



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Διερεύνηση της Σχέσης της Στοματικής Υγείας των Ατόμων Μεγαλύτερης
Ηλικίας με την Ευδόκιμη Γήρανση, την Ποιότητα Ψυχοσωματικής Υγείας και
την Αυτοφροντίδα τους**

Χρήστος Τσιρώνης

Οδοντίατρος

MSc Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2026



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Διερεύνηση της Σχέσης της Στοματικής Υγείας των Ατόμων Μεγαλύτερης
Ηλικίας με την Ευδόκιμη Γήρανση, την Ποιότητα Ψυχοσωματικής Υγείας και
την Αυτοφροντίδα τους**

Χρήστος Τσιρώνης

Οδοντίατρος

MSc Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2026

© 2026 Χρήστος Τσιρώνης

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων, θέσεων ή συμπερασμάτων της συγγραφέα.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Μαίρη Γκούβα, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Οικογενειών & Επαγγελματιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δρ. Στέφανος Μαντζούκας, Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής

Καθηγητής Ποιοτικής Έρευνας & Αναστοχαστικής Νοσηλευτικής Πράξης, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δρ. Ελένη Δραγκιώτη, Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής

Αν. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Επιδημιολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Μαίρη Γκούβα, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Οικογενειών & Επαγγελματιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δρ. Στέφανος Μαντζούκας, Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής

Καθηγητής Ποιοτικής Έρευνας & Αναστοχαστικής Νοσηλευτικής Πράξης, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δρ. Ελενη Δραγκιώτη, Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής

Αν. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Επιδημιολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δρ Ευάγγελος Ρίζος, Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Καθηγητής Παθολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δρ Νεκταρία Ζαγοριανάκου, Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Επίκουρος Καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής και Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δρ Ευαγγελία Ντζάνη, Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δρ Χρίστος Ραχιώτης, Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Καθηγητής Οδοντικής Χειρουργικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.



**UNIVERSITY OF IOANNINA
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF NURSING**

**A THESIS SUBMITTED FOR THE DEGREE OF
DOCTOR OF PHILOSOPHY**

**Investigating the Relationship Between Oral Health and Eudokime Aging,
Psychophysical Health-Related Quality of Life, and Self-Care in Older Adults**

Christos Tsironis

Dentist

MSc Primary Health Care

MSc in Healthcare Management

IOANNINA 2026

ADVISOR COMMITTEE

Mary Gouva, Professor, Supervisor

Department of Nursing, School of Health Sciences, University of Ioannina

Stefanos Mantzoukas, Professor, Member of advisory committee

Department of Nursing, School of Health Sciences, University of Ioannina

Eleni Dragioti, Associate Professor, Member of advisory committee

Department of Nursing, School of Health Sciences, University of Ioannina

EXAMINATION BOARD

Professor, Mary Gouva, Department of Nursing, University of Ioannina

Professor, Stefanos Mantzoukas, Department of Nursing, University of Ioannina

Associate Professor, Eleni Dragioti, Department of Nursing, University of Ioannina,

Associate Professor, Evangelos C. Rizos, Department of Nursing, University of Ioannina,

Assistant Professor, Nektaria Zagorianakou, Department of Nursing, University of Ioannina,

Professor, Evangelia Ntzani, Department of Medicine, University of Ioannina,

Professor, Christos Rahiotis, Department of Dentistry, National and Kapodistrian University of Athens

Αφιερώνεται

*Στους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου,
όταν ακόμη δεν ήξερα μέχρι πού μπορούσα να φτάσω.*

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	12
Abstract	15
Ευχαριστίες	18
Εισαγωγή.....	27
Γενικό μέρος.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
Από το Βιοϊατρικό στο Βιοψυχοκοινωνικό Παράδειγμα:	1
Επανεκτιμολόγηση της Στοματικής Υγείας στην Τρίτη Ηλικία.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	15
Στοματική Υγεία και Ποιότητα Ζωής: Λειτουργικότητα, Εικόνα Εαυτού και Κοινωνική Συμμετοχή	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	27
Ευδόκιμη Γήρανση και Στοματική Υγεία: Μια Πολυδιάστατη Προσέγγιση Σωματικής, Ψυχικής και Κοινωνικής Λειτουργικότητας.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	39
Στοματική Υγεία και Αυτοφροντίδα: Ρυθμιστικές Διαδικασίες και Καθημερινές Πρακτικές Διατήρησης του Εαυτού.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	52
Στοματική Υγεία, Ψυχική Υγεία και Μοναξιά στην Τρίτη Ηλικία: Ο Αόρατος Ψυχοκοινωνικός Άξονας της Ευζωίας.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	64
Το Ορατό Σώμα που Γερνά: Στοματική Υγεία και Εμπειρία της Ντροπής.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	71
Η Στοματική Υγεία ως Ρυθμιστικός Κόμβος στους Ανθρώπους Μεγαλύτερης Ηλικίας:	
Προς ένα Ενοποιημένο Μοντέλο Ευδόκιμης Γήρανσης.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	170
Διερεύνηση της σχέσης της στοματικής υγείας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας με	
την Ευδόκιμη Γήρανση, τα επίπεδα ψυχικής υγείας και την αυτοφροντίδα τους:.....	170
Σχεδιασμός του Ερευνητικού Έργου.....	170
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	177
Διερεύνηση της Σχέσης της Στοματικής Υγείας των Ατόμων Μεγαλύτερης Ηλικίας με	
την Ευδόκιμη Γήρανση, την Ποιότητα Ψυχοσωματικής Υγείας και την Αυτοφροντίδα	
τους	177
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	198
1η Ερευνητική Ενότητα	198
Διερεύνηση της σχέσης της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής με την ποιότητα	
στοματικής υγείας	198
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	218
2η Ερευνητική Ενότητα	218
Διερεύνηση της Σχετιζόμενης Ποιότητας Ζωής με τη Στοματική Υγεία και Ψυχική	
Υγεία σε Ανθρώπους Μεγαλύτερης Ηλικίας: Οι Διαδοχικοί Ρόλοι της Αυτοφροντίδας	
και της Συναισθηματικής Μοναξιάς	218
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12	177
3η Ερευνητική Ενότητα	177
Διερεύνηση της αυτοφροντίδας ως συμπεριφορικού μηχανισμού στη σχέση μεταξύ	
στοματικής και ψυχικής υγείας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας	177
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13	176

Μοντέλο της Σχεσιακής Συνέχειας του Εαυτού μέσω της Στοματικής Αυτοφροντίδας	
.....	176
Η Στοματική Υγεία ως Μηχανισμός Παρουσίας, Συνέχειας του Εαυτού και	
Αυτορρύθμισης στην Ευδόκιμη Γήρανση	176
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14	206
Γενικά Συμπεράσματα	206
Συμβολή και Πρωτοτυπία της Διατριβής	206
Βιβλιογραφία	210
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	210
Ελληνική Βιβλιογραφία	238

Η παρούσα διδακτορική διατριβή διερευνά τη σχέση της στοματικής υγείας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας με την ευδόκιμη γήρανση, την ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής και την αυτοφροντίδα, μέσα από ένα ενοποιημένο βιοψυχοκοινωνικό και προσωποκεντρικό θεωρητικό πλαίσιο.

Η γήρανση αποτελεί μια πολυδιάστατη ανθρώπινη εμπειρία, η οποία υπερβαίνει τις βιολογικές μεταβολές και συνδέεται με ψυχολογικές, κοινωνικές και υπαρξιακές διεργασίες. Στο πλαίσιο της σύγχρονης δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού, η επιστημονική κοινότητα στρέφει ολοένα και περισσότερο το ενδιαφέρον της όχι μόνο στην επιβίωση, αλλά και στη διατήρηση της λειτουργικότητας, της ποιότητας ζωής και της δυνατότητας του ατόμου να παραμένει ενεργό και συνδεδεμένο μέσα στην καθημερινότητά του. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως σημαντική διάσταση της συνολικής υγείας και όχι ως απομονωμένος οδοντιατρικός δείκτης.

Το γενικό μέρος της διατριβής βασίστηκε στη μετάβαση από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας. Η στοματική υγεία προσεγγίστηκε ως πολυδιάστατο φαινόμενο που συνδέεται με τη λειτουργικότητα, την εικόνα εαυτού, την κοινωνική συμμετοχή, την ψυχική ευεξία και τη δυνατότητα διατήρησης της αυτονομίας κατά την τρίτη ηλικία. Παράλληλα, εξετάστηκαν οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της γήρανσης, όπως η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση, η αυτοφροντίδα, η ψυχική ανθεκτικότητα και η ανάγκη διατήρησης της συνέχειας του εαυτού μέσα στον χρόνο.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην έννοια της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής, η οποία επιτρέπει την κατανόηση της στοματικής υγείας όχι μόνο μέσα από κλινικούς δείκτες, αλλά και μέσα από τη βιωμένη εμπειρία του ίδιου του ατόμου. Η στοματική λειτουργικότητα, η δυνατότητα μάσησης, ομιλίας και κοινωνικής έκφρασης, καθώς και η

αισθητική διάσταση του στόματος, συνδέονται άμεσα με την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική παρουσία και την ψυχική ισορροπία των ηλικιωμένων.

Παράλληλα, η διατριβή ανέπτυξε τη θεωρητική προσέγγιση της ευδόκιμης γήρανσης ως μιας δυναμικής διαδικασίας διατήρησης νοήματος, σχέσης και παρουσίας, ακόμη και μέσα σε συνθήκες βιολογικής φθοράς ή περιορισμών. Σε αντίθεση με παραδοσιακές αντιλήψεις περί «επιτυχημένης γήρανσης», η ευδόκιμη γήρανση προσεγγίστηκε ως δυνατότητα του ανθρώπου να διατηρεί συνοχή του εαυτού, συμμετοχή στη ζωή και αίσθηση αξιοπρέπειας.

Στο ειδικό μέρος της έρευνας συμμετείχαν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας από διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση σταθμισμένων εργαλείων αξιολόγησης που αφορούσαν τη στοματική υγεία, την αυτοφροντίδα, τη μοναξιά, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής. Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε περιγραφικές και επαγωγικές μεθόδους, συσχετίσεις, αναλύσεις παλινδρόμησης και μοντέλα διαμεσολάβησης, με στόχο τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών.

Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν ότι η στοματική υγεία συνδέεται ουσιαστικά με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής εμφάνιζαν αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση, μεγαλύτερα επίπεδα μοναξιάς και χαμηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας. Παράλληλα, η αυτοφροντίδα φάνηκε να λειτουργεί ως σημαντικός ρυθμιστικός και διαμεσολαβητικός μηχανισμός μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής ευεξίας.

Η μοναξιά αναδείχθηκε επίσης ως σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την εμπειρία της γήρανσης και συνδέεται τόσο με τη μειωμένη ποιότητα ζωής όσο και με τη χαμηλότερη λειτουργικότητα και ψυχική ευεξία. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι η στοματική υγεία δεν αποτελεί αποκλειστικά βιολογικό ή λειτουργικό ζήτημα, αλλά συνδέεται άμεσα με τη δυνατότητα του ατόμου να σχετίζεται, να εκφράζεται και να συμμετέχει στον κοινωνικό κόσμο.

Με βάση τα θεωρητικά και εμπειρικά ευρήματα της διατριβής, προτάθηκε ένα ενοποιημένο θεωρητικό μοντέλο ευδόκιμης γήρανσης, στο οποίο η στοματική υγεία λειτουργεί ως δυναμικός ρυθμιστικός κόμβος ανάμεσα στη σωματική λειτουργικότητα, την αυτοφροντίδα, τη μοναξιά, την ψυχική υγεία και τη συνολική ποιότητα ζωής. Το προτεινόμενο μοντέλο υποστηρίζει ότι η στοματική υγεία επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα και την εικόνα εαυτού, οι οποίες με τη σειρά τους σχετίζονται με τη δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής, διατήρησης σχέσεων και ενίσχυσης της ψυχικής ισορροπίας.

Η πρωτοτυπία της παρούσας διατριβής έγκειται στην προσπάθεια σύνδεσης της στοματικής υγείας με βαθύτερες ψυχοκοινωνικές και υπαρξιακές διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας. Η στοματική υγεία προσεγγίζεται όχι μόνο ως ζήτημα βιολογικής λειτουργίας, αλλά ως δυνατότητα παρουσίας, επικοινωνίας, αξιοπρέπειας και συνέχειας του εαυτού μέσα στη ζωή. Παράλληλα, η διατριβή συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός περισσότερο ανθρωποκεντρικού και ολιστικού πλαισίου κατανόησης της γήρανσης, ενισχύοντας την ανάγκη ανάπτυξης διεπιστημονικών παρεμβάσεων που θα ενσωματώνουν τη στοματική υγεία, την ψυχική υποστήριξη, την κοινωνική συμμετοχή και την αυτοφροντίδα στη φροντίδα των ηλικιωμένων. Τελικά, η παρούσα διατριβή υποστηρίζει ότι η στοματική υγεία δεν αφορά μόνο τη διατήρηση βιολογικών λειτουργιών, αλλά τη δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να μιλά, να χαμογελά, να τρέφεται, να σχετίζεται και να αισθάνεται ότι εξακολουθεί να συμμετέχει στη ζωή. Υπό αυτή την έννοια, η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως ουσιαστικός δείκτης ανθρώπινης παρουσίας και ευδόκιμης γήρανσης.

Λέξεις-κλειδιά: στοματική υγεία, ευδόκιμη γήρανση, ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία, αυτοφροντίδα, μοναξιά, βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, προσωποκεντρική φροντίδα.

This doctoral dissertation investigates the relationship between oral health in older adults and successful aging, mental health, quality of life, and self-care through an integrated biopsychosocial and person-centered theoretical framework.

Aging constitutes a multidimensional human experience that extends beyond biological decline and encompasses psychological, social, and existential processes. Within the context of global population aging, scientific interest has progressively shifted from mere survival toward the preservation of functionality, quality of life, autonomy, and meaningful participation in everyday life. In this framework, oral health emerges not as an isolated dental parameter, but as a significant dimension of overall health and well-being.

The theoretical section of the dissertation is grounded in the transition from the biomedical to the biopsychosocial model of health. Oral health is conceptualized as a multidimensional phenomenon associated with functionality, self-image, social participation, psychological well-being, and the maintenance of autonomy in later life. At the same time, the psychosocial dimensions of aging—such as loneliness, social isolation, self-care, psychological resilience, and the continuity of the self—are explored as central components of the aging experience.

Particular emphasis is placed on the concept of Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL), which enables oral health to be understood not only through clinical indicators but also through the subjective lived experience of the individual. Oral functionality, including chewing ability, speech, communication, and facial expression, is directly associated with self-esteem, social visibility, dignity, and psychological balance in older adults.

Furthermore, the dissertation develops a theoretical understanding of successful aging as a dynamic process involving the preservation of meaning, relationality, continuity, and presence despite biological decline and vulnerability. In contrast to traditional performance-oriented

approaches to «successful aging», the present work conceptualizes successful aging as the individual's capacity to maintain coherence of the self, relational engagement, and existential presence throughout the aging process.

The empirical section of the study included older adults from different regions of Greece. Data collection was conducted using standardized assessment instruments evaluating oral health, self-care, loneliness, mental health, and quality of life. Statistical analyses included descriptive and inferential methods, correlation analyses, regression models, and mediation analyses in order to explore the relationships among the examined variables.

The findings demonstrated that oral health is strongly associated with mental health and quality of life in older adults. Lower levels of oral health-related quality of life were associated with increased psychological distress, greater loneliness, and lower levels of self-care. Self-care emerged as a significant regulatory and mediating mechanism linking oral health with psychological well-being.

Loneliness was also identified as a critical factor influencing the aging experience and was associated with reduced quality of life, lower functionality, and diminished psychological well-being. The findings support the view that oral health is not exclusively a biological or functional issue, but is deeply connected to the individual's ability to communicate, relate, participate socially, and maintain a sense of dignity and belonging.

Based on the theoretical and empirical findings of the dissertation, an integrated theoretical model of successful aging is proposed, in which oral health functions as a dynamic regulatory mechanism connecting physical functionality, self-care, loneliness, mental health, and overall quality of life. The proposed model suggests that oral health influences daily functioning and self-image, which in turn affect social participation, relational engagement, and psychological regulation.

The originality of the present dissertation lies in its attempt to connect oral health with deeper psychosocial and existential dimensions of human experience. Oral health is conceptualized not merely as a matter of biological functioning, but as a condition related to presence, communication, dignity, relational continuity, and the continuity of the self throughout aging. In this way, the dissertation contributes to the development of a more holistic, person-centered, and theoretically integrated understanding of aging and health.

The study further highlights the need for interdisciplinary interventions that integrate oral healthcare, psychological support, self-care enhancement, and social participation into aging care and public health policies for older adults.

Ultimately, this dissertation argues that oral health is not solely about preserving biological function. It concerns the individual's ability to continue speaking, smiling, eating, relating, and remaining psychologically and socially present in life. Under this perspective, oral health emerges as a central indicator of human presence, dignity, and successful aging.

Keywords: oral health, successful aging, quality of life, mental health, self-care, loneliness, biopsychosocial model, person-centered care.

Η ολοκλήρωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής δεν σηματοδοτεί μόνο το τέλος μιας ακαδημαϊκής διαδικασίας, αλλά και το κλείσιμο μιας βαθιά προσωπικής διαδρομής, γεμάτης αναζητήσεις, αμφιβολίες, επιμονή και μετασχηματισμούς. Η ερευνητική πορεία δεν είναι ποτέ αμιγώς ατομική· ακόμη και όταν βιώνεται μέσα στη σιωπή της προσωπικής προσπάθειας, θεμελιώνεται πάντοτε πάνω σε σχέσεις, σε ανθρώπους που στηρίζουν, εμπνέουν, καθοδηγούν και παραμένουν παρόντες στις πιο απαιτητικές στιγμές.

Πρώτα απ' όλα, θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή και βαθιά μου ευγνωμοσύνη προς την Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών και Οικογενειών, κα Μαίρη Γκούβα, επιβλέπουσα της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Η παρουσία της υπήρξε καθοριστική όχι μόνο για την επιστημονική ολοκλήρωση του έργου αυτού, αλλά και για τη συνολική μου πορεία ως ερευνητή, επαγγελματία υγείας και άνθρωπου. Με συνέπεια, υψηλές απαιτήσεις, διορατικότητα και βαθιά ανθρωπιά, μου δίδαξε ότι η επιστήμη δεν αποτελεί απλώς συσσώρευση γνώσης, αλλά έναν τρόπο να στέκεται κανείς απέναντι στον άνθρωπο, στην ευαλωτότητα και στη ζωή. Η εμπιστοσύνη που έδειξε στις δυνατότητές μου, η ακαδημαϊκή της γενναιοδωρία και ο τρόπος με τον οποίο ενθάρρυνε την ελεύθερη σκέψη, την εσωτερική αναζήτηση και τη διαρκή υπέρβαση των προσωπικών ορίων θα με συνοδεύουν πάντα. Μέσα από τη συνεργασία μας κατανόησα ότι η ουσιαστική ακαδημαϊκή καθοδήγηση δεν περιορίζεται στη μετάδοση γνώσης ή στην επίβλεψη μιας ερευνητικής διαδικασίας, αλλά μπορεί να αποτελέσει μια βαθύτερη εμπειρία προσωπικής και υπαρκτικής μετάβασης. Υπήρξαν στιγμές κατά τις οποίες αυτή η πορεία ξεπέρασε τα στενά όρια μιας διδακτορικής διατριβής. Έγινε ένας διαφορετικός τρόπος να δω τον εαυτό μου, τη σκέψη μου και τις δυνατότητές μου μέσα στον χρόνο. Κάποιες φορές οι άνθρωποι δεν αλλάζουν επειδή βρήκαν απλώς απαντήσεις, αλλά επειδή συνάντησαν έναν νέο τρόπο να κατοικούν τον εαυτό τους· μια νέα αφήγηση για το ποιοι μπορούν ακόμη να γίνουν. Και ίσως αυτό να αποικτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία όταν συμβαίνει σε πιο ώριμες φάσεις της ζωής, όπου το να ξεκινήσει κανείς ξανά απαιτεί να υπερβεί όχι μόνο πρακτικές δυσκολίες, αλλά και εκείνη τη σιωπηλή φωνή που συχνά ψιθυρίζει πως «είναι αργά πια». Σε αυτή τη διαδρομή, η κα Μαίρη Γκούβα δεν υπήρξε μόνο επιβλέπουσα καθηγήτρια, αλλά άνθρωπος που πίστεψε ουσιαστικά στη δυνατότητα της συνέχειας, της εξέλιξης και της δημιουργίας. Με βοήθησε να κατανοήσω ότι η επιστήμη μπορεί να λειτουργήσει όχι μόνο ως πεδίο γνώσης και ακαδημαϊκής καταξίωσης, αλλά και ως τόπος προσωπικής ανασυγκρότησης, νοήματος και εσωτερικής ωρίμανσης. Ένας άνθρωπος που αρχίζει να μελετά, να αμφιβάλλει, να παρουσιάζει, να δέχεται κριτική και να ξαναγράφει, δεν αποικτά μόνο επιστημονικές δεξιότητες·

μετασχηματίζει σταδιακά τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με τον εαυτό του και με τον κόσμο. Της οφείλω βαθιά ευγνωμοσύνη όχι μόνο για όσα μου δίδαξε επιστημονικά, αλλά κυρίως για τον τρόπο με τον οποίο στάθηκε δίπλα μου σε αυτή τη διαδρομή. Για την πίστη της ότι ο άνθρωπος μπορεί να συνεχίζει να εξελίσσεται, να δημιουργεί και να ανακαλύπτει νέες πλευρές του εαυτού του σε κάθε περίοδο της ζωής του. Αυτό αποτελεί ίσως μία από τις σημαντικότερες μορφές φροντίδας που μπορεί να προσφέρει ένας άνθρωπος σε έναν άλλον.

Θα ήθελα επίσης να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς τον Καθηγητή κ. Στέφανο Μαντζούκα για τη βαθιά επιστημονική του σκέψη, τη μεθοδολογική αυστηρότητα και τη φιλοσοφική διάσταση που προσέδιδε σε κάθε ερευνητικό προβληματισμό. Η παρουσία του υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική στη διαμόρφωση ενός πιο ώριμου, στοχαστικού και ουσιαστικά επιστημονικού τρόπου προσέγγισης της έρευνας και της ακαδημαϊκής σκέψης. Μέσα από τις συζητήσεις μας κατανόησα βαθύτερα ότι η επιστημονική εργασία δεν αφορά μόνο το «τι» ερευνούμε, αλλά κυρίως το «γιατί» και το «πώς» στεκόμαστε απέναντι στη γνώση, στην αμφιβολία και στην επιστημονική ευθύνη. Με δίδαξε να στηρίζω με σαφήνεια και επιχειρήματα τις θέσεις μου, να αντέχω τον επιστημονικό διάλογο και να αντιμετωπίζω τις ερωτήσεις και την κριτική όχι ως απειλή, αλλά ως ουσιαστικό μέρος της ακαδημαϊκής εξέλιξης και ωρίμανσης. Ιδιαίτερα καθοριστικός υπήρξε ο τρόπος με τον οποίο με βοήθησε να οργανώνω τη σκέψη μου, να τεκμηριώνω τις απόψεις μου και να απαντώ με ψυχραιμία, ακρίβεια και επιστημονική επάρκεια στις απαιτητικές ερωτήσεις που συχνά συνοδεύουν την παρουσίαση και υποστήριξη μιας ερευνητικής εργασίας. Μέσα από αυτή τη διαδικασία δεν απέκτησα μόνο ερευνητικές δεξιότητες, αλλά και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση ως επιστήμονας και ερευνητής. Η συμβολή του υπήρξε πολύτιμη όχι μόνο για την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής, αλλά και για τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνομαι πλέον την επιστήμη: όχι ως ένα σύνολο έτοιμων απαντήσεων, αλλά ως μια διαρκή διαδικασία σκέψης, αμφισβήτησης, εσωτερικής πειθαρχίας και ουσιαστικού διαλόγου.

Ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη οφείλω στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κ. Ελένη Δραγκιώτη για την πολύτιμη συμβολή της στη μεθοδολογική και στατιστική τεκμηρίωση της παρούσας έρευνας. Η ακρίβεια, η επιστημονική της συνέπεια και η καθαρότητα με την οποία προσέγγιζε τα δεδομένα λειτούργησαν για μένα ως διαρκές μάθημα υπευθυνότητας απέναντι στην έρευνα και στην αλήθεια των ευρημάτων. Η παρουσία της υπήρξε ουσιαστικά υποστηρικτική σε όλη τη διάρκεια της ερευνητικής πορείας, τόσο μέσα από τη συνεχή ενθάρρυνση και τις επιστημονικές της παρατηρήσεις όσο και μέσα από τη διαθεσιμότητα και τη σταθερότητα με την οποία στάθηκε δίπλα στην προσπάθειά μου. Ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε η συμβολή της στην κατανόηση της μεθοδολογίας της συστηματικής ανασκόπησης, μέσα από τα μαθήματα, τις κατευθύνσεις και τις συζητήσεις που βοήθησαν ουσιαστικά να διαμορφώσω έναν πιο οργανωμένο, κριτικό και επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο σκέψης

απέναντι στη μελέτη της βιβλιογραφίας και στην ερευνητική διαδικασία συνολικά. Μέσα από τη συνεργασία μας κατανόησα βαθύτερα τη σημασία της μεθοδικότητας, της τεκμηρίωσης και της επιστημονικής πειθαρχίας, αλλά και την αξία της υπομονής και της επιμονής που απαιτεί η ερευνητική διαδικασία. Η συμβολή της δεν περιορίστηκε μόνο στην τεχνική ή στατιστική υποστήριξη της διατριβής, αλλά λειτούργησε ως σημαντικό σημείο αναφοράς για την προσωπική και ακαδημαϊκή μου εξέλιξη.

Θερμές ευχαριστίες απευθύνω στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Ελπινίκη Λαΐου για τη συμβολή της στη διεύθυνση των επιστημονικών και προσωπικών μου οριζόντων, καθώς και για τη δυνατότητα συμμετοχής μου στο πρόγραμμα ERASMUS. Η εμπειρία της επιστροφής μου στη Ρουμανία, έπειτα από πολλά χρόνια, υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική τόσο σε ακαδημαϊκό όσο και σε προσωπικό επίπεδο. Η διακριτική της υποστήριξη, η ακαδημαϊκή της ευγένεια και η πίστη της στη σημασία των διεθνών εμπειριών συνέβαλαν ουσιαστικά στη διαμόρφωση μιας πιο ανοιχτής και ώριμης επιστημονικής οπτικής.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Μιχαήλ Κουράκο για τη διακριτική αλλά ουσιαστική στήριξη που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας. Η ενθάρρυνση και η σταθερή του διαθεσιμότητα λειτούργησαν υποστηρικτικά σε κρίσιμες στιγμές αυτής της πορείας. Πέρα όμως από την επιστημονική του βοήθεια, αισθάνομαι βαθιά ευγνωμοσύνη και για την ανθρώπινη οικειότητα και εμπιστοσύνη με την οποία με ενέταξε στη ζωή και στο περιβάλλον του.

Θα ήθελα ακόμη να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Ζωίτσα Κωνσταντή για την επιστημονική της ζωντάνια, την ανθρωπιά και τη βαθιά αφοσίωσή της στον χώρο της φροντίδας, της νοσηλευτικής και της προσφοράς προς τον άνθρωπο. Η παρουσία της υπήρξε για μένα πηγή έμπνευσης και ουσιαστικής ενθάρρυνσης καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της διαδρομής, ενώ οι συζητήσεις και οι κοινές μας εμπειρίες προσέδωσαν βαθύτερο ανθρώπινο και βιωματικό νόημα στην ερευνητική και προσωπική μου πορεία. Ιδιαίτερη σημασία είχε για μένα η ευκαιρία που μου έδωσε να συμμετάσχω σε δράσεις εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών σε ανθρώπους και απομακρυσμένα χωριά των Τζουμέρκων.

Ειλικρινείς ευχαριστίες οφείλω και στην Επίκουρο Καθηγήτρια κα Νεκταρία Ζαγοριανάνκου για την υποστήριξη, την ανοιχτότητα και τη γενναιοδωρία με την οποία στάθηκε δίπλα μου καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της διαδρομής. Η στάση της υπήρξε για μένα μια διαρκής υπενθύμιση ότι η ακαδημαϊκή πορεία μπορεί να συνδυάζεται με τη ζεστασιά, τη χαρά, τη συνεργασία και τη γνήσια ανθρώπινη σύνδεση. Ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε η εμπιστοσύνη που μου έδειξε, εντάσσοντάς με ως συνεργάτη της στα μαθήματα Ανατομίας, δίνοντάς μου την ευκαιρία να συμμετέχω πιο ενεργά στην

εκπαιδευτική διαδικασία και να αισθανθώ ουσιαστικά μέλος της ακαδημαϊκής κοινότητας. Ξεχωριστή θέση στη μνήμη μου θα έχει πάντα και η δυνατότητα που μου προσέφερε να τη συνοδεύσω στο Πανεπιστήμιο της Κατάνια, στη Σικελία, όπου είχα την τιμή να παρουσιάσω το ερευνητικό πρωτόκολλο της διδακτορικής μου διατριβής και να έρθω σε επαφή με επιστήμονες και ακαδημαϊκούς από το διεθνές περιβάλλον. Η εμπειρία αυτή άνοιξε νέους επιστημονικούς ορίζοντες και αποτέλεσε ένα ιδιαίτερα σημαντικό βήμα στην ακαδημαϊκή μου πορεία, καθώς μου έδωσε τη δυνατότητα να δω την έρευνα μέσα σε ένα ευρύτερο διεθνές πλαίσιο συνεργασίας, διαλόγου και προοπτικής.

Παράλληλα, ευχαριστώ το διδακτικό, εργαστηριακό και διοικητικό προσωπικό του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, που συνέβαλε στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο η μάθηση, η έρευνα και η εξέλιξη μπορούσαν να ανθίσουν.

Θερμές ευχαριστίες απευθύνω στον Αναπληρωτή Καθηγητή Παθολογίας κ. Ευάγγελο Ρίζο για τον ουσιαστικό επιστημονικό διάλογο, τη συνεργασία και τη διαρκή διάθεσή του να μοιραστεί σκέψεις και επιστημονικούς προβληματισμούς σε σημαντικές στιγμές της ακαδημαϊκής μου πορείας. Μέσα από τις συζητήσεις μας είχα την ευκαιρία να προσεγγίσω την έρευνα με μεγαλύτερη ωριμότητα και κριτική σκέψη, κατανοώντας βαθύτερα τη σημασία του επιστημονικού διαλόγου ως διαδικασίας συνεχούς εξέλιξης και αναστοχασμού.

Παράλληλα, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες προς την Καθηγήτρια Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Ευαγγελία Ντζάνη και τον Καθηγητή Οδοντικής Χειρουργικής του Τμήματος Οδοντιατρικής του «Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών» κ. Χρήστο Ραχιώτη για την ιδιαίτερη τιμή που μου έκαναν αποδεχόμενοι να συμμετάσχουν στην Επταμελή Εξεταστική Επιτροπή της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Η αποδοχή της συμμετοχής τους αποτελεί για μένα σημαντική αναγνώριση και ενίσχυσε ακόμη περισσότερο το αίσθημα ευθύνης με το οποίο επιδίωξα να ολοκληρώσω την ερευνητική αυτή προσπάθεια με συνέπεια, επιστημονική αριότητα και σεβασμό προς την ακαδημαϊκή διαδικασία.

Θα ήθελα επίσης να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Καρδιολογίας κ. Καλλιρόη Καλαντζή για τη συνεργασία, την επιστημονική της στήριξη και την ουσιαστική παρουσία της κατά τη διάρκεια της διδακτορικής μου πορείας. Η συμβολή της στις παρουσιάσεις των εκθέσεων προόδου και ο τρόπος με τον οποίο προσέγγιζε τον επιστημονικό διάλογο αποτέλεσαν για μένα σημαντική πηγή σκέψης και ενθάρρυνσης.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα την Επίκουρο Καθηγήτρια κ. Βαρθάρα Κακαϊδή για τη διακριτική αλλά σταθερή παρουσία της, για τις ουσιαστικές συζητήσεις μας και για την ανθρώπινη και ακαδημαϊκή της

υποστήριξη σε στιγμές που απαιτούσαν αντοχή, επιμονή και καθαρότητα σκέψης. Ιδιαίτερη θέση στη μνήμη μου κατέχουν επίσης οι κοινές εμπειρίες και οι στιγμές που μοιραστήκαμε στο επιστημονικό ταξίδι στη Ρουμανία, οι οποίες προσέδωσαν στη διαδρομή αυτή όχι μόνο ακαδημαϊκή αλλά και βαθιά βιωματική αξία.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω τη Λέκτορα κα Θεοδώρα Μπακάρα-Νίκου και τη Λέκτορα κα Μαρία Δανέλλα για την πολύτιμη στήριξη, τη συνεργασία και την ουσιαστική παρουσία τους κατά τη διάρκεια της ακαδημαϊκής και ερευνητικής μου πορείας. Η προθυμία τους να βοηθήσουν, η επιστημονική τους συνέπεια και η ανθρώπινη προσέγγιση με την οποία αντιμετώπιζαν κάθε δυσκολία ή προβληματισμό λειτούργησαν ιδιαίτερα υποστηρικτικά σε όλη τη διάρκεια της προσπάθειας αυτής.

Θα ήθελα επίσης να εκφράσω την ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη μου προς την Ευρυδίκη Παπαγιαννοπούλου και τη Λευκοθέα Ματσούλη για την καλοσύνη, τη διακριτικότητα και τη σταθερή ανθρώπινη παρουσία τους όλα αυτά τα χρόνια. Με τρόπο ήρεμο αλλά βαθιά ουσιαστικό, υπήρξαν άνθρωποι που ήξεραν να προσφέρουν φροντίδα, στήριξη και ενδιαφέρον χωρίς υπερβολές και χωρίς θόρυβο, αλλά με αλήθεια και συνέπεια.

Ξεχωριστές ευχαριστίες οφείλω στην Κωνσταντίνα Δήμου, την Αγάπη Μπατιρίδου και τη Μαρία Ευσταθίου για τη μακρόχρονη συμπόρευσή μας ως υποψήφιοι διδάκτορες μέσα στον ίδιο ακαδημαϊκό χώροχρονο, για τη συνεργασία, τις κοινές αγωνίες, τις ατελείωτες συζητήσεις και τις πολλές στιγμές αλληλοστήριξης που μοιραστήκαμε στην καθημερινότητα αυτής της διαδρομής. Η παρουσία τους υπήρξε πολύτιμη όχι μόνο σε επιστημονικό επίπεδο, αλλά και σε βαθύτερα ανθρώπινο επίπεδο, καθώς μαζί βιώσαμε τις απαιτήσεις, τις αμφιβολίες, τις δυσκολίες αλλά και τις μικρές και μεγάλες χαρές που συνοδεύουν μια τόσο απαιτητική πορεία.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον Ιωάννη Ζαρίδη για την ευγένεια, τη συνέπεια και τον σταθερά ανθρώπινο τρόπο με τον οποίο στάθηκε παρών σε όλη αυτή τη διαδρομή. Η συμβολή του στην οργάνωση και υποστήριξη των εργαστηρίων Ανατομίας υπήρξε εξαιρετικά σημαντική και πολύτιμη, καθώς με υπευθυνότητα, διαθεσιμότητα και αφοσίωση συνέβαλε ουσιαστικά στη δημιουργία ενός κλίματος συνεργασίας και ομαλής λειτουργίας.

Θερμές ευχαριστίες απευθύνω στη Φανούλα Κροκίδη και στην Ελένη Τσιρώνη για την αδιάκοπη διοικητική υποστήριξη, την προθυμία και τον επαγγελματισμό με τον οποίο διαχειρίζονταν κάθε διαδικασία σε όλη τη διάρκεια της διδακτορικής μου πορείας. Η συμβολή τους υπήρξε πολύτιμη σε μια διαδρομή γεμάτη απαιτήσεις, προθεσμίες και συνεχείς οργανωτικές ανάγκες, καθώς πάντοτε αντιμετώπιζαν κάθε ζήτημα με υπευθυνότητα, συνέπεια και πραγματικό ενδιαφέρον. Ιδιαίτερα θα

ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς τη Φανούλα Κροκίδη για τη σταθερή της παρουσία, την υπομονή, την καλοσύνη και τον ανθρώπινο τρόπο με τον οποίο στεκόταν δίπλα στους υποψήφιους διδάκτορες και στους φοιτητές γενικότερα.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τη Φρόσω Γκουνταβά και τη Μαριάννα Γούσια για τη διαρκή προθυμία τους να καθοδηγήσουν, να υποστηρίξουν και να διευκολύνουν κάθε ερευνητική ανάγκη, αλλά και για τον ανθρώπινο τρόπο με τον οποίο μετέτρεπαν τη βιβλιοθήκη σε έναν χώρο πραγματικής ακαδημαϊκής κατοίκησης. Σε μια μακρά και απαιτητική ερευνητική διαδρομή, η βιβλιοθήκη δεν αποτέλεσε μόνο τόπο μελέτης και αναζήτησης γνώσης, αλλά έναν χώρο ηρεμίας, συγκέντρωσης και εσωτερικής συνέχειας.

Θα ήθελα ακόμη να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς όλους και όλες τους υποψήφιους διδάκτορες με τους οποίους συμπορευτήκαμε σε αυτή τη μακρά ακαδημαϊκή διαδρομή. Η εμπειρία της διδακτορικής πορείας, με τις απαιτήσεις, τις αμφιβολίες, τις καθυστερήσεις αλλά και τις μικρές προσωπικές νίκες που τη συνοδεύουν, αποκτά διαφορετικό νόημα όταν μοιράζεται με ανθρώπους που κατανοούν ουσιαστικά το βάρος και την ομορφιά αυτής της προσπάθειας. Μέσα από τις καθημερινές συναντήσεις, τις συζητήσεις, τις στιγμές άγχους αλλά και τις στιγμές γέλιου και ανακούφισης, δημιουργήθηκε μια ιδιαίτερη αίσθηση κοινότητας και αλληλεγγύης, η οποία έκανε αυτή τη διαδρομή πιο ανθρώπινη και βαθιά βιωματική. Ξεχωριστά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον συνάδελφο οδοντίατρο και συνυποψήφιο διδάκτορα Νίκο Κοσκινά, με τον οποίο μοιραστήκαμε σημαντικές στιγμές αυτής της πορείας. Η συνεργασία μας, ιδιαίτερα κατά τη συμμετοχή μας στα εργαστήρια Ανατομίας, υπήρξε μια πολύτιμη εμπειρία αμοιβαίας υποστήριξης, ανταλλαγής γνώσεων και συναδελφικής ενθάρρυνσης. Σε μια διαδρομή όπου κανείς δεν προχωρά πραγματικά μόνος, η παρουσία ανθρώπων με κοινές αγωνίες, κοινό επαγγελματικό υπόβαθρο και ειλικρινή διάθεση συνεργασίας αποτελεί ανεκτίμητο δώρο. Τον ευχαριστώ θερμά για την εμπιστοσύνη, τη συναδελφικότητα και τη διακριτική αλλά ουσιαστική παρουσία του σε σημαντικές στιγμές της επιστημονικής και επαγγελματικής μου πορείας.

Θα ήθελα να εκφράσω την ιδιαίτερη εκτίμηση και ευγνωμοσύνη μου προς την Αγνή Νάκου, την Ελένη Μπάρτζου, τον Φώτη Τάτση και τον Σπύρο Γεωργάκη, ανθρώπους με τους οποίους μοιράστηκα όχι μόνο στιγμές επιστημονικής αναζήτησης, αλλά και μια ουσιαστική καθημερινότητα συνεργασίας, αλληλοϋποστήριξης και κοινής προσπάθειας μέσα στο Εργαστήριο Ψυχολογίας και Προσωποκεντρικής Φροντίδας. Η συνύπαρξή μαζί τους έδωσε στη διαδρομή αυτή μια αίσθηση συλλογικότητας και ανθρώπινης εγγύτητας που συχνά είναι δύσκολο να συναντήσει κανείς στον ακαδημαϊκό χώρο. Μέσα από ατελείωτες συζητήσεις, στιγμές δημιουργικής σκέψης, πίεσης, αμφιβολίας αλλά και χαράς, διαμορφώθηκε ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο η έρευνα δεν αποτελούσε απλώς υποχρέωση ή ακαδημαϊκή απαίτηση, αλλά κοινή εμπειρία εξέλιξης και αναζήτησης. Ιδιαίτερα

θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Φώτη Τάτση, του οποίου η συμβολή υπήρξε καθοριστική σε πολλά επίπεδα της επιστημονικής μου πορείας. Με τη βαθιά επιστημονική του κατάρτιση, τη μεθοδικότητα, τη διαρκή διάθεση συνεργασίας και τη γενναιοδωρία με την οποία μοιραζόταν τη γνώση και την εμπειρία του, συνέβαλε ουσιαστικά όχι μόνο στην ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής αλλά και στη δημοσίευση επιστημονικών άρθρων και στη συνολικότερη ερευνητική μου εξέλιξη. Πέρα όμως από την τεχνική και επιστημονική του βοήθεια, εκείνο που υπήρξε πραγματικά πολύτιμο ήταν ο τρόπος με τον οποίο ενθάρρυνε τη σκέψη, την επιμονή και την πίστη στη δυνατότητα εξέλιξης. Σε δύσκολες ή απαιτητικές περιόδους της ερευνητικής διαδικασίας, η παρουσία του λειτουργούσε συχνά ως σημείο σταθερότητας, ενθάρρυνσης και ουσιαστικού επιστημονικού διαλόγου.

Υπάρχουν άνθρωποι που η ίδια η παρουσία τους λειτουργεί σαν σιωπηλό μάθημα ζωής. Για μένα, ένας τέτοιος άνθρωπος υπήρξε ο Γιάννης Γκούβας. Ένας άνδρας 92 ετών, ο οποίος στάθηκε και συνεχίζει να στέκεται απέναντι στη ζωή με αξιοπρέπεια, καθαρότητα σκέψης, ψυχική νεότητα και μια σπάνια εσωτερική ευγένεια που δύσκολα συναντά κανείς. Η σχέση μας υπήρξε για μένα κάτι περισσότερο από οικογενειακός δεσμός: υπήρξε μια βαθιά μορφή ψυχολογικής συγγένειας, από εκείνες που ο άνθρωπος δεν θεωρεί δεδομένο ότι θα του χαρίσει η ζωή. Μαζί του μπόρεσα να κάνω συζητήσεις που ίσως δεν θα μπορούσα να κάνω με κανέναν άλλον — συζητήσεις για τη ζωή, τον άνθρωπο, την αξιοπρέπεια, τον χρόνο, τη γνώση, την απώλεια και την αντοχή. Συζητήσεις αληθινές, βαθιές και ουσιαστικές, που δεν εξαρτώνταν από την ηλικία αλλά από την ποιότητα της ψυχής και της σκέψης. Παρά τα χρόνια του, διατηρεί μια ψυχική νεότητα που συχνά ξεπερνά εκείνη πολλών νεότερων ανθρώπων. Η περιέργειά του για τη ζωή, η διαύγεια, το χιούμορ, η ευαισθησία και ο τρόπος με τον οποίο συνεχίζει να ενδιαφέρεται για τον κόσμο και τους ανθρώπους υπήρξαν για μένα ένα διαρκές μάθημα για το τι σημαίνει να παραμένει κανείς πραγματικά ζωντανός. Σε μια εποχή όπου συχνά η ηλικία ταυτίζεται άδικα με την παρακμή ή την απόσυρση, η παρουσία του υπήρξε για μένα απόδειξη ότι η αληθινή νεότητα είναι πρωτίστως ψυχική και υπαρκτική κατάσταση. Και ίσως ένα από τα μεγαλύτερα δώρα που μου έδωσε η ζωή ήταν ότι μου επέτρεψε να συναντήσω σε εκείνον έναν άνθρωπο με τον οποίο μπορούσα να αισθάνομαι ταυτόχρονα σεβασμό, οικειότητα, θαυμασμό και βαθιά ανθρώπινη σύνδεση. Σε μεγάλο βαθμό, η αγάπη μου για τη γνώση, για τη σκέψη και για τις ουσιαστικές ανθρώπινες συζητήσεις κουβαλά και κάτι από τη δική του παρουσία. Και γι' αυτό η ευγνωμοσύνη μου απέναντί του δεν αφορά μόνο όσα μου πρόσφερε, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο μου υπενθυμίζει ότι ο άνθρωπος μπορεί να παραμένει πνευματικά νέος όσο συνεχίζει να σκέφτεται, να αισθάνεται και να σχετίζεται αληθινά.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την οικογένειά μου, τους φίλους μου και όλους τους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου όλα αυτά τα χρόνια με αγάπη, υπομονή και αληθινή παρουσία.

Σε μια διαδρομή γεμάτη απαιτήσεις, αμφιβολίες, κόπωση αλλά και βαθιές στιγμές νοήματος, η ύπαρξή τους υπήρξε σημείο δύναμης και εσωτερικής συνέχειας. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον γιο μου, γιατί μέσα από τη σχέση μας με δίδαξε τρόπους επικοινωνίας, κατανόησης και σύνδεσης που ξεπερνούν τις λέξεις και τις εύκολες βεβαιότητες. Μέσα από τις δυσκολίες, τις απαιτήσεις αλλά και τις μοναδικές στιγμές που μοιραστήκαμε, έμαθα να βλέπω τον άνθρωπο πιο βαθιά, να ακούω διαφορετικά και να αναζητώ διαρκώς νέους τρόπους σχέσης, παρουσίας και φροντίδας. Ταυτόχρονα, υπήρξε για μένα μια συνεχής υπενθύμιση ότι ο άνθρωπος δεν πρέπει να παύει να προσπαθεί, να εξελίσσεται και να θέτει τον πήχη ψηλά — όχι μόνο ως προς την επιτυχία, αλλά κυρίως ως προς την ποιότητα της παρουσίας του απέναντι στη ζωή και στους άλλους. Μέσα από τη δική του ύπαρξη κατανόησα βαθύτερα ότι η πραγματική ωρίμανση δεν βρίσκεται στην ευκολία, αλλά στη δυνατότητα να συνεχίζουμε να αγαπάμε, να αντέχουμε και να σχετιζόμαστε ακόμη και μέσα στις πιο απαιτητικές συνθήκες της ζωής.

Ιδιαίτερη θέση στις ευχαριστίες μου κατέχει η μητέρα μου, Κρυσταλία. Από εκείνη έμαθα ότι η αγάπη δεν εκφράζεται πάντοτε με την ευκολία ή την επιείκεια, αλλά συχνά με την απαίτηση, την πειθαρχία και τη βαθιά πίστη ότι ο άνθρωπος μπορεί να γίνει καλύτερος από αυτό που ήδη είναι. Η αυστηρότητά της υπήρξε πολλές φορές απαιτητική, όμως με τα χρόνια κατάλαβα ότι μέσα της υπήρχε μια ειλικρινής επιθυμία εξέλιξης, αντοχής στις δυσκολίες, και μη εγκατάλειψης της κάθε προσπάθειας. Παράλληλα, στάθηκε δίπλα μου με τρόπο αθόρυβο αλλά ουσιαστικό σε όλες τις απαιτητικές περιόδους της ζωής μου. Ιδιαίτερα κατά τα χρόνια της επαγγελματικής μου πορείας ως οδοντιάτρου καθώς και η πολύτιμη συμβολή της στη φροντίδα και το μεγάλωμα του γιου μου που μου επέτρεψε να συνεχίσω να εργάζομαι, να μελετώ και να ονειρεύομαι. Η προσφορά της δεν υπήρξε μόνο πρακτική, αλλά αποτέλεσε μια βαθιά πράξη εμπιστοσύνης προς το μέλλον μου και προς όσα προσπαθούσα να δημιουργήσω. Για όλα αυτά, αλλά κυρίως γιατί με δίδαξε ότι η πειθαρχία χωρίς αγάπη γίνεται σκληρότητα και η αγάπη χωρίς πειθαρχία δεν αρκεί για να στηρίξει μια ζωή με νόημα, της εκφράζω την πιο βαθιά μου ευγνωμοσύνη.

Ξεχωριστή θέση στην καρδιά και στη μνήμη μου έχει ο πατέρας μου, στον οποίο οφείλω πολύ περισσότερα απ' όσα μπορούν να χωρέσουν σε λίγες γραμμές. Η αγάπη του για τη γνώση, η εκτίμηση που έτρεφε για την επιστήμη και η πίστη του στην αξία της προσπάθειας και της αξιοπρέπειας υπήρξαν βαθιά θεμέλια της δικής μου πορείας. Σε κάθε σημαντικό βήμα αυτής της διαδρομής αισθανόμουν πως κουβαλώ κάτι από τη δική του σκέψη, τη δική του επιμονή και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετώπιζε τη ζωή. Ιδιαίτερα συγκινητικές παραμένουν για μένα οι στιγμές που βρεθήκαμε μαζί στη Ρουμανία — έναν τόπο που συνδέθηκε τόσο με τα πρώτα χρόνια των σπουδών μου όσο και με σημαντικά κομμάτια της κοινής μας μνήμης. Εκείνες οι στιγμές είχαν μια ιδιαίτερη συναισθηματική και υπαρκτική βαρύτητα, γιατί μέσα τους ενώνονταν ο χρόνος, η οικογένεια, οι αναμνήσεις και η αίσθηση ότι κάποια ταξίδια δεν αφορούν μόνο τόπους, αλλά βαθύτερους δεσμούς ζωής. Στη μνήμη

του αφιερώνω όλες τις προσπάθειες επιστημοσύνης και αναζήτησης που τόσο αγαπούσε και σεβόταν. Γιατί υπήρξε άνθρωπος που πίστευε βαθιά ότι η γνώση δεν αποτελεί μόνο κατάκτηση του νου, αλλά και τρόπο να τιμά κανείς τη ζωή, τον άνθρωπο και την αλήθεια.

Κοιτάζοντας πίσω, συνειδητοποιώ ότι αυτή η διαδρομή δεν γράφτηκε μόνο με βιβλία, δεδομένα και ερευνητικά πρωτόκολλα, αλλά κυρίως με ανθρώπους, σχέσεις και στιγμές παρουσίας. Αν κάτι έμαθα μέσα από αυτή την πορεία, είναι ότι η γνώση αποκτά πραγματικό νόημα μόνο όταν παραμένει συνδεδεμένη με τον άνθρωπο, την αλήθεια και τη δυνατότητα να συνεχίζουμε να εξελισσόμαστε παρά τη φθορά, την αμφιβολία και τον χρόνο. Σε όλους όσοι στάθηκαν μέρος αυτής της διαδρομής, οφείλω κάτι από αυτό που έγινα. Και γι' αυτό, η παρούσα διατριβή δεν αποτελεί μόνο μια ακαδημαϊκή ολοκλήρωση, αλλά και ένα βαθύ ανθρώπινο ευχαριστώ.

Τελικά, ίσως ο άνθρωπος να μη σώζεται μόνο από τις απαντήσεις που βρίσκει, αλλά από τους ανθρώπους που τον βοήθησαν να συνεχίσει να αναζητά.

*«Illness is lived as the disruption of the activities of daily living»
Kay Toombs*

Η γήρανση αποτελεί μία από τις πιο σύνθετες και βαθιά ανθρώπινες εμπειρίες της ζωής. Δεν αφορά μόνο τη βιολογική φθορά του σώματος ή τη χρονολογική πρόοδο του χρόνου, αλλά έναν πολυδιάστατο μετασχηματισμό που αγγίζει τη λειτουργικότητα, την ταυτότητα, τις σχέσεις, την εικόνα εαυτού και τον τρόπο με τον οποίο ο άνθρωπος συνεχίζει να κατοικεί τον κόσμο και να σχετίζεται με αυτόν. Καθώς οι κοινωνίες γηράσκουν δημογραφικά, το ενδιαφέρον της επιστήμης μετατοπίζεται σταδιακά από την απλή επιβίωση προς την ποιότητα της ζωής, τη διατήρηση της αυτονομίας, της αξιοπρέπειας και της δυνατότητας του ανθρώπου να παραμένει ενεργός, συνδεδεμένος και υπαρκτά παρών μέσα στην καθημερινότητά του.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως μια διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης με πολύ βαθύτερη σημασία από εκείνη που παραδοσιακά της αποδόθηκε. Για πολλές δεκαετίες, η στοματική υγεία αντιμετωπίστηκε κυρίως ως τεχνικό ή βιολογικό ζήτημα, περιορισμένο στην παρουσία νόσων, στην απώλεια δοντιών ή στη λειτουργική αποκατάσταση της στοματικής κοιλότητας. Ωστόσο, το στόμα δεν αποτελεί μόνο βιολογικό όργανο. Είναι τόπος επικοινωνίας, έκφρασης, κοινωνικής παρουσίας και σχέσης με τον κόσμο. Μέσα από αυτό ο άνθρωπος μιλά, χαμογελά, τρέφεται, εκφράζει συναισθήματα, δημιουργεί δεσμούς και διατηρεί την αίσθηση της συμμετοχής στη ζωή.

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, οι μεταβολές που σχετίζονται με τη στοματική υγεία δεν επηρεάζουν μόνο τη σωματική λειτουργικότητα, αλλά συχνά διαπερνούν βαθύτερες ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας. Η απώλεια λειτουργικότητας, οι δυσκολίες στη μάσηση ή στην ομιλία, οι αλλαγές στην εικόνα του προσώπου και η μειωμένη κοινωνική άνεση μπορούν να επηρεάσουν την αυτοεκτίμηση, την

κοινωνική συμμετοχή, την ψυχική ευεξία και τη δυνατότητα του ανθρώπου να αισθάνεται ότι παραμένει μέρος του κόσμου γύρω του. Υπό αυτή την έννοια, η στοματική υγεία συνδέεται όχι μόνο με τη βιολογική επιβίωση, αλλά και με τη συνέχεια του εαυτού, τη διατήρηση της αξιοπρέπειας και τη δυνατότητα του ατόμου να συνεχίζει να βιώνει τον εαυτό του ως ενεργό και σχετιζόμενο υποκείμενο.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή επιχειρεί να προσεγγίσει τη στοματική υγεία των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας μέσα από ένα ενοποιημένο βιοψυχοκοινωνικό και προσωποκεντρικό πλαίσιο κατανόησης. Αντλώντας θεωρητικά στοιχεία από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, τη φαινομενολογική προσέγγιση της ασθένειας και σύγχρονες θεωρήσεις της ευδόκιμης γήρανσης, επιχειρεί να αναδείξει ότι η στοματική υγεία δεν αποτελεί απομονωμένο οδοντιατρικό δείκτη, αλλά κρίσιμο στοιχείο της συνολικής ανθρώπινης εμπειρίας.

Στο θεωρητικό μέρος της διατριβής αναπτύσσονται οι βασικές έννοιες που σχετίζονται με τη γήρανση, τη στοματική υγεία, την ποιότητα ζωής, την αυτοφροντίδα, τη μοναξιά και την ψυχική υγεία, ενώ εξετάζεται η μετάβαση από το βιοϊατρικό προς το βιοψυχοκοινωνικό και προσωποκεντρικό παράδειγμα κατανόησης της υγείας. Παράλληλα, διερευνάται η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης ως δυναμικής διαδικασίας διατήρησης νοήματος, λειτουργικότητας, σχέσης και παρουσίας μέσα στον χρόνο.

Στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται η εμπειρική διερεύνηση της σχέσης της στοματικής υγείας με την ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής, τη μοναξιά και την αυτοφροντίδα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, μέσα από τη χρήση σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων και τη στατιστική ανάλυση των σχέσεων μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών. Η έρευνα επιχειρεί να αναδείξει όχι μόνο τις άμεσες επιδράσεις της στοματικής υγείας, αλλά και τους ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων αυτή επηρεάζει την εμπειρία της γήρανσης.

Τέλος, μέσα από τη σύνθεση των θεωρητικών και εμπειρικών ευρημάτων, προτείνεται ένα ενοποιημένο θεωρητικό μοντέλο στο οποίο η στοματική υγεία προσεγγίζεται ως μηχανισμός παρουσίας, συνέχειας του εαυτού και self-regulation στην ευδόκιμη γήρανση. Το μοντέλο αυτό επιχειρεί να συμβάλει σε μια περισσότερο ολιστική και ανθρωποκεντρική κατανόηση της γήρανσης, αναδεικνύοντας ότι η φροντίδα της στοματικής υγείας δεν αφορά μόνο τη διατήρηση βιολογικών λειτουργιών, αλλά και τη δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να συμμετέχει, να σχετίζεται και να αισθάνεται ψυχικά παρών μέσα στη ζωή.

Γενικό μέρος

Από το Βιοϊατρικό στο Βιοψυχοκοινωνικό Παράδειγμα: Επανεννοιολόγηση της Στοματικής Υγείας στην Τρίτη Ηλικία

*«Το βιοϊατρικό μοντέλο αφήνει εκτός πλαισίου τον ίδιο τον άνθρωπο ως πρόσωπο»
George L. Engel*

Η στοματική υγεία αποτέλεσε διαχρονικά ένα πεδίο της ιατρικής επιστήμης που προσεγγίστηκε κυρίως μέσα από το πρίσμα της νόσου και της θεραπείας. Για πολλές δεκαετίες, η επιστημονική έρευνα επικεντρώθηκε στην καταγραφή κλινικών δεικτών, όπως η τερηδόνα, οι περιοδοντικές νόσοι και η απώλεια δοντιών, ενώ η υποκειμενική εμπειρία του ατόμου και οι κοινωνικές της προεκτάσεις παρέμεναν στο περιθώριο της επιστημονικής διερεύνησης (Watt et al., 2019). Η πρόσφατη παγκόσμια έκθεση του WHO υπογραμμίζει ότι οι στοματικές νόσοι παραμένουν από τις συχνότερες μη μεταδοτικές καταστάσεις παγκοσμίως και συνδέονται με έντονες κοινωνικές ανισότητες, γεγονός που καθιστά τη στοματική υγεία κρίσιμο ζήτημα δημόσιας υγείας και όχι απλώς οδοντιατρικής φροντίδας (World Health Organization, 2022).

Ωστόσο, η σταδιακή μετατόπιση της ιατρικής σκέψης προς πιο ολιστικά μοντέλα κατανόησης της υγείας ανέδειξε την ανάγκη επαναπροσδιορισμού της στοματικής υγείας, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς αυξημένης ευαλωτότητας, όπως οι ηλικιωμένοι. Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία δεν μπορεί πλέον να θεωρείται ως απομονωμένη λειτουργική κατάσταση, αλλά ως σύνθετο φαινόμενο που διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Peres et al., 2019).

1.1 Το Βιοϊατρικό Παράδειγμα: Κυριαρχία, Συνεισφορά και Εννοιολογικοί Περιορισμοί

Το βιοϊατρικό μοντέλο αποτέλεσε για δεκαετίες το κυρίαρχο επιστημολογικό πλαίσιο κατανόησης της υγείας, εδραιώνοντας μια προσέγγιση που εστιάζει στην αιτιολογία, τη διάγνωση και τη θεραπεία των νόσων. Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία ορίζεται πρωτίστως ως απουσία παθολογίας, ενώ το σώμα αντιμετωπίζεται ως βιολογικός μηχανισμός του οποίου οι δυσλειτουργίες μπορούν να εντοπιστούν, να μετρηθούν και να διορθωθούν.

Στην οδοντιατρική επιστήμη, η κυριαρχία του μοντέλου αυτού αποτυπώθηκε στην έμφαση σε αντικειμενικούς κλινικούς δείκτες, όπως η παρουσία ή απουσία τερηδόνας, η κατάσταση των περιοδοντικών ιστών και η απώλεια δοντιών. Η προσέγγιση αυτή συνέβαλε καθοριστικά στην επιστημονική πρόοδο, επιτρέποντας την ανάπτυξη διαγνωστικών εργαλείων, θεραπευτικών πρωτοκόλλων και προληπτικών στρατηγικών που βελτίωσαν σημαντικά τη στοματική υγεία σε επίπεδο πληθυσμού.

Ωστόσο, παρά τη συμβολή του, το βιοϊατρικό παράδειγμα παρουσιάζει ουσιώδεις εννοιολογικούς περιορισμούς. Η εστίαση αποκλειστικά στη νόσο και στους βιολογικούς της δείκτες οδήγησε σε μια αναγωγική κατανόηση της υγείας, παραμερίζοντας τη βιωμένη εμπειρία του ατόμου, τις ψυχολογικές του διεργασίες και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνεται η ασθένεια (Locker, 1988; Tsakos et al., 2015). Με τον τρόπο αυτό, η υγεία αποσυνδέεται από το νόημα που αποκτά για το ίδιο το άτομο και περιορίζεται σε αυτό που μπορεί να μετρηθεί και να ταξινομηθεί.

Ειδικότερα στον τομέα της στοματικής υγείας, η προσέγγιση αυτή αποδεικνύεται ανεπαρκής για την κατανόηση των ευρύτερων επιπτώσεων των στοματικών προβλημάτων στην καθημερινή ζωή. Η απώλεια δοντιών, ο πόνος ή οι δυσλειτουργίες της στοματικής κοιλότητας δεν αποτελούν μόνο βιολογικά γεγονότα, αλλά εμπειρίες που επηρεάζουν την ικανότητα επικοινωνίας, την κοινωνική συμμετοχή και την εικόνα εαυτού.

Παράλληλα, η αντίληψη ότι οι στοματικές νόσοι δεν είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή συνέβαλε στη διαχρονική υποβάθμιση της σημασίας τους σε επίπεδο πολιτικών υγείας. Η

σύγχρονη παγκόσμια επιβάρυνση από τις στοματικές νόσους επιβεβαιώνει ότι η παραμέλησή τους δεν αντανακλά τη χαμηλή τους σημασία, αλλά μάλλον τη διαχρονική αποσύνδεσή τους από τις γενικές πολιτικές υγείας και από την καθολική κάλυψη υγείας (World Health Organization, 2022; Peres et al., 2019). Η προσέγγιση αυτή αγνόησε το γεγονός ότι η στοματική υγεία συνδέεται άμεσα με τη διατροφική επάρκεια, τη γενική υγεία και την ποιότητα ζωής, ενώ οι ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες στοματικής φροντίδας αντανακλούν ευρύτερες κοινωνικές ανισότητες (Peres et al., 2019).

Επιπλέον, το βιοϊατρικό μοντέλο αδυνατεί να ερμηνεύσει τη μεταβλητότητα που παρατηρείται μεταξύ αντικειμενικών κλινικών ευρημάτων και υποκειμενικής εμπειρίας. Άτομα με παρόμοια στοματική κατάσταση μπορεί να βιώνουν εντελώς διαφορετικά επίπεδα δυσφορίας, λειτουργικότητας ή κοινωνικής συμμετοχής, γεγονός που υποδεικνύει ότι η υγεία δεν εξαντλείται στα βιολογικά της χαρακτηριστικά.

Κατά συνέπεια, καθίσταται σαφές ότι η αποκλειστική προσκόλληση στο βιοϊατρικό παράδειγμα περιορίζει την κατανόηση της στοματικής υγείας, ιδίως στην τρίτη ηλικία, όπου οι βιολογικές μεταβολές συνυφαίνονται με ψυχολογικές προσαρμογές και κοινωνικές αναδιατάξεις. Η ανάγκη υπέρβασης αυτών των περιορισμών οδήγησε στη σταδιακή μετάβαση προς πιο ολιστικά μοντέλα, τα οποία επιχειρούν να ενσωματώσουν την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης εμπειρίας.

1.2 Η Μετάβαση στο Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο

Η ανάγκη υπέρβασης των περιορισμών του βιοϊατρικού μοντέλου οδήγησε στη διαμόρφωση του βιοψυχοκοινωνικού παραδείγματος, το οποίο εισήγαγε ο Engel (1977), προτείνοντας μια ριζική αναθεώρηση του τρόπου κατανόησης της υγείας και της νόσου. Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία δεν νοείται πλέον ως απλή απουσία παθολογίας, αλλά ως δυναμικό αποτέλεσμα της συνεχούς αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογικών διεργασιών, ψυχολογικών εμπειριών και κοινωνικών συνθηκών.

Η προσέγγιση αυτή συνάδει με τον κλασικό ορισμό της υγείας από τον World Health Organization (WHO, 1948), σύμφωνα με τον οποίο η υγεία περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Ταυτόχρονα, ενισχύεται από σύγχρονες θεωρήσεις που μετατοπίζουν το ενδιαφέρον από τη στατική έννοια της «κατάστασης υγείας» προς τη λειτουργική ικανότητα, την προσαρμοστικότητα και τη διατήρηση της ευημερίας μέσα στον χρόνο (WHO, 2021). Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία προσεγγίζεται ως διαδικασία, ως μια ενεργή και διαρκώς διαμορφούμενη σχέση του ατόμου με το σώμα του, τον εαυτό του και το περιβάλλον του.

Η μετατόπιση αυτή δεν είναι απλώς εννοιολογική, αλλά βαθιά επιστημολογική: μεταφέρει το επίκεντρο από τη νόσο ως αντικείμενο μέτρησης στον άνθρωπο ως φορέα εμπειρίας. Η νόσος παύει να αποτελεί το μοναδικό σημείο αναφοράς, ενώ η υποκειμενική αντίληψη της υγείας, η λειτουργικότητα και η δυνατότητα συμμετοχής στην καθημερινή ζωή αποκτούν κεντρική σημασία (Watt et al., 2019).

Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία επαναπροσδιορίζεται ως πολυδιάστατη και δυναμική έννοια, η οποία υπερβαίνει τα όρια της κλινικής αξιολόγησης και ενσωματώνει:

- *τη λειτουργική ικανότητα, όπως η μάσηση, η ομιλία και η κατάποση, που συνδέονται άμεσα με τη διατροφή και τη σωματική υγεία*
- *την απουσία πόνου ή δυσφορίας, που επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα*
- *την αισθητική διάσταση, η οποία σχετίζεται με την εικόνα εαυτού και την κοινωνική παρουσία*
- *την ψυχολογική επίδραση, όπως η αυτοεκτίμηση, η αυτοπεποίθηση και η συναισθηματική σταθερότητα*
- *τη δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής, που συνδέεται με την επικοινωνία, την αλληλεπίδραση και την ένταξη στο κοινωνικό περιβάλλον*

Η ενσωμάτωση αυτών των διαστάσεων αναδεικνύει τη στοματική υγεία ως κρίσιμο σημείο συνάντησης του σώματος με την ψυχική και κοινωνική εμπειρία. Το στόμα, ως όργανο

λειτουργίας αλλά και έκφρασης, μετατρέπεται σε πεδίο όπου αποτυπώνονται όχι μόνο βιολογικές διεργασίες, αλλά και σχέσεις, ταυτότητες και μορφές συμμετοχής. Η σύγχρονη προσέγγιση της στοματικής υγείας αναγνωρίζει ότι η λειτουργικότητα, η αισθητική, η απουσία πόνου και η κοινωνική συμμετοχή αποτελούν αλληλένδετες διαστάσεις της ευημερίας, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, όπου η υγεία αξιολογείται όλο και περισσότερο με όρους λειτουργικής ικανότητας και ποιότητας ζωής (Patel et al., 2024).

Η μετάβαση, επομένως, από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο σηματοδοτεί τη μετακίνηση από μια αναγωγική προσέγγιση της υγείας σε μια ολιστική κατανόηση της ανθρώπινης εμπειρίας. Η υγεία δεν περιορίζεται πλέον σε αυτό που μπορεί να μετρηθεί, αλλά επεκτείνεται σε αυτό που μπορεί να βιωθεί, να εκφραστεί και να νοηματοδοτηθεί.

Στην τρίτη ηλικία, η σημασία αυτής της μετατόπισης καθίσταται ακόμη πιο έντονη. Καθώς οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόφευκτες, η έμφαση μετατοπίζεται από την πλήρη αποκατάσταση της «φυσιολογικότητας» προς τη διατήρηση της λειτουργικότητας, της αυτονομίας και της αίσθησης του εαυτού. Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία δεν αποτελεί απλώς επιμέρους διάσταση της υγείας, αλλά ενεργό παράγοντα που συμβάλλει στη διατήρηση της συνοχής της εμπειρίας και της δυνατότητας του ατόμου να παραμένει παρόν στη ζωή του.

Η κατανόηση αυτή δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη ενοποιημένων θεωρητικών και παρεμβατικών προσεγγίσεων, οι οποίες δεν θα στοχεύουν μόνο στη θεραπεία της νόσου, αλλά στη συνολική ενίσχυση της ανθρώπινης λειτουργικότητας και ευημερίας.

1.3 Στοματική Υγεία και Τρίτη Ηλικία: Ιδιαιτερότητες και Προκλήσεις

Η τρίτη ηλικία συνιστά μια περίοδο βαθιών και πολυεπίπεδων βιοψυχοκοινωνικών μεταβολών, κατά την οποία το άτομο καλείται να επαναδιαπραγματευτεί τη σχέση του με το σώμα, τη λειτουργικότητά του και τον κοινωνικό του ρόλο. Η παγκόσμια δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, όπως επισημαίνεται από τον World Health Organization (WHO, 2021), καθιστά επιτακτική την ανάπτυξη προσεγγίσεων που να ανταποκρίνονται στις σύνθετες

ανάγκες των ηλικιωμένων, συμπεριλαμβανομένης της στοματικής τους υγείας, όχι μόνο ως κλινικής παραμέτρου, αλλά ως κρίσιμου στοιχείου της συνολικής τους ευημερίας.

Σε αυτό το πλαίσιο, τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν αυξημένη επίπτωση στοματικών προβλημάτων, όπως η απώλεια δοντιών, οι περιοδοντικές νόσοι και οι δυσλειτουργίες της στοματικής κοιλότητας. Οι καταστάσεις αυτές δεν περιορίζονται σε τοπικό επίπεδο, αλλά επηρεάζουν άμεσα τη διατροφική επάρκεια, την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και, κατ' επέκταση, τη γενική υγεία του οργανισμού (Sheiham & Steele, 2001). Η στοματική δυσλειτουργία, επομένως, δεν αποτελεί απλώς σύμπτωμα φθοράς, αλλά ενεργό παράγοντα που επιδρά στη συνολική σωματική κατάσταση.

Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι διαφορετικές όψεις της στοματικής υγείας συνδέονται με λειτουργική αναπηρία και θνησιμότητα στους ηλικιωμένους, ενισχύοντας την ανάγκη να αντιμετωπίζεται η στοματική υγεία ως δείκτης γενικής λειτουργικής κατάστασης και όχι ως απομονωμένο τοπικό πρόβλημα (Abe et al., 2024).

Παράλληλα, η πρόσβαση σε υπηρεσίες στοματικής φροντίδας παραμένει άνιση, ιδιαίτερα για κοινωνικά και οικονομικά ευάλωτες ομάδες, ενισχύοντας τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες στην υγεία. Παράγοντες όπως το εισόδημα, η γεωγραφική τοποθεσία, η λειτουργική ικανότητα και η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζουν σημαντικά τη δυνατότητα πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας (Peres et al., 2019). Η στοματική υγεία, συνεπώς, αντανακλά όχι μόνο ατομικές συμπεριφορές, αλλά και ευρύτερες κοινωνικές και δομικές συνθήκες.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά αυτό στους ηλικιωμένους που λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα ή ζουν με περιορισμένη λειτουργική ικανότητα, καθώς πρόσφατες ανασκοπήσεις δείχνουν ότι οι ομάδες αυτές εμφανίζουν συχνά φτωχότερη στοματική κατάσταση και μεγαλύτερα κενά στη φροντίδα (Henni et al., 2023).

Πέραν της σωματικής διάστασης, η στοματική υγεία στην τρίτη ηλικία συνδέεται άρρηκτα με την αυτονομία, την εικόνα εαυτού και την ποιότητα ζωής. Η διατήρηση της

λειτουργικότητας της στοματικής κοιλότητας επιτρέπει στο άτομο να συνεχίζει να τρέφεται επαρκώς, να επικοινωνεί αποτελεσματικά και να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή, συμβάλλοντας στη διατήρηση της ανεξαρτησίας του. Αντίθετα, η απώλεια της λειτουργικότητας μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό της καθημερινής δραστηριότητας, ενίσχυση της εξάρτησης από άλλους και σταδιακή κοινωνική απομόνωση.

Η ψυχολογική διάσταση αυτής της διαδικασίας είναι εξίσου σημαντική. Η επιδείνωση της στοματικής υγείας μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση και την αίσθηση αξιοπρέπειας, ενώ οι δυσκολίες στην ομιλία ή η αισθητική δυσαρέσκεια ενδέχεται να λειτουργήσουν αποτρεπτικά για την κοινωνική αλληλεπίδραση. Έτσι, η στοματική υγεία καθίσταται κρίσιμος κόμβος όπου διασταυρώνονται η σωματική λειτουργικότητα, η ψυχική εμπειρία και η κοινωνική συμμετοχή.

Συνολικά, στην τρίτη ηλικία, η στοματική υγεία δεν μπορεί να νοηθεί ως απομονωμένη βιολογική κατάσταση, αλλά ως δυναμικό στοιχείο που επηρεάζει και επηρεάζεται από την ικανότητα του ατόμου να παραμένει αυτόνομο, να διατηρεί σχέσεις και να συμμετέχει ενεργά στη ζωή του. Η κατανόηση αυτής της πολυπλοκότητας αποτελεί προϋπόθεση για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που δεν στοχεύουν μόνο στη θεραπεία, αλλά στη διατήρηση της συνοχής της ανθρώπινης εμπειρίας.

1.4 Ψυχοκοινωνικές Διαστάσεις της Στοματικής Υγείας: Από τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές στη Βιωμένη Εμπειρία

Η σύγχρονη επιστημονική σκέψη αναδεικνύει με αυξανόμενη σαφήνεια ότι η στοματική υγεία δεν αποτελεί αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο, αλλά διαμορφώνεται μέσα σε ένα σύνθετο πλέγμα ψυχολογικών και κοινωνικών διεργασιών. Η κατανόηση αυτή εδράζεται στην έννοια των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, όπως αναδεικνύονται από τον World Health Organization και τη σύγχρονη επιδημιολογική έρευνα, σύμφωνα με την οποία παράγοντες όπως το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική υποστήριξη και η θέση του ατόμου στο

κοινωνικό σύστημα επηρεάζουν καθοριστικά τόσο την αντικειμενική κατάσταση της στοματικής υγείας όσο και την υποκειμενική της αντίληψη (Watt et al., 2019).

Πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σε ηλικιωμένους έδειξε ότι οι δομικοί προσδιοριστές της υγείας σχετίζονται με τη σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής, υποστηρίζοντας την ανάγκη για παρεμβάσεις που υπερβαίνουν το ατομικό επίπεδο και στοχεύουν σε κοινωνικές και συστημικές ανισότητες (Borg-Bartolo et al., 2025).

Η στοματική υγεία, επομένως, δεν κατανέμεται ομοιόμορφα στον πληθυσμό, αλλά αντανakλά ευρύτερες κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες εκδηλώνονται τόσο στη συχνότητα των στοματικών νόσων όσο και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας. Η περιορισμένη πρόσβαση, η έλλειψη ενημέρωσης και οι κοινωνικοοικονομικοί περιορισμοί συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας και αυξημένη επιβάρυνση της στοματικής υγείας, αναδεικνύοντας τον κοινωνικό της χαρακτήρα.

Πέραν των δομικών αυτών παραγόντων, ιδιαίτερη σημασία αποκτά η συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με το στόμα. Η στοματική κοιλότητα δεν αποτελεί μόνο λειτουργικό σύστημα, αλλά και βασικό μέσο έκφρασης, επικοινωνίας και κοινωνικής παρουσίας. Το χαμόγελο, η ομιλία και η αισθητική του στόματος συνδέονται άμεσα με την εικόνα εαυτού και την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου. Ως εκ τούτου, οι στοματικές δυσλειτουργίες δεν περιορίζονται σε σωματικό επίπεδο, αλλά αποκτούν έντονη ψυχολογική και κοινωνική διάσταση.

Συγκεκριμένα, καταστάσεις όπως η απώλεια δοντιών, οι αισθητικές αλλοιώσεις ή οι δυσκολίες στην ομιλία μπορούν να προκαλέσουν αισθήματα ντροπής, αμηχανίας και μειωμένης αυτοπεποίθησης, οδηγώντας συχνά σε κοινωνική απόσυρση και περιορισμό της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Kisely, 2016). Η επίδραση αυτή είναι ιδιαίτερα έντονη στην τρίτη ηλικία, όπου η κοινωνική παρουσία και η διατήρηση της αξιοπρέπειας αποκτούν ιδιαίτερη σημασία για τη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας.

Παράλληλα, η εμπειρία της οδοντιατρικής φροντίδας αποτελεί σημαντικό ψυχολογικό παράγοντα που επηρεάζει τη συμπεριφορά υγείας. Ο οδοντιατρικός φόβος και το άγχος αποτελούν συχνά εμπόδιο στην αναζήτηση φροντίδας, οδηγώντας σε αποφυγή, καθυστέρηση της θεραπείας και τελικά επιδείνωση της στοματικής κατάστασης (Armfield, 2010). Δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος, όπου η ψυχολογική δυσφορία ενισχύει τη σωματική επιδείνωση, η οποία με τη σειρά της επιβαρύνει περαιτέρω την ψυχική κατάσταση.

Η αμφίδρομη αυτή σχέση μεταξύ ψυχικής και στοματικής υγείας υποδεικνύει ότι η συμπεριφορά φροντίδας δεν καθορίζεται μόνο από τη γνώση ή τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών, αλλά και από συναισθηματικούς, γνωστικούς και κοινωνικούς μηχανισμούς. Η αντίληψη του κινδύνου, η αυτοεκτίμηση, οι προηγούμενες εμπειρίες και η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζουν καθοριστικά τη στάση του ατόμου απέναντι στη φροντίδα της στοματικής του υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως πεδίο όπου συναντώνται το σώμα, ο ψυχισμός και η κοινωνική εμπειρία. Δεν αποτελεί μόνο δείκτη βιολογικής κατάστασης, αλλά και καθρέφτη της σχέσης του ατόμου με τον εαυτό του και τους άλλους. Η κατανόηση αυτής της πολυπλοκότητας καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη παρεμβάσεων που δεν περιορίζονται στη θεραπεία της νόσου, αλλά λαμβάνουν υπόψη το ευρύτερο ψυχοκοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει και λειτουργεί το άτομο.

Κατά συνέπεια, η ενσωμάτωση των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων στη μελέτη της στοματικής υγείας δεν αποτελεί απλώς θεωρητική διεύρυνση, αλλά ουσιαστική προϋπόθεση για την κατανόηση και τη βελτίωση της υγείας στην τρίτη ηλικία.

1.5 Η Στοματική Υγεία ως Δείκτης Ποιότητας Ζωής

Η έννοια της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής (Oral Health-Related Quality of Life – OHRQoL) αναπτύχθηκε ως απάντηση στους περιορισμούς των παραδοσιακών κλινικών δεικτών, οι οποίοι αδυνατούσαν να αποτυπώσουν τις πραγματικές

επιπτώσεις των στοματικών προβλημάτων στην καθημερινή ζωή των ατόμων. Σε αντίθεση με τη βιοϊατρική προσέγγιση που εστιάζει στην παρουσία ή απουσία νόσου, η έννοια της OHRQoL μετατοπίζει το ενδιαφέρον προς την υποκειμενική εμπειρία και την αντίληψη του ατόμου για την υγεία του (Locker, 1988; Gift et al., 1997). Η έμφαση αυτή παραμένει ιδιαίτερα επίκαιρη, καθώς νεότερες ανασκοπήσεις δείχνουν ότι η σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους συνδέεται με τη γενικότερη ποιότητα ζωής, τη λειτουργικότητα, την ψυχική ευεξία και τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας (Li et al., 2025; Borg-Bartolo et al., 2025).

Η προσέγγιση αυτή ενσωματώνει τη λειτουργική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της υγείας, αναγνωρίζοντας ότι η στοματική κατάσταση δεν έχει σημασία μόνο ως κλινικό εύρημα, αλλά κυρίως ως εμπειρία που επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα, την κοινωνική συμμετοχή και τη συναισθηματική ευεξία (Tsakos et al., 2015). Με τον τρόπο αυτό, η υγεία παύει να αποτελεί στατική κατηγορία και προσεγγίζεται ως βιωμένο φαινόμενο, άρρηκτα συνδεδεμένο με την ποιότητα της ζωής.

Ειδικότερα στην τρίτη ηλικία, η σημασία της στοματικής υγείας ως δείκτη ποιότητας ζωής καθίσταται ακόμη πιο εμφανής. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα στοματικά προβλήματα επηρεάζουν άμεσα τη δυνατότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στις βασικές καθημερινές λειτουργίες, όπως η μάσηση και η ομιλία, ενώ ταυτόχρονα επιδρούν στην κοινωνική παρουσία και την εικόνα εαυτού (Peres et al., 2019). Δυσκολίες στη μάσηση μπορεί να οδηγήσουν σε διατροφικούς περιορισμούς και υποβάθμιση της σωματικής υγείας, ενώ ο πόνος, τα αισθητικά προβλήματα και οι διαταραχές ομιλίας μπορούν να περιορίσουν την κοινωνική αλληλεπίδραση και να ενισχύσουν την απομόνωση.

Παράλληλα, η στοματική υγεία επηρεάζει σημαντικά τη συναισθηματική κατάσταση και την αυτοεκτίμηση. Η ορατότητα του στόματος ως βασικού στοιχείου της κοινωνικής έκφρασης καθιστά τις στοματικές δυσλειτουργίες ιδιαίτερα επιβαρυντικές σε ψυχολογικό επίπεδο, καθώς

συνδέονται με αισθήματα ντροπής, αμηχανίας και μειωμένης κοινωνικής αυτοπεποίθησης. Έτσι, η στοματική υγεία λειτουργεί ως κρίσιμος μεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ σωματικής κατάστασης και ψυχικής ευεξίας.

Η ενσωμάτωση της ποιότητας ζωής ως βασικού δείκτη αξιολόγησης της στοματικής υγείας συνιστά ουσιαστική εξέλιξη στη σύγχρονη επιστημονική σκέψη. Επιτρέπει τη μετάβαση από μια μονοδιάστατη, βιολογική αξιολόγηση προς μια ολιστική κατανόηση των αναγκών του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη το πώς βιώνει την υγεία του, πώς λειτουργεί μέσα στην καθημερινότητά του και πώς σχετίζεται με το κοινωνικό του περιβάλλον.

Κατά συνέπεια, η στοματική υγεία αναδεικνύεται όχι απλώς ως επιμέρους παράμετρος της υγείας, αλλά ως ευαίσθητος και δυναμικός δείκτης της συνολικής ποιότητας ζωής, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς μεγαλύτερης ηλικίας. Η κατανόηση αυτή δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που δεν περιορίζονται στη θεραπεία της νόσου, αλλά στοχεύουν στη διατήρηση της λειτουργικότητας, της αυτονομίας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Επιπλέον, η σύνδεση στοματικής υγείας, διατροφής και ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους αναδεικνύει ότι η απώλεια δοντιών ή η στοματική δυσλειτουργία δεν επηρεάζει μόνο το στόμα, αλλά μπορεί να διαταράξει ευρύτερες διαδρομές ευημερίας, αυτονομίας και καθημερινής λειτουργικότητας (Della Terra Mouco Garrido et al., 2025).

Συμπερασματικά, η κατανόηση της στοματικής υγείας έχει διαμορφωθεί ιστορικά μέσα από το βιοϊατρικό παράδειγμα, το οποίο για δεκαετίες κυριάρχησε στον τρόπο με τον οποίο η επιστήμη προσεγγίζει το ανθρώπινο σώμα και τη νόσο. Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία ορίστηκε κυρίως ως απουσία παθολογίας, ενώ το σώμα αντιμετωπίστηκε ως βιολογικός μηχανισμός, του οποίου οι δυσλειτουργίες μπορούν να εντοπιστούν, να μετρηθούν και να διορθωθούν.

Στην οδοντιατρική επιστήμη, η προσέγγιση αυτή αποτυπώθηκε στην έμφαση σε αντικειμενικούς κλινικούς δείκτες, όπως η τερηδόνα, οι περιοδοντικές νόσοι και η απώλεια

δοντιών. Η συμβολή της υπήρξε καθοριστική για την ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων και την πρόοδο της επιστήμης. Ωστόσο, η αναγωγική της φύση περιόρισε την κατανόηση της στοματικής υγείας, αποσυνδέοντάς την από τη βιωμένη εμπειρία του ατόμου και τις κοινωνικές της προεκτάσεις (Locker, 1988; Tsakos et al., 2015).

Η εστίαση αποκλειστικά στη νόσο οδήγησε στην υποτίμηση του τρόπου με τον οποίο τα στοματικά προβλήματα επηρεάζουν την καθημερινή ζωή, την εικόνα εαυτού και τη δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής. Παράλληλα, η αντίληψη ότι οι στοματικές νόσοι δεν είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή συνέβαλε στη διαχρονική υποβάθμιση της σημασίας τους σε επίπεδο πολιτικών υγείας, παρά τις αποδεδειγμένες επιπτώσεις τους στη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής (Peres et al., 2019).

Η ανάγκη υπέρβασης αυτών των περιορισμών οδήγησε στη διαμόρφωση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, το οποίο εισήγαγε ο Engel (1977), επανατοποθετώντας τον άνθρωπο στο επίκεντρο της επιστημονικής σκέψης. Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία δεν νοείται πλέον ως στατική κατάσταση, αλλά ως δυναμική διεργασία που αναδύεται μέσα από την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με τον ορισμό της υγείας από τον World Health Organization, ενώ ενισχύεται από σύγχρονες θεωρήσεις που προτάσσουν τη λειτουργική ικανότητα, την προσαρμοστικότητα και τη διατήρηση της ευημερίας ως βασικούς άξονες της υγείας (WHO, 2021). Η μετατόπιση αυτή σηματοδοτεί μια βαθύτερη αλλαγή: από την υγεία ως βιολογική κατάσταση, στην υγεία ως εμπειρία που βιώνεται, ερμηνεύεται και νοηματοδοτείται.

Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία επαναπροσδιορίζεται ως πολυδιάστατο φαινόμενο που περιλαμβάνει τη λειτουργικότητα, την απουσία πόνου, την αισθητική διάσταση, την ψυχολογική επίδραση και τη δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής. Το στόμα παύει να αποτελεί

απλώς όργανο βιολογικής λειτουργίας και αναδεικνύεται σε σημείο συνάντησης σώματος, ψυχισμού και κοινωνικής ζωής.

Η σημασία αυτής της μετατόπισης καθίσταται ιδιαίτερα εμφανής στην τρίτη ηλικία. Καθώς οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόφευκτες, η υγεία δεν μπορεί πλέον να οριστεί με όρους «φυσιολογικότητας», αλλά με όρους λειτουργικότητας, προσαρμογής και διατήρησης της αυτονομίας. Η στοματική υγεία, στο πλαίσιο αυτό, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο, καθώς επηρεάζει άμεσα τη διατροφή, την επικοινωνία, την κοινωνική συμμετοχή και την αίσθηση του εαυτού.

Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν αυξημένη επίπτωση στοματικών προβλημάτων, τα οποία συνδέονται με τη γενική υγεία και την καθημερινή λειτουργικότητα, ενώ παράλληλα η άνιση πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας ενισχύει τις κοινωνικές ανισότητες (Peres et al., 2019). Η στοματική υγεία, συνεπώς, δεν αντανακλά μόνο βιολογικές διεργασίες, αλλά και ευρύτερες κοινωνικές και δομικές συνθήκες.

Η κατανόηση της στοματικής υγείας ως βιωμένης εμπειρίας ενισχύεται περαιτέρω μέσα από την έννοια της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής (OHRQoL), η οποία μετατοπίζει το ενδιαφέρον από τους κλινικούς δείκτες στην υποκειμενική εμπειρία του ατόμου (Gift et al., 1997). Η προσέγγιση αυτή αναδεικνύει ότι η υγεία δεν εξαντλείται στην απουσία νόσου, αλλά εκφράζεται μέσα από τη δυνατότητα του ατόμου να λειτουργεί, να σχετίζεται και να συμμετέχει στη ζωή του.

Στην τρίτη ηλικία, η στοματική υγεία λειτουργεί ως ευαίσθητος δείκτης αυτής της εμπειρίας. Δυσκολίες στη μάσηση, πόνος ή αισθητικές ανησυχίες μπορούν να περιορίσουν την κοινωνική συμμετοχή και να επηρεάσουν την αυτοεκτίμηση, ενώ παράλληλα η επιδείνωσή της μπορεί να ενισχύσει την απομόνωση και την ψυχολογική επιβάρυνση.

Κατά συνέπεια, η στοματική υγεία δεν αποτελεί πλέον απλώς μια επιμέρους κλινική κατάσταση, αλλά έναν δυναμικό κόμβο όπου διασταυρώνονται η σωματική λειτουργικότητα,

η ψυχική εμπειρία και η κοινωνική συμμετοχή. Η μετάβαση από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δεν συνιστά απλώς θεωρητική μετατόπιση, αλλά ουσιαστική αναδιάταξη του τρόπου με τον οποίο κατανοούμε τον άνθρωπο μέσα στην υγεία και τη νόσο.

Η στοματική υγεία δεν αποτελεί πλέον απλώς μια κλινική κατάσταση, αλλά έναν δυναμικό δείκτη της συνολικής υγείας και ποιότητας ζωής. Η κατανόηση αυτής της πολυπλοκότητας δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη ενοποιημένων θεωρητικών μοντέλων, τα οποία θα διερευνηθούν στα επόμενα κεφάλαια της παρούσας διατριβής.

Στοματική Υγεία και Ποιότητα Ζωής: Λειτουργικότητα, Εικόνα Εαυτού και Κοινωνική Συμμετοχή

*«Health is not something we notice; it is what allows us to be in the world»
Hans-Georg Gadamer*

Η μελέτη της στοματικής υγείας έχει υποστεί μια ουσιαστική εννοιολογική μετατόπιση τις τελευταίες δεκαετίες, αντανακλώντας τη γενικότερη εξέλιξη της επιστημονικής σκέψης από αναγωγικά προς ολιστικά μοντέλα κατανόησης της υγείας. Παραδοσιακά, η στοματική υγεία αξιολογούνταν μέσα από αντικειμενικούς κλινικούς δείκτες, όπως η τερηδόνα, η απώλεια δοντιών και οι περιοδοντικές νόσοι, οι οποίοι παρείχαν πολύτιμες πληροφορίες για τη βιολογική κατάσταση της στοματικής κοιλότητας. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή αποδείχθηκε περιορισμένη, καθώς αδυνατούσε να αποτυπώσει τις σύνθετες επιπτώσεις των στοματικών προβλημάτων στην καθημερινή ζωή και στην υποκειμενική εμπειρία του ατόμου.

Η αναγνώριση αυτού του κενού οδήγησε στην ανάπτυξη της έννοιας της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής (Oral Health-Related Quality of Life – OHRQoL), η οποία επιδιώκει να ενσωματώσει τη λειτουργική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της υγείας (Locker, 1988; Gift et al., 1997). Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία δεν ορίζεται πλέον αποκλειστικά ως απουσία νόσου, αλλά ως η ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί αποτελεσματικά, να βιώνει ευεξία και να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή χωρίς περιορισμούς, πόνο ή αίσθηση μειονεξίας. Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με τις σύγχρονες αντιλήψεις για την υγεία ως βιωμένη εμπειρία και ως δυναμική διεργασία προσαρμογής. Το στόμα, ως σημείο όπου συναντώνται η βιολογική λειτουργία, η αισθητική

έκφραση και η κοινωνική επικοινωνία, καθίσταται κομβικός τόπος κατανόησης της σχέσης μεταξύ σώματος και ψυχισμού. Η στοματική υγεία δεν αφορά μόνο τη φυσική κατάσταση των δοντιών και των ιστών, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, σχετίζεται με τους άλλους και συμμετέχει στον κοινωνικό κόσμο.

Πρόσφατες ανασκοπήσεις επιβεβαιώνουν ότι η σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους δεν περιορίζεται σε δείκτες νόσου, αλλά συνδέεται με τη λειτουργική ικανότητα, την ευαλωτότητα, την ψυχολογική δυσφορία και τη συνολική εμπειρία γήρανσης. Ιδιαίτερα η φθορά της στοματικής υγείας φαίνεται να συνδέεται με την ευπάθεια και τη μειωμένη ποιότητα ζωής, ενισχύοντας την ανάγκη για πολυδιάστατη αξιολόγηση πέρα από την κλινική εξέταση (Ferrillo et al., 2024).

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, η σημασία της στοματικής υγείας ως δείκτη ποιότητας ζωής εντείνεται, καθώς οι βιολογικές μεταβολές συνυπάρχουν με ψυχολογικές προσαρμογές και κοινωνικές μεταβάσεις. Η διατήρηση της λειτουργικότητας, της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας καθίσταται κεντρικός στόχος, μετατοπίζοντας το ενδιαφέρον από την πλήρη αποκατάσταση προς τη διατήρηση της δυνατότητας συμμετοχής στη ζωή.

Στο κεφάλαιο αυτό, η στοματική υγεία προσεγγίζεται μέσα από τέσσερις αλληλένδετες διαστάσεις: τη λειτουργικότητα, την εικόνα εαυτού, την κοινωνική συμμετοχή και την ψυχολογική επίδραση. Οι διαστάσεις αυτές συγκροτούν το πλαίσιο μέσα από το οποίο η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως δείκτης ποιότητας ζωής και ως προϋπόθεση ενεργού παρουσίας στην τρίτη ηλικία.

2.1 Λειτουργικότητα και Σωματική Διάσταση της Στοματικής Υγείας

Η λειτουργικότητα αποτελεί θεμελιώδη και μη διαπραγματεύσιμη διάσταση της στοματικής υγείας, ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου η υγεία δεν αξιολογείται πλέον αποκλειστικά με όρους «φυσιολογικότητας», αλλά με βάση την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί ενεργό ρόλο

στην καθημερινή του ζωή. Η δυνατότητα μάσησης, ομιλίας και κατάποσης δεν συνιστά απλώς βιολογική λειτουργία, αλλά προϋπόθεση επιβίωσης, αυτονομίας και κοινωνικής συμμετοχής.

Η απώλεια δοντιών και οι στοματικές δυσλειτουργίες έχουν συσχετιστεί με υποσιτισμό, μειωμένη πρόσληψη βασικών θρεπτικών συστατικών και αυξημένο κίνδυνο χρόνιων νοσημάτων, υποδεικνύοντας ότι η στοματική υγεία επηρεάζει άμεσα τη συνολική σωματική κατάσταση (Sheiham & Steele, 2001). Η δυσκολία στη μάσηση μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό της διατροφικής ποικιλίας, ενώ ο πόνος ή η δυσφορία μπορούν να καταστήσουν την ίδια τη διαδικασία της τροφής μια επιβαρυντική εμπειρία. Η σχέση αυτή έχει επιβεβαιωθεί και σε πρόσφατες ανασκοπήσεις, όπου η απώλεια δοντιών, η μειωμένη μασητική ικανότητα και η έκπτωση της στοματικής λειτουργίας συνδέονται με περιορισμένη διατροφική ποικιλία, ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και αυξημένο κίνδυνο υποθρεψίας στους ηλικιωμένους. Με τον τρόπο αυτό, η στοματική λειτουργικότητα αναδεικνύεται σε κρίσιμο ενδιάμεσο μηχανισμό ανάμεσα στη βιολογική υγεία και την καθημερινή ποιότητα ζωής (Asaad, Abdu, Li, Li, Lin, Yang & Li, 2025).

Παράλληλα, οι στοματικές δυσλειτουργίες επηρεάζουν την ικανότητα επικοινωνίας, καθώς η ομιλία αποτελεί βασικό μέσο κοινωνικής έκφρασης και αλληλεπίδρασης. Η διαταραχή της δεν έχει μόνο λειτουργικές, αλλά και κοινωνικές συνέπειες, περιορίζοντας τη συμμετοχή του ατόμου σε καθημερινές δραστηριότητες και ενισχύοντας την απομόνωση.

Στην τρίτη ηλικία, η λειτουργικότητα της στοματικής κοιλότητας συνδέεται άμεσα με την έννοια της αυτονομίας. Η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, η οποία περιλαμβάνει την ανεξάρτητη σίτιση και τη διατήρηση βασικών καθημερινών δραστηριοτήτων, αποτελεί βασικό δείκτη ευδόκιμης γήρανσης. Η απώλεια αυτής της ικανότητας δεν συνεπάγεται μόνο σωματική επιδείνωση, αλλά και βαθιά ψυχολογική και κοινωνική επίπτωση, καθώς οδηγεί σε αυξημένη εξάρτηση από άλλους και σε μεταβολή της θέσης του ατόμου μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Η λειτουργικότητα, επομένως, δεν αποτελεί απλώς μια ακόμη διάσταση της στοματικής υγείας, αλλά τον πυρήνα μέσα από τον οποίο η βιολογική κατάσταση μεταφράζεται σε καθημερινή εμπειρία. Εκεί όπου το σώμα δυσκολεύεται να λειτουργήσει, αρχίζει να μεταβάλλεται όχι μόνο η υγεία, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο το άτομο ζει, σχετίζεται και νοηματοδοτεί την ύπαρξή του.

2.2 Στοματική Υγεία και Εικόνα Εαυτού

Πέρα από τη λειτουργικότητα, η στοματική υγεία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της εικόνας εαυτού, καθώς το στόμα αποτελεί ένα από τα πλέον ορατά και κοινωνικά εκτεθειμένα σημεία του σώματος. Το χαμόγελο, η ομιλία και η συνολική αισθητική της στοματικής περιοχής δεν συνιστούν απλώς στοιχεία εξωτερικής εμφάνισης, αλλά βασικούς φορείς έκφρασης, ταυτότητας και κοινωνικής παρουσίας.

Η εικόνα εαυτού δεν συγκροτείται αποκλειστικά ως εσωτερική αναπαράσταση, αλλά διαμορφώνεται δυναμικά μέσα από την αλληλεπίδραση με το βλέμμα του άλλου. Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική εμφάνιση λειτουργεί ως καθρέφτης της κοινωνικής αποδοχής ή απόρριψης, επηρεάζοντας άμεσα την αυτοεκτίμηση και την αίσθηση του ανήκειν. Ακόμη και μικρές αισθητικές διαφοροποιήσεις μπορούν να έχουν δυσανάλογα μεγάλη επίδραση στην αυτοπεποίθηση και στην κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου (Klages et al., 2004).

Η απώλεια δοντιών, οι αισθητικές αλλοιώσεις ή οι δυσλειτουργίες της στοματικής κοιλότητας δεν περιορίζονται σε σωματικό επίπεδο, αλλά συχνά βιώνονται ως απώλεια ελέγχου πάνω στην εικόνα του εαυτού. Τα φαινόμενα αυτά συνδέονται με αισθήματα ντροπής, αμηχανίας και κοινωνικής έκθεσης, οδηγώντας πολλές φορές σε αποφυγή κοινωνικών επαφών και σε σταδιακή απόσυρση από δραστηριότητες που προϋποθέτουν αλληλεπίδραση.

Το στόμα, ως σημείο συνάντησης λόγου και βλέμματος, καθίσταται έτσι ιδιαίτερα ευαίσθητο πεδίο ψυχολογικής επένδυσης. Η δυνατότητα του ατόμου να χαμογελά, να μιλά και να εκφράζεται χωρίς περιορισμούς συνδέεται με την αίσθηση ελευθερίας και αυθεντικότητας,

ενώ η απώλειά της μπορεί να οδηγήσει σε εσωτερίκευση αρνητικών αξιολογήσεων και σε διατάραξη της αυτοεικόνας.

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, η σημασία της στοματικής υγείας για την εικόνα εαυτού αποκτά εντονότερη διάσταση. Το άτομο καλείται να επαναδιαπραγματευτεί την ταυτότητά του υπό το πρίσμα της γήρανσης, διαχειριζόμενο απώλειες που αφορούν όχι μόνο τη σωματική λειτουργικότητα, αλλά και την εξωτερική εμφάνιση και την κοινωνική του παρουσία. Σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική υγεία μπορεί να λειτουργήσει διττά: είτε ως παράγοντας διατήρησης της αξιοπρέπειας, της αυτοπεποίθησης και της συνέχειας του εαυτού, είτε ως πηγή ψυχολογικής επιβάρυνσης που ενισχύει την αίσθηση φθοράς και απομάκρυνσης από τον κοινωνικό κόσμο. Η σύγχρονη βιβλιογραφία (Azami-Aghdash et al., 2024) υποστηρίζει ότι η στοματική υγεία επηρεάζει όχι μόνο τη λειτουργικότητα, αλλά και την εμφάνιση, την αυτοεκτίμηση και την αντιλαμβανόμενη κοινωνική αποδοχή. Ειδικά στους ηλικιωμένους, η απώλεια δοντιών ή η αισθητική δυσαρέσκεια μπορεί να βιωθεί ως ένδειξη φθοράς και να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο εκτίθεται κοινωνικά.

Η κατανόηση της στοματικής υγείας ως στοιχείου της εικόνας εαυτού αναδεικνύει ότι οι επιπτώσεις της υπερβαίνουν κατά πολύ τη σωματική διάσταση. Αγγίζουν τον πυρήνα της ταυτότητας, επηρεάζοντας τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βλέπει τον εαυτό του και επιτρέπει στους άλλους να το δουν. Στο σημείο αυτό, η στοματική υγεία δεν αποτελεί απλώς ζήτημα αισθητικής ή λειτουργίας, αλλά ζήτημα ύπαρξης μέσα στο βλέμμα του άλλου.

2.3 Κοινωνική Συμμετοχή και Στοματική Υγεία

Η κοινωνική διάσταση της στοματικής υγείας αποτελεί έναν από τους πλέον κρίσιμους, αλλά συχνά υποτιμημένους, άξονες κατανόησης της ανθρώπινης ευημερίας. Η δυνατότητα του ατόμου να επικοινωνεί, να εκφράζεται και να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή δεν εξαρτάται μόνο από τις γνωστικές ή συναισθηματικές του ικανότητες, αλλά και από τη

λειτουργία και την εικόνα της στοματικής κοιλότητας, η οποία διαμεσολαβεί την παρουσία του στον κοινωνικό χώρο.

Η ομιλία, το χαμόγελο και η μη λεκτική έκφραση συνιστούν βασικά μέσα διαπροσωπικής σύνδεσης. Όταν οι λειτουργίες αυτές διαταράσσονται, η επίδραση δεν περιορίζεται στο επίπεδο της επικοινωνίας, αλλά επεκτείνεται στην ίδια τη δυνατότητα του ατόμου να ανήκει και να συμμετέχει. Προβλήματα όπως η δυσκολία ομιλίας, η κακή αναπνοή ή η αισθητική δυσαρέσκεια μπορούν να οδηγήσουν σε αποφυγή κοινωνικών επαφών, σε μείωση της αυτοέκφρασης και, τελικά, σε κοινωνική απομόνωση (Locker, 2003).

Η απομόνωση αυτή δεν είναι απλώς αποτέλεσμα εξωτερικών περιορισμών, αλλά συχνά εσωτερικεύεται ως αίσθηση μειονεξίας ή έκθεσης. Το άτομο μπορεί να περιορίσει τη συμμετοχή του όχι επειδή δεν μπορεί αντικειμενικά να επικοινωνήσει, αλλά επειδή βιώνει τη στοματική του κατάσταση ως εμπόδιο στην αποδοχή από τους άλλους. Έτσι, η στοματική υγεία αποκτά ρόλο ρυθμιστή της κοινωνικής παρουσίας, επηρεάζοντας τόσο την πραγματική όσο και την αντιλαμβανόμενη δυνατότητα συμμετοχής.

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου οι κοινωνικοί ρόλοι μεταβάλλονται και τα δίκτυα σχέσεων συχνά περιορίζονται, η σημασία της κοινωνικής συμμετοχής καθίσταται ακόμη πιο κρίσιμη. Η δυνατότητα διατήρησης ενεργών σχέσεων και συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες συνδέεται άμεσα με την ψυχική ευεξία, την αίσθηση νοήματος και τη συνολική ποιότητα ζωής. Σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική υγεία μπορεί να λειτουργήσει είτε ως γέφυρα που διευκολύνει τη σύνδεση, είτε ως φραγμός που ενισχύει την απομάκρυνση.

Παράλληλα, η σχέση μεταξύ κοινωνικής συμμετοχής και στοματικής υγείας είναι βαθιά αμφίδρομη. Από τη μία πλευρά, η καλή στοματική υγεία διευκολύνει την επικοινωνία, ενισχύει την αυτοπεποίθηση και καθιστά δυνατή την ενεργό παρουσία του ατόμου στο κοινωνικό περιβάλλον. Από την άλλη, η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης και η ένταξη σε δίκτυα σχέσεων ενισχύουν τη φροντίδα της υγείας, προάγοντας συμπεριφορές πρόληψης και διευκολύνοντας

την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η σύνδεση αυτή τεκμηριώνεται και από πληθυσμιακές μελέτες (Rouxel et al., 2017), που διαπιστώνουν ότι η στοματική υγεία σχετίζεται με την κοινωνική συμμετοχή και την κοινωνική εμπλοκή στην τρίτη ηλικία. Επιπλέον, η χαμηλή σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μοναξιάς, ιδίως όταν συνυπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα, μειωμένη κοινωνική συμμετοχή και ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη.

Η κοινωνική υποστήριξη λειτουργεί, επομένως, ως προστατευτικός παράγοντας, όχι μόνο σε επίπεδο ψυχικής υγείας, αλλά και στη διατήρηση της στοματικής υγείας. Τα άτομα που διατηρούν ενεργές κοινωνικές σχέσεις τείνουν να υιοθετούν πιο συστηματικές πρακτικές αυτοφροντίδας, να αναζητούν έγκαιρα φροντίδα και να διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα τα προβλήματα υγείας.

Συνολικά, η στοματική υγεία δεν μπορεί να αποσυνδεθεί από το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνεται. Αποτελεί κρίσιμο παράγοντα που επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να σχετίζεται, να εκφράζεται και να συμμετέχει. Στο σημείο αυτό, η υγεία υπερβαίνει τα όρια του σώματος και μετατρέπεται σε συνθήκη σχέσης: σε δυνατότητα να είναι κανείς παρών ανάμεσα στους άλλους.

2.4 Ψυχολογικές Επιπτώσεις και Ποιότητα Ζωής

Η στοματική υγεία συνδέεται άρρηκτα με την ψυχική υγεία και τη συναισθηματική ευεξία, αναδεικνύοντας μια σχέση βαθιά αμφίδρομη και πολυεπίπεδη. Η εμπειρία της υγείας δεν περιορίζεται στη βιολογική λειτουργία, αλλά διαμορφώνεται μέσα από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει το σώμα του, επεξεργάζεται τα συναισθήματά του και αποδίδει νόημα στις σωματικές του καταστάσεις.

Στο πλαίσιο αυτό, συναισθήματα όπως το άγχος, ο φόβος, η ντροπή και η αμηχανία δεν αποτελούν απλώς δευτερογενείς αντιδράσεις στα στοματικά προβλήματα, αλλά ενεργούς παράγοντες που επηρεάζουν τόσο τη συμπεριφορά αναζήτησης φροντίδας όσο και την

υποκειμενική αντίληψη της υγείας. Το άτομο δεν αντιδρά μόνο σε αυτό που «έχει», αλλά και σε αυτό που φοβάται ότι σημαίνει για τον εαυτό του και για τον τρόπο που το βλέπουν οι άλλοι.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το φαινόμενο του οδοντιατρικού φόβου, το οποίο έχει αναδειχθεί ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες αποφυγής φροντίδας. Ο φόβος αυτός, συχνά συνδεδεμένος με προηγούμενες εμπειρίες πόνου, απώλειας ελέγχου ή έκθεσης, οδηγεί σε καθυστέρηση ή πλήρη αποφυγή της οδοντιατρικής επίσκεψης. Η αποφυγή αυτή επιδεινώνει την στοματική κατάσταση, ενισχύοντας με τη σειρά της το άγχος και τη δυσφορία, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο μεταξύ ψυχολογικής επιβάρυνσης και σωματικής επιδείνωσης (Armfield, 2010).

Παράλληλα, η στοματική υγεία έχει συσχετιστεί με ευρύτερες διαστάσεις της ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η συναισθηματική απόσυρση, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους πληθυσμούς. Η απώλεια λειτουργικότητας, η μεταβολή της εξωτερικής εμφάνισης και οι περιορισμοί στην κοινωνική συμμετοχή μπορούν να ενισχύσουν την αίσθηση φθοράς και απώλειας, επηρεάζοντας αρνητικά την ψυχική ισορροπία. Πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση (Alimoradi et al., 2024) ανέδειξε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η στοματική υγεία και η ψυχική υγεία δεν πρέπει να προσεγγίζονται ως ανεξάρτητα πεδία, αλλά ως αλληλένδετες διαστάσεις της συνολικής ευημερίας.

Η σχέση αυτή δεν είναι μονοσήμαντη. Η ψυχική κατάσταση του ατόμου επηρεάζει εξίσου τη συμπεριφορά αυτοφροντίδας και τη συμμόρφωση με τις οδηγίες υγείας. Άτομα που βιώνουν συναισθηματική δυσφορία ή κατάθλιψη είναι πιθανότερο να παραμελούν τη στοματική τους υγεία, να αποφεύγουν την αναζήτηση φροντίδας και να δυσκολεύονται να διατηρήσουν σταθερές πρακτικές υγιεινής. Έτσι, η ψυχική και η στοματική υγεία συνυφαίνονται σε ένα δυναμικό σύστημα αλληλεπίδρασης, όπου κάθε επιδείνωση στη μία διάσταση αντανακλάται

και στην άλλη. Επιπλέον, δεδομένα από πρόσφατες πληθυσμιακές αναλύσεις (Heaton et al., 2024) αναδεικνύουν ότι η ψυχική υγεία, η κοινωνικοοικονομική θέση, οι συμπεριφορές στοματικής υγιεινής και η αναζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας συγκροτούν ένα αλληλεξαρτώμενο σύστημα που επηρεάζει την αυτοαξιολογούμενη στοματική υγεία.

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, η σημασία αυτής της αλληλεπίδρασης εντείνεται. Οι απώλειες που συνοδεύουν τη γήρανση —σωματικές, κοινωνικές και υπαρξιακές— καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο σε ψυχολογικές διακυμάνσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική υγεία μπορεί να λειτουργήσει είτε ως στοιχείο σταθερότητας και διατήρησης της αίσθησης ελέγχου, είτε ως παράγοντας που ενισχύει την αίσθηση αποδιοργάνωσης και απώλειας.

Η κατανόηση των ψυχολογικών αυτών παραμέτρων είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές δεν μπορούν να περιορίζονται στη θεραπεία της νόσου ή στη διόρθωση της λειτουργίας, αλλά οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη το συναισθηματικό φορτίο, τις πεποιθήσεις και τις εμπειρίες του ατόμου. Η ενσωμάτωση της ψυχολογικής διάστασης στη φροντίδα της στοματικής υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ενίσχυση της συνολικής ευεξίας και της ποιότητας ζωής.

2.5 Η Στοματική Υγεία ως Πολυδιάστατος Δείκτης Ποιότητας Ζωής

Η ανάλυση των επιμέρους διαστάσεων της στοματικής υγείας καταδεικνύει με σαφήνεια ότι δεν πρόκειται για μια μεμονωμένη βιολογική παράμετρο, αλλά για έναν πολυδιάστατο και δυναμικό δείκτη ποιότητας ζωής. Η στοματική υγεία ενσωματώνει και αντανακλά ταυτόχρονα σωματικές λειτουργίες, ψυχολογικές διεργασίες και κοινωνικές εμπειρίες, συγκροτώντας ένα ενιαίο πεδίο όπου το σώμα, ο ψυχισμός και η σχέση με τον άλλον συναντώνται.

Οι επιμέρους άξονες που αναπτύχθηκαν —η λειτουργικότητα, η εικόνα εαυτού, η κοινωνική συμμετοχή και οι ψυχολογικές επιπτώσεις— δεν λειτουργούν ως αυτόνομα και ανεξάρτητα πεδία, αλλά ως αλληλένδετα στοιχεία ενός συνεχούς συστήματος. Η διαταραχή σε έναν από αυτούς τους άξονες τείνει να επηρεάζει τους υπόλοιπους, δημιουργώντας αλυσιδωτές

επιδράσεις που διαμορφώνουν τη συνολική εμπειρία της υγείας. Αντίστοιχα, η ενίσχυση μιας διάστασης μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά και ρυθμιστικά για το σύνολο του συστήματος. Η πρόσφατη βιβλιογραφία (Wulandari, Hidayat & Zakiawati, 2026) για την «oral frailty» ενισχύει περαιτέρω αυτή τη σύνθετη προσέγγιση, καθώς δείχνει ότι η έκπτωση της στοματικής λειτουργίας συνδέεται με σωματική ευαλωτότητα, μειωμένη διατροφική πρόσληψη, ψυχοκοινωνικούς περιορισμούς και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. Έτσι, η στοματική υγεία αναδεικνύεται όχι ως περιφερειακός δείκτης, αλλά ως κεντρικό σημείο όπου συμπυκνώνονται οι συνέπειες της γήρανσης.

Η λειτουργικότητα, για παράδειγμα, δεν αφορά μόνο τη σωματική ικανότητα, αλλά επηρεάζει την αυτονομία και την κοινωνική παρουσία. Η εικόνα εαυτού δεν περιορίζεται στην αισθητική αντίληψη, αλλά συνδέεται με την αυτοεκτίμηση και τη δυνατότητα έκθεσης στο βλέμμα του άλλου. Η κοινωνική συμμετοχή προϋποθέτει λειτουργικότητα και επηρεάζεται από την αυτοεικόνα, ενώ ταυτόχρονα ενισχύει την ψυχική ευεξία και τη συμπεριφορά αυτοφροντίδας. Οι ψυχολογικές διεργασίες, τέλος, διαπερνούν όλες τις διαστάσεις, επηρεάζοντας τόσο την αντίληψη όσο και τη διαχείριση της υγείας.

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, η πολυπλοκότητα αυτή καθίσταται ακόμη πιο εμφανής. Καθώς οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόφευκτες, η υγεία δεν μπορεί να αξιολογηθεί αποκλειστικά με όρους απουσίας νόσου, αλλά με βάση την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί λειτουργικότητα, αυτονομία, ταυτότητα και κοινωνική σύνδεση. Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία αναδεικνύεται σε κρίσιμο κόμβο, όπου συμπυκνώνονται οι βασικές προϋποθέσεις της ευημερίας.

Η κατανόηση της στοματικής υγείας ως πολυδιάστατου δείκτη ποιότητας ζωής μετατοπίζει το ενδιαφέρον από τη μεμονωμένη θεραπεία προς την ολοκληρωμένη φροντίδα. Αναδεικνύει την ανάγκη για παρεμβάσεις που δεν στοχεύουν μόνο στη διόρθωση της βιολογικής δυσλειτουργίας, αλλά στη διατήρηση της συνοχής της ανθρώπινης εμπειρίας —

στη δυνατότητα του ατόμου να λειτουργεί, να εκφράζεται, να σχετίζεται και να νοηματοδοτεί τη ζωή του.

Συμπερασματικά, η στοματική υγεία αναδεικνύεται όχι απλώς ως επιμέρους διάσταση της σωματικής κατάστασης, αλλά ως πολυδιάστατος δείκτης ποιότητας ζωής, ο οποίος διαμεσολαβεί τη σχέση του ατόμου με το σώμα, τον εαυτό και τους άλλους. Η λειτουργικότητα της στοματικής κοιλότητας, η εικόνα εαυτού, η ψυχική ευεξία και η δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής δεν αποτελούν ανεξάρτητες εμπειρίες, αλλά αλληλοσυνδεόμενες εκφάνσεις μιας ενιαίας ανθρώπινης πραγματικότητας. Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου οι βιολογικές μεταβολές συνυπάρχουν με αλλαγές στην ταυτότητα, στους κοινωνικούς ρόλους και στην καθημερινή αυτονομία, η στοματική υγεία αποκτά ιδιαίτερη υπαρξιακή και κοινωνική σημασία. Δεν αφορά μόνο τη δυνατότητα μάσησης, ομιλίας ή απουσίας πόνου, αλλά και τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί αξιοπρέπεια, αυτοπεποίθηση και ενεργή παρουσία μέσα στις σχέσεις και στην καθημερινότητά του.

Η ανάλυση που προηγήθηκε ανέδειξε ότι η στοματική υγεία λειτουργεί ως σημείο σύγκλισης σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διεργασιών, μέσα από τις οποίες συγκροτείται η συνολική εμπειρία της ευημερίας. Στο πλαίσιο αυτό, η ποιότητα ζωής δεν μπορεί να νοηθεί αποκλειστικά ως υποκειμενική ικανοποίηση ή απουσία δυσφορίας, αλλά ως δυνατότητα του ατόμου να λειτουργεί, να εκφράζεται, να σχετίζεται και να νοηματοδοτεί τη ζωή του παρά τις μεταβολές και τους περιορισμούς που συνοδεύουν τη γήρανση.

Με τον τρόπο αυτό, η στοματική υγεία παύει να αποτελεί ένα περιφερειακό πεδίο της ιατρικής φροντίδας και αναδεικνύεται σε ρυθμιστικό παράγοντα της συνολικής υγείας και ευημερίας. Η προσέγγιση αυτή δημιουργεί το θεωρητικό υπόβαθρο για την περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης μεταξύ στοματικής υγείας και ευδόκιμης γήρανσης. Στο επόμενο κεφάλαιο, η προβληματική αυτή θα διευρυνθεί περαιτέρω, μέσα από την εξέταση της στοματικής υγείας ως παράγοντα που συμβάλλει στη σωματική, ψυχική και κοινωνική

λειτουργικότητα των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας, στο πλαίσιο μιας πολυδιάστατης προσέγγισης της ευδόκιμης γήρανσης.

Ευδόκιμη Γήρανση και Στοματική Υγεία: Μια Πολυδιάστατη Προσέγγιση Σωματικής, Ψυχικής και Κοινωνικής Λειτουργικότητας

*«The body is our general medium for having a world»
Maurice Merleau-Ponty*

Η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης θεωρητικής και ερευνητικής διερεύνησης, χωρίς ωστόσο να έχει διαμορφωθεί ένας ενιαίος και καθολικά αποδεκτός ορισμός. Η δυσκολία αυτή δεν οφείλεται σε εννοιολογική ασάφεια, αλλά αντανακλά την ίδια την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης εμπειρίας της γήρανσης, η οποία δεν μπορεί να περιοριστεί σε μονοδιάστατες προσεγγίσεις.

Παραδοσιακά, η γήρανση συνδέθηκε με έννοιες όπως η φθορά, η απώλεια και η σταδιακή έκπτωση των σωματικών και γνωστικών λειτουργιών. Η οπτική αυτή, αν και εδράζεται σε πραγματικές βιολογικές μεταβολές, αποτυπώνει μια περιορισμένη και συχνά παθητική αντίληψη της ανθρώπινης πορείας στο χρόνο. Αντίθετα, οι σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις μετατοπίζουν το ενδιαφέρον από τη γήρανση ως διαδικασία έκπτωσης προς τη γήρανση ως δυναμική διεργασία προσαρμογής, μέσα από την οποία το άτομο διατηρεί ή αναδιαμορφώνει τη λειτουργικότητα, την αυτονομία και το νόημα της ζωής του.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η έννοια της ενεργού γήρανσης ορίζεται ως η διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών για υγεία, συμμετοχή και ασφάλεια, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν (WHO, 2002; WHO, 2021). Στο πλαίσιο αυτό, η ευδόκιμη γήρανση δεν αποτελεί μια στατική κατάσταση που επιτυγχάνεται ή χάνεται, αλλά μια διαρκώς εξελισσόμενη ισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις του σώματος, τις ψυχικές διεργασίες και τις κοινωνικές συνθήκες. Η σύγχρονη βιβλιογραφία

για την υγιή και ευδόκιμη γήρανση υπογραμμίζει ότι η λειτουργική ικανότητα και η διατήρηση της συμμετοχής στη ζωή αποτελούν σημαντικότερους δείκτες ευημερίας από την απλή απουσία νόσου. Η προσέγγιση αυτή μετατοπίζει το ενδιαφέρον από τη βιολογική επιβίωση προς τη δυνατότητα του ατόμου να συνεχίζει να πράττει, να σχετίζεται και να νοηματοδοτεί την καθημερινότητά του (Beard et al., 2016; WHO, 2021).

Η φαινομενολογική προσέγγιση, όπως αποτυπώνεται στη σκέψη του Merleau-Ponty, προσφέρει ένα ιδιαίτερα γόνιμο πλαίσιο κατανόησης της γήρανσης, καθώς αναδεικνύει το σώμα όχι απλώς ως βιολογική οντότητα, αλλά ως το μέσο μέσω του οποίου ο άνθρωπος βιώνει και νοηματοδοτεί τον κόσμο. Μέσα από αυτή την οπτική, η γήρανση δεν αφορά μόνο αλλαγές στο σώμα, αλλά μετασχηματισμούς στον τρόπο με τον οποίο το άτομο υπάρχει, σχετίζεται και συμμετέχει στον κόσμο.

Στο σημείο αυτό, η στοματική υγεία αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς το στόμα αποτελεί κομβικό σημείο συνάντησης της βιολογικής λειτουργίας με την έκφραση, την επικοινωνία και την κοινωνική παρουσία. Η διατήρηση της στοματικής λειτουργικότητας δεν αφορά μόνο τη σωματική υγεία, αλλά επηρεάζει άμεσα τη δυνατότητα του ατόμου να συμμετέχει ενεργά στη ζωή, να διατηρεί σχέσεις και να βιώνει την ύπαρξή του ως συνεκτική και αναγνωρίσιμη.

3.1 Θεωρητικές Προσεγγίσεις της Ευδόκιμης Γήρανσης

Οι πρώιμες θεωρητικές προσεγγίσεις της ευδόκιμης γήρανσης εστίασαν κυρίως στη διατήρηση της σωματικής υγείας και της γνωστικής λειτουργίας, αντανakλώντας τη βιοϊατρική κυριαρχία στην κατανόηση της ανθρώπινης υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, το κλασικό μοντέλο των Rowe και Kahn (1997) αποτέλεσε σημείο αναφοράς, ορίζοντας την επιτυχημένη γήρανση μέσα από τρεις βασικούς άξονες:

- *χαμηλή πιθανότητα νόσου και αναπηρίας*
- *υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας*
- *ενεργή συμμετοχή στη ζωή*

Η συμβολή του μοντέλου αυτού υπήρξε καθοριστική, καθώς μετέφερε τη συζήτηση από την αναπόφευκτη έκπτωση προς τη δυνατότητα διατήρησης της λειτουργικότητας και της συμμετοχής. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή δέχθηκε σημαντική κριτική, κυρίως επειδή τείνει να εξιδανικεύει μια μορφή γήρανσης που δεν είναι προσβάσιμη σε όλους, ενώ παράλληλα υποτιμά την υποκειμενική εμπειρία του ατόμου και την ικανότητά του να προσαρμόζεται σε συνθήκες απώλειας ή περιορισμού.

Σύγχρονες προσεγγίσεις επιχειρούν να υπερβούν αυτούς τους περιορισμούς, ενσωματώνοντας ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της γήρανσης. Έννοιες όπως το νόημα ζωής, η ανθεκτικότητα, η αυτορρύθμιση και οι διαπροσωπικές σχέσεις αναδεικνύονται ως κρίσιμοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ευημερία, ακόμη και παρουσία σωματικών περιορισμών. Πρόσφατες θεωρητικές προσεγγίσεις τονίζουν ότι η ευδόκιμη γήρανση δεν μπορεί να αποτιμάται αποκλειστικά μέσω αντικειμενικών δεικτών υγείας, αλλά απαιτεί την ενσωμάτωση της υποκειμενικής εμπειρίας, της ψυχικής ανθεκτικότητας και της κοινωνικής συνδεσιμότητας. Η ικανότητα προσαρμογής στις απώλειες και διατήρησης νοήματος φαίνεται να αποτελεί βασικό στοιχείο της ψυχολογικής ευημερίας στην τρίτη ηλικία (Cosco et al., 2014; Martin et al., 2015). Η γήρανση, επομένως, δεν αξιολογείται μόνο με όρους απουσίας νόσου, αλλά με βάση την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί συνοχή, ταυτότητα και προσανατολισμό μέσα στον χρόνο.

Στο πλαίσιο αυτό, η ευδόκιμη γήρανση μπορεί να νοηθεί ως μια ολιστική και δυναμική κατάσταση ισορροπίας, όπου το άτομο διατηρεί τη λειτουργικότητά του όχι παρά την αλλαγή, αλλά μέσα από τη συνεχή προσαρμογή σε αυτήν. Η ισορροπία αυτή δεν είναι στατική, αλλά αναδιαμορφώνεται διαρκώς, καθώς το άτομο επαναπροσδιορίζει τις δυνατότητές του, τις σχέσεις του και το νόημα της ζωής του.

Η προσέγγιση αυτή ανοίγει τον δρόμο για την κατανόηση της στοματικής υγείας όχι απλώς ως επιμέρους βιολογικής παραμέτρου, αλλά ως ενεργού στοιχείου της ευδόκιμης

γήρανσης. Η λειτουργικότητα της στοματικής κοιλότητας, η επίδρασή της στην εικόνα εαυτού και η συμβολή της στην κοινωνική συμμετοχή την καθιστούν κρίσιμο παράγοντα στη διατήρηση της συνολικής ισορροπίας του ατόμου.

3.2 Σωματική Διάσταση: Η Στοματική Υγεία ως Δείκτης Λειτουργικότητας

Η στοματική υγεία αποτελεί θεμελιώδη δείκτη σωματικής λειτουργικότητας στην τρίτη ηλικία, καθώς συνδέεται άμεσα με βασικές βιολογικές διεργασίες που υποστηρίζουν την επιβίωση και την καθημερινή δραστηριότητα. Η ικανότητα μάσησης, ομιλίας και κατάποσης δεν συνιστά απλώς επιμέρους λειτουργία του οργανισμού, αλλά βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση της διατροφικής επάρκειας, της σωματικής υγείας και της συνολικής ευεξίας.

Η μάσηση αποτελεί κρίσιμο στάδιο της πέψης, επηρεάζοντας την επιλογή τροφών, την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και, κατ' επέκταση, τη μεταβολική ισορροπία του οργανισμού. Η απώλεια δοντιών και οι στοματικές δυσλειτουργίες περιορίζουν τη δυνατότητα κατανάλωσης σκληρών ή θρεπτικά πλούσιων τροφών, οδηγώντας συχνά σε διατροφικούς περιορισμούς και υποσιτισμό. Τα φαινόμενα αυτά έχουν συνδεθεί με μειωμένη φυσική κατάσταση, απώλεια μυϊκής μάζας και αυξημένο κίνδυνο χρόνιων νοσημάτων (Sheiham & Steele, 2001), υποδεικνύοντας ότι η στοματική υγεία επηρεάζει τη συνολική βιολογική λειτουργία πέραν της τοπικής της διάστασης. Νεότερα δεδομένα ενισχύουν περαιτέρω αυτή τη σχέση, δείχνοντας ότι η μειωμένη στοματική λειτουργικότητα συνδέεται με αυξημένη ευαλωτότητα (frailty), σαρκοπενία και περιορισμό της φυσικής λειτουργικότητας στους ηλικιωμένους. Η στοματική κατάσταση φαίνεται, επομένως, να αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου συστήματος λειτουργικής γήρανσης (Tanaka et al., 2018; Kugimiya et al., 2023).

Παράλληλα, η στοματική υγεία σχετίζεται με την πορεία και τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων. Φλεγμονώδεις καταστάσεις της στοματικής κοιλότητας, όπως οι περιοδοντικές νόσοι, έχουν συνδεθεί με συστηματικές φλεγμονώδεις διεργασίες και με την επιδείνωση νοσημάτων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η στοματική υγεία,

επομένως, δεν λειτουργεί απομονωμένα, αλλά εντάσσεται σε ένα ευρύτερο δίκτυο βιολογικών αλληλεπιδράσεων που επηρεάζουν τη συνολική κατάσταση του οργανισμού. Παράλληλα, πρόσφατες μελέτες υπογραμμίζουν τη σχέση μεταξύ περιοδοντικής νόσου και συστηματικής φλεγμονής, ενισχύοντας την αντίληψη ότι οι στοματικές φλεγμονώδεις διεργασίες συμμετέχουν ενεργά στην παθοφυσιολογία χρόνιων νοσημάτων και στη βιολογική επιβάρυνση της γήρανσης (Papapanou et al., 2018; Liccardo et al., 2019).

Η ομιλία και η κατάποση αποτελούν επίσης κρίσιμες λειτουργίες που επηρεάζονται από τη στοματική κατάσταση. Η διαταραχή τους δεν συνεπάγεται μόνο λειτουργική δυσκολία, αλλά και περιορισμό στην επικοινωνία και στην καθημερινή αυτονομία. Η αδυναμία σαφούς έκφρασης ή η δυσκολία στη σίτιση μπορούν να οδηγήσουν σε σταδιακή εξάρτηση από άλλους, μεταβάλλοντας τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τη σχέση του με το σώμα του και με το περιβάλλον του.

Στο πλαίσιο της ευδόκιμης γήρανσης, η έννοια της λειτουργικότητας αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η υγεία δεν αξιολογείται πλέον μόνο με όρους απουσίας νόσου, αλλά με βάση την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί ενεργό και αυτόνομο ρόλο στην καθημερινή ζωή. Η διατήρηση της στοματικής λειτουργικότητας συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της αυτοεξυπηρέτησης, επιτρέποντας στο άτομο να τρέφεται, να επικοινωνεί και να διαχειρίζεται βασικές δραστηριότητες χωρίς εξάρτηση.

Η απώλεια αυτής της λειτουργικότητας δεν έχει μόνο σωματικές συνέπειες, αλλά επηρεάζει βαθύτερα την αίσθηση ελέγχου και αυτονομίας. Καθώς το άτομο δυσκολεύεται να επιτελέσει βασικές λειτουργίες, ενισχύεται η εμπειρία της ευαλωτότητας και της εξάρτησης, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη συνολική ποιότητα ζωής.

Συνολικά, η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως κρίσιμος δείκτης της σωματικής διάστασης της ευδόκιμης γήρανσης, όχι μόνο επειδή επηρεάζει τη βιολογική λειτουργία, αλλά

επειδή αποτελεί βασικό μέσο μέσω του οποίου το άτομο διατηρεί την αυτονομία και τη δυνατότητα ενεργού συμμετοχής στην καθημερινότητα.

3.3 Ψυχική Διάσταση: Αυτοεκτίμηση, Νόημα και Στοματική Υγεία

Η ψυχική υγεία αποτελεί θεμελιώδη πυλώνα της ευδόκιμης γήρανσης, καθώς συνδέεται με την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί εσωτερική συνοχή, συναισθηματική ισορροπία και αίσθηση νοήματος παρά τις αναπόφευκτες μεταβολές που συνοδεύουν το πέρασμα του χρόνου. Η γήρανση δεν αφορά μόνο το σώμα που αλλάζει, αλλά και τον εαυτό που καλείται να αναγνωρίσει, να επεξεργαστεί και να ενσωματώσει αυτές τις αλλαγές σε μια συνεκτική αφήγηση ζωής.

Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει άμεσα την αυτοεκτίμηση, την αυτοεικόνα και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Το στόμα, ως κατεξοχήν σημείο έκφρασης και κοινωνικής παρουσίας, αποτελεί φορέα ταυτότητας και μέσο μέσω του οποίου το άτομο γίνεται ορατό και αναγνωρίσιμο στον κόσμο. Η δυνατότητα να χαμογελά, να μιλά και να εκφράζεται χωρίς περιορισμούς συνδέεται με την αίσθηση αξιοπρέπειας, αυθεντικότητας και αποδοχής.

Όταν η στοματική υγεία διαταράσσεται, οι επιπτώσεις δεν περιορίζονται στη σωματική διάσταση, αλλά επεκτείνονται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τον εαυτό του. Η απώλεια δοντιών, οι αισθητικές αλλοιώσεις ή οι λειτουργικές δυσκολίες μπορούν να οδηγήσουν σε αισθήματα ντροπής, αμηχανίας και κοινωνικής έκθεσης, ενισχύοντας την τάση για απόσυρση και περιορίζοντας την κοινωνική παρουσία. Η εμπειρία αυτή δεν αφορά μόνο την εικόνα προς τους άλλους, αλλά και τη σχέση του ατόμου με τον ίδιο του τον εαυτό, επηρεάζοντας την αυτοεκτίμηση και την αίσθηση προσωπικής αξίας. Η συσχέτιση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής ευεξίας έχει επιβεβαιωθεί και σε πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις, όπου η κακή στοματική υγεία συνδέεται με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης,

άγχους και κοινωνικής απόσυρσης στους ηλικιωμένους πληθυσμούς (Kisely, 2016; Alimoradi et al., 2024).

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου η ταυτότητα συχνά επαναπροσδιορίζεται υπό το βάρος απωλειών και μεταβολών, η στοματική υγεία μπορεί να λειτουργήσει είτε ως παράγοντας συνέχειας είτε ως παράγοντας ρήξης. Η διατήρηση της δυνατότητας έκφρασης και κοινωνικής παρουσίας συμβάλλει στη διατήρηση της αίσθησης εαυτού, ενώ η απώλειά της μπορεί να ενισχύσει την εμπειρία αποξένωσης και απομάκρυνσης από τον κοινωνικό κόσμο.

Παράλληλα, η ικανότητα αυτοφροντίδας της στοματικής υγείας συνδέεται στενά με την αίσθηση ελέγχου και αυτο-αποτελεσματικότητας. Η δυνατότητα του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του, να αναγνωρίζει τις ανάγκες του και να ανταποκρίνεται σε αυτές, αποτελεί βασικό στοιχείο ψυχικής ανθεκτικότητας. Στην τρίτη ηλικία, όπου η εξάρτηση μπορεί να αυξάνεται, η διατήρηση αυτής της ικανότητας αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς ενισχύει την αίσθηση αυτονομίας και προσωπικής επάρκειας. Η αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας και η δυνατότητα διατήρησης πρακτικών αυτοφροντίδας έχουν αναγνωριστεί ως σημαντικοί ψυχολογικοί προστατευτικοί παράγοντες στη γήρανση, καθώς συμβάλλουν στη διατήρηση της εσωτερικής συνοχής και της αντίληψης ελέγχου πάνω στη ζωή (Bandura, 1997; Remm et al., 2023).

Η αυτοφροντίδα, επομένως, δεν αποτελεί μόνο συμπεριφορά υγείας, αλλά και ψυχολογική διεργασία μέσω της οποίας το άτομο επιβεβαιώνει τη σχέση του με τον εαυτό του. Η παραμέλησή της μπορεί να αντανakλά όχι μόνο πρακτικές δυσκολίες, αλλά και βαθύτερες ψυχικές καταστάσεις, όπως απώλεια κινήτρου, συναισθηματική κόπωση ή αποδιοργάνωση της αίσθησης του εαυτού.

Συνολικά, η στοματική υγεία, μέσα από τη σύνδεσή της με την αυτοεκτίμηση, την αυτοεικόνα και την αίσθηση νοήματος, αναδεικνύεται ως κρίσιμο στοιχείο της ψυχικής διάστασης της ευδόκιμης γήρανσης. Δεν αφορά μόνο το πώς λειτουργεί το σώμα, αλλά το πώς

το άτομο βιώνει τον εαυτό του ως υποκείμενο που παραμένει αναγνωρίσιμο, άξιο και παρόν μέσα στον κόσμο.

3.4 Κοινωνική Διάσταση: Σχέσεις, Συμμετοχή και Στοματική Υγεία

Η κοινωνική συμμετοχή αποτελεί θεμελιώδη πυλώνα της ευδόκιμης γήρανσης, καθώς συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής, την ψυχική ευεξία και την αίσθηση νοήματος του ατόμου. Η γήρανση δεν βιώνεται σε απομόνωση, αλλά μέσα σε ένα πλέγμα σχέσεων, ρόλων και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, οι οποίες διαμορφώνουν την εμπειρία του ανήκειν και της συνέχειας του εαυτού μέσα στον χρόνο.

Η δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί ενεργό ρόλο στις κοινωνικές του σχέσεις δεν εξαρτάται μόνο από εξωτερικούς παράγοντες, αλλά και από τη λειτουργική και εκφραστική του επάρκεια. Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει την επικοινωνία, την κοινωνική παρουσία και τη δυνατότητα συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες. Η ομιλία, το χαμόγελο και η συνολική εικόνα της στοματικής περιοχής αποτελούν βασικά μέσα μέσω των οποίων το άτομο εκφράζεται, σχετίζεται και καθίσταται ορατό στους άλλους.

Όταν η στοματική λειτουργία διαταράσσεται, οι συνέπειες υπερβαίνουν το σωματικό επίπεδο. Προβλήματα όπως η δυσκολία ομιλίας, ο πόνος ή οι αισθητικές ανησυχίες μπορούν να περιορίσουν την αυτοέκφραση, να ενισχύσουν την αίσθηση αμηχανίας και να οδηγήσουν σε αποφυγή κοινωνικών επαφών. Η σταδιακή αυτή απόσυρση δεν αποτελεί μόνο αποτέλεσμα λειτουργικών περιορισμών, αλλά και έκφραση μιας βαθύτερης εμπειρίας ευαλωτότητας, όπου το άτομο αισθάνεται ότι η παρουσία του δεν μπορεί να υποστηριχθεί με τον ίδιο τρόπο όπως στο παρελθόν.

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου οι κοινωνικοί ρόλοι συχνά μεταβάλλονται και τα δίκτυα σχέσεων ενδέχεται να περιορίζονται, η διατήρηση της δυνατότητας επικοινωνίας και συμμετοχής αποκτά κρίσιμη σημασία. Η απώλεια της κοινωνικής παρουσίας δεν συνεπάγεται

μόνο μείωση της δραστηριότητας, αλλά μπορεί να επηρεάσει την αίσθηση ταυτότητας και τη θέση του ατόμου μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον. Η στοματική υγεία, στο σημείο αυτό, λειτουργεί είτε ως μέσο διατήρησης της σύνδεσης είτε ως παράγοντας που επιταχύνει την απομάκρυνση. Η σχέση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία αν ληφθεί υπόψη ότι η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά έχουν αναγνωριστεί ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για θνησιμότητα, ψυχική δυσφορία και λειτουργική έκπτωση στους ηλικιωμένους (Holt-Lunstad et al., 2015). Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία φαίνεται να επηρεάζει έμμεσα τη συνολική υγεία μέσω της επίδρασής της στην κοινωνική συμμετοχή.

Παράλληλα, η σχέση μεταξύ κοινωνικής συμμετοχής και στοματικής υγείας είναι ουσιαστικά αμφίδρομη. Η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος ενισχύει τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας, διευκολύνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και συμβάλλει στη διατήρηση της στοματικής υγείας. Τα άτομα που διατηρούν ενεργές κοινωνικές σχέσεις είναι πιθανότερο να αναζητούν έγκαιρα φροντίδα, να συμμορφώνονται με τις θεραπευτικές οδηγίες και να διατηρούν σταθερές πρακτικές υγιεινής.

Αντίστροφα, η καλή στοματική υγεία ενισχύει την αυτοπεποίθηση, διευκολύνει την επικοινωνία και καθιστά δυνατή την ενεργό συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Η σχέση αυτή δεν είναι γραμμική, αλλά δυναμική, καθώς κάθε μεταβολή στη μία διάσταση επηρεάζει την άλλη, δημιουργώντας είτε έναν κύκλο ενίσχυσης είτε έναν κύκλο επιδείνωσης. Πρόσφατες μελέτες (Rouxel et al., 2017; Park & Gil, 2025) επιβεβαιώνουν ότι τα άτομα με μειωμένη σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς και χαμηλότερη κοινωνική εμπλοκή, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν λειτουργικοί περιορισμοί και ψυχική επιβάρυνση.

Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως σημαντικός παράγοντας κοινωνικής ενσωμάτωσης, καθώς διαμεσολαβεί τη δυνατότητα του ατόμου να παραμένει

συνδεδεμένο με τους άλλους. Δεν αφορά μόνο την απουσία δυσλειτουργίας, αλλά τη δυνατότητα συμμετοχής σε έναν κοινό κόσμο σχέσεων, επικοινωνίας και νοήματος.

3.5 Η Στοματική Υγεία ως Πυρήνας Ευδόκιμης Γήρανσης

Η συνθετική ανάλυση των προηγούμενων διαστάσεων αναδεικνύει με σαφήνεια ότι η στοματική υγεία δεν αποτελεί απλώς μία επιμέρους παράμετρο της υγείας, αλλά έναν κεντρικό ρυθμιστικό κόμβο, μέσα από τον οποίο διασταυρώνονται και αλληλοδιαμορφώνονται η σωματική, η ψυχική και η κοινωνική λειτουργικότητα. Δεν πρόκειται για ένα ακόμη πεδίο φροντίδας, αλλά για έναν χώρο όπου η ανθρώπινη εμπειρία αποκτά συνοχή.

Στο πλαίσιο της ευδόκιμης γήρανσης, η στοματική υγεία λειτουργεί ταυτόχρονα σε πολλαπλά επίπεδα:

- *ως δείκτης σωματικής επάρκειας, καθώς αντανakλά τη λειτουργικότητα βασικών διεργασιών, όπως η μάσηση, η ομιλία και η διατροφή, που υποστηρίζουν τη γενική υγεία και την αυτονομία*
- *ως παράγοντας ψυχικής σταθερότητας, καθώς επηρεάζει την αυτοεκτίμηση, την εικόνα εαυτού και την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τον εαυτό του ως συνεκτικό και αξιόλογο*
- *ως μέσο κοινωνικής συμμετοχής, καθώς καθορίζει τη δυνατότητα επικοινωνίας, έκφρασης και παρουσίας μέσα στο κοινωνικό πεδίο*

Η ιδιαίτερη σημασία της στοματικής υγείας έγκειται στο ότι δεν λειτουργεί απομονωμένα σε καμία από αυτές τις διαστάσεις, αλλά ως σημείο σύγκλισής τους. Κάθε μεταβολή στη στοματική λειτουργία διαχέεται ταυτόχρονα στο σώμα, στον ψυχισμό και στη σχέση με τους άλλους. Έτσι, η στοματική υγεία δεν αποτυπώνει απλώς μια κατάσταση, αλλά ενεργοποιεί ή απορρυθμίζει ολόκληρο το σύστημα της ανθρώπινης λειτουργικότητας. Η έννοια της “oral frailty” ενισχύει αυτή την προσέγγιση, περιγράφοντας τη σταδιακή έκπτωση της στοματικής λειτουργίας ως μέρος μιας γενικότερης διαδικασίας βιολογικής και ψυχοκοινωνικής

ευαλωτότητας. Η στοματική υγεία δεν θεωρείται πλέον απομονωμένο σύστημα, αλλά βασικός παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική λειτουργική ικανότητα και την ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία (Watanabe et al., 2025; Park & Gil, 2025; Wulandari et al., 2026).

Στην τρίτη ηλικία, η σημασία αυτού του ρόλου καθίσταται ακόμη πιο έντονη. Καθώς οι βιολογικές φθορές είναι αναπόφευκτες, η διατήρηση της συνοχής της εμπειρίας —του να μπορεί κανείς να λειτουργεί, να αισθάνεται και να σχετίζεται— γίνεται το κατεξοχήν ζητούμενο. Η στοματική υγεία, στο πλαίσιο αυτό, λειτουργεί ως ένας από τους τελευταίους «φύλακες» αυτής της συνοχής: διατηρεί τη δυνατότητα του ατόμου να τρέφεται, να μιλά, να χαμογελά, να απευθύνεται και να ανήκει.

Αντίστροφα, η επιδείνωσή της μπορεί να λειτουργήσει ως καταλύτης αποδιοργάνωσης. Η απώλεια της λειτουργικότητας δεν αφορά μόνο τη σωματική διάσταση, αλλά διαχέεται στην ψυχική εμπειρία και στη κοινωνική παρουσία, οδηγώντας σε έναν φαύλο κύκλο όπου η απόσυρση, η μείωση της αυτοφροντίδας και η περαιτέρω επιδείνωση αλληλοενισχύονται.

Υπό αυτή την οπτική, η στοματική υγεία μπορεί να κατανοηθεί ως ενιαίος ρυθμιστικός μηχανισμός, ο οποίος συμβάλλει στη διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ σώματος, ψυχισμού και κοινωνικής ζωής. Δεν αποτελεί απλώς αντικείμενο παρέμβασης, αλλά ενεργό παράγοντα που υποστηρίζει ή αποδυναμώνει τη δυνατότητα του ατόμου να παραμένει παρόν μέσα στην ίδια του τη ζωή.

Η κατανόηση αυτή υπερβαίνει τα όρια της παραδοσιακής οδοντιατρικής προσέγγισης και ανοίγει τον δρόμο για την ανάπτυξη ενοποιημένων θεωρητικών πλαισίων, στα οποία η στοματική υγεία εντάσσεται ως βασικός άξονας της ευδόκιμης γήρανσης. Στο σημείο αυτό, η υγεία δεν ορίζεται πλέον ως απουσία νόσου, αλλά ως ικανότητα διατήρησης της λειτουργικότητας, της σχέσης και του νοήματος μέσα στον χρόνο. Η προβληματική αυτή οδηγεί αναπόφευκτα στην έννοια της αυτοφροντίδας, η οποία θα εξεταστεί στο επόμενο κεφάλαιο ως καθημερινός ρυθμιστικός μηχανισμός μέσω του οποίου οι άνθρωποι μεγαλύτερης

ηλικίας διατηρούν, προστατεύουν και επαναδιαπραγματεύονται τη σχέση τους με το σώμα και τον εαυτό τους.

Συμπερασματικά, η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως ουσιώδης διάσταση της ευδόκιμης γήρανσης, καθώς συνδέει τη σωματική λειτουργικότητα με την ψυχική συνοχή και την κοινωνική συμμετοχή. Δεν αποτελεί απλώς έναν κλινικό δείκτη ή ένα επιμέρους πεδίο φροντίδας, αλλά έναν δυναμικό ρυθμιστικό κόμβο μέσα από τον οποίο το άτομο διατηρεί την ικανότητα να τρέφεται, να μιλά, να εκφράζεται, να σχετίζεται και να παραμένει ενεργά παρόν στον κόσμο. Στην τρίτη ηλικία, όπου οι μεταβολές του σώματος συνοδεύονται από αναδιαμορφώσεις της ταυτότητας, της αυτονομίας και των κοινωνικών ρόλων, η στοματική υγεία αποκτά ιδιαίτερη σημασία ως δείκτης όχι μόνο βιολογικής επάρκειας, αλλά και αξιοπρέπειας, συνέχειας και νοήματος.

Η ανάλυση που προηγήθηκε ανέδειξε ότι η ευδόκιμη γήρανση δεν μπορεί να κατανοηθεί αποκλειστικά ως απουσία νόσου ή διατήρηση φυσικής ικανότητας, αλλά ως δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί μια λειτουργική και ψυχικά συνεκτική σχέση με το σώμα, τον εαυτό και τους άλλους. Σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική υγεία λειτουργεί ως πεδίο όπου η σωματική φροντίδα συναντά την ψυχική ανθεκτικότητα και την κοινωνική παρουσία. Η προβληματική αυτή οδηγεί στο επόμενο κεφάλαιο, όπου η αυτοφροντίδα θα εξεταστεί ως καθημερινή ρυθμιστική διαδικασία και ως πρακτική διατήρησης του εαυτού, μέσα από την οποία οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας προστατεύουν, οργανώνουν και επανανοηματοδοτούν τη σχέση τους με τη στοματική υγεία και τη συνολική τους ευημερία.

Στοματική Υγεία και Αυτοφροντίδα: Ρυθμιστικές Διαδικασίες και Καθημερινές Πρακτικές Διατήρησης του Εαυτού

«Η φροντίδα του εαυτού δεν αποτελεί ναρκισσιστική απόσυρση, αλλά έναν ηθικό τρόπο ύπαρξης και σχέσης με τον κόσμο.»

Michel Foucault

Η αυτοφροντίδα αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα της υγείας και της ευεξίας, ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου το άτομο καλείται να διαχειριστεί όχι μόνο τις βιολογικές μεταβολές, αλλά και τις ψυχολογικές και κοινωνικές αναδιατάξεις που συνοδεύουν τη γήρανση. Σε αυτό το πλαίσιο, η αυτοφροντίδα δεν μπορεί να περιοριστεί σε μια σειρά τεχνικών πρακτικών ή κανόνων υγιεινής· αναδεικνύεται ως μια δυναμική και ρυθμιστική διεργασία, μέσω της οποίας το άτομο οργανώνει, διατηρεί και επαναδιαπραγματεύεται τη σχέση του με το σώμα, την υγεία και την καθημερινότητά του.

Η σύγχρονη επιστημονική σκέψη μετατοπίζει την κατανόηση της αυτοφροντίδας από την απλή συμμόρφωση σε οδηγίες προς μια πιο σύνθετη αντίληψη, όπου το άτομο αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στη διαχείριση της υγείας του. Η αυτοφροντίδα καθίσταται έτσι όχι μόνο πράξη, αλλά έκφραση ταυτότητας και ευθύνης, μια μορφή σχέσης με τον εαυτό που συνδέεται με την αίσθηση ελέγχου, συνέχειας και νοήματος. Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η αυτοφροντίδα στην τρίτη ηλικία δεν περιορίζεται στη διαχείριση συμπτωμάτων, αλλά συνδέεται με τη διατήρηση της λειτουργικής ικανότητας, της αυτονομίας και της ψυχικής ευεξίας. Η ενεργός εμπλοκή του ατόμου στις πρακτικές φροντίδας φαίνεται να ενισχύει την αίσθηση ελέγχου και να λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στη λειτουργική έκπτωση και την ψυχολογική επιβάρυνση (Riegel et al., 2018; WHO, 2021).

Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία αποτελεί ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά πεδία εκδήλωσης της αυτοφροντίδας. Σε αντίθεση με άλλες διαστάσεις της υγείας που εξαρτώνται κυρίως από εξειδικευμένες παρεμβάσεις, η στοματική υγεία διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό μέσα από καθημερινές πρακτικές: το βούρτσισμα, τη φροντίδα των ούλων, τη χρήση βοηθητικών μέσων, αλλά και τη γενικότερη στάση απέναντι στο σώμα. Με τον τρόπο αυτό, γίνεται ένας «καθρέφτης» της σχέσης του ατόμου με τον εαυτό του — όχι όπως δηλώνεται, αλλά όπως ασκείται καθημερινά.

4.1 Θεωρητικά Μοντέλα Αυτοφροντίδας: Από τη Δεξιότητα στη Ρύθμιση του Εαυτού

Η έννοια της αυτοφροντίδας έχει αναπτυχθεί μέσα από διαφορετικές θεωρητικές παραδόσεις, οι οποίες φωτίζουν συμπληρωματικά τη σημασία της. Η θεωρία της Dorothea Orem αναγνωρίζει την αυτοφροντίδα ως βασική ανθρώπινη ικανότητα, απαραίτητη για τη διατήρηση της ζωής, της υγείας και της ευεξίας. Στο πλαίσιο αυτό, το άτομο δεν αποτελεί παθητικό αποδέκτη φροντίδας, αλλά ενεργό φορέα που αναλαμβάνει την ευθύνη για τη διατήρηση της λειτουργικότητάς του. Η έλλειψη ή η αποδυνάμωση αυτής της ικανότητας οδηγεί σε ανάγκη εξωτερικής υποστήριξης, αναδεικνύοντας την αυτοφροντίδα ως θεμέλιο της αυτονομίας.

Παράλληλα, οι θεωρίες αυτορρύθμισης εμβαθύνουν στον τρόπο με τον οποίο η αυτοφροντίδα συγκροτείται ως διαδικασία. Σύμφωνα με το μοντέλο των Leventhal, Brissette & Leventhal (2012), η συμπεριφορά υγείας καθοδηγείται από γνωστικές αναπαραστάσεις, συναισθηματικές αντιδράσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης. Το άτομο δεν φροντίζει απλώς το σώμα του· ερμηνεύει τα σήματά του, αξιολογεί τις ανάγκες του και ρυθμίζει τη συμπεριφορά του μέσα σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο πλαίσιο εμπειρίας. Σε αυτή τη λογική, η αυτοφροντίδα συνδέεται άμεσα με:

- *την ικανότητα αναγνώρισης των σωματικών και ψυχικών αναγκών*
- *τη θέσπιση στόχων και την ανάληψη δράσης*
- *τη διαχείριση συναισθημάτων που σχετίζονται με την υγεία*

- τη διατήρηση συμπεριφορών μέσα στον χρόνο

Στην τρίτη ηλικία, οι διεργασίες αυτές αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα. Καθώς η λειτουργικότητα μπορεί να περιορίζεται και οι εξωτερικές συνθήκες να μεταβάλλονται, η αυτοφροντίδα μετατρέπεται σε βασικό μηχανισμό διατήρησης της αυτονομίας και της αίσθησης ελέγχου. Δεν αφορά μόνο το «τι κάνει» το άτομο, αλλά το αν και πώς συνεχίζει να αναλαμβάνει τον εαυτό του ως έργο.

Ταυτόχρονα, η αυτοφροντίδα στην τρίτη ηλικία δεν είναι ποτέ πλήρως ατομική υπόθεση. Διαμορφώνεται μέσα σε ένα πλέγμα σχέσεων, υποστηρίξεων και περιορισμών, γεγονός που αναδεικνύει τον σχεσιακό της χαρακτήρα. Η ικανότητα φροντίδας του εαυτού συνδέεται με το αν το άτομο έχει μάθει να φροντίζεται, να αναγνωρίζεται και να υποστηρίζεται από τους άλλους. Πρόσφατες θεωρητικές προσεγγίσεις υπογραμμίζουν ότι η αυτοφροντίδα αποτελεί πολυεπίπεδη διεργασία που περιλαμβάνει γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές συνιστώσες. Η ικανότητα του ατόμου να διατηρεί πρακτικές φροντίδας φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από την ψυχική ανθεκτικότητα, την κοινωνική υποστήριξη και την αίσθηση προσωπικής agency, ιδιαίτερα σε συνθήκες γήρανσης και αυξημένης ευαλωτότητας (Richard & Shea, 2011; Matarese et al., 2018).

4.2 Αυτοφροντίδα και Στοματική Υγεία: Από την Καθημερινή Πρακτική στη Ρύθμιση της Σχέσης με τον Εαυτό

Η στοματική υγεία αποτελεί ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά και άμεσα παρατηρήσιμα πεδία εφαρμογής της αυτοφροντίδας, καθώς εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από επαναλαμβανόμενες, καθημερινές πρακτικές που ενσωματώνονται στη ρουτίνα της ζωής. Συμπεριφορές όπως το βούρτσισμα των δοντιών, η χρήση οδοντικού νήματος, η φροντίδα των ούλων, οι τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο και η σωστή χρήση ή συντήρηση οδοντοστοιχιών συνιστούν βασικούς άξονες διατήρησης της στοματικής υγείας.

Ωστόσο, η σημασία αυτών των πρακτικών δεν εξαντλείται στη λειτουργική τους αξία. Η επανάληψη και η σταθερότητά τους υποδηλώνουν κάτι βαθύτερο: έναν τρόπο με τον οποίο το άτομο παραμένει σε σχέση με το σώμα του και αναλαμβάνει ενεργά τη φροντίδα του. Η στοματική υγεία, υπό αυτή την έννοια, δεν είναι απλώς αποτέλεσμα τεχνικών δεξιοτήτων, αλλά αντανάκλαση μιας συνεχούς διεργασίας αυτορρύθμισης.

Παρά ταύτα, η υιοθέτηση και η διατήρηση αυτών των πρακτικών δεν είναι αυτονόητη. Εμπειρικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων εμφανίζει χαμηλά επίπεδα στοματικής αυτοφροντίδας, γεγονός που συνδέεται με ποικίλους παράγοντες, όπως το χαμηλό εισόδημα, το περιορισμένο μορφωτικό επίπεδο, οι λειτουργικοί περιορισμοί, η μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και η έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης (Petersen, 2003). Οι παράγοντες αυτοί δεν λειτουργούν μεμονωμένα, αλλά συγκροτούν ένα πλέγμα που επηρεάζει τόσο τη δυνατότητα όσο και το κίνητρο του ατόμου να φροντίσει τον εαυτό του. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες επηρεάζουν ουσιαστικά τη στοματική αυτοφροντίδα και την πρόσβαση σε υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας στους ηλικιωμένους. Η χαμηλή εκπαίδευση, η οικονομική δυσχέρεια και η περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη συνδέονται σταθερά με χαμηλότερα επίπεδα καθημερινής στοματικής φροντίδας και αυξημένο κίνδυνο στοματικών νοσημάτων (Tsakos et al., 2015; Watt et al., 2019).

Επιπλέον, στην τρίτη ηλικία, η αυτοφροντίδα της στοματικής υγείας επιβαρύνεται από σωματικούς και γνωστικούς περιορισμούς. Η μείωση της επιδεξιότητας, οι κινητικές δυσκολίες, οι γνωστικές εκπτώσεις ή η παρουσία χρόνιων νοσημάτων μπορούν να δυσχεράνουν την εκτέλεση ακόμη και απλών καθημερινών πρακτικών. Έτσι, η αυτοφροντίδα δεν αποτελεί μόνο ζήτημα πρόθεσης, αλλά και ζήτημα ικανότητας — και, συχνά, ζήτημα υποστήριξης.

Πέραν των εξωτερικών αυτών παραγόντων, η αυτοφροντίδα της στοματικής υγείας ενσωματώνει ένα σύνολο εσωτερικών διεργασιών, που αφορούν τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τα κίνητρα του ατόμου. Η αντίληψη της σημασίας της στοματικής υγείας, το αίσθημα ευθύνης απέναντι στο σώμα, η αυτο-αποτελεσματικότητα και οι προηγούμενες εμπειρίες φροντίδας διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά. Το άτομο δεν ενεργεί απλώς επειδή «πρέπει», αλλά επειδή αναγνωρίζει ή δεν αναγνωρίζει τον εαυτό του ως άξιο φροντίδας. Η έννοια της στοματικής αυτοφροντίδας έχει συνδεθεί και με την αυτο-αποτελεσματικότητα, καθώς άτομα που πιστεύουν ότι μπορούν να επηρεάσουν θετικά την υγεία τους εμφανίζουν μεγαλύτερη συνέπεια στις πρακτικές υγιεινής και υψηλότερη συμμόρφωση με προληπτικές συμπεριφορές (Bandura, 1997; Buglar et al., 2010).

Σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική αυτοφροντίδα μπορεί να ιδωθεί ως μια μορφή καθημερινής σχέσης με τον εαυτό, όπου η φροντίδα δεν είναι μόνο πράξη, αλλά και στάση. Η συνέπεια στη φροντίδα υποδηλώνει σύνδεση, ενώ η παραμέληση μπορεί να αντανακλά απομάκρυνση, κόπωση ή ακόμη και απώλεια νοήματος. Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου η εμπειρία απωλειών μπορεί να επηρεάσει την κινητοποίηση για φροντίδα, η στοματική υγεία γίνεται ένας ευαίσθητος δείκτης της ψυχικής και υπαρξιακής κατάστασης του ατόμου.

Ταυτόχρονα, η αυτοφροντίδα της στοματικής υγείας δεν είναι ποτέ πλήρως ατομική διαδικασία. Η παρουσία ή απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η ποιότητα των σχέσεων και η πρόσβαση σε δομές φροντίδας επηρεάζουν καθοριστικά την έκβασή της. Σε πολλές περιπτώσεις, η διατήρηση της στοματικής υγείας στην τρίτη ηλικία προϋποθέτει μια μορφή «συν-φροντίδας», όπου το άτομο και το περιβάλλον του συνδιαμορφώνουν τη δυνατότητα φροντίδας.

Εν κατακλείδι, η αυτοφροντίδα της στοματικής υγείας υπερβαίνει τα όρια μιας απλής συμπεριφοράς υγείας και αναδεικνύεται ως ρυθμιστικός μηχανισμός, μέσω του οποίου το άτομο διατηρεί τη λειτουργικότητα, την αξιοπρέπεια και τη σχέση του με τον εαυτό του μέσα

στην καθημερινότητα. Είναι μια πράξη μικρή στην κλίμακα, αλλά μεγάλη στο νόημα — μια επαναλαμβανόμενη επιβεβαίωση ότι το σώμα παραμένει τόπος φροντίδας και όχι εγκατάλειψης.

4.3 Ρυθμιστικές Διαδικασίες και Συμπεριφορά Υγείας: Η Αυτοφροντίδα ως Δυναμική Οργάνωση του Εαυτού

Η αυτοφροντίδα μπορεί να κατανοηθεί ως μια σύνθετη διαδικασία αυτορρύθμισης, μέσω της οποίας το άτομο οργανώνει, κατευθύνει και διατηρεί τη συμπεριφορά του σε σχέση με την υγεία. Στο πλαίσιο αυτό, η συμπεριφορά υγείας δεν αποτελεί τυχαία ή αποσπασματική δραστηριότητα, αλλά το αποτέλεσμα μιας συνεχούς αλληλεπίδρασης μεταξύ γνωστικών, συναισθηματικών και κινήτρων διεργασιών, οι οποίες συγκροτούν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και φροντίζει τον εαυτό του.

Η αυτορρύθμιση στη συμπεριφορά υγείας στηρίζεται σε βασικούς άξονες, οι οποίοι λειτουργούν όχι ανεξάρτητα, αλλά αλληλοσυνδεόμενα:

- *η αντίληψη κινδύνου, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αναγνωρίζει και αξιολογεί τις απειλές για την υγεία του*
- *η αυτο-αποτελεσματικότητα, η πεποίθηση ότι μπορεί να επηρεάσει θετικά την κατάσταση της υγείας του μέσω των ενεργειών του*
- *τα κίνητρα, εσωτερικά ή εξωτερικά, που ενεργοποιούν και διατηρούν τη συμπεριφορά*
- *η συναισθηματική κατάσταση, η οποία μπορεί να διευκολύνει ή να αναστείλει τη φροντίδα, ανάλογα με το αν κυριαρχούν συναισθήματα ασφάλειας, άγχους, αδιαφορίας ή αποθάρρυνσης*

Η θεωρία της αυτοπροσδιοριζόμενης συμπεριφοράς (Self-Determination Theory) αναδεικνύει με ιδιαίτερη σαφήνεια τον ρόλο της εσωτερικής παρακίνησης στη διατήρηση των συμπεριφορών υγείας (Deci & Ryan, 2000). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, οι συμπεριφορές που εδράζονται σε εσωτερικά κίνητρα —όπως η προσωπική αξία που

αποδίδεται στην υγεία ή η αίσθηση φροντίδας προς τον εαυτό— είναι πιο σταθερές και διαρκείς σε σχέση με εκείνες που επιβάλλονται εξωτερικά. Η εσωτερική παρακίνηση έχει συσχετιστεί με υψηλότερη προσήλωση σε συμπεριφορές πρόληψης και με καλύτερη διατήρηση πρακτικών αυτοφροντίδας σε χρόνιες καταστάσεις υγείας. Ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, η αίσθηση προσωπικής επιλογής και νοηματοδότησης της φροντίδας φαίνεται να ενισχύει τη μακροχρόνια συνέπεια στη συμπεριφορά υγείας (Ng et al., 2012; Phillips et al., 2016). Η αυτοφροντίδα, επομένως, δεν διατηρείται μέσα από την επιβολή, αλλά μέσα από την εσωτερική της νοηματοδότηση.

Στο πεδίο της στοματικής υγείας, οι διεργασίες αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Η καθημερινή φροντίδα δεν εξαρτάται μόνο από τη γνώση των σωστών πρακτικών, αλλά κυρίως από το κατά πόσο το άτομο αισθάνεται ικανό, υπεύθυνο και κινητοποιημένο να τις εφαρμόσει. Η αντίληψη ελέγχου επί της υγείας και η εμπιστοσύνη στις προσωπικές ικανότητες φροντίδας επηρεάζουν καθοριστικά τη συμμόρφωση με τις οδηγίες υγείας και τη συνέπεια στη διατήρηση των πρακτικών.

Ωστόσο, η αυτορρύθμιση δεν αποτελεί σταθερή ικανότητα, αλλά μια διεργασία ευάλωτη στις μεταβολές της ζωής. Στην τρίτη ηλικία, οι ρυθμιστικές αυτές διαδικασίες επηρεάζονται σημαντικά από τη σωματική κατάσταση, τις γνωστικές λειτουργίες και το κοινωνικό περιβάλλον. Η μείωση της ενεργητικότητας, οι γνωστικές δυσκολίες, η παρουσία χρόνιων νοσημάτων ή η έλλειψη υποστήριξης μπορούν να περιορίσουν την ικανότητα του ατόμου να οργανώνει και να διατηρεί συμπεριφορές αυτοφροντίδας. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η γνωστική επιβάρυνση, η πολυνοσηρότητα και η συναισθηματική εξάντληση μπορούν να μειώσουν σημαντικά την ικανότητα αυτορρύθμισης στους ηλικιωμένους, καθιστώντας αναγκαία την ανάπτυξη υποστηρικτικών και προσωποκεντρικών παρεμβάσεων (Kojima et al., 2020; Remuzzi & Garattini, 2022).

Επιπλέον, η ψυχική κατάσταση διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο. Συναισθήματα όπως η απογοήτευση, η μοναξιά ή η απώλεια νοήματος μπορούν να αποδυναμώσουν τα κίνητρα για φροντίδα, οδηγώντας σε σταδιακή εγκατάλειψη πρακτικών υγείας. Αντίθετα, η αίσθηση σκοπού, η συναισθηματική υποστήριξη και η εμπειρία σύνδεσης ενισχύουν τη δυνατότητα αυτορρύθμισης και διατήρησης της φροντίδας.

Υπό αυτή την οπτική, η αυτοφροντίδα δεν αποτελεί απλώς συμπεριφορά, αλλά μια μορφή εσωτερικής οργάνωσης του εαυτού, όπου το άτομο καλείται να διατηρήσει ισορροπία μεταξύ αναγκών, δυνατοτήτων και συνθηκών. Η στοματική υγεία λειτουργεί ως ένα από τα πιο άμεσα πεδία εκδήλωσης αυτής της οργάνωσης, καθώς απαιτεί συνέπεια, επίγνωση και επαναλαμβανόμενη δέσμευση.

Συνεπώς, η κατανόηση των ρυθμιστικών διαδικασιών που υποστηρίζουν τη συμπεριφορά υγείας είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που δεν στοχεύουν μόνο στη γνώση, αλλά ενισχύουν την ικανότητα του ατόμου να παραμένει σε σχέση με τη φροντίδα του εαυτού του μέσα στον χρόνο.

4.4 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες και Αυτοφροντίδα: Η Σχέση ως Προϋπόθεση της Φροντίδας

Η αυτοφροντίδα δεν αναπτύσσεται σε κενό, αλλά διαμορφώνεται μέσα σε ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό πλαίσιο, όπου το άτομο βρίσκεται συνεχώς σε σχέση με τους άλλους και με τον εαυτό του. Η ικανότητα φροντίδας δεν αποτελεί μόνο προϊόν γνώσης ή βούλησης, αλλά αναδύεται από το πώς το άτομο έχει μάθει να σχετίζεται, να αναγνωρίζεται και να υποστηρίζεται μέσα στον κόσμο.

Παράγοντες όπως η μοναξιά, η κοινωνική υποστήριξη, η κατάθλιψη και το άγχος επηρεάζουν καθοριστικά τη συμπεριφορά αυτοφροντίδας. Η μοναξιά, ιδιαίτερα ως υποκειμενική εμπειρία αποσύνδεσης, μπορεί να αποδυναμώσει το κίνητρο για φροντίδα, καθώς το άτομο παύει να αισθάνεται ότι η παρουσία του έχει αντίκρισμα ή νόημα. Όταν η

σχέση με τους άλλους φθίνει, συχνά φθίνει και η σχέση με τον ίδιο τον εαυτό. Η μοναξιά έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για μειωμένη αυτοφροντίδα και εγκατάλειψη πρακτικών υγείας στην τρίτη ηλικία. Η υποκειμενική εμπειρία αποσύνδεσης φαίνεται να επηρεάζει τόσο τα κίνητρα φροντίδας όσο και τη δυνατότητα διατήρησης καθημερινών ρουτινών υγείας (Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad, 2021).

Αντίθετα, η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος λειτουργεί ως ενισχυτικός παράγοντας της αυτοφροντίδας. Οι σχέσεις που παρέχουν ασφάλεια, αναγνώριση και πρακτική υποστήριξη διευκολύνουν την υιοθέτηση και τη διατήρηση θετικών συμπεριφορών υγείας. Το άτομο δεν φροντίζει μόνο επειδή «πρέπει», αλλά επειδή βρίσκεται μέσα σε ένα πλαίσιο όπου η φροντίδα αποκτά νόημα και συνέχεια.

Στο πεδίο της στοματικής υγείας, η επίδραση αυτών των παραγόντων είναι ιδιαίτερα εμφανής. Η έλλειψη κοινωνικών δεσμών μπορεί να οδηγήσει σε παραμέληση της καθημερινής φροντίδας, καθυστέρηση στην αναζήτηση υπηρεσιών και σταδιακή επιδείνωση της κατάστασης. Η φροντίδα του στόματος —όπως και κάθε μορφή φροντίδας— απαιτεί όχι μόνο πρακτική ικανότητα, αλλά και μια εσωτερική κινητοποίηση που συχνά τροφοδοτείται από τη σχέση με τον άλλον.

Παράλληλα, τα συναισθήματα διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Συναισθήματα όπως η ντροπή, ο φόβος ή η αμηχανία μπορούν να λειτουργήσουν ανασταλτικά στην αναζήτηση φροντίδας, ιδιαίτερα όταν συνδέονται με την εικόνα του σώματος ή με προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες. Ο οδοντιατρικός φόβος, για παράδειγμα, δεν αφορά μόνο την πράξη της θεραπείας, αλλά συχνά αγγίζει βαθύτερα επίπεδα ευαλωτότητας, όπου το άτομο εκτίθεται και αισθάνεται ότι χάνει τον έλεγχο. Ο οδοντιατρικός φόβος και το άγχος έχουν συσχετιστεί με καθυστέρηση στην αναζήτηση φροντίδας, αυξημένη επιδείνωση της στοματικής υγείας και χαμηλότερη ποιότητα ζωής, δημιουργώντας έναν φαύλο

κύκλο μεταξύ ψυχικής επιβάρυνσης και σωματικής φθοράς (Armfield, 2010; Carter et al., 2014).

Επιπλέον, η κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να επηρεάσουν άμεσα τη δυνατότητα αυτορρύθμισης, μειώνοντας την ενέργεια, τη συγκέντρωση και το ενδιαφέρον για την υγεία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η παραμέληση της στοματικής φροντίδας δεν αποτελεί απλώς επιλογή, αλλά έκφραση μιας ευρύτερης ψυχικής επιβάρυνσης.

Υπό αυτή την οπτική, η αυτοφροντίδα δεν μπορεί να κατανοηθεί ως αμιγώς ατομική διαδικασία. Αντίθετα, αποτελεί αποτέλεσμα μιας συνεχούς αλληλεπίδρασης μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων, όπου το άτομο διαμορφώνει τη συμπεριφορά του μέσα από τις εμπειρίες, τις σχέσεις και τα συναισθήματά του. Η φροντίδα του εαυτού είναι, σε έναν βαθύτερο πυρήνα, αντανάκλαση του τρόπου με τον οποίο το άτομο έχει μάθει να φροντίζεται.

Στην τρίτη ηλικία, όπου οι κοινωνικές απώλειες, η απομόνωση και οι αλλαγές ρόλων είναι συχνές, η σημασία αυτών των παραγόντων ενισχύεται ακόμη περισσότερο. Η διατήρηση της αυτοφροντίδας προϋποθέτει όχι μόνο ατομική προσπάθεια, αλλά και την ύπαρξη ενός πλαισίου που υποστηρίζει τη σύνδεση, την αναγνώριση και την αίσθηση ότι η ζωή συνεχίζει να αξίζει τη φροντίδα.

4.5 Η Αυτοφροντίδα ως Μηχανισμός Διατήρησης του Εαυτού

Στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής, η αυτοφροντίδα δεν προσεγγίζεται απλώς ως σύνολο συμπεριφορών υγείας, αλλά ως ένας θεμελιώδης μηχανισμός μέσω του οποίου το άτομο διατηρεί τη συνοχή, τη λειτουργικότητα και τη συνέχεια του εαυτού του μέσα στον χρόνο. Δεν αφορά μόνο το τι κάνει το άτομο για το σώμα του, αλλά το πώς παραμένει σε σχέση με τον εαυτό του ως υποκείμενο που αξίζει φροντίδα.

Η στοματική υγεία αποτελεί ένα από τα πιο άμεσα και καθημερινά πεδία άσκησης αυτής της διαδικασίας. Σε αντίθεση με άλλες διαστάσεις της υγείας που ενεργοποιούνται

περιστασιακά, η φροντίδα του στόματος επαναλαμβάνεται καθημερινά, απαιτώντας χρόνο, προσοχή και συνέπεια. Μέσα από αυτές τις φαινομενικά απλές πρακτικές, το άτομο δεν διατηρεί μόνο τη σωματική του κατάσταση, αλλά επιβεβαιώνει τη σχέση του με το σώμα του και, κατ' επέκταση, με τον ίδιο του τον εαυτό.

Η πράξη της αυτοφροντίδας αποκτά έτσι συμβολικό και υπαρξιακό χαρακτήρα. Το βούρτσισμα των δοντιών, η φροντίδα της στοματικής κοιλότητας, η αναζήτηση οδοντιατρικής βοήθειας δεν είναι μόνο πράξεις πρόληψης· είναι πράξεις που δηλώνουν ότι το άτομο συνεχίζει να επενδύει στον εαυτό του, να τον αναγνωρίζει και να τον διατηρεί ως φορέα ταυτότητας και αξιοπρέπειας. Σύγχρονες προσεγγίσεις της αυτοφροντίδας υποστηρίζουν ότι οι καθημερινές πρακτικές φροντίδας λειτουργούν όχι μόνο προληπτικά, αλλά και υπαρξιακά, καθώς συμβάλλουν στη διατήρηση της προσωπικής συνέχειας, της αυτονομίας και της αίσθησης ταυτότητας κατά τη γήρανση (Bury, 1982; Kontos, 2004; Riegel et al., 2018).

Υπό αυτή την οπτική, η αυτοφροντίδα λειτουργεί ως γέφυρα μεταξύ σώματος και ψυχισμού, συνδέοντας τη βιολογική λειτουργία με τη συναισθηματική εμπειρία και την κοινωνική παρουσία. Η φροντίδα του σώματος δεν είναι αποκομμένη από την ψυχική ζωή· αντίθετα, την τροφοδοτεί και την αντανakλά. Όταν η φροντίδα διατηρείται, διατηρείται και η δυνατότητα του ατόμου να αισθάνεται ενεργό, παρόν και συνδεδεμένο. Όταν εγκαταλείπεται, συχνά υποδηλώνει μια βαθύτερη ρήξη στη σχέση με τον εαυτό.

Στην τρίτη ηλικία, η σημασία αυτής της λειτουργίας καθίσταται ακόμη πιο έντονη. Καθώς οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόφευκτες και οι εξωτερικές συνθήκες συχνά περιορίζονται, η αυτοφροντίδα αναδεικνύεται σε βασικό μηχανισμό διατήρησης της αυτονομίας και της ταυτότητας. Δεν αποτελεί απλώς μέσο πρόληψης, αλλά τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιστέκεται στη διάλυση της συνοχής του, διατηρώντας μια αίσθηση συνέχειας ανάμεσα σε αυτό που ήταν και σε αυτό που παραμένει.

Ταυτόχρονα, η αυτοφροντίδα δεν είναι ποτέ απολύτως ατομική. Όπως αναδείχθηκε και στα προηγούμενα υποκεφάλαια, διαμορφώνεται μέσα σε ένα πλέγμα σχέσεων, εμπειριών και ψυχοκοινωνικών συνθηκών. Ωστόσο, ακόμη και μέσα σε αυτούς τους περιορισμούς, η αυτοφροντίδα παραμένει ένας από τους τελευταίους χώρους όπου το άτομο μπορεί να ασκήσει agency — να επιλέξει, να επιμείνει, να διατηρήσει.

Συνεπώς, η αυτοφροντίδα μπορεί να ιδωθεί ως ένας δυναμικός ρυθμιστικός μηχανισμός διατήρησης του εαυτού, ο οποίος επιτρέπει στο άτομο να οργανώνει τη σχέση του με το σώμα, τον ψυχισμό και τον κόσμο. Η στοματική υγεία, ως καθημερινό και απτό πεδίο εφαρμογής αυτής της διαδικασίας, αναδεικνύεται σε καίριο σημείο όπου η φροντίδα μετατρέπεται σε πράξη ύπαρξης. Η αυτοφροντίδα, μπορεί να ιδωθεί ως μια μορφή καθημερινής «μικρο-αντίστασης» απέναντι στη φθορά και την αποδιοργάνωση που συχνά συνοδεύουν τη γήρανση. Μέσα από επαναλαμβανόμενες πρακτικές φροντίδας, το άτομο διατηρεί όχι μόνο τη λειτουργικότητά του, αλλά και τη βιωμένη αίσθηση ότι συνεχίζει να κατοικεί το σώμα και τη ζωή του ως ενεργό υποκείμενο.

Συμπερασματικά, η αυτοφροντίδα αναδεικνύεται ως βασικός ρυθμιστικός μηχανισμός μέσα από τον οποίο η στοματική υγεία συνδέεται με τη διατήρηση της λειτουργικότητας, της αυτονομίας και της συνέχειας του εαυτού στην τρίτη ηλικία. Η φροντίδα του στόματος δεν αποτελεί απλώς μια καθημερινή πρακτική υγιεινής, αλλά μια επαναλαμβανόμενη πράξη αναγνώρισης του σώματος ως τόπου που εξακολουθεί να αξίζει προσοχή, προστασία και επένδυση. Μέσα από τη στοματική αυτοφροντίδα, το άτομο διατηρεί όχι μόνο τη βιολογική του επάρκεια, αλλά και την αίσθηση ελέγχου, αξιοπρέπειας και προσωπικής παρουσίας μέσα στην καθημερινότητά του.

Η ανάλυση που προηγήθηκε έδειξε ότι η αυτοφροντίδα δεν είναι αμιγώς ατομική υπόθεση, αλλά διαμορφώνεται μέσα από σχέσεις, συναισθήματα, κοινωνικές συνθήκες και ψυχικές

αντοχές. Η δυνατότητα του ανθρώπου μεγαλύτερης ηλικίας να φροντίζει τη στοματική του υγεία εξαρτάται τόσο από πρακτικούς και λειτουργικούς παράγοντες όσο και από βαθύτερες εμπειρίες σύνδεσης, νοήματος και ψυχικής διαθεσιμότητας. Έτσι, η στοματική αυτοφροντίδα λειτουργεί ως ευαίσθητος δείκτης της σχέσης του ατόμου με τον εαυτό του, αλλά και με τον κοινωνικό κόσμο που το περιβάλλει.

Αυτή η προβληματική οδηγεί αναπόφευκτα στο επόμενο κεφάλαιο, όπου η στοματική υγεία θα εξεταστεί σε άμεση σύνδεση με την ψυχική υγεία και τη μοναξιά στην τρίτη ηλικία. Διότι εκεί όπου η φροντίδα του εαυτού εξασθενεί, συχνά δεν απουσιάζει μόνο η συνήθεια ή η δυνατότητα· μπορεί να απουσιάζει και ο άλλος ως παρουσία, ως κίνητρο, ως καθρέφτης νοήματος. Το επόμενο κεφάλαιο θα αναδειξεί αυτόν τον αόρατο ψυχοκοινωνικό άξονα της ευζωίας, μέσα από τον οποίο η στοματική υγεία, η ψυχική κατάσταση και η εμπειρία της μοναξιάς συνδέονται σε μια ενιαία δυναμική κατανόησης της γήρανσης.

Στοματική Υγεία, Ψυχική Υγεία και Μοναξιά στην Τρίτη Ηλικία: Ο Αόρατος Ψυχοκοινωνικός Άξονας της Ευζωίας

*«Τα μάτια των άλλων οι φυλακές μας· οι σκέψεις τους τα κλουβιά μας.»
Virginia Woolf*

Η υγεία, ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, δεν μπορεί πλέον να προσεγγιστεί ως αποκλειστικά βιολογική κατάσταση. Αντίθετα, αναδύεται ως μια πολυεπίπεδη εμπειρία που συγκροτείται μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση του σώματος, του ψυχισμού και των σχέσεων. Το άτομο δεν «έχει» απλώς υγεία — τη βιώνει, τη διαπραγματεύεται και τη νοηματοδοτεί μέσα σε ένα συγκεκριμένο υπαρξιακό και κοινωνικό πλαίσιο.

Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία, η ψυχική υγεία και η μοναξιά δεν συνιστούν ανεξάρτητες μεταβλητές, αλλά αλληλοσυνδεόμενες διαστάσεις μιας ενιαίας εμπειρίας ευημερίας. Η μεταξύ τους σχέση δεν είναι γραμμική, αλλά δυναμική και αμφίδρομη: κάθε μεταβολή στη μία διάσταση αντανακλάται και αναπαράγεται στις υπόλοιπες, δημιουργώντας είτε κύκλους ενίσχυσης είτε κύκλους αποδιοργάνωσης. Σύγχρονες έρευνες υποστηρίζουν ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχικής υγείας, κοινωνικής συνδεσιμότητας και στοματικής λειτουργικότητας συγκροτεί έναν ενιαίο ψυχοκοινωνικό μηχανισμό που επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής και τη λειτουργική γήρανση. Η στοματική υγεία φαίνεται να σχετίζεται όχι μόνο με βιολογικούς δείκτες υγείας, αλλά και με τη συναισθηματική ευημερία, την κοινωνική συμμετοχή και την εμπειρία του ανήκειν (Peres et al., 2019; Rouxel et al., 2017; WHO, 2021).

Η μοναξιά, ως υποκειμενική εμπειρία έλλειψης ουσιαστικών και νοηματοδοτημένων σχέσεων, αναδεικνύεται σε έναν από τους σημαντικότερους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία στην τρίτη ηλικία. Δεν ταυτίζεται με την αντικειμενική απομόνωση,

αλλά αφορά το βίωμα της αποσύνδεσης — την αίσθηση ότι ο άνθρωπος δεν αναγνωρίζεται, δεν ακούγεται ή δεν ανήκει. Σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική υγεία λειτουργεί συχνά ως ένας «σιωπηλός δείκτης» αυτής της αποσύνδεσης: ένα πεδίο όπου αποτυπώνονται, χωρίς λόγια, οι ρωγμές της σχέσης με τον εαυτό και τους άλλους.

Η φροντίδα ή η παραμέληση του στόματος δεν αφορά μόνο τη βιολογική λειτουργία, αλλά ενσωματώνει βαθύτερες διεργασίες σύνδεσης, αυτοεκτίμησης και κοινωνικής παρουσίας. Έτσι, το στόμα μετατρέπεται σε έναν τόπο όπου συναντώνται η δυνατότητα έκφρασης, η εμπειρία του ανήκειν και η ψυχική ισορροπία.

5.1 Ψυχική Υγεία στα Άτομα Μεγαλύτερης Ηλικίας: Ρύθμιση, Προσαρμογή και Νόημα

Η ψυχική υγεία αποτελεί βασικό πυλώνα της ευδόκιμης γήρανσης, καθώς σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί εσωτερική ισορροπία, να επεξεργάζεται τις αλλαγές και να συνεχίζει να αποδίδει νόημα στην εμπειρία του. Στην τρίτη ηλικία, η ψυχική λειτουργία δεν δοκιμάζεται μόνο από βιολογικούς παράγοντες, αλλά και από σημαντικές υπαρξιακές μεταβολές, όπως η απώλεια ρόλων, η συνταξιοδότηση, η απομάκρυνση από ενεργά κοινωνικά δίκτυα και η εμπειρία απωλειών.

Παράγοντες όπως η κατάθλιψη, το άγχος και η γενικευμένη συναισθηματική δυσφορία εμφανίζονται με αυξημένη συχνότητα σε αυτή τη φάση της ζωής, συχνά σε συνδυασμό με σωματικές παθήσεις και λειτουργικούς περιορισμούς. Η συνύπαρξη αυτών των καταστάσεων δημιουργεί ένα σύνθετο πεδίο, όπου το ψυχικό και το σωματικό επίπεδο αλληλοεπηρεάζονται, ενισχύοντας την ευαλωτότητα του ατόμου. Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η ψυχική υγεία στην τρίτη ηλικία επηρεάζεται σημαντικά από παράγοντες όπως η κοινωνική αποσύνδεση, η μοναξιά και η λειτουργική έκπτωση, οι οποίοι δρουν σωρευτικά και αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης και μειωμένης ποιότητας ζωής. Παράλληλα, η ύπαρξη νοήματος ζωής και η διατήρηση ενεργών κοινωνικών ρόλων φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στην ψυχική επιβάρυνση (Fiske et al., 2009; Santini et al., 2020; WHO, 2022).

Ωστόσο, η ψυχική υγεία στην τρίτη ηλικία δεν μπορεί να οριστεί μόνο ως απουσία ψυχοπαθολογίας. Αντίθετα, συνιστά μια ενεργή διαδικασία ρύθμισης και προσαρμογής, μέσα από την οποία το άτομο καλείται να αναδιοργανώσει τη σχέση του με τον εαυτό του και τον κόσμο. Η ικανότητα να αντέχει την απώλεια, να επαναπροσδιορίζει τους στόχους και να διατηρεί μια αίσθηση συνέχειας αποτελεί κρίσιμο στοιχείο αυτής της διαδικασίας. Η διατήρηση της ψυχικής υγείας συνδέεται άμεσα με:

- *την ικανότητα προσαρμογής στις αλλαγές*
- *τη διατήρηση νοήματος στη ζωή*
- *την ύπαρξη σχέσεων που προσφέρουν αναγνώριση και υποστήριξη*

Όταν αυτοί οι παράγοντες αποδυναμώνονται, το άτομο μπορεί να βιώσει σταδιακή αποδιοργάνωση της ψυχικής του ισορροπίας, η οποία συχνά εκδηλώνεται όχι μόνο σε συναισθηματικό επίπεδο, αλλά και στη συμπεριφορά υγείας.

Σε αυτό το σημείο, η στοματική υγεία αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Η παραμέλησή της μπορεί να αποτελεί ένδειξη μειωμένης κινητοποίησης, απώλειας ενδιαφέροντος ή ψυχικής κόπωσης, ενώ η διατήρησή της μπορεί να λειτουργεί ως ένδειξη ότι το άτομο εξακολουθεί να επενδύει στον εαυτό του και να διατηρεί μια ενεργή σχέση με τη ζωή. Το στόμα, ως μέσο έκφρασης και κοινωνικής παρουσίας, συνδέεται άμεσα με την ψυχική λειτουργία, καθιστώντας τη στοματική υγεία έναν ευαίσθητο δείκτη της ψυχικής κατάστασης. Πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις δείχνουν ότι η κακή σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής συνδέεται σταθερά με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και ψυχικής δυσφορίας στους ηλικιωμένους πληθυσμούς, ενισχύοντας την αντίληψη ότι η στοματική κατάσταση αποτελεί σημαντικό δείκτη ψυχολογικής ευαλωτότητας (Kisely, 2016; Alimoradi et al., 2024).

Συνεπώς, η ψυχική υγεία στην τρίτη ηλικία δεν αφορά μόνο τη διαχείριση των συμπτωμάτων, αλλά τη διατήρηση της δυνατότητας του ατόμου να παραμένει παρόν, να

σχετίζεται και να νοηματοδοτεί την εμπειρία του — ακόμη και μέσα στις συνθήκες της απώλειας και της αλλαγής.

5.2 Μοναξιά: Έννοια και Διαστάσεις — Από την Έλλειψη Σχέσης στη Ρήξη της Εμπειρίας

Η μοναξιά αποτελεί μια σύνθετη και πολυδιάστατη έννοια, η οποία υπερβαίνει την απλή περιγραφή της κοινωνικής απομόνωσης και αγγίζει τον πυρήνα της ανθρώπινης εμπειρίας της σχέσης. Δεν αφορά μόνο το πόσοι άνθρωποι βρίσκονται γύρω από το άτομο, αλλά το κατά πόσο οι σχέσεις αυτές βιώνονται ως ουσιαστικές, επαρκείς και νοηματοδοτημένες.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι Jenny de Jong Gierveld και Theo van Tilburg προτείνουν μια κλασική αλλά ιδιαίτερα χρήσιμη διάκριση της μοναξιάς σε δύο βασικές διαστάσεις:

- *συναισθηματική μοναξιά, η οποία σχετίζεται με την απουσία στενών, βαθιών και συναισθηματικά σημαντικών σχέσεων, όπως ένας σύντροφος ή ένας άνθρωπος εμπιστοσύνης*
- *κοινωνική μοναξιά, η οποία αφορά την έλλειψη ενός ευρύτερου δικτύου κοινωνικών επαφών και την περιορισμένη ένταξη σε κοινωνικές ομάδες ή δραστηριότητες*

Η διάκριση αυτή αναδεικνύει ότι η μοναξιά δεν είναι ένα ενιαίο φαινόμενο, αλλά μια εμπειρία με διαφορετικές ποιότητες και επιδράσεις. Ένα άτομο μπορεί να διαθέτει εκτεταμένο κοινωνικό δίκτυο, αλλά να βιώνει έντονη συναισθηματική μοναξιά, ενώ ένα άλλο μπορεί να ζει με περιορισμένες επαφές, χωρίς να αισθάνεται αποσυνδεδεμένο.

Καθοριστικής σημασίας είναι ότι η μοναξιά δεν ταυτίζεται με την αντικειμενική κοινωνική απομόνωση, αλλά αποτελεί πρωτίστως υποκειμενική εμπειρία. Πρόκειται για ένα εσωτερικό βίωμα, που διαμορφώνεται από τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου. Με άλλα λόγια, η μοναξιά δεν προκύπτει μόνο από το «πόσοι είναι εκεί», αλλά από το «πώς είναι εκεί» και, κυρίως, από το «αν το άτομο αισθάνεται ότι ανήκει».

Στην τρίτη ηλικία, η εμπειρία της μοναξιάς αποκτά ιδιαίτερη ένταση και πολυπλοκότητα. Οι απώλειες που συνοδεύουν αυτή τη φάση της ζωής —όπως η απώλεια συντρόφου, φίλων ή κοινωνικών ρόλων— δεν επηρεάζουν μόνο το εξωτερικό δίκτυο σχέσεων, αλλά και την εσωτερική αίσθηση συνέχειας και ταυτότητας. Η μοναξιά, σε αυτό το πλαίσιο, δεν είναι απλώς αποτέλεσμα μείωσης των επαφών, αλλά συχνά εμπειρία αποδιοργάνωσης της σχέσης με τον κόσμο.

Παράλληλα, η μοναξιά συνδέεται στενά με τη σωματική και ψυχική υγεία. Έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αλλά και με επιβαρυντικές επιπτώσεις στη σωματική λειτουργία, όπως η επιδείνωση χρόνιων νοσημάτων και η μείωση της συνολικής ευεξίας. Η εμπειρία της αποσύνδεσης φαίνεται να επηρεάζει όχι μόνο το πώς αισθάνεται το άτομο, αλλά και το πώς λειτουργεί ο οργανισμός του.

Σε αυτό το σημείο, η μοναξιά μπορεί να ιδωθεί όχι μόνο ως έλλειψη σχέσεων, αλλά ως ρήξη στη δυνατότητα του ατόμου να βρίσκεται σε σχέση — με τους άλλους, αλλά και με τον ίδιο του τον εαυτό. Η μοναξιά έχει πλέον αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία, με επιδράσεις συγκρίσιμες με γνωστούς βιολογικούς παράγοντες κινδύνου. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η χρόνια μοναξιά σχετίζεται με αυξημένη φλεγμονώδη δραστηριότητα, λειτουργική έκπτωση και αυξημένη θνησιμότητα στους ηλικιωμένους (Holt-Lunstad et al., 2015; Cacioppo & Cacioppo, 2018). Η απουσία αυτής της σύνδεσης μπορεί να αποδυναμώσει την κινητοποίηση για αυτοφροντίδα, να μειώσει την επένδυση στο σώμα και να επηρεάσει τη συνολική συμπεριφορά υγείας.

Έτσι, η μοναξιά δεν αποτελεί απλώς ένα κοινωνικό ή ψυχολογικό φαινόμενο, αλλά έναν κρίσιμο άξονα που διαπερνά την εμπειρία της υγείας στην τρίτη ηλικία, συνδέοντας τη συναισθηματική ζωή, τη συμπεριφορά και τη σωματική κατάσταση.

5.3 Στοματική Υγεία και Ψυχική Υγεία — Η Αμφίδρομη Γλώσσα του Σώματος και της Εμπειρίας

Η σχέση μεταξύ στοματικής και ψυχικής υγείας δεν είναι απλώς συσχετιστική, αλλά βαθιά αμφίδρομη και δυναμική, συγκροτώντας ένα πεδίο όπου το σώμα και ο ψυχισμός αλληλοδιαμορφώνονται. Το στόμα, ως όργανο λειτουργίας αλλά και έκφρασης, δεν περιορίζεται στη βιολογική του διάσταση· αποτελεί ταυτόχρονα τόπο συμβολικό, σημείο συνάντησης της σωματικής εμπειρίας με την εικόνα εαυτού και τη σχέση με τον άλλον.

Από τη μία πλευρά, τα στοματικά προβλήματα —όπως ο πόνος, η απώλεια δοντιών, οι δυσλειτουργίες στην ομιλία ή οι αισθητικές αλλοιώσεις— μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Η ορατότητα του στόματος καθιστά τις δυσκολίες αυτές κοινωνικά εκτεθειμένες, με αποτέλεσμα να ενισχύονται αισθήματα ντροπής, αμηχανίας και μειωμένης αυτοεκτίμησης. Το άτομο μπορεί να αποσύρεται σταδιακά από την κοινωνική αλληλεπίδραση, όχι μόνο επειδή δυσκολεύεται λειτουργικά, αλλά επειδή βιώνει τον εαυτό του ως «εκτεθειμένο» ή «ανεπαρκή».

Από την άλλη πλευρά, η ψυχική δυσφορία επηρεάζει άμεσα τη συμπεριφορά αυτοφροντίδας. Καταστάσεις όπως η κατάθλιψη, το άγχος ή η συναισθηματική εξάντληση συνδέονται με μειωμένη κινητοποίηση, απώλεια ενδιαφέροντος για το σώμα και δυσκολία διατήρησης καθημερινών πρακτικών υγιεινής. Η φροντίδα του στόματος, ως επαναλαμβανόμενη και απαιτητική διαδικασία, συχνά παραμελείται, οδηγώντας σε επιδείνωση της στοματικής κατάστασης. Η αλληλεπίδραση αυτή δημιουργεί έναν χαρακτηριστικό φαύλο κύκλο:

- *η επιδείνωση της στοματικής υγείας ενισχύει την ψυχολογική δυσφορία, ενώ η ψυχική επιβάρυνση μειώνει την ικανότητα αυτοφροντίδας, οδηγώντας σε περαιτέρω σωματική επιδείνωση. Η σχέση αυτή έχει επιβεβαιωθεί από ερευνητικά δεδομένα, τα οποία δείχνουν ότι άτομα με κακή στοματική υγεία εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ενώ η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων σχετίζεται με μειωμένη συμμόρφωση σε πρακτικές στοματικής υγιεινής (Locker, 2003; Kisely, 2016).*

Σε βαθύτερο επίπεδο, το στόμα λειτουργεί ως ψυχοσωματικός κόμβος. Είναι το σημείο μέσω του οποίου το άτομο τρέφεται, μιλά, εκφράζεται και σχετίζεται. Όταν η λειτουργία του διαταράσσεται, δεν επηρεάζεται μόνο η βιολογική επιβίωση, αλλά και η δυνατότητα συμμετοχής στον κόσμο. Η ομιλία γίνεται πιο διστακτική, το χαμόγελο περιορίζεται, η παρουσία στον κοινωνικό χώρο συρρικνώνεται.

Η σημασία αυτή είναι ακόμη πιο έντονη στην τρίτη ηλικία, όπου το άτομο καλείται να διατηρήσει την αίσθηση του εαυτού μέσα σε ένα πλαίσιο απωλειών και μεταβολών. Η στοματική υγεία, σε αυτό το πλαίσιο, μπορεί να λειτουργήσει είτε ως στοιχείο διατήρησης της αξιοπρέπειας και της συνέχειας της ταυτότητας είτε ως παράγοντας αποσταθεροποίησης της ψυχικής ισορροπίας.

Κατά συνέπεια, η στοματική υγεία δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται απομονωμένα από την ψυχική κατάσταση του ατόμου. Αντίθετα, αποτελεί έναν καθρέφτη της εσωτερικής του εμπειρίας και ταυτόχρονα έναν μηχανισμό μέσω του οποίου αυτή η εμπειρία εκφράζεται και ενισχύεται. Η κατανόηση της σχέσης αυτής είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που δεν περιορίζονται στη θεραπεία της νόσου, αλλά στοχεύουν στη συνολική αποκατάσταση της λειτουργικότητας και της ψυχικής ευεξίας. Η έννοια της oral health-related quality of life (OHRQoL) ενισχύει περαιτέρω αυτή την προσέγγιση, καθώς αναδεικνύει ότι η στοματική υγεία επηρεάζει άμεσα τη συναισθηματική κατάσταση, την κοινωνική λειτουργικότητα και την αυτοαντίληψη του ατόμου. Η επιβάρυνση της στοματικής λειτουργίας φαίνεται να μειώνει την αίσθηση προσωπικής επάρκειας και να ενισχύει την κοινωνική αποφυγή, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους (Sischo & Broder, 2011; Peres et al., 2019).

5.4 Μοναξιά και Στοματική Υγεία: Ένας Σιωπηλός Δεσμός

Η σχέση μεταξύ μοναξιάς και στοματικής υγείας συνιστά έναν λεπτό αλλά ισχυρό δεσμό, ο οποίος εκτυλίσσεται συχνά σιωπηλά, χωρίς να γίνεται άμεσα αντιληπτός. Η μοναξιά, ως

υποκειμενική εμπειρία αποσύνδεσης από ουσιαστικές σχέσεις, δεν περιορίζεται στην ψυχική σφαίρα, αλλά επεκτείνεται στη συμπεριφορά, στο σώμα και τελικά στην υγεία.

Από τη μία πλευρά, η μοναξιά επηρεάζει τη στοματική υγεία μέσα από έμμεσους αλλά καθοριστικούς μηχανισμούς. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται με μειωμένη κινητοποίηση για αυτοφροντίδα, χαμηλότερη συμμόρφωση σε πρακτικές υγιεινής και περιορισμένη αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Το άτομο που βιώνει μοναξιά συχνά στερείται όχι μόνο πρακτικής βοήθειας, αλλά και εκείνης της «ήπιας υπενθύμισης» της φροντίδας που προκύπτει μέσα από τη σχέση με τον άλλον. Η φροντίδα, άλλωστε, σπάνια είναι αμιγώς ατομική υπόθεση· μαθαίνεται, ενισχύεται και διατηρείται μέσα σε ένα σχεσιακό πλαίσιο.

Παράλληλα, η μοναξιά επηρεάζει τη στοματική υγεία και άμεσα, μέσω ψυχοβιολογικών διεργασιών. Η χρόνια συναισθηματική απομόνωση έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα στρες, δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και υιοθέτηση επιβαρυντικών συμπεριφορών υγείας, παράγοντες που μπορούν να επιδεινώσουν τη στοματική κατάσταση. Έτσι, η μοναξιά δεν αποτελεί απλώς ψυχολογική εμπειρία, αλλά μεταφράζεται σε σωματική επιβάρυνση. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που βιώνουν υψηλά επίπεδα μοναξιάς εμφανίζουν συχνότερα κακή στοματική υγεία, μειωμένη χρήση προληπτικών υπηρεσιών και χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία. Η σχέση αυτή φαίνεται να μεσολαβείται τόσο από συμπεριφορικούς παράγοντες όσο και από ψυχοβιολογικούς μηχανισμούς στρες (Rouxel et al., 2017; Park & Gil, 2025).

Από την άλλη πλευρά, η στοματική υγεία επηρεάζει τη μοναξιά με τρόπους εξίσου ισχυρούς. Προβλήματα όπως η απώλεια δοντιών, η δυσκολία στην ομιλία, η κακή αναπνοή ή η αισθητική δυσαρέσκεια μπορούν να λειτουργήσουν αποτρεπτικά για την κοινωνική αλληλεπίδραση. Το άτομο μπορεί να περιορίσει την έκφρασή του, να αποφύγει την επικοινωνία ή να αποσυρθεί από κοινωνικές δραστηριότητες, όχι μόνο λόγω λειτουργικών δυσκολιών, αλλά και λόγω της αίσθησης έκθεσης ή ντροπής.

Σε αυτό το σημείο, το στόμα αποκτά έναν ιδιαίτερο συμβολισμό: είναι το όργανο μέσω του οποίου το άτομο απευθύνεται στον κόσμο. Όταν η λειτουργία ή η εικόνα του διαταράσσεται, η επικοινωνία γίνεται εύθραυστη, και μαζί της εύθραυστη γίνεται και η σχέση με τον άλλον. Η αλληλεπίδραση αυτή δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο:

- *η μοναξιά οδηγεί σε παραμέληση της στοματικής υγείας, ενώ η επιδείνωση της στοματικής κατάστασης ενισχύει την κοινωνική απόσυρση και τη συναισθηματική απομόνωση. Με τον τρόπο αυτό, η βιολογική και η ψυχοκοινωνική διάσταση της υγείας αλληλοενισχύονται αρνητικά, επηρεάζοντας συνολικά την ποιότητα ζωής.*

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου οι απώλειες σχέσεων και ρόλων είναι συχνότερες, ο δεσμός αυτός καθίσταται ακόμη πιο έντονος. Η μοναξιά δεν βιώνεται μόνο ως έλλειψη παρουσίας, αλλά ως σταδιακή σίγαση της δυνατότητας του ατόμου να εκφράζεται και να συμμετέχει. Σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική υγεία μπορεί να λειτουργήσει είτε ως παράγοντας διατήρησης της κοινωνικής παρουσίας είτε ως επιταχυντής της απόσυρσης.

Κατά συνέπεια, η κατανόηση της σχέσης μεταξύ μοναξιάς και στοματικής υγείας δεν αποτελεί απλώς περιγραφική παρατήρηση, αλλά κρίσιμο θεωρητικό και κλινικό εργαλείο. Αναδεικνύει την ανάγκη για παρεμβάσεις που δεν στοχεύουν μόνο στη βελτίωση της στοματικής κατάστασης, αλλά και στην ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών και της συναισθηματικής σύνδεσης.

5.5 Ο Αόρατος Ψυχοκοινωνικός Άξονας της Ευζωίας

Η σύνδεση μεταξύ στοματικής υγείας, ψυχικής υγείας και μοναξιάς δεν αποτελεί απλώς μια παράλληλη συνύπαρξη μεταβλητών, αλλά αναδεικνύει την ύπαρξη ενός βαθύτερου, «αόρατου» άξονα που διατρέχει την εμπειρία της γήρανσης. Ο άξονας αυτός δεν είναι άμεσα μετρήσιμος με τους παραδοσιακούς δείκτες της βιοϊατρικής, ωστόσο εκδηλώνεται με συνέπεια μέσα από τη λειτουργικότητα, τη συμπεριφορά και —κυρίως— τη βιωμένη εμπειρία του ατόμου.

Πρόκειται για έναν άξονα που δεν εντοπίζεται σε ένα όργανο ή σε ένα σύστημα, αλλά αναδύεται από τη συνεχή αλληλεπίδραση σώματος, ψυχισμού και σχέσεων. Εκεί όπου η υγεία παύει να είναι απλώς κατάσταση και γίνεται διαδικασία — μια διαρκής διαπραγμάτευση ανάμεσα στο «αντέχω», στο «συνδέομαι» και στο «παραμένω».

Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία λειτουργεί ως κομβικό σημείο συνάντησης των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών διεργασιών. Δεν αποτελεί μόνο δείκτη λειτουργικότητας, αλλά και πεδίο όπου αποτυπώνονται η φροντίδα, η παραμέληση, η παρουσία και η απόσυρση. Το στόμα γίνεται έτσι ένας τόπος όπου το σώμα «μιλά» για τη σχέση του ατόμου με τον εαυτό του και με τον κόσμο.

Η μοναξιά, από την άλλη, δεν αποτελεί απλώς μια συναισθηματική κατάσταση, αλλά ένδειξη διαταραχής της σχεσιακής συνέχειας. Εκφράζει τη ρήξη στον δεσμό με τον άλλον και, κατ' επέκταση, τη δυσκολία του ατόμου να παραμείνει ενταγμένο σε ένα δίκτυο νοήματος και υποστήριξης. Η μοναξιά δεν είναι μόνο έλλειψη σχέσεων — είναι απώλεια της εμπειρίας ότι «υπάρχω για κάποιον».

Η ψυχική υγεία, τέλος, λειτουργεί ως ρυθμιστικός μηχανισμός αυτού του άξονα. Αντανακλά την ικανότητα του ατόμου να επεξεργάζεται τις απώλειες, να αντέχει την αβεβαιότητα και να διατηρεί μια στοιχειώδη συνοχή του εαυτού μέσα στις μεταβολές της ζωής. Όταν αυτή η ικανότητα διαταράσσεται, ολόκληρος ο άξονας αποσταθεροποιείται. Έτσι, ο «αόρατος άξονας» δεν είναι τίποτε άλλο παρά ένας δυναμικός μηχανισμός ρύθμισης της ανθρώπινης εμπειρίας και όταν λειτουργεί επαρκώς το άτομο διατηρεί τη λειτουργικότητά του, παραμένει συνδεδεμένο με τους άλλους και βιώνει τον εαυτό του ως συνεχή και νοηματοδοτημένο. Όταν, όμως, διαταράσσεται η φροντίδα μειώνεται, η μοναξιά ενισχύεται και η εμπειρία του εαυτού γίνεται εύθραυστη. Η σύγχρονη προσέγγιση της healthy ageing υπογραμμίζει ότι η ευζωία στην τρίτη ηλικία δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη βιολογική υγεία, αλλά από τη διατήρηση της λειτουργικής ικανότητας, της κοινωνικής συμμετοχής και

της ψυχικής συνοχής. Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία φαίνεται να λειτουργεί ως κρίσιμος κόμβος όπου συναντώνται η σωματική λειτουργία, η ψυχική ανθεκτικότητα και η κοινωνική σύνδεση (Beard et al., 2016; WHO, 2021).

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου οι βιολογικές φθορές συνυπάρχουν με κοινωνικές απώλειες και υπαρξιακές μετατοπίσεις, η κατανόηση αυτού του άξονα καθίσταται κρίσιμη. Η υγεία δεν μπορεί πλέον να προσεγγίζεται ως αποκατάσταση της «φυσιολογικότητας», αλλά ως διατήρηση της δυνατότητας του ατόμου να παραμένει λειτουργικό, συνδεδεμένο και παρόν μέσα στη ζωή του.

Κατά συνέπεια, η αναγνώριση του αόρατου αυτού ψυχοκοινωνικού άξονα δεν αποτελεί απλώς θεωρητική διεύρυνση, αλλά θεμέλιο για την ανάπτυξη ενοποιημένων παρεμβάσεων και μοντέλων φροντίδας, παρεμβάσεων που δεν στοχεύουν μόνο στη θεραπεία μιας νόσου, αλλά στην ενίσχυση της σχέσης του ανθρώπου με το σώμα του, τον εαυτό του και τους άλλους.

Συμπερασματικά, η στοματική υγεία, η ψυχική υγεία και η μοναξιά αναδεικνύονται ως τρεις αλληλοσυνδεόμενες διαστάσεις μιας ενιαίας εμπειρίας ευζωίας στην τρίτη ηλικία. Η στοματική υγεία δεν λειτουργεί μόνο ως δείκτης βιολογικής κατάστασης, αλλά ως ευαίσθητο πεδίο όπου αποτυπώνονται η ψυχική ισορροπία, η κοινωνική σύνδεση, η αυτοφροντίδα και η δυνατότητα του ατόμου να παραμένει παρόν μέσα στη ζωή του. Αντίστοιχα, η μοναξιά δεν αποτελεί απλώς έλλειψη κοινωνικών επαφών, αλλά βαθύτερη εμπειρία αποσύνδεσης, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη σχέση του ατόμου με το σώμα, τον εαυτό και τη φροντίδα του.

Η ανάλυση που προηγήθηκε ανέδειξε ότι ο αόρατος ψυχοκοινωνικός άξονας της ευζωίας συγκροτείται ακριβώς σε αυτό το σημείο συνάντησης: εκεί όπου η λειτουργικότητα του σώματος, η ψυχική συνοχή και η παρουσία του άλλου αλληλοδιαμορφώνονται. Όταν η στοματική υγεία διατηρείται, η ψυχική ανθεκτικότητα ενισχύεται και οι κοινωνικοί δεσμοί παραμένουν ενεργοί, το άτομο έχει μεγαλύτερη δυνατότητα να βιώνει τη γήρανση όχι μόνο ως

απώλεια, αλλά ως συνέχεια. Όταν, αντίθετα, η μοναξιά εντείνεται, η ψυχική υγεία επιβαρύνεται και η αυτοφροντίδα αποδυναμώνεται, η στοματική υγεία μπορεί να γίνει ένας από τους πρώτους τόπους όπου η αποδιοργάνωση αυτή γίνεται ορατή.

Εν κατακλείδι, η στοματική υγεία δεν επηρεάζει μόνο τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο γίνεται ορατό στον κοινωνικό κόσμο. Η εικόνα του στόματος, η δυνατότητα έκφρασης και η κοινωνική παρουσία συνδέονται στενά με την αίσθηση αξιοπρέπειας και αποδοχής, ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία. Υπό αυτό το πρίσμα, η στοματική υγεία δεν αφορά μόνο τη λειτουργία του σώματος, αλλά και την ευαλωτότητα της ανθρώπινης έκθεσης.

Το Ορατό Σώμα που Γερνά: Στοματική Υγεία και Εμπειρία της Ντροπής

*«Shame is shame of oneself before the Other»
Jean-Paul Sartre*

Το γηράσκον σώμα δεν αποτελεί μόνο βιολογική πραγματικότητα, αλλά και εμπειρία κοινωνικής ορατότητας. Καθώς το σώμα μεταβάλλεται, αλλάζει συχνά και ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του μέσα στο βλέμμα των άλλων (Sartre, 1956). Στην τρίτη ηλικία, οι αλλαγές της εμφάνισης, της λειτουργικότητας και της εκφραστικότητας του σώματος μπορούν να επηρεάσουν βαθιά την αίσθηση αξιοπρέπειας, αποδοχής και συμμετοχής στον κοινωνικό κόσμο. Το στόμα κατέχει ιδιαίτερη θέση σε αυτή τη διαδικασία, καθώς αποτελεί σημείο όπου συναντώνται η σωματική λειτουργία, η αισθητική εικόνα, η ομιλία, η έκφραση και η κοινωνική παρουσία (Kisely, 2016).

Η στοματική υγεία δεν αφορά επομένως μόνο τη δυνατότητα μάσησης ή θρέψης, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αισθάνεται ότι μπορεί να εμφανιστεί, να μιλήσει, να χαμογελάσει και να σχετιστεί με τους άλλους. Οι μεταβολές της στοματικής κατάστασης, ιδιαίτερα όταν γίνονται κοινωνικά ορατές, ενδέχεται να βιωθούν ως εμπειρίες έκθεσης και ευαλωτότητας, επηρεάζοντας την εικόνα εαυτού και τη συναισθηματική ισορροπία του ηλικιωμένου ατόμου (Gilbert, 1998; Tsironis et al., 2024).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η ντροπή αναδεικνύεται ως μία από τις βαθύτερες ψυχικές εμπειρίες που συνδέονται με το γηράσκον σώμα. Η ντροπή δεν αφορά μόνο την προσωπική αίσθηση ανεπάρκειας, αλλά και την εμπειρία του εαυτού ως ορατού και αξιολογούμενου από τους άλλους (Gilbert, 2002). Η εμπειρία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στη στοματική υγεία, καθώς το στόμα αποτελεί κεντρικό σημείο κοινωνικής έκφρασης και αναγνώρισης.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ενεργός και υγιής γήρανση δεν περιορίζεται στην απλή απουσία νόσου, αλλά αφορά τη διατήρηση της λειτουργικότητας, της συμμετοχής και της ποιότητας ζωής καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν (World Health Organization [WHO], 2002; WHO, 2021). Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η δυνατότητα του ατόμου να συνεχίζει να πράττει, να επικοινωνεί, να σχετίζεται και να διατηρεί ενεργό παρουσία στον κόσμο θεωρείται ουσιαστικότερος δείκτης ευημερίας από τη βιολογική επιβίωση καθεαυτή (Beard et al., 2016). Υπό αυτή την οπτική, η γήρανση δεν αφορά μόνο τη σωματική μεταβολή, αλλά και τη διατήρηση της δυνατότητας του ανθρώπου να βιώνει τον εαυτό του ως ενεργό και κοινωνικά παρόν υποκείμενο.

Υπό αυτό το πρίσμα, η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως κρίσιμος αλλά συχνά υποτιμημένος παράγοντας της ευδόκιμης γήρανσης. Η δυνατότητα μάσησης, ομιλίας, χαμόγελου και κοινωνικής αλληλεπίδρασης συνδέεται άμεσα με τη λειτουργικότητα, την αυτονομία και τη διατήρηση της αίσθησης ταυτότητας στην τρίτη ηλικία.

Η φαινομενολογική σκέψη του Merleau-Ponty προσφέρει ιδιαίτερα γόνιμο έδαφος για την κατανόηση αυτής της σχέσης, καθώς αντιμετωπίζει το σώμα όχι ως απλό βιολογικό αντικείμενο, αλλά ως το μέσο μέσω του οποίου ο άνθρωπος κατοικεί και νοηματοδοτεί τον κόσμο (Merleau-Ponty, 1962). Υπό αυτή την οπτική, οι μεταβολές της στοματικής υγείας δεν αφορούν μόνο λειτουργικές δυσκολίες, αλλά επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τον εαυτό του, γίνεται ορατό στους άλλους και συμμετέχει στη ζωή.

6.1 Στοματική Υγεία, Αυτοεικόνα και Εμπειρία Ντροπής

Πέρα από τη βιολογική της διάσταση, η στοματική υγεία επηρεάζει βαθιά την ψυχική εμπειρία του ατόμου. Το στόμα αποτελεί κεντρικό στοιχείο της ανθρώπινης έκφρασης, της κοινωνικής αναγνώρισης και της εικόνας εαυτού. Μέσα από το χαμόγελο, την ομιλία και την εκφραστικότητα του προσώπου, το άτομο καθίσταται ορατό και αναγνωρίσιμο στον κοινωνικό κόσμο.

Όταν η στοματική υγεία διαταράσσεται, οι συνέπειες δεν περιορίζονται στη σωματική δυσλειτουργία. Η απώλεια δοντιών, οι αισθητικές αλλοιώσεις, η κακοσμία ή οι δυσκολίες ομιλίας μπορούν να οδηγήσουν σε αισθήματα αμηχανίας, κοινωνικής έκθεσης και ντροπής. Η εμπειρία αυτή αποκτά ιδιαίτερη ένταση στην τρίτη ηλικία, όπου το άτομο καλείται ήδη να επεξεργαστεί πολλαπλές απώλειες και μεταβολές στην εικόνα του σώματος και στην ταυτότητά του.

Η ντροπή αποτελεί ένα βαθιά αυτοσυνειδησιακό συναίσθημα, το οποίο σχετίζεται με την αίσθηση ότι ο εαυτός εκτίθεται αρνητικά απέναντι στους άλλους (Gilbert, 1998; Gilbert, 2002). Στη διεθνή βιβλιογραφία διακρίνονται δύο βασικές μορφές ντροπής: η εσωτερική ντροπή, που αφορά το βίωμα προσωπικής ανεπάρκειας και αυτο-υποτίμησης, και η εξωτερική ντροπή, η οποία αφορά την αντίληψη ότι οι άλλοι αξιολογούν αρνητικά το άτομο (Andrews et al., 2002; Goss et al., 1994).

Η στοματική υγεία φαίνεται να συνδέεται στενά και με τις δύο μορφές ντροπής. Οι αισθητικές και λειτουργικές αλλοιώσεις του στόματος μπορούν να ενισχύσουν την αίσθηση κοινωνικής έκθεσης, να περιορίσουν τη διάθεση για κοινωνική αλληλεπίδραση και να οδηγήσουν σε σταδιακή απόσυρση. Το άτομο ενδέχεται να αποφεύγει να μιλά, να χαμογελά ή να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, γεγονός που ενισχύει την απομόνωση και επιβαρύνει περαιτέρω την ψυχική του κατάσταση.

Σύγχρονες ερευνητικές προσεγγίσεις επιβεβαιώνουν ότι η ντροπή λειτουργεί ως κρίσιμος ψυχολογικός μηχανισμός στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής δυσφορίας. Η επιδείνωση της στοματικής υγείας φαίνεται να αυξάνει την εμπειρία ντροπής, η οποία με τη σειρά της συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους, καταθλιπτικών συμπτωμάτων και γενικότερης ψυχοπαθολογίας. Έτσι, η στοματική υγεία δεν επηρεάζει μόνο το σώμα, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει την αξία και την κοινωνική αποδοχή του εαυτού του.

6.2 Η Ντροπή ως Ψυχικός Μηχανισμός στα Ύστερα Χρόνια

Η ντροπή αποτελεί ένα από τα πλέον σύνθετα και βαθιά ανθρώπινα συναισθήματα, καθώς αγγίζει τον ίδιο τον πυρήνα της εμπειρίας του εαυτού. Σε αντίθεση με την ενοχή, η οποία αφορά κυρίως την αξιολόγηση μιας πράξης, η ντροπή στρέφεται προς το ίδιο το πρόσωπο και συνδέεται με την αίσθηση ότι το άτομο είναι ανεπαρκές, ελαττωματικό ή κοινωνικά εκτεθειμένο στο βλέμμα και την αξιολόγηση των άλλων. Η εμπειρία αυτή αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα στην τρίτη ηλικία, όπου οι μεταβολές του σώματος, οι απώλειες και η σταδιακή αλλαγή της κοινωνικής θέσης του ατόμου μπορούν να επηρεάσουν βαθιά την εικόνα εαυτού.

Η στοματική υγεία φαίνεται να κατέχει κομβική θέση σε αυτή τη διαδικασία, καθώς το στόμα συνδέεται στενά με την προσωπική ταυτότητα, την εκφραστικότητα και την αίσθηση κοινωνικής παρουσίας. Οι αλλαγές στη στοματική κατάσταση — όπως η απώλεια δοντιών, οι δυσκολίες ομιλίας ή οι αισθητικές αλλοιώσεις — δεν επηρεάζουν μόνο τη λειτουργικότητα του ατόμου, αλλά μπορούν να διαταράξουν βαθύτερα την αίσθηση συνέχειας του εαυτού και τη δυνατότητα του ατόμου να αισθάνεται αναγνωρίσιμο και αποδεκτό μέσα στις σχέσεις του.

Η εμπειρία της ντροπής δεν αφορά μόνο το πώς βλέπουν οι άλλοι το άτομο, αλλά και το πώς το ίδιο αρχίζει να βλέπει τον εαυτό του. Η εσωτερικευμένη αίσθηση ανεπάρκειας μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απόσυρση, αποφυγή της επικοινωνίας και σταδιακή αποδυνάμωση της κοινωνικής συμμετοχής. Η διαδικασία αυτή είναι ιδιαίτερα κρίσιμη στην τρίτη ηλικία, όπου οι κοινωνικές σχέσεις λειτουργούν ως βασικός παράγοντας ψυχικής προστασίας και διατήρησης της ταυτότητας. Συχνά, η απόσυρση αυτή δεν εκδηλώνεται με ανοιχτή διαμαρτυρία, αλλά με μια πιο σιωπηλή απομάκρυνση από την επικοινωνία, την έκφραση και τη συμμετοχή. Το άτομο μπορεί σταδιακά να περιορίζει το χαμόγελο, τον λόγο ή ακόμη και την παρουσία του στις κοινωνικές σχέσεις, προκειμένου να προστατευθεί από την εμπειρία της έκθεσης.

Η εμπειρία της ντροπής φαίνεται να οργανώνεται γύρω από δύο βασικές ψυχικές διαστάσεις. Η εσωτερική ντροπή αφορά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τον εαυτό του

ως ανεπαρκή ή μειωμένο, ενώ η εξωτερική ντροπή σχετίζεται με την αίσθηση ότι το άτομο εκτίθεται αρνητικά στο βλέμμα και την αξιολόγηση των άλλων (Andrews et al., 2002; Goss et al., 1994).

Σύγχρονες ερευνητικές προσεγγίσεις υποδεικνύουν ότι η ντροπή λειτουργεί ως σημαντικός διαμεσολαβητικός μηχανισμός ανάμεσα στη στοματική υγεία και στην ψυχική δυσφορία (Tsironis et al., 2024). Η επιδείνωση της στοματικής λειτουργικότητας φαίνεται να αυξάνει τα αισθήματα ντροπής, τα οποία με τη σειρά τους συνδέονται με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και γενικότερης ψυχοπαθολογίας (Kisely, 2016; Tsironis et al., 2024). Η σχέση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς δείχνει ότι η ψυχική επιβάρυνση των ηλικιωμένων δεν προκύπτει μόνο από τη βιολογική φθορά, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο αυτή βιώνεται ψυχικά και κοινωνικά.

Η ντροπή μπορεί επίσης να επηρεάσει την ίδια τη φροντίδα της στοματικής υγείας. Άτομα που αισθάνονται έντονη κοινωνική έκθεση ή αμηχανία ενδέχεται να αποφεύγουν τις οδοντιατρικές επισκέψεις, να καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας ή να αποσύρονται από κοινωνικές δραστηριότητες. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, όπου η στοματική επιδείνωση ενισχύει τη ντροπή και η ντροπή επιβαρύνει περαιτέρω τη στοματική και ψυχική κατάσταση.

Υπό αυτό το πρίσμα, η κατανόηση της ντροπής αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την προαγωγή της ευδόκιμης γήρανσης. Η φροντίδα της στοματικής υγείας δεν αφορά μόνο τη διατήρηση βιολογικών λειτουργιών, αλλά και τη διατήρηση της δυνατότητας του ανθρώπου να παραμένει παρών, αναγνωρίσιμος και ψυχικά συνδεδεμένος με τον κόσμο των σχέσεων.

Η στοματική υγεία αποτελεί κρίσιμο στοιχείο της ευδόκιμης γήρανσης, όχι μόνο λόγω της επίδρασής της στη βιολογική λειτουργικότητα, αλλά και λόγω της βαθιάς σύνδεσής της με την εικόνα εαυτού, την αξιοπρέπεια και την κοινωνική παρουσία του ατόμου. Η εμπειρία της

ντροπής αναδεικνύεται ως βασικός ψυχικός μηχανισμός μέσω του οποίου η επιδείνωση της στοματικής υγείας επηρεάζει την ψυχική ευημερία των ηλικιωμένων.

Η απώλεια της στοματικής λειτουργικότητας μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική έκθεση, απόσυρση και βαθύτερη αίσθηση προσωπικής ανεπάρκειας, επιβαρύνοντας την ψυχική κατάσταση και περιορίζοντας τη συμμετοχή του ατόμου στη ζωή. Η κατανόηση αυτής της σχέσης επιτρέπει μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση της γήρανσης, όπου η φροντίδα της στοματικής υγείας συνδέεται άμεσα με τη διατήρηση της ψυχικής συνοχής, της κοινωνικής ένταξης και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Η ευδόκιμη γήρανση δεν αφορά μόνο τη διατήρηση του σώματος, αλλά και τη δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να αισθάνεται αποδεκτός, ορατός και ουσιαστικά παρών μέσα στον κόσμο.

Τελικά, η κατανόηση της ντροπής στην τρίτη ηλικία δεν αφορά μόνο την αναγνώριση της ψυχικής ευαλωτότητας, αλλά και την ανάγκη ανάπτυξης μορφών φροντίδας που προστατεύουν την αξιοπρέπεια, τη συμμετοχή και τη δυνατότητα του ατόμου να παραμένει ορατό χωρίς να βιώνει την παρουσία του ως απειλή. Η στοματική υγεία, επομένως, δεν αφορά μόνο τη διατήρηση λειτουργιών, αλλά και τη διατήρηση της δυνατότητας του ανθρώπου να συνεχίζει να σχετίζεται, να εκφράζεται και να ανήκει.

Η προβληματική αυτή οδηγεί στο τελευταίο κεφάλαιο του Γενικού Μέρους, όπου οι επιμέρους διαστάσεις που αναπτύχθηκαν μέχρι τώρα —στοματική υγεία, ποιότητα ζωής, ευδόκιμη γήρανση, αυτοφροντίδα, ψυχική υγεία και μοναξιά— θα συντεθούν σε ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο. Στο κεφάλαιο «Η Στοματική Υγεία ως Ρυθμιστικός Κόμβος στους Ανθρώπους Μεγαλύτερης Ηλικίας: Προς ένα Ενοποιημένο Μοντέλο Ευδόκιμης Γήρανσης», η στοματική υγεία θα προσεγγιστεί όχι πλέον ως μία επιμέρους μεταβλητή, αλλά ως κεντρικός ρυθμιστικός κόμβος που συνδέει το σώμα, τον ψυχισμό, την αυτοφροντίδα και τη σχέση με τον άλλον. Έτσι, το επόμενο κεφάλαιο επιχειρεί να μεταβεί από την ανάλυση των επιμέρους

σχέσεων στη διατύπωση ενός ενοποιημένου μοντέλου κατανόησης της γήρανσης ως λειτουργικότητας, νοήματος και σχέσης.

Η Στοματική Υγεία ως Ρυθμιστικός Κόμβος στους Ανθρώπους Μεγαλύτερης Ηλικίας: Προς ένα Ενοποιημένο Μοντέλο Ευδόκιμης Γήρανσης

*«Η μοναξιά δεν φαίνεται στο πρόσωπο·
γράφεται στο στόμα —
εκεί όπου κάποτε υπήρχε σχέση για να γεννήσει τον λόγο.»*

Μ. Γκούβα

Η κατανόηση της υγείας στην τρίτη ηλικία απαιτεί μια μετατόπιση από αποσπασματικές περιγραφές προς ενοποιημένα ερμηνευτικά σχήματα που να λαμβάνουν υπόψη την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης εμπειρίας. Στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας διατριβής αναδείχθηκε ότι η στοματική υγεία, η ψυχική ευεξία, η μοναξιά, η αυτοφροντίδα και η ευδόκιμη γήρανση δεν αποτελούν ανεξάρτητες διαστάσεις, αλλά αλληλοδιαπλεκόμενα στοιχεία μιας δυναμικής διεργασίας ρύθμισης. Ωστόσο, η υφιστάμενη βιβλιογραφία τείνει να εξετάζει τις παραμέτρους αυτές απομονωμένα, περιορίζοντας τη δυνατότητα κατανόησης των μηχανισμών που τις συνδέουν. Η ανάγκη αυτή ενισχύεται από τη σύγχρονη βιβλιογραφία (Kayasth, et al., 2014) η οποία δείχνει ότι η στοματική υγεία στους ηλικιωμένους συνδέεται με τη λειτουργική ικανότητα, την ψυχική ευημερία, την κοινωνική συμμετοχή και τη συνολική ποιότητα ζωής, επιβεβαιώνοντας ότι δεν μπορεί να προσεγγιστεί ως απομονωμένος βιολογικός δείκτης.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα ενότητα προτείνει μια ενοποιημένη θεωρητική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία η στοματική υγεία δεν λειτουργεί απλώς ως δείκτης σωματικής κατάστασης, αλλά ως ρυθμιστικός κόμβος που διαμεσολαβεί τη σχέση του ατόμου με το σώμα, τον εαυτό και τους άλλους. Η προσέγγιση αυτή επιδιώκει να γεφυρώσει το βιολογικό με το

ψυχοκοινωνικό επίπεδο, προσφέροντας ένα συνεκτικό πλαίσιο κατανόησης της ευδόκιμης γήρανσης ως διαδικασίας που συγκροτείται μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση λειτουργικότητας, νοήματος και σχέσης. Σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, η στοματική υγεία δεν αναδύεται απλώς ως μία ακόμη παράμετρος της υγείας, αλλά ως το σημείο εκείνο όπου το σώμα γίνεται ορατό, η φροντίδα γίνεται πράξη και η σχέση με τον άλλον αποκτά υλική υπόσταση· ένα πεδίο όπου η παρουσία ή η απουσία φροντίδας δεν δηλώνει μόνο βιολογική κατάσταση, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο παραμένει — ή αποσύρεται — μέσα στη ζωή του.

Η προτεινόμενη οπτική μετατοπίζει τη στοματική υγεία από τη θέση ενός παθητικού δείκτη σε εκείνη ενός ενεργού ρυθμιστικού μηχανισμού. Η έννοια αυτή συνομιλεί με πρόσφατες βιοψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις της στοματικής και συστηματικής υγείας, σύμφωνα με τις οποίες βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν δυναμικά στη διαμόρφωση της υγείας σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Ως «ρυθμιστικός κόμβος», η στοματική υγεία δεν αντανakλά απλώς τη συνολική κατάσταση του ατόμου, αλλά συμμετέχει ενεργά στη διαμόρφωσή της, επηρεάζοντας και επηρεαζόμενη από ένα πλέγμα αλληλεξαρτώμενων διεργασιών.

Στο επίπεδο της σωματικής λειτουργικότητας, η στοματική υγεία συνδέεται άμεσα με βασικές λειτουργίες επιβίωσης, όπως η μάσηση, η κατάποση και η ομιλία. Ωστόσο, η σημασία της υπερβαίνει τη βιολογική της διάσταση, καθώς οι λειτουργίες αυτές αποτελούν ταυτόχρονα μέσα συμμετοχής στον κόσμο. Η διατροφή δεν είναι μόνο θρέψη, αλλά και κοινωνική πράξη· η ομιλία δεν είναι μόνο λειτουργία, αλλά τρόπος ύπαρξης μέσα στη σχέση. Η πρόσφατη βιβλιογραφία (Lokman, Nayan & Choong, 2026) για την oral frailty υποστηρίζει ότι η έκπτωση της στοματικής λειτουργίας συνδέεται με σωματική ευαλωτότητα, μειωμένη διατροφική επάρκεια, περιορισμό της λειτουργικής ικανότητας και επιδείνωση της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους.

Στο επίπεδο της ψυχικής εμπειρίας, η στοματική υγεία επηρεάζει την εικόνα εαυτού, την αυτοεκτίμηση και την αίσθηση αξιοπρέπειας. Το στόμα, ως σημείο ορατό και εκτεθειμένο, γίνεται φορέας ταυτότητας. Όταν η λειτουργία ή η εικόνα του διαταράσσεται, δεν πλήττεται μόνο η άνεση του σώματος, αλλά και η συνοχή του εαυτού. Αντίστροφα, η ψυχική κατάσταση επηρεάζει τη φροντίδα του στόματος, καθιστώντας τη στοματική υγεία ευαίσθητο δείκτη της εσωτερικής ισορροπίας.

Στο επίπεδο της σχέσης, η στοματική υγεία λειτουργεί ως μέσο επικοινωνίας και κοινωνικής ένταξης. Μέσα από το στόμα το άτομο μιλά, χαμογελά, εκφράζεται — υπάρχει για τον άλλον. Όταν η λειτουργία αυτή περιορίζεται, η σχέση γίνεται εύθραυστη και η κοινωνική συμμετοχή μειώνεται. Σε αυτό το πλαίσιο, η μοναξιά δεν αποτελεί εξωτερική συνθήκη, αλλά εμπειρία που εγγράφεται στο σώμα, επηρεάζοντας τη φροντίδα και τη λειτουργικότητα. Η σύνδεση αυτή τεκμηριώνεται από τη συστηματική ανασκόπηση των Hajek, Kretzler & König (2022) που διαπιστώνει ότι η στοματική υγεία σχετίζεται με τη μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση, καθώς και από νεότερες μελέτες που αναδεικνύουν ότι η μοναξιά και η χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή συνδέονται με δυσμενέστερα στοματικά αποτελέσματα και χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία.

Η αυτοφροντίδα αναδύεται ως ο μηχανισμός μέσω του οποίου ο ρυθμιστικός αυτός κόμβος ενεργοποιείται ή αποδυναμώνεται. Η καθημερινή φροντίδα της στοματικής υγείας δεν αποτελεί απλώς πρακτική υγιεινής, αλλά πράξη διατήρησης της σχέσης του ατόμου με τον εαυτό του. Όταν η αυτοφροντίδα διατηρείται, ενισχύεται η λειτουργικότητα, η αυτονομία και η ψυχική σταθερότητα. Όταν διαταράσσεται, ολόκληρο το σύστημα αρχίζει να απορρυθμίζεται.

Στο πλαίσιο αυτό, η ευδόκιμη γήρανση δεν μπορεί να νοηθεί ως αποτέλεσμα μεμονωμένων παραγόντων, αλλά ως προϊόν μιας συνεχούς ρυθμιστικής διεργασίας. Η στοματική υγεία, ως κόμβος, βρίσκεται στο σημείο όπου συγκλίνουν:

- η σωματική ικανότητα
- η ψυχική επεξεργασία
- η κοινωνική σύνδεση
- η συμπεριφορά αυτοφροντίδας

Η διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ αυτών των διαστάσεων καθορίζει την ικανότητα του ατόμου να παραμένει λειτουργικό, συνδεδεμένο και νοηματοδοτημένο μέσα στη ζωή του.

Η θεωρητική αυτή πρόταση επιτρέπει την κατανόηση της γήρανσης όχι ως γραμμικής πορείας φθοράς, αλλά ως δυναμικού πεδίου όπου η φροντίδα, η σχέση και η λειτουργικότητα διαπλέκονται. Η στοματική υγεία αναδεικνύεται έτσι σε ένα από τα πιο απτά και καθημερινά σημεία όπου αυτή η διεργασία γίνεται ορατή.

Με τον τρόπο αυτό, διαμορφώνεται το υπόβαθρο για την ανάπτυξη ενός ενοποιημένου μοντέλου ευδόκιμης γήρανσης, στο οποίο η υγεία δεν περιορίζεται στη βιολογική της διάσταση, αλλά προσεγγίζεται ως εμπειρία που ρυθμίζεται, διατηρείται και νοηματοδοτείται μέσα από τη σχέση.

7.1 Περιορισμοί των Υφιστάμενων Προσεγγίσεων και η Ανάγκη Θεωρητικής Ενοποίησης

Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει επιτευχθεί τις τελευταίες δεκαετίες στη μελέτη της υγείας και της γήρανσης, τα κυρίαρχα θεωρητικά μοντέλα εξακολουθούν να παρουσιάζουν σημαντικούς εννοιολογικούς και μεθοδολογικούς περιορισμούς. Οι περιορισμοί αυτοί σχετίζονται κυρίως με τον κατακερματισμό της γνώσης, την έλλειψη διαθεματικής ενοποίησης και την αδυναμία κατανόησης της υγείας ως δυναμικής και βιωμένης εμπειρίας.

Το βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο εξακολουθεί να αποτελεί το κυρίαρχο επιστημολογικό πλαίσιο σε πολλούς τομείς της υγείας, προσφέρει σημαντικά εργαλεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία των νόσων. Ωστόσο, η εστίασή του στους βιολογικούς μηχανισμούς και στους αντικειμενικούς δείκτες οδηγεί σε μια αναγωγική κατανόηση της υγείας, η οποία παραβλέπει

τη συμβολή των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Engel, 1977). Στο πεδίο της στοματικής υγείας, η προσέγγιση αυτή αποτυπώνεται στην έμφαση σε κλινικούς δείκτες, όπως η τερηδόνα ή η περιοδοντική νόσος, χωρίς επαρκή ενσωμάτωση της υποκειμενικής εμπειρίας και της καθημερινής λειτουργικότητας. Η σύγχρονη έρευνα (Nature Index, 2026) για την OHRQoL ακριβώς αυτό επιχειρεί να καλύψει, εισάγοντας δείκτες που αποτυπώνουν τον πόνο, τους λειτουργικούς περιορισμούς, την ψυχολογική δυσφορία και τη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή ως ουσιώδεις διαστάσεις της στοματικής υγείας.

Αντίστοιχα, τα ψυχολογικά μοντέλα, τα οποία εστιάζουν σε έννοιες όπως η αυτοεκτίμηση, η προσαρμογή και η ψυχική ανθεκτικότητα, συμβάλλουν στην κατανόηση της εσωτερικής εμπειρίας του ατόμου, αλλά συχνά αποσυνδέονται από τη σωματική διάσταση της υγείας. Η ψυχική υγεία εξετάζεται ως διακριτή οντότητα, χωρίς επαρκή αναφορά στους τρόπους με τους οποίους ενσωματώνεται και εκφράζεται μέσω του σώματος.

Παράλληλα, οι κοινωνικές και επιδημιολογικές προσεγγίσεις, ιδίως εκείνες που εστιάζουν στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, αναδεικνύουν τις ανισότητες στην πρόσβαση και τις δομικές επιδράσεις του κοινωνικού πλαισίου (Watt et al., 2019). Ωστόσο, οι προσεγγίσεις αυτές τείνουν να λειτουργούν σε επίπεδο πληθυσμού, περιορίζοντας τη δυνατότητα κατανόησης της υγείας ως βιωμένης εμπειρίας σε ατομικό επίπεδο.

Ακόμη και πιο σύνθετα θεωρητικά σχήματα, όπως το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, παρότι εισήγαγαν μια ολιστική κατανόηση της υγείας, συχνά παραμένουν σε περιγραφικό επίπεδο. Η συνύπαρξη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων αναγνωρίζεται, αλλά δεν αποσαφηνίζονται επαρκώς οι μηχανισμοί μέσω των οποίων οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν, ούτε ο τρόπος με τον οποίο συγκροτούν μια ενιαία εμπειρία (Borrell-Carrió et al., 2004). Το αποτέλεσμα είναι η διατήρηση μιας «παράθεσης διαστάσεων» αντί μιας πραγματικής ενοποίησης.

Στο πεδίο της ευδόκιμης γήρανσης, οι περιορισμοί αυτοί καθίστανται ακόμη πιο εμφανείς. Κλασικά μοντέλα, όπως αυτό των Rowe και Kahn (1997), επικεντρώνονται σε δείκτες όπως η απουσία νόσου και η διατήρηση λειτουργικότητας, χωρίς να ενσωματώνουν επαρκώς την υποκειμενική εμπειρία, το νόημα ζωής και τη σχεσιακή διάσταση της ύπαρξης. Παρά τις μεταγενέστερες επεκτάσεις, η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης παραμένει συχνά αποσπασματική, αδυνατώντας να αποτυπώσει τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ σώματος, ψυχισμού και κοινωνικού πλαισίου.

Ειδικότερα στη στοματική υγεία, η ανάπτυξη της έννοιας της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής (OHRQoL) αποτέλεσε σημαντική εξέλιξη, καθώς εισήγαγε την υποκειμενική εμπειρία στην αξιολόγηση της υγείας (Locker, 1988; Gift et al., 1997). Ωστόσο, ακόμη και αυτή η προσέγγιση παραμένει κυρίως περιγραφική, εστιάζοντας στις επιπτώσεις της στοματικής κατάστασης, χωρίς να ενσωματώνει επαρκώς τους ρυθμιστικούς μηχανισμούς που συνδέουν τη στοματική υγεία με την ψυχική και κοινωνική λειτουργικότητα. Πρόσφατη εργασία (Takeuchi, Maruyama, Toyama, Katsube, Tabuchi & Ekuni, 2026) επιχειρεί να γεφυρώσει αυτό το κενό, δείχνοντας ότι η στοματική υγεία συνδέεται με καταθλιπτικά συμπτώματα, ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και κοινωνική συμμετοχή, γεγονός που ενισχύει την ανάγκη για μοντέλα που δεν περιορίζονται στην περιγραφή συσχετίσεων, αλλά διερευνούν μηχανισμούς διαμεσολάβησης.

Συνολικά, τα υφιστάμενα μοντέλα χαρακτηρίζονται από τρεις βασικούς περιορισμούς:

- *Κατακερματισμός της γνώσης, με διακριτή μελέτη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων*
- *Έλλειψη μηχανιστικής ερμηνείας, όσον αφορά τον τρόπο αλληλεπίδρασης των επιμέρους διαστάσεων*
- *Περιορισμένη ενσωμάτωση της βιωμένης εμπειρίας, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τη σχέση του ατόμου με το σώμα, τον εαυτό και τους άλλους*

Οι περιορισμοί αυτοί υποδεικνύουν την ανάγκη για την ανάπτυξη ενοποιημένων θεωρητικών πλαισίων που να υπερβαίνουν την απλή συνάθροιση παραγόντων και να προσεγγίζουν την υγεία ως δυναμική, ρυθμιζόμενη διεργασία.

Στο πλαίσιο αυτό, η προτεινόμενη θεώρηση της στοματικής υγείας ως ρυθμιστικού κόμβου επιχειρεί να καλύψει αυτό το θεωρητικό κενό. Αντί να αντιμετωπίζει τη στοματική υγεία ως επιμέρους δείκτη ή αποτέλεσμα, την προσεγγίζει ως ενεργό σημείο διαμεσολάβησης μεταξύ σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών διεργασιών. Με τον τρόπο αυτό, εισάγεται μια λειτουργική λογική ενοποίησης, η οποία επιτρέπει την κατανόηση της ευδόκιμης γήρανσης ως προϊόν συνεχούς ρύθμισης και όχι ως στατική κατάσταση.

Η υπέρβαση των περιορισμών αυτών δεν απαιτεί την απόρριψη των υφιστάμενων μοντέλων, αλλά την επανασύνδεσή τους μέσα σε ένα συνεκτικό θεωρητικό σχήμα που να αποτυπώνει τον άνθρωπο όχι ως σύνολο διαστάσεων, αλλά ως ενιαία, δυναμική και σχεσιακή οντότητα.

Η ανάλυση που προηγήθηκε δεν αποσκοπεί στη διατύπωση ενός πλήρως συγκροτημένου θεωρητικού μοντέλου, αλλά στη συστηματική ανάδειξη των εννοιολογικών και λειτουργικών σχέσεων που καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξή του. Η στοματική υγεία, όπως αναδείχθηκε, δεν μπορεί πλέον να θεωρείται ως επιμέρους δείκτης ή ως παθητική αντανάκλαση της συνολικής κατάστασης του ατόμου, αλλά ως ενεργός ρυθμιστικός κόμβος, μέσω του οποίου διαμεσολαβείται η δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ σωματικής λειτουργικότητας, ψυχικής επεξεργασίας, σχεσιακής εμπειρίας και συμπεριφοράς αυτοφροντίδας.

Η θεωρητική αυτή τοποθέτηση μετατοπίζει την κατανόηση της υγείας από ένα σύστημα παράλληλων διαστάσεων σε ένα πεδίο συνεχούς ρύθμισης, όπου οι επιμέρους διεργασίες δεν απλώς συνυπάρχουν, αλλά συγκροτούνται αμοιβαία. Στο πλαίσιο αυτό, η ευδόκιμη γήρανση δεν συνιστά στατική κατάσταση ή αποτέλεσμα μεμονωμένων παραγόντων, αλλά δυναμική

ισορροπία που διαμορφώνεται μέσα από τη συνεχή διαπραγμάτευση μεταξύ σώματος, εαυτού και σχέσης.

Ωστόσο, η κατανόηση αυτής της ρυθμιστικής πολυπλοκότητας δεν μπορεί να ολοκληρωθεί σε καθαρά θεωρητικό επίπεδο. Απαιτεί τη συστηματική εμπειρική διερεύνηση των μηχανισμών μέσω των οποίων οι παραπάνω διαστάσεις αλληλεπιδρούν και συνδιαμορφώνουν την εμπειρία της υγείας στην τρίτη ηλικία.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα διατριβή επιχειρεί να μεταβεί από τη θεωρητική συγκρότηση στην εμπειρική διερεύνηση, εξετάζοντας τις σχέσεις μεταξύ στοματικής υγείας, ψυχικής ευεξίας, μοναξιάς και αυτοφροντίδας σε πληθυσμό ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Τα ευρήματα της έρευνας αυτής θα αξιοποιηθούν για την εμπειρική τεκμηρίωση, αναδιατύπωση και περαιτέρω συγκρότηση των προτεινόμενων εννοιολογικών σχέσεων, καθώς και για τη διαμόρφωση ενός ενοποιημένου μοντέλου ευδόκιμης γήρανσης, το οποίο θα παρουσιαστεί στη συνέχεια.

Υπό αυτή την έννοια, το προτεινόμενο μοντέλο δεν επιχειρεί απλώς να προσθέσει τη στοματική υγεία στα υπάρχοντα σχήματα ευδόκιμης γήρανσης, αλλά να την τοποθετήσει σε θέση κεντρικού ρυθμιστικού μηχανισμού. Η στοματική υγεία λειτουργεί ως σημείο στο οποίο η λειτουργική ικανότητα, η αυτοφροντίδα, η ψυχική ανθεκτικότητα και η κοινωνική σύνδεση μπορούν να μελετηθούν όχι ως παράλληλες μεταβλητές, αλλά ως αλληλοεξαρτώμενες διεργασίες.

Με τον τρόπο αυτό, το παρόν κεφάλαιο δεν ολοκληρώνει τη θεωρητική πρόταση· διαμορφώνει το αναγκαίο εννοιολογικό έδαφος πάνω στο οποίο θα στηριχθούν η εμπειρική διερεύνηση και η τελική διατύπωση του ενοποιημένου μοντέλου. Η προτεινόμενη θεωρητική προσέγγιση μετατοπίζει, επομένως, τη στοματική υγεία από την περιφέρεια στο κέντρο της κατανόησης της γήρανσης. Το στόμα δεν αντιμετωπίζεται πλέον μόνο ως ανατομικό ή λειτουργικό όργανο, αλλά ως τόπος όπου διασταυρώνονται η βιολογική λειτουργία, η ψυχική

επεξεργασία, η εμπειρία της σχέσης και η δυνατότητα του ατόμου να παραμένει παρόν μέσα στη ζωή του. Υπό αυτή την οπτική, η ευδόκιμη γήρανση δεν αφορά απλώς τη διατήρηση της επιβίωσης ή της ανεξαρτησίας, αλλά τη διατήρηση της δυνατότητας του ανθρώπου να φροντίζει, να συνδέεται, να εκφράζεται και να νοηματοδοτεί την ύπαρξή του ακόμη και μέσα στις συνθήκες της φθοράς. Η στοματική υγεία αναδεικνύεται έτσι όχι μόνο ως δείκτης υγείας, αλλά ως μία από τις πιο καθημερινές και ταυτόχρονα πιο βαθιές εκφράσεις της ανθρώπινης συνέχειας.

Ειδικό μέρος

Διερεύνηση της σχέσης της στοματικής υγείας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας με την Ευδόκιμη Γήρανση, τα επίπεδα ψυχικής υγείας και την αυτοφροντίδα τους: Σχεδιασμός του Ερευνητικού Έργου

Η γήρανση αποτελεί μία σύνθετη και πολυπαραγοντική διαδικασία, η οποία δεν περιορίζεται μόνο στις βιολογικές μεταβολές του οργανισμού, αλλά επεκτείνεται στις ψυχολογικές, κοινωνικές και υπαρξιακές διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας. Στο πλαίσιο αυτό, η ευδόκιμη γήρανση αναγνωρίζεται πλέον ως μια δυναμική κατάσταση, που συνδέεται όχι μόνο με την απουσία νόσου, αλλά και με τη διατήρηση της λειτουργικότητας, της ψυχικής ισορροπίας, της κοινωνικής συμμετοχής και της αίσθησης νοήματος στη ζωή.

Η στοματική υγεία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα πεδία της υγείας που δύνανται να επηρεάσουν ουσιαστικά την καθημερινή λειτουργικότητα των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και τη συνολική αντίληψη που διαμορφώνουν για την υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Προβλήματα στη στοματική υγεία μπορεί να οδηγήσουν σε επώδυνες καταστάσεις, δυσφορία, περιορισμό της λειτουργικής ικανότητας και δυσκολίες στη διατροφή, στην επικοινωνία και στην κοινωνική παρουσία του ατόμου, επηρεάζοντας παράλληλα την αυτοεικόνα και την ψυχοκοινωνική του προσαρμογή (Sheiham, 2005).

Παράλληλα, η αύξηση της ηλικίας και η απώλεια δοντιών φαίνεται να συνδέονται με μία σύνθετη και πολυδιάστατη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ποιότητας ζωής, επηρεάζοντας τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική ευεξία των ηλικιωμένων (Steele et al., 2004). Η στοματική υγεία δεν αποτελεί μόνο μία βιολογική κατάσταση, αλλά και μία εμπειρία

που σχετίζεται με την αυτονομία, την κοινωνική αποδοχή, την εικόνα του σώματος και τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί ενεργό ρόλο στην καθημερινότητά του.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή επιχειρεί να προσεγγίσει τη στοματική υγεία όχι απομονωμένα, αλλά ως μέρος ενός ευρύτερου βιοψυχοκοινωνικού πλαισίου. Σκοπός της είναι η διερεύνηση της σχέσης της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων με την ευδόκιμη γήρανση, τα επίπεδα ψυχικής υγείας και την αυτοφροντίδα τους, με στόχο την κατανόηση των μηχανισμών μέσω των οποίων η καθημερινή φροντίδα του εαυτού και ιδιαίτερα η στοματική αυτοφροντίδα συνδέεται με την ποιότητα ζωής και τη συνολική εμπειρία της γήρανσης.

Συγκεκριμένα, οι βασικές ερευνητικές υποθέσεις που εξετάζονται στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης είναι οι ακόλουθες:

- *Οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα στοματικής υγείας αναμένεται να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ευδόκιμης γήρανσης και ψυχικής υγείας.*
- *Η μειωμένη στοματική υγεία αναμένεται να συνδέεται με αυξημένα αισθήματα ντροπής, κοινωνικής ευαλωτότητας και μειωμένης αυτοεκτίμησης, καθώς η στοματική δυσλειτουργία μπορεί να επηρεάζει την κοινωνική εικόνα και την αίσθηση προσωπικής επάρκειας του ατόμου.*

Οι ηλικιωμένοι με χαμηλότερα επίπεδα στοματικής υγείας αναμένεται να εμφανίζουν και χαμηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας, γεγονός που ενδέχεται να αντανakλά μία γενικότερη αποδυνάμωση των μηχανισμών αυτορρύθμισης και καθημερινής φροντίδας του εαυτού.

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται θεωρητικά στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο διατυπώθηκε από τον George Engel και ανέδειξε την ανάγκη κατανόησης της υγείας ως αποτέλεσμα της δυναμικής αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Μέσα από αυτή την οπτική, η γήρανση προσεγγίζεται όχι ως μια γραμμική βιολογική φθορά, αλλά ως μια σύνθετη ανθρώπινη εμπειρία που οργανώνεται μέσα από το σώμα, τις σχέσεις, τη λειτουργικότητα και την υποκειμενική εμπειρία του ατόμου.

8.1 Θεωρητική Αφετηρία και Επιστημολογική Θέση

Όπως παρουσιάστηκε στο γενικό μέρος και στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας εργασίας, η μελέτη εδράζεται σε μια βιοψυχοκοινωνική και προσωποκεντρική προσέγγιση της γήρανσης. Η θεωρητική της αφετηρία βασίζεται στην παραδοχή ότι η ανθρώπινη υγεία δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά μέσα από βιοϊατρικούς δείκτες, αλλά απαιτεί τη συνεξέταση των ψυχολογικών διεργασιών, των κοινωνικών σχέσεων, της καθημερινής λειτουργικότητας και της υποκειμενικής εμπειρίας του ατόμου.

Η παρούσα εργασία υιοθετεί μια επιστημολογική θέση που αναγνωρίζει ότι οι βιολογικές μεταβολές της γήρανσης νοηματοδοτούνται μέσα από το προσωπικό και κοινωνικό βίωμα του ηλικιωμένου ανθρώπου. Η απώλεια λειτουργικότητας, η σωματική φθορά ή οι μεταβολές στη στοματική υγεία δεν αντιμετωπίζονται μόνο ως οργανικές διαταραχές, αλλά ως εμπειρίες που επηρεάζουν την αυτοεικόνα, την κοινωνική παρουσία, την αυτονομία και την ψυχική ισορροπία του ατόμου.

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στην έννοια της αυτοφροντίδας, η οποία προσεγγίζεται όχι μόνο ως συμπεριφορική πρακτική, αλλά και ως διαδικασία αυτορρύθμισης, διατήρησης της συνέχειας του εαυτού και ενεργού συμμετοχής στη ζωή. Η αυτοφροντίδα συνδέεται με τη δυνατότητα του ατόμου να παραμένει ψυχικά και λειτουργικά εμπλεκόμενο με τον εαυτό και το περιβάλλον του, ακόμη και υπό συνθήκες βιολογικής ευαλωτότητας.

Μέσα από αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, η ευδόκιμη γήρανση δεν νοείται ως ιδανική ή πλήρως απαλλαγμένη από δυσκολίες κατάσταση, αλλά ως μια δυναμική διαδικασία προσαρμογής, νοήματος και διατήρησης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας στην πορεία του χρόνου.

8.2 Αναγκαιότητα της Έρευνας

Οι δημογραφικές μεταβολές των τελευταίων δεκαετιών έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων διεθνώς, γεγονός που καθιστά τη μελέτη της

γήρανσης και των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ιδιαίτερα σημαντική τόσο σε επιστημονικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Παρά την πρόοδο της ιατρικής και τη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής, η αύξηση των χρόνιων νοσημάτων, της λειτουργικής έκπτωσης, της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης εξακολουθούν να επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινότητα πολλών ηλικιωμένων ανθρώπων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική υγεία συχνά υποεκτιμάται, παρότι επηρεάζει ουσιαστικά τη διατροφή, την επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση, την αυτοεκτίμηση και τη συνολική ποιότητα ζωής.

Ταυτόχρονα, η βιβλιογραφία αναδεικνύει ολοένα και περισσότερο τη σημασία της αυτοφροντίδας ως βασικού παράγοντα πρόληψης, διατήρησης της λειτουργικότητας και ψυχικής ανθεκτικότητας στην τρίτη ηλικία. Ωστόσο, οι σχέσεις μεταξύ στοματικής υγείας, αυτοφροντίδας, ψυχικής υγείας και ευδόκιμης γήρανσης εξακολουθούν να παρουσιάζουν ερευνητικά κενά, ιδιαίτερα στο πλαίσιο ολοκληρωμένων βιοψυχοκοινωνικών προσεγγίσεων. Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να συμβάλει στην κάλυψη αυτού του κενού, διερευνώντας τις παραπάνω μεταβλητές όχι αποσπασματικά, αλλά ως αλληλεπιδρώντα πεδία της εμπειρίας της γήρανσης.

8.3 Σκοπός του Ερευνητικού Έργου

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων ατόμων με τη στοματική υγεία, την αυτοφροντίδα, την ψυχική υγεία και την ευδόκιμη γήρανση. Επιπλέον, η μελέτη στοχεύει:

- *στη διερεύνηση του ρόλου της αυτοφροντίδας ως πιθανού μηχανισμού σύνδεσης της στοματικής υγείας με την ψυχική ευεξία,*
- *στην κατανόηση της επίδρασης ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση,*

- *καθώς και στην ανάδειξη των παραγόντων που ενδέχεται να ενισχύουν ή να αποδυναμώνουν τη δυνατότητα των ηλικιωμένων ατόμων να διατηρούν ποιότητα ζωής και λειτουργικότητα κατά τη γήρανση.*

8.4 Ερευνητικά Ερωτήματα

Με βάση το θεωρητικό πλαίσιο και τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης διαμορφώνονται ως εξής:

- *Ποια είναι η σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ευδόκιμης γήρανσης στους ηλικιωμένους;*
- *Πώς συνδέεται η στοματική υγεία με τα επίπεδα ψυχικής υγείας και ψυχολογικής ευεξίας;*
- *Ποιος είναι ο ρόλος της αυτοφροντίδας στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής υγείας;*
- *Πώς επηρεάζουν παράγοντες όπως η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση την εμπειρία της γήρανσης;*
- *Ποια βιοψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά σχετίζονται περισσότερο με την ευδόκιμη γήρανση και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων;*

8.5 Σχεδιασμός της Έρευνας

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε ως ποσοτική, διατομεακή ερευνητική μελέτη, με στόχο τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών σε πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων.

Ο σχεδιασμός της έρευνας βασίστηκε στη χρήση σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων και ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς, τα οποία επιτρέπουν τη συστηματική αποτύπωση τόσο βιολογικών όσο και ψυχοκοινωνικών παραμέτρων της γήρανσης. Η επιλογή της ποσοτικής μεθοδολογίας κρίθηκε κατάλληλη για τη διερεύνηση σύνθετων σχέσεων μεταξύ μεταβλητών και για την αξιολόγηση πιθανών μηχανισμών σύνδεσης μεταξύ της στοματικής υγείας, της αυτοφροντίδας και της ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, ο σχεδιασμός της έρευνας ενσωματώνει την αρχή της μεθοδολογικής συνέπειας μεταξύ θεωρητικού πλαισίου, ερευνητικών ερωτημάτων και στατιστικής ανάλυσης, με στόχο τη διαμόρφωση μιας συνεκτικής και επιστημονικά τεκμηριωμένης προσέγγισης της γήρανσης ως πολυδιάστατου φαινομένου.

8.6 Δομή των Επόμενων Κεφαλαίων

Το παρόν κεφάλαιο λειτουργεί ως θεωρητικό και μεθοδολογικό σημείο μετάβασης από το γενικό μέρος της διατριβής προς την εμπειρική διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Μέσα από τη θεωρητική θεμελίωση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου και της έννοιας της ευδόκιμης γήρανσης, διαμορφώνεται το εννοιολογικό πλαίσιο πάνω στο οποίο οργανώνεται η πρωτογενής ερευνητική διαδικασία.

Στα επόμενα κεφάλαια παρουσιάζονται διαδοχικά οι επιμέρους ερευνητικές ενότητες της διατριβής, οι οποίες εξετάζουν τη γήρανση ως μια σύνθετη και πολυδιάστατη εμπειρία, όπου αλληλεπιδρούν η στοματική υγεία, η αυτοφροντίδα, η ψυχική υγεία, η μοναξιά, η κοινωνική συμμετοχή και η καθημερινή λειτουργικότητα.

Αρχικά παρουσιάζονται η μεθοδολογία της έρευνας, τα χαρακτηριστικά του δείγματος, τα ψυχομετρικά εργαλεία και οι διαδικασίες συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων. Στη συνέχεια, αναλύονται οι επιμέρους ερευνητικές υποενότητες, μέσα από τις οποίες διερευνώνται:

- *η σχέση της στοματικής υγείας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής,*
- *ο ρόλος της αυτοφροντίδας ως μηχανισμού διατήρησης της λειτουργικότητας και της ψυχικής ευεξίας,*
- *η επίδραση της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης στην εμπειρία της γήρανσης,*
- *καθώς και οι βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συνδέονται με την ευδόκιμη γήρανση.*

Παράλληλα, εξετάζονται επιμέρους διαστάσεις της καθημερινής εμπειρίας των ηλικιωμένων, όπως ο ύπνος, η συναισθηματική ευαλωτότητα και η κοινωνική λειτουργικότητα, με στόχο τη

διαμόρφωση μιας περισσότερο ενοποιημένης κατανόησης της γήρανσης ως δυναμικής διαδικασίας προσαρμογής και νοηματοδότησης της ζωής.

Η δομή των κεφαλαίων ακολουθεί μια λογική σταδιακής εμβάθυνσης: από τη μεθοδολογική οργάνωση και την εμπειρική διερεύνηση των επιμέρους μεταβλητών, προς τη σύνθεση και ερμηνεία των ευρημάτων υπό το πρίσμα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου. Με τον τρόπο αυτό, η παρούσα διατριβή επιχειρεί να προσεγγίσει τη στοματική υγεία όχι ως απομονωμένο κλινικό φαινόμενο, αλλά ως δυναμικό στοιχείο της ανθρώπινης εμπειρίας, που συνδέεται με τη λειτουργικότητα, την αυτονομία, την ψυχική ισορροπία και τη δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει ενεργά παρών στη ζωή του κατά τη γήρανση.

Διερεύνηση της Σχέσης της Στοματικής Υγείας των Ατόμων Μεγαλύτερης Ηλικίας με την Ευδόκιμη Γήρανση, την Ποιότητα Ψυχοσωματικής Υγείας και την Αυτοφροντίδα τους

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μία από τις σημαντικότερες δημογραφικές και κοινωνικές προκλήσεις των σύγχρονων κοινωνιών, μετατοπίζοντας το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας από την απλή επιβίωση προς την ποιότητα ζωής και την ευδόκιμη γήρανση. Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία αναγνωρίζεται πλέον όχι μόνο ως βιολογική ή λειτουργική παράμετρος, αλλά ως ουσιώδης διάσταση της συνολικής υγείας, της αυτοεικόνας, της κοινωνικής συμμετοχής και της ψυχολογικής ευημερίας των ηλικιωμένων ατόμων.

Η διεθνής βιβλιογραφία, όπως αναδείχθηκε στο θεωρητικό μέρος της παρούσας διατριβής, έχει αναδείξει ότι τα προβλήματα της στοματικής υγείας μπορούν να επηρεάσουν τη διατροφή, την επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων, οδηγώντας συχνά σε συναισθήματα ντροπής, περιορισμού και κοινωνικής απόσυρσης. Παράλληλα, η απώλεια δοντιών, ο χρόνιος πόνος και η μειωμένη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής και επιβάρυνση της ψυχικής υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, η έννοια της στοματικής υγείας έχει μετακινηθεί από ένα στενά βιοϊατρικό μοντέλο προς μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, όπου η εμπειρία του ατόμου, η καθημερινή λειτουργικότητα, οι κοινωνικές σχέσεις και οι ψυχολογικές διεργασίες αποκτούν κεντρικό ρόλο. Στο πλαίσιο αυτό, η αυτοφροντίδα φαίνεται να λειτουργεί ως κρίσιμος μηχανισμός διατήρησης της υγείας, της αυτονομίας και της αίσθησης συνέχειας του εαυτού κατά τη διαδικασία της γήρανσης.

9.1 Ερευνητικό κενό & σκοπός της μελέτης

Παρά την αυξανόμενη ερευνητική ενασχόληση με τη σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής, η υπάρχουσα βιβλιογραφία παραμένει κατακερματισμένη. Οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν είτε αποκλειστικά στις κλινικές διαστάσεις της στοματικής υγείας είτε σε επιμέρους ψυχολογικούς και λειτουργικούς δείκτες, χωρίς να εξετάζουν ολιστικά τη δυναμική σχέση μεταξύ στοματικής υγείας, ψυχικής υγείας, αυτοφροντίδας και ευδόκιμης γήρανσης.

Επιπλέον, περιορισμένος αριθμός μελετών έχει διερευνήσει τη στοματική υγεία ως παράγοντα που επηρεάζει όχι μόνο τη λειτουργικότητα αλλά και βαθύτερες ψυχοκοινωνικές διεργασίες, όπως η αυτοεκτίμηση, η κοινωνική συμμετοχή, η μοναξιά και η δυνατότητα του ηλικιωμένου ατόμου να διατηρεί ενεργή σχέση φροντίδας με τον εαυτό του.

Ιδιαίτερα στον ελληνικό πληθυσμό, παραμένει περιορισμένη η ερευνητική γνώση σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η στοματική υγεία συνδέεται με την ευδόκιμη γήρανση και την αυτοφροντίδα, μέσα από ένα ολοκληρωμένο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο.

9.1.1 Σκοπός της Πρωτογενούς Έρευνας

Γενικός στόχος της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση της σχέσης της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων με την ευδόκιμη γήρανση, τα επίπεδα ψυχικής υγείας και την αυτοφροντίδα τους, μέσα από ένα ολιστικό βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο προσέγγισης.

Ειδικότερα, η μελέτη αποσκοπεί:

- στην κατανόηση της επίδρασης της στοματικής υγείας στην ψυχική και κοινωνική ευημερία των ηλικιωμένων,
- στη διερεύνηση του ρόλου της αυτοφροντίδας ως πιθανού μηχανισμού σύνδεσης μεταξύ στοματικής υγείας και ευδόκιμης γήρανσης,

- *καθώς και στην ανάδειξη παραγόντων που μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη παρεμβάσεων προαγωγής της ποιότητας ζωής και της υγιούς γήρανσης στον ηλικιωμένο πληθυσμό.*

Η παρούσα πρωτογενής έρευνα φιλοδοξεί να συμβάλει θεωρητικά και κλινικά στη μετατόπιση της στοματικής υγείας από μια απομονωμένη κλινική παράμετρο σε μια κεντρική διάσταση της συνολικής ανθρώπινης εμπειρίας της γήρανσης.

9.2 Υλικό και μέθοδος

9.2.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία

Η παρούσα συγχρονική (διατομεακή) μελέτη διεξήχθη κατά την περίοδο από τον Ιούλιο του 2024 έως και τον Ιούλιο του 2025, στο Επιστημονικό Εργαστήριο Ψυχολογίας και Προσωποκεντρικής Φροντίδας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από ενήλικα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ελληνικής καταγωγής που διαμένουν στην Ελλάδα. Η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας, η οποία ανήκει στις μεθόδους δειγματοληψίας μη πιθανότητας, με στόχο τη συγκρότηση ενός ομοιογενούς δείγματος ως προς την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, οι Έλληνες μεγαλύτερης ηλικίας, άνω των 60 ετών είναι 1.500.000 (https://www.statistics.gr/documents/20181/18330371/GreeceInFigures_2024_Q1_GR_.pdf/004a7ef9-e329-6022-3525-9cbef65cd350). Λόγω του ότι ο καθορισμός του αντιπροσωπευτικού ερευνητικού δείγματος εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως το επίπεδο εμπιστοσύνης (confidence level), το αποδεκτό περιθώριο σφάλματος (margin of error), και την ποικιλομορφία (variability) του πληθυσμού, ακολουθήθηκε η παρακάτω γενική κατευθυντήρια γραμμή:

Για τον ορισμό Επιπέδου Εμπιστοσύνης (Confidence Level) χρησιμοποιήθηκαν τα επίπεδα εμπιστοσύνης 95% ή 99%. Το 95% αντιστοιχεί σε Z-score 1.96, ενώ το 99% αντιστοιχεί σε Z-

score 2.576, με ορισμό Αποδεκτού Περιθωρίου Σφάλματος (Margin of Error) το 5% ή 3%, μια και όσο μικρότερο είναι το περιθώριο σφάλματος, τόσο μεγαλύτερο θα είναι το απαιτούμενο δείγμα. Ως προς την εκτίμηση Διακύμανσης του Πληθυσμού (Population Variability), λόγω του ότι δεν υπάρχουν προηγούμενα δεδομένα, η μέγιστη διακύμανση (πιο συντηρητική προσέγγιση) είναι 50% (0.5).

Χρησιμοποιώντας την τυπική φόρμουλα για τον υπολογισμό του μεγέθους του δείγματος

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{E^2}$$

Όπου: n είναι το μέγεθος του δείγματος, Z είναι το Z-score που αντιστοιχεί στο επίπεδο εμπιστοσύνης, p είναι η εκτιμώμενη αναλογία του πληθυσμού (0.5 για μέγιστη διακύμανση) και E είναι το περιθώριο σφάλματος.

Εφόσον ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 60 ετών στην Ελλάδα είναι γνωστός και πεπερασμένος 1.500.000 στην προκειμένη περίπτωση, θα χρησιμοποιηθεί η προσαρμογή:

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

Όπου: n' είναι το προσαρμοσμένο μέγεθος του δείγματος για πεπερασμένο πληθυσμό και N το συνολικό μέγεθος του πληθυσμού (1.500.000). Πιο συγκεκριμένα, για επίπεδο εμπιστοσύνης 95% και περιθώριο σφάλματος 5%:

Υπολογισμός Αρχικού Δείγματος:
$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot (1-0.5)}{(0.05)^2} = \frac{3.8416 \cdot 0.25}{0.0025} = 384.16$
Προσαρμογή για Πεπερασμένο Πληθυσμό
$n' = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16-1}{1.500.000}} = \frac{384.16}{1+0.000256} \approx 384$

Το τελικό μέγεθος του δείγματος είναι περίπου 384 για τον πληθυσμό των 1.500.000 Ελλήνων μεγαλύτερης ηλικίας με 95% επίπεδο εμπιστοσύνης και 5% περιθώριο σφάλματος. Αυτός ο αριθμός μπορεί να προσαρμοστεί εάν τελικά αλλάξουμε τις παραδοχές για το επίπεδο εμπιστοσύνης ή το περιθώριο σφάλματος, μια και στην ερευνητική πορεία, μπορεί να απαιτηθεί διαφορετική προσέγγιση ή μεγαλύτερο δείγμα για να καλυφθούν άλλες παράμετροι ή να βελτιωθεί η ακρίβεια των αποτελεσμάτων.

Δειγματοληψία

Στην παρούσα μελέτη εφαρμόστηκε η μέθοδος της σκόπιμης δειγματοληψίας (purposive sampling), η οποία εντάσσεται στις τεχνικές δειγματοληψίας μη πιθανότητας (Ιωσηφίδης, 2008). Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου κρίθηκε κατάλληλη λόγω της ανάγκης προσέγγισης ατόμων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που συνδέονται άμεσα με τους στόχους της έρευνας, δηλαδή ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας ελληνικής καταγωγής που διαμένουν στην Ελλάδα.

Η δειγματοληψία μη πιθανότητας αναφέρεται σε διαδικασίες επιλογής συμμετεχόντων κατά τις οποίες δεν διαθέτουν όλα τα μέλη του πληθυσμού ίση πιθανότητα ένταξης στο δείγμα (Groves et al., 2009). Στο πλαίσιο της σκόπιμης δειγματοληψίας, ο ερευνητής επιλέγει συμμετέχοντες βάσει προκαθορισμένων θεωρητικών και ερευνητικών κριτηρίων, με σκοπό τη συλλογή δεδομένων που θεωρούνται περισσότερο κατάλληλα και συναφή προς το υπό διερεύνηση φαινόμενο (Σιάρδος, 2005).

Ειδικότερα, στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ομοιογενής σκόπιμη δειγματοληψία (homogeneous purposive sampling), καθώς όλοι οι συμμετέχοντες μοιράζονταν ένα βασικό κοινό χαρακτηριστικό, δηλαδή την ένταξή τους στην ομάδα των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας. Η επιλογή ομοιογενούς δείγματος ενισχύει τη δυνατότητα εις βάθος διερεύνησης εμπειριών και χαρακτηριστικών που αφορούν μια συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα (Gay, Mills, & Airasian, 2017).

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από την Άνοιξη του 2024 έως την Άνοιξη του 2025. Ο σχεδιασμός της δειγματοληψίας βασίστηκε στην προσπάθεια εξασφάλισης όσο το δυνατόν μεγαλύτερης αντιπροσωπευτικότητας του υπό μελέτη πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη τους πρακτικούς περιορισμούς που σχετίζονται με τη χρονική διάρκεια της συλλογής δεδομένων, τη διαθεσιμότητα των συμμετεχόντων και το μέγεθος του δείγματος. Στόχος της δειγματοληπτικής διαδικασίας ήταν η κατά το δυνατόν επαρκής αποτύπωση χαρακτηριστικών του ελληνικού πληθυσμού ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας.

Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν τα ακόλουθα:

Οι συμμετέχοντες να είναι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, ελληνικής καταγωγής και μόνιμοι κάτοικοι Ελλάδας.

Να υπάρχει εθελοντική επιθυμία συμμετοχής στην έρευνα, κατόπιν ενημέρωσης για τον σκοπό και τη διαδικασία της μελέτης.

Η αξιολόγηση της καταλληλότητας των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε από τον υποψήφιο διδάκτορα-ερευνητή σε συνεργασία με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας διδακτορικής διατριβής, σύμφωνα με τα προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης.

Πριν από τη συμμετοχή τους, τα άτομα ενημερώθηκαν αναλυτικά για τον σκοπό της μελέτης, τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων, καθώς και για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και του απορρήτου. Για την προστασία των προσωπικών δεδομένων, κάθε συμμετέχων δημιούργησε έναν μοναδικό ατομικό κωδικό, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε αντί στοιχείων ταυτοποίησης, όπως το ονοματεπώνυμο. Επιπλέον, η συμπλήρωση και διαχείριση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, περιορίζοντας τον κίνδυνο διαρροής προσωπικών πληροφοριών και ενισχύοντας το κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ ερευνητών και συμμετεχόντων.

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας και συνεννόησης με τους συμμετέχοντες του δείγματος.

9.2.2 Διαδικασία δειγματοληψίας

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε υπό προκαθορισμένες και τυποποιημένες συνθήκες χορήγησης, με στόχο τη διασφάλιση της μεθοδολογικής συνέπειας, της συγκρισιμότητας των δεδομένων και της αξιοπιστίας των αποκρίσεων. Η διαδικασία διεξήχθη με ενιαίο πρωτόκολλο συλλογής δεδομένων, προκειμένου να περιοριστούν πιθανές πηγές συστηματικού σφάλματος και διαφοροποιήσεις που σχετίζονται με το περιβάλλον συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερευνητικά εργαλεία είτε αυτοσυμπληρούμενα είτε, όπου αυτό κρίθηκε αναγκαίο, με την υποστηρικτική παρουσία εκπαιδευμένου ερευνητικού προσωπικού. Η παρεχόμενη υποστήριξη περιοριζόταν αποκλειστικά σε διευκρινίσεις σχετικά με τη διαδικασία και τη νοηματική κατανόηση των ερωτήσεων, χωρίς οποιαδήποτε παρέμβαση ή καθοδήγηση που θα μπορούσε να επηρεάσει το περιεχόμενο των απαντήσεων ή τη φυσική έκφραση των συμμετεχόντων. Η προσέγγιση αυτή εφαρμόστηκε με σκοπό τη μείωση πιθανών σφαλμάτων κατανόησης και τη βελτίωση της εγκυρότητας των συλλεγόμενων δεδομένων.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διασφάλιση της ανωνυμίας, της εμπιστευτικότητας και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας. Δεν συλλέχθηκαν άμεσα προσωπικά αναγνωριστικά στοιχεία, ενώ όλα τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν με μοναδικούς αριθμητικούς κωδικούς και αποθηκεύτηκαν σε προστατευμένη ηλεκτρονική βάση δεδομένων με περιορισμένη πρόσβαση αποκλειστικά στους ερευνητές της μελέτης.

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής δεδομένων, πραγματοποιήθηκε συστηματικός έλεγχος ποιότητας, ο οποίος περιλάμβανε αξιολόγηση της πληρότητας των ερωτηματολογίων, εντοπισμό ελλειπουσών τιμών, έλεγχο λογικής συνέπειας των απαντήσεων και επαλήθευση

της ορθότητας της καταχώρησης των δεδομένων. Η διαδικασία αυτή αποσκοπούσε στη διασφάλιση της εσωτερικής συνοχής, της αξιοπιστίας και της καταλληλότητας του τελικού συνόλου δεδομένων για στατιστική ανάλυση.

9.2.3 Δεοντολογικές διασφαλίσεις και έλεγχος συμμετοχής

Η παρούσα μελέτη υλοποιήθηκε σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας που διέπουν την έρευνα σε ανθρώπινους πληθυσμούς, με ιδιαίτερη έμφαση στον σεβασμό της αυτονομίας των συμμετεχόντων, στη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας και στην προστασία των προσωπικών δεδομένων. Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και προϋπέθετε την ενημερωμένη συναίνεση των συμμετεχόντων πριν από την ένταξή τους στην ερευνητική διαδικασία.

Πριν από τη συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε έλεγχος καταλληλότητας των υποψηφίων συμμετεχόντων βάσει των προκαθορισμένων κριτηρίων ένταξης της μελέτης. Η διαδικασία αυτή διενεργήθηκε από τον υποψήφιο διδάκτορα σε συνεργασία με την επιβλέπουσα καθηγήτρια, με στόχο τη διασφάλιση της μεθοδολογικής συνέπειας και της ορθής εφαρμογής του ερευνητικού πρωτοκόλλου.

Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά σχετικά με τον σκοπό της έρευνας, τη φύση της συμμετοχής τους, τις διαδικασίες συλλογής και διαχείρισης των δεδομένων, καθώς και για τα δικαιώματά τους στο πλαίσιο της μελέτης. Επιπλέον, διευκρινίστηκε ότι η συμμετοχή ήταν απολύτως προαιρετική και ότι είχαν τη δυνατότητα αποχώρησης από τη μελέτη σε οποιοδήποτε στάδιο, χωρίς καμία επίπτωση ή υποχρέωση αιτιολόγησης της απόφασής τους.

Για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας, δεν συλλέχθηκαν άμεσα προσωπικά αναγνωριστικά στοιχεία. Σε κάθε συμμετέχοντα αποδόθηκε μοναδικός κωδικός ταυτοποίησης, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Τα δεδομένα αποθηκεύτηκαν σε προστατευμένο ηλεκτρονικό αρχείο με περιορισμένη πρόσβαση μόνο στα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Η εφαρμογή των ανωτέρω διαδικασιών αποσκοπούσε τόσο στη συμμόρφωση με τις απαιτήσεις της ερευνητικής δεοντολογίας όσο και στη μείωση πιθανών πηγών συστηματικού σφάλματος, όπως η μεροληψία κοινωνικής επιθυμητότητας, ενισχύοντας κατ' επέκταση την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των συλλεγόμενων δεδομένων.

9.2.4 Ηθικά ζητήματα της έρευνας

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της βιοηθικής και της ερευνητικής δεοντολογίας που διέπουν την έρευνα σε ανθρώπινους πληθυσμούς, καθώς και σύμφωνα με τα ισχύοντα διεθνή και ευρωπαϊκά κανονιστικά πλαίσια προστασίας των συμμετεχόντων. Η ερευνητική διαδικασία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο διδακτορικής διατριβής του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, υπό την επιστημονική εποπτεία του Εργαστηρίου Ψυχολογίας και Προσωποκεντρικής Φροντίδας.

Η μελέτη έλαβε προηγουμένως έγκριση από την αρμόδια Επιτροπή Δεοντολογίας και Ηθικής της Έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Αριθμός Πρωτοκόλλου: 27934/24-07-2024), διασφαλίζοντας τη συμμόρφωση με τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι και με τις προβλέψεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (General Data Protection Regulation – GDPR).

Πριν από την ένταξή τους στη μελέτη, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά σχετικά με τον σκοπό, τη μεθοδολογία και τις διαδικασίες της έρευνας, καθώς και για τα δικαιώματά τους ως συμμετέχοντες. Η συμμετοχή πραγματοποιήθηκε μόνο μετά την παροχή ενημερωμένης συγκατάθεσης, η οποία λήφθηκε ηλεκτρονικά. Τονίστηκε ότι η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική και ότι οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα να αποχωρήσουν από τη μελέτη οποιαδήποτε χρονική στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια ή υποχρέωση αιτιολόγησης της απόφασής τους.

Ιδιαίτερη μέριμνα δόθηκε στη διασφάλιση της ανωνυμίας, της εμπιστευτικότητας και της ασφαλούς διαχείρισης των δεδομένων. Δεν συλλέχθηκαν άμεσα προσωπικά αναγνωριστικά

στοιχεία, ενώ όλα τα δεδομένα καταγράφηκαν μέσω διαδικασίας ανώνυμης κωδικοποίησης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε υπό συνθήκες που εξασφάλιζαν την ιδιωτικότητα και την ανεπηρέαστη έκφραση των συμμετεχόντων, περιορίζοντας πιθανές πηγές συστηματικού σφάλματος, όπως η μεροληψία κοινωνικής επιθυμητότητας.

Τα δεδομένα αποθηκεύτηκαν σε προστατευμένο ψηφιακό περιβάλλον με ελεγχόμενη πρόσβαση αποκλειστικά από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Η συνολική ερευνητική διαδικασία σχεδιάστηκε με τρόπο που να ελαχιστοποιεί οποιαδήποτε πιθανή ψυχολογική, κοινωνική ή άλλη επιβάρυνση των συμμετεχόντων, διασφαλίζοντας παράλληλα τον σεβασμό της αξιοπρέπειας, της αυτονομίας και της ιδιωτικότητάς τους.

9.3 Μεταβλητές και εργαλεία μέτρησης

9.3.1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, σχεδιασμένο για την αποτύπωση των δημογραφικών και κοινωνικών παραμέτρων που πλαισιώνουν την ανθρώπινη εμπειρία και την καθημερινή λειτουργικότητα. Συλλέχθηκαν στοιχεία που αφορούσαν την ηλικία, το φύλο, το ύψος και το βάρος, καθώς και πτυχές της κοινωνικής και οικογενειακής ζωής, όπως η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, ο αριθμός αδελφών και παιδιών, η επαγγελματική κατάσταση και ο τόπος κατοικίας.

Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, ως ενός αόρατου αλλά καθοριστικού ιστού που διαπερνά την καθημερινότητα του ατόμου. Ειδικότερα, αξιολογήθηκε ο βαθμός στον οποίο οι συμμετέχοντες αισθάνονταν ότι διαθέτουν πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη από το κοινωνικό τους περιβάλλον, φωτίζοντας όχι μόνο τις αντικειμενικές κοινωνικές συνθήκες, αλλά και τη βιωμένη αίσθηση παρουσίας, φροντίδας και διαθεσιμότητας των σημαντικών άλλων.

9.3.2 Δείκτης Αξιολόγησης Στοματικής Υγείας GOHAI

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), η οποία αναπτύχθηκε από τους Kathryn A. Atchison και συνεργάτες ως εργαλείο αυτοαναφοράς για την εκτίμηση της στοματικής υγείας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η GOHAI αποτελεί ένα από τα πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία στη γηριατρική οδοντιατρική και έχει τεκμηριωμένη εφαρμογή τόσο σε κλινικά όσο και σε κοινοτικά πλαίσια.

Η κλίμακα εστιάζει κυρίως στις λειτουργικές και συμπτωματικές διαστάσεις της στοματικής υγείας, όπως οι δυσκολίες στη μάσηση, στην κατάποση και στην ομιλία, καθώς και στην παρουσία πόνου ή δυσφορίας. Παράλληλα, περιλαμβάνει ψυχοκοινωνικές διαστάσεις που σχετίζονται με την ανησυχία για τη στοματική κατάσταση, τη δυσαρέσκεια από την εμφάνιση και την αποφυγή κοινωνικών αλληλεπιδράσεων λόγω στοματικών προβλημάτων. Σε σύγκριση με άλλα εργαλεία μέτρησης της στοματικής ποιότητας ζωής, όπως το OHIP-14, η GOHAI θεωρείται περισσότερο ευαίσθητη στην ανίχνευση λειτουργικών περιορισμών και καθημερινών δυσκολιών σε πληθυσμούς μεγαλύτερης ηλικίας. Η GOHAI αποτελείται από 12 ερωτήματα και οργανώνεται σε τρεις βασικές διαστάσεις:

- α) φυσική λειτουργία,
- β) ψυχοκοινωνική λειτουργία και
- γ) πόνος ή δυσφορία που σχετίζεται με τη στοματική υγεία.

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας σε διαφορετικά πολιτισμικά και γλωσσικά περιβάλλοντα, ενώ το εργαλείο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί σε πληθώρα γλωσσών. Για τον ελληνικό πληθυσμό, η κλίμακα έχει σταθμιστεί και παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha = 0.88$), επιβεβαιώνοντας την καταλληλότητά της για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Gkavela et al., 2015).

9.3.3 Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36

Για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 (Short Form Health Survey-36), το οποίο αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της μελέτης Medical Outcomes Study (MOS) από τον John Ware και τους συνεργάτες του. Το SF-36 αποτελεί ένα από τα πλέον διαδεδομένα γενικά εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικές ομάδες.

Το εργαλείο περιλαμβάνει 36 ερωτήματα που αξιολογούν οκτώ επιμέρους διαστάσεις της υγείας:

- φυσική λειτουργικότητα,
- περιορισμοί λόγω σωματικών προβλημάτων,
- σωματικός πόνος,
- γενική αντίληψη της υγείας,
- ζωτικότητα,
- κοινωνική λειτουργικότητα,
- περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων και
- ψυχική υγεία.

Οι οκτώ επιμέρους διαστάσεις συνοψίζονται σε δύο ευρύτερους δείκτες: τον δείκτη σωματικής υγείας (Physical Component Summary – PCS) και τον δείκτη ψυχικής υγείας (Mental Component Summary – MCS). Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 100, με υψηλότερες τιμές να αντανakλούν καλύτερη αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας και ποιότητα ζωής.

Το SF-36 είναι κατάλληλο για αυτοσυμπλήρωση ή χορήγηση μέσω συνέντευξης και έχει αποδειχθεί ότι διαθέτει υψηλή αξιοπιστία, εγκυρότητα και διαπολιτισμική προσαρμοστικότητα. Η ελληνική έκδοση της κλίμακας έχει παρουσιάσει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά στον ελληνικό πληθυσμό, υποστηρίζοντας την αξιοπιστία και

εγκυρότητα της χρήσης της σε ερευνητικά και κλινικά πλαίσια (Pappa, Kontodimopoulos, & Niakas, 2005).

9.3.4 Κλίμακα Συναισθηματικής και Κοινωνικής Μοναξιάς

Για την αξιολόγηση της μοναξιάς χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Συναισθηματικής και Κοινωνικής Μοναξιάς των Jenny de Jong Gierveld και Theo van Tilburg. Η κλίμακα αναπτύχθηκε με σκοπό τη μέτρηση της μοναξιάς ως πολυδιάστατης εμπειρίας, διακρίνοντας τη συναισθηματική μοναξιά από την κοινωνική μοναξιά.

Η συναισθηματική μοναξιά αναφέρεται στην απουσία στενών, ουσιαστικών και συναισθηματικά σημαντικών σχέσεων, ενώ η κοινωνική μοναξιά αφορά την έλλειψη ευρύτερου κοινωνικού δικτύου και κοινωνικής ενσωμάτωσης. Η διάκριση αυτή θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική σε πληθυσμούς μεγαλύτερης ηλικίας, όπου οι μεταβολές στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις επηρεάζουν διαφορετικές διαστάσεις της κοινωνικής ευημερίας.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σύντομη έκδοση της κλίμακας, η οποία περιλαμβάνει έντεκα ερωτήματα και έχει αποδειχθεί ότι διαθέτει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα για τη μέτρηση της συνολικής, κοινωνικής και συναισθηματικής μοναξιάς, ιδιαίτερα σε μεγάλες επιδημιολογικές και κοινοτικές έρευνες.

Η ελληνική προσαρμογή και στάθμιση της κλίμακας πραγματοποιήθηκε πρόσφατα και υποστήριξε την ψυχομετρική επάρκεια του εργαλείου στον ελληνικό πληθυσμό μεγαλύτερης ηλικίας (Gouva et al., 2026).

9.3.5 Στυλ Χιούμορ – Humor Styles Questionnaire (HSQ)

Για την αξιολόγηση των στυλ χιούμορ χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Humor Styles Questionnaire (HSQ), το οποίο αναπτύχθηκε από τον Rod A. Martin και τους συνεργάτες του (Martin et al., 2003). Το HSQ αποτελεί ένα από τα πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία για τη μελέτη του χιούμορ ως σταθερού ψυχολογικού και διαπροσωπικού χαρακτηριστικού,

με σημαντική εφαρμογή στην έρευνα της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Το εργαλείο αξιολογεί τέσσερις διακριτές διαστάσεις χιούμορ:

- το συνδεδετικό χιούμορ (*affiliative humor*),
- το αυτοενισχυτικό χιούμορ (*self-enhancing humor*),
- το επιθετικό χιούμορ (*aggressive humor*) και
- το αυτοϋποτιμητικό χιούμορ (*self-defeating humor*).

Το συνδεδετικό και το αυτοενισχυτικό χιούμορ θεωρούνται γενικά προσαρμοστικές μορφές χιούμορ, καθώς συνδέονται με τη διατήρηση θετικών διαπροσωπικών σχέσεων και αποτελεσματικών μηχανισμών συναισθηματικής ρύθμισης. Αντίθετα, το επιθετικό και το αυτοϋποτιμητικό χιούμορ θεωρούνται λιγότερο προσαρμοστικά, καθώς συσχετίζονται με δυσλειτουργικές διαπροσωπικές συμπεριφορές και αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση.

Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα τύπου Likert και οι βαθμολογίες υπολογίζονται ξεχωριστά για κάθε υποκλίμακα, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη υιοθέτηση του αντίστοιχου στυλ χιούμορ. Το HSQ έχει παρουσιάσει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά σε διαφορετικούς πληθυσμούς και πολιτισμικά περιβάλλοντα, υποστηρίζοντας την αξιοπιστία και εγκυρότητά του ως εργαλείου αξιολόγησης του χιούμορ σε ενήλικους πληθυσμούς. Η ελληνική προσαρμογή και στάθμιση της κλίμακας πραγματοποιήθηκε πρόσφατα και υποστήριξε την ψυχομετρική επάρκεια του εργαλείου στον ελληνικό πληθυσμό (Gouva et al., 2026).

9.3.6 Ερωτηματολόγιο Αυτοφροντίδας – Multidimensional Self-Care Scale for Older Adults (MSCS-OA)

Η αυτοφροντίδα αξιολογήθηκε με τη χρήση της κλίμακας Multidimensional Self-Care Scale for Older Adults (MSCS-OA), ενός θεωρητικά θεμελιωμένου εργαλείου που προσεγγίζει την αυτοφροντίδα ως πολυδιάστατη και προσωποκεντρική διεργασία στην τρίτη ηλικία. Η κλίμακα αναπτύχθηκε με στόχο την αποτύπωση των σύνθετων συμπεριφορικών, λειτουργικών και

ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της αυτοφροντίδας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Το εργαλείο περιλαμβάνει επτά επιμέρους διαστάσεις:

- λειτουργική ανεξαρτησία,
- καθημερινή ευεξία και θετικοί πόροι,
- ψυχολογική δυσφορία και συμπτωματολογία,
- πρόληψη και χρήση υπηρεσιών υγείας,
- στοματική υγιεινή,
- πνευματικότητα/θρησκευτικότητα και
- νόημα και σκοπός ζωής

Η MSCS-OA σχεδιάστηκε ώστε να αποτυπώνει την αυτοφροντίδα όχι αποκλειστικά ως σύνολο πρακτικών υγείας, αλλά ως ευρύτερη διαδικασία ενεργητικής διατήρησης της λειτουργικότητας, της ψυχικής ισορροπίας και της προσωπικής εμπλοκής με τη ζωή κατά τη γήρανση. Προκαταρκτικά ψυχομετρικά δεδομένα υποστηρίζουν την εννοιολογική συνοχή και την εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας, ενώ η διαδικασία περαιτέρω ψυχομετρικής αξιολόγησης βρίσκεται σε εξέλιξη.

Στην παρούσα μελέτη υπολογίστηκε ένας συνολικός σύνθετος δείκτης αυτοφροντίδας, ο οποίος προέκυψε από το άθροισμα των προσαρμοστικών διαστάσεων της κλίμακας, μετά από αντιστροφή της βαθμολόγησης της διάστασης της ψυχολογικής δυσφορίας. Υψηλότερες συνολικές βαθμολογίες αντανακλούν μεγαλύτερο βαθμό εμπλοκής σε συμπεριφορές και διεργασίες αυτοφροντίδας. Η ελληνική προσαρμογή και στάθμιση της κλίμακας πραγματοποιήθηκε πρόσφατα και υποστήριξε την ψυχομετρική επάρκεια του εργαλείου στον ελληνικό πληθυσμό (Dragioti et al., 2026).

9.3.7 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής – Other As Shamer Scale (OAS)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS) αναπτύχθηκε από τους Paul Gilbert, Goss και Allan (1994), με σκοπό την αξιολόγηση της εξωτερικής ντροπής, δηλαδή του

τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται ότι αξιολογείται αρνητικά από τους άλλους. Η έννοια της εξωτερικής ντροπής αναφέρεται στην πεποίθηση ότι το άτομο θεωρείται ανεπαρκές, ελαττωματικό ή κοινωνικά υποτιμημένο από το κοινωνικό του περιβάλλον.

Η OAS βασίστηκε θεωρητικά και μεθοδολογικά στην Internalized Shame Scale (ISS) του David R. Cook, η οποία αξιολογεί την εσωτερικευμένη ντροπή μέσω αρνητικών αυτοαξιολογήσεων. Στην OAS, οι αρχικές δηλώσεις της ISS τροποποιήθηκαν ώστε να αποτυπώνουν την αντίληψη του ατόμου για την οπτική των άλλων απέναντί του, λαμβάνοντας τη μορφή δηλώσεων όπως «οι άλλοι με θεωρούν...». Με τον τρόπο αυτό, η κλίμακα επικεντρώνεται όχι μόνο στη βιωμένη εμπειρία της ντροπής, αλλά και στη διαπροσωπική και κοινωνική της διάσταση.

Η κλίμακα περιλαμβάνει 18 προτάσεις, οι οποίες απαντώνται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert συχνότητας, από το 0 («ποτέ») έως το 4 («πάντα»). Οι επιμέρους προτάσεις οργανώνονται σε τρεις θεωρητικές διαστάσεις:

αίσθημα κατωτερότητας (inferiority),

αίσθημα κενού ή προσωπικής ανεπάρκειας (emptiness), και

αντιλήψεις σχετικά με τις αντιδράσεις των άλλων απέναντι στα λάθη ή τις αδυναμίες του ατόμου (mistakes).

Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους απαντήσεων, με υψηλότερες τιμές να αντανakλούν αυξημένα επίπεδα εξωτερικής ντροπής. Η OAS έχει παρουσιάσει υψηλή εσωτερική συνοχή και ικανοποιητική εγκυρότητα σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Στην ελληνική προσαρμογή της κλίμακας έχει αναφερθεί υψηλή αξιοπιστία, με δείκτη Cronbach's $\alpha = 0.87$, επιβεβαιώνοντας την καταλληλότητά της για χρήση στον ελληνικό πληθυσμό (Gouva et al., 2016).

9.3.8 Κλίμακα Βιώματος της Ντροπής – Experience of Shame Scale (ESS)

Η Κλίμακα Βιώματος της Ντροπής (Experience of Shame Scale – ESS) αναπτύχθηκε από τους Bernice Andrews, Qian και Valentine (2002), με στόχο την αξιολόγηση της ντροπής ως σχετικά σταθερής συναισθηματικής προδιάθεσης και όχι αποκλειστικά ως παροδικής συναισθηματικής αντίδρασης. Η ανάπτυξη της κλίμακας βασίστηκε σε προηγούμενες δομημένες κλινικές προσεγγίσεις αξιολόγησης της ντροπής και ειδικότερα στη διαπίστωση ότι η εμπειρία της ντροπής συνδέεται στενά με την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Η ESS αξιολογεί τρεις βασικές μορφές ντροπής:

- *χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame),*
- *συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και*
- *σωματική ντροπή (bodily shame).*

Οι διαστάσεις αυτές αναφέρονται αντίστοιχα σε αρνητικές αξιολογήσεις του χαρακτήρα και των προσωπικών συνηθειών του ατόμου, σε αισθήματα ντροπής που σχετίζονται με πράξεις ή συμπεριφορές, καθώς και σε αρνητικά βιώματα που αφορούν την εικόνα και την αντίληψη του σώματος. Η κλίμακα διερευνά τόσο τη συναισθηματική εμπειρία της ντροπής όσο και τις γνωστικές και συμπεριφορικές της εκφάνσεις, όπως η ανησυχία για την αξιολόγηση από τους άλλους ή η τάση απόκρυψης στοιχείων του εαυτού.

Η ESS περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήματα, τα οποία απαντώνται σε τετραβάθμια κλίμακα Likert, που αποτυπώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει το περιγραφόμενο συναίσθημα κατά το τελευταίο έτος. Οι απαντήσεις κυμαίνονται από 1 («καθόλου») έως 4 («πάρα πολύ»). Υψηλότερες συνολικές βαθμολογίες αντανakλούν εντονότερη τάση για βίωμα ντροπής.

Η κλίμακα θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ ντροπής και ψυχικής υγείας, καθώς αξιολογεί αποκλειστικά την τάση για ντροπή και όχι παράλληλα συναισθήματα, όπως η ενοχή. Η ESS έχει παρουσιάσει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα σε διεθνείς μελέτες, με δείκτη εσωτερικής συνοχής Cronbach's α που υπερβαίνει το 0.90.

Αντίστοιχα υψηλή αξιοπιστία έχει αναφερθεί και στην ελληνική προσαρμογή της κλίμακας, υποστηρίζοντας την ψυχομετρική της επάρκεια για χρήση σε ελληνικούς πληθυσμούς (Gouna et al., 2016).

9.3.9 Ερωτηματολόγιο Ψυχοπαθολογίας SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised)

Για την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), το οποίο αναπτύχθηκε από τον Leonard R. Derogatis ως εργαλείο αυτοαναφοράς για την εκτίμηση ενός ευρέος φάσματος ψυχολογικών συμπτωμάτων και δεικτών ψυχικής δυσφορίας (Derogatis & Kathryn, 2000). Το SCL-90-R αποτελεί ένα από τα πλέον διαδεδομένα ψυχομετρικά εργαλεία στην κλινική και ερευνητική ψυχολογία και χρησιμοποιείται ευρέως τόσο σε γενικούς όσο και σε κλινικούς πληθυσμούς. Το εργαλείο περιλαμβάνει 90 ερωτήματα, τα οποία αξιολογούν την ένταση ψυχολογικών συμπτωμάτων που βίωσε το άτομο κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα. Οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, από το 0 («καθόλου») έως το 4 («πάρα πολύ»), με υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση. Το SCL-90-R αξιολογεί εννέα πρωτογενείς διαστάσεις ψυχοπαθολογίας:

- *σωματοποίηση (somatization),*
- *ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα (obsessive-compulsive symptoms),*
- *διαπροσωπική ευαισθησία (interpersonal sensitivity),*
- *κατάθλιψη (depression),*
- *άγχος (anxiety),*
- *εχθρότητα (hostility),*
- *φοβικό άγχος (phobic anxiety),*
- *παρανοειδής ιδεασμός (paranoid ideation) και*
- *ψυχωτισμός (psychoticism).*

Παράλληλα, το εργαλείο παρέχει συνολικούς δείκτες ψυχολογικής δυσφορίας, με σημαντικότερο τον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (Global Severity Index – GSI), ο οποίος θεωρείται συνολικός δείκτης της έντασης της ψυχοπαθολογικής επιβάρυνσης. Ο GSI χρησιμοποιείται συχνά ως συνοπτικός δείκτης γενικής ψυχικής δυσφορίας και ψυχολογικής λειτουργικότητας. Το SCL-90-R έχει παρουσιάσει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα σε πληθώρα διεθνών ερευνών και έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στη μελέτη της σχέσης ψυχοπαθολογίας με ψυχοκοινωνικούς, σωματικούς και συναισθηματικούς παράγοντες. Η ελληνική προσαρμογή του εργαλείου έχει αναδείξει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, υποστηρίζοντας τη χρήση του σε ελληνικούς ερευνητικούς και κλινικούς πληθυσμούς (Pappas, Gouva, Gourgoulisanis, Hatzoglou & Kotrotsiou, 2016).

9.3.10 Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού SPSS έκδοση 28 (IBM Corp., Armonk, NY), ενώ για την ανάλυση διαδρομών χρησιμοποιήθηκε η στατιστική γλώσσα R με αξιοποίηση του πακέτου lavaan.

Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για τη σύνοψη των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των βασικών μεταβλητών της μελέτης. Για τις συνεχείς μεταβλητές υπολογίστηκαν μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις, ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Η εσωτερική συνοχή των ψυχομετρικών εργαλείων αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη Cronbach's α .

Για τη διερεύνηση των διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία, της αυτοφροντίδας, της συναισθηματικής μοναξιάς, της ψυχικής υγείας και των λοιπών μεταβλητών της μελέτης, υπολογίστηκαν συντελεστές συσχέτισης Pearson.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης για τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων. Αρχικά εφαρμόστηκε απλή γραμμική παλινδρόμηση προκειμένου να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία και της

αυτοφροντίδας. Ακολούθως πραγματοποιήθηκε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία. Στο πρώτο μοντέλο εισήχθη η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία ως ανεξάρτητη μεταβλητή, ενώ στο δεύτερο μοντέλο προστέθηκε η αυτοφροντίδα, με στόχο την αξιολόγηση της επιπρόσθετης συμβολής της στην πρόβλεψη της ψυχικής υγείας. Όλα τα μοντέλα προσαρμόστηκαν ως προς τις προκαθορισμένες συγχυτικές μεταβλητές. Παράλληλα πραγματοποιήθηκε έλεγχος πολυσυγγραμμικότητας, χωρίς να διαπιστωθούν σημαντικά προβλήματα.

Για τη διερεύνηση των έμμεσων σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόστηκε ανάλυση διαμεσολάβησης σε σειρά (serial mediation analysis), βασισμένη σε παλινδρομικά μοντέλα. Συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία ορίστηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή, η αυτοφροντίδα ως πρώτος διαμεσολαβητής, η συναισθηματική μοναξιά ως δεύτερος διαμεσολαβητής και η ψυχική υγεία ως εξαρτημένη μεταβλητή. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του μακροεντολέα PROCESS του Andrew F. Hayes (Μοντέλο 6).

Οι άμεσες, έμμεσες και συνολικές επιδράσεις εκτιμήθηκαν μέσω διαδικασιών επαναδειγματοληψίας bootstrap με 5.000 επαναλήψεις και υπολογισμό διαστημάτων εμπιστοσύνης 95%. Η διαμεσολάβηση θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική όταν το διάστημα εμπιστοσύνης δεν περιελάμβανε την τιμή μηδέν.

Επιπρόσθετα, εφαρμόστηκε ανάλυση διαδρομών (path analysis) για τον έλεγχο του θεωρητικού μοντέλου της μελέτης. Στο μοντέλο αυτό, δημογραφικά χαρακτηριστικά, η χρήση φαρμακευτικής αγωγής, η στοματική υγεία και οι δείκτες ντροπής εξετάστηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της ψυχοπαθολογίας. Η στοματική υγεία τοποθετήθηκε ως διαμεσολαβητική μεταβλητή μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και ντροπής, ενώ η ντροπή εξετάστηκε ως διαμεσολαβητής στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και

ψυχοπαθολογίας. Για την εκτίμηση των παραμέτρων του μοντέλου χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος μέγιστης πιθανοφάνειας (maximum likelihood estimation).

Σε όλες τις αναλύσεις αναφέρθηκαν οι τυποποιημένοι συντελεστές παλινδρόμησης (β), οι μη τυποποιημένοι συντελεστές (B), τα τυπικά σφάλματα (SE) και τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% (95% CI). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < .05$.

Τα ελλείποντα δεδομένα ήταν περιορισμένα και αντιμετωπίστηκαν με τη μέθοδο διαγραφής κατά περίπτωση (listwise deletion). Επιπλέον, ελέγχθηκαν οι βασικές προϋποθέσεις εφαρμογής των γραμμικών μοντέλων, συμπεριλαμβανομένων της κανονικότητας, της γραμμικότητας και της ομοσκεδαστικότητας, οι οποίες κρίθηκαν ικανοποιητικές.

Στη συνέχεια θα ακολουθήσουν οι 3 ερευνητικές ενότητες και σε κάθε μία θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος που έλαβε μέρος στην κάθε ενότητα.

1η Ερευνητική Ενότητα

Διερεύνηση της σχέσης της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής με την ποιότητα στοματικής υγείας

Η γήρανση αποτελεί μία πολυδιάστατη διεργασία, η οποία δεν περιορίζεται στις βιολογικές μεταβολές του σώματος, αλλά επεκτείνεται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τον εαυτό του, τη λειτουργικότητά του και τη θέση του μέσα στον κοινωνικό κόσμο. Στην τρίτη ηλικία, το σώμα καθίσταται συχνά περισσότερο ορατό τόσο στον ίδιο τον άνθρωπο όσο και στους άλλους, καθώς οι μεταβολές της εμφάνισης, της λειτουργικότητας και της σωματικής αντοχής επηρεάζουν βαθιά την αυτοεικόνα και την αίσθηση ταυτότητας. Η εμπειρία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της στοματικής υγείας, καθώς το στόμα αποτελεί μοναδικό σημείο συνάντησης της βιολογικής λειτουργίας, της αισθητικής εικόνας, της έκφρασης, της επικοινωνίας και της κοινωνικής παρουσίας του ατόμου (Kisely, 2016).

Η στοματική υγεία στην τρίτη ηλικία δεν αφορά επομένως μόνο τη δυνατότητα μάσησης ή τη διατροφική επάρκεια, αλλά και την ικανότητα του ατόμου να ομιλεί, να χαμογελά, να εκφράζεται και να συμμετέχει στις κοινωνικές σχέσεις. Η απώλεια δοντιών, οι περιοδοντικές νόσοι, οι δυσκολίες ομιλίας, οι αισθητικές αλλοιώσεις ή ακόμη και η κακοσμία μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την κοινωνική λειτουργικότητα και την εικόνα εαυτού των ηλικιωμένων ατόμων. Σύγχρονες μελέτες υποδεικνύουν ότι η φτωχή στοματική υγεία σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής, αυξημένη κοινωνική απομόνωση και επιδείνωση της ψυχικής ευημερίας στους μεγαλύτερους ενήλικες (Sheiham & Steele, 2001; Kisely, 2016).

Τα τελευταία χρόνια, η διεθνής βιβλιογραφία στρέφεται ολοένα και περισσότερο προς τη διερεύνηση των ψυχολογικών μηχανισμών που διαμεσολαβούν τη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής δυσφορίας. Ανάμεσα σε αυτούς, η ντροπή φαίνεται να καταλαμβάνει κεντρική θέση. Η ντροπή αποτελεί ένα βαθιά αυτοσυνειδησιακό συναίσθημα, το οποίο σχετίζεται με την εμπειρία του εαυτού ως ανεπαρκούς, ελαττωματικού ή κοινωνικά εκτεθειμένου (Gilbert, 1998). Σε αντίθεση με την ενοχή, η οποία αφορά κυρίως την αξιολόγηση μιας πράξης ή συμπεριφοράς, η ντροπή στρέφεται προς το ίδιο το πρόσωπο και συνδέεται με την αίσθηση ότι «κάτι δεν πάει καλά» με τον ίδιο τον εαυτό (Gilbert, 2002).

Η θεωρία της ντροπής του Gilbert (1998, 2002) υποστηρίζει ότι η εμπειρία της ντροπής οργανώνεται γύρω από την ανάγκη κοινωνικής αποδοχής και τον φόβο της αρνητικής αξιολόγησης από τους άλλους. Στο πλαίσιο αυτό, η κοινωνική ορατότητα του σώματος αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Το στόμα, ως σημείο υψηλής εκφραστικότητας και κοινωνικής αναγνώρισης, καθιστά τις μεταβολές της στοματικής υγείας άμεσα εκτεθειμένες στο βλέμμα των άλλων. Η απώλεια δοντιών, οι αισθητικές αλλοιώσεις ή οι δυσκολίες στην ομιλία ενδέχεται να βιωθούν όχι μόνο ως λειτουργικές δυσκολίες, αλλά και ως εμπειρίες κοινωνικής έκθεσης και απώλειας αξιοπρέπειας.

Η διεθνής βιβλιογραφία διακρίνει δύο βασικές διαστάσεις της ντροπής: την εσωτερική και την εξωτερική ντροπή. Η εσωτερική ντροπή αφορά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τον εαυτό του ως ανεπαρκή, ελαττωματικό ή ανάξιο, ενώ η εξωτερική ντροπή αφορά την αίσθηση ότι οι άλλοι το αξιολογούν αρνητικά και το απορρίπτουν κοινωνικά (Goss et al., 1994; Andrews et al., 2002). Και οι δύο μορφές φαίνεται να σχετίζονται στενά με τη στοματική υγεία, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους πληθυσμούς όπου οι σωματικές μεταβολές συνδέονται ήδη με ευρύτερα ζητήματα ταυτότητας, απώλειας και κοινωνικής ευαλωτότητας.

Οι συνέπειες της ντροπής φαίνεται να εκτείνονται πολύ πέρα από τη συναισθηματική δυσφορία. Η εμπειρία της ντροπής συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους, καταθλιπτικής

συμπτωματολογίας, κοινωνικής απόσυρσης και γενικότερης ψυχοπαθολογίας (Gilbert, 1998; Kisely, 2016). Άτομα που βιώνουν έντονη ντροπή συχνά αποφεύγουν την κοινωνική αλληλεπίδραση, περιορίζουν την εκφραστικότητα και την επικοινωνία τους και αποσύρονται σταδιακά από κοινωνικές δραστηριότητες. Η διαδικασία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην τρίτη ηλικία, όπου οι κοινωνικές σχέσεις λειτουργούν ως βασικός προστατευτικός παράγοντας για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας και της αίσθησης συνέχειας του εαυτού.

Στο πεδίο της στοματικής υγείας, η ντροπή φαίνεται να λειτουργεί και ως μηχανισμός που επιβαρύνει περαιτέρω την ίδια τη φροντίδα του εαυτού. Άτομα που αισθάνονται αμηχανία ή κοινωνική έκθεση λόγω της στοματικής τους κατάστασης ενδέχεται να αποφεύγουν τις οδοντιατρικές επισκέψεις, να καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας ή να αποσύρονται από κοινωνικές επαφές. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, όπου η επιδείνωση της στοματικής υγείας αυξάνει τη ντροπή και η ντροπή οδηγεί σε περαιτέρω επιδείνωση της στοματικής και ψυχικής κατάστασης του ατόμου.

Σύγχρονες ερευνητικές προσεγγίσεις επιβεβαιώνουν τη σημασία αυτού του μηχανισμού. Οι Tsironis et al. (2024) έδειξαν ότι η ντροπή λειτουργεί ως σημαντικός διαμεσολαβητικός παράγοντας στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχοπαθολογίας σε ηλικιωμένους πληθυσμούς. Συγκεκριμένα, η χαμηλότερη ποιότητα στοματικής υγείας σχετίστηκε με αυξημένα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, τα οποία με τη σειρά τους συνδέθηκαν με υψηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και γενικότερης ψυχικής δυσφορίας. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν ότι η ψυχική επιβάρυνση των ηλικιωμένων δεν προκύπτει μόνο από τη βιολογική φθορά, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο αυτή βιώνεται ψυχικά και κοινωνικά.

Παράλληλα, η στοματική υγεία φαίνεται να συνδέεται στενά με την αίσθηση κοινωνικής παρουσίας και συμμετοχής. Η δυνατότητα του ατόμου να μιλά, να γελά, να τρώει και να αλληλεπιδρά χωρίς αίσθημα αμηχανίας αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και της ψυχικής συνοχής. Υπό αυτή την οπτική, η στοματική υγεία δεν αποτελεί

απλώς βιοϊατρικό δείκτη, αλλά κρίσιμο στοιχείο της βιωμένης εμπειρίας του σώματος και της σχέσης του ανθρώπου με τον κοινωνικό κόσμο.

Η προβληματική αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της ευδόκιμης γήρανσης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ενεργός και υγιής γήρανση δεν αφορά μόνο τη διατήρηση της βιολογικής λειτουργικότητας, αλλά και τη δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να συμμετέχει στη ζωή, να διατηρεί σχέσεις και να βιώνει ποιότητα ζωής καθώς μεγαλώνει (World Health Organization [WHO], 2002; WHO, 2021). Η κατανόηση της ντροπής ως ψυχολογικού μηχανισμού που συνδέει τη στοματική υγεία με την ψυχική ευημερία μπορεί επομένως να συμβάλει ουσιαστικά στην ανάπτυξη πιο ολιστικών και ανθρωποκεντρικών προσεγγίσεων φροντίδας για τους ηλικιωμένους πληθυσμούς.

Υπό αυτό το πρίσμα, η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη στοματική υγεία, τη ντροπή και την ψυχοπαθολογία δεν αφορά μόνο την κατανόηση ενός επιμέρους ψυχολογικού φαινομένου, αλλά αγγίζει βαθύτερα ζητήματα αξιοπρέπειας, κοινωνικής αναγνώρισης και ανθρώπινης παρουσίας στην τρίτη ηλικία.

10.1 Ερευνητικό κενό & σκοπός της μελέτης

Παρά το αυξανόμενο ενδιαφέρον της διεθνούς βιβλιογραφίας για τη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής ευημερίας στους ηλικιωμένους πληθυσμούς, οι περισσότερες ερευνητικές προσεγγίσεις εξακολουθούν να επικεντρώνονται κυρίως στις βιολογικές και λειτουργικές διαστάσεις της στοματικής υγείας. Η ποιότητα στοματικής υγείας συνήθως μελετάται σε σχέση με τη διατροφή, τη λειτουργικότητα, τη σωματική ευαλωτότητα και τη γενική ποιότητα ζωής, ενώ οι βαθύτερες ψυχολογικές διεργασίες που μεσολαβούν ανάμεσα στη σωματική εμπειρία και στην ψυχική επιβάρυνση παραμένουν σχετικά υποδιερευνημένες (Kisely, 2016).

Ιδιαίτερα περιορισμένη παραμένει η έρευνα γύρω από τον ρόλο της ντροπής ως ψυχολογικού μηχανισμού στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχοπαθολογίας στην τρίτη ηλικία. Αν και η ντροπή έχει αναγνωριστεί ως κεντρικό αυτοσυνειδησιακό συναίσθημα που σχετίζεται με

την κοινωνική έκθεση, την αυτοεικόνα και την εμπειρία προσωπικής ανεπάρκειας (Gilbert, 1998; Gilbert, 2002), ελάχιστες μελέτες έχουν εξετάσει συστηματικά τον τρόπο με τον οποίο οι μεταβολές της στοματικής υγείας μπορούν να ενεργοποιήσουν εμπειρίες εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής στους ηλικιωμένους πληθυσμούς.

Παράλληλα, η διεθνής βιβλιογραφία έχει εστιάσει περισσότερο σε νεότερους ή γενικούς πληθυσμούς, ενώ οι ηλικιωμένοι παραμένουν σχετικά υποεκπροσωπούμενοι στις μελέτες που αφορούν τη ντροπή και την εικόνα σώματος. Ωστόσο, στην τρίτη ηλικία, η εμπειρία της ντροπής φαίνεται να αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι σωματικές μεταβολές συνδέονται με ζητήματα απώλειας λειτουργικότητας, κοινωνικής ευαλωτότητας και σταδιακής αλλαγής της κοινωνικής ταυτότητας. Το στόμα, λόγω της υψηλής κοινωνικής και συμβολικής του ορατότητας, φαίνεται να αποτελεί ένα από τα πλέον ευαίσθητα πεδία μέσα από τα οποία βιώνεται η κοινωνική έκθεση και η απειλή της αρνητικής αξιολόγησης.

Επιπλέον, οι περισσότερες υπάρχουσες μελέτες εξετάζουν τη στοματική υγεία και την ψυχική δυσφορία ως άμεσα συνδεδεμένες μεταβλητές, χωρίς να διερευνούν επαρκώς τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που διαμεσολαβούν αυτή τη σχέση. Ως αποτέλεσμα, παραμένει περιορισμένη η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η εμπειρία της ντροπής μπορεί να λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος ανάμεσα στη χαμηλή ποιότητα στοματικής υγείας και στην ανάπτυξη άγχους, κατάθλιψης ή γενικότερης ψυχοπαθολογίας.

Το ερευνητικό αυτό κενό αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της ευδόκιμης γήρανσης και της ανθρωποκεντρικής φροντίδας, καθώς αναδεικνύει την ανάγκη μετάβασης από στενά βιοϊατρικά μοντέλα προς περισσότερο ολιστικές και ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις της στοματικής υγείας στους μεγαλύτερους ενήλικες. Η κατανόηση της ντροπής ως βιωμένης εμπειρίας κοινωνικής έκθεσης μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην κατανόηση των ψυχικών επιπτώσεων της στοματικής υγείας και στη διαμόρφωση παρεμβάσεων που δεν θα στοχεύουν

μόνο στη λειτουργική αποκατάσταση, αλλά και στη διατήρηση της αξιοπρέπειας, της κοινωνικής συμμετοχής και της αίσθησης προσωπικής αξίας των ηλικιωμένων ατόμων.

Με βάση τα παραπάνω, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ ποιότητας στοματικής υγείας, ντροπής και ψυχοπαθολογίας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Ειδικότερα, η μελέτη επιδίωξε να εξετάσει κατά πόσο η εσωτερική και η εξωτερική ντροπή λειτουργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί ανάμεσα στη χαμηλή ποιότητα στοματικής υγείας και στην εμφάνιση ψυχολογικής δυσφορίας και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Παράλληλα, η μελέτη επιχείρησε να συμβάλει στη βαθύτερη κατανόηση της στοματικής υγείας όχι μόνο ως βιολογικού ή λειτουργικού δείκτη, αλλά και ως εμπειρίας που επηρεάζει την εικόνα εαυτού, την κοινωνική παρουσία και την ψυχική ευημερία των ηλικιωμένων ανθρώπων.

10.2 Μέθοδος

10.2.1 Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα μελέτη ακολούθησε ποσοτικό, διατομεακό (cross-sectional) ερευνητικό σχεδιασμό με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας στοματικής υγείας, εμπειρίας ντροπής και ψυχοπαθολογίας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Ειδικότερα, εξετάστηκε ο διαμεσολαβητικός ρόλος της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχολογικής δυσφορίας. Η μελέτη βασίστηκε σε θεωρητικό μοντέλο διαδρομών (path model), στο οποίο η ντροπή προσεγγίστηκε ως ψυχολογικός μηχανισμός που συνδέει τη στοματική υγεία με την ψυχοπαθολογία.

Ο θεωρητικός σχεδιασμός της μελέτης βασίστηκε στην υπόθεση ότι η επιδείνωση της στοματικής υγείας αυξάνει την εμπειρία εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, η οποία με τη σειρά της ενισχύει την ψυχολογική δυσφορία και τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Υπό αυτό το πρίσμα, η ντροπή προσεγγίζεται όχι ως δευτερεύον συναίσθημα, αλλά ως κεντρικός ψυχικός

μηχανισμός μέσω του οποίου η σωματική φθορά αποκτά ψυχική και κοινωνική σημασία στην τρίτη ηλικία.

10.2.2 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με στόχο τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της ποιότητας στοματικής υγείας, της εμπειρίας ντροπής και της ψυχοπαθολογίας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για την παρουσίαση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των βασικών μεταβλητών της μελέτης. Για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις, ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των ψυχομετρικών εργαλείων εκτιμήθηκε μέσω του δείκτη Cronbach's alpha. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν συντελεστές συσχέτισης Pearson προκειμένου να διερευνηθούν οι διμεταβλητές σχέσεις μεταξύ των βασικών μεταβλητών της μελέτης, όπως η ποιότητα στοματικής υγείας, η εσωτερική και εξωτερική ντροπή και η ψυχοπαθολογία.

Για τη διερεύνηση των άμεσων και έμμεσων σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόστηκε ανάλυση διαδρομών (path analysis), στο πλαίσιο ενός θεωρητικά διαμορφωμένου μοντέλου διαμεσολάβησης. Στο εξεταζόμενο μοντέλο, η ποιότητα στοματικής υγείας (GOHAI) θεωρήθηκε ανεξάρτητη μεταβλητή, η ντροπή (εσωτερική και εξωτερική) διαμεσολαβητική μεταβλητή και η ψυχοπαθολογία (Global Severity Index του SCL-90) εξαρτημένη μεταβλητή. Παράλληλα, η ηλικία, το φύλο και η φαρμακευτική αγωγή εισήχθησαν ως μεταβλητές ελέγχου.

Η ανάλυση στόχευε:

- *στη διερεύνηση της επίδρασης της στοματικής υγείας, της ντροπής και των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην ψυχοπαθολογία,*

- στην εξέταση του διαμεσολαβητικού ρόλου της ντροπής στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχοπαθολογίας,
- καθώς και στη διερεύνηση των έμμεσων επιδράσεων της ηλικίας και των δημογραφικών χαρακτηριστικών μέσω της στοματικής υγείας και της ντροπής.

Η εκτίμηση των παραμέτρων του μοντέλου πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της μέγιστης πιθανοφάνειας (Maximum Likelihood Estimation). Οι συντελεστές διαδρομών (path coefficients), τα τυπικά σφάλματα (SE), τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% και τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας υπολογίστηκαν για όλες τις άμεσες και έμμεσες επιδράσεις του μοντέλου. Παράλληλα παρουσιάστηκαν οι πλήρως τυποποιημένοι συντελεστές (standardized coefficients), ώστε να καταστεί δυνατή η σύγκριση της σχετικής ισχύος των επιδράσεων μεταξύ των μεταβλητών.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό περιβάλλον R με χρήση του πακέτου lavaan, το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως για την εφαρμογή μοντέλων δομικών εξισώσεων και αναλύσεων διαδρομών. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < .05$.

10.3 Αποτελέσματα

10.3.1 Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Από την ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (Πίνακας 1) παρατηρήθηκε ότι η αυξημένη ηλικία συσχετίστηκε σημαντικά με φτωχότερη ποιότητα στοματικής υγείας σε όλες τις υποκλίμακες του GOHAI, γεγονός που υποδηλώνει ότι η προχωρημένη ηλικία συνοδεύεται από σημαντική επιδείνωση τόσο της λειτουργικής όσο και της ψυχοκοινωνικής διάστασης της στοματικής υγείας.

Αντίθετα, το φύλο παρουσίασε περιορισμένη επίδραση στις περισσότερες μεταβλητές του μοντέλου. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής συγκριτικά με τις γυναίκες, εύρημα που υποδηλώνει πιθανές διαφοροποιήσεις στον

τρόπο με τον οποίο τα δύο φύλα βιώνουν την αυτοεικόνα και την κοινωνική έκθεση στην τρίτη ηλικία.

Πίνακας 1. Αξιοπιστία, Περιγραφικά Στατιστικά και Συσχετίσεις Μεταβλητών				
Μεταβλητή	Oral Health (GOHAI)	Other As Shamer (OAS)	Experience of Shame (ESS)	General Symptom Index (GSI)
Συνολικό δείγμα	37.3 (11.5)	18.3 (13.0)	50.2 (16.6)	1.07 (0.7)
Γυναίκες	37.3 (11.4)	18.6 (13.0)	52.0 (16.8)	1.19 (0.6)
Άνδρες	37.2 (11.6)	17.9 (13.3)	47.5 (16.1)	0.88 (0.6)
Φαρμακευτική αγωγή: Ναι	36.6 (11.7)	18.7 (13.5)	51.2 (16.8)	1.12 (0.62)
Φαρμακευτική αγωγή: Όχι	41.9 (8.28)	16.0 (9.7)	43.9 (14.4)	0.70 (0.52)
Ηλικία	-0.321**	-0,001	-0,011	0,114
Στοματική Υγεία - GOHAI		-0.215**	-0,267**	-0,246**
Other As Shamer - OAS			0.432**	0.587**
Experience of Shame - ESS				0,511**
** Correlation Significant at 0.01 level.				

10.3.2 Στοματική υγεία και εμπειρία ντροπής

Τα αποτελέσματα (Πίνακας 2) επιβεβαίωσαν ότι η ποιότητα στοματικής υγείας σχετίζεται στενά με την εμπειρία της ντροπής. Χαμηλότερες τιμές στο GOHAI συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα τόσο εσωτερικής όσο και εξωτερικής ντροπής.

Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες με φτωχότερη στοματική λειτουργικότητα και μεγαλύτερες δυσκολίες στην καθημερινή στοματική δραστηριότητα ανέφεραν αυξημένα αισθήματα κοινωνικής έκθεσης, αμηχανίας και αρνητικής αυτοαξιολόγησης. Οι αισθητικές και λειτουργικές μεταβολές της στοματικής κατάστασης φαίνεται να επηρεάζαν σημαντικά την εικόνα εαυτού και τη δυνατότητα του ατόμου να αισθάνεται κοινωνικά αποδεκτό και ασφαλές μέσα στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Η ανάλυση διαδρομών έδειξε ότι η στοματική υγεία αποτελούσε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα τόσο της εξωτερικής ντροπής ($\beta = -0.275$, $p = .002$) όσο και της εσωτερικής ντροπής ($\beta = -0.449$, $p < .001$). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η επιδείνωση της στοματικής υγείας συνδέεται όχι μόνο με κοινωνική αμηχανία, αλλά και με βαθύτερη αίσθηση προσωπικής ανεπάρκειας και μειωμένης αυτοαξίας.

10.3.3 Εμπειρία ντροπής και ψυχοπαθολογία

Η εμπειρία της ντροπής (Πίνακας 2) διαπιστώθηκε να συνδέεται ισχυρά με την ψυχολογική δυσφορία και την ψυχοπαθολογία. Τόσο η εσωτερική όσο και η εξωτερική ντροπή παρουσίασαν σημαντική θετική σχέση με τον Γενικό Δείκτη Συμπτωματολογίας (GSI) του SCL-90.

Συγκεκριμένα, η εξωτερική ντροπή εμφάνισε ισχυρή θετική επίδραση στην ψυχοπαθολογία ($\beta = 0.453$, $p < .001$), ενώ σημαντική ήταν και η επίδραση της εσωτερικής ντροπής ($\beta = 0.192$, $p < .001$). Τα άτομα που βίωναν αυξημένη αίσθηση κοινωνικής έκθεσης και αρνητικής αξιολόγησης από τους άλλους εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και συνολικής ψυχικής δυσφορίας.

Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η ντροπή αποτελεί κρίσιμο ψυχικό μηχανισμό μέσω του οποίου η σωματική φθορά και η επιδείνωση της στοματικής υγείας αποκτούν ψυχική και κοινωνική σημασία στην τρίτη ηλικία.

Πίνακας 2. Αποτελέσματα Ανάλυσης Διαδρομών (Path Analysis)						
Εξαρτημένη μεταβλητή	Προβλεπτική μεταβλητή	β	SE	z	p	Std β
GOHAI	Ηλικία	-0.486	0.114	-4.270	< .001	-0.300
GOHAI	Φύλο	-0.361	1.548	-0.233	.816	-0.015
GOHAI	Φαρμακευτική αγωγή	2.937	1.923	1.528	.127	0.086
OAS	GOHAI	-0.275	0.090	-3.062	.002	-0.240
OAS	Ηλικία (έμμεση επίδραση)	0.133	0.051	2.630	.009	0.072
ESS	GOHAI	-0.449	0.102	-4.398	< .001	-0.309
ESS	Ηλικία (άμεση επίδραση)	-0.332	0.167	-1.985	.047	-0.141
GSI	OAS	0.022	0.003	6.531	< .001	0.453
GSI	ESS	0.010	0.002	4.365	< .001	0.270
GSI	GOHAI (άμεση επίδραση)	-0.002	0.003	-0.709	.478	-0.036
GSI	GOHAI (έμμεση επίδραση)	-0.010	0.003	-3.700	< .001	-0.192

10.3.4 Διαμεσολαβητικός ρόλος της ντροπής

Η ανάλυση διαμεσολάβησης (Πίνακας 2) επιβεβαίωσε ότι η ντροπή λειτουργεί ως σημαντικός ενδιάμεσος μηχανισμός ανάμεσα στη στοματική υγεία και στην ψυχοπαθολογία. Αν και η άμεση επίδραση της στοματικής υγείας στην ψυχοπαθολογία δεν ήταν στατιστικά σημαντική, η έμμεση επίδραση μέσω της ντροπής ήταν σημαντική.

Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η φτωχή στοματική υγεία δεν επιβαρύνει την ψυχική υγεία μόνο λόγω λειτουργικών δυσκολιών ή σωματικής φθοράς, αλλά κυρίως μέσω της εμπειρίας κοινωνικής έκθεσης, μειωμένης αυτοεικόνας και απειλής της προσωπικής αξιοπρέπειας. Με άλλα λόγια, η ψυχική επιβάρυνση φαίνεται να προκύπτει σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει και νοηματοδοτεί τη σωματική μεταβολή μέσα στο βλέμμα των άλλων.

10.4 Συζήτηση

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν ότι η στοματική υγεία στην τρίτη ηλικία δεν αποτελεί απλώς δείκτη βιολογικής λειτουργικότητας, αλλά βαθιά ψυχική και σχεσιακή εμπειρία, η οποία επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τον εαυτό του μέσα στον κοινωνικό κόσμο. Η κεντρική υπόθεση της μελέτης επιβεβαιώθηκε, καθώς η σχέση μεταξύ χαμηλής ποιότητας στοματικής υγείας και ψυχοπαθολογίας φάνηκε να διαμεσολαβείται σημαντικά από την εμπειρία της ντροπής. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η ψυχική επιβάρυνση των ηλικιωμένων δεν προκύπτει μόνο από τη σωματική φθορά καθεαυτή, αλλά κυρίως από τον τρόπο με τον οποίο αυτή βιώνεται ψυχικά, νοηματοδοτείται και καθίσταται κοινωνικά ορατή.

Η στοματική υγεία κατέχει ιδιαίτερη θέση στη συγκρότηση της εικόνας εαυτού, καθώς το στόμα αποτελεί σημείο όπου συναντώνται η βιολογική λειτουργία, η εκφραστικότητα, η επικοινωνία και η κοινωνική παρουσία. Μέσα από το στόμα, το άτομο μιλά, χαμογελά, εκφράζεται και καθίσταται αναγνωρίσιμο στους άλλους. Υπό αυτή την έννοια, οι μεταβολές της στοματικής κατάστασης δεν αφορούν μόνο τη λειτουργικότητα, αλλά και την εμπειρία του

εαυτού ως ορατού σώματος. Η απώλεια δοντιών, οι αισθητικές αλλοιώσεις ή οι δυσκολίες ομιλίας μπορούν να διαταράξουν την αίσθηση συνέχειας του εαυτού και να οδηγήσουν το άτομο σε εμπειρίες κοινωνικής έκθεσης, αμηχανίας και ψυχικής ευαλωτότητας.

Η φαινομενολογική σκέψη του Sartre (1956) προσφέρει ιδιαίτερα γόνιμο πλαίσιο κατανόησης αυτής της εμπειρίας, καθώς η ντροπή αναδύεται τη στιγμή που το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του μέσα στο βλέμμα του Άλλου. Το σώμα παύει να βιώνεται ως αυτονόητο μέσο παρουσίας στον κόσμο και μετατρέπεται σε αντικείμενο αξιολόγησης και πιθανής απόρριψης. Στην τρίτη ηλικία, όπου οι μεταβολές του σώματος γίνονται περισσότερο ορατές και η εμπειρία της απώλειας αποκτά αυξημένη ψυχική βαρύτητα, η στοματική υγεία φαίνεται να μετατρέπεται σε ιδιαίτερα ευαίσθητο πεδίο ενεργοποίησης της ντροπής.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η χαμηλότερη ποιότητα στοματικής υγείας σχετίστηκε σημαντικά τόσο με την εσωτερική όσο και με την εξωτερική ντροπή. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς δείχνει ότι οι επιπτώσεις της στοματικής επιδείνωσης δεν περιορίζονται στον φόβο της κοινωνικής έκθεσης, αλλά επεκτείνονται και στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τον ίδιο του τον εαυτό. Σύμφωνα με τον Gilbert (1998, 2002), η εξωτερική ντροπή αφορά την αίσθηση ότι το άτομο γίνεται αντικείμενο αρνητικής αξιολόγησης από τους άλλους, ενώ η εσωτερική ντροπή αφορά την εσωτερίκευση αυτής της αξιολόγησης ως αίσθηση προσωπικής ανεπάρκειας και μειωμένης αξίας. Στην παρούσα μελέτη, η επιδείνωση της στοματικής υγείας φαίνεται να ενεργοποιεί και τις δύο αυτές διαστάσεις, μετατρέποντας τη σωματική φθορά σε ψυχικό τραύμα της εικόνας εαυτού.

Η εμπειρία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην τρίτη ηλικία, καθώς το γηράσκον άτομο καλείται ήδη να επεξεργαστεί πολλαπλές εμπειρίες απώλειας: απώλεια λειτουργικότητας, αλλαγή κοινωνικών ρόλων, περιορισμό της αυτονομίας και μεταβολές της εικόνας σώματος. Υπό αυτή την έννοια, η στοματική επιδείνωση φαίνεται να λειτουργεί όχι μόνο ως μεμονωμένο σωματικό πρόβλημα, αλλά και ως συμβολικός δείκτης φθοράς, εξάρτησης και κοινωνικής

ευαλωτότητας. Η ντροπή που συνδέεται με το στόμα δεν αφορά μόνο την αισθητική εικόνα, αλλά αγγίζει βαθύτερα ζητήματα αξιοπρέπειας, αναγνωρισιμότητας και κοινωνικής αποδοχής.

Παράλληλα, η ντροπή αναδείχθηκε ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της ψυχοπαθολογίας. Τόσο η εσωτερική όσο και η εξωτερική ντροπή συνδέθηκαν με αυξημένα επίπεδα άγχους, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και συνολικής ψυχικής δυσφορίας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που έχουν συνδέσει τη ντροπή με αυξημένη ευαλωτότητα απέναντι στην ψυχοπαθολογία και με τάσεις κοινωνικής απόσυρσης και αρνητικής αυτοαξιολόγησης (Gilbert, 1998; Andrews et al., 2002). Ωστόσο, η παρούσα μελέτη προσθέτει ένα σημαντικό στοιχείο στη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς δείχνει ότι η ντροπή λειτουργεί ως ο ψυχικός μηχανισμός μέσω του οποίου η στοματική φθορά αποκτά ψυχολογική και κοινωνική σημασία.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η άμεση επίδραση της στοματικής υγείας στην ψυχοπαθολογία δεν ήταν στατιστικά σημαντική, ενώ η έμμεση επίδραση μέσω της ντροπής ήταν σημαντική. Το εύρημα αυτό ενισχύει την άποψη ότι η ψυχική οδύνη δεν προκύπτει αυτόματα από τη βιολογική φθορά, αλλά από την ψυχική επεξεργασία και τη σχεσιακή σημασία που αποκτά η σωματική μεταβολή. Με άλλα λόγια, δεν είναι μόνο το σώμα που πάσχει, αλλά ο τρόπος με τον οποίο το άτομο βιώνει το σώμα του ως εκτεθειμένο, αλλοιωμένο ή λιγότερο αποδεκτό μέσα στις σχέσεις.

Η διαδικασία αυτή φαίνεται συχνά να συνοδεύεται από σταδιακή κοινωνική απόσυρση. Το άτομο μπορεί να περιορίζει την εκφραστικότητα, το χαμόγελο ή ακόμη και τη συμμετοχή του στις κοινωνικές σχέσεις, προκειμένου να προστατευθεί από την εμπειρία της έκθεσης. Η απόσυρση αυτή δεν εκδηλώνεται πάντοτε με εμφανή τρόπο, αλλά συχνά λαμβάνει τη μορφή μιας πιο σιωπηλής απομάκρυνσης από την επικοινωνία και την κοινωνική παρουσία. Υπό αυτή την έννοια, η ντροπή φαίνεται να λειτουργεί όχι μόνο ως συναίσθημα, αλλά και ως μηχανισμός περιορισμού της σχέσης με τον άλλον και με τον κόσμο.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν επομένως την ανάγκη για περισσότερο ολιστικές και ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις στη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων. Η στοματική υγεία δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται αποκλειστικά ως τεχνικό ή βιοϊατρικό ζήτημα. Η φροντίδα της αφορά επίσης την προστασία της αξιοπρέπειας, της κοινωνικής συμμετοχής και της δυνατότητας του ανθρώπου να συνεχίζει να αισθάνεται αναγνωρίσιμος και ψυχικά παρών μέσα στον κόσμο των σχέσεων.

Υπό αυτό το πρίσμα, η ευδόκιμη γήρανση δεν αφορά μόνο τη διατήρηση της λειτουργικότητας ή της επιβίωσης, αλλά και τη δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να βιώνει τον εαυτό του ως αποδεκτό και ουσιαστικά παρόν υποκείμενο. Η στοματική υγεία φαίνεται να αποτελεί ένα από τα καίρια σημεία όπου το σώμα, ο ψυχισμός και η κοινωνική σχέση συναντώνται. Και ίσως τελικά η βαθύτερη ψυχική απειλή της φθοράς να μην είναι μόνο η απώλεια της λειτουργίας, αλλά η στιγμή όπου το άτομο αρχίζει να βιώνει την ίδια του την παρουσία ως κάτι που πρέπει να κρυφτεί.

10.4.1 Κλινικές Προεκτάσεις στη Δημόσια Υγεία

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη επαναπροσδιορισμού του τρόπου με τον οποίο προσεγγίζεται η στοματική υγεία στην τρίτη ηλικία, τόσο σε κλινικό όσο και σε επίπεδο δημόσιας υγείας. Η στοματική υγεία δεν φαίνεται να αποτελεί αποκλειστικά πεδίο βιολογικής ή οδοντιατρικής φροντίδας, αλλά έναν σύνθετο ψυχοκοινωνικό παράγοντα που επηρεάζει την αξιοπρέπεια, την αυτοεικόνα, την κοινωνική συμμετοχή και την ψυχική ευημερία των ηλικιωμένων ατόμων. Υπό αυτή την οπτική, η φροντίδα της στοματικής υγείας οφείλει να μετακινηθεί από ένα στενά τεχνικό μοντέλο αποκατάστασης προς περισσότερο ολιστικές και ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις φροντίδας.

Η σημαντική διαμεσολαβητική επίδραση της ντροπής στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχοπαθολογίας υποδηλώνει ότι οι ψυχικές συνέπειες της στοματικής επιδείνωσης δεν σχετίζονται μόνο με λειτουργικούς περιορισμούς, αλλά και με την εμπειρία κοινωνικής

έκθεσης και απώλειας αξιοπρέπειας. Το εύρημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τις υπηρεσίες υγείας, καθώς δείχνει ότι πολλοί ηλικιωμένοι ενδέχεται να βιώνουν τη στοματική τους κατάσταση όχι απλώς ως πρόβλημα υγείας, αλλά ως απειλή για την εικόνα εαυτού και την κοινωνική τους παρουσία. Ως αποτέλεσμα, η ντροπή μπορεί να λειτουργεί ως αόρατος αλλά ιδιαίτερα ισχυρός φραγμός στην αναζήτηση βοήθειας και στη χρήση υπηρεσιών στοματικής φροντίδας.

Η αποφυγή οδοντιατρικών επισκέψεων λόγω αμηχανίας, φόβου έκθεσης ή αίσθησης προσωπικής ανεπάρκειας φαίνεται να δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο, όπου η στοματική επιδείνωση ενισχύει περαιτέρω τη ντροπή και η ντροπή οδηγεί σε μεγαλύτερη παραμέληση της φροντίδας του εαυτού. Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα κρίσιμο στη δημόσια υγεία, καθώς μπορεί να συμβάλει στη διεύρυνση των ανισοτήτων στην υγεία και στην περαιτέρω κοινωνική απομόνωση ευάλωτων ηλικιωμένων πληθυσμών. Η αναγνώριση αυτών των ψυχολογικών μηχανισμών μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη περισσότερο προσβάσιμων, μη στιγματιστικών και συναισθηματικά ασφαλών υπηρεσιών φροντίδας.

Παράλληλα, τα ευρήματα της μελέτης ενισχύουν τη σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών στοματικής υγείας, ψυχολόγων, επαγγελματιών ψυχικής υγείας και επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η αξιολόγηση της στοματικής υγείας στους ηλικιωμένους δεν θα ήταν επαρκές να περιορίζεται μόνο στη λειτουργική κατάσταση ή στις οδοντιατρικές ανάγκες, αλλά θα ήταν σημαντικό να περιλαμβάνει και την ψυχική εμπειρία του ατόμου, την εικόνα σώματος, την κοινωνική απόσυρση και την εμπειρία της ντροπής. Η ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικών διαστάσεων στην κλινική εκτίμηση θα μπορούσε να συμβάλει στην έγκαιρη αναγνώριση ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ψυχικής επιβάρυνσης.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά επίσης η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας γύρω από τις ψυχολογικές και υπαρξιακές διαστάσεις της γήρανσης. Η στοματική επιδείνωση συχνά

αντιμετωπίζεται ως «αναμενόμενο» στοιχείο της τρίτης ηλικίας, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε υποτίμηση της ψυχικής της επίδρασης. Ωστόσο, για πολλούς ηλικιωμένους, οι μεταβολές του στόματος σχετίζονται άμεσα με την αίσθηση απώλειας κοινωνικής παρουσίας, εκφραστικότητας και ανθρώπινης αναγνωρισιμότητας. Η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών γύρω από αυτές τις διαστάσεις μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη περισσότερο υποστηρικτικών και αξιοπρεπών μορφών φροντίδας.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έχουν επίσης σημασία για τον σχεδιασμό προγραμμάτων προαγωγής της υγείας στην κοινότητα. Παρεμβάσεις που ενισχύουν την κοινωνική συμμετοχή, την αυτοφροντίδα και την ψυχική ενδυνάμωση των ηλικιωμένων ενδέχεται να λειτουργήσουν προστατευτικά απέναντι στις ψυχικές συνέπειες της στοματικής επιδείνωσης. Η προαγωγή της στοματικής υγείας θα μπορούσε επομένως να συνδεθεί όχι μόνο με τη διατήρηση λειτουργιών, αλλά και με την προστασία της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής παρουσίας και της δυνατότητας του ανθρώπου να παραμένει ενεργό και αναγνωρίσιμο μέλος του κοινωνικού κόσμου.

Υπό αυτό το πρίσμα, η δημόσια υγεία καλείται να προσεγγίσει τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων όχι ως περιφερειακό ζήτημα, αλλά ως ουσιαστικό στοιχείο της ευδόκιμης γήρανσης και της ψυχικής ευημερίας. Η προστασία της στοματικής υγείας δεν αφορά μόνο την πρόληψη της νόσου ή τη διατήρηση της λειτουργικότητας, αλλά και τη διατήρηση της δυνατότητας του ανθρώπου να συνεχίζει να σχετίζεται, να εκφράζεται και να αισθάνεται ψυχικά παρών μέσα στον κόσμο των σχέσεων.

10.4.2 Οριοθετήσεις της μελέτης

Η παρούσα μελέτη θα πρέπει να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα ορισμένων μεθοδολογικών και θεωρητικών οριοθετήσεων, οι οποίες είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη κατά την κατανόηση και γενίκευση των ευρημάτων.

Αρχικά, η μελέτη ακολούθησε διατομεακό (cross-sectional) ερευνητικό σχεδιασμό, γεγονός που δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών αιτιολογικών συμπερασμάτων σχετικά με τη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας, ντροπής και ψυχοπαθολογίας. Παρότι τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τον διαμεσολαβητικό ρόλο της ντροπής, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα αμφίδρομων ή περισσότερο σύνθετων σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Μελλοντικές διαχρονικές μελέτες θα μπορούσαν να διερευνήσουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τη δυναμική εξέλιξη αυτών των ψυχολογικών διεργασιών στην πορεία της γήρανσης.

Επιπλέον, η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με δειγματοληψία ευκολίας και αφορούσε κυρίως ηλικιωμένα άτομα που προσέρχονταν σε υπηρεσίες υγείας και κατοικούσαν σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές. Ως αποτέλεσμα, η δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε ευρύτερους ή πολιτισμικά διαφορετικούς πληθυσμούς παραμένει περιορισμένη. Παράλληλα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων προερχόταν από αγροτικές περιοχές και χαμηλότερα μορφωτικά επίπεδα, στοιχείο που ενδέχεται να επηρεάζει τόσο την εμπειρία της ντροπής όσο και τον τρόπο αντίληψης της στοματικής υγείας.

Μία ακόμη σημαντική οριοθέτηση αφορά τη χρήση αυτοαναφερόμενων ψυχομετρικών εργαλείων. Παρότι τα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια διαθέτουν ικανοποιημένες ψυχομετρικές ιδιότητες και χρησιμοποιούνται ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ενδέχεται να επηρεάζονται από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις, από δυσκολίες αυτοπαρατήρησης ή από την ίδια την ευαισθησία του θέματος της ντροπής. Ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους πληθυσμούς, η ντροπή μπορεί να αποτελεί εμπειρία δύσκολα λεκτικοποιήσιμη ή συνειδητοποιήσιμη, γεγονός που πιθανόν να οδηγεί σε υποεκτίμηση της έντασής της.

Παράλληλα, η αξιολόγηση της στοματικής υγείας βασίστηκε κυρίως στην υποκειμενική εμπειρία των συμμετεχόντων μέσω του GOHAI και όχι σε κλινική οδοντιατρική εξέταση. Αν και η υποκειμενική αντίληψη της στοματικής υγείας θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την

κατανόηση της ποιότητας ζωής και της ψυχολογικής εμπειρίας του ατόμου, η απουσία αντικειμενικών κλινικών δεικτών περιορίζει τη δυνατότητα συσχέτισης των ψυχολογικών μεταβλητών με συγκεκριμένα βιολογικά ή οδοντιατρικά δεδομένα.

Επιπλέον, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε κυρίως στη ντροπή ως διαμεσολαβητικό ψυχολογικό μηχανισμό, χωρίς να εξετάσει άλλους πιθανούς παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής δυσφορίας, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η μοναξιά, η ανθεκτικότητα, η αυτοσυμπόνια ή προηγούμενες εμπειρίες τραύματος και στιγματισμού. Η ενσωμάτωση αυτών των παραγόντων σε μελλοντικά πολυπαραγοντικά μοντέλα θα μπορούσε να προσφέρει μια περισσότερο ολοκληρωμένη κατανόηση των ψυχοκοινωνικών επιδράσεων της στοματικής υγείας στην τρίτη ηλικία.

Τέλος, η παρούσα μελέτη εστίασε κυρίως στις αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες της στοματικής επιδείνωσης και ιδιαίτερα στη ντροπή και την ψυχοπαθολογία. Ωστόσο, η εμπειρία της γήρανσης δεν εξαντλείται αποκλειστικά στην ευαλωτότητα και στη φθορά. Παρά τις δυσκολίες, πολλοί ηλικιωμένοι αναπτύσσουν μορφές ψυχικής ανθεκτικότητας, αυτοφροντίδας και επανανοηματοδότησης της σωματικής αλλαγής. Η διερεύνηση αυτών των προστατευτικών και μετασχηματιστικών διεργασιών θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντική κατεύθυνση για μελλοντική έρευνα γύρω από τη στοματική υγεία και την ευδόκιμη γήρανση.

10.5 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η στοματική υγεία στην τρίτη ηλικία δεν αποτελεί μόνο δείκτη βιολογικής λειτουργικότητας, αλλά βαθιά ψυχοκοινωνική εμπειρία που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τον εαυτό του, την κοινωνική του παρουσία και τη σχέση του με τους άλλους. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η χαμηλή ποιότητα στοματικής υγείας συνδέεται σημαντικά με αυξημένα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, ενώ η εμπειρία της ντροπής σχετίζεται στενά με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και ψυχοπαθολογία στους ηλικιωμένους πληθυσμούς.

Ιδιαίτερα σημαντικό ήταν το εύρημα ότι η ντροπή λειτούργησε ως διαμεσολαβητικός μηχανισμός ανάμεσα στη στοματική υγεία και στην ψυχική επιβάρυνση. Η σχέση αυτή υποδηλώνει ότι οι ψυχικές συνέπειες της στοματικής επιδείνωσης δεν προκύπτουν μόνο από τη λειτουργική φθορά του σώματος, αλλά κυρίως από τον τρόπο με τον οποίο η φθορά αυτή βιώνεται ψυχικά και κοινωνικά. Η απώλεια της στοματικής λειτουργικότητας φαίνεται να επηρεάζει την εικόνα εαυτού, την αίσθηση προσωπικής αξίας και τη δυνατότητα του ατόμου να αισθάνεται αποδεκτό και αναγνωρίσιμο μέσα στις σχέσεις.

Η ντροπή αναδείχθηκε ως κεντρικός ψυχικός μηχανισμός μέσω του οποίου η σωματική μεταβολή αποκτά υπαρξιακή και σχεσιακή σημασία στην τρίτη ηλικία. Η εμπειρία του γηράσκοντος σώματος ως κοινωνικά ορατού σώματος φαίνεται να συνδέεται με αισθήματα έκθεσης, αμηχανίας και σταδιακής κοινωνικής απόσυρσης. Υπό αυτή την έννοια, η ψυχική επιβάρυνση των ηλικιωμένων δεν αφορά μόνο τη βιολογική ευαλωτότητα, αλλά και τη δυσκολία διατήρησης της αίσθησης αξιοπρέπειας, κοινωνικής συμμετοχής και συνέχειας του εαυτού.

Τα ευρήματα της μελέτης ενισχύουν την ανάγκη μετάβασης από στενά βιοϊατρικά μοντέλα φροντίδας προς περισσότερο ολιστικές και ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις της στοματικής υγείας στην τρίτη ηλικία. Η αξιολόγηση και η φροντίδα της στοματικής υγείας φαίνεται απαραίτητο να περιλαμβάνουν όχι μόνο τη λειτουργική και αισθητική διάσταση, αλλά και την ψυχική εμπειρία του ατόμου, την εικόνα σώματος, τη ντροπή και τη δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής.

Παράλληλα, η μελέτη αναδεικνύει τη σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας ανάμεσα σε επαγγελματίες στοματικής υγείας, ψυχολόγους και επαγγελματίες ψυχικής υγείας, με στόχο την ανάπτυξη παρεμβάσεων που να προστατεύουν όχι μόνο τη βιολογική λειτουργικότητα, αλλά και την ψυχική συνοχή και αξιοπρέπεια των ηλικιωμένων ανθρώπων.

Τελικά, η στοματική υγεία φαίνεται να αποτελεί ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο σημείο συνάντησης του σώματος, του ψυχισμού και της κοινωνικής σχέσης. Η ευδόκιμη γήρανση δεν αφορά μόνο τη διατήρηση της επιβίωσης ή της λειτουργικότητας, αλλά και τη δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να αισθάνεται ορατός χωρίς να ντρέπεται για την παρουσία του, να σχετίζεται χωρίς φόβο έκθεσης και να παραμένει ουσιαστικά παρών μέσα στον κόσμο των ανθρώπινων σχέσεων.

2η Ερευνητική Ενότητα

Διερεύνηση της Σχετιζόμενης Ποιότητας Ζωής με τη Στοματική Υγεία και Ψυχική Υγεία σε Ανθρώπους Μεγαλύτερης Ηλικίας: Οι Διαδοχικοί Ρόλοι της Αυτοφροντίδας και της Συναισθηματικής Μοναξιάς

Η στοματική υγεία αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο της υγείας και της ευημερίας στην τρίτη ηλικία, όπως αναλυτικά παρουσιάσαμε στο θεωρητικό μέρος της παρούσας διατριβής. Στους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας, η σημασία της υπερβαίνει τη τοπική λειτουργία του στόματος και επεκτείνεται στη διατροφή, την επικοινωνία, την αυτονομία, την εικόνα εαυτού, την κοινωνική συμμετοχή και την ποιότητα ζωής. Προβλήματα στοματικής υγείας, όπως η απώλεια δοντιών, ο πόνος, οι δυσκολίες μάσησης και οι λειτουργικοί περιορισμοί, μπορούν να επηρεάσουν τις καθημερινές δραστηριότητες και να συμβάλουν σε δυσφορία, μειωμένη ανεξαρτησία και επιβάρυνση της ψυχοκοινωνικής ευημερίας (Sheiham, 2005; Steele et al., 2004). Στο πλαίσιο της γεροντολογικής έρευνας, η στοματική υγεία δεν προσεγγίζεται πλέον αποκλειστικά ως οδοντιατρική ή κλινική κατάσταση, αλλά ως πολυδιάστατη διάσταση της γήρανσης, στενά συνδεδεμένη με τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα.

Παραδοσιακά, η έρευνα γύρω από τη στοματική υγεία επικεντρωνόταν κυρίως στην πρόληψη και θεραπεία των οδοντικών νοσημάτων, ιδιαίτερα της τερηδόνας και των περιοδοντικών παθήσεων. Ωστόσο, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, αυξανόμενο ενδιαφέρον έχει δοθεί στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία (Oral Health-Related Quality of Life – OHRQoL), ως ανθρωποκεντρικό δείκτη που αποτυπώνει τις υποκειμενικές και λειτουργικές συνέπειες των στοματικών προβλημάτων (Gift, 1997; Petersen, 2003). Η μετατόπιση αυτή συνάδει με τις ευρύτερες βιοψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις της υγείας,

σύμφωνα με τις οποίες οι εμπειρίες υγείας δεν μπορούν να κατανοηθούν πλήρως χωρίς να ληφθούν υπόψη οι συμπεριφορικές, συναισθηματικές και κοινωνικές τους διαστάσεις (Engel, 1977, 2012; World Health Organization, 2020). Υπό αυτή την οπτική, η στοματική υγεία στην τρίτη ηλικία ενσωματώνεται στη συνολικότερη εμπειρία της γήρανσης, όπου οι σωματικές μεταβολές, η λειτουργικότητα, οι κοινωνικές σχέσεις και η ψυχική ευημερία αλληλεπιδρούν στενά.

Η σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ποιότητας ζωής αποκτά ιδιαίτερη σημασία στους ηλικιωμένους πληθυσμούς. Οι αλλαγές που συνοδεύουν τη γήρανση, η πολυνοσηρότητα, η φαρμακευτική αγωγή, τα συσσωρευμένα οδοντιατρικά προβλήματα και η απώλεια δοντιών μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη στοματική λειτουργικότητα και την αισθητική εικόνα, με συνέπειες στη σίτιση, την ομιλία, την κοινωνική αυτοπεποίθηση και τη συμμετοχή στην καθημερινή ζωή (Locker et al., 2002; Steele et al., 2004). Παράλληλα, αυξανόμενα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η φτωχότερη στοματική υγεία σχετίζεται με αρνητικά αποτελέσματα ψυχικής υγείας, όπως καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, ψυχολογική δυσφορία και μειωμένη ευημερία (Tsakos et al., 2015; Peres et al., 2019; Watt et al., 2019; Cademartori et al., 2020). Ωστόσο, παρά τη συστηματική καταγραφή αυτών των σχέσεων, οι μηχανισμοί μέσω των οποίων η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συνδέεται με την ψυχική υγεία στους ηλικιωμένους παραμένουν ανεπαρκώς κατανοητοί.

Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα έχει αρχίσει να μετατοπίζεται πέρα από τις άμεσες συσχετίσεις, εξετάζοντας ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς που ενδέχεται να εξηγούν τη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχολογικών εκβάσεων. Η ντροπή, για παράδειγμα, έχει προταθεί ως σημαντική συναισθηματική οδός μέσω της οποίας τα προβλήματα στοματικής υγείας μπορεί να συνδέονται με την ψυχοπαθολογία, ιδιαίτερα όταν οι στοματικές μεταβολές επηρεάζουν την εμφάνιση, την ομιλία ή την κοινωνική αυτοπεποίθηση (Tsironis et al., 2024a). Άλλες μελέτες έχουν αναδείξει τον προστατευτικό ρόλο ψυχολογικών πόρων, όπως η

αυτοσυμπόνια και η ψυχική ανθεκτικότητα, υποδηλώνοντας ότι οι ψυχολογικές συνέπειες των στοματικών προβλημάτων εξαρτώνται όχι μόνο από τη λειτουργική επιβάρυνση καθεαυτή, αλλά και από την ικανότητα του ατόμου να ρυθμίζει τη δυσφορία και να διατηρεί μια υποστηρικτική σχέση με τον εαυτό του (Tsironis et al., 2024b; Riegel et al., 2021).

Παρά τις σημαντικές αυτές εξελίξεις, τα υπάρχοντα θεωρητικά μοντέλα έχουν επικεντρωθεί κυρίως στους συναισθηματικούς μηχανισμούς, ενώ οι συμπεριφορικές και διαπροσωπικές διεργασίες παραμένουν λιγότερο διερευνημένες. Η αυτοφροντίδα αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό συμπεριφορικό μηχανισμό στην τρίτη ηλικία. Δεν αφορά μόνο συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας, όπως η στοματική υγιεινή ή η προληπτική φροντίδα, αλλά και ένα ευρύτερο μοτίβο ενεργητικής σχέσης του ατόμου με το σώμα, την υγεία και την καθημερινή του λειτουργικότητα. Στους ηλικιωμένους, η αυτοφροντίδα συνδέεται στενά με την αυτονομία, τη διατήρηση της λειτουργικότητας και την ικανότητα συνέχισης των καθημερινών δραστηριοτήτων. Η φτωχότερη στοματική υγεία μπορεί να σχετίζεται με μειωμένες πρακτικές αυτοφροντίδας, ενώ η ενισχυμένη ικανότητα αυτοφροντίδας φαίνεται να υποστηρίζει καλύτερη λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής (Richard & Shea, 2011; Weening-Verbree et al., 2013; van der Maarel-Wierink et al., 2013; Matarese et al., 2018; Riegel et al., 2019).

Παράλληλα, πρόσφατα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η αυτοφροντίδα στους ηλικιωμένους ενσωματώνεται στις καθημερινές πρακτικές ανεξάρτητης διαβίωσης και διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον (Casey et al., 2025). Υπό αυτή την έννοια, η αυτοφροντίδα δεν αποτελεί απλώς ατομική συμπεριφορά, αλλά και τρόπο διατήρησης της σχέσης του ανθρώπου με τον εαυτό και τον κόσμο.

Ένας δεύτερος κρίσιμος αλλά λιγότερο διερευνημένος μηχανισμός αφορά τη μοναξιά και ιδιαίτερα τη συναισθηματική μοναξιά. Η συναισθηματική μοναξιά αναφέρεται στην αντιλαμβανόμενη απουσία στενών, ουσιαστικών και συναισθηματικά ασφαλών σχέσεων. Έχει

αναγνωρίζεται ως σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας στους ηλικιωμένους και συνδέεται συστηματικά με φτωχότερη ψυχική υγεία, μειωμένη ποιότητα ζωής, αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Holt-Lunstad et al., 2015; Cacioppo & Cacioppo, 2018; Lim et al., 2020). Τα προβλήματα στοματικής υγείας ενδέχεται να συμβάλλουν στη συναισθηματική μοναξιά μέσω πολλαπλών οδών, όπως η δυσκολία επικοινωνίας, η αμηχανία, η μειωμένη κοινωνική αυτοπεποίθηση, η αποφυγή κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και οι δυσκολίες στη μάσηση ή στην ομιλία με άλλους ανθρώπους (Abdullah et al., 2024; Rouxel et al., 2018). Υπό αυτή την οπτική, το στόμα δεν αποτελεί μόνο βιολογική δομή, αλλά και μέσο κοινωνικής σύνδεσης. Όταν η στοματική υγεία διαταράσσεται, οι συνέπειες δεν βιώνονται μόνο στο σώμα, αλλά και στον σχεσιακό κόσμο του ανθρώπου.

Συνολικά, τα παραπάνω ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία μπορεί να συνδέεται με την ψυχική υγεία μέσω πολλαπλών και αλληλένδετων μηχανισμών. Συναισθηματικές διεργασίες, όπως η ντροπή, συμπεριφορικές διεργασίες, όπως η αυτοφροντίδα, και σχεσιακές διεργασίες, όπως η μοναξιά, ενδέχεται να συμβάλλουν στον τρόπο με τον οποίο η στοματική υγεία μεταφράζεται σε ψυχολογική εμπειρία. Ωστόσο, οι μηχανισμοί αυτοί σπάνια έχουν εξεταστεί μέσα σε ένα ενιαίο θεωρητικό μοντέλο, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους πληθυσμούς. Οι περισσότερες προηγούμενες μελέτες έχουν επικεντρωθεί είτε σε άμεσες συσχετίσεις είτε σε μεμονωμένους διαμεσολαβητικούς παράγοντες, χωρίς να διερευνούν εάν οι συμπεριφορικές και σχεσιακές διεργασίες οργανώνονται διαδοχικά.

Η διερεύνηση αυτού του ερευνητικού κενού είναι σημαντική τόσο για τη γεροντολογική θεωρία όσο και για την κλινική πράξη. Εάν η στοματική υγεία συνδέεται με την ψυχική υγεία μέσω τροποποιήσιμων διεργασιών, όπως η αυτοφροντίδα και η συναισθηματική μοναξιά, τότε η αξιολόγηση της στοματικής υγείας μπορεί να αποκτήσει ευρύτερη σημασία στο πλαίσιο ολοκληρωμένων προσεγγίσεων φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Μια τέτοια προσέγγιση θα

μπορούσε να συμβάλει στην αναγνώριση όχι μόνο οδοντιατρικών ή λειτουργικών δυσκολιών, αλλά και συμπεριφορικής ευαλωτότητας και σχεσιακής αποσύνδεσης.

Για τον λόγο αυτό, η παρούσα ερευνητική ενότητα εξετάζει τη σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία και της ψυχικής υγείας σε ηλικιωμένα άτομα που διαβιούν στην κοινότητα, μέσω ενός μοντέλου διαδοχικής διαμεσολάβησης στο οποίο η αυτοφροντίδα και η συναισθηματική μοναξιά νοούνται ως διαδοχικοί διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί. Συγκεκριμένα, εξετάζεται κατά πόσο η καλύτερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας, τα οποία με τη σειρά τους σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς και καλύτερη ψυχική υγεία. Υιοθετώντας μια βιοψυχοκοινωνική και γεροντολογική οπτική, η μελέτη επιχειρεί να αναδείξει μια πιθανή συμπεριφορική και σχεσιακή διαδρομή μέσω της οποίας η στοματική υγεία συνδέεται με την ψυχολογική ευημερία στην τρίτη ηλικία.

11.1 Μέθοδος

Η παρούσα ερευνητική ενότητα ακολούθησε ποσοτικό, συγχρονικό (cross-sectional) ερευνητικό σχεδιασμό με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία και της ψυχικής υγείας σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας. Ειδικότερα, εξετάστηκε ένα μοντέλο διαδοχικής διαμεσολάβησης, στο οποίο η αυτοφροντίδα και η συναισθηματική μοναξιά προσεγγίστηκαν ως διαδοχικοί διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής ευημερίας.

Η μελέτη βασίστηκε σε βιοψυχοκοινωνικό θεωρητικό πλαίσιο, σύμφωνα με το οποίο η στοματική υγεία δεν επηρεάζει μόνο τη σωματική λειτουργικότητα, αλλά και τη συμπεριφορική ενεργοποίηση, τη σχεσιακή εμπειρία και τη συνολικότερη ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων.

11.2 Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS και με εφαρμογή αναλύσεων διαδοχικής διαμεσολάβησης μέσω της διαδικασίας PROCESS του Hayes.

Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις βασικές μεταβλητές της μελέτης. Για τις συνεχείς μεταβλητές υπολογίστηκαν μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις, ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκαν συχνότητες και ποσοστά.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των ψυχομετρικών εργαλείων εκτιμήθηκε μέσω του δείκτη Cronbach's alpha. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις συσχέτισης Pearson προκειμένου να εξεταστούν οι σχέσεις μεταξύ:

- *της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία,*
- *της αυτοφροντίδας,*
- *της συναισθηματικής μοναξιάς,*
- *και της ψυχικής υγείας.*

Για τη διερεύνηση του θεωρητικού μοντέλου εφαρμόστηκε ανάλυση διαδοχικής διαμεσολάβησης (serial mediation analysis). Στο μοντέλο:

- *η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία ορίστηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή,*
- *η αυτοφροντίδα ως πρώτος διαμεσολαβητής,*
- *η συναισθηματική μοναξιά ως δεύτερος διαμεσολαβητής,*
- *και η ψυχική υγεία ως εξαρτημένη μεταβλητή.*

Οι έμμεσες επιδράσεις εκτιμήθηκαν μέσω bootstrapping με 5.000 επαναδειγματοληψίες και υπολογισμό διορθωμένων διαστημάτων εμπιστοσύνης 95%. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < .05$.

11.3 Αποτελέσματα

Η περιγραφική ανάλυση έδειξε μέτρια επίπεδα ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία, ενώ σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφερε δυσκολίες που σχετίζονταν με τη μάσηση, τη λειτουργικότητα και την κοινωνική άνεση κατά την επικοινωνία. Παράλληλα, παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτα επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς και διαφοροποιήσεις ως προς τις πρακτικές αυτοφροντίδας και την ψυχική ευημερία.

11.3.1 Συσχετίσεις μεταξύ των βασικών μεταβλητών

Η ανάλυση συσχετίσεων ανέδειξε σημαντικές σχέσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία, της αυτοφροντίδας, της συναισθηματικής μοναξιάς και της ψυχικής υγείας.

Ειδικότερα, η καλύτερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συσχετίστηκε θετικά με υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας και καλύτερη ψυχική υγεία. Αντίθετα, η φτωχότερη στοματική υγεία σχετίστηκε με αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς και χαμηλότερη ψυχολογική ευημερία.

Παράλληλα, τα υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας συνδέθηκαν με χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς και καλύτερη ψυχική υγεία. Η συναισθηματική μοναξιά εμφάνισε τη ισχυρότερη αρνητική συσχέτιση με την ψυχική υγεία, γεγονός που υποδηλώνει ότι η έλλειψη στενών και συναισθηματικά ουσιαστικών σχέσεων σχετίζεται σημαντικά με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση στους ηλικιωμένους.

Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την άποψη ότι η στοματική υγεία δεν συνδέεται μόνο με τη σωματική λειτουργικότητα, αλλά και με συμπεριφορικές και σχεσιακές διαστάσεις της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Πίνακας 1. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά και Συσχετίσεις.						
Μεταβλητές	M	SD	1	2	3	4
1. Oral health-related quality of life (GOHAI)	37.48	7.64	—			

Πίνακας 1. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά και Συσχετίσεις.						
Μεταβλητές	M	SD	1	2	3	4
2. Self-care (MSCS-OA)	128.76	15.18	.25***	—		
3. Emotional Loneliness	2.76	2.17	-.34***	-.33***	—	
4. Mental health (SF-36)	64.34	19.40	.39***	.38***	-.60***	—
Note. M = mean; SD = standard deviation. *p < .05, **p < .01, ***p < .001						

11.3.2 Διαδοχική Διαμεσολάβηση της Αυτοφροντίδας και της Συναισθηματικής Μοναξιάς

Το μοντέλο διαδοχικής διαμεσολάβησης εξετάστηκε προκειμένου να διερευνηθούν οι άμεσες και έμμεσες διαδρομές που συνδέουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία με την ψυχική υγεία μέσω της αυτοφροντίδας και της συναισθηματικής μοναξιάς. Οι τυποποιημένες άμεσες επιδράσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Η συνολική δομή του υποθετικού μοντέλου διαδοχικής διαμεσολάβησης, συμπεριλαμβανομένων όλων των εκτιμώμενων διαδρομών, παρουσιάζεται στο Σχήμα 1.

Άμεσες Επιδράσεις

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συσχετίστηκε θετικά με την αυτοφροντίδα ($\beta = .11$, $p = .002$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η καλύτερη στοματική υγεία συνδεόταν με υψηλότερη εμπλοκή σε συμπεριφορές αυτοφροντίδας.

Με τη σειρά της, η αυτοφροντίδα συσχετίστηκε αρνητικά με τη συναισθηματική μοναξιά ($\beta = -.16$, $p < .001$), ενώ η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία εμφάνισε επίσης άμεση αρνητική συσχέτιση με τη συναισθηματική μοναξιά ($\beta = -.27$, $p < .001$).

Όσον αφορά την ψυχική υγεία, η συναισθηματική μοναξιά αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας ($\beta = -.47, p < .001$). Τόσο η αυτοφροντίδα ($\beta = .17, p < .001$) όσο και η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία ($\beta = .18, p < .001$) παρουσίασαν επίσης σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την ψυχική υγεία.

Έμμεσες Επιδράσεις

Οι αναλύσεις bootstrapping (5.000 επαναδειγματοληψίες) έδειξαν ότι όλες οι έμμεσες επιδράσεις ήταν στατιστικά σημαντικές, καθώς τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% δεν περιελάμβαναν το μηδέν (Πίνακας 2). Συγκεκριμένα, επιβεβαιώθηκαν τρεις έμμεσες διαδρομές: (α) μέσω της αυτοφροντίδας, (β) μέσω της συναισθηματικής μοναξιάς και (γ) μέσω της διαδοχικής διαδρομής που συνδέει την αυτοφροντίδα με τη συναισθηματική μοναξιά.

Συνολικά, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συνδέθηκε έμμεσα με την ψυχική υγεία τόσο μέσω συμπεριφορικών μηχανισμών (αυτοφροντίδα) όσο και μέσω σχεσιακών μηχανισμών (συναισθηματική μοναξιά), καθώς και μέσω της διαδοχικής αλληλεπίδρασης αυτών των δύο παραγόντων. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν ένα μοντέλο σύμφωνα με το οποίο οι συμπεριφορικές και σχεσιακές διεργασίες συμβάλλουν από κοινού στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχολογικής ευημερίας στην τρίτη ηλικία.

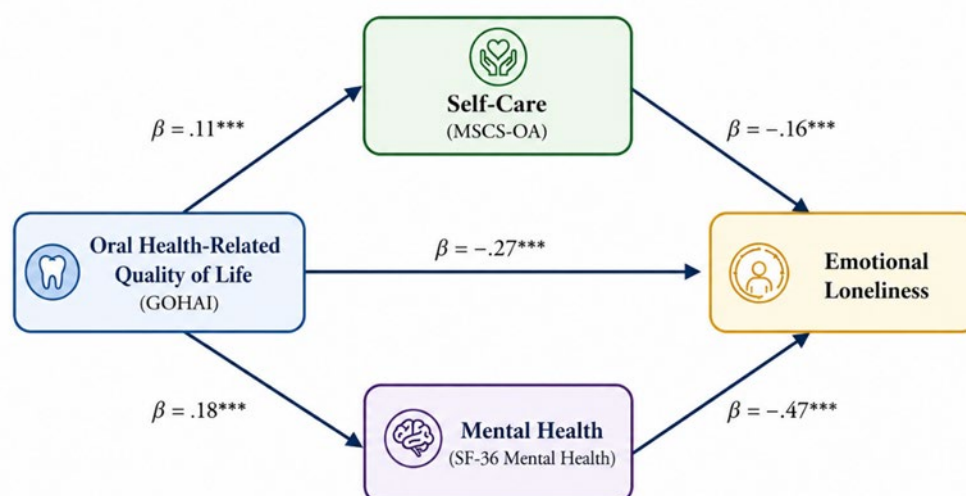
Πίνακας 2. Επιδράσεις από το Serial Mediation Model

Predictor	B	SE	β	p	95% CI
Outcome: Self-Care					
Oral health (GOHAI)	0.216	0.070	.109	.002	[0.077, 0.354]
Outcome: Emotional Loneliness					
Self-care	-0.023	0.005	-.158	< .001	[-0.033, -0.012]
Oral health (GOHAI)	-0.076	0.010	-.269	< .001	[-0.096, -0.056]

Πίνακας 2. Επιδράσεις από το Serial Mediation Model

Predictor	B	SE	β	p	95% CI
Outcome: Mental Health (SF-36)					
Emotional loneliness	-17.453	1.255	-.467	< .001	[-19.918, -14.988]
Self-care	0.908	0.188	.165	< .001	[0.539, 1.278]
Oral health (GOHAI)	1.913	0.340	.180	< .001	[1.246, 2.579]

Note. B = unstandardized regression coefficient; β = standardized coefficient; SE = standard error; CI = confidence interval. All models are adjusted for age, gender, educational level, living arrangement, and chronic disease status.



Note. Standardized regression coefficients (β) are shown for all paths. All estimates are adjusted for age, gender, educational level, and living arrangement. *** $p < .001$.

Figure 1. Serial mediation model illustrating the direct and indirect associations between oral health-related quality of life, self-care, emotional loneliness, and mental health. Standardized regression coefficients (β) are presented for all direct paths. All estimates are adjusted for age, gender, educational level, and living arrangement. *** $p < .001$.

Σχήμα 1. Μοντέλο σειριακής διαμεσολάβησης που απεικονίζει τις άμεσες και έμμεσες συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την στοματική υγεία, της αυτοφροντίδας, της συναισθηματικής μοναξιάς και της ψυχικής υγείας. Παρουσιάζονται τυποποιημένοι συντελεστές παλινδρόμησης (β) για όλες τις άμεσες διαδρομές. Όλες οι

εκτιμήσεις προσαρμόζονται ως προς την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και τον τρόπο διαβίωσης. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

11.3.3 Ιεραρχική Ανάλυση Παλινδρόμησης

Προκειμένου να διερευνηθεί περαιτέρω η σχετική συμβολή των προβλεπτικών παραγόντων στην ψυχική υγεία, πραγματοποιήθηκε ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης (Πίνακας 3).

Στο Μοντέλο 1, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία αναδείχθηκε ως σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ψυχικής υγείας ($\beta = .39$, $p < .001$), εξηγώντας το 15% της διακύμανσης. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει μια ουσιαστική άμεση σχέση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης στοματικής υγείας και της ψυχολογικής ευημερίας.

Στο Μοντέλο 2, η εισαγωγή της αυτοφροντίδας βελτίωσε σημαντικά το μοντέλο ($\Delta R^2 = .09$, $p < .001$), ενώ τόσο η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία ($\beta = .32$, $p < .001$) όσο και η αυτοφροντίδα ($\beta = .30$, $p < .001$) παρέμειναν στατιστικά σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες. Το πρότυπο αυτό υποδηλώνει ότι η συμπεριφορική ενεργοποίηση αποτελεί ένα επιπλέον ερμηνευτικό επίπεδο στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής υγείας.

Στο Μοντέλο 3, εισήχθη η συναισθηματική μοναξιά, η οποία αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας ($\beta = -.47$, $p < .001$). Η προσθήκη της μοναξιάς αύξησε σημαντικά το ποσοστό της εξηγούμενης διακύμανσης ($R^2 = .42$), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι σχεσιακές διεργασίες ερμηνεύουν σημαντικό μέρος της μεταβλητότητας της ψυχικής υγείας στους ηλικιωμένους.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η επίδραση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία μειώθηκε ($\beta = .18$, $p < .001$) μετά την εισαγωγή της αυτοφροντίδας και της συναισθηματικής μοναξιάς, παραμένοντας ωστόσο στατιστικά σημαντική. Το πρότυπο αυτό είναι συμβατό με μερική διαμεσολάβηση και ενισχύει τον ρόλο των συμπεριφορικών και σχεσιακών μηχανισμών στη σύνδεση της σωματικής κατάστασης με τα ψυχολογικά αποτελέσματα.

Συνολικά, το ιεραρχικό πρότυπο των ευρημάτων υποδηλώνει μια προοδευτική ερμηνευτική δομή, σύμφωνα με την οποία η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συνδέεται με την ψυχική υγεία σε άμεσο επίπεδο, διαμορφώνεται περαιτέρω από συμπεριφορικές διεργασίες (αυτοφροντίδα) και ερμηνεύεται ισχυρότερα μέσω της σχεσιακής εμπειρίας (συναισθηματική μοναξιά).

Πίνακας 3. Hierarchical Regression Analysis Predicting Mental Health						
Predictor	M1 B(SE)	β	M2 B(SE)	β	M3 B(SE)	β
Constant	83.21 (14.43)		-103.76 (25.27)		87.66 (25.63)	
GOHAI	4.16 (0.38)	.39***	3.37 (0.37)	.32***	1.95 (0.34)	.18***
Total Self-Care			1.68 (0.19)	.30***	0.99 (0.17)	.18***
Emotional Loneliness					-17.76 (1.21)	-.47***
Model Fit:						
R ² : Model 1 = .15; Model 2 = .24; Model 3 = .42						
ΔR^2 : Model 2 = .09***; Model 3 = .18***						
F(df): M1 = 121.57 (1, 677)***; M2 = 106.36 (2, 676)***; M3 = 164.56 (3, 675)***						
Note. B = unstandardized coefficients; SE = standard error; β = standardized coefficients. ***p < .001.						

11.4 Συζήτηση

Τα ευρήματα ήταν συνεπή με τις προτεινόμενες υποθέσεις και ευθυγραμμίζονταν με ένα βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο που συνδέει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία με την ψυχική υγεία μέσω συμπεριφορικών και σχεσιακών μηχανισμών. Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη σχέση αυτή σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας, εστιάζοντας στους διαδοχικούς διαμεσολαβητικούς ρόλους της αυτοφροντίδας και της συναισθηματικής μοναξιάς. Συνολικά, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ένα συνεκτικό πρότυπο συσχετίσεων, σύμφωνα με το οποίο η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία δεν συνδέεται μόνο άμεσα με την ψυχική υγεία, αλλά και έμμεσα μέσω αλληλένδετων διεργασιών.

Σε συμφωνία με τις υποθέσεις της μελέτης, η καλύτερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συσχετίστηκε άμεσα με την ψυχική υγεία και έμμεσα μέσω συμπεριφορικών και σχεσιακών διαδρομών. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία αντανακλά όχι μόνο τη βιολογική κατάσταση, αλλά και πρότυπα καθημερινής συμπεριφοράς υγείας και εμπλοκής του ατόμου με το ίδιο του το σώμα.

Στην τρίτη ηλικία, όπου η αυτονομία και η λειτουργική ικανότητα ενδέχεται να μειώνονται σταδιακά, η δυνατότητα διατήρησης πρακτικών αυτοφροντίδας καθίσταται κεντρικό στοιχείο διατήρησης της υγείας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία μπορεί να γίνει κατανοητή ως έκφραση μιας ενσώματης διάστασης της συνεχιζόμενης ρυθμιστικής σχέσης του ατόμου με το ίδιο του το σώμα.

Η αυτοφροντίδα, με τη σειρά της, συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς. Το εύρημα αυτό επεκτείνει την υπάρχουσα βιβλιογραφία, υποδεικνύοντας ότι η αυτοφροντίδα μπορεί να έχει σχεσιακές προεκτάσεις πέρα από τις άμεσες επιδράσεις της στη σωματική υγεία. Τα άτομα που διατηρούν υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας ενδέχεται να διατηρούν ισχυρότερη αίσθηση προσωπικής

αποτελεσματικότητας, κοινωνικής παρουσίας και ενεργού εμπλοκής με το περιβάλλον τους, μειώνοντας έτσι την ευαλωτότητα απέναντι στη συναισθηματική αποσύνδεση.

Νεότερα δεδομένα υποδηλώνουν επίσης ότι η αυτοφροντίδα στους ηλικιωμένους ενσωματώνεται στις καθημερινές πρακτικές ανεξάρτητης διαβίωσης και διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον (Casey et al., 2025), ενισχύοντας την αντίληψή της ως μιας διεργασίας βαθιά ενταγμένης στο πλαίσιο ζωής του ατόμου. Αντίθετα, η μειωμένη αυτοφροντίδα ενδέχεται να αντανακλά όχι μόνο σωματικούς περιορισμούς, αλλά και μια σταδιακή απόσυρση τόσο από τον εαυτό όσο και από τους άλλους. Υπό αυτή την έννοια, η αυτοφροντίδα μπορεί να υποστηρίζει όχι μόνο τη διατήρηση της καθημερινής λειτουργικότητας αλλά και της σχεσιακής συμμετοχής στην τρίτη ηλικία, συνδέοντας τις σωματικές ανάγκες με τη σχεσιακή εμπλοκή (Riegel et al., 2021; Matarese et al., 2018).

Η συναισθηματική μοναξιά αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της ψυχικής υγείας, γεγονός που υπογραμμίζει τον κεντρικό της ρόλο στην ψυχολογική ευημερία κατά την τρίτη ηλικία. Το μέγεθος αυτής της συσχέτισης υποδηλώνει ότι η μοναξιά δεν αποτελεί απλώς έναν από τους πολλούς επιβαρυντικούς παράγοντες, αλλά έναν βασικό μηχανισμό μέσω του οποίου οι εμπειρίες που σχετίζονται με την υγεία μεταφράζονται σε ψυχικές εκβάσεις. Σε συμφωνία με προηγούμενη έρευνα, η συναισθηματική μοναξιά αποτυπώνει μια βαθύτερη διάσταση σχεσιακής στέρησης, αντανακλώντας την απουσία στενών και ουσιαστικών δεσμών και όχι απλώς τη μειωμένη κοινωνική επαφή (Holt-Lunstad et al., 2015; National Academies of Sciences, 2020).

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι τα ευρήματα συμφωνούν με ένα πρότυπο διαδοχικής διαμεσολάβησης, σύμφωνα με το οποίο η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συνδέεται έμμεσα με την ψυχική υγεία μέσω της αυτοφροντίδας και της συναισθηματικής μοναξιάς. Το εύρημα αυτό προσφέρει μια περισσότερο ολοκληρωμένη κατανόηση των

διαδρομών που συνδέουν τη σωματική και την ψυχική υγεία στους ηλικιωμένους. Αντί να λειτουργούν ανεξάρτητα, οι συμπεριφορικές και σχεσιακές διεργασίες φαίνεται να συγκροτούν μια διαδοχική αλυσίδα μέσω της οποίας οι δυσκολίες της στοματικής υγείας μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογική ευημερία.

Πρόσφατα εμπειρικά δεδομένα και δεδομένα από ανασκοπήσεις ενισχύουν περαιτέρω την άποψη περί σύνθετης και αμφίδρομης σχέσης μεταξύ στοματικής και ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους πληθυσμούς. Σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι η επιβαρυνόμενη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ψυχολογικής δυσφορίας, τόσο άμεσα όσο και μέσω ψυχοκοινωνικών μηχανισμών, όπως η μειωμένη κοινωνική συμμετοχή, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι δυσκολίες επικοινωνίας (Takeuchi et al., 2026). Ταυτόχρονα, πρόσφατες ανασκοπήσεις υπογραμμίζουν ότι η στοματική και η ψυχική υγεία αποτελούν βαθιά αλληλένδετα πεδία, τα οποία διαμορφώνονται από κοινούς συμπεριφορικούς, κοινωνικούς και δομικούς προσδιοριστικούς παράγοντες, όπως οι συμπεριφορές υγείας, η πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες (Khairunnisa et al., 2024).

Επιπλέον, νεότερη διαχρονική και διεπιστημονική έρευνα αναδεικνύει ότι η στοματική υγεία μπορεί να λειτουργεί ως τροποποιήσιμος προσδιοριστικός παράγοντας της ψυχικής ευημερίας στην τρίτη ηλικία, επηρεάζοντας όχι μόνο τις ψυχολογικές εκβάσεις αλλά και ευρύτερες διεργασίες λειτουργικής έκπτωσης και κοινωνικής συμμετοχής (Chan et al., 2026). Μέσα σε αυτό το εξελισσόμενο θεωρητικό πλαίσιο, η παρούσα μελέτη συμβάλλει προσδιορίζοντας μια διαδοχική διαδρομή μέσω της οποίας η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία μεταφράζεται σε ψυχολογική εμπειρία, προσφέροντας μια περισσότερο προσανατολισμένη στις διεργασίες κατανόηση αυτής της σχέσης.

Τα παρόντα ευρήματα επεκτείνουν επίσης προηγούμενη εργασία που ανέδειξε τον διαμεσολαβητικό ρόλο της ντροπής στη σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχοπαθολογίας

(Tsironis et al., 2024a). Ενώ τα προηγούμενα μοντέλα έδιναν έμφαση κυρίως στις συναισθηματικές διαδρομές, τα τρέχοντα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η στοματική υγεία μπορεί να συνδέεται με την ψυχική υγεία μέσω ενός ευρύτερου δικτύου συμπεριφορικών και σχεσιακών μηχανισμών. Σε συμφωνία με προηγούμενα ευρήματα που ανέδειξαν τον προστατευτικό ρόλο της αυτοσυμπόνιας και της ψυχικής ανθεκτικότητας (Tsironis et al., 2024b), η αυτοφροντίδα μπορεί να εννοιοποιηθεί ως μια ενεργητική ρυθμιστική διεργασία που αντανακλά τη συνεχιζόμενη εμπλοκή του ατόμου με το σώμα και την ευημερία του. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η συμπεριφορική ρύθμιση ενδέχεται να λειτουργεί παράλληλα με τη συναισθηματική ρύθμιση στη διαμόρφωση των εκβάσεων ψυχικής υγείας.

Συνολικά, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία μπορεί να συνδέεται με την ψυχολογική ευημερία μέσω πολλαπλών αλληλένδετων διαδρομών, συμπεριλαμβανομένων συναισθηματικών (π.χ. ντροπή), συμπεριφορικών (π.χ. αυτοφροντίδα) και σχεσιακών (π.χ. μοναξιά) διεργασιών. Αντί να λειτουργούν μεμονωμένα, οι διεργασίες αυτές φαίνεται να συγκροτούν ένα δυναμικό βιοψυχοκοινωνικό σύστημα που συνδέει τη σωματική κατάσταση με τη βιωμένη ψυχολογική εμπειρία (Watt et al., 2019; Peres et al., 2019). Από γεροντολογική σκοπιά, τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία κατανόησης της υγείας στην τρίτη ηλικία ως μιας ολοκληρωμένης διεργασίας, όπου οι σωματικές, συμπεριφορικές και σχεσιακές διαστάσεις αλληλεπιδρούν διαχρονικά.

11.5 Κλινικές και Δημόσιας Υγείας Επιπτώσεις

Από κλινική σκοπιά, τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία στους ηλικιωμένους ενδέχεται να έχουν ευρύτερες ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις πέρα από τα λειτουργικά αποτελέσματα. Η ενίσχυση της στοματικής υγείας μπορεί να υποστηρίξει μεγαλύτερη εμπλοκή σε πρακτικές αυτοφροντίδας, η οποία με τη σειρά της ενδέχεται να συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς και βελτιωμένη ψυχική ευημερία.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη για ολοκληρωμένες προσεγγίσεις φροντίδας που γεφυρώνουν τα οδοντιατρικά, ιατρικά και ψυχοκοινωνικά πεδία. Οι παρεμβάσεις που αφορούν την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται απομονωμένα, αλλά ως μέρος ενός πλαισίου προσωποκεντρικής φροντίδας, στο οποίο η αυτοφροντίδα υποστηρίζεται ως βασική ρυθμιστική διεργασία που συνδέει τη σωματική κατάσταση με την καθημερινή λειτουργικότητα και την κοινωνική συμμετοχή.

Αντίστοιχα, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αυτοφροντίδα θα μπορούσαν να ωφεληθούν εάν υπερέβαιναν την απλή τροποποίηση της συμπεριφοράς και περιλάμβαναν στρατηγικές που ενισχύουν την προσωπική αυτενέργεια, οργανώνουν τις καθημερινές ρουτίνες και προάγουν ουσιαστική αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η αντιμετώπιση της συναισθηματικής μοναξιάς —μέσω υποστηρικτικής επικοινωνίας, πρωτοβουλιών κοινωνικής συμμετοχής και συνέχειας της φροντίδας— ενδέχεται να αποτελεί μία από τις σημαντικότερες διαδρομές για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας στην τρίτη ηλικία.

11.6 Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα. Βασίζεται σε ένα σχετικά μεγάλο δείγμα ηλικιωμένων ατόμων που διαβιούν στην κοινότητα και αξιοποιεί ένα θεωρητικά τεκμηριωμένο μοντέλο που ενσωματώνει σωματικές, συμπεριφορικές και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές. Η χρήση επικυρωμένων εργαλείων μέτρησης, καθώς και η εξέταση ενός πλαισίου διαδοχικής διαμεσολάβησης, προσφέρουν μια περισσότερο λεπτομερή και σύνθετη κατανόηση των μηχανισμών που συνδέουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία με την ψυχική υγεία.

Ωστόσο, ορισμένοι περιορισμοί θα πρέπει να αναγνωριστούν. Πρώτον, ο συγχρονικός (cross-sectional) σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών

συμπερασμάτων, και επομένως απαιτούνται διαχρονικές ή πειραματικές μελέτες προκειμένου να διευκρινιστεί η κατεύθυνση των παρατηρούμενων συσχετίσεων. Δεύτερον, όλες οι μεταβλητές αξιολογήθηκαν μέσω αυτοαναφερόμενων μέτρων, γεγονός που ενδέχεται να εισάγει μεροληψία απαντήσεων και ανάκλησης. Τρίτον, η χρήση δειγματοληψίας ευκολίας ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε ευρύτερους πληθυσμούς ηλικιωμένων ατόμων. Τέλος, παρότι ελέγχθηκαν βασικές κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανή επίδραση μη μετρηθέντων παραγόντων — όπως η κλινική κατάσταση της στοματικής υγείας, η γνωστική λειτουργικότητα ή η κοινωνική υποστήριξη.

Παρά τους περιορισμούς αυτούς, τα παρόντα ευρήματα συμβάλλουν στη διαρκώς αυξανόμενη βιβλιογραφία που υπογραμμίζει την αλληλένδετη φύση της σωματικής και ψυχικής υγείας κατά τη γήρανση. Αναδεικνύοντας την αυτοφροντίδα και τη συναισθηματική μοναξιά ως βασικούς μηχανισμούς που συνδέουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία με την ψυχική ευημερία, η μελέτη αυτή υπογραμμίζει τη σημασία ολοκληρωμένων και προσωποκεντρικών προσεγγίσεων φροντίδας. Σε ευρύτερο επίπεδο, τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη υπέρβασης των κατακερματισμένων μοντέλων υγείας προς μια περισσότερο ενοποιημένη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι σωματικές, συμπεριφορικές και σχεσιακές διεργασίες διαμορφώνουν από κοινού την ψυχολογική εμπειρία στην τρίτη ηλικία.

11.7 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη παρέχει ενδείξεις ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συνδέεται ουσιαστικά με την ψυχική υγεία στους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας, όχι μόνο μέσω άμεσων συσχετίσεων αλλά και μέσω διαδοχικών συμπεριφορικών και σχεσιακών μηχανισμών. Ειδικότερα, η αυτοφροντίδα και η συναισθηματική μοναξιά αναδείχθηκαν ως

βασικές διεργασίες μέσω των οποίων η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συνδέεται με την ψυχολογική ευημερία.

Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία δεν θα πρέπει να γίνεται κατανοητή αποκλειστικά ως μια τοπική ή κλινική κατάσταση, αλλά ως μέρος ενός ευρύτερου βιοψυχοκοινωνικού συστήματος. Μέσα σε αυτό το σύστημα, η αυτοφροντίδα φαίνεται να συνδέει τη σωματική κατάσταση με την καθημερινή εμπλοκή του ατόμου στη ζωή, ενώ η συναισθηματική μοναξιά αντανακλά τη σχεσιακή διαδρομή μέσω της οποίας οι εμπειρίες που σχετίζονται με την υγεία αποκτούν ψυχολογικό νόημα.

Από κλινική και σκοπιά δημόσιας υγείας, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία ενδέχεται να έχουν ευρύτερες προεκτάσεις πέρα από τις σωματικές εκβάσεις. Η υποστήριξη πρακτικών αυτοφροντίδας και η αντιμετώπιση της συναισθηματικής μοναξιάς ενδέχεται να αποτελούν σημαντικές διαδρομές για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας στην τρίτη ηλικία. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για ολοκληρωμένες προσεγγίσεις που υπερβαίνουν τα κατακερματισμένα μοντέλα φροντίδας και λαμβάνουν υπόψη τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των σωματικών, συμπεριφορικών και σχεσιακών διαστάσεων της υγείας.

Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να επεκτείνει τα παρόντα ευρήματα μέσω διαχρονικών και παρεμβατικών ερευνητικών σχεδιασμών, προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι αιτιολογικές διαδρομές και να υποστηριχθεί η ανάπτυξη στοχευμένων και προσωποκεντρικών στρατηγικών παρέμβασης. Τελικά, μια περισσότερο ενοποιημένη κατανόηση της υγείας κατά τη γήρανση ενδέχεται να εξαρτάται από την αναγνώριση του τρόπου με τον οποίο οι σωματικές καταστάσεις διαμορφώνονται και βιώνονται διαρκώς μέσα από τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις.

3η Ερευνητική Ενότητα

Διερεύνηση της αυτοφροντίδας ως συμπεριφορικού μηχανισμού στη σχέση μεταξύ στοματικής και ψυχικής υγείας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας

Η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη και πολυδιάστατη διαδικασία, η οποία εκτείνεται πέρα από τη βιολογική έκπτωση και περιλαμβάνει βαθιές μεταβολές στην ταυτότητα, την καθημερινή λειτουργικότητα και τη σχέση του ατόμου με το σώμα και τον κοινωνικό κόσμο. Στην ύστερη ενήλικη ζωή, η υγεία δεν ορίζεται πλέον αποκλειστικά από την απουσία νόσου, αλλά από την ικανότητα διατήρησης της αυτονομίας, της λειτουργικής ικανότητας και της ουσιαστικής συμμετοχής στην καθημερινή ζωή (World Health Organization [WHO], 2021; Beard et al., 2016).

Η παγκόσμια δημογραφική μετατόπιση προς έναν ολοένα γηράσκοντα πληθυσμό έχει εντείνει την ανάγκη υπέρβασης των παραδοσιακών βιοϊατρικών προσεγγίσεων, οι οποίες αντιλαμβάνονται την υγεία κυρίως υπό το πρίσμα της παθολογίας και της φυσιολογικής λειτουργίας. Αν και το μοντέλο αυτό συνέβαλε ουσιαστικά στην επιστημονική πρόοδο, παραμένει περιορισμένο ως προς την ικανότητά του να αποτυπώσει τη βιωμένη εμπειρία της υγείας. Ως απάντηση, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, που εισήχθη από τον Engel (1977), επαναπροσδιόρισε την υγεία ως μια δυναμική αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διεργασιών, τοποθετώντας την ανθρώπινη εμπειρία στο επίκεντρο της επιστημονικής διερεύνησης (Engel, 1977; WHO, 1948).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική υγεία αναδύεται ως ένα κρίσιμο αλλά συχνά υποτιμημένο στοιχείο της συνολικής ευημερίας των ηλικιωμένων ατόμων. Ιστορικά περιορισμένη σε κλινικούς δείκτες, όπως η τερηδόνα, η περιοδοντική νόσος και η απώλεια δοντιών, η στοματική υγεία νοείται πλέον ολοένα και περισσότερο ως μια πολυδιάστατη έννοια που διαμορφώνεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς προσδιοριστές (Peres et al., 2019; Watt et al., 2019). Πρόσφατα δεδομένα υπογραμμίζουν περαιτέρω ότι η στοματική υγεία θα πρέπει να θεωρείται βασικό στοιχείο των ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας, λόγω της αμφίδρομης σχέσης της με τη γενική και ψυχική ευεξία (Khairunnisa et al., 2024).

Το στόμα δεν αποτελεί απλώς μια ανατομική δομή. Αποτελεί ένα κεντρικό μέσο θρέψης, επικοινωνίας και κοινωνικής έκφρασης. Μέσα από την ομιλία, τη μάσηση και το χαμόγελο, τα άτομα διατηρούν την παρουσία τους στον κοινωνικό κόσμο. Κατά συνέπεια, οι διαταραχές της στοματικής υγείας ενδέχεται να επεκτείνονται πέρα από τη σωματική δυσφορία και να επηρεάζουν την αυτοεικόνα, την αυτονομία και την ικανότητα συμμετοχής στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι δυσκολίες στη μάσηση, στην ομιλία ή στην εμφάνιση μπορεί να συμβάλλουν στη μειωμένη κοινωνική συμμετοχή και στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής (Tsakos et al., 2015; Peres et al., 2019).

Η έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία (Oral Health-Related Quality of Life, OHRQoL) αντανακλά αυτή τη μετατόπιση προς μια περισσότερο προσωποκεντρική κατανόηση της υγείας. Αντί να επικεντρώνεται αποκλειστικά στα κλινικά ευρήματα, η OHRQoL αποτυπώνει τον υποκειμενικό αντίκτυπο των στοματικών καταστάσεων στην καθημερινή λειτουργικότητα, τη συναισθηματική ευεξία και την κοινωνική ζωή (Locker, 1988; Gift et al., 1997). Η προσέγγιση αυτή αναδεικνύει ότι η στοματική υγεία δεν αφορά μόνο ό,τι μπορεί να μετρηθεί κλινικά, αλλά και ό,τι βιώνεται και νοηματοδοτείται από το άτομο. Πρόσφατες μελέτες ενισχύουν περαιτέρω αυτή την οπτική, δείχνοντας ότι η

OHRQoL συνδέεται στενά με τις τροχιές της ψυχικής υγείας και τις μεταβολές των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου (Takeuchi et al., 2026).

Στην ύστερη ενήλικη ζωή, η στοματική υγεία συνδέεται στενά με ευρύτερες διεργασίες λειτουργικής ικανότητας, αυτονομίας και ψυχολογικής ευεξίας. Οι μεταβολές που σχετίζονται με την ηλικία, σε συνδυασμό με κοινωνικές και δομικές ανισότητες, ενδέχεται να περιορίζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες στοματικής φροντίδας και να συμβάλλουν σε δυσμενέστερα αποτελέσματα στοματικής υγείας (Peres et al., 2019; WHO, 2022). Ταυτόχρονα, η στοματική υγεία μπορεί να επηρεάζει τη διατροφή, την επικοινωνία και την κοινωνική συμμετοχή, τοποθετώντας την ως καθοριστικό παράγοντα της συνολικής ποιότητας ζωής.

Ένας σημαντικός συμπεριφορικός μηχανισμός μέσα σε αυτό το πλαίσιο είναι η αυτοφροντίδα. Η αυτοφροντίδα στην ύστερη ζωή υπερβαίνει τις συμπεριφορές που σχετίζονται αποκλειστικά με την υγεία και περιλαμβάνει τη συνεχή εμπλοκή του ατόμου με το σώμα του, τις καθημερινές του ρουτίνες και την ευεξία του. Αντανακλά την ικανότητα διατήρησης της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της ουσιαστικής σχέσης με τον εαυτό (Engel, 1977; WHO, 2021). Η μειωμένη αυτοφροντίδα ενδέχεται να υποδηλώνει όχι μόνο σωματικούς περιορισμούς, αλλά και μια σταδιακή αποεπένδυση τόσο από τον εαυτό όσο και από το περιβάλλον.

Παρά την αυξανόμενη αναγνώριση της σημασίας της στοματικής υγείας στη γήρανση, οι μηχανισμοί που συνδέουν τη στοματική υγεία με την ψυχική ευεξία παραμένουν ανεπαρκώς διερευνημένοι. Ειδικότερα, ο ρόλος της αυτοφροντίδας ως πιθανού μονοπατιού μέσω του οποίου η στοματική υγεία επηρεάζει την ψυχολογική ευεξία έχει λάβει περιορισμένη εμπειρική προσοχή.

Ως εκ τούτου, η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία, της αυτοφροντίδας και της ψυχικής ευεξίας σε ηλικιωμένους ενήλικες. Υιοθετώντας μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, η μελέτη

επιδιώκει να εξετάσει τόσο την άμεση σχέση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής ευεξίας όσο και την πιθανή συμβολή της αυτοφροντίδας ως συμπεριφορικού μηχανισμού μέσα σε αυτή τη σχέση.

Ωστόσο, οι περισσότερες υπάρχουσες μελέτες έχουν εξετάσει αυτές τις σχέσεις αποσπασματικά, χωρίς να ενσωματώνουν τη στοματική υγεία, την αυτοφροντίδα και την ψυχική ευεξία μέσα σε ένα ενιαίο ερμηνευτικό πλαίσιο. Για τον λόγο αυτό, η παρούσα ερευνητική ενότητα εξετάζει τη σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία και της ψυχικής υγείας σε ηλικιωμένα άτομα που διαβιούν στην κοινότητα, μέσω ενός μοντέλου διαδοχικής διαμεσολάβησης στο οποίο η αυτοφροντίδα και η συναισθηματική μοναξιά νοούνται ως διαδοχικοί διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί.

12.1 Σκοπός και Ερευνητικές Υποθέσεις

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία, της αυτοφροντίδας και της ψυχικής ευεξίας σε ηλικιωμένους ενήλικες. Ειδικότερα, η μελέτη επιδιώκει να εξετάσει τόσο την άμεση σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία και της ψυχικής ευεξίας, όσο και τον ρόλο της αυτοφροντίδας ως συμπεριφορικού παράγοντα που συνδέεται με αυτή τη σχέση. Οι ερευνητικές υποθέσεις ήταν:

- *H1: Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συσχετίζεται θετικά με την αυτοφροντίδα στους ηλικιωμένους ενήλικες.*
- *H2: Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία συσχετίζεται θετικά με την ψυχική ευεξία.*
- *H3: Η αυτοφροντίδα συσχετίζεται θετικά με την ψυχική ευεξία.*

- *H4: Η αυτοφροντίδα συμβάλλει στη σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία και της ψυχικής ευεξίας, όταν εξετάζεται μέσα σε ένα πολυπαραγοντικό ερμηνευτικό πλαίσιο.*

12.2 Μέθοδος

Η παρούσα συγχρονική παρατηρητική μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής, όπως περιεγράφηκε αναλυτικά στο όγδοο κεφάλαιο.

12.2.1 Στατιστική Ανάλυση

Υπολογίστηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία (μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και συχνότητες) για τη συνοπτική παρουσίαση των χαρακτηριστικών του δείγματος και των μεταβλητών της μελέτης. Η εσωτερική συνοχή των εργαλείων αξιολογήθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's alpha.

Οι συντελεστές συσχέτισης Pearson υπολογίστηκαν για τη διερεύνηση των διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία, της αυτοφροντίδας και της ψυχικής ευεξίας.

Για την εξέταση των υποθέσεων της μελέτης πραγματοποιήθηκε σειρά αναλύσεων παλινδρόμησης.

Αρχικά, εφαρμόστηκε γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης προκειμένου να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία και της αυτοφροντίδας.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση για τη διερεύνηση των προβλεπτικών παραγόντων της ψυχικής ευεξίας. Στο αρχικό μοντέλο, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία εισήχθη ως ανεξάρτητη μεταβλητή. Στο επόμενο μοντέλο προστέθηκε η αυτοφροντίδα, προκειμένου να αξιολογηθεί η συμβολή της πέραν της στοματικής υγείας.

Όλα τα μοντέλα προσαρμόστηκαν ως προς τις καθορισμένες συμμεταβλητές. Εξετάστηκαν οι δείκτες πολυσυγγραμμικότητας και δεν διαπιστώθηκαν σημαντικά προβλήματα.

Αναφέρθηκαν οι τυποποιημένοι συντελεστές παλινδρόμησης (β), οι μη τυποποιημένοι συντελεστές (B), τα τυπικά σφάλματα (SE) και τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% (CI). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < .05$.

Τα ελλιπή δεδομένα ήταν ελάχιστα και αντιμετωπίστηκαν με τη μέθοδο διαγραφής κατά περίπτωση (listwise deletion). Οι προϋποθέσεις της γραμμικής παλινδρόμησης, συμπεριλαμβανομένων της κανονικότητας, της γραμμικότητας και της ομοσκεδαστικότητας, ελέγχθηκαν και επιβεβαιώθηκαν.

Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του λογισμικού SPSS έκδοση 28 (IBM Corp., Armonk, NY).

12.3 Αποτελέσματα

Οι συμμετέχοντες (Πίνακας 1) στην παρούσα ερευνητική ενότητα ήταν 681 ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που διέμεναν στην ευρύτερη κοινότητα, με μέση ηλικία 77.49 έτη ($SD = 8.45$). Οι γυναίκες αποτελούσαν την πλειονότητα του δείγματος (62.9%), ενώ οι άνδρες αντιστοιχούσαν στο 36.5%. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι ή χήροι, ενώ περισσότεροι από τους μισούς ανέφεραν ότι διέμεναν με σύζυγο, αν και ένα σημαντικό ποσοστό ζούσε μόνο του. Η πλειονότητα είχε ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος	
Μεταβλητές	n (%) / Mean (SD)
Ηλικία	77.49 (8.45)
Φύλο	
Άνδρας	248 (36.5%)
Γυναίκα	428 (62.9%)
Οικογενειακή Κατάσταση	
Άγαμος/η	30 (4.4%)
Εγγαμος/η	405 (59.6%)
Χήρος/α	28 (4.1%)
Διαζευγμένος/η	215 (31.6%)
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	
Αναλφάβητοι	71 (10.4%)
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	299 (44.0%)
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	87 (12.8%)
Λύκειο	109 (16.0%)
Πανεπιστήμιο	114 (16.8%)
Διαμονή	
Μόνος/η	203 (30.1%)
Με σύζυγο	357 (53.0%)
Με παιδιά	56 (8.3%)
Άλλο	65 (9.6%)

12.3.1 Περιγραφικά Στατιστικά και Συσχετίσεις

Τα περιγραφικά στατιστικά και οι συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ των κύριων μεταβλητών της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία (GOHAI) συσχετίστηκε θετικά τόσο με την αυτοφροντίδα ($r = .25$, $p < .001$) όσο και με την ψυχική ευεξία ($r = .39$, $p < .001$). Η αυτοφροντίδα συσχετίστηκε επίσης θετικά με την ψυχική ευεξία ($r = .38$, $p < .001$). Σύμφωνα με τις συμβατικές ερμηνείες του μεγέθους επίδρασης, η συσχέτιση μεταξύ στοματικής υγείας και αυτοφροντίδας ήταν μικρού έως μέτριου μεγέθους, ενώ οι συσχετίσεις που αφορούσαν την ψυχική ευεξία ήταν μέτριας έντασης.

Συνολικά, το πρότυπο των συσχετίσεων υποδηλώνει ότι η καλύτερη στοματική υγεία συνδέεται με υψηλότερη εμπλοκή σε συμπεριφορές αυτοφροντίδας και βελτιωμένη ψυχολογική ευεξία, ενώ η αυτοφροντίδα συνδέεται αντίστοιχα με καλύτερα επίπεδα ψυχικής ευεξίας.

Πίνακας 2. Περιγραφική Στατιστική και Pearson Correlations μεταξύ των μεταβλητών

Μεταβλητή	M	SD	1	2	3	Interpretation
Oral health (GOHAI)	37.48	7.64	—			
Self-care (MSCS-OA)	128.76	15.18	.25***	—		<i>Small-moderate</i>
Mental health (SF-36 MCS)	64.34	19.40	.39***	.38***	—	<i>Moderate</i>

12.3.2 Αναλύσεις Παλινδρόμησης

Η Στοματική Υγεία ως Προβλεπτικός Παράγοντας της Αυτοφροντίδας

Η γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης (Πίνακας 3) έδειξε ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία αποτελούσε στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της αυτοφροντίδας ($B = 0.216$, $SE = 0.070$, $\beta = .11$, $p = .002$, 95% CI [0.077, 0.354]). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης στοματικής υγείας συνδέονται με μεγαλύτερη εμπλοκή σε συμπεριφορές αυτοφροντίδας.

Πίνακας 3. Linear Regression Analysis Predicting Αυτοφροντίδας					
Predictor	B	SE	β	p	95% CI
Oral health (GOHAI)	0.216	0.070	.109	.002	[0.077, 0.354]

12.3.3 Προβλεπτικοί Παράγοντες της Ψυχικής Υγείας

Πραγματοποιήθηκε ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της συμβολής της στοματικής υγείας και της αυτοφροντίδας στην ψυχική υγεία (Πίνακας 4).

Μοντέλο 1

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ψυχικής υγείας ($B = 4.16$, $SE = 0.38$, $\beta = .39$, $p < .001$), εξηγώντας το 15% της διακύμανσης ($R^2 = .15$).

Μοντέλο 2

Όταν η αυτοφροντίδα προστέθηκε στο μοντέλο, και οι δύο προβλεπτικοί παράγοντες παρέμειναν στατιστικά σημαντικοί. Η στοματική υγεία συνέχισε να σχετίζεται με την ψυχική υγεία ($B = 3.37$, $SE = 0.37$, $\beta = .32$, $p < .001$), ενώ και η αυτοφροντίδα παρουσίασε σημαντική θετική συσχέτιση ($B = 1.68$, $SE = 0.19$, $\beta = .30$, $p < .001$).

Η προσθήκη της αυτοφροντίδας βελτίωσε σημαντικά το μοντέλο, εξηγώντας ένα επιπλέον 9% της διακύμανσης ($\Delta R^2 = .09$, $p < .001$), με τη συνολική εξηγούμενη διακύμανση να αυξάνεται στο 24% ($R^2 = .24$).

Πίνακας 4. Hierarchical Regression Analysis Predicting Mental Health

Predictor	Model 1 B(SE)	β	Model 2 B(SE)	β
Oral health (GOHAI)	4.16 (0.38)	.39***	3.37 (0.37)	.32***
Self-care (MSCS-OA)	—	—	1.68 (0.19)	.30***
Model Fit				
Model	R^2		ΔR^2	
Model 1	.15		-	
Model 2	.24		.09***	

12.3.4 Ολοκληρωμένη Ερμηνεία των Ευρημάτων

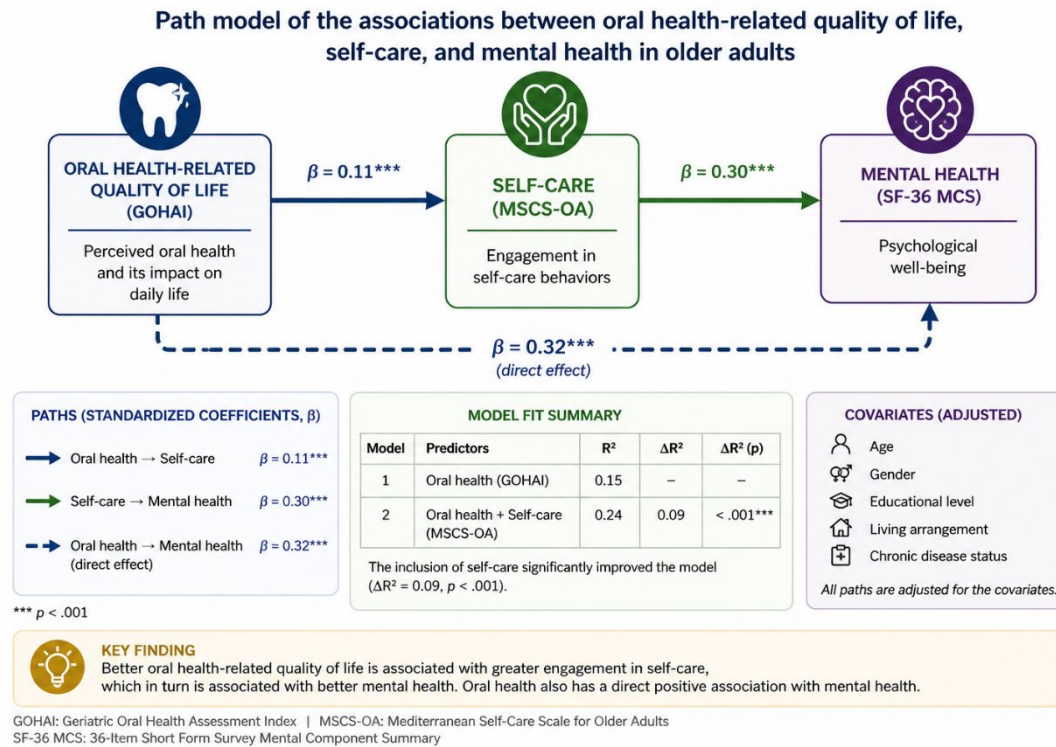
Όπως συνοψίζεται στους Πίνακες 5 και 6, η συμπερίληψη της αυτοφροντίδας μείωσε τη συσχέτιση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής υγείας, αν και η σχέση αυτή παρέμεινε στατιστικά σημαντική. Το πρότυπο αυτό υποδηλώνει ότι η αυτοφροντίδα συμβάλλει στη σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία και της ψυχικής

υγείας, χωρίς ωστόσο να την εξηγεί πλήρως. Όσον αφορά τη σχετική συμβολή των παραγόντων, η στοματική υγεία ($\beta = .32$) παρέμεινε ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της ψυχικής υγείας, ακολουθούμενη πολύ κοντά από την αυτοφροντίδα ($\beta = .30$), γεγονός που υποδηλώνει ότι και οι δύο παράγοντες διαδραματίζουν ουσιαστικό και συμπληρωματικό ρόλο στην ερμηνεία της ψυχολογικής ευεξίας των ηλικιωμένων ενηλίκων. Το συνολικό πρότυπο άμεσων και έμμεσων συσχετίσεων απεικονίζεται στο Σχήμα 1.

Συνολικά, τα ευρήματα παρέχουν ένα συνεπές και ισχυρό πρότυπο συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών, το οποίο επιβεβαιώνεται διαμέσου διαφορετικών αναλυτικών προσεγγίσεων.

Πίνακας 5. Summary of Regression Changes			
Predictor	Model 1 β	Model 2 β	Δ Change
Oral health (GOHAI)	.39***	.32***	↓ Attenuation
Self-care (MSCS-OA)	—	.30***	+ Added

Πίνακας 6. Relative Contribution of Predictors to Mental Health		
Predictor	Standardized β	Rank
Oral health (GOHAI)	.32	1
Self-care (MSCS-OA)	.30	2



Σχήμα 1. Μοντέλο διαδρομών που απεικονίζει τις συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία (GOHAI), της αυτοφροντίδας (MSCS-OA) και της ψυχικής υγείας (SF-36 MCS) σε ηλικιωμένους ενήλικες. Παρουσιάζονται οι τυποποιημένοι συντελεστές παλινδρόμησης (β) για όλες τις διαδρομές. Η αυτοφροντίδα συμβάλλει στη σχέση μεταξύ της στοματικής υγείας και της ψυχικής υγείας, ενώ η άμεση συσχέτιση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής υγείας παραμένει στατιστικά σημαντική. Παρουσιάζονται επίσης οι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου (R^2 , ΔR^2). Όλες οι αναλύσεις έχουν προσαρμοστεί ως προς την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, τη διαβίωση και την παρουσία χρόνιου νοσήματος.

12.4 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τις συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία, της αυτοφροντίδας και της ψυχικής ευεξίας σε ηλικιωμένους ενήλικες, μέσα σε ένα βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Τα ευρήματα ανέδειξαν ένα συνεκτικό πρότυπο, σύμφωνα με το οποίο η στοματική υγεία συσχετίζεται θετικά τόσο με την αυτοφροντίδα όσο και με την ψυχική υγεία, ενώ η αυτοφροντίδα συνδέεται ανεξάρτητα με την ψυχολογική ευεξία. Ιδιαίτερης σημασίας είναι το γεγονός ότι η συμπερίληψη της αυτοφροντίδας μείωσε — χωρίς όμως να εξαλείψει — τη συσχέτιση μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής ευεξίας, γεγονός που υποδηλώνει ότι εμπλέκονται τόσο άμεσες όσο και συμπεριφορικά διαμεσολαβούμενες οδοί.

12.4.1 Η Στοματική Υγεία ως Προσδιοριστής της Ψυχολογικής Ευεξίας στην Ύστερη Ζωή

Η παρατηρούμενη συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία και της ψυχικής ευεξίας είναι συνεπής με προηγούμενη έρευνα που αναδεικνύει τις ευρύτερες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των στοματικών καταστάσεων (Peres et al., 2019; Tsakos et al., 2015), καθώς και με πρόσφατα ευρήματα που συνδέουν τη στοματική υγεία με τις τροχιές της ψυχικής ευεξίας και τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Khairunnisa et al., 2024; Takeuchi et al., 2026). Η στοματική υγεία υπερβαίνει την κλινική κατάσταση, επηρεάζοντας τη λειτουργική ικανότητα, την κοινωνική αλληλεπίδραση και την αυτοαντίληψη (Peres et al., 2019; Tsakos et al., 2015; Listl et al., 2015). Οι δυσκολίες στη μάσηση, στην ομιλία ή στην εμφάνιση ενδέχεται να επιβαρύνουν όχι μόνο τη σωματική λειτουργικότητα αλλά και τη συναισθηματική ευεξία και την κοινωνική συμμετοχή.

Η οπτική αυτή συνάδει με την εννοιολόγηση της στοματικής υγείας ως μιας πολυδιάστατης έννοιας ενσωματωμένης σε ευρύτερα συστήματα υγείας (Watt et al., 2019). Επιπλέον, πρόσφατα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη

στοματική υγεία συνδέεται με τις τροχιές της ψυχικής ευεξίας και τις μεταβολές των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου (Takeuchi et al., 2026). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η στοματική υγεία μπορεί να κατανοηθεί ως μια ενσώματη διάσταση της ευεξίας, μέσω της οποίας τα άτομα διατηρούν τη σύνδεσή τους με το περιβάλλον τους.

12.4.2 Η Αυτοφροντίδα ως Συμπεριφορική Οδός που Συνδέει τη Στοματική Υγεία με την Ψυχική Ευεξία

Μία από τις κεντρικές συμβολές της παρούσας μελέτης έγκειται στην ανάδειξη της αυτοφροντίδας ως συμπεριφορικού παράγοντα που σχετίζεται με την ψυχική ευεξία. Η θετική συσχέτιση μεταξύ αυτοφροντίδας και ψυχολογικής ευεξίας (Riegel et al., 2012; Matarese et al., 2018) υποδηλώνει ότι η εμπλοκή σε καθημερινές συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία αντανακλά περισσότερα από τη λειτουργική ικανότητα· ενδέχεται επίσης να εκφράζει μια συνεχιζόμενη δυνατότητα διατήρησης σχέσης με τον εαυτό, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της γήρανσης, όπου η αυτορρύθμιση και η προσαρμογή καθίστανται ολοένα και πιο κεντρικές για την ευεξία. Η ερμηνεία αυτή είναι συμβατή με σύγχρονα μοντέλα αυτοφροντίδας, τα οποία την προσεγγίζουν ως μια δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει τη διατήρηση, την παρακολούθηση και τη διαχείριση της υγείας (Riegel et al., 2012).

Στο πλαίσιο του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου (Engel, 1977), τέτοιες συμπεριφορικές διεργασίες αποτελούν βασικά στοιχεία που συνδέουν τις σωματικές καταστάσεις με τα ψυχολογικά αποτελέσματα. Η εξασθένηση της συσχέτισης μεταξύ στοματικής υγείας και ψυχικής ευεξίας μετά τη συμπερίληψη της αυτοφροντίδας υποδηλώνει ότι η αυτοφροντίδα συμβάλλει σε αυτή τη σχέση. Ωστόσο, η διατήρηση μιας άμεσης συσχέτισης υποδεικνύει ότι η επίδραση της στοματικής υγείας στην ψυχική ευεξία δεν εξηγείται πλήρως μόνο από συμπεριφορικούς παράγοντες.

Συνολικά, τα ευρήματα υποδεικνύουν μια διττή διεργασία, σύμφωνα με την οποία η στοματική υγεία σχετίζεται με την ψυχική ευεξία τόσο άμεσα, μέσω της βιωμένης σωματικής εμπειρίας, όσο και έμμεσα, μέσω της σχέσης της με την αυτοφροντίδα.

12.4.3 Ψυχολογικές και Βιωματικές Διαστάσεις της Στοματικής Αυτοφροντίδας στην Ύστερη Ζωή

Πέρα από τη συμπεριφορική της έκφραση, η στοματική αυτοφροντίδα ενδέχεται να αντανακλά και μια βαθύτερη ψυχολογική διεργασία που σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να παραμένει σε επαφή με τον εαυτό του στο πλαίσιο της γήρανσης. Πρακτικές όπως η στοματική υγιεινή, η λήψη τροφής και η ομιλία δεν αποτελούν απλώς λειτουργικές δραστηριότητες, αλλά καθημερινές πράξεις μέσω των οποίων τα άτομα διατηρούν τη συνέχεια, την ταυτότητα και την κοινωνική τους παρουσία (Atchley, 1989).

Από αυτή την οπτική, η στοματική αυτοφροντίδα μπορεί να κατανοηθεί ως μια μορφή συνεχούς αυτορρύθμισης (Baumeister & Vohs, 2007), η οποία ενσωματώνει τη σωματική εμπειρία με συναισθηματικές και σχεσιακές διεργασίες (Khalsa et al., 2018). Το στόμα, ως κεντρικός τόπος θρέψης, επικοινωνίας και έκφρασης, κατέχει μια ιδιαίτερη θέση μέσα σε αυτή τη σύνδεση. Κατά συνέπεια, η μειωμένη εμπλοκή στη στοματική αυτοφροντίδα ενδέχεται να αντανακλά όχι μόνο λειτουργικούς περιορισμούς, αλλά και μια ευρύτερη απόσυρση από την κοινωνική αλληλεπίδραση και την υποκειμενική εμπειρία.

Υπό αυτή την έννοια, η συσχέτιση μεταξύ στοματικής υγείας, αυτοφροντίδας και ψυχικής ευεξίας που παρατηρήθηκε στην παρούσα μελέτη ενδέχεται να αντανακλά υποκείμενες διεργασίες μέσω των οποίων τα άτομα διατηρούν ένα αίσθημα συνοχής και σύνδεσης με τον εαυτό και τους άλλους, ακόμη και υπό συνθήκες σωματικών ή κοινωνικών προκλήσεων. Η προσέγγιση αυτή προσφέρει μια γέφυρα κατανόησης του τρόπου με τον οποίο οι διεργασίες αυτές λειτουργούν μέσα σε ένα ευρύτερο βιοψυχοκοινωνικό σύστημα.

12.4.4 Προς μια Ενοποιημένη Βιοψυχοκοινωνική Κατανόηση της Υγείας

Τα παρόντα ευρήματα μπορούν να κατανοηθούν μέσα από ένα ενοποιημένο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο (Engel, 1977; Borrell-Carrió et al., 2004; WHO, 2021), στο οποίο οι βιολογικές καταστάσεις, η συμπεριφορική εμπλοκή και τα ψυχολογικά αποτελέσματα είναι δυναμικά αλληλένδετα. Η στοματική υγεία αντανακλά τόσο τη σωματική κατάσταση όσο και την υποκειμενική εμπειρία, η αυτοφροντίδα αποτυπώνει τη συμπεριφορική ρύθμιση και η ψυχική ευεξία εκφράζει τη συνολική ψυχολογική λειτουργικότητα.

Οι διαστάσεις αυτές συγκροτούν ένα δυναμικό και αλληλοεξαρτώμενο σύστημα. Η αλληλεξάρτηση αυτή μπορεί να κατανοηθεί μέσα από διεργασίες ρύθμισης, κατά τις οποίες η σωματική κατάσταση, η συμπεριφορική εμπλοκή και η ψυχολογική εμπειρία συνδιαμορφώνονται διαρκώς. Υπό αυτή την έννοια, η στοματική υγεία δεν λειτουργεί αποκλειστικά ως κλινικός δείκτης, αλλά ως μέρος ενός ενσώματου συστήματος μέσω του οποίου τα άτομα βιώνουν και ανταποκρίνονται στην υγεία στην καθημερινή ζωή (Merleau-Ponty, 1962; Khalsa et al., 2018).

Στην ύστερη ζωή, η διατήρηση της υγείας ενδέχεται να εξαρτάται όχι μόνο από την απουσία νόσου, αλλά και από την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί τη σύνδεσή του με το σώμα και τις καθημερινές του ρουτίνες. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η αυτοφροντίδα μπορεί να λειτουργεί ως γέφυρα που συνδέει τη σωματική κατάσταση με την ψυχολογική εμπειρία. Η οπτική αυτή ευθυγραμμίζεται με σύγχρονες προσεγγίσεις που αντιλαμβάνονται την υγεία ως μια ρυθμιστική και σχεσιακή διεργασία και όχι ως μια στατική κατάσταση (Borrell-Carrió et al., 2004; WHO, 2021).

12.5 Επιπτώσεις για την Προσωποκεντρική Φροντίδα και την Προληπτική Πρακτική

Τα παρόντα ευρήματα έχουν σημαντικές προεκτάσεις για την κλινική πρακτική και τη δημόσια υγεία. Στοχευμένες παρεμβάσεις που αφορούν τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων ενηλίκων ενδέχεται να επιφέρουν ευρύτερα οφέλη που επεκτείνονται στην ψυχική ευεξία και τη συνολική ευημερία, ενισχύοντας την ανάγκη για περισσότερο ολοκληρωμένες προσεγγίσεις

στη στοματική φροντίδα υγείας (Peres et al., 2019; WHO, 2022). Παράλληλα, η ενίσχυση συμπεριφορών αυτοφροντίδας μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των ψυχολογικών εκβάσεων, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς που αντιμετωπίζουν λειτουργικές ή κοινωνικές δυσκολίες.

Από μια προσωποκεντρική σκοπιά, η στοματική υγεία και η αυτοφροντίδα θα πρέπει να προσεγγίζονται ως αλληλένδετα στοιχεία της φροντίδας και όχι ως απομονωμένα πεδία. Η μειωμένη αυτοφροντίδα ενδέχεται επίσης να λειτουργεί ως πρώιμος δείκτης ευαλωτότητας της ψυχικής ευεξίας, υποστηρίζοντας περισσότερο προληπτικές και έγκαιρες στρατηγικές φροντίδας. Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η αξιολόγηση της στοματικής υγείας μπορεί να αποτελέσει ένα εύκολα προσβάσιμο σημείο εισόδου για την αναγνώριση ευρύτερης ψυχοκοινωνικής ευαλωτότητας στους ηλικιωμένους ενήλικες.

12.6 Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί

Ορισμένοι περιορισμοί της μελέτης θα πρέπει να αναγνωριστούν. Πρώτον, ο συγχρονικός σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων και, συνεπώς, δεν μπορεί να τεκμηριωθεί η κατεύθυνση των παρατηρούμενων συσχετίσεων. Δεύτερον, η χρήση αυτοαναφερόμενων εργαλείων ενδέχεται να εισάγει μεροληψία απόκρισης. Τρίτον, η χρήση δείγματος ευκολίας μπορεί να περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων.

Μελλοντική έρευνα με διαχρονικό σχεδιασμό είναι απαραίτητη προκειμένου να διερευνηθούν περαιτέρω οι χρονικές σχέσεις μεταξύ της στοματικής υγείας, της αυτοφροντίδας και της ψυχικής ευεξίας, καθώς και πιθανοί διαμεσολαβητικοί και τροποποιητικοί μηχανισμοί. Επιπρόσθετα, η χρήση ενός σύνθετου δείκτη αυτοφροντίδας ενδέχεται να αποκρύπτει επιδράσεις που σχετίζονται με επιμέρους διαστάσεις της αυτοφροντίδας.

12.7 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη καταδεικνύει ότι η στοματική υγεία συνδέεται με την ψυχική ευεξία στους ηλικιωμένους ενήλικες τόσο άμεσα όσο και μέσω της αυτοφροντίδας.

Αναδεικνύοντας την αυτοφροντίδα ως μια συμπεριφορική οδό που συνδέει τη σωματική κατάσταση με την ψυχολογική εμπειρία, τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν μια βιοψυχοκοινωνική κατανόηση της υγείας στην ύστερη ζωή.

Μέσα σε αυτή την οπτική, η στοματική υγεία δεν αποτελεί απλώς ένα κλινικό πεδίο, αλλά μέρος μιας ευρύτερης, ενσώματης διεργασίας μέσω της οποίας τα άτομα διατηρούν τη σύνδεσή τους με τον εαυτό τους και τον κοινωνικό τους κόσμο. Η υγεία στην ύστερη ζωή αναδύεται, επομένως, όχι ως μια στατική κατάσταση, αλλά ως μια συνεχιζόμενη, σχεσιακή και δυναμικά ρυθμιζόμενη εμπειρία

Μοντέλο της Σχεσιακής Συνέχειας του Εαυτού μέσω της Στοματικής Αυτοφροντίδας

Η Στοματική Υγεία ως Μηχανισμός Παρουσίας, Συνέχειας του Εαυτού και Αυτορρύθμισης στην Ευδόκιμη Γήρανση

*«Old age, as honour, comes unlook'd for»
William Shakespeare*

Η στοματική υγεία έχει παραδοσιακά προσεγγιστεί κυρίως ως δείκτης βιολογικής λειτουργικότητας, αισθητικής κατάστασης ή ποιότητας ζωής (Locker, 1988· Sischo & Broder, 2011). Ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας διατριβής, σε συνδυασμό με τις σύγχρονες βιοψυχοκοινωνικές, φαινομενολογικές και ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις της υγείας και της γήρανσης, υποστηρίζουν ότι η σημασία της υπερβαίνει σημαντικά τη στενά σωματική διάσταση (Engel, 1977· Merleau-Ponty, 1962· Winnicott, 1965). Η στοματική υγεία μπορεί να θεωρηθεί ότι λειτουργεί ως κεντρικός ρυθμιστικός μηχανισμός μέσω του οποίου οργανώνονται η σχέση του ατόμου με το σώμα του, η εικόνα εαυτού, η κοινωνική ορατότητα, η δυνατότητα αυτοφροντίδας και τελικά η ίδια η εμπειρία της γήρανσης (Gilbert, 1998· Peres et al., 2019). Παρά την εκτεταμένη βιβλιογραφία σχετικά με τη σχέση της στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία, οι περισσότερες υπάρχουσες προσεγγίσεις παραμένουν κυρίως λειτουργικές ή συμπτωματοκεντρικές (Locker, Jokovic, & Tompson, 2005· Tsakos et al., 2011). Η στοματική υγεία εξετάζεται συνήθως ως βιολογικός, κλινικός ή συμπεριφορικός δείκτης, ενώ παραμένει θεωρητικά ανεπεξέργαστος ο τρόπος με τον οποίο οργανώνει τη βιωμένη σχέση του ατόμου με τον εαυτό, την κοινωνική παρουσία και την υπαρξιακή εμπειρία της γήρανσης (Merleau-Ponty, 1962· Sartre, 1956).

Παρότι τα υπάρχοντα μοντέλα στοματικής υγείας και oral health-related quality of life (OHRQoL) έχουν αναγνωρίσει τη σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Sischo & Broder, 2011), η στοματική υγεία εξακολουθεί να προσεγγίζεται κυρίως ως λειτουργικό αποτέλεσμα ή παράγοντας ποιότητας ζωής. Αντίθετα, στο παρόν θεωρητικό πλαίσιο προτείνεται ότι η στοματική υγεία αποτελεί πεδίο μέσα στο οποίο οργανώνονται η κοινωνική ορατότητα, η αυτορρύθμιση, η ντροπή, η σχεσιακή συμμετοχή και η δυνατότητα του ατόμου να παραμένει ψυχικά και κοινωνικά παρών στον κόσμο (Scheff, 2003· Gilbert & Miles, 2000· Winnicott, 1965).

Στο πλαίσιο του προτεινόμενου μοντέλου, η έννοια της παρουσίας αναφέρεται στη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί λειτουργική, ψυχική και κοινωνική συμμετοχή στη ζωή, παραμένοντας ενεργά συνδεδεμένο με το σώμα του, την καθημερινότητά του, τους άλλους και τη βιωμένη αίσθηση προσωπικής συνέχειας και ταυτότητας (Merleau-Ponty, 1962· Winnicott, 1960). Η στοματική υγεία λειτουργεί ως πεδίο μέσα στο οποίο διατηρείται ή διαταράσσεται η δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει ψυχικά, κοινωνικά και υπαρξιακά παρών στον κόσμο.

13.1 Η διεργασία Θεωρητικά Μοντέλα Στοματικής Υγείας και Oral Health-Related Quality of Life

Η ανάπτυξη θεωρητικών μοντέλων σχετικά με τη στοματική υγεία και την oral health-related quality of life (OHRQoL) αποτέλεσε σημαντική εξέλιξη στη σύγχρονη οδοντιατρική και στη δημόσια υγεία, καθώς σηματοδότησε τη μετατόπιση από μια αυστηρά βιοϊατρική κατανόηση της στοματικής νόσου προς περισσότερο ανθρωποκεντρικές και βιοψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις της υγείας (Engel, 1977; WHO, 1948; Peres et al., 2019). Τα πρώτα θεωρητικά πλαίσια επιχείρησαν να υπερβούν την παραδοσιακή αντίληψη της στοματικής υγείας ως απλής απουσίας παθολογίας, αναγνωρίζοντας ότι οι στοματικές καταστάσεις επηρεάζουν όχι μόνο τη βιολογική λειτουργικότητα αλλά και τη λειτουργική ικανότητα, την κοινωνική συμμετοχή, τη συναισθηματική εμπειρία και τελικά τη συνολική ποιότητα ζωής του ατόμου.

Ένα από τα σημαντικότερα θεωρητικά πλαίσια υπήρξε το μοντέλο του Locker (Locker, Jokovic, & Tompson, 2005), το οποίο βασίστηκε στην ταξινόμηση της βλάβης, της ανικανότητας και της κοινωνικής μειονεξίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Το μοντέλο αυτό υποστήριξε ότι οι στοματικές νόσοι δεν περιορίζονται σε βιολογικές αλλοιώσεις, αλλά οδηγούν σε λειτουργικούς περιορισμούς, ψυχολογική επιβάρυνση και κοινωνικές συνέπειες που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Η συμβολή του υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική, καθώς εισήγαγε συστηματικά την έννοια της ψυχοκοινωνικής επίδρασης της στοματικής υγείας. Ωστόσο, το μοντέλο παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό γραμμικό και λειτουργικοκεντρικό, εστιάζοντας κυρίως στις συνέπειες της νόσου και λιγότερο στη βιωμένη εμπειρία του εαυτού και στη σχεσιακή διάσταση της ανθρώπινης παρουσίας (Merleau-Ponty, 1962; Toombs, 1992).

Στη συνέχεια, τα μοντέλα OHRQoL επηρεάστηκαν σημαντικά από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας του Engel (1977), από το θεωρητικό πλαίσιο των Wilson και Cleary (1995), καθώς και από τις πρώιμες εννοιολογικές συμβολές του Locker (1988). Μέσα σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, οι Sischo και Broder (2011) πρότειναν ένα από τα πιο ολοκληρωμένα μοντέλα oral health-related quality of life, το οποίο ενσωματώνει βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η OHRQoL προκύπτει από τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ:

- κλινικών μεταβλητών,
- λειτουργικής κατάστασης,
- ψυχολογικής εμπειρίας,
- κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων,
- καθώς και της υποκειμενικής αξιολόγησης της στοματικής εμπειρίας από το ίδιο το άτομο.

Το θεωρητικό τους πλαίσιο αναγνώρισε ότι η στοματική υγεία δεν αφορά αποκλειστικά τη βιολογική λειτουργία, αλλά συνδέεται με την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική αλληλεπίδραση, τη συναισθηματική ευεξία και την αντίληψη του εαυτού. Παράλληλα, υπογράμμισε ότι η oral health-related quality of life αποτελεί εγγενώς υποκειμενική και βιωματική εμπειρία, η οποία διαμορφώνεται μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση σωματικών συμπτωμάτων, κοινωνικού πλαισίου και προσωπικής νοηματοδότησης της υγείας (Carel, 2016).

Αργότερα, οι Tsakos και συνεργάτες (2011) άσκησαν ουσιαστική κριτική στις κυρίαρχες προσεγγίσεις OHRQoL, υποστηρίζοντας ότι πολλές μελέτες περιορίζονται στην καταγραφή συνολικών αριθμητικών δεικτών χωρίς επαρκή θεωρητική ερμηνεία της βιωμένης εμπειρίας των ατόμων. Οι συγγραφείς τόνισαν ότι τα patient-based outcome measures (PBOs) δεν μπορούν να κατανοηθούν αποκλειστικά ως στατιστικές μεταβλητές, καθώς αντανakλούν σύνθετες εμπειρίες λειτουργικότητας, ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης, προσωπικής σημασίας και κοινωνικής εμπλοκής. Ιδιαίτερη σημασία έχει η παρατήρησή τους ότι παρόμοια συνολικά σκορ OHRQoL μπορεί να αντιστοιχούν σε εντελώς διαφορετικές υποκειμενικές εμπειρίες, καθώς άτομα με αντίστοιχες αριθμητικές τιμές ενδέχεται να βιώνουν διαφορετικού τύπου ψυχική επιβάρυνση, κοινωνική ευαλωτότητα ή περιορισμό της καθημερινής ζωής. Η κριτική αυτή ανέδειξε τους περιορισμούς των καθαρά λειτουργικών και μετρησιοκεντρικών προσεγγίσεων, ενισχύοντας την ανάγκη για θεωρητικά μοντέλα που να ενσωματώνουν βαθύτερες ψυχοκοινωνικές, σχεσιακές και βιωματικές διαστάσεις της στοματικής υγείας. Η παρατήρηση αυτή συνδέεται ευρύτερα με την κριτική απέναντι στις αποκλειστικά μετρησιοκεντρικές προσεγγίσεις της υγείας, οι οποίες συχνά αδυνατούν να αποδώσουν τη βιωμένη και υπαρξιακή διάσταση της ανθρώπινης εμπειρίας (Frank, 1995; Carel, 2016).

Παρά τις σημαντικές αυτές εξελίξεις, τα περισσότερα υπάρχοντα θεωρητικά μοντέλα εξακολουθούν να προσεγγίζουν τη στοματική υγεία κυρίως ως:

- λειτουργικό δείκτη,

- παράγοντα ποιότητας ζωής,
- ή συμπεριφορικό αποτέλεσμα υγείας.

Παραμένει σχετικά θεωρητικά ανεπεξέργαστος ο τρόπος με τον οποίο η στοματική υγεία οργανώνει:

- την κοινωνική ορατότητα του ατόμου,
- τη βιωμένη παρουσία του εαυτού,
- τη ντροπή και την εμπειρία κοινωνικής έκθεσης (Gilbert, 1998; Tangney & Dearing, 2002; Scheff, 2003),
- τη σχεσιακή αυτορρύθμιση,
- καθώς και τη δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει ψυχικά, κοινωνικά και βιωματικά παρών στον κόσμο κατά τη γήρανση.

Η κοινωνική ορατότητα του ατόμου συνδέεται με τη φαινομενολογική και υπαρξιακή κατανόηση του βλέμματος του άλλου, μέσω του οποίου το άτομο βιώνει τον εαυτό του ως αναγνωρίσιμο, εκτεθειμένο ή κοινωνικά αποδεκτό (Sartre, 1956). Υπό αυτή την έννοια, η στοματική υγεία δεν αφορά αποκλειστικά τη λειτουργία του σώματος αλλά και τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί κοινωνική παρουσία, αξιοπρέπεια και αίσθηση προσωπικής συνέχειας. Υπό αυτή την έννοια, το προτεινόμενο Μοντέλο της Παραμονής του Εαυτού μέσω της Στοματικής και Σχεσιακής Φροντίδας επιχειρεί να επεκτείνει τα υπάρχοντα βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα, μετατοπίζοντας τη στοματική υγεία από ένα κυρίως λειτουργικό ή συμπτωματοκεντρικό πλαίσιο προς μια θεωρία της παρουσίας, της σχεσιακής συνέχειας και της ψυχικής αυτορρύθμισης του εαυτού (Winnicott, 1965; Tronick, 1989). Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική υγεία δεν προσεγγίζεται απλώς ως κατάσταση λειτουργικότητας ή ποιότητας ζωής, αλλά ως δυναμικό πεδίο μέσα στο οποίο διακυβεύονται η αξιοπρέπεια, η κοινωνική αναγνωρισιμότητα, η σχέση με τον εαυτό και τελικά η δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει ενεργά παρών μέσα στη ζωή.

13.2 Προς μια Σχεσιακή και Φαινομενολογική Θεώρηση της Στοματικής Υγείας

Το προτεινόμενο μοντέλο εισάγει μια διαφορετική θεωρητική οπτική για τη στοματική υγεία και τη γήρανση, υποστηρίζοντας ότι η στοματική υγεία δεν αποτελεί απλώς δείκτη λειτουργικότητας, βιολογικής κατάστασης ή ποιότητας ζωής, αλλά δυναμικό πεδίο μέσα στο οποίο διατηρείται ή διαταράσσεται η δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει σε σχέση με τον εαυτό, τους άλλους και τον κόσμο (Engel, 1977; Merleau-Ponty, 1962). Υπό αυτή την έννοια, η στοματική υγεία δεν αφορά αποκλειστικά τη λειτουργία του σώματος, αλλά συνδέεται με βαθύτερες διεργασίες αυτορρύθμισης, κοινωνικής παρουσίας, ψυχικής συνέχειας και βιωμένης ταυτότητας του εαυτού (Winnicott, 1960, 1965).

Στο πλαίσιο αυτό, το στόμα δεν νοείται μόνο ως ανατομικό ή λειτουργικό όργανο, αλλά ως τόπος παρουσίας του εαυτού στον κοινωνικό κόσμο. Μέσω αυτού, το άτομο μιλά, χαμογελά, τρέφεται, εκφράζεται, σχετίζεται, επιθυμεί και γίνεται αναγνωρίσιμο από τους άλλους. Η στοματική λειτουργία συνδέεται επομένως όχι μόνο με τη βιολογική επιβίωση αλλά και με τη δυνατότητα συμμετοχής στην καθημερινή ζωή, τη διατήρηση της κοινωνικής ορατότητας και τη βιωμένη αίσθηση προσωπικής αξιοπρέπειας (Sartre, 1956; Merleau-Ponty, 1962). Η κοινωνική αναγνωρισιμότητα του προσώπου και ιδιαίτερα του στόματος αποκτά ιδιαίτερη σημασία κατά τη γήρανση, καθώς το στόμα αποτελεί ένα από τα πλέον εκφραστικά και κοινωνικά εκτεθειμένα πεδία του σώματος, μέσω του οποίου το άτομο βιώνει τη δυνατότητα σύνδεσης, επικοινωνίας και συμμετοχής στον κόσμο.

Το μοντέλο προτείνει ότι η στοματική φθορά δεν επιδρά αποκλειστικά μέσω λειτουργικών περιορισμών ή βιολογικών επιβαρύνσεων, αλλά κυρίως μέσω της επίδρασής της στην εικόνα εαυτού, στη ντροπή, στην εμπειρία κοινωνικής έκθεσης και στη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί ενεργή παρουσία στις σχέσεις και στην καθημερινότητά του (Gilbert, 1998; Tangney & Dearing, 2002). Υπό αυτή την οπτική, η στοματική δυσλειτουργία δεν βιώνεται μόνο ως σωματική απώλεια αλλά ως πιθανή απειλή της κοινωνικής αποδοχής, της αξιοπρέπειας και της

συνέχειας της προσωπικής ταυτότητας. Με τον τρόπο αυτό, η στοματική υγεία αναδεικνύεται ως κεντρικός βιοψυχοκοινωνικός μηχανισμός, ο οποίος επηρεάζει όχι μόνο τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής αλλά και τη συνοχή του εαυτού και τη δυνατότητα ψυχικής και κοινωνικής συμμετοχής κατά τη γήρανση.

Η θεωρητική βάση του προτεινόμενου μοντέλου αντλείται από τέσσερις αλληλένδετους θεωρητικούς άξονες:

- τη θεωρία HALO και την έννοια της παραμονής στη σχέση (remaining) (Gouna et al., 2026),
- τη σχεσιακή αυτοφροντίδα ως μηχανισμό αυτορρύθμισης και διατήρησης της ψυχικής συνοχής (Tronick, 1989 & 1998),
- την ψυχοδυναμική θεωρία του holding του Winnicott (1965),
- και τη θεωρητική κατανόηση της ντροπής ως εμπειρίας κοινωνικής έκθεσης και απειλής της προσωπικής αξιοπρέπειας (Scheff, 2003; Gilbert & Miles, 2000).

Η σύνθεση αυτών των θεωρητικών αξόνων επιτρέπει τη μετάβαση από μια παραδοσιακή λειτουργικοκεντρική κατανόηση της στοματικής υγείας προς ένα περισσότερο σχεσιακό, φαινομενολογικό και ψυχοδυναμικό μοντέλο, στο οποίο η στοματική υγεία προσεγγίζεται ως πεδίο διατήρησης της παρουσίας, της κοινωνικής αναγνωρισιμότητας και της συνέχειας του εαυτού μέσα στον χρόνο. Στο πλαίσιο αυτό, η γήρανση δεν νοείται αποκλειστικά ως βιολογική διαδικασία φθοράς, αλλά ως δυναμική διαδικασία διατήρησης της σχέσης του ατόμου με το σώμα, την ταυτότητα, τους άλλους και τη ζωή παρά την ευαλωτότητα και την απώλεια (Frank, 1995; Carel, 2016).

13.2.1 Παραμονή στη σχέση: Θεωρία HALO και η Συνέχεια του Εαυτού

Η θεωρία HALO (Humanitarian Amor as a Learned Occupational Capacity) υποστηρίζει ότι η ανθρώπινη ανάπτυξη, η ψυχική ανθεκτικότητα και η δυνατότητα διατήρησης της προσωπικής συνοχής δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου στις

αντιξοότητες, αλλά κυρίως από τη δυνατότητά του να παραμένει σε σχέση ακόμη και υπό συνθήκες ευαλωτότητας, απώλειας, αβεβαιότητας ή ψυχικής αποδιοργάνωσης (Gouna et al., 2026). Στον πυρήνα της θεωρίας βρίσκεται η έννοια του remaining, δηλαδή της διατήρησης της σχεσιακής παρουσίας απέναντι στον εαυτό και στον άλλον, ακόμη και όταν οι εξωτερικές ή εσωτερικές συνθήκες απειλούν τη συνοχή και τη συνέχεια της ανθρώπινης εμπειρίας.

Η έννοια αυτή συνδέεται ευρύτερα με σχεσιακές και προσωποκεντρικές θεωρήσεις της ανθρώπινης ανάπτυξης, σύμφωνα με τις οποίες η ψυχική συνοχή του ατόμου διαμορφώνεται και διατηρείται μέσα από εμπειρίες αναγνώρισης, συναισθηματικής διαθεσιμότητας και σχέσης με τον άλλον (Bowlby, 1969; Winnicott, 1965; Benjamin, 1988). Υπό αυτή την οπτική, η ανθρώπινη ύπαρξη δεν νοείται ως αυτάρκης και απομονωμένη οντότητα, αλλά ως διαρκής διαδικασία σχεσιακής συγκρότησης και διατήρησης της παρουσίας μέσα στον κόσμο.

Η έννοια της παραμονής αποκτά ιδιαίτερη σημασία στη γήρανση, όπου η σωματική φθορά, οι λειτουργικές απώλειες, η κοινωνική αποσύνδεση και η αυξανόμενη εμπειρία ευαλωτότητας ενδέχεται να απειλήσουν όχι μόνο τη λειτουργικότητα, αλλά και τη βιωμένη αίσθηση προσωπικής συνέχειας και ταυτότητας (Baltes & Baltes, 1990; Frank, 1995). Στο πλαίσιο αυτό, η γήρανση δεν αφορά αποκλειστικά τη βιολογική μεταβολή του σώματος, αλλά και τη δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να διατηρεί ενεργή σχέση με τον εαυτό, τους άλλους και την καθημερινή ζωή παρά τη φθορά και την απώλεια.

Υπό αυτή την οπτική, η στοματική αυτοφροντίδα μπορεί να ιδωθεί ως εσωτερικευμένη μορφή παραμονής στη σχέση. Ο ηλικιωμένος που συνεχίζει να φροντίζει το στόμα, το σώμα και τις καθημερινές του ρουτίνες δεν διατηρεί μόνο μια συμπεριφορά υγείας ή μια πρακτική υγιεινής· διατηρεί μια ενεργή μορφή σύνδεσης με τον εαυτό και τον κόσμο. Η φροντίδα του σώματος και ιδιαίτερα της στοματικής λειτουργίας αποκτά έτσι χαρακτήρα ψυχικής και σχεσιακής συνέχειας, λειτουργώντας ως καθημερινή πράξη διατήρησης της προσωπικής συνοχής και της αίσθησης ότι ο εαυτός εξακολουθεί να αξίζει φροντίδας, παρουσίας και συμμετοχής στη ζωή.

Η προσέγγιση αυτή συνδέεται και με τη φαινομενολογική κατανόηση του σώματος ως πρωταρχικού τρόπου ύπαρξης και σχέσης με τον κόσμο (Merleau-Ponty, 1962). Το σώμα δεν αποτελεί απλώς βιολογικό αντικείμενο, αλλά το μέσο μέσω του οποίου το άτομο βιώνει την καθημερινότητα, εκφράζεται, σχετίζεται και διατηρεί την αίσθηση προσωπικής συνέχειας. Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική λειτουργία αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς συνδέεται άμεσα με την επικοινωνία, την έκφραση, τη σίτιση, τη συναισθηματική ανταλλαγή και την κοινωνική αναγνωρισιμότητα.

Μέσα από αυτή τη θεωρητική προσέγγιση, η αυτοφροντίδα παύει να νοείται αποκλειστικά ως συμπεριφορά πρόληψης ή συμμόρφωσης προς οδηγίες υγείας. Αντίθετα, προσεγγίζεται ως δυναμική διαδικασία διατήρησης της σχέσης του ατόμου με τον εαυτό του και με τον κοινωνικό κόσμο (Tronick, 1998 & 2007). Η στοματική αυτοφροντίδα, ειδικότερα, θεωρητικά προτείνεται ως μία από τις πλέον καθημερινές και ορατές μορφές αυτής της σχεσιακής παραμονής, καθώς συνδέεται άμεσα με τη λειτουργικότητα, την κοινωνική έκφραση, την προσωπική αξιοπρέπεια και τη δυνατότητα συμμετοχής του ατόμου στη ζωή παρά τη φθορά και την ευαλωτότητα της γήρανσης.

Υπό αυτή την έννοια, η παραμονή στη σχέση δεν αφορά μόνο τη διατήρηση διαπροσωπικών δεσμών, αλλά και τη δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να κατοικεί τον εαυτό του, να αναγνωρίζει το σώμα του ως άξιο φροντίδας και να παραμένει ψυχικά και κοινωνικά παρών μέσα στη ζωή ακόμη και υπό συνθήκες περιορισμού, απώλειας ή αυξανόμενης ευαλωτότητας.

13.2.2 Σχεσιακή Αυτοφροντίδα ως Μηχανισμός Ψυχικής Συνέχειας και Αυτορρύθμισης

Το προτεινόμενο μοντέλο ενσωματώνει τη θεωρία της Σχεσιακής Αυτοφροντίδας (Gouna, Nakou, Dragioti & Mantzoukas, 2026) σύμφωνα με την οποία η αυτοφροντίδα δεν αποτελεί απλώς σύνολο συμπεριφορών υγείας ή ατομικών επιλογών, αλλά βασικό μηχανισμό ψυχικής και σωματικής αυτορρύθμισης. Υπό αυτή την οπτική, η ικανότητα του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του δεν συγκροτείται απομονωμένα ή αποκλειστικά μέσω γνωστικών αποφάσεων,

αλλά αναδύεται μέσα από εμπειρίες σχέσης, ασφάλειας και συναισθηματικής ρύθμισης, οι οποίες σταδιακά εσωτερικεύονται και μετατρέπονται σε εσωτερικά ρυθμιστικά σχήματα (Bowlby, 1969; Winnicott, 1965; Tronick, 2007). Η σχεσιακή αυτή κατανόηση της αυτοφροντίδας συνδέεται και με τη θεωρία της αμοιβαίας αναγνώρισης της Benjamin (1988), σύμφωνα με την οποία η αίσθηση προσωπικής αξίας και υποκειμενικότητας διαμορφώνεται μέσα από σχέσεις όπου το άτομο βιώνει ότι αναγνωρίζεται ως πρόσωπο από έναν άλλον. Η δυνατότητα φροντίδας του εαυτού φαίνεται επομένως να θεμελιώνεται και στη βιωμένη εμπειρία ότι ο εαυτός αξίζει να παραμένει αντικείμενο φροντίδας και σχέσης.

Η προσέγγιση αυτή συνδέεται με τις σχεσιακές και ψυχοδυναμικές θεωρίες ανάπτυξης, σύμφωνα με τις οποίες η δυνατότητα αυτορρύθμισης θεμελιώνεται αρχικά μέσα σε σχέσεις φροντίδας και συναισθηματικής διαθεσιμότητας. Μέσα από επαναλαμβανόμενες εμπειρίες αναγνώρισης, συγκράτησης και συναισθηματικού συγχρονισμού, το άτομο αναπτύσσει σταδιακά την ικανότητα να οργανώνει τον εσωτερικό του κόσμο, να φροντίζει το σώμα και τις ανάγκες του και να διατηρεί μια αίσθηση συνέχειας απέναντι στις δυσκολίες της ζωής (Schorer, 2003; Siegel, 2012).

Η αυτοφροντίδα, επομένως, δεν αφορά μόνο την εκτέλεση πρακτικών υγείας, αλλά τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί μια συνεκτική και σταθερή σχέση με το σώμα, τις ανάγκες και την καθημερινότητά του. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, η φροντίδα του εαυτού αποκτά χαρακτήρα ψυχικής συνέχειας και λειτουργεί ως μηχανισμός διατήρησης της εσωτερικής συνοχής απέναντι στη φθορά, την ασθένεια και τις απαιτήσεις της ζωής (Winnicott, 1960; Carel, 2016). Η αυτοφροντίδα μετατρέπεται έτσι σε καθημερινή πρακτική διατήρησης της σχέσης του ατόμου με τον εαυτό του και με τον κόσμο.

Στο πλαίσιο αυτό, η μοναξιά δεν προσεγγίζεται αποκλειστικά ως συναισθηματική κατάσταση ή ως απουσία κοινωνικών επαφών, αλλά ως ένδειξη ρήγματος της εσωτερικευμένης σχέσης που υποστήριζε τη συνοχή και τη ρυθμιστική σταθερότητα του εαυτού (Cacioppo & Hawkley,

2009). Όταν αυτή η σχεσιακή συνοχή αποδυναμώνεται, η ικανότητα αυτοφροντίδας αρχίζει σταδιακά να διαταράσσεται. Το άτομο μπορεί να χάσει τον ρυθμό της καθημερινότητας, τη βιωμένη αίσθηση συνέχειας και τη δυνατότητα διατήρησης της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής του λειτουργικότητας. Υπό αυτή την έννοια, η μοναξιά δεν αποτελεί μόνο εμπειρία συναισθηματικής στέρησης, αλλά και κατάσταση αποδυνάμωσης των εσωτερικών μηχανισμών αυτορρύθμισης.

Η στοματική αυτοφροντίδα αποκτά εδώ ιδιαίτερη θεωρητική σημασία, καθώς αποτελεί μία από τις πλέον καθημερινές, ορατές και συμβολικά φορτισμένες μορφές διατήρησης της σχέσης με τον εαυτό. Η φροντίδα του στόματος δεν αφορά αποκλειστικά την υγιεινή ή την πρόληψη νόσων, αλλά συνδέεται με τη διατήρηση της προσωπικής αξιοπρέπειας, της κοινωνικής παρουσίας, της δυνατότητας επικοινωνίας και της βιωμένης αίσθησης ότι ο εαυτός εξακολουθεί να αξίζει φροντίδας και συμμετοχής στη ζωή (Gilbert, 1998; Peres et al., 2019). Το στόμα, ως ιδιαίτερα εκφραστικό και κοινωνικά ορατό πεδίο του σώματος, συνδέεται άμεσα με την εμπειρία της κοινωνικής αναγνώρισης, της οικειότητας και της σχεσιακής συμμετοχής. Υπό αυτή την έννοια, η στοματική αυτοφροντίδα μπορεί να ιδωθεί ως καθημερινή ρυθμιστική πρακτική μέσω της οποίας το άτομο διατηρεί ενεργή τη σχέση με το σώμα, την ταυτότητα και τον κοινωνικό κόσμο. Η επανάληψη καθημερινών πράξεων φροντίδας — όπως η στοματική υγιεινή, η φροντίδα της εμφάνισης και η διατήρηση των συνηθειών της καθημερινότητας — συμβάλλει στη διατήρηση μιας αίσθησης σταθερότητας, συνέχειας και προσωπικής συνοχής μέσα στον χρόνο. Όταν η διαδικασία αυτή αποδυναμώνεται, δεν επηρεάζεται μόνο η λειτουργικότητα ή η φυσική κατάσταση, αλλά και η δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει ψυχικά συγκροτημένος, κοινωνικά ορατός και σχεσιακά παρών μέσα στην εμπειρία της γήρανσης.

Η προσέγγιση αυτή μετατοπίζει συνεπώς την αυτοφροντίδα από μια κυρίως συμπεριφορική ή γνωστική διαδικασία προς ένα βαθύτερα σχεσιακό και ρυθμιστικό φαινόμενο, στο οποίο η

φροντίδα του σώματος λειτουργεί ως τρόπος διατήρησης της παρουσίας, της αξιοπρέπειας και της σχέσης του ανθρώπου με τη ζωή ακόμη και υπό συνθήκες ευαλωτότητας και φθοράς.

13.2.3 Η Στοματική Αυτοφροντίδα, το Holding και η Διατήρηση της Συνέχειας του Εαυτού

Η θεωρία του Winnicott προσφέρει ένα ιδιαίτερα σημαντικό ψυχοδυναμικό υπόβαθρο για την κατανόηση της αυτοφροντίδας, της εσωτερικής συνοχής και της διατήρησης της συνέχειας του εαυτού κατά τη γήρανση. Σύμφωνα με την έννοια του holding, η δυνατότητα του ατόμου να συγκρατεί, να ρυθμίζει και να οργανώνει τον εσωτερικό του κόσμο δεν αναπτύσσεται αυτόνομα, αλλά θεμελιώνεται αρχικά μέσα από την εμπειρία ότι ένας «αρκετά καλός» άλλος υπήρξε διαθέσιμος να το κρατήσει ψυχικά και συναισθηματικά (Winnicott, 1960, 1965). Η εμπειρία αυτή δεν αφορά αποκλειστικά τη σωματική φροντίδα, αλλά ένα ευρύτερο πλαίσιο συναισθηματικής διαθεσιμότητας, ασφάλειας και ψυχικής συγκράτησης, μέσα στο οποίο το άτομο αποκτά σταδιακά την αίσθηση ότι μπορεί να υπάρξει με συνοχή και συνέχεια μέσα στον κόσμο.

Οι πρώιμες αυτές εμπειρίες holding εσωτερικεύονται σταδιακά και μετατρέπονται σε εσωτερικές λειτουργίες αυτορρύθμισης, προστασίας και φροντίδας του εαυτού. Η δυνατότητα του ανθρώπου να αντέχει την απογοήτευση, να διατηρεί ψυχική συνοχή απέναντι στη φθορά και να οργανώνει σταθερές καθημερινές πρακτικές συνδέεται άμεσα με αυτή την εσωτερικευμένη εμπειρία συγκράτησης (Ogden, 1986; Schore, 2003). Υπό αυτή την οπτική, η αυτοφροντίδα δεν αποτελεί απλώς συμπεριφορά υγείας ή συμμόρφωση σε οδηγίες πρόληψης, αλλά έκφραση βαθύτερων λειτουργιών ψυχικής οργάνωσης και συνέχειας του εαυτού.

Στο πλαίσιο αυτό, η αυτοφροντίδα μπορεί να ιδωθεί ως μορφή εσωτερικευμένου holding. Η ικανότητα του ατόμου να φροντίζει το σώμα του, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του και να διατηρεί σταθερές καθημερινές πρακτικές συνδέεται με τη δυνατότητα διατήρησης μιας αίσθησης εσωτερικής σταθερότητας, συνοχής και ψυχικής συνέχειας απέναντι στη φθορά, την

ασθένεια και την ευαλωτότητα της ζωής (Winnicott, 1965). Η φροντίδα του σώματος αποκτά έτσι χαρακτήρα ψυχικής συγκράτησης, καθώς λειτουργεί ως καθημερινή διαδικασία μέσα από την οποία το άτομο επιβεβαιώνει ότι εξακολουθεί να βρίσκεται σε ενεργή σχέση με τον εαυτό και την πραγματικότητα.

Υπό αυτή την έννοια, η στοματική αυτοφροντίδα μπορεί να νοηθεί ως ιδιαίτερη μορφή holding του εαυτού. Πράξεις όπως το βούρτσισμα των δοντιών, η φροντίδα της εμφάνισης, η διατήρηση της στοματικής λειτουργικότητας ή η ενασχόληση με τις καθημερινές ρουτίνες δεν αποτελούν αποκλειστικά πρακτικές υγιεινής, αλλά καθημερινές ρυθμιστικές πρακτικές μέσω των οποίων το άτομο διατηρεί μια αίσθηση συνέχειας, σταθερότητας και ψυχικής συνοχής. Μέσα από αυτές τις επαναλαμβανόμενες πράξεις φροντίδας, επιβεβαιώνεται ότι ο εαυτός εξακολουθεί να αξίζει προσοχής, προστασίας και παρουσίας μέσα στη ζωή.

Η στοματική αυτοφροντίδα αποκτά έτσι βαθύτερη ψυχοδυναμική σημασία, καθώς λειτουργεί ως καθημερινή πρακτική εσωτερικής συγκράτησης και διατήρησης της προσωπικής συνοχής, συμβατή με τη winnicottianή κατανόηση του holding ως λειτουργίας ψυχικής συγκράτησης, συνέχειας και προστασίας του εαυτού. Η αποδυνάμωση αυτής της διαδικασίας δεν επηρεάζει μόνο τη λειτουργικότητα ή τη φυσική κατάσταση, αλλά μπορεί να συνδέεται με βαθύτερες εμπειρίες αποδιοργάνωσης, απώλειας ρυθμού και διατάραξης της βιωμένης σχέσης του ατόμου με το σώμα και τον εαυτό του.

Η διάσταση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στη γήρανση, όπου η σωματική φθορά, οι λειτουργικές απώλειες και η εμπειρία ευαλωτότητας ενδέχεται να απειλήσουν τη βιωμένη αίσθηση συνέχειας και προσωπικής συνοχής (Baltes & Baltes, 1990; Carel, 2016). Σε αυτό το πλαίσιο, η διατήρηση καθημερινών μορφών αυτοφροντίδας μπορεί να θεωρηθεί ότι λειτουργεί ως μέσο προστασίας της υγείας και ως διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο συνεχίζει να οργανώνει ψυχικά την παρουσία του στον κόσμο. Η φροντίδα του στόματος αποκτά έτσι χαρακτήρα υπαρξιακής και σχεσιακής συνέχειας, καθώς συνδέεται με τη δυνατότητα του

ανθρώπου να διατηρεί ενεργή σχέση με την προσωπική του ταυτότητα, την αξιοπρέπεια, την κοινωνική του εικόνα και την καθημερινή ζωή.

Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει μια βαθύτερη ψυχοδυναμική κατανόηση της στοματικής αυτοφροντίδας, όχι ως απλής πρακτικής υγιεινής αλλά ως διαδικασίας μέσω της οποίας το άτομο διατηρεί την εσωτερική του συνοχή και συνεχίζει να «κρατά» ψυχικά τον εαυτό του απέναντι στη φθορά, την απώλεια και την εμπειρία της γήρανσης.

13.2.4 Η Ντροπή, η Κοινωνική Ορατότητα και η Παρουσία του Εαυτού

Η σημαντικότερη ίσως θεωρητική συμβολή του προτεινόμενου μοντέλου αφορά τον ρόλο της ντροπής ως κεντρικού ψυχικού και σχεσιακού μηχανισμού που συνδέει τη σωματική φθορά με την κοινωνική και υπαρξιακή εμπειρία του ατόμου. Τα ευρήματα της παρούσας διατριβής υποστηρίζουν ότι η στοματική φθορά δεν βιώνεται αποκλειστικά ως λειτουργική απώλεια ή σωματική δυσλειτουργία, αλλά ως εμπειρία κοινωνικής έκθεσης, απειλής της προσωπικής αξιοπρέπειας και διατάραξης της εικόνας εαυτού. Η ντροπή θεωρητικά προτείνεται ως κρίσιμος μεταβατικός μηχανισμός μέσω του οποίου η βιολογική δυσλειτουργία αποκτά ψυχοκοινωνικό και υπαρξιακό νόημα (Lewis, 1971; Nathanson, 1992; Gilbert, 1998).

Η ψυχοδυναμική και κοινωνιολογική βιβλιογραφία έχει περιγράψει τη ντροπή ως ένα από τα πλέον θεμελιώδη κοινωνικά συναισθήματα, το οποίο αναδύεται όταν το άτομο βιώνει ότι η εικόνα του εαυτού του εκτίθεται αρνητικά στο βλέμμα του άλλου (Scheff, 2003). Σε αντίθεση με την ενοχή, η οποία αφορά κυρίως συγκεκριμένες πράξεις ή συμπεριφορές, η ντροπή αγγίζει τον ίδιο τον πυρήνα της ταυτότητας και της αίσθησης προσωπικής αξίας (Tangney & Dearing, 2002). Η εμπειρία της ντροπής συνδέεται επομένως με βαθύτερες διεργασίες κοινωνικής αναγνώρισης, αποδοχής και αξιοπρέπειας, καθώς το άτομο αισθάνεται ότι η ίδια η παρουσία του καθίσταται ανεπαρκής, εκτεθειμένη ή κοινωνικά υποτιμημένη.

Το στόμα αποτελεί ίσως το πιο κοινωνικά ορατό και εκφραστικό όργανο του σώματος, καθώς συνδέεται άμεσα με τον λόγο, το χαμόγελο, τη σίτιση, την έκφραση, την επιθυμία, τη

διαπροσωπική επαφή και την κοινωνική αναγνώριση. Μέσω αυτού, το άτομο γίνεται ορατό, αναγνωρίσιμο και σχετιζόμενο μέσα στον κοινωνικό κόσμο. Για τον λόγο αυτό, η διατάραξη της στοματικής υγείας δεν αφορά μόνο τη λειτουργικότητα, αλλά επηρεάζει βαθύτερα τη βιωμένη αίσθηση κοινωνικής παρουσίας, αποδοχής και αξιοπρέπειας (Merleau-Ponty, 1962; Sartre, 1956).

Η φαινομενολογική παράδοση υποστηρίζει ότι το σώμα δεν αποτελεί απλώς βιολογική οντότητα, αλλά τον πρωταρχικό τρόπο μέσω του οποίου το άτομο βιώνει, εκφράζει και σχετίζεται με την πραγματικότητα (Merleau-Ponty, 1962). Το σώμα είναι πάντοτε «σώμα-για-τους-άλλους», δηλαδή πεδίο μέσα από το οποίο το άτομο γίνεται κοινωνικά αντιληπτό και αξιολογήσιμο. Ο Sartre (1956), μέσα από την έννοια του βλέμματος του άλλου, περιέγραψε με ιδιαίτερη ακρίβεια τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνική έκθεση μπορεί να μετατρέψει το σώμα σε πηγή ευαλωτότητας και αυτοσυνειδησίας. Στο πλαίσιο αυτό, η στοματική φθορά αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς αφορά ένα από τα πλέον κοινωνικά εκτεθειμένα και συμβολικά φορτισμένα πεδία του σώματος.

Όταν η στοματική υγεία επιδεινώνεται, το άτομο ενδέχεται να βιώσει έντονα αισθήματα έκθεσης, αμηχανίας, μειονεξίας και απώλειας κοινωνικής αποδοχής. Σε αυτό το σημείο αναδύονται η ντροπή, η σιωπή και η κοινωνική απόσυρση. Ο άνθρωπος δεν αποσύρεται αποκλειστικά επειδή πονά ή δυσλειτουργεί· συχνά αποσύρεται επειδή δυσκολεύεται να αντέξει το βλέμμα του άλλου και την αίσθηση ότι η φθορά του έχει γίνει κοινωνικά ορατή. Η προσέγγιση αυτή συνδέεται και με τη σχεσιακή ψυχαναλυτική θεωρία της Benjamin (1988), σύμφωνα με την οποία η αίσθηση του εαυτού διαμορφώνεται μέσα από τη δυνατότητα αμοιβαίας αναγνώρισης από τον άλλον. Όταν η εμπειρία της κοινωνικής αναγνώρισης απειλείται, το άτομο ενδέχεται να βιώσει βαθύτερες εμπειρίες ντροπής, αποδιοργάνωσης και απώλειας της σχεσιακής του παρουσίας. Η στοματική φθορά μετατρέπεται έτσι σε διατάραξη

της κοινωνικής παρουσίας και της δυνατότητας του ατόμου να αισθάνεται αποδεκτό, αξιοπρεπές και αναγνωρίσιμο.

Στο πλαίσιο του προτεινόμενου μοντέλου, η ντροπή λειτουργεί ως μεταβατικός ψυχικός μηχανισμός μέσω του οποίου η σωματική φθορά αποκτά κοινωνικό και υπαρξιακό νόημα. Η στοματική δυσλειτουργία δεν βιώνεται μόνο ως απώλεια λειτουργίας, αλλά ως απειλή της κοινωνικής ορατότητας, της εικόνας εαυτού και της προσωπικής αξιοπρέπειας, οδηγώντας σταδιακά σε περιορισμό της παρουσίας του ατόμου στον κοινωνικό κόσμο. Με τον τρόπο αυτό, η ντροπή συνδέεται όχι μόνο με συναισθηματική δυσφορία, αλλά και με βαθύτερες διεργασίες αποδιοργάνωσης της σχέσης του ατόμου με τον εαυτό και τους άλλους.

Η έννοια της κοινωνικής ορατότητας συνδέεται άμεσα με τη φαινομενολογική κατανόηση του σώματος ως πεδίου μέσω του οποίου το άτομο γίνεται αντιληπτό ως Πρόσωπο, αναγνωρίσιμο και σχεσιακά παρόν στον κόσμο (Merleau-Ponty, 1962). Η διατήρηση της ταυτότητας δεν αφορά μόνο τη φυσική παρουσία του σώματος, αλλά τη δυνατότητα του ανθρώπου να αισθάνεται ότι μπορεί να συμμετέχει, να εκφράζεται και να γίνεται αποδεκτός μέσα στις σχέσεις και στον κοινωνικό χώρο. Όταν αυτή η δυνατότητα διαταράσσεται, η ψυχική συνοχή του ατόμου απειλείται βαθύτερα.

Υπό αυτή την οπτική, η ντροπή δεν αποτελεί δευτερογενές ή περιφερειακό συναίσθημα, αλλά βασικό ψυχικό και σχεσιακό μηχανισμό που διαμεσολαβεί μεταξύ σωματικής φθοράς, κοινωνικής ορατότητας και ψυχικής ευαλωτότητας (Gilbert & Miles, 2000; Scheff, 2003). Η στοματική υγεία αναδεικνύεται έτσι ως πεδίο μέσα στο οποίο διακυβεύονται όχι μόνο η λειτουργικότητα και η ποιότητα ζωής, αλλά και η δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει κοινωνικά παρών, αναγνωρίσιμος και ψυχικά συγκροτημένος κατά τη γήρανση.

Στο πλαίσιο αυτό, η ντροπή δεν προσεγγίζεται αποκλειστικά ως ατομικό συναίσθημα, αλλά ως βαθιά σχεσιακή εμπειρία που οργανώνει τη σχέση του ανθρώπου με το σώμα, το βλέμμα του άλλου και τη δυνατότητα συμμετοχής στη ζωή. Η στοματική υγεία αποκτά έτσι υπαρξιακή και

σχεσιακή σημασία, καθώς συνδέεται με τη δυνατότητα του ανθρώπου να διατηρεί την προσωπική του αξιοπρέπεια, την κοινωνική του παρουσία και τελικά τη συνέχεια της ανθρώπινης παρουσίας μέσα στον χρόνο.

13.3 Η Θεωρητική Δυναμική του Προτεινόμενου Μοντέλου

Το προτεινόμενο μοντέλο υποστηρίζει ότι η επίδραση της στοματικής υγείας στη γήρανση δεν είναι άμεση ούτε αποκλειστικά βιολογική, αλλά διαμεσολαβείται από μια σύνθετη αλληλουχία ψυχοκοινωνικών και σχεσιακών διεργασιών που επηρεάζουν τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί ψυχική συνοχή, κοινωνική παρουσία και ενεργή συμμετοχή στη ζωή (Engel, 1977; Peres et al., 2019). Υπό αυτή την οπτική, η στοματική φθορά δεν οδηγεί μηχανιστικά σε ψυχική επιβάρυνση ή κοινωνική απόσυρση· αποκτά σημασία μέσα από τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται από το ίδιο το άτομο και νοηματοδοτείται στο πλαίσιο της σχέσης με το σώμα, τον εαυτό και το κοινωνικό βλέμμα (Merleau-Ponty, 1962; Sartre, 1956).

Η θεωρητική ακολουθία του μοντέλου ξεκινά από τη στοματική φθορά, η οποία περιλαμβάνει όχι μόνο λειτουργικές δυσκολίες, όπως πόνο, προβλήματα μάσησης ή απώλεια στοματικής λειτουργικότητας, αλλά και μεταβολές που επηρεάζουν την εικόνα του σώματος και την κοινωνική έκθεση του ατόμου (Locker, 1988; Sisco & Broder, 2011). Η στοματική δυσλειτουργία αποκτά ιδιαίτερη σημασία επειδή αφορά ένα από τα πλέον κοινωνικά ορατά πεδία του σώματος. Το στόμα συνδέεται άμεσα με τον λόγο, το χαμόγελο, την έκφραση, τη σίτιση και τη διαπροσωπική επαφή· συνεπώς, η φθορά του μπορεί να επηρεάσει βαθιά τη βιωμένη αίσθηση κοινωνικής παρουσίας, αποδοχής και προσωπικής αξιοπρέπειας (Merleau-Ponty, 1962).

Μέσα από αυτή τη διαδικασία, η σωματική φθορά μετατρέπεται σταδιακά σε εμπειρία κοινωνικής ορατότητας. Το άτομο αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι η φθορά του σώματος δεν βιώνεται μόνο εσωτερικά, αλλά καθίσταται ορατή και δυνητικά εκτιθέμενη απέναντι στους άλλους. Η κοινωνική ορατότητα δεν αφορά απλώς την εμφάνιση, αλλά τη βαθύτερη εμπειρία

του να γίνεται κανείς αντιληπτός, αξιολογήσιμος και αναγνωρίσιμος μέσα στον κοινωνικό κόσμο (Sartre, 1956). Το σώμα μετατρέπεται έτσι σε πεδίο κοινωνικής αυτοσυνειδησίας και δυνητικής ευαλωτότητας, ιδιαίτερα όταν η φθορά αφορά περιοχές υψηλής κοινωνικής εκφραστικότητας, όπως το στόμα και το πρόσωπο.

Σε αυτό το σημείο ενεργοποιείται η ντροπή ως κεντρικός μεταβατικός ψυχικός μηχανισμός του μοντέλου. Η ντροπή δεν προκύπτει αποκλειστικά από τη σωματική δυσλειτουργία, αλλά από την εμπειρία ότι η φθορά έχει αποκτήσει κοινωνικό νόημα και απειλεί την εικόνα εαυτού, την προσωπική αξιοπρέπεια και τη δυνατότητα κοινωνικής αποδοχής (Lewis, 1971; Gilbert, 1998; Tangney & Dearing, 2002). Το άτομο ενδέχεται να βιώσει αμηχανία, αίσθηση έκθεσης ή φόβο αρνητικής αξιολόγησης, γεγονός που οδηγεί σταδιακά σε περιορισμό της κοινωνικής έκφρασης και της σχεσιακής εμπλοκής. Η ντροπή λειτουργεί έτσι ως ψυχικός μηχανισμός μέσω του οποίου η βιολογική φθορά μετατρέπεται σε κοινωνική και υπαρξιακή ευαλωτότητα. Η διαδικασία αυτή συνδέεται με αυτό που στο παρόν μοντέλο ορίζεται ως διατάραξη της παρουσίας. Η παρουσία αναφέρεται στη δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει λειτουργικά, ψυχικά και κοινωνικά παρών στον κόσμο, διατηρώντας ενεργή σχέση με το σώμα, την καθημερινότητα, τους άλλους και την προσωπική του ταυτότητα (Winnicott, 1960; Merleau-Ponty, 1962). Όταν η ντροπή ενισχύεται, η παρουσία αρχίζει σταδιακά να περιορίζεται. Το άτομο ενδέχεται να αποφεύγει την επικοινωνία, το χαμόγελο, τη συμμετοχή ή ακόμη και τη φροντίδα του εαυτού, καθώς η σχέση με το σώμα και την κοινωνική εικόνα του γίνεται πηγή δυσφορίας και ευαλωτότητας. Η αποδυνάμωση της παρουσίας δεν αφορά μόνο τη συμπεριφορά, αλλά βαθύτερες διεργασίες αποδιοργάνωσης της βιωμένης σχέσης του ατόμου με τον εαυτό και τον κόσμο.

Η διατάραξη της παρουσίας συνοδεύεται συχνά από αποδυνάμωση της αυτοφροντίδας. Καθώς η σχέση με τον εαυτό και το σώμα αποδιοργανώνεται, το άτομο δυσκολεύεται να διατηρήσει σταθερές καθημερινές πρακτικές φροντίδας και αυτορρύθμισης. Η απώλεια ρυθμού, η μείωση

της κινητοποίησης και η υποχώρηση της αίσθησης προσωπικής αξίας ενδέχεται να οδηγήσουν σε περαιτέρω παραμέληση της στοματικής και συνολικής φροντίδας του εαυτού, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο επιδείνωσης (Tronick, 2007; Schore, 2003). Η αυτοφροντίδα δεν αποδυναμώνεται απλώς ως πρακτική υγείας, αλλά ως λειτουργία διατήρησης της προσωπικής συνοχής και της σχέσης με τη ζωή.

Σταδιακά, η διαδικασία αυτή μπορεί να οδηγήσει σε μοναξιά, κοινωνική απόσυρση και περιορισμό της συμμετοχής στη ζωή. Η κοινωνική απομάκρυνση δεν προκύπτει αποκλειστικά από αντικειμενικούς λειτουργικούς περιορισμούς, αλλά και από την αδυναμία του ατόμου να αντέξει το βλέμμα του άλλου ή να διατηρήσει την αίσθηση ότι παραμένει αποδεκτό και αναγνωρίσιμο (Scheff, 2003; Cacioppo & Hawkley, 2009). Η μοναξιά, υπό αυτή την οπτική, δεν αφορά μόνο την απουσία κοινωνικών επαφών, αλλά τη διατάραξη της βιωμένης σχέσης με τον εαυτό και τον κόσμο.

Η παρατεταμένη αποδυνάμωση της αυτοφροντίδας, η κοινωνική απόσυρση και η ψυχική επιβάρυνση ενδέχεται τελικά να οδηγήσουν σε ευρύτερη ψυχική και σωματική απορρύθμιση. Η ψυχική δυσφορία, η λειτουργική επιδείνωση, η μείωση της κινητοποίησης και η αποδυνάμωση της καθημερινής συμμετοχής αλληλεπιδρούν δυναμικά μεταξύ τους, επιβαρύνοντας συνολικά την πορεία της γήρανσης (Baltes & Baltes, 1990; WHO, 2022). Η διαδικασία αυτή δεν είναι γραμμική αλλά κυκλική, καθώς η επιδείνωση της ψυχικής και κοινωνικής λειτουργικότητας μπορεί να ενισχύσει περαιτέρω τη σωματική φθορά και τη διατάραξη της αυτοφροντίδας.

Υπό αυτή την έννοια, η μη ευδόκιμη γήρανση δεν προσεγγίζεται αποκλειστικά ως αποτέλεσμα βιολογικής φθοράς ή λειτουργικής έκπτωσης, αλλά ως σταδιακή διατάραξη της δυνατότητας του ανθρώπου να παραμένει ψυχικά, κοινωνικά και βιωματικά παρών μέσα στη ζωή (Frank, 1995; Carel, 2016). Το προτεινόμενο μοντέλο επιχειρεί επομένως να αναδείξει ότι η στοματική υγεία δεν αποτελεί περιφερειακό στοιχείο της ανθρώπινης λειτουργικότητας, αλλά κεντρικό

πεδίο μέσα στο οποίο διακυβεύονται η προσωπική αξιοπρέπεια, η σχεσιακή συνοχή, η αυτορρύθμιση και τελικά η ίδια η συνέχεια του εαυτού κατά τη γήρανση.

13.4 Η Θεωρητική Μετατόπιση από τη Λειτουργικότητα στην Παρουσία

Τα υπάρχοντα θεωρητικά μοντέλα στοματικής υγείας και oral health-related quality of life (OHRQoL) συνέβαλαν ουσιαστικά στην αναγνώριση των λειτουργικών, ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων των στοματικών προβλημάτων (Locker, 1988; Sisco & Broder, 2011). Ωστόσο, οι περισσότερες προσεγγίσεις εξακολουθούν να αντιλαμβάνονται τη στοματική υγεία κυρίως ως δείκτη λειτουργικότητας, συμπτωματολογίας ή ποιότητας ζωής. Το προτεινόμενο μοντέλο επιχειρεί να επεκτείνει αυτή την οπτική, υποστηρίζοντας ότι η στοματική υγεία αποτελεί επίσης πεδίο σχεσιακής και ψυχικής αυτορρύθμισης, μέσω του οποίου διατηρούνται η σχεσιακή συμμετοχή, η προσωπική συνοχή και η βιωμένη σύνδεση του ατόμου με τον κόσμο. Ειδικότερα, το μοντέλο εισάγει τις έννοιες της ντροπής, της κοινωνικής ορατότητας, της σχεσιακής συνέχειας και της διατάραξης της παρουσίας ως κεντρικούς μηχανισμούς που συνδέουν τη στοματική φθορά με την ψυχοκοινωνική ευαλωτότητα και τη μη ευδόκιμη γήρανση. Με τον τρόπο αυτό, μετατοπίζει τη θεωρητική κατανόηση της στοματικής υγείας από ένα κυρίως λειτουργικοκεντρικό πλαίσιο προς μια περισσότερο φαινομενολογική, ψυχοδυναμική και προσωποκεντρική κατανόηση της γήρανσης και της ανθρώπινης παρουσίας.

13.5 Η Στοματική Υγεία ως Μηχανισμός Παρουσίας και Συνέχειας του Εαυτού: Συνθετική Θεωρητική Ολοκλήρωση

Σε αντίθεση με τα παραδοσιακά θεωρητικά μοντέλα, τα οποία προσεγγίζουν τη στοματική υγεία κυρίως ως λειτουργικό, κλινικό ή συμπεριφορικό δείκτη (Locker, 1988; Sisco & Broder, 2011), το παρόν μοντέλο την επανατοποθετεί ως δυναμικό σχεσιακό και ρυθμιστικό μηχανισμό διατήρησης της παρουσίας του εαυτού. Η πρωτοτυπία του έγκειται στη σύνδεση της στοματικής υγείας με τη θεωρία της σχεσιακής αυτορρύθμισης, την έννοια της κοινωνικής

ορατότητας, τη βιωμένη εμπειρία της ντροπής και τη διατήρηση της ψυχικής συνέχειας του εαυτού κατά τη γήρανση (Winnicott, 1965; Schore, 2003; Tronick, 2007).

Το προτεινόμενο Μοντέλο της Παραμονής του Εαυτού μέσω της Στοματικής και Σχεσιακής Φροντίδας υποστηρίζει ότι η στοματική υγεία λειτουργεί ως σύστημα σχεσιακής συνέχειας και ψυχικής οργάνωσης του εαυτού. Η διατήρηση της στοματικής αυτοφροντίδας δεν υποστηρίζει μόνο τη βιολογική λειτουργικότητα, αλλά συμβάλλει:

- στη διατήρηση της ρυθμιστικής συνοχής,
- στη σταθερότητα της εικόνας εαυτού,
- στην κοινωνική συμμετοχή και αναγνωρισιμότητα,
- στη δυνατότητα επικοινωνίας και σχεσιακής εμπλοκής,
- και τελικά στη δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει ψυχικά, κοινωνικά και σχεσιακά παρών μέσα στη ζωή.

Υπό αυτή την έννοια, η στοματική αυτοφροντίδα δεν αποτελεί αποκλειστικά πρακτική υγιεινής ή πρόληψης, αλλά καθημερινή διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο διατηρεί ενεργή τη σχέση με το σώμα, την ταυτότητα και τον κοινωνικό κόσμο (Merleau-Ponty, 1962). Η φροντίδα του στόματος αποκτά έτσι χαρακτήρα ψυχικής και σχεσιακής συνέχειας, καθώς συνδέεται με τη δυνατότητα του ανθρώπου να διατηρεί την αίσθηση ότι εξακολουθεί να είναι παρών, αναγνωρίσιμος και άξιος συμμετοχής στη ζωή παρά τη φθορά και την ευαλωτότητα της γήρανσης.

Αντίθετα, όταν η στοματική υγεία και η ικανότητα αυτοφροντίδας διαταράσσονται, η επίδραση δεν περιορίζεται σε λειτουργικές δυσκολίες ή σωματική δυσφορία. Η φθορά της στοματικής λειτουργίας φαίνεται να ενεργοποιεί ένα ευρύτερο πλέγμα ψυχοκοινωνικών διεργασιών, μέσα από το οποίο:

- ενισχύεται η εμπειρία ντροπής και κοινωνικής έκθεσης,
- αποδιοργανώνεται ο ρυθμός της καθημερινότητας,

- αποδυναμώνεται η σχέση με τον εαυτό και το σώμα,
- ενισχύεται η μοναξιά και η κοινωνική απόσυρση,
- και τελικά διαταράσσεται η ψυχική και σωματική αυτορρύθμιση (Gilbert, 1998; Scheff, 2003; Cacioppo & Hawkley, 2009).

Η στοματική φθορά αποκτά έτσι σημασία όχι μόνο ως βιολογική ή λειτουργική απώλεια, αλλά ως εμπειρία που επηρεάζει τη βιωμένη αίσθηση προσωπικής αξιοπρέπειας, κοινωνικής αναγνωρισιμότητας και συνέχειας του εαυτού. Η ντροπή λειτουργεί ως κομβικός μεταβατικός μηχανισμός μέσω του οποίου η σωματική δυσλειτουργία μετατρέπεται σε κοινωνική και υπαρξιακή ευαλωτότητα (Tangney & Dearing, 2002). Το άτομο δεν αποσύρεται αποκλειστικά λόγω της λειτουργικής επιβάρυνσης, αλλά επειδή δυσκολεύεται να διατηρήσει τη σχέση με το βλέμμα του άλλου και τη δυνατότητα να αισθάνεται κοινωνικά αποδεκτό και αναγνωρίσιμο.

Το μοντέλο αυτό μετατοπίζει συνεπώς τη θεωρητική κατανόηση της στοματικής υγείας από ένα περιφερειακό βιολογικό σύστημα σε έναν κεντρικό βιοψυχοκοινωνικό μηχανισμό διατήρησης της σχέσης του ατόμου με τον εαυτό, το σώμα και τον κοινωνικό κόσμο. Η στοματική υγεία δεν προσεγγίζεται πλέον αποκλειστικά ως λειτουργική κατάσταση ή παράγοντας ποιότητας ζωής, αλλά ως πεδίο μέσα στο οποίο οργανώνονται η δυνατότητα κατοίκησης του εαυτού, η αξιοπρέπεια, η αυτορρύθμιση και η βιωμένη αίσθηση προσωπικής συνέχειας (Frank, 1995; Carel, 2016).

Υπό αυτή την οπτική, η ευδόκιμη γήρανση δεν ορίζεται αποκλειστικά ως απουσία νόσου ή διατήρηση λειτουργικών ικανοτήτων, αλλά ως η δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να κατοικεί τον εαυτό του, να διατηρεί τη συνοχή της προσωπικής του ταυτότητας και να παραμένει σε ενεργή σχέση με τον κόσμο ακόμη και υπό συνθήκες απώλειας, σωματικής φθοράς και αυξανόμενης ευαλωτότητας (Baltes & Baltes, 1990). Η γήρανση προσεγγίζεται έτσι όχι μόνο ως βιολογική διαδικασία, αλλά ως υπαρξιακή και σχεσιακή διεργασία διατήρησης της παρουσίας του ανθρώπου μέσα στον χρόνο.

Το προτεινόμενο μοντέλο μετατοπίζει επομένως τη στοματική υγεία από την περιφέρεια της βιοϊατρικής λειτουργικότητας στον πυρήνα της βιοψυχοκοινωνικής εμπειρίας της γήρανσης. Η γήρανση δεν αφορά μόνο τη βιολογική επιβίωση ή τη διατήρηση λειτουργικών ικανοτήτων, αλλά τη δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει παρών απέναντι στον εαυτό, στους άλλους και στη ζωή. Η στοματική υγεία αναδεικνύεται επομένως όχι ως περιφερειακή λειτουργία του σώματος, αλλά ως πεδίο μέσα στο οποίο διακυβεύονται η κοινωνική ορατότητα, η προσωπική αξιοπρέπεια, η σχεσιακή συνοχή και τελικά η ίδια η συνέχεια της ανθρώπινης παρουσίας μέσα στον χρόνο. Υπό αυτή την οπτική, η διατήρηση της στοματικής αυτοφροντίδας συνδέεται και με τη δυνατότητα του ατόμου να συνεχίζει να βιώνει τον εαυτό του ως αναγνωρίσιμο και άξιο σχέσης μέσα στον κοινωνικό κόσμο (Benjamin, 1988).

Το προτεινόμενο μοντέλο επιχειρεί να συμβάλει σε μια ευρύτερη επαναανοηματοδότηση της στοματικής υγείας και της γήρανσης, προτείνοντας ότι η φροντίδα του στόματος δεν αφορά μόνο τη διατήρηση της λειτουργικότητας, αλλά και τη δυνατότητα του ανθρώπου να διατηρεί ενεργή σχέση με τον εαυτό, το σώμα, τους άλλους και τον κόσμο παρά την εμπειρία της φθοράς και της ευαλωτότητας. Η στοματική υγεία λειτουργεί ως πεδίο μέσα στο οποίο διατηρείται ή διαταράσσεται η δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει ψυχικά, κοινωνικά και υπαρξιακά παρών στον κόσμο.

Με βάση τη θεωρητική σύνθεση που προηγήθηκε, το Σχήμα 13.1 αποτυπώνει τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ στοματικής υγείας, σχεσιακής αυτορρύθμισης, ντροπής, κοινωνικής παρουσίας και συνέχειας του εαυτού κατά τη γήρανση. Το προτεινόμενο μοντέλο αναδεικνύει τη στοματική υγεία όχι μόνο ως λειτουργικό ή βιολογικό δείκτη, αλλά ως κεντρικό μηχανισμό διατήρησης της παρουσίας, της αυτορρύθμισης και της σχεσιακής συνέχειας του ατόμου μέσα στη ζωή.



Σχήμα 13.1. Η Στοματική Υγεία ως Μηχανισμός Παρουσίας, Συνέχειας του Εαυτού και Αυτορρύθμισης στην Ευδόκιμη Γήρανση. Πηγή: Θεωρητική σύνθεση της παρούσας διατριβής.

13.6 Επιπτώσεις για την Κλινική Φροντίδα, τη Δημόσια Υγεία και την Προσωποκεντρική Γήρανση

Το προτεινόμενο μοντέλο έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο για την κλινική οδοντιατρική πράξη όσο και για τη δημόσια υγεία, καθώς μετατοπίζει τη στοματική υγεία από ένα στενά βιοϊατρικό πλαίσιο προς μια περισσότερο βιοψυχοκοινωνική, σχεσιακή και προσωποκεντρική κατανόηση της γήρανσης. Υπό αυτή την οπτική, η στοματική υγεία δεν αφορά αποκλειστικά τη διατήρηση της λειτουργικότητας ή την πρόληψη νόσων, αλλά συνδέεται με τη δυνατότητα του ανθρώπου να διατηρεί σχεσιακή συμμετοχή, προσωπική αξιοπρέπεια, ψυχική συνοχή και ενεργή συμμετοχή στη ζωή (Peres et al., 2019; WHO, 2022).

13.6.1 Επιπτώσεις για την Κλινική Οδοντιατρική Φροντίδα

Το προτεινόμενο μοντέλο υποστηρίζει ότι η οδοντιατρική φροντίδα στους ηλικιωμένους δεν μπορεί να περιορίζεται αποκλειστικά στην αποκατάσταση λειτουργικών ή αισθητικών προβλημάτων. Η στοματική φθορά φαίνεται να συνδέεται με βαθύτερες εμπειρίες κοινωνικής έκθεσης, ντροπής, απώλειας αξιοπρέπειας και περιορισμού της κοινωνικής παρουσίας. Κατά συνέπεια, η κλινική αξιολόγηση της στοματικής υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει όχι μόνο λειτουργικούς και κλινικούς δείκτες, αλλά και τη διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας του ατόμου, της κοινωνικής απόσυρσης, της εικόνας εαυτού και της ψυχικής επιβάρυνσης που σχετίζεται με τη στοματική φθορά (Sischo & Broder, 2011).

Η προσέγγιση αυτή ενισχύει την ανάγκη για περισσότερο ανθρωποκεντρικές μορφές οδοντιατρικής φροντίδας, στις οποίες ο οδοντίατρος δεν αντιμετωπίζει αποκλειστικά ένα «στόμα» ή μια «βλάβη», αλλά έναν άνθρωπο του οποίου η δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής, αυτοφροντίδας και προσωπικής συνοχής μπορεί να έχει βαθιά επηρεαστεί από τη στοματική του κατάσταση. Υπό αυτή την έννοια, η οδοντιατρική πράξη αποκτά και σχεσιακή διάσταση, καθώς η θεραπευτική σχέση μπορεί να λειτουργήσει ως εμπειρία αναγνώρισης, αξιοπρέπειας και επανασύνδεσης του ατόμου με τον εαυτό του.

13.6.2 Επιπτώσεις για τους Επαγγελματίες Υγείας και τη Σχεσιακή Φροντίδα

Το προτεινόμενο μοντέλο αναδεικνύει επίσης την ανάγκη για διεπιστημονικές και ολοκληρωμένες προσεγγίσεις φροντίδας των ηλικιωμένων. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αναγνωρίσουν ότι η παραμέληση της στοματικής υγείας ενδέχεται να μην αποτελεί απλώς αποτέλεσμα έλλειψης συμμόρφωσης ή μειωμένης λειτουργικότητας, αλλά πιθανή ένδειξη βαθύτερης ψυχικής, σχεσιακής ή κοινωνικής ευαλωτότητας.

Η αποδυνάμωση της αυτοφροντίδας, η κοινωνική απόσυρση, η ντροπή και η μοναξιά ενδέχεται να αποτελούν πρώιμες ενδείξεις απορρύθμισης, οι οποίες συχνά προηγούνται της σοβαρής λειτουργικής έκπτωσης. Η αναγνώριση αυτών των διεργασιών μπορεί να επιτρέψει πιο έγκαιρες και προσωποκεντρικές παρεμβάσεις, ενισχύοντας τη συνεργασία μεταξύ

οδοντιάτρων, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας (WHO, 2022).

Παράλληλα, το προτεινόμενο μοντέλο ενισχύει τη σημασία της σχεσιακής διάστασης της φροντίδας. Η δυνατότητα του επαγγελματία να παραμένει συναισθηματικά διαθέσιμος, να αναγνωρίζει την εμπειρία ντροπής και ευαλωτότητας του ηλικιωμένου και να υποστηρίζει τη διατήρηση της αξιοπρέπειας και της κοινωνικής παρουσίας του ατόμου αποκτά ιδιαίτερη θεραπευτική σημασία. Η φροντίδα μετατοπίζεται έτσι από μια αποκλειστικά τεχνική διαδικασία προς μια διαδικασία διατήρησης της ανθρώπινης παρουσίας και σχέσης.

13.6.3 Επιπτώσεις για την Ευδόκιμη και Προσωποκεντρική Γήρανση

Το προτεινόμενο μοντέλο προτείνει μια ευρύτερη επανανοηματοδότηση της φροντίδας των ηλικιωμένων. Η ευδόκιμη γήρανση δεν προσεγγίζεται αποκλειστικά ως διατήρηση λειτουργικών ικανοτήτων ή απουσία νόσου, αλλά ως δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να παραμένει ψυχικά, κοινωνικά και υπαρξιακά παρών μέσα στη ζωή (Baltes & Baltes, 1990). Υπό αυτή την οπτική, η στοματική υγεία αποκτά κεντρική θέση στις πολιτικές και στις παρεμβάσεις healthy aging, καθώς συνδέεται με:

- την κοινωνική συμμετοχή,
- την επικοινωνία,
- τη διατήρηση της αξιοπρέπειας,
- την αυτοφροντίδα,
- και τη δυνατότητα διατήρησης της προσωπικής συνοχής κατά τη γήρανση.

Οι παρεμβάσεις για τους ηλικιωμένους θα μπορούσαν επομένως να περιλαμβάνουν όχι μόνο κλινική αποκατάσταση, αλλά και δράσεις που ενισχύουν:

- τη σχεσιακή σύνδεση,
- τη συμμετοχή στην κοινότητα,
- την υποστήριξη της καθημερινής αυτοφροντίδας,

- και τη διατήρηση της κοινωνικής παρουσίας του ατόμου.

Η στοματική υγεία αναδεικνύεται έτσι ως σημαντικός δείκτης όχι μόνο βιολογικής αλλά και ψυχοκοινωνικής ευαλωτότητας.

13.6.4 Επιπτώσεις για την Προσωποκεντρική Φροντίδα ως Διατήρηση της Παρουσίας και της Αξιοπρέπειας

Το προτεινόμενο μοντέλο βρίσκεται σε ισχυρή συμφωνία με τις αρχές της person-centered care, καθώς υποστηρίζει ότι η φροντίδα δεν πρέπει να οργανώνεται αποκλειστικά γύρω από τη νόσο ή τη λειτουργική έκπτωση, αλλά γύρω από τη βιωμένη εμπειρία, την προσωπική αξιοπρέπεια και τη διατήρηση της παρουσίας του ατόμου μέσα στον κόσμο (McCormack & McCance, 2017).

Η στοματική υγεία αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της προσωποκεντρικής φροντίδας, επειδή συνδέεται με τον τρόπο μέσω του οποίου το άτομο εκφράζεται, επικοινωνεί, χαμογελά, σχετίζεται και γίνεται κοινωνικά αναγνωρίσιμο. Η απώλεια της στοματικής λειτουργίας δεν αφορά επομένως μόνο το σώμα, αλλά και τη δυνατότητα του ανθρώπου να αισθάνεται ότι παραμένει πρόσωπο μέσα στις σχέσεις και στην καθημερινή ζωή.

Υπό αυτή την οπτική, η person-centered care στους ηλικιωμένους οφείλει να αναγνωρίζει:

- τη σημασία της ντροπής και της κοινωνικής έκθεσης,
- τη συμβολική σημασία της αυτοφροντίδας,
- τη βιωμένη εμπειρία του σώματος,
- και τη σημασία της διατήρησης της προσωπικής αξιοπρέπειας και της κοινωνικής παρουσίας.

Το προτεινόμενο μοντέλο επιχειρεί έτσι να συμβάλει σε μια περισσότερο ανθρώπινη και σχεσιακή κατανόηση της φροντίδας, στην οποία η στοματική υγεία δεν αποτελεί περιφερειακή λειτουργία του σώματος αλλά πεδίο μέσα στο οποίο διακυβεύεται η ίδια η συνέχεια της ανθρώπινης παρουσίας κατά τη γήρανση.

13.7 Περιορισμοί και Μελλοντικές Κατευθύνσεις του Προτεινόμενου Μοντέλου

Παρά τη θεωρητική του συμβολή, το προτεινόμενο Μοντέλο της Παραμονής του Εαυτού μέσω της Στοματικής και Σχεσιακής Φροντίδας θα πρέπει να προσεγγιστεί υπό το πρίσμα ορισμένων σημαντικών περιορισμών. Αρχικά, πρόκειται κυρίως για ένα θεωρητικό και εννοιολογικό μοντέλο, το οποίο συνθέτει ευρήματα της παρούσας διατριβής με στοιχεία από τη βιοψυχοκοινωνική, φαινομενολογική και ψυχοδυναμική θεωρία. Κατά συνέπεια, οι προτεινόμενες σχέσεις μεταξύ στοματικής υγείας, ντροπής, κοινωνικής παρουσίας, αυτοφροντίδας και ψυχικής απορρύθμισης απαιτούν περαιτέρω εμπειρική διερεύνηση και επιβεβαίωση.

Επιπλέον, η θεωρητική ακολουθία του μοντέλου δεν θα πρέπει να θεωρηθεί απόλυτα γραμμική ή αιτιοκρατική. Οι διεργασίες που περιγράφονται είναι πιθανό να αλληλεπιδρούν δυναμικά και κυκλικά μεταξύ τους, με αμφίδρομες επιδράσεις ανάμεσα στη σωματική φθορά, την ψυχική επιβάρυνση, τη μοναξιά, την αυτοφροντίδα και την κοινωνική συμμετοχή. Για τον λόγο αυτό, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να αξιοποιήσουν διαχρονικά (longitudinal) ερευνητικά σχέδια ώστε να διερευνηθεί η χρονική ακολουθία και η δυναμική εξέλιξη αυτών των διεργασιών κατά τη γήρανση.

Παράλληλα, η βιοματική και σχεσιακή διάσταση του μοντέλου αναδεικνύει την ανάγκη για περισσότερες ποιοτικές και φαινομενολογικές μελέτες, οι οποίες θα μπορούσαν να διερευνήσουν βαθύτερα τον τρόπο με τον οποίο οι ηλικιωμένοι βιώνουν τη στοματική φθορά, τη ντροπή, την κοινωνική έκθεση και τη διατήρηση της παρουσίας του εαυτού στην καθημερινή ζωή. Η ποιοτική διερεύνηση αυτών των εμπειριών θα μπορούσε να συμβάλει ουσιαστικά στην περαιτέρω θεωρητική ωρίμανση του μοντέλου.

Επιπρόσθετα, το προτεινόμενο θεωρητικό πλαίσιο θα μπορούσε να εξεταστεί εμπειρικά μέσω πιο σύνθετων στατιστικών και δικτυακών προσεγγίσεων, όπως η Structural Equation Modeling (SEM) ή τα network models, προκειμένου να διερευνηθούν οι άμεσες και έμμεσες σχέσεις

μεταξύ των μεταβλητών του μοντέλου και να αποτυπωθεί η δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Τέλος, δεδομένου ότι η ντροπή, η κοινωνική ορατότητα, η αυτοφροντίδα και η εμπειρία της γήρανσης επηρεάζονται σημαντικά από πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες, απαιτείται περαιτέρω διαπολιτισμική (cross-cultural) διερεύνηση του μοντέλου σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια. Η σημασία της κοινωνικής εικόνας, της αξιοπρέπειας, της στοματικής εμφάνισης και της σχέσης με το σώμα ενδέχεται να διαφοροποιείται μεταξύ πολιτισμών, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη διερεύνηση της πολιτισμικής εγκυρότητας και γενικευσιμότητας του προτεινόμενου θεωρητικού πλαισίου.

Παρά τους περιορισμούς αυτούς, το προτεινόμενο μοντέλο επιχειρεί να συμβάλει σε μια περισσότερο ολοκληρωμένη και ανθρωποκεντρική κατανόηση της στοματικής υγείας και της γήρανσης, προτείνοντας ότι η στοματική φροντίδα δεν αφορά αποκλειστικά τη διατήρηση της λειτουργικότητας, αλλά και τη δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει ψυχικά, κοινωνικά και βιωματικά παρών μέσα στη ζωή.

13.8 Συμπεράσματα

Το προτεινόμενο Μοντέλο της Παραμονής του Εαυτού μέσω της Στοματικής και Σχεσιακής Φροντίδας επιχειρεί να συμβάλει σε μια ευρύτερη επανανοηματοδότηση της στοματικής υγείας και της γήρανσης, μετατοπίζοντας τη θεωρητική κατανόηση της στοματικής φροντίδας από ένα κυρίως λειτουργικό και βιοϊατρικό πλαίσιο προς μια περισσότερο σχεσιακή, φαινομενολογική και ψυχοδυναμική προσέγγιση της ανθρώπινης παρουσίας.

Το μοντέλο υποστηρίζει ότι η στοματική υγεία δεν αφορά αποκλειστικά τη διατήρηση της βιολογικής λειτουργικότητας ή της ποιότητας ζωής, αλλά συνδέεται βαθύτερα με τη δυνατότητα του ανθρώπου να διατηρεί τη σχέση με το σώμα, τον εαυτό, τους άλλους και τον κόσμο. Η στοματική αυτοφροντίδα προσεγγίζεται όχι μόνο ως πρακτική υγιεινής, αλλά ως

διαδικασία ψυχικής συγκράτησης, σχεσιακής συνέχειας και διατήρησης της προσωπικής αξιοπρέπειας μέσα στην εμπειρία της γήρανσης.

Ιδιαίτερη θεωρητική σημασία αποκτούν οι έννοιες της κοινωνικής ορατότητας, της ντροπής, της παρουσίας και της σχεσιακής αυτορρύθμισης, οι οποίες προτείνονται ως κεντρικοί μηχανισμοί μέσω των οποίων η στοματική φθορά μετατρέπεται από βιολογικό γεγονός σε ψυχοκοινωνική και υπαρξιακή εμπειρία. Μέσα από αυτή την οπτική, η μη ευδόκιμη γήρανση δεν νοείται απλώς ως λειτουργική έκπτωση, αλλά ως σταδιακή διατάραξη της δυνατότητας του ανθρώπου να παραμένει ψυχικά, κοινωνικά και υπαρξιακά παρών μέσα στη ζωή.

Το προτεινόμενο μοντέλο επιχειρεί επομένως να αναδείξει ότι η στοματική υγεία δεν αποτελεί περιφερειακή διάσταση της ανθρώπινης λειτουργικότητας, αλλά κεντρικό πεδίο μέσα στο οποίο διακυβεύονται η προσωπική συνοχή, η κοινωνική αναγνωρισιμότητα, η αυτορρύθμιση και τελικά η ίδια η συνέχεια του εαυτού κατά τη γήρανση. Υπό αυτή την έννοια, η φροντίδα του στόματος αποκτά όχι μόνο κλινική αλλά και βαθύτερη ανθρωπολογική και υπαρξιακή σημασία, καθώς συνδέεται με τη δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να κατοικεί τον εαυτό του και να παραμένει σε σχέση με τη ζωή ακόμη και υπό συνθήκες φθοράς και ευαλωτότητας.

Γενικά Συμπεράσματα Συμβολή και Πρωτοτυπία της Διατριβής

Η παρούσα διδακτορική διατριβή επιχείρησε να διερευνήσει τη σχέση της στοματικής υγείας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας με την ευδόκιμη γήρανση, την ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής και την αυτοφροντίδα, μέσα από ένα ενοποιημένο βιοψυχοκοινωνικό και προσωποκεντρικό θεωρητικό πλαίσιο. Δεν υπάρχει η ντροπή

Τα ευρήματα της μελέτης ανέδειξαν ότι η στοματική υγεία δεν αποτελεί μια απομονωμένη βιολογική ή οδοντιατρική παράμετρο, αλλά έναν δυναμικό και πολυδιάστατο δείκτη της συνολικής ανθρώπινης λειτουργικότητας και εμπειρίας. Η σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής φάνηκε να συνδέεται ουσιαστικά με την ψυχική υγεία, την αυτοφροντίδα, τη μοναξιά, τη λειτουργικότητα και τη δυνατότητα του ατόμου να παραμένει ενεργό και παρόν μέσα στην καθημερινή ζωή.

Η σχέση αυτή δεν φαίνεται να είναι γραμμική ή μονοδιάστατη. Αντιθέτως, τα δεδομένα της διατριβής υποστηρίζουν ότι η στοματική υγεία λειτουργεί ως κόμβος αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο σώμα, στον ψυχισμό και στις κοινωνικές σχέσεις. Η λειτουργικότητα του στόματος συνδέεται όχι μόνο με τη σίτιση και την ομιλία, αλλά και με την αυτοεικόνα, την κοινωνική συμμετοχή, την αξιοπρέπεια και την αίσθηση ότι το άτομο εξακολουθεί να αναγνωρίζεται και να ανήκει στον κοινωνικό κόσμο.

Ιδιαίτερη σημασία ανέδειξε ο ρόλος της αυτοφροντίδας. Η αυτοφροντίδα δεν λειτούργησε μόνο ως συμπεριφορά υγείας, αλλά ως βαθύτερη διαδικασία διατήρησης της σχέσης του ατόμου με το σώμα, τον εαυτό και τη ζωή. Τα ευρήματα της παρούσας διατριβής ενισχύουν

την άποψη ότι η αυτοφροντίδα συνιστά μηχανισμό αυτορρύθμισης και συνέχειας του εαυτού, ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου η εμπειρία της φθοράς και των περιορισμών μπορεί να απειλήσει την αίσθηση συνοχής και προσωπικής ταυτότητας.

Παράλληλα, η μοναξιά και η ψυχολογική επιβάρυνση αναδείχθηκαν ως σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη στοματική υγεία και τη συνολική ποιότητα ζωής. Η γήρανση δεν βιώνεται αποκλειστικά ως βιολογική διεργασία, αλλά ως εμπειρία που διαμορφώνεται μέσα στις σχέσεις, στην παρουσία ή απουσία των άλλων, καθώς και στη δυνατότητα του ατόμου να συνεχίζει να συμμετέχει στον κόσμο του με αίσθηση νοήματος και αξιοπρέπειας.

Η διατριβή επιχειρεί επίσης μια ουσιαστική θεωρητική μετατόπιση από τις παραδοσιακές αντιλήψεις περί «επιτυχημένης γήρανσης» προς την έννοια της ευδόκιμης γήρανσης. Στο πλαίσιο αυτό, η γήρανση δεν προσεγγίζεται ως κατάσταση τέλειας λειτουργικότητας ή απουσίας περιορισμών, αλλά ως δυναμική δυνατότητα διατήρησης νοήματος, σχέσης, συμμετοχής και συνοχής του εαυτού ακόμη και μέσα σε συνθήκες απώλειας, ευαλωτότητας ή βιολογικής φθοράς.

Η πρωτοτυπία της παρούσας διατριβής έγκειται ακριβώς σε αυτή την προσπάθεια ενοποίησης διαφορετικών επιστημονικών και θεωρητικών πεδίων. Η στοματική υγεία δεν αντιμετωπίστηκε μόνο ως κλινική ή επιδημιολογική μεταβλητή, αλλά ως βιωμένη εμπειρία, ως στοιχείο ταυτότητας, κοινωνικής παρουσίας και ψυχικής συνέχειας. Η σύνδεση της στοματικής υγείας με την αυτοφροντίδα, την ψυχική υγεία, τη μοναξιά και την ευδόκιμη γήρανση συνιστά μια περισσότερο ολιστική και ανθρωποκεντρική προσέγγιση της τρίτης ηλικίας.

Παράλληλα, η διατριβή επιχειρεί να γεφυρώσει τη βιοϊατρική προσέγγιση με φαινομενολογικές, ψυχοδυναμικές και προσωποκεντρικές θεωρήσεις της υγείας. Η υγεία προσεγγίζεται όχι μόνο ως βιολογική κατάσταση, αλλά ως δυνατότητα του ανθρώπου να συνεχίζει να κατοικεί το σώμα του, να σχετίζεται, να εκφράζεται και να διατηρεί μια αίσθηση

παρουσίας μέσα στον κόσμο. Υπό αυτή την οπτική, το στόμα αποκτά ιδιαίτερο συμβολικό και υπαρξιακό χαρακτήρα: αποτελεί σημείο θρέψης, λόγου, έκφρασης, αναγνώρισης και σχέσης.

Η συμβολή της παρούσας διατριβής είναι επίσης σημαντική σε επίπεδο δημόσιας υγείας και κλινικής πρακτικής. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ανάγκη ανάπτυξης ολοκληρωμένων και διεπιστημονικών μοντέλων φροντίδας για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, στα οποία η στοματική υγεία θα ενσωματώνεται ως βασική διάσταση της συνολικής υγείας και όχι ως δευτερεύουσα ή αποσπασματική παράμετρος. Η ενίσχυση της αυτοφροντίδας, η αντιμετώπιση της μοναξιάς και η προώθηση της κοινωνικής συμμετοχής ενδέχεται να λειτουργήσουν προστατευτικά τόσο για τη στοματική όσο και για τη γενικότερη ψυχοσωματική υγεία των ηλικιωμένων.

Ταυτόχρονα, η διατριβή αναδεικνύει τη σημασία της υποκειμενικής εμπειρίας στην κατανόηση της υγείας. Δύο άτομα με παρόμοια κλινική κατάσταση μπορεί να βιώνουν εντελώς διαφορετικά επίπεδα λειτουργικότητας, αξιοπρέπειας και ποιότητας ζωής. Συνεπώς, η αξιολόγηση της υγείας δεν μπορεί να εξαντλείται σε αντικειμενικούς δείκτες, αλλά χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το άτομο βιώνει το σώμα, την καθημερινότητα και τη σχέση του με τους άλλους.

Παρά τους περιορισμούς που σχετίζονται με τον εγκάρσιο σχεδιασμό της μελέτης και τη χρήση αυτοαναφορικών εργαλείων, η παρούσα διατριβή προσφέρει ένα σημαντικό θεωρητικό και ερευνητικό υπόβαθρο για μελλοντικές μελέτες. Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να αξιοποιήσει διαχρονικά και παρεμβατικά σχέδια, καθώς και περισσότερο σύνθετα μοντέλα ανάλυσης, προκειμένου να διερευνηθούν βαθύτερα οι μηχανισμοί μέσω των οποίων η στοματική υγεία συνδέεται με την ψυχική λειτουργικότητα, τη μοναξιά, την αυτοφροντίδα και την ευδόκιμη γήρανση.

Τελικά, η παρούσα διατριβή επιχειρεί να υποστηρίξει ότι η στοματική υγεία δεν αφορά μόνο τα δόντια, τις νόσους ή τις βιολογικές λειτουργίες. Αφορά τη δυνατότητα του ανθρώπου

να συνεχίζει να μιλά, να χαμογελά, να τρέφεται, να σχετίζεται και να αισθάνεται ότι εξακολουθεί να συμμετέχει στη ζωή. Και ίσως τελικά αυτό να αποτελεί τον βαθύτερο πυρήνα της ευδόκιμης γήρανσης: όχι την απουσία φθοράς, αλλά τη δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει παρών, συνδεδεμένος και αναγνωρίσιμος μέσα στον κόσμο, ακόμη και όταν ο χρόνος μεταβάλλει το σώμα και τις συνθήκες της ύπαρξής του.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Abdullah, A., König, H. H., & Hajek, A. (2024). Oral health-related quality of life and loneliness: results based on a cross-sectional survey. *Archives of Public Health*, 82(1), 114.
2. Abe, T., Tominaga, K., Saito, H., Shimizu, J., Maeda, N., Matsuura, R., ... & Isomura, M. (2024). Effect of oral health on functional disability and mortality in older adults in Japan: a cohort study. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(11).
3. Abed, H., Ezzat, Y., Alsaadawi, L., Almarzouki, R., Aboulkhair, R., Alqarni, A., & Sharka, R. (2023). Negative Impacts of Psychiatric Medications on Oral Health: A Literature Review. *Cureus*, 15(12).
4. Aghasizadeh Sherbaf, R., Kaposvári, G. M., Nagy, K., Álmos, Z. P., Baráth, Z., & Matusovits, D. (2024). Oral health status and factors related to oral health in patients with schizophrenia: a matched case-control observational study. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6), 1584.
5. Alexander, B., Brewin, C. R., Vearnals, S., Wolff, G., & Leff, J. (1999). An investigation of shame and guilt in a depressed sample. *British Journal of Medical Psychology*, 72(3), 323-338.
6. Alimoradi, Z., Jafari, E., Roshandel, Z., Potenza, M. N., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2024). Meta-analysis with systematic review to synthesize associations between oral health related quality of life and anxiety and depression. *BDJ open*, 10(1), 9.
7. Alkan, A., Cakmak, O., Yilmaz, S., Cebi, T., & Gurgan, C. (2015). Relationship between psychological factors and oral health status and behaviours. *Oral Health Prev Dent*, 13(4), 331-9.
8. Allan, S., Gilbert, P., & Goss, K. (1994). An exploration of shame measures—II:

- Psychopathology. *Personality and Individual differences*, 17(5), 719-722.
9. Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and personality psychology compass*, 4(2), 107-118.
 10. Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and identity*, 11(4), 428-453.
 11. Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2015). Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/t39071-000>
 12. Aprahamian, I., Woo, J., Vellas, B., & Morley, J. E. (2022). Resilience and successful aging. *The Journal of nutrition, health and aging*, 26(7), 652-656.
 13. Armfield, J. M. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway?. *Oral health & preventive dentistry*, 8(2), 107-115.
 14. Armfield, J. M. (2010). The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Australian dental journal*, 55(4), 368-377.
 15. Armfield, J. M., & Ketting, M. (2015). Predictors of dental avoidance among Australian adults with different levels of dental anxiety. *Health Psychology*, 34(9), 929.
 16. Asaad, W. A., Abdu, S. A., Li, W., Li, Y., Lin, Y., Yang, C., & Li, X. (2025). Associations between oral health parameters and nutritional status in geriatric populations: An umbrella review with meta-analysis. *Japanese Dental Science Review*, 61, 264-279.
 17. Atchison, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of the geriatric oral health assessment index. *Journal of Dental Education*, 54(11), 680-687.
 18. Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183-190.
 19. Azami-Aghdash, S., Ebadi, S. S., Sardareh, M., Pournaghi-Azar, F., Karami, S., Pouyan, S. N., & Derakhshani, N. (2024). The impact of professional oral health care on the oral

- health of older people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*, 24(1), 1558.
20. Baiju RM, Peter E, Varghese NO, Sivaram R: Oral health and quality of life: current concepts. *J Clin Diagn Res*. 2017, 11:ZE21-6. 10.7860/JCDR/2017/25866.10110
 21. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (Vol. 11). Freeman.
 22. Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator– mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.
 23. Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-Regulation, ego depletion, and motivation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 115-128.
 24. Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The lancet*, 387(10033), 2145-2154.
 25. Berggren, U., & Meynert, G. (1984). Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 109(2), 247-251.
 26. Bjørkvik, J., Quintero, D. P., Jensen, K. H. M., & Virtanen, J. I. (2023). Oral health and quality of life among people with severe or long-term mental illness: A call for interprofessional collaboration. *Nordic Psychology*, 75(4), 351-365.
 27. Block, C., König, H. H., & Hajek, A. (2022). Oral health and quality of life: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *BMC Oral Health*, 22(1), 606.
 28. Bonanno GA: Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *Am Psychol*. 2004, 59:20-8. [10.1037/0003-066X.59.1.20](https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20)

29. Borg-Bartolo, R., Roccuzzo, A., Gambetta-Tessini, K., Schimmel, M., Molinero-Mourelle, P., Sabatini, G., ... & Campus, G. (2025). Association between oral health-related quality of life and structural determinants of health among elderly populations. a systematic review and meta-analysis. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 189.
30. Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.
31. Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and social psychology bulletin*, 38(9), 1133-1143.
32. Brinkhof, L. P., Chambon, M., Ridderinkhof, K. R., van Harreveld, F., Murre, J. M., Krugers, H. J., & de Wit, S. (2024). Resilience among older individuals in the face of adversity: how demographic and trait factors affect mental-health constructs and their temporal dynamics. *Clinical Psychological Science*, 12(4), 563-585.
33. Brown, L., Huffman, J. C., & Bryant, C. (2019). Self-compassionate aging: A systematic review. *The Gerontologist*, 59(4), e311-e324.
34. Buglar, M. E., White, K. M., & Robinson, N. G. (2010). The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: testing an extended Health Belief Model. *Patient education and counseling*, 78(2), 269-272.
35. Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness*, 4(2), 167-182.
36. Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL). In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 58, pp. 127-197). Academic press.

37. Carter, A. E., Carter, G., Boschen, M., AlShwaimi, E., & George, R. (2014). Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World Journal of Clinical Cases: WJCC*, 2(11), 642.
38. Casey, B., Marston, G., & Vyas, D. (2025). Self-care practices in the context of older adults living independently. *Proceedings of the Acm on Human-Computer Interaction*, 9(1), 1-26.
39. Cha, J. E., Boggiss, A. L., Serlachius, A. S., Cavadino, A., Kirby, J. N., & Consedine, N. S. (2022). A systematic review on mediation studies of self-compassion and physical health outcomes in non-clinical adult populations. *Mindfulness*, 13(8), 1876-1900.
40. Chan, A. K. Y., Hui, J. C. Y., Hu, L. L., & Chu, C. H. (2026). The Mouth–Mind Connection: Interplay of Oral and Mental Health in Older Adults. *Geriatrics*, 11(1), 8.
41. Charles, S. T., Rush, J., Piazza, J. R., Cerino, E. S., Mogle, J., & Almeida, D. M. (2023). Growing old and being old: Emotional well-being across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 125(2), 455.
42. Cheung, M. P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual differences*, 36(5), 1143-1153.
43. Chiu, C. J., Hu, J. C., Lo, Y. H., & Chang, E. Y. (2020). Health promotion and disease prevention interventions for the elderly: a scoping review from 2015–2019. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5335.
44. Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *The lancet*, 374(9696), 1196-1208.
45. Ciancio, S. G. (2004). Medications' impact on oral health. *The Journal of the American Dental Association*, 135(10), 1440- 1448.

46. Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C., & Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 26(3), 373-381.
47. Cummings, S. M. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work*, 27(4), 293-302.
48. Cunha, M., Parente, L., Galhardo, A., & Couto, M. (2017). Self-compassion, well-being and health in elderly: Are there related?. *European Psychiatry*, 41(S1), S648-S648.
49. De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European journal of ageing*, 7(2), 121-130.
50. de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. G. (1999). Manual of the loneliness scale. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
51. De Jong-Gierveld, J., & van Tilburg, T. G. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on aging*, 28(5), 582-598.
52. de Oliveira Solis, A. C., Marques, A. H., Dominguez, W. V., de Almeida Prado, E. B., Pannuti, C. M., Lotufo, R. F. M., & Lotufo-Neto, F. (2016). Evaluation of periodontitis in hospital outpatients with major depressive disorder. A focus on gingival and circulating cytokines. *Brain, Behavior, and Immunity*, 53, 49-53.
53. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
54. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. *Handbook of theories of social psychology*, 1(20), 416-436.
55. Della Terra Mouco Garrido, B., Pereira, P. S. S., Foloni, K., Pegoraro, H. D., Souza, I. R., Bastos, J. R. M., ... & Bastos, R. S. (2025). Tooth Loss, Nutrition, and Oral Health-

- Related Quality of Life in Older Adults: Evidence from a Structural Equation Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(12), 1793.
56. Deng, X., Wang, Y. J., Deng, F., Liu, P. L., & Wu, Y. (2018). Psychological well-being, dental esthetics, and psychosocial impacts in adolescent orthodontic patients: A prospective longitudinal study. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 153(1), 87-96.
 57. Derogatis, L. R., & Kathryn, L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (pp. 310-347). Routledge.
 58. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL: Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011, 11:647. 10.1186/1471-2458-11-647
 59. Doughty, J., Macdonald, M. E., Muirhead, V., & Freeman, R. (2023). Oral health-related stigma: Describing and defining a ubiquitous phenomenon. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 51(6), 1078-1083. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12893>
 60. Dumitrescu, A. L., Dogaru, C. B., Duță, C., & Manolescu, B. (2011). Body weight, shame, guilt and oral health: a path analysis model in undergraduate students. *Romanian Journal of Internal Medicine= Revue Roumaine de Medecine Interne*, 49(4), 281-288.
 61. Ehrental, J. C., Graetz, C., Plaumann, A., Dörfer, C. E., & Herzog, W. (2016). Number of teeth predict depressive symptoms in a longitudinal study on patients with periodontal disease. *Journal of psychosomatic research*, 89, 16-19.
 62. Elison, J., Garofalo, C., & Velotti, P. (2014). Shame and aggression: Theoretical considerations. *Aggression and Violent Behavior*, 19(4), 447-453.

63. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
64. Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodynamic psychiatry*, 40(3), 377-396.
65. Ferrari, M., Dal Cin, M., & Steele, M. (2017). Self-compassion is associated with optimum self-care behaviour, medical outcomes and psychological well-being in a cross-sectional sample of adults with diabetes. *Diabetic Medicine*, 34(11), 1546-1553.
66. Ferreira, C., Matos, M., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2014). Shame memories and eating psychopathology: The buffering effect of self-compassion. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 487-494.
67. Ferrillo, M., Migliario, M. A. R. I. O., Agostini, F., Marotta, N., Santilli, G., Boffano, P. A. O. L. O., ... & De Sire, A. (2024). Oral health-related quality of life in elderly. an umbrella review of systematic reviews from a multidisciplinary rehabilitation point-of-view. *La Clinica terapeutica*, 175(1), 73-82.
68. Finlayson, T. L., Moss, K. L., Jones, J. A., Preisser, J. S., & Weintraub, J. A. (2024). Loneliness and low life satisfaction associated with older adults' poor oral health. *Frontiers in public health*, 12, 1428699.
69. Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.
70. Foucault, M. (1988). *The Care of the Self*. Pantheon Books.
71. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218.
72. Friedlander, A. H., Marder, S. R., Pisegna, J. R., & Yagiela, J. A. (2003). Alcohol abuse and dependence: psychopathology, medical management and dental implications. *The Journal of the American Dental Association*, 134(6), 731-740.

73. Gadamer, H. G. (1993). 1996 *The Enigma of Health* (J. Gaiger and N. Walker, Trans.).
74. Gift, H. C. (1997). Oral health outcomes research-challenges and opportunities. *Measuring oral health and quality of life*, 25-46.
75. Gift, H. C., & Redford, M. (1992). Oral health and the quality of life. *Clinics in geriatric medicine*, 8(3), 673-684.
76. Gift, H. C., Atchison, K. A., & Dayton, C. M. (1997). Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Social science & medicine*, 44(5), 601-608.
77. Gift, H. C., Atchison, K. A., & Drury, T. F. (1997). Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *Journal of Dental Research*, 76(9), 1529–1538.
78. Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 7(3), 174-189.
79. Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly*, 70(4), 1205-1230.
80. Goh, V., Hassan, F. W., Baharin, B., & Rosli, T. I. (2022). Impact of psychological states on periodontitis severity and oral health-related quality of life. *Journal of oral science*, 64(1), 1-5.
81. Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual differences*, 17(5), 713-717.
82. Gouva, M., Kaltsouda, A., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, S., Mantzoukas, S., & Kotrotsiou, E. (2016). Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS). *Interscientific health care*, 8(4).
83. Gouva, M., Paschou, A., Kaltsouda, A., Dragioti, E., Paralikas, T., Mantzoukas, S., & Kotrotsiou, E. (2016). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS). *Interscientific health care*, 8(4).

84. Griffin, S. O., Jones, J. A., Brunson, D., Griffin, P. M., & Bailey, W. D. (2012). Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *American journal of public health, 102*(3), 411-418.
85. Guarnizo-Herreño, C. C., Watt, R. G., Pikhart, H., Sheiham, A., & Tsakos, G. (2013). Socioeconomic inequalities in oral health in different European welfare state regimes. *J Epidemiol Community Health, 67*(9), 728-735.
86. Guimarães, M. O., Drumond, C. L., Nunes, L. S., OLIVEIRA, E. S. D., Zarzar, P. M., Ramos-Jorge, M. L., & Vieira-Andrade, R. G. (2021). Prevalence of oral health-related shame and associated factors among Brazilian schoolchildren. *Brazilian oral research, 35*, e133.
87. Guimarães, M. O., Drumond, C. L., Nunes, L. S., OLIVEIRA, E. S. D., Zarzar, P. M., Ramos-Jorge, M. L., & Vieira-Andrade, R. G. (2021). Prevalence of oral health-related shame and associated factors among Brazilian schoolchildren. *Brazilian oral research, 35*, e133.
88. Guo, P., Zou, C., An, N., Huang, J., Yang, J., & Lu, Q. (2024). Emotional symptoms, dietary patterns and dental caries: A cross-sectional study in adolescents. *Oral Diseases, 30*(4), 2653-2662.
89. Hajek, A., Kretzler, B., & König, H. H. (2022). Oral health, loneliness and social isolation. A systematic review and meta-analysis. *The Journal of nutrition, health and aging, 26*(7), 675-680.
90. Harman, R., & Lee, D. (2010). The role of shame and self- critical thinking in the development and maintenance of current threat in post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 17*(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/cpp.636>

91. Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227.
92. Heaton, L. J., Santoro, M., Tiwari, T., Preston, R., Schroeder, K., Randall, C. L., ... & Tranby, E. P. (2024). Mental health, socioeconomic position, and oral health: a path analysis. *Preventing Chronic Disease*, 21, E76.
93. Henni, S. H., Skudutyte-Rysstad, R., Ansteinsson, V., Hellesø, R., & Hovden, E. A. S. (2023). Oral health and oral health-related quality of life among older adults receiving home health care services: a scoping review. *Gerodontology*, 40(2), 161-171.
94. Hensel, A. L., Nicholson, K., Anderson, K. K., & Gomaa, N. A. (2024). Biopsychosocial factors in oral and systemic diseases: a scoping review. *Frontiers in oral health*, 5, 1378467.
95. Hodgetts, J., McLaren, S., Bice, B., & Trezise, A. (2021). The relationships between self-compassion, rumination, and depressive symptoms among older adults: The moderating role of gender. *Aging & Mental Health*, 25(12), 2337-2346.
96. Holt-Lunstad, J. (2021). Loneliness and social isolation as risk factors: The power of social connection in prevention. *American journal of lifestyle medicine*, 15(5), 567-573.
97. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.
98. Homan, K. J., & Sirois, F. M. (2017). Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychology Open*, 4(2), 2055102917729542.
99. Hybels, C. F., Bennett, J. M., Landerman, L. R., Liang, J., Plassman, B. L., & Wu, B. (2016). Trajectories of depressive symptoms and oral health outcomes in a community

- sample of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(1), 83-91.
100. Iwasaki, Y. (2006). Counteracting stress through leisure coping: A prospective health study. *Psychology, health & medicine*, 11(2), 209-220.
 101. Janto, M., Iurcov, R., Daina, C. M., Neculoiu, D. C., Venter, A. C., Badau, D., ... & Daina, L. G. (2022). Oral health among elderly, impact on life quality, access of elderly patients to oral health services and methods to improve oral health: a narrative review. *Journal of Personalized Medicine*, 12(3), 372.
 102. Johansson, A., Omar, R., Lie, S. A., Sannevik, J., Mastrovito, B., & Johansson, A. K. (2025). Loneliness and its associations with oral and general health and socio-demographic factors in 80-and 90-year-old Swedes. *BMC Oral Health*, 25(1), 1972.
 103. Johnson, E. A., & O'Brien, K. A. (2013). Self-compassion soothes the savage ego-threat system: Effects on negative affect, shame, rumination, and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(9), 939-963.
 104. Johnson, J., Panagioti, M., Bass, J., Ramsey, L., & Harrison, R. (2017). Resilience to emotional distress in response to failure, error or mistakes: A systematic review. *Clinical psychology review*, 52, 19-42.
 105. Justel, L. U., Albonigamayor, N. J., Etxebarria, U. L., Fernández, U., & Herreras, T. M. (2024). Medication impact on oral health in schizophrenia. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. Ed. inglesa*, 29(1), 7.
 106. Kandelman, D., Petersen, P. E., & Ueda, H. (2008). Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care in Dentistry*, 28(6), 224-236.
 107. Kang, H., & Kim, H. (2022). Ageism and psychological well-being among older adults: A systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 8, 23337214221087023.

108. Karakasidou, E., Raftopoulou, G., & Stalikas, A. (2020). Investigating differences in self-compassion levels: effects of gender and age in a Greek adult sample. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 25(1), 164-177.
109. Kayasth, J., Yadav, V., Sharma, D., Yadav, G., Manjunath, B. C., & Bhukal, S. (2024). Oral Health and Oral Health-related Quality of Life Among Geriatric Population-A Narrative Review. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 16(Suppl 4), S3105-S3107.
110. Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 301-313.
111. Khairunnisa, Z., Siluvai, S., Kanakavelan, K., Agnes, L., Indumathi, K. P., & Krishnaprakash, G. (2024). Mental and oral health: A dual frontier in healthcare integration and prevention. *Cureus*, 16(12), e76264.
112. Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., ... & Zucker, N. (2018). Interoception and mental health: a roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 501-513.
113. Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 137(1), 68.
114. Kisely, S. (2016). No mental health without oral health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(5), 277-282.
115. Kisely, S., Baghaie, H., Lalloo, R., Siskind, D., & Johnson, N. W. (2015). A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 77(1), 83-92.

116. Klages, U., Bruckner, A., & Zentner, A. (2004). Dental aesthetics, self-awareness, and oral health-related quality of life in young adults. *The European Journal of Orthodontics*, 26(5), 507-514.
117. Kojima, G., Taniguchi, Y., Kitamura, A., & Fujiwara, Y. (2020). Is living alone a risk factor of frailty? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 59, 101048.
118. Kontos, P. C. (2004). Ethnographic reflections on selfhood, embodiment and Alzheimer's disease. *Ageing & Society*, 24(6), 829-849.
119. Kossioni, A. E. (2018). The association of poor oral health parameters with malnutrition in older adults: a review considering the potential implications for cognitive impairment. *Nutrients*, 10(11), 1709.
120. Kugimiya, Y., Iwasaki, M., Ohara, Y., Motokawa, K., Edahiro, A., Shirobe, M., ... & Hirano, H. (2023). Association between sarcopenia and oral functions in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 14(1), 429-438.
121. Kunrath, I., & Silva, A. E. R. (2021). Oral health and depressive symptoms among older adults: longitudinal study. *Aging & mental health*, 25(12), 2265-2271.
122. Lagana, L., Tramutolo, C., Boncori, L., & Cruciani, A. C. (2012). Community-dwelling adults versus older adults: psychopathology and the continuum hypothesis. *Educational gerontology*, 38(6), 412-428.
123. Lee, H., Cashin, A. G., Lamb, S. E., Hopewell, S., Vansteelandt, S., VanderWeele, T. J., ... & Henschke, N. (2021). A guideline for reporting mediation analyses of randomized trials and observational studies: the AGReMA statement. *Jama*, 326(11), 1045-1056.
124. Lenk, M., Noack, B., Weidner, K., & Lorenz, K. (2022). Psychopathologies and socioeconomic status as risk indicators for periodontitis: a survey-based investigation in

- German dental practices. *Clinical oral investigations*, 1-10.
125. Leventhal, E. A. (2003). self-regulation of health and. *The self-regulation of health and illness behaviour*, 42.
126. Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2012). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 43-66). Routledge.
127. Li, H., Sim, C. P., de Rossi Figueiredo, D., & Peres, K. G. (2025). General health-related quality of life and oral health in older adults: A systematic review. *Journal of Dentistry*, 161, 105942.
128. Liccardo, D., Cannavo, A., Spagnuolo, G., Ferrara, N., Cittadini, A., Rengo, C., & Rengo, G. (2019). Periodontal disease: a risk factor for diabetes and cardiovascular disease. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(6), 1414.
129. Liljas, A. E., Walters, K., Jovicic, A., Iliffe, S., Manthorpe, J., Goodman, C., & Kharicha, K. (2017). Strategies to improve engagement of ‘hard to reach’ older people in research on health promotion: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(1), 349.
130. Lim, M. H., Eres, R., & Vasan, S. (2020). Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 793-810.
131. Lipsky, M. S., Su, S., Crespo, C. J., & Hung, M. (2021). Men and oral health: a review of sex and gender differences. *American Journal of Men's Health*, 15(3), 15579883211016361.
132. Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., & Marcenes, W. (2015). Global economic impact of dental diseases. *Journal of Dental Research*, 94(10), 1355-1361.
133. Locker, D. (1988). Measuring oral health: A conceptual framework. *Community Dental Health*, 5(1), 3–18.

134. Locker, D. (2003). Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(2), 144-151.
135. Locker, D., & Allen, P. F. (2002). Developing short-form measures of oral health-related quality of life. *Journal of Public Health Dentistry*, 62(1), 13-20.
136. Locker, D., & Grushka, M. (1987). The impact of dental and facial pain. *Journal of dental Research*, 66(9), 1414-1417.
137. Locker, D., Jokovic, A., & Tompson, B. (2005). Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 42(3), 260-266.
138. Lokman, N., Nayan, N. A. M., & Choong, E. K. M. (2026). Oral Health Determinants of Frailty in Older Adults: An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *International Dental Journal*, 76(1), 109319.
139. MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272.
140. Mamai-Homata, E., Koletsi-Kounari, H., & Margaritis, V. (2016). Gender differences in oral health status and behavior of Greek dental students: A meta-analysis of 1981, 2000, and 2010 data. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 6(1), 60-68.
141. Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: a tangible or elusive concept?. *The Gerontologist*, 55(1), 14-25.
142. Martins, A. B., Dos Santos, C. M., Hilgert, J. B., de Marchi, R. J., Hugo, F. N., & Pereira Padilha, D. M. (2011). Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 725-731.

143. Matarese, M., Lommi, M., De Marinis, M. G., & Riegel, B. (2018). A systematic review and integration of concept analyses of self-care and related concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 296-305.
144. Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 299-312.
145. Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4), 334-349.
146. Mc Grath, C., & Bedi, R. (2000). Gender variations in the social impact of oral health. *Journal of the Irish Dental Association*, 46(3), 87-91.
147. Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*, trans. C. Smith. London: Routledge & Kegan Paul.
148. Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception* (Landes D. A., Trans.) Routledge (Original work published 1945).
149. Misurya, I., Misurya, P., & Dutta, A. (2020). The effect of self-compassion on psychosocial and clinical outcomes in patients with medical conditions: a systematic review. *Cureus*, 12(10).
150. Mitchell, E., & Walker, R. (2020). Global ageing: successes, challenges and opportunities. *British Journal of Hospital Medicine*, 81(2), 1-9.
151. Mosewich, A. D., Kowalski, K. C., Sabiston, C. M., Sedgwick, W. A., & Tracy, J. L. (2011). Self-compassion: A potential resource for young women athletes. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 33(1), 103-123.
152. National Academies of Sciences, Medicine, Medicine Division, Board on Behavioral, Sensory Sciences, Board on Health Sciences Policy, ... & Loneliness in Older Adults.

- (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system.
153. Nature Index. (n.d.). *Geriatric oral health and quality of life assessment*. Springer Nature. <https://www.nature.com/nature-index/topics/14/geriatric-oral-health-and-quality-of-life-assessment>
 154. Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
 155. Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
 156. Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1-12.
 157. Nerobkova, N., Park, E. C., & Jang, S. I. (2023). Depression and oral health-related quality of life: A longitudinal study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1072115.
 158. Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340.
 159. NIDCR. (2023). *Dental Caries (Tooth Decay) in Adults (Ages 20 to 64 Years)*. National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR). <https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/dental-caries/adults>
 160. Orem, D. E. (2001). Self-care deficit nursing theory. *Nursing Concepts of Practice*, 136-157.
 161. Orth, U., Robins, R. W., & Soto, C. J. (2010). Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1061.
 162. Ou-Yang, Z. Y., Feng, Y., Yang, Y. F., Chen, N. X., Su, X. L., Zhang, Q., ... & Guo, Y. (2023). Oral health-related quality of life among Chinese chronic orofacial pain patients

- with psychological health problems: a moderated mediation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3244.
163. Papapanou, P. N., Sanz, M., Buduneli, N., Dietrich, T., Feres, M., Fine, D. H., ... & Tonetti, M. S. (2018). Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*, 89, S173-S182.
 164. Pappas, P., Gouva, M., Gourgoulialis, K., Hatzoglou, C., & Kotrotsiou, E. (2016). Psychological profile of Greek doctors: differences among five specialties. *Psychology, Health & Medicine*, 21(4), 439-447.
 165. Park, E. J., & Gil, Y. M. (2025). Factors associated with subjective oral health among older adults aged 65 and over living alone: the role of social capital. *BMC Public Health*, 25(1), 1401.
 166. Patel, R., & Gallagher, J. E. (2024). Healthy ageing and oral health: priority, policy and public health. *BDJ open*, 10(1), 79.
 167. Patterson-Norrie, T., Ramjan, L., Sousa, M. S., & George, A. (2023). Oral health and individuals with a lived experience of an eating disorder: a qualitative study. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 121.
 168. Pellerin, N., & Raufaste, E. (2020). Psychological resources protect well-being during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study during the French lockdown. *Frontiers in psychology*, 11, 590276.
 169. Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: A global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249–260.

170. Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*, 31, 3-24.
171. Phillips, E. M., Schneider, J. C., & Mercer, G. R. (2004). Motivating elders to initiate and maintain exercise. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85, 52-57.
172. Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2021). Self-compassion, physical health, and health behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 15(1), 113-139.
173. Posit Team, R. (2023). RStudio: Integrated development environment for R. *Posit Software, PBC, Boston, MA*.
174. Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(4), 434-449.
175. R Core Team. (2016). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <http://www.R-project.org/>.
176. Raphael, C. (2017). Oral health and aging. *American Journal of Public Health*, 107(S1), S44-S45.
177. Remm, S. E., Halcomb, E., Peters, K., Hatcher, D., & Frost, S. A. (2023). Self-efficacy, resilience and healthy ageing among older people who have an acute hospital admission: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 10(11), 7168-7177.
178. Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264.
179. Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204.

180. Riegel, B., Jaarsma, T., & Stromberg, A. (2018). Theory of self-care of chronic illness. *Middle Range Theory for Nursing*, 35, 341-353.
181. Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2019). Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 42(3), 206-215.
182. Rosania, A. E., Low, K. G., McCormick, C. M., & Rosania, D. A. (2009). Stress, depression, cortisol, and periodontal disease. *Journal of Periodontology*, 80(2), 260-266.
183. Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 1-36.
184. Röthlin, P., Horvath, S., Messerli, T., Krieger, T., Berger, T., & Birrer, D. (2023). Associations of self-compassion with shame, guilt, and training motivation after sport-specific daily stress—a smartphone study. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21(1), 90-101.
185. Rouxel, P., Heilmann, A., Demakakos, P., Aida, J., Tsakos, G., & Watt, R. G. (2017). Oral health-related quality of life and loneliness among older adults. *European Journal of Ageing*, 14(2), 101-109.
186. Rouxel, P., Tsakos, G., Chandola, T., & Watt, R. G. (2018). Oral health—a neglected aspect of subjective well-being in later life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(3), 382-386.
187. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440.
188. Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., ... & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508.
189. Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., ... & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality

- disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508.
190. Sabik, N. J., Geiger, A. M., Thoma, M. V., Gianferante, D., Rohleder, N., & Wolf, J. M. (2019). The effect of perceived appearance judgements on psychological and biological stress processes across adulthood. *Stress and Health*, 35(3), 318- 329.
 191. Sander, M., Oxlund, B., Jespersen, A., Krasnik, A., Mortensen, E. L., Westendorp, R. G. J., & Rasmussen, L. J. (2015). The challenges of human population ageing. *Age and Ageing*, 44(2), 185-187.
 192. Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., ... & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62-e70.
 193. Sardella, A., Lenzo, V., Basile, G., Musetti, A., Franceschini, C., & Quattropiani, M. C. (2022). Gender and psychosocial differences in psychological resilience among a community of older adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of Personalized Medicine*, 12(9), 1414.
 194. Sartre, J.-P. (1956). *Being and nothingness* (H. Barnes, Trans.). Philosophical Library. (Original work published 1943)
 195. Scrine, C., Durey, A., & Slack-Smith, L. (2018). Enhancing oral health for better mental health: Exploring the views of mental health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 178-186.
 196. Sedighimornani, N., Rimes, K. A., & Verplanken, B. (2019). Exploring the relationships between mindfulness, self-compassion, and shame. *Sage Open*, 9(3), 2158244019866294.
 197. Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the world Health Organization*, 83, 644-644.

198. Sheiham, A., & Steele, J. (2001). Does the condition of the mouth and teeth affect the ability to eat certain foods, nutrient and dietary intake and nutritional status amongst older people?. *Public Health Nutrition*, 4(3), 797-803.
199. Sirois, F. M. (2020). The association between self-compassion and self-rated health in 26 samples. *BMC Public Health*, 20(1), 74.
200. Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2019). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10(1), 46-54.
201. Sischo, L., & Broder, H. (2011). Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *Journal of Dental Research*, 90(11), 1264-1270.
202. Skallefold, H. E., Rokaya, N., Wongsirichat, N., & Rokaya, D. (2023). Importance of oral health in mental health disorders: An updated review. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 13(5), 544-552.
203. Skårderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: A qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(2), 81-97.
204. Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284-290.
205. Smith, J. M., & Sheiham, A. (1979). How dental conditions handicap the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 7(6), 305-310.
206. Sotiropoulou, K., Patitsa, C., Giannakouli, V., Galanakis, M., Koundourou, C., & Tsitsas, G. (2023). Self-compassion as a key factor of subjective happiness and psychological well-being among Greek adults during COVID-19 lockdowns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15), 6464.
207. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European*

- Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338.
208. Steele, J. G., Sanders, A. E., Slade, G. D., Allen, P. F., Lahti, S., Nuttall, N., & Spencer, A. J. (2004). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(2), 107-114.
 209. Takeuchi, N., Maruyama, T., Toyama, N., Katsube, Y., Tabuchi, T., & Ekuni, D. (2026). Oral Health-Related Quality of Life and Self-Reported Oral Health Status Are Associated with Change in Self-Reported Depression Status: A Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, 15(1), 376.
 210. Takiguchi, Y., Matsui, M., Kikutani, M., & Ebina, K. (2023). The relationship between leisure activities and mental health: The impact of resilience and COVID-19. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 15(1), 133-151.
 211. Tanaka, T., Takahashi, K., Hirano, H., Kikutani, T., Watanabe, Y., Ohara, Y., ... & Iijima, K. (2018). Oral frailty as a risk factor for physical frailty and mortality in community-dwelling elderly. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(12), 1661-1667.
 212. Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 469.
 213. Team, R. C. (2020). RA language and environment for statistical computing, R Foundation for Statistical. *Computing*.
 214. Team, R. S. (2021). RStudio: integrated development environment for R. (*No Title*).
 215. Teixeira, M. F. N., Martins, A. B., Celeste, R. K., Hugo, F. N., & Hilgert, J. B. (2015). Associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 220-233.
 216. Terry, M. L., Leary, M. R., Mehta, S., & Henderson, K. (2013). Self-compassionate reactions to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(7), 911-926.

217. Tiwari, T., Kelly, A., Randall, C. L., Tranby, E., & Franstve- Hawley, J. (2022). Association between mental health and oral health status and care utilization. *Frontiers in Oral Health*, 2, 732882.
218. Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Alsgaard, K., Hawkins, K., & Yeh, C. S. (2016). Population health management for older adults: review of interventions for promoting successful aging across the health continuum. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 2, 2333721416667877.
219. Toombs, S. K. (1993). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient* (Vol. 42). Springer Science & Business Media.
220. Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). "Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model". *Psychological Inquiry*, 15(2), 103-125.
221. Troop, N. A., Allan, S., Serpell, L., & Treasure, J. L. (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(6), 480-488.
222. Tsakos, G., Allen, P. F., Steele, J. G., & Locker, D. (2012). Interpreting oral health-related quality of life data. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(3), 193-200.
223. Tsakos, G., Watt, R. G., Rouxel, P. L., de Oliveira, C., & Demakakos, P. (2015). Tooth loss associated with physical and cognitive decline in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), 91-99.
224. Tsironis, C., Mantzoukas, S., Tatsis, F., Kourakos, M., Diamantopoulos, E., Dragioti, E., & Gouva, M. (2024). Exploring the mediating role of shame in the link between oral health and psychopathology in older adults. *Int J Psychiatr*, 9, 26-8.

225. Tsironis, C., Tatsis, F., Konstanti, Z., Mentis, M., Stolakis, K., Kotsia, V., ... & Gouva, M. (2024). Resilience and self-compassion: shields against age-related declines in oral health and shame. *Cureus*, 16(8).
226. Tubert-Jeannin, S., Riordan, P. J., Morel-Papernot, A., Porcheray, S., & Saby-Collet, S. (2003). Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community dentistry and Oral Epidemiology*, 31(4), 275-284.
227. Turner, E., Berry, K., Quinlivan, L., Shiers, D., Aggarwal, V., & Palmier-Claus, J. (2023). Understanding the relationship between oral health and psychosis: qualitative analysis. *BJPsych open*, 9(3), e59.
228. Turner, M. D., & Ship, J. A. (2007). Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *The Journal of the American Dental Association*, 138, S15-S20.
229. van der Maarel-Wierink, C. D., Vanobbergen, J. N., Bronkhorst, E. M., Schols, J. M., & de Baat, C. (2013). Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. *Gerodontology*, 30(1), 3-9.
230. Van Vliet, K. J. (2008). Shame and resilience in adulthood: A grounded theory study. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 233.
231. Venete, A., Trillo-Lumbreras, E., Prado-Gascó, V. J., Bellot- Arcís, C., Almerich-Silla, J. M., & Montiel-Company, J. M. (2017). Relationship between the psychosocial impact of dental aesthetics and perfectionism and self-esteem. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 9(12), e1453.
232. Venturelli, R., Blokland, A., de Oliveira, C., Machuca, C., & Watt, R. G. (2021). Oral health and depressive symptoms: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *British Dental Journal*, 1-5.
233. Ware Jr, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.

234. Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
235. Ware, Jr, J. E., & Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 23(2), 49-73.
236. Watanabe, Y., Matsuda, N., Miura, K., Ohara, Y., Iwasaki, M., Hirano, H., ... & Yamazaki, Y. (2025). Oral frailty and its association with systemic health: A narrative review. *Oral Science International*, 22(1), e1278.
237. Watt, R. G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L. M. D., Venturelli, R., Listl, S., Weyant, R. J., Mathur, M. R., Guarnizo-Herreño, C. C., Celeste, R. K., Kearns, C., & Benzian, H. (2019). Ending the neglect of global oral health: Time for radical action. *The Lancet*, 394(10194), 261–272.
238. Weening-Verbree, L., Huisman-de Waal, G., Van Dusseldorp, L., van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2013). Oral health care in older people in long term care facilities: a systematic review of implementation strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 50(4), 569-582.
239. Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169.
240. Woods, H., & Proeve, M. (2014). Relationships of mindfulness, self-compassion, and meditation experience with shame-proneness. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 20-33.
241. Woolf, V. (2014). A room of one's own:(1929). In *The people, place, and space reader* (pp. 304-308). Routledge.
242. World Health Organization. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO.

243. World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework* (No. WHO/NMH/NPH/02.8). World Health Organization.
244. World Health Organization. (2020). *Basic documents: (including amendments adopted up to 31 May 2019)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/gb/bd/>
245. World Health Organization. (2021). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO.
246. World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing: baseline report*. World Health Organization.
247. World Health Organization. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*. World Health Organization.
248. World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.
249. Wulandari, A. B., Hidayat, W., & Zakiawati, D. (2026). Oral Frailty and Its Impact on Elderly Quality of Life: A Scoping Review. *Clinical Interventions in Aging*, 1-18.
250. Yamamoto, T., Aida, J., Kondo, K., Fuchida, S., Tani, Y., Saito, M., & Sasaki, Y. (2017). Oral health and incident depressive symptoms: JAGES project longitudinal study in older Japanese. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(5), 1079-1084.
251. Zhang, H., Carr, E. R., Garcia-Williams, A. G., Siegelman, A. E., Berke, D., Niles-Carnes, L. V., ... & Kaslow, N. J. (2018). Shame and depressive symptoms: Self-compassion and contingent self-worth as mediators?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(4), 408-419.
252. Zhao, B., Jiang, X., Kong, F., & Nam, E. W. (2023). Relationship between cognition, depression, and oral health status in older adults: a longitudinal cross-lagged analysis. *Journal of Affective Disorders*, 330, 158-164.
253. Zwick, L., Schmitz, N., & Shojaa, M. (2023). Oral health- related quality of life and depressive symptoms in adults: longitudinal associations of the English Longitudinal

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Γκούβα, Μ. (2006). *Ψυχολογία Συμβουλευτική* [Διδακτικές σημειώσεις, διαδικτυακό μάθημα]. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
2. Γκούβα, Μ. (2026). *Πέραν του Εκ των Υστέρων: Ψυχολογικά Ζητήματα και Αμυντικοί Μηχανισμοί σε Ιστορίες Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Δημήτρης Λαγός.
3. Γκούβα, Μ., & Κοτρώτσιου, Ε. (2012). *Ψυχολογικά Ζητήματα σε Ιστορίες Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Δημήτρης Λαγός.
4. Τσιλώνη, Ε., Δραγκιώτη, Έ., Γκούβα, Μ., Βασιλόπουλος, Σ., & Μέντης, Μ. (2025). Education and successful Aging: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Κοινωνική Εργασία. Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών*, 39(2), 22-53.
5. Μέντης, Μ. & Δραγιώτη, Ε. (2025). *Κοινωνική Γεροντολογία. Μια διεπιστημονική προσέγγιση για τους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας*. Εκδόσεις Gotsis.

Αποφθέγματα

1. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
2. Foucault, M., Martin, L. H., Gutman, H., & Hutton, P. H. (1988). Technologies of the self. *London: Tavistock*.
3. Gadamer, H. G. (2018). *The enigma of health: The art of healing in a scientific age*. John Wiley & Sons.
4. Merleau-Ponty, M. (1962). Phenomenology of perception (C. Smith,(Trans.). Routledge.(Original work published 1945).

5. Sartre, J. P., & Barnes, H. E. (1956). *Being and Nothingness: An Essay on Phenomenological Ontology*. Translated and with an Introd. by Hazel E. Barnes. Philosophical Library.
6. Shakespeare, W. (1998). *Troilus and Cressida* (K. Palmer, Ed.). Arden Shakespeare. (Original work published ca. 1602)
7. Toombs, S. K. (1988). Illness and the paradigm of lived body. *Theoretical medicine*, 9(2), 201-226.
8. Woolf, V. (2015). *A room of one's own and three guineas*. OUP Oxford.
9. Γκούβα, Μ. (2006). *Ψυχολογία Συμβουλευτική* [Διδακτικές σημειώσεις, διαδικτυακό μάθημα]. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.