότητα ζωής (EQ-5D-5L) όσο και για τη στοματική υγεία (OHIP-14). Για τον έλεγχο της ύπαρξης συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός δείκτης συσχέτισης Spearman.

Πίνακας 16 Συσχέτιση με την ηλικία

		Ηλικία
EQ-5D-5L	Spearman rho	-0,159
	p	0,117
OHIP-14	Spearman rho	-0,148
	p	0,147

Τέλος, το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα είναι «Υπάρχει διαφορά σκορ μεταξύ OAK και MAK στη γενική ποιότητα ζωής και τη στοματική υγεία;». Για τις μεταβλητές μερική (MAK) και ολική (OAK) οδοντοστοιχία θα χρησιμοποιηθεί το μη παραμετρικό κριτήριο Mann – Whitney.

Πίνακας 17 Διαφορές ως προς την οδοντοστοιχία

Γενική ποιότητα ζωής (EQ-5D-5L)				
		N	M.T. (T.A.)	p
Οδοντοστοιχία	OAK	45	0,70 (0,22)	0,704+
	MAK	54	0,71 (0,21)	
Στοματική υγεία (OHIP-14)				
		N	M.T. (T.A.)	p
Οδοντοστοιχία	OAK	44	16,23 (10,81)	0,889+
	MAK	54	15,57 (10,03)	
+ Mann-Whitney				

Σύμφωνα με τον Πίνακα 17 δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τη γενική ποιότητα ζωής και τη στοματική υγεία ως προς το είδος της οδοντοστοιχίας των ασθενών.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι χρήστες ΟΑΚ με χειρότερη στοματική υγεία έχουν και χειρότερη γενική ποιότητα ζωής. Επίσης η γενική ποιότητα ζωής επηρεάζεται από τη στοματική υγεία, την ηλικία και το φύλο. Συγκεκριμένα η στοματική υγεία μπορεί να προβλέψει αρνητικά τη γενική ποιότητα ζωής, ενώ η πάροδος της ηλικίας μειώνει τη γενική ποιότητα ζωής.

Εξ' άλλου από τα αποτελέσματα της έρευνας συνεπάγεται πως οι άνδρες εμφανίζουν καλύτερη γενική ποιότητα ζωής από τις γυναίκες. Επιπρόσθετα η ανάλυση κατέδειξε ότι η στοματική υγεία δε συσχετίστηκε με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Τέλος, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά για τη γενική ποιότητα ζωής και τη στοματική υγεία ως προς το είδος της οδοντοστοιχίας των ασθενών.

10. Συζήτηση

Στη διεθνή βιβλιογραφία η ποιότητα ζωής των χρηστών οδοντοστοιχιών καταγράφεται μεταξύ άλλων με τη χρήση του ερωτηματολογίου OHIP-14, του ερωτηματολόγιου EQ-5D- 5L και της Κλίμακας VAS, αν και η χρήση του EQ-5D-5L είναι μάλλον ασυνήθιστη. Η παρούσα μελέτη συμβάλει στην περιορισμένη βιβλιογραφία που διερευνά τόσο την HRQoL όσο και την OHRQoL σε χρήστες οδοντοστοιχιών χρησιμοποιώντας ταυτόχρονα και τα τρία προαναφερόμενα εργαλεία. Επομένως η σύγκριση των παρόντων ευρημάτων με προηγούμενες μελέτες είναι δύσκολη. Ακόμη μικρότερος είναι ο αριθμός των άρθρων που υπολογίζουν το συνολικό σκορ στα αποτελέσματα της έρευνας. Επίσης απ' όσο γνωρίζουμε, τα άρθρα με εργαλείο έρευνας το OHIP-14, τα οποία είναι και πιο συχνά σε οδοντιατρικές μελέτες, επικεντρώνονται στην τμηματική βαθμολόγησή του ανά τομέα ή σε επίπεδο επιμέρους ερωτήσεων αντί σε μία ενιαία βαθμολογία, η οποία παρουσιάζεται στην παρούσα μελέτη και διευκολύνει τη σύγκριση με την HRQoL. Πάντως, όπως συμπεραίνει ο Brennan (2013), παρ' ότι το OHIP ήταν πιο ευαίσθητο στο να διακρίνει διαφορές στοματικής υγείας, ωστόσο τα γενικά εργαλεία όπως το EQ-5D και το AQoL επεδείκνυν τόσο διακριτική όσο και συγκλίνουσα εγκυρότητα ως προς τις μεταβλητές της στοματικής υγείας, γεγονός που υποστηρίζει τη χρήση τους σε οδοντιατρικές μελέτες.

Οι Shaghaghian et al. (2015), διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και OHRQoL σε χρήστες ΜΟ χρησιμοποιώντας OHIP-14. Τα αποτελέσματα (ΜΟ 13,80- ΤΑ 10,08) διαφοροποιούνται από την παρούσα έρευνα (ΜΟ 15,57-ΤΑ10,81) υποδεικνύοντας πιθανώς ελαφρά καλύτερη OHRQoL στη βιβλιογραφική αναφορά. Η διαφορά αυτή ενδέχεται να οφείλεται στο ότι οι παραπάνω ερευνητές χρησιμοποίησαν δείγμα το οποίο περιελάμβανε εκτός από χρήστες ΜΑΚ, άτομα με μονή ΜΟ ενώ στην αντίθετη γνάθο υπήρχαν φυσικά δόντια.

Σε έρευνα των Al Deeb et al. (2020), βρέθηκε ότι κατά τη χρήση των ΜΟ, παρατηρήθηκαν μικρά προβλήματα όσον αφορά τη μάσηση, τους κοινωνικούς περιορισμούς και τη λειτουργική ικανότητα. Η OHRQoL των χρηστών ΜΑΚ συμμετεχόντων στην παραπάνω έρευνα παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο εκπαίδευσης την κοινωνικοοικονομική κατάσταση την ύπαρξη υποκείμενων νόσων και τη χρήση καπνικών προϊόντων. Αντίθετα στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ χρηστών οδοντοστοιχιών φύλου, μηνιαίου εισοδήματος, σακχαρώδη διαβήτη και καπνίσματος Σε μια άλλη μελέτη των Bae et al. (2006), στην οποία συγκρίνεται η ποιότητα ζωής μεταξύ των χρηστών ΟΟ και ΜΟ συμπεραίνεται ότι δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά στην OHRQoL

μεταξύ των δύο ομάδων με εξαίρεση το λειτουργικό περιορισμό, την αίσθηση του πόνου και την ψυχολογική δυσφορία όπου οι χρήστες ΟΟ παρουσιάζουν χαμηλότερα σκορ από αυτά των ΜΟ. Το συμπέρασμα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα του 5^{ου} ερευνητικού ερωτήματος της παρούσας μελέτης, κατά το οποίο δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο σκορ μεταξύ ΟΑΚ και ΜΑΚ τόσο για την HRQoL όσο και για την OHRQoL. Παρά τη διαφορετική μεθοδολογική προσέγγιση από τους Bae et al. (2006), (χρήση OHIP-49 αντί για OHIP-14 και υπολογισμού επιμέρους σκορ του ερωτηματολογίου) παρατηρείται σαφής σύγκλιση αποτελεσμάτων ως προς την OHRQoL.

Επίσης οι Raina et al. (2019), συνέκριναν τη στοματική υγεία και το βαθμό ικανοποίησης μεταξύ χρηστών οδοντοστοιχιών τα οποία ταξινόμησαν σε 5 ομάδες. Η έρευνα βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο OHIP-EDENT, ειδικό για νωδούς ασθενείς, το οποίο βασίζεται στο OHIP-14 με το οποίο υπάρχει αντιστοιχία υποκλιμάκων. Βρέθηκε ότι 63% των ασθενών αντιμετώπιζε δυσκολία στη μάσηση μερικές φορές, 56% δήλωσε ότι απέφευγε συχνά να καταναλώσει συγκεκριμένες τροφές λόγω προβλημάτων με τις οδοντοστοιχίες τους και 31% απέφευγαν να βγουν έξω συχνά. Στον πίνακα 7, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας όπου παρατηρούμε σημαντικές αποκλίσεις με τις παραπάνω τιμές. Συγκεκριμένα τα σκορ αντίστοιχα είναι 26,3 (περιστασιακά), 36,4 (συχνά, πολύ συχνά) και 11,1 (συχνά και πολύ συχνά). Είναι απαραίτητο να επισημανθεί ότι η παραπάνω αντιπαραβολή έγινε σε περιγραφικό επίπεδο καθώς τα δύο άνωθεν εργαλεία δεν είναι άμεσα συγκρίσιμα ως προς τις επιμέρους υποκατηγορίες και τα συνολικά σκορ.

Σε συγχρονική μελέτη των Hoshi-Harada et al. (2026) με EQ-5D-5L μεταξύ χρηστών και μη χρηστών κινητών οδοντοστοιχιών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι χρήστες ΟΑΚ και ΜΑΚ με 5-19 δόντια, είχαν μεγαλύτερα σκορ χρησιμότητας από τους μη χρήστες με τις διαφορές να εξαρτώνται από τον αριθμό των εναπομενόντων δοντιών. Η Μέση Τιμή (MT) του σκορ EQ-5D-5L μετά από προσαρμογή βρέθηκε 0.85 το οποίο βρίσκεται κοντά στο 0,70 της παρούσας έρευνας. Η έρευνα των Dyas et al. (2017) κατέδειξε ότι η χρήση των κινητών οδοντοστοιχιών σε ηλικιωμένους ασθενείς με απώλεια άνω των 10 δοντιών, μπορεί να βελτιώσει την ψυχολογική κατάσταση, τη μασητική λειτουργία και την ποιότητα ζωής. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όπου η στοματική υγεία αναδείχθηκε στατιστικά σημαντικός παράγοντας για την HRQoL, ανεξάρτητα από την επιρροή των δημογραφικών παραγόντων. Ακόμη παρατηρήθηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση των δύο μεταβλητών για τις ΟΑΚ, υποδηλώνοντας ότι η επιδείνωση της OHRQoL οδηγεί σε χειρότερη HRQoL. Η σχέση αυτή πιθανότατα εξηγείται από τη βελτίωση της μασητικής ικανότητας, της

αισθητικής και της κοινωνικής αυτοπεποίθησης που προσφέρει η επιτυχής προσθετική αποκατάσταση.

Οι Tosun και Uysal (2024), χρησιμοποιώντας OHIP-14 και VAS, συνέκριναν την ποιότητα ζωής μεταξύ των χρηστών ΟΟ και ΜΟ. Το συμπέρασμα ήταν ότι οι ασθενείς προσαρμόστηκαν καλύτερα στις ΜΟ απ' ό,τι στις ΟΟ. Επομένως, σύμφωνα με τους ερευνητές, οι θεράποντες θα πρέπει να προσανατολίζονται στη διατήρηση των υπαρχόντων δοντιών. Ανεξάρτητα πάντως από τον τύπο της προσθετικής αποκατάστασης, η προσαρμογή βελτιώθηκε σε βάθος χρόνου οδηγώντας σε αύξηση της ικανοποίησης μετά από μακροχρόνια χρήση. Η ΜΤ στο OHIP-14 της παρούσας μελέτης βρέθηκε ίση με 15,87 (ΤΑ 10,34) υποδηλώνοντας μέτριο επίπεδο επιβάρυνσης της OHRQoL. Στην έρευνα των Tosun και Uysal (2024), οι τιμές ήταν αντίστοιχα 16,14 (ΤΑ) 6,51. Η μεγαλύτερη ΤΑ ίσως οφείλεται στο μικρότερο δείγμα της ίδιας έρευνας (N99 έναντι N150) ή στη μεγαλύτερη ετερογένεια του πληθυσμού, γεγονός που αυξάνει τη διακύμανση των απαντήσεων και την ευαισθησία σε ακραίες τιμές.

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ λειτουργικότητας οδοντοστοιχιών και ποιότητας ζωής, οι Chen et al. (2012), κατέδειξαν ότι η σταθερότητα, η συγκράτηση και η σωστή κεντρική σχέση και σύγκλειση παρουσίασαν στατιστικά σημαντική σχέση με τη μέση συνολική βαθμολογία όσο και με τις μέσες βαθμολογίες των επί μέρους διαστάσεων του OHIP-14. Στην έρευνα αυτή βρέθηκε (ΜΤ OHIP-14 11,73 με ΤΑ 10,12). Παρ' όλο που η OHRQoL φαίνεται να είναι λίγο καλύτερη από της παρούσας έρευνας, εντούτοις η ΤΑ είναι σχεδόν ταυτόσημη αν και το δείγμα των Chen et al. (2012), είναι τετραπλάσιο.

Διαφορετική προσέγγιση επιχείρησε η Hadzipasic-Nazdrjic (2011), η οποία μέτρησε την ποιότητα ζωής μετά τη θεραπεία με τεχνητή οδοντοστοιχία και περιέγραψε τις διαφορές στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νέες και παλιές οδοντοστοιχίες χρησιμοποιώντας OHIP-49. Ένα από τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι η ηλικία των ασθενών δεν παρουσίαζε στατιστικά σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής ενώ οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσίαζαν ελαφρώς χειρότερη ποιότητα ζωής. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με το συμπέρασμα του 4^{ου} ερευνητικού ερωτήματος σύμφωνα με το οποίο δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές ενδείξεις συσχέτισης της ηλικίας τόσο με την HRQoL όσο και με την OHRQoL. Ωστόσο στην έρευνα της Hadzipasic-Nazdrjic (2011) δεν αναφέρεται το είδος της οδοντοστοιχίας που χρησιμοποιήθηκε.

Η μελέτη των Perea et al. (2013), εστίασε στην OHRQoL ηλικιωμένων ασθενών οι οποίοι χρησιμοποιούσαν ΟΟ και στις δύο γνάθους. Βρέθηκε ότι οι συμβατικές ΟΟ παρουσιάζουν

αρνητική επίδραση στην OHRQoL κυρίως λόγω των οδοντοστοιχιών της κάτω γνάθου στην περίπτωση που υπήρχε ανάγκη επισκευής, αντικατάστασης ή αν εμπλέκονταν τραυματική στοματίτιδα συνδυαζόμενη με άλλη υποκείμενη νόσο. Οι παραπάνω συνθήκες επηρέαζαν την υποκειμενική αίσθηση δυσφορίας, καθώς οι ασθενείς κατέφευγαν στη καθημερινή λήψη παυσίπονων. Η MT του OHIP-14 της παρούσας μελέτης για τις OAK βρέθηκε 16,23 (TA 10,21) ενώ οι Perea et al. (2013) παρουσίασαν MT 19 (MA 9,8). Τα αποτελέσματα αυτά πιθανώς υποδεικνύουν δυνητικά καλύτερη OHRQoL στην παρούσα μελέτη αν και υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί στο παραπάνω βιβλιογραφικό δεδομένο (μικρότερο δείγμα, χρήση ΟΟ τουλάχιστον σε μία γνάθο). Αντίθετα οι Joseph et al. (2016), διαπίστωσαν ότι η κατάσταση των προσθετικών εργασιών δεν είχε επίδραση στην OHRQoL.

Τέλος οι Cano-Gutiérrez et al. (2015), υπολόγισαν την QoL με τη χρήση της EQ-VAS σε πληθυσμό 2000 ατόμων στην Μπογκοτά της Κολομβίας. Βρέθηκε ότι σε άτομα που χρησιμοποιούσαν οδοντοστοιχίες, ο MO της VAS ήταν 70,1 (SD 0.5.). Παρατηρούμε ότι το αποτέλεσμα σχεδόν ταυτίζεται με τα δεδομένα της συνολικής βαθμολογίας του πίνακα 2 για την τιμή της VAS (70,58) παρόλο που η SD είναι πολύ μεγαλύτερη (20,05). Η διαφορά αυτή πιθανώς δικαιολογείται από το πολύ μικρότερο δικό μας δείγμα χωρίς δυνατότητα απορρόφησης των ακραίων τιμών.

10.1 Περιορισμοί

Οι συγχρονικές έρευνες όπως η παρούσα, παρουσιάζουν περιορισμούς οι οποίοι θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Τα δείγμα ευκολίας (99 άτομα), ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης στο γενικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα η έρευνα διενεργήθηκε στα στενά γεωγραφικά όρια μιας επαρχιακής πόλης και στο πλαίσιο κλινικής εξέτασης πράγμα που μειώνει την αντιπροσωπευτικότητα των ευρημάτων. Επιπλέον η διάρκεια συλλογής δεδομένων, η οποία διενεργήθηκε σε χρονικό πλαίσιο δύο μηνών, πιθανόν να μην αποτυπώνει μεταβολές στις ανάγκες ή την ποιότητα ζωής των ασθενών σε μεγαλύτερο χρονικό ορίζοντα. Τέλος, ένα σημαντικό μειονέκτημα των συγχρονικών μελετών είναι ότι δεν αποτυπώνουν αιτιώδη σχέση μεταξύ των μεταβλητών αλλά πιθανή συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων που εξετάστηκαν. Περαιτέρω μελέτες μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας και με ευρύτερο δείγμα στο γενικό πληθυσμό, κρίνονται απαραίτητες.

11. Συμπεράσματα

Από την αποτίμηση της HRQoL στο Κ.Υ. Άρτας, προέκυψε ότι οι χρήστες των κινητών οδοντοστοιχιών κατέγραψαν σχετικά καλή αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας με μικρές διαφορές μεταξύ χρηστών OAK και MAK. Όσον αφορά την OHRQoL, η έρευνα κατέδειξε επίσης καλή στοματική υγεία καταγράφοντας μέτρια προβλήματα και παρόμοια σκορ μεταξύ χρηστών OAK και MAK. Επίσης από προέκυψαν στατιστικά σημαντικές ενδείξεις συσχέτισης της στοματικής υγείας και της γενικής ποιότητας ζωής για τους χρήστες των ολικών οδοντοστοιχιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι χρήστες OAK με χειρότερη στοματική υγεία έχουν και χειρότερη γενική ποιότητα ζωής. Επιπρόσθετα προέκυψε ότι η γενική ποιότητα ζωής επηρεάζεται από τη στοματική υγεία, την ηλικία και το φύλο. Συγκεκριμένα η κακή στοματική υγεία μπορεί να προβλέψει αρνητικά τη γενική ποιότητα ζωής, ενώ η πάροδος της ηλικίας μειώνει τη γενική ποιότητα ζωής.

Επίσης προέκυψαν διαφορές για τη γενική ποιότητα ζωής ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, με τους άνδρες να εμφανίζουν καλύτερη γενική ποιότητα ζωής από τις γυναίκες. Αντίθετα όσον αφορά τη στοματική υγεία, δεν εντοπίστηκαν διαφορές ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Τέλος δεν προέκυψαν διαφορές για τη γενική ποιότητα ζωής και τη στοματική υγεία ως προς το είδος της οδοντοστοιχίας των ασθενών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν τη σημασία της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής των χρηστών οδοντοστοιχιών. Ειδικότερα η επισήμανση ότι οι χρήστες OAK με χαμηλότερα επίπεδα στοματικής υγείας παρουσιάζουν χαμηλότερη HRQoL και το γεγονός ότι η κακή στοματική υγεία είναι αρνητικός παράγοντας πρόβλεψης QoL, ενισχύει την ανάγκη ενίσχυσης της πρόσβασης σε υπηρεσίες οδοντικής προσθετικής αποκατάστασης στο Ε.Σ.Υ. Επιπλέον κρίνεται απαραίτητη η επιπλέον στελέχωση των Κ.Υ. με οδοντιατρικό και οδοντοτεχνικό προσωπικό παράλληλα με τη συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα μέσω των συμβάσεων εργασίας με εξωτερικούς οδοντοτεχνίτες. Τέλος η διεύρυνση του πλαισίου διαθέσιμων επιλογών που καλύπτονται από το Ε.Σ.Υ. με ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις ή επένθετες οδοντοστοιχίες, θα μπορούσε να εξεταστεί στο μέλλον καθώς θα λειτουργούσε προς όφελος των νωδών ασθενών αναβαθμίζοντας το επίπεδο παροχών οδοντιατρικής φροντίδας.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Abbas, H., Aida, J., Cooray, U., Ikeda, T., Koyama, S., Kondo, K., & Osaka, K. (2023). Does remaining teeth and dental prosthesis associate with social isolation? A six-year longitudinal study from the Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). *Community dentistry and oral epidemiology*, 51(2), 345-354.
- Abbas, H., Aida, J., Kondo, K., & Osaka, K. (2024). Association among the number of teeth, dental prosthesis use, and subjective happiness: A cross-sectional study from the Japan Gerontological Evaluation study (JAGES). *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 131(5), 871-877.
- Abraham, C. (2014). A Brief Historical Perspective on Dental Implants, Their Surface Coatings and Treatments. *The Open Dentistry Journal*, 8, 50-55.
- Adulyanon, S., Vourapukjaru, J., & Sheiham, A. (1996). Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community dentistry and oral epidemiology*, 24(6), 385-389.
- Al Deeb, M., Abduljabba, T., Vohra, F., Zafar, M., & Hussain, M. (2020). Assessment of factors influencing oral health-related quality of life (OHRQoL) of patients with removable dental prosthesis. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(2), 213-218.
- Alla, R., Raghavendra, K., Vyas, R., & Konakanchi, A. (2015). Conventional and contemporary polymers for the fabrication of denture prosthesis: part I—overview, composition and properties. *International Journal of Applied Dental Sciences*, 1(4), 82-89.
- Applegate, O. (1957). Conditions which may influence the choice of partial or complete denture service. *The Journal of prosthetic dentistry*, 7(2), 182-196.
- Ara, R., & Wailoo, A. (2012). Using health state utility values in models exploring the cost-effectiveness of health technologies. *Value Health*, 15(6), 971–974.
- Bae, K., Kim, C., Paik, D., & Kim, J. (2006). A comparison of oral health related quality of life between complete and partial removable denture-wearing older adults in Korea. *Journal of Oral Rehabilitation*, 33(5), 317-322.
- Barreto, A., De Aquino, L., De Aquino, A., Roncalli, Â., do Amaral, B., & Carreiro, A. (2011). Impact on quality of life of removable partial denture wearers after 2 years of use. *Brazilian Journal of Oral Sciences*. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, 10(1), 50-54.
- Blioumi, E., Nikolopoulou, F., & Kotanidou, M. (2018). A Study of Assess of Removable Prosthetic Status and Treatment in Greek Population. *International Journal of Science and Research*, 8(9), 561-563.
- Bogdan-Andreescu, C., Ionescu, T., Burcea, A., Bănăţeanu, A., Albu, C., & Bohîlţea, L. (2025). THE ROLE OF REMOVABLE PARTIAL DENTURES IN CONTEMPORARY DENTISTRY. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*, 17(1), 253-261.

- Bremner, M. (1954). *The Story of Dentistry from the Dawn of Civilization to the Present: With Special Emphasis on the American Scene*. 3rd ed. New York: Dental Items of Interest.
- Brennan, D. (2013). Oral Health Impact Profile, EuroQol, and Assessment of Quality of Life instruments as quality of life and health-utility measures of oral health. *European Journal of Oral Sciences*, 121(3pt1), 188-193.
- Brooks, R., & Euroqol Group. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53-72.
- Campolina, A., Dini, P., & Ciconelli, R. (2011). The impact of chronic disease on the quality of life of the elderly in São Paulo (SP, Brazil). *Ciencia & saude coletiva*, 16(6), 2919.
- Cano-Gutiérrez, C., Borda, M., Arciniegas, A., & Borda, C. (2015). Edentulism and dental prostheses in the elderly: impact on quality of life measured with EuroQol - visual analog scale (EQ-VAS). *Acta Odontológica Latinoamericana*, 28, 149-155.
- Carlsson, G., & Omar, R. (2010). The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 37(2), 143-156.
- Chen, Y., Yang, Y., Yang, J., Lee, H., Lin, Y., Ebinger, J., & Chou, T. (2012). The impact of complete dentures on the oral health-related quality of life among the elderly. *Journal of Dental Sciences*, 7(3), 289-295.
- Corrado, O. (1990). Dentures. *British Medical Journal*, 30(6763), 1265.
- Cronbach, J., & Meehl, P. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281-302.
- Drummond, M., O'Brien, B., Stoddart, G., & Torrance, G. (2002). Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας. Κριτική ΑΕ.
- Dyas, R., Nathanael, M., Indrasari, M., Masulili, C., Rahardjo, T., Agustin, D., . . . Kusdhany, L. (2017). Analysis of the effects of removable dentures on the psychological status, quality of life, and masticatory function of the elderly. *Journal of Physics: Conference Series*, 884(1), 012084.
- EuroQol. (2026). *EQ-5D-5L*. Retrieved 2026, from EuroQol: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l>
- Fauchard, P. (1728). *Le chirurgien dentiste*. Chez Jean Mariette.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1), 51-74.
- Gold, M., Patrick, D., Torrance, G., Fryback, D., Hadorn, D., & Kamlet, M. (1996). Identifying and valuing outcomes. In M. Gold, J. Siegel, L. Russell, & M. Weinstein, *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford University Press.
- Guerini, V. (1909). A history of dentistry from the most ancient times until the end of the eighteenth century. *Reprinted Chicago: Argonaut*, 1967.

- Hadzipasic-Nazdrajic, A. (2011). Quality of life with removable dentures. *Materia socio-medica*, 23(4), 214-220.
- Hawthorne, G., Richardson, J., & Osborne, R. (1999). The Assessment of Quality of Life (AQoL) instrument: a psychometric measure of health-related quality of life. *Quality of life research*, 8(3), 209-224.
- Hoshi-Harada, M., Takeuchi, K., Kusama, T., Aida, J., Egusa, H., & Osaka, K. (2026). Removable partial denture, complete denture, and fixed partial denture use and health-related quality of life among older adults with tooth loss: A JAGES cross-sectional study. *Journal of Prosthodontic Research*, 70(1), 109-117.
- Jallad, W., & Owda, J. (2020). Implant Overdenture-A Review to High-light the Concept. *Journal of Dentistry: Oral Health & Cosmesis*, 5, 015.
- Janeva, N., Kovacevska, G., Elencevski, S., Panchevska, S., Mijoska, A., & Lazarevska, B. (2018). Advantages of CAD/CAM versus Conventional Complete Dentures - A Review. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(8), 1498-1502.
- John, M. (2021). Foundations of oral health-related quality of life. *Journal of Oral Rehabilitation*, 48(3), 355-359.
- Joseph, A., Janakiram, C., & Mathew, A. (2016). Prosthetic status, needs and oral health related quality of life (OHRQOL) in the elderly population of Aluva, India. *Journal of clinical and diagnostic research*, 10(11), ZC05-ZC09.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649.
- Kattadiyil, M., AlHelal, A., & Goodacre, B. (2017). Clinical complications and quality assessments with computer-engineered complete dentures: A systematic review. *The Journal of prosthetic dentistry*, 117(6), 721-728.
- Kim, K., Kim, M., Lim, W., Kim, B., & Park, S. (2021). The Concept of Economic Evaluation and Its Application in Thyroid Cancer Research. *Endocrinology and Metabolism*, 36(4), 725-736.
- Klarman, H., Francis, J., & Rosenthal, G. (1968). Cost Effectiveness Analysis Applied to the Treatment of Chronic Renal Disease. *Medical Care*, 6(1), 48-54.
- Kolciuk, A., & Godlewski, E. (2015). Oral Health-related Quality of Life of Patients Using Removable Dentures—Review of Literature. *Dent. Med. Probl*, 52(2), 222-226.
- Landeiro, G., Pedrozo, C., Gomes, M., & Oliveira, E. (2011). Systematic review of studies on quality of life indexed on the SciELO database. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10), 4257.
- Layton, D., Morgano, S., Muller, F., Kelly, J., Nguyen, C., Scherrer, S., . . . Ferro, K. (2023). Glossary of Prosthodontic Terms (10th ed.). *Journal of Prosthetic Dentistry*, pp. e1–e126. Retrieved from https://clients.masterkeyinteractive.com/elsevier/glossary_2023/pdfs/gpt10.pdf
- Lufkin, A. (1948). *A history of dentistry*. 2nd ed. Philadelphia: Lea and Febiger.

- Mamai-Homata, E., Margaritis, V., Koletsi-Kounari, H., Oulis, C., Polychronopoulou, A., & Topitsoglou, V. (2012). Tooth loss and oral rehabilitation in Greek middle-aged adults and senior citizens. *International Journal of Prosthodontics*, 25(2), 193-179.
- Mameno, T., Otsuki, N., Takeuchi, S., Yamamoto, R., & Ikebe, K. (2025). Removable denture use, fit, and all-cause mortality in older adults with reduced occlusal support: The OHSACA study. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 133(6), 1505-1511.
- Manser, R., Wright, G., Byrnes, G., Hart, D., Conron, M., Carter, R., . . . Campbell, D. (2006). Validity of the Assessment of Quality of Life (AQoL) utility instrument in patients with operable and inoperable lung cancer. *Lung Cancer*, 53(2), 217-229.
- McGrath, C., & Bedi, R. (2002). Measuring the impact of oral health on life quality in two national surveys and functionalist versus hermeneutic approaches. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30(4), 254-259.
- Moynihan, P., & Varghese, R. (2022). Impact of Wearing Dentures on Dietary Intake, Nutritional Status, and Eating: A Systematic Review. *JDR Clinical & Translational Research*, 7(4), 334-351.
- Murray, C., & Lopez, A. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. World Health Organization.
- Murray, M., & Darvell, B. (1993). The evolution of the complete denture base. Theories of complete denture retention—a review. Part 1. *Australian dental journal*, 38(3), 216-219.
- Nakazawa, N., Takeuchi, K., Kusama, T., Kiuchi, S., Kondo, K., & Osaka, K. (2024). Dental prosthesis use moderates association between tooth loss and risk of depressive symptoms in older adults with severe tooth loss: The JAGES cohort trial. *Journal of Prosthodontic Research*, 68(4), 578-584.
- Nordenfelt, L. (1994). *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*. Kluwer Academic Publishers.
- Papagiannopoulou, V., Oulis, C., Papaioannou, W., Antonogeorgos, G., & Yfantopoulos, J. (2012). Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 7.
- Parkin, D., Rice, N., Jacoby, A., & Doughty, J. (2004). Use of VAS in a daily patient diary: modeling cross-sectional time-series data on health-related quality of life. *Social science & medicine*, 59, 351-360.
- Patrick, D., Bush, J., & Chen, M. (1973). Toward an operational definition of health. *Journal of health and social behavior*(14), 6-24.
- Pequeno, N., Cabral, N., Marchioni, D., Lima, S., & Lyra, C. (2020). Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health and quality of life outcomes*, 18, 208.

- Perea, C., Suárez-García, M., Del Río, J., Torres-Lagares, D., Montero, J., & Castillo-Oyagüe, R. (2013). Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*, 18(3), e371-e380.
- Petersen, P. (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*, 3-24.
- Pfaff, P. (1756). *Abhandlung von den Zähnen des menschlichen Körpers und deren Krankheiten*. Bey Haude und Spener.
- Queiroz, F., Pace, A., & Santos, C. (2009). Cross-cultural adaptation and validation of the instrument Diabetes-39 (D-39): brazilian version for type 2 diabetes mellitus patients-stage 1. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(5), 708-715.
- Raina, K., Gupta, B., Gupta, R., Sharma, A., Kotia, P., & Nissar, I. (2019). Self-reported oral health and denture satisfaction in partially and completely edentulous patients. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*, 17(1), 54-57.
- Richardson, J., Peacock, S., Hawthorne, G., Iezzi, A., Elsworth, G., & Day, N. (2012). Construction of the descriptive system for the assessment of quality of life AQoL-6D utility instrument. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 38.
- Robinson, R. (1993(a)). Economic evaluation and health care. What does it mean? *British Medical Journal*, 307(6905), 670-673.
- Robinson, R. (1993(b)). Costs and cost-minimisation analysis. *British Medical Journal*, 307(6906), 726-728.
- Robinson, R. (1993(c)). Cost-effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 307(6907), 793-795.
- Robinson, R. (1993(d)). Cost-utility analysis. *British Medical Journal*, 307(6908), 859-862.
- Robinson, R. (1993(e)). Cost-benefit analysis. *British Medical Journal*, 307(6909), 924-926.
- Roumani, T., Oulis, C., Papagiannopoulou, V., & Yfantopoulos, J. (2010). Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) in adolescents. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 11(5), 247-252.
- Sears, V. (1958). Developments in the denture field during the past half century. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 8(1), 16-67.
- Shaghaghian, S., Taghva, M., Abduo, J., & Bagheri, R. (2015). Oral health-related quality of life of removable partial denture wearers and related factors. 42(1), 40-48.
- Shmueli, A., Messika, D., Murad, H., & Freedman, L. (2008). Does greater exposure to own-health data make a difference on the visual analog scale? *The European Journal of Health Economics*, 9(1), 63-67.

- Silvano, C., Bucur, S., Cocos, D., & Vlasa, A. (2021). Statistical Analysis on the Effect of Removable Partial Dentures on the Periodontium. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*, 13(4), 46-53.
- Slade, G. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology*, 25(4), 284-290.
- Slade, G., & Spencer, A. (1994). Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community dental health*, 11(1), 3-11.
- Smith, D. (1973). *The geography of social well-being in the United States: An introduction to territorial social indicators*. New York: Mc Graw-Hill.
- Spielman, A., & Forrai, J. (2023). History of bees wax in dentistry. *Kaleidoscope*, 13(27), 331-332.
- Szentpétery, A., John, M., Slade, G., & Setz, G. (2005). Problems reported by patients before and after prosthodontic treatment. *The International Journal of Prosthodontics*, 18(2), 124-131.
- Testa, M., & Simonson, D. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), 835-840.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. *Europe's journal of psychology*, 9(1), 150-162.
- Torrance, G. (1986). Measurement of health state utilities for economic appraisal: a review. *Journal of health economics*, 5(1), 1-30.
- Torrance, G., Feeny, D., & Furlong, W. (2001). Visual analog scales: do they have a role in the measurement of preferences for health states? *Medical Decision Making*, 21(4), 329-334.
- Tosun, B., & Uysal, N. (2024). Examination of oral health quality of life and patient satisfaction in removable denture wearers with OHIP-14 scale and visual analog scale: a cross-sectional study. *BMC oral Health*, 24(1), 1353.
- Van Hout, B., Janssen, M., Feng, Y., Kohlmann, T., Busschbach, J., Golicki, D., . . . Pickard, A. (2012). Interim scoring for the EQ-5D-5L: mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. *Value in health*, 15(5), 708-715.
- van Stel, H., & Buskens, E. (2006). Comparison of the SF-6D and the EQ-5D in patients with coronary heart disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 20.
- Veseli, E., Rokaya, D., MohanaSundaram, A., Memon, H., Gurav, J., Krishna, S., & Veseli, K. (2025). The Potential Link between Removable Dentures and Alzheimer's Disease. *International Journal of Biomedicine*, 15(1), 17-23.
- Walton, J., & MacEntee, M. (2005). Choosing or refusing oral implants: a prospective study of edentulous volunteers for a clinical trial. *The International Journal of Prosthodontics*, 18(6), 483-488.
- WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. New York: International Health Conference.

- WHO. (2025). Retrieved from Oral health: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health?utm_source=chatgpt.com
- WHO. (2025). Retrieved from Oral Health: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- WHO. (2026). Retrieved 2026, from WHOQOL: Measuring Quality of Life: <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Wolowacz, S., Briggs, A., Belozeroff, V., Clarke, P., Doward, L., Goeree, R., . . . Norman, R. (2016). Estimating Health-State Utility for Economic Models in Clinical Studies: An ISPOR Good Research Practices Task Force Report. *19*(6), 704-719.
- Zafar, M. (2020). Prosthodontic applications of polymethyl methacrylate (PMMA): An update. *Polymers*, *12*(10), 2299.
- Zaki Bin Mohamad Rasidi, M. (2016). Review on History of Complete Denture. *Research J. Pharm. and Tech*, *9*(8), 1069-1072.
- Zhou, T., Guan, H., Wang, L., Zhang, Y., Rui, M., & Ma, A. (2021). Health-related quality of life in patients with different diseases measured with the EQ-5D-5L: a systematic review. *Frontiers in Public Health*, *9*, 675523.
- Zlatarić, D., Čelebić, A., Valentić-Peruzović, M., Jerolimov, V., & Pandurić, J. (2003). A survey of treatment outcomes with removable partial dentures. *Journal of oral rehabilitation*, *30*(8), 847-854.

Ελληνόγλωσση

- Αθανασάκης, Κ. (2012). *Μελέτη κόστους-χρησιμότητας της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών με υπέρταση στην Ελλάδα*. Διδακτορική Διατριβή Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών(ΕΚΠΑ).
- Γιαννικάκης, Σ. (2026). Συγκρατητικά Στοιχεία Μερικών Οδοντοστοιχιών. Αισθητική Προσέγγιση. Ανάκτηση από <https://eclass.uniwa.gr/modules/document/file.php/BISC167/%CE%A3%CE%A5%CE%9A%CE%A1%CE%91%CE%A4%CE%97%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%91%20%CE%A3%CE%A4%CE%9F%CE%99%CE%A7%CE%95%CE%99%CE%91%20%CE%9C%CE%9F.%20%CE%91%CE%99%CE%A3%CE%98%CE%97%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%97.pdf>
- Δημητριάδης, Δ., Κωνσταντινίδης, Ρ., & Ντόκος, Ε. (2008). Προσεγγίζοντας τη Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία. *Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική*, *1*, 13-18.
- ΚΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/2018. (2018). Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)». ΦΕΚ 4898/Β/1-11-2018.

- Κωτσιομούτη, Ε. (2015). Εισαγωγή. Στο Ε. Κωτσιομούτη, Ι. Εμμανουήλ, & Α. Πισιώτης, *Προσθετική Αποκατάσταση με Κινητές Μερικές Οδοντοστοιχίες* (σ. 2). Κάλλιπος.
- Κωτσιομούτη, Ε. (2015). Προσέγγιση του Μερικά Νωδού Ατόμου - Θεραπευτικός Σχεδιασμός. Στο Ε. Κωτσιομούτη, Ι. Εμμανουήλ, & Α. Πισιώτης, *Προσθετική Αποκατάσταση με Κινητές Μερικές Οδοντοστοιχίες* (σ. 71). Κάλλιπος.
- Μενεγάκης, Γ., Αξιωτάκης, Α., & Τσόκας, Κ. (2026). *Κινητή Προσθετική*. Διόφαντος. Ανάκτηση από file:///C:/Users/User/Desktop/%CE%95%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%A3%CE%99%CE%95%CE%A3%20%CE%95%CE%91%CE%A0/24-0238-02_Kintiki-Prosthetiki_B-G-EPAL_Vivlio-Mathiti.pdf
- Νόμος, 4486/2017. (2017). Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ Α' 115/07-08-2017.
- Ουλής, Κ., Θεοδώρου, Μ., Μαστρογιαννάκης, Τ., Μαμάη-Χωματά, Χ., Πολυχρονοπούλου, Α., Παπαγιαννούλη, Α., & Αθανασούλη, Θ. (2009). Η επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Προτάσεις για τη βελτίωσή της. *ελληνικά στοματολογικά χρονικά*, 53, 97-120.
- Παπαδοπούλου, Θ., Λιβάνη, Α., & Κουτρούμπας, Δ. (2026). *Pierre Fauchard: Ο Θεμελιωτής της Σύγχρονης Οδοντιατρικής*. Ανάκτηση από Ε.Κ.Π.Α.: <http://www.museum.dent.uoa.gr/news/36pos/poster04.pdf>
- Σκαρμούτσος, Ν. (1987). *Μελέτη παραγόντων που προκαλούν την απώλεια των δοντιών: μελέτη σε ειδικό δείγμα πληθυσμού*. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Οδοντιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα.
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. (2023). ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΑΨΗ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ ΜΕ ΙΔΙΩΤΕΣ ΚΑΤΟΧΟΥΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΗ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ. ΑΔΑ:9ΣΜ7469ΗΔΜ-ΛΤΞ .
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. (2025, 03 19). Απάντηση σε ερωτήσεις Βουλευτών (Αρ. Πρωτ.:65604). Retrieved from ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ: <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/67715b2c-ec81-4f0c-ad6a-476a34d732bd/12889118.pdf>
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. (2025, 02 20). Απάντηση σε ερώτηση Βουλευτή (Αρ. Πρωτ.: 63718). Retrieved from ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ: <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/67715b2c-ec81-4f0c-ad6a-476a34d732bd/12859477.pdf>

Παράρτημα 1: Έγκριση Συλλογής Δεδομένων

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



29.12.2025 15:08:11
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΠΟ
ΑΝΝΗ ΚΑΡΟΛΙΝΑ
ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Πάτρα, 29/12/2025

Α. Π.: 92776

Απάντηση στο έγγραφο: 92776

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ

6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Α. Κανελλακοπούλου

Τηλέφωνο : 2613 -600687

e-mail : protokollo@dypede.gr

ΠΡΟΣ

Κέντρο Υγείας Άρτας

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: 1) Το υπ. αριθμ. πρωτ: 6702/11.12.2025 έγγραφο του Κ.Υ. Άρτας με το οποίο μας

διαβιβάστηκε η ταυτάριθμη αίτηση της κας Φάκου Αναστασίας

2) Η υπ'αριθμ. πρωτ. Γ4β/Γ.Π. οικ. 42234/07.08.2024 (ΦΕΚ 855/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./09.08.2024),

Απόφαση του Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας περί διορισμού Διοικητή της 6ης Υ.ΠΕ.

Πελοποννήσου - Ιονίων Νήσων - Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

Σε απάντηση του παραπάνω (1) σχετικού εγγράφου σας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. 132/23-12-2025 (θ.2ο) θετική γνωμοδότηση του ΕΠ.Σ.ΠΦΥ 6ης ΥΠΕ, εγκρίνουμε στην μεταπτυχιακή φοιτήτρια του ΕΑΠ κ. Φάκου Αναστασία, να συλλέξει ερευνητικά δεδομένα στο Κέντρο Υγείας Άρτας, στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας της με τίτλο: «*Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας ολικών οδοντοστοιχιών έναντι μερικών οδοντοστοιχιών ατόμων με προβλήματα νωδότητας. Η περίπτωση του οδοντιατρικού τμήματος του Κ.Υ. Άρτας*», με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΗΛΙΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ

Παράρτημα 2: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου ΟΗΙΡ-14

----- Forwarded message -----

Από: **Constantine Oulis** <cjoulis@paedoclinic.gr>

Date: Πέμ 11 Δεκ 2025, 9:28 μ.μ.

Subject: Re: ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΑΠ

To: Αναστασία Φάκου <fakou.anastasia1@gmail.com>

ΚΥΡΙΑ ΦΑΚΟΥ ΣΑΣ ΤΟ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΩ..ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΤΕ ΤΙΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ Η ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΥΟ ΗΛΙΚΙΑΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΟΠΩΣ ΣΑΣ ΤΙΣ ΕΧΩ , ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ ΝΑ ΕΧΩ ΕΝΑ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΝΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΗ.ΕΙΜΑΙ ΣΤΗΝ ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΥΧΟΝ ΒΟΗΘΕΙΑ..Η ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ ΚΑΛΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ι. ΟΥΛΗΣ

Interim Dean and Chairman of the Governing Board
of the Dental Science School of UoL,Cyprus

cjoulis@paedoclinic.gr

Στις 11/12/2025 8:11 μ.μ., ο/η Αναστασία Φάκου έγραψε:

Κύριε Ουλή καλησπέρα σας

Ονομάζομαι Αναστασία Φάκου, είμαι οδοντίατρος απόφοιτη ΕΚΠΑ και εργάζομαι στο Κ.Υ. Άρτας. Θα ήθελα να σας ζητήσω την άδεια χρησιμοποίησης του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου ΟΗΙΡ-14 στη διπλωματική μου εργασία την οποία εκπονώ ως μεταπτυχιακή φοιτήτρια του ΕΑΠ καθώς και την αποστολή της ελληνικής εκδοχής της. Ο τίτλος της διπλωματικής μου είναι: "Ανάλυση Κόστους - Χρησιμότητας εφαρμογής ολικών οδοντοστοιχιών έναντι μερικών οδοντοστοιχιών ατόμων με προβλήματα νωδότητας. Η περίπτωση του Οδοντιατρικού Τμήματος του Κ.Υ. Άρτας.". Το ερωτηματολόγιο αφορά δείγμα ενήλικων ατόμων- χρηστών οδοντοστοιχιών.Παρακαλώ επίσης να με πληροφορήσετε για οποιεσδήποτε προϋποθέσεις, συνθήκες ή άλλες διαδικασίες απαραίτητες για τη χρήση του.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Με εκτίμηση

Αναστασία Φάκου

Οδοντίατρος/Επιστημονικά Υπεύθυνη Κ.Υ. Άρτας

Παράρτημα 3: Αλλαγή τίτλου Διπλωματικής Εργασίας

ΦΑΚΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

KOSTAGIOLAS PETROS;CHATZIKOU MAGDALINI

Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Καλησπέρα σας.

Κατόπιν συνεννόησης με την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Μαγδαλινή Χατζίκου και αφού επικοινωνήσα με τη Γραμματεία της ΔΜΥ, ζητώ την έγκρισή σας ώστε να αλλάξω τον τίτλο της διπλωματικής μου εργασίας. Ο αρχικός τίτλος ήταν:

"Ανάλυση κόστους - χρησιμότητας εφαρμογής ολικών οδοντοστοιχιών έναντι μερικών οδοντοστοιχιών ατόμων με προβλήματα νωδότητας.

Η περίπτωση του Οδοντιατρικού Τμήματος του Κ.Υ. Άρτας."

Cost Utility - Analysis of complete dentures vs partial dentures of patients with tooth loss problems. The case of the Dental Department of the Health Center of Arta.

Ο τίτλος θα αλλάξει σε:

"Αποτίμηση ποιότητας ζωής χρηστών ολικών οδοντοστοιχιών έναντι χρηστών μερικών οδοντοστοιχιών ατόμων με προβλήματα νωδότητας: Η περίπτωση του Κ.Υ. Άρτας".

"Quality of Life Assessment in users of complete and partial dentures among individuals with edentulism problems: The case of Arta Health Center".

Με εκτίμηση

Αναστασία Φάκου

Διοίκηση Μονάδων Υγείας

ΦΑΚΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

KOSTAGIOLAS PETROS;CHATZIKOU MAGDALINI

Αγαπητή κυρία Φάκου,

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι, ο τίτλος της ΜΔΕ σας έχει τροποποιηθεί στη βάση δεδομένων του Τμήματος Μητρώου Φοιτητών.

Με εκτίμηση

☐

☐

Τμήμα Μητρώου Φοιτητών Ε.Α.Π.
Π.Σ "Διοίκηση Μονάδων Υγείας"

Παράρτημα 4: Δήλωση τήρησης Εχεμύθειας

Δήλωση Τήρησης Εχεμύθειας

Τα προσωπικά δεδομένα που θα συλλεχθούν και θα επεξεργαστούν στο πλαίσιο της παρούσης διπλωματικής εργασίας, θα χρησιμοποιηθούν με απόλυτη εμπιστευτικότητα, αποκλειστικά για ερευνητικούς - ακαδημαϊκούς σκοπούς. Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων είναι εθελοντική. Οι συμμετέχοντες μπορούν να αποσυρθούν από την έρευνα ανά πάσα στιγμή και χωρίς καμία επίπτωση. Η καταχώρηση, επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί με τρόπο που δεν θα επιτρέπει την ταυτοποίηση ή αποκάλυψη της ταυτότητας των συμμετεχόντων. Θα τηρηθεί στο ακέραιο η αρχή ανωνυμίας, εχεμύθειας και ασφάλειας δεδομένων σύμφωνα με το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων. Κανένα στοιχείο προσώπου ή πληροφορίας δεν θα δημοσιευθεί- κοινοποιηθεί, παρά μόνο τα ερευνητικά αποτελέσματα στο πλαίσιο των τελικών συμπερασμάτων της έρευνας.

Έχω διαβάσει και κατανοήσει το έντυπο Τήρησης Εχεμύθειας

NAI

OXI

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς επίπτωση και χωρίς να δώσω οποιαδήποτε εξήγηση

NAI

OXI

Παράρτημα 5: Δημογραφικά στοιχεία

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐
2. Ηλικία: _____
3. Υπηκοότητα: Ελληνική ☐ Άλλη ☐
4. Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος/η ☐ Άγαμος/η ☐ Διαζευγμένος/η ☐ Σε χηρεία ☐ Αριθμός μελών οικογένειας: _____
5. Εκπαίδευση: Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐ ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο ☐ Μεταπτυχιακό ☐
6. Μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού σας είναι: μέχρι 500€ ☐ 501-1000€ ☐ 1001-1500€ ☐ 1501-2000€ ☐ 2001€ και άνω ☐
7. Κάπνισμα: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
8. Σακχαρώδης Διαβήτης: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Παράρτημα 6: Ερωτηματολόγια

|



Health Questionnaire

Greek version for Greece

© 2009 EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα ☐
- Έχω μικρά προβλήματα στο περπάτημα ☐
- Έχω μέτρια προβλήματα στο περπάτημα ☐
- Έχω σοβαρά προβλήματα στο περπάτημα ☐
- Είμαι ανίκανος/η να περπατήσω ☐

ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να πλένομαι ή στο να ντύνομαι μόνος /η μου ☐
- Έχω μικρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι ☐
- Έχω μέτρια προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι ☐
- Έχω σοβαρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι ☐
- Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ ☐

ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (π.χ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου ☐
- Έχω μικρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου ☐
- Έχω μέτρια προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου ☐
- Έχω σοβαρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου ☐
- Είμαι ανίκανος/η να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου ☐

ΠΟΝΟΣ / ΔΥΣΦΟΡΙΑ

- Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία ☐
- Έχω μικρό πόνο ή δυσφορία ☐
- Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία ☐
- Έχω σοβαρό πόνο ή δυσφορία ☐
- Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία ☐

ΑΓΧΟΣ / ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

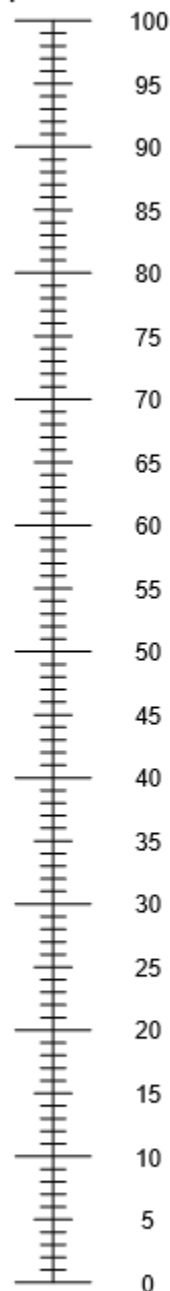
- Δεν έχω άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω μικρό άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω σοβαρό άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη ☐

© 2009 EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

- Θα θέλαμε να ξέρουμε πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ.
- Αυτή η κλίμακα είναι αριθμημένη από το 0 έως το 100.
- 100 σημαίνει την καλύτερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε.
0 σημαίνει τη χειρότερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε.
- Σημειώστε ένα Χ επάνω στην κλίμακα που να δείχνει πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ.
- Τώρα, παρακαλείστε να γράψετε τον αριθμό που σημειώσατε στην κλίμακα στο παρακάτω κουτάκι.

Η ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΣΗΜΕΡΑ =

Η καλύτερη υγεία
που μπορείτε να
φανταστείτε



Η χειρότερη υγεία
που μπορείτε να
φανταστείτε

Ερωτηματολόγιο OHIP-14 (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE)

1. Έχετε συναντήσει δυσκολίες κατά τη μάσηση τροφής εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
2. Έχετε νιώσει ότι προβλήματα με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας προκαλούν κακή αναπνοή; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
3. Έχετε νιώσει δυσκολία στην κατανάλωση κάποιας τροφής εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
4. Έχετε εμφανίσει πληγές στο στόμα σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
5. Έχετε νιώσει ενόχληση εξαιτίας ενσφήνωσης τροφών ανάμεσα στα δόντια ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
6. Έχετε νιώσει ντροπή εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
7. Έχετε αποφύγει να καταναλώσετε συγκεκριμένες τροφές εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
8. Έχετε αποφύγει να χαμογελάσετε εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
9. Έχει διαταραχθεί ο ύπνος σας εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
10. Έχει διαταραχθεί η συγκέντρωσή σας εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
11. Έχετε αποφύγει να βγείτε έξω εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
12. Έχετε συναντήσει προβλήματα στην εκτέλεση των καθημερινών σας δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
13. Έχει χρειαστεί να ξοδέψετε πολλά χρήματα εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐
14. Έχετε νιώσει ότι έχει μειωθεί η αυτοπεποίθησή σας εξαιτίας προβλημάτων με τα δόντια, το στόμα ή τις οδοντοστοιχίες σας; 0. Ποτέ ☐ 1. Σχεδόν Ποτέ ☐ 2. Περιστασιακά ☐ 3. Αρκετά συχνά ☐ 4. Πολύ συχνά ☐

Παράρτημα 7: Στατιστικά στοιχεία 6ης ΥΠΕ

----- Forwarded message -----

Από: **xartis** <xartis@dypede.gr>

Date: Τρί 9 Δεκ 2025 στις 1:20 μ.μ.

Subject: ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΩΝ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ 6ης ΥΠΕ

To: <gdyartas@gmail.com>

Καλησπέρα σας,

Σε συνέχεια του κάτωθι ηλεκτρονικού σας ταχυδρομείου σας αποστέλλουμε τον επισυναπτόμενο πίνακα .xlsx αναφορικά με το σύνολο των Οδοντοτεχνιτών καθώς και των Βοηθών Οδοντοτεχνιτών που υπηρετούν στις Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αρμοδιότητας 6ης ΥΠΕ (πρώην Μονάδες Υγείας-Κέντρα Υγείας), όπως έχουν αντληθεί από την ηλεκτρονική πλατφόρμα Bi Forms κατά τον μήνα Οκτώβριο 2025. Επιπροσθέτως σας ενημερώνουμε ότι στα Νοσοκομεία αρμοδιότητας μας δεν υπάρχουν υπηρετούντες με την ειδικότητα του Οδοντοτεχνίτη.

Παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή πληροφορία.

6η Υγειονομική Περιφέρεια

Δ/ση Προγραμματισμού & Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Κατηγορία	Ειδικότητα	Δομή
Δ.Ε.	ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΩΝ	1 Μ.Υ. ΑΓΡΙΝΙΟΥ
Δ.Ε.	ΒΟΗΘΟΣ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΗΤΩΝ	2 Μ.Υ. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
Τ.Ε.	ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΩΝ	1 Μ.Υ. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
Τ.Ε.	ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΩΝ	1 Μ.Υ. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
Δ.Ε. (ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ)	ΒΟΗΘΟΣ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΗΤΩΝ	2 Μ.Υ. ΠΑΤΡΩΝ

Παράρτημα 8: Στατιστικά στοιχεία 7ης ΥΠΕ

----- Forwarded message -----

Από: <dynamiko@hc-crete.gr>

Date: Παρ 22 Μαΐ 2026 στις 9:58 π.μ.

Subject: RE: ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΦΑΚΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

To: Κ.Υ ΑΡΤΑΣ ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ <gdyartas@gmail.com>

Σε απάντηση ηλεκτρονικού σας μηνύματος, σας ενημερώνουμε ότι υπηρετούν συνολικά ένας (1) εργαζόμενος στον Νομό Ηρακλείου, στον νομό Ρεθύμνου δύο (2) εργαζόμενοι και ένας (1) με μετακίνηση από άλλη Υ.ΠΕ., στο νομό Λασιθίου ένας (1) εργαζόμενος, και ένας (1) εργαζόμενος στον νομό Χανίων.

Παραμένουμε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση.



7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

Δ/ση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα: Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.