



Универзитет „Свети Кирил и Методиј” - Скопје
Стоматолошки Факултет
Катедра по детска и превентивна стоматологија

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Докторска Дисертација

Изработил:

Лазарова Анета

Ментор:

проф. д-р Ѓоргиевска Елизабета

Скопје, 2024

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

АПСТРАКТ

ВОВЕД

Денталниот кариес е хронична, незаразна, прогресивна болест, која е најпревентабилна од сите незаразни болести. Кариесот на рано детство или *Early childhood caries* (ЕСС) е најголема закана за оралното здравје за доенчињата и децата според Центарот за контрола и превенција на болести во Америка. И покрај присутните превентивни орални програми, кариесот на рано детство останува сигнификантен јавен здравствен проблем. Интервенциите таргетирани кон мајки за време на бременоста и кон доенчето во првата година по породувањето имаат потенцијал за превенирање на иницијацијата и прогресијата на кариесот кај малите деца. Иницијативата и апликацијата на превентивните мерки во доенечкиот период е асоцирана со првата посета на стоматолог на доенчето која треба да се случи во 6-тиот месец веднаш после ерупцијата на првиот млечен заб, но не подоцна од 12-иот месец. Според досегашните истражувања во првата година од животот на доенчето почеста е средбата со педијатрите отколку со стоматолозите. Во развиените земји постојат правилници за бројот на предвидени посети на педијатар во првата година, а такви правилници за посета на стоматолог не се сè уште пракса ниту во високоразвиените земји. Акцентот е ставен на едукација на здравствените работници од примарната здравствена заштита и нивното вклучување во превентивните активности за зачувување на инфантилното орално здравје. Токму затоа се очекува од гинеколозите, педијатрите и акушерките, медицинските сестри и патронажните сестри да даваат унифицирани и обновени пораки за перинатално и инфантилно орално здравје, кон идните мајки, трудниците и мајките на доенчиња. Употребата на алатки од современото време како мобилно здравство (M-health) и теории од психологијата, како моделот на здравствено просветување (Health Believe Model-НВМ), може да помогнат на креаторите на здравствените политики во нашата земја, ако се земе веќе докажаната успешност во некои високоразвиени земји, но за истото се потребни соодветни податоци.

Цел:

Да се евалуираат праксата, ставовите и знаењата на здравствените работници од примарната здравствена заштита: гинеколози, педијатри, матични лекари, лекари и сестри во вакцинални тимови, патронажни сестри, гинеколошки сестри, како и студенти по стоматологија и медицина, за да се увиди потребата од протокол или менување на образовниот курикулум. Целта на прашалникот за трудниците беше да се евалуираат нивните ставови, практики и знаења, како и верувања за опасноста од оралните заболувања, со проценка на нивната подготвеност да преземат

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

одредени чекори за промена во своето однесување, да си помогнат себеси и на идното бебе и што е тоа што го доживуваат како пречка за да посетат стоматолог за време на бременоста.

Материјал и метод:

Истражувањето се одвиваше во временска рамка од 36 месеци. Беа евалуирани знаењата на здравствените работници кои воспоставуваат контакт со идните мајки и нивните деца, преку прашалник дистрибуиран online во вид на Google Document (мобилно здравство - m health). Прашалникот беше креиран врз база на прашалници веќе употребени во научната литература. Целни групи на здравствени работници беа: гинеколози, акушерки, педијатри, лекари по општа пракса, специјалисти по семејна медицина, медицински и патронажни сестри и студенти по медицина и стоматологија кои се во последните семестри од своите студии. Прашалникот беше составен од три дела, според типот на прашања, односно дел со демографски податоци и три останати дела со кои ќе се проценат знаењата, ставовите и практиките кај испитаниците за перинатално и инфантилно орално здравје. Беше направена дескриптивна анализа на податоците. Прашалник беше дистрибуиран и до трудниците кои се во втор и трет трисеместар од бременоста и со истиот се добија податоци за ставовите, практиките и знаењата на идните мајки за важноста на перинаталното и инфантилното орално здравје, а преку прашањата се евалуираа и верувањата на трудниците како можност да се интервенира кај нив преку моделот на здравствено просветување (Health Believe Model- HBM).

Резултати:

Дури 85.7% од докторите сметаат дека им е потребна дополнителна едукација за оралното здравје кај доенчиња и мали деца. Од испитаниците, 93.9% сметаат дека мораат да ги едуцираат родителите/старателите за важноста на превентивните мерки за зачувување на оралното здравје кај децата и дека мораат да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт. Само 46.9% од испитаниците знаат дека кариогените бактерии може да се пренесат вертикално од мајката на новороденчето. Мал е процентот (26.5%) од испитаници кои знаат дека белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес.

Заклучок:

Позитивниот став и пракса наспроти недоволното знаење за некои клучни прашања кои се однесуваат на перинаталното и инфантилното орално здравје кај сите здравствени работници од примарна здравствена заштита како и кај студентите по стоматологија и медицина, доведоа до

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

заклучок дека во најмала рака, потребен е протокол и водич за перинатално и орално здравје согласно кој би се пласирала унифицирана информација до оние на кои им е потребна. Промени во образовните курикулуми и вметнување на оваа тема е вториот заклучок. Мајките имаат позитивен став кон иновативните методи, но инсуфициентното знаење и интервенциите во бременоста се неопходни. Потребно е креаторите на здравствените политики да ги искористат можностите на современото време, за информациите на идните родители да им бидат лесно достапни, и да се од релевантен извор.

Клучни зборови: *инфантилно и перинатално орално здравје, кариес на рано детство, здравствени работници, примарна здравствена заштита.*

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

ABSTRACT

Introduction:

Dental caries is chronic progressive noncommunicable disease with highest prevalence, and its most easily preventable of all other noncommunicable diseases. Early childhood caries (ECC) is the greatest oral health threat to infants and children, according to the Centers for Disease Control and Prevention in the United States. Despite present preventive oral programs, early childhood caries remains a significant public health problem. Interventions targeted at mothers during pregnancy and the infant in the first year after delivery have the potential to prevent the onset and progression of caries in young children. The initiation and application of preventive measures in the infant period is significantly associated with the first visit to the dentist of the infant, which should take place in the 6th month immediately after the eruption of the first milk tooth, but not later than 12 months. According to previous research, in the first year of the infant's life, the meeting with pediatricians is more frequent than with dentists. In developed countries there are regulations for the number of planned visits to a pediatrician in the first year, and such protocols for visiting a dentist in early childhood, are not yet a practice even in highly developed countries. The emphasis is placed on the education of health workers from primary health care and their involvement in preventive activities to preserve infantile oral health. That is why gynecologists, pediatricians and midwives, nurses and patronage nurses are expected to provide unified and updated messages about perinatal and infantile oral health to expectant mothers, pregnant women and mothers of infants. Combining interventions through mobile health (m health) and proven theories from psychology to change human behavior in relation to their health, has already been proven to be positive through several studies in highly developed countries. Health policy creators in our countries could find this kind of intervention beneficial, but data are needed.

The aim of this project is to evaluate the practice, attitudes, and knowledge of primary health care workers: gynecologists, pediatricians, family doctors and doctors and nurses in vaccination teams, midwives, as well as students of dentistry and medicine, in order to see the need for protocol or changing educational curriculum. We also set ourselves the goal of evaluating their attitudes, practices, and knowledge as well as perceived susceptibility, perceived severity of oral diseases in pregnant women, by evaluating their willingness to take certain steps to change their behavior to help themselves and the future baby, and what is what they perceive as an obstacle to visiting a dentist during pregnancy.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Material and method:

The research was conducted in three phases with a time frame of 36 months. In the first phase, the knowledge of health professionals who get in touch with expectant mothers and their children was evaluated through a questionnaire distributed online in the form of Google Document (m health). The questionnaire was created based on questionnaires already used in the scientific literature. The target groups of health professionals were gynecologists, midwives, pediatricians, doctors in general practice, specialists in family medicine, medical nurses and students of medicine and dentistry who are in their last semesters. from their studies. The questionnaire is composed of three parts, according to the type of questions, i.e. a part with demographic data, and three other parts that evaluate the knowledge, attitudes, and practices of the respondents regarding perinatal and infantile oral health. A descriptive analysis of the data was made. The obtained data entered in the WHO questionnaire will be processed by SPSS statistical method. A questionnaire was also distributed to pregnant women who are in the second and third trimester of pregnancy, data was obtained on attitudes, practices and knowledge of future mothers about the importance of perinatal and infantile oral health, and also with questions about perceived beliefs, severity and cues of action of pregnant women were evaluated as part of the possibility to intervene with them through the health education model (Health Believe Model - HBM).

Results:

85.7 percent of doctors believed they need additional oral health education, 93.9 percent of respondents believed that they must educate parents / guardians about the importance of the preventive measures to maintain children's oral health, and that they must advise parents in case of suspected caries to visit a dentist / pedodontist. Only 46.9% of respondents knew that cariogenic bacteria can be transmitted vertically from mother to newborn. A small percentage (26.5%) of pediatricians and primary health doctors knew that white spots on baby teeth are early signs of caries.

Conclusion:

The positive attitude and practice against the insufficient knowledge of some key issues related to perinatal and infantile oral health among all primary care health workers as well as students of dentistry and medicine, led us to the conclusion that at the very least a protocol and guide for perinatal and oral health is essential, and every primary health worker that is included will market unified information to parents/guardian in need. Changes in educational curricula and the implementation of this topic may be essential if we intend to follow latest recommendations of world relevant institutions. Mothers have a positive attitude towards innovative methods, but insufficient knowledge, reason why there is a need to

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

intervene with educational approaches, through behavioral changes, before and during pregnancy. It is necessary for health policy makers to take advantage of the opportunities of modern times (m-health), for information to be easily accessible to future parents/guardians.

Key words: *infantile and perinatal oral health, mobile health, behavioral interventions, primary health care workers*

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Благодарност!

Кога ќе се донесе одлука да се продолжи патот низ образованието, кон научните висини, најважна одлука која еден студент може да ја направи е многу внимателно и мудро да го избере својот ментор, оној кој ќе го води низ ова патување. Секој кој го минал патот на докторските студии, знае дека овој пат е “жена во менструален циклус“, час си најсилен во мислите а веќе во следниот момент, паднат во бездна. Затоа менторот треба кога ти е најубаво да те потсети дека имаш уште многу скалила пред себе, а кога ќе си во бездна да ти помогне да станеш. Велат дека сум се родила под среќна ѕвезда, и мојот избор, навистина се покажа за најдобар и го потврди претходното мислење.. *Таа* едноставно знае како. Знае да даде поддршка, љубов, да подаде рака во вистински момент. Мојата среќна ѕвезда ме однесе до неа. Ме однесе до мојата професорка Бети, која истовремено е безвремена, скромна, тивка но и преполна со знаење и сила. Многупати се најдов во некои непознати за мене бранови, во кои се давав, а таа не ми фрли гума да ме спаси. Во тие мометни, длабоко во себе се чудев и се лутев. Но таа жена, не ме оставаше, во ниту еден момент. Не ми даде спасувачка гума, но пливаше пред мене и ми покажуваше колку е лесно, со вистинско движење, да лебдиш на места, на кои некои веднаш се дават. И јас се обидував,, упорно се обидував, да направам како неа. Можеби никогаш ни приближно исто, но убавината беше што се фаќав себеси како лебдам, лесно, онаму каде што претходно се давав. Благодарение на неа!

И така сè до ден денес. Јас искрено се надевам и посакувам да биде покрај мене и во иднина.

Професор Бети, бесценети ми се сите зборови и моменти поминати со Вас! Ви благодарам бескрајно што верувавте во мене, што ми помогнавте да се вљубам во научниот пишан збор и што ми докажавте дека сте ментор виртуоз, кој успеа да извади дел од мене, за кој и јас не верував дека постои.

Благодарам на моите родители, Пеце и Перса, кои ме донесоа на светов, па заминаа брзо на некое поубаво место. Бог ме остави на Неа, мојата *Мајка* Лилика која е мојата сила, моите раце, карпа на чиј врв и ден денес стојам, заштитувајќи ме секогаш од животните бури. Каква жена! Ти благодарам *Мамо!* Благодарам и на моите сакани Василиј и Горан, со кои сум благословена, за целата нивна љубов, поддршка и трпение. Скратив толку многу заеднички моменти за овој мој повик и кауза, и немам зборови со кои би ја опишала тагата за изгубеното време и моменти, немам

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

благодарни зборови со кои би изнудила прошка. Но, во едно сум сигурна, мојот син ќе знае еден ден што треба да прави, ако пред него се исправи предизвик или кауза преку кој би можел да помогне на многу луѓе.

И благодарам на мојата Македонија, можеби единствената држава во светот која има член во Уставот посветен на децата кои растат без родители. Им благодарам на сите оние личности кои учествувале преку идеја или поинаков начин, во креирањето на политиките кои од корен го променија текот на животот на овие лица, кои растеле или растат без родителска грижа. Го живеам сонот од моето детство, сон во кој нема сираци повеќе на улиците, нема лице кое израснало или расте без родители, кое нема можност за едукација по полнолетство. Сега тие се еднакви, сите деца на мајка Македонија.

Благодарам на сите кои на кој било начин допринесоа за дисертацијата, испитаниците, пријателите, членовите на фамилијата, посебна срдечна благодарност на менторката на мојата специјализација, Олга Кокочева Ивановска, која секогаш беше тука, за и покрај мене, срдечно благодарам и на проф. д-р Росалинда Исјановска за целиот напор и помош во делот за статистичка обработка и приказ на резултатите и на крај благодарам до колегите и директорите на Здравствен Дом Скопје за поддршката и разбирањето, кои ми беа повеќе од потребни.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Оваа дисертација ја посветувам на сите оние деца кои растат малку поинаку од другите. На оние кои се чувствуваат дека се заробени во темна соба од која нема излез. Само кренете ја главата, отворете ги очите, ќе ја видите светлината и само замавнете со крилјата. Полетајте, летајте и уживајте во летот. Тоа е само Ваш лет, и вие навистина можете СЕ. Само подајте му рака на тоа мало дете во Вас, да знае дека го сакате, и потоа во летот само заразно ширете ја љубовта и смеата!

И сè за што сонувате, ќе стане реалност!

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

СОДРЖИНА

ВОВЕД	13
<i>1. ЛИТЕРАТУРЕН ПРЕГЛЕД</i>	<i>16</i>
<i>1.1 Кариес на рано детство и негова превенција</i>	<i>17</i>
1.1.1 Преваленца	17
1.1.2 Историја	20
1.1.3 Дефиниција	21
1.1.4 Етиологија, ризик фактори, клиничка слика, дијагностика и третман	22
1.1.5 Превенција	31
I. Примарна превенција	31
II. Секундарна	34
- Средства за неинвазивен третман на иницијална кариозна лезија	34
a. Производи на база на флуор	36
b. Средства за реминерализација кои не се на база на флуор, но се зајакнати со флуор	40
➤ Калциум фосфатни системи	40
c. Средства кои не содржат флуор	43
➤ Природни продукти	43
➤ Самоврзувачки пептиди	44
➤ Нанохидроксиапатитни производи	44
➤ Теобромин	44
d. Глас-јономери и композити за залевање на денталните фисури	45
III. Терциерна	46
<i>1.2 Перинатален период и орално здравје</i>	<i>47</i>
1.2.1 Нутритивни препораки за добро перинатално здравје	48
1.2.2 Безбедност на стоматолошки интервенции за време на бременост	52
1.2.3 Лекарства за време на бременоста	52
1.2.4 Употреба на флуор за време на бременост	54
<i>1.3 Здравствени работници од примарната здравствена заштита</i>	<i>55</i>
<i>1.4 Моделот за доверба во здравство (Health Belief Model) и мобилно здравство (m-health) како можност за интервенција и превенција на ЕСС</i>	<i>58</i>
<i>1.5 Цели на истражувањето</i>	<i>60</i>
Главна цел:	60
- Долгорочни цели и очекувани ефекти од истражувањето:	60
- Хипотеза	61
2. Материјал и метод	62
<i>2.1 Материјал</i>	<i>63</i>
<i>2.2 Метод</i>	<i>63</i>
- Статистичка анализа	65
3. РЕЗУЛТАТИ	67
<i>3.1 Лекари специјалисти гинеколози</i>	<i>69</i>

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

3.2	<i>Лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори</i>	82
3.3	<i>Среден медицински персонал: медицински сестри, акушерки и патронажни сестри</i>	106
3.4	<i>Студенти на Медицински Факултет</i>	135
3.5	<i>Студенти на Стоматолошки факултет</i>	154
3.6	<i>Мајки</i>	175
4.	Дискусија	215
5.	Заклучоци	234
6.	Референци	237

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

ВОВЕД

И покрај тоа што кариесот на рано детство е заболување кое лесно може да се превенира, неговата преваленца е во постојан раст и во високоразвиените земји и во земјите во развој, што е причина да се зборува гласно на оваа тема, и да се бараат начини како да се намали стапката на кариес кај светската популација.

Последните години акцентот во превенцијата се става на примарната здравствена заштита и вклучувањето на не-стоматолошки лица во превенирањето на оваа болест заедно со превенирање на останатите незаразни заболувања, со оглед на тоа што и имаат дел заеднички ризик и етиолошки фактори. Но, какво е знаењето, ставот и практиките на тема: „Перинатално орално здравје и кариес на рано детство“, кај нас на овие лица од примарната здравствена заштита?

Дали им е потребен протокол, водич по кој би се воделе при пласирање на унифицирана информација? Дали се потребни промени во образовниот курикулум? Дали мајките знаат доволно за оралното здравје?

Стоматолозите, секојдневно се среќаваат со изјави од родители и пациенти кои сметаат дека се апсолутна “вистина”, а се однесуваат на нивното орално здравје и оралното здравје на нивните деца. Тие “факти” пренесени од генерација на генерација, за жал честопати доаѓаат и од некои медицински лица:

- „За време на бременоста бебето го краде калциумот и нормално е да ми се расипат моите заби”.

- „За време на бременост треба да јадам за двајца и не морам да внимавам на исхраната, треба да сум опуштена”.

- „За време на бременост не мора да се мијат забите, посебно не треба да се допираат гингивите затоа што ќе крварам”.

- „За време на бременост ако имам оток, ќе си земам вибрамицин од аптека, го даваат без рецепт, едноставно се пие и не е скап”.

- „Доколку имам болка од заб, ќе си пијам кетонал или аналгин, додека да се породам”.

- „Не посетувам стоматолог за време на бременоста, бидејќи е опасно по моето бебе”.

- „РТГ снимка на заб може да направи деформации на плодот и морам секоја стоматолошка интервенција да ја одложам за после породувањето”.

- „Пијам таблети со флуор, ми ги препиша гинеколог, за да бебето има здрави заби”.

- „Првпат дете се носи на заболкар кога ќе е поголемо, кога ќе му никнат трајни заби”.

- „Не сум го носела детето на заболкар до сега, нема никаква болка”.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

- „Да му никнат сите заби, па да почне да ги мие забите”.
- „Не одиме на заболечар, многу е скапо”.
- „Залевањето е отровно и ги расипува забите”.

Сите студии до сега укажуваат на тоа дека доколку детето има кариес на рано детство, голема е веројатноста да има кариес во текот на животот. А, токму бременоста како еден специфичен период на жената, е период кога бихејвиорални интервенции би значеле менување на траекторијата на нејзиното и оралното здравје на нејзиното идно дете.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

1. ЛИТЕРАТУРЕН ПРЕГЛЕД

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

1.1 Карлес на рано детство и негова превенција

1.1.1 Преваленца

Денталниот карлес е важен јавно здравствен проблем и е најзастапена орална болест кај децата¹, која е пет пати почеста од астмата и седум пати почеста од треската². Денталниот карлес е една од најчестите хронични болести во детството, која опфаќа помеѓу 30% и 50% од децата во земјите со висок приход^{3,4,5,6} и до 90% во земјите со низок и среден приход^{7,8}. Според студијата за глобална дистрибуција на болести (2016), 3,58 милијарди луѓе се погодени од орални заболувања, посебно карлес на трајни заби, кое е најчесто од сите други анализирани болести и состојби.⁹ (Табела 1.)

Табела 1. Листа на заболувања и состојби, според превалентност и според класификација на државите по приход (висок, среден, низок), согласно Светска Банка

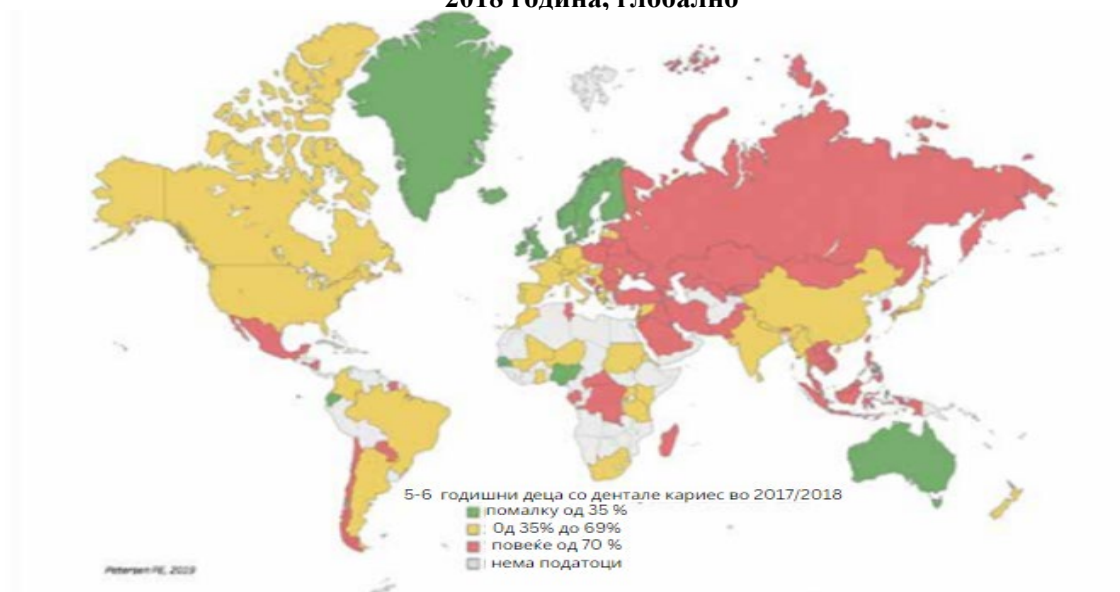
	Висока преваленца					Ниска преваленца				
	Глобално	Земји со низок Приход	Земји со среден (низок) приход	Земји со среден (висок) приход	Земји со висок приход	Глобално	Земји со низок Приход	Земји со среден (низок) приход	Земји со среден (висок) приход	Земји со висок приход
Орални заболувања	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Невролошки заболувања	2	5	2	3	2	2	3	2	2	2
Дигестивни заболувања	3	7	4	2	6	3	7	4	2	6
Респираторни инфекции ТБЦ	4	4	3	4	9	4	4	3	4	9
Кожни заболувања	5	3	5	6	5	5	3	5	6	5
Болести на сетилни органи	6	9	8	5	7	6	9	8	5	7
Мускулоскелетни пореметувања	7	11	9	7	3	7	11	9	7	3
Тропски заболувања и маларија	8	2	7	12	19	8	2	7	12	19
ХИВ	9	8	10	8	10	9	8	10	8	10
Нутритивни дефициенции	10	6	6	13	15	10	6	6	13	15
Повреди	11	13	13	9	4	11	13	13	9	4
Диабет	12	14	12	10	8	12	14	12	10	8
Ментални заболувања	13	10	11	11	11	13	10	11	11	11
Кардиоваскуларни заболувања	14	16	14	14	13	14	16	14	14	13
Неоплазми	15	17	18	15	12	15	17	18	15	12
Хронично респираторни заболувања	16	15	15	17	14	16	15	15	17	14
Самоповредување и насилни повреди	17	12	17	16	18	17	12	17	16	18
Транспортни повреди	18	19	16	18	17	18	19	16	18	17
Зависности	19	22	22	19	16	19	22	22	19	16
Бременост и неонатален период	20	18	19	20	20	20	18	19	20	20
Ентерични инфекции	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Други инфекции	22	20	20	22	22	22	20	20	22	22

Податоците се однесуваат за двата пола според GBD (2019)

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

На глобално ниво, се проценува дека 2,4 милијарди луѓе страдаат од кариес на трајни заби и 486 милиони деца страдаат од кариес на млечните заби.⁹ Денталниот кариес е најчестата незаразна болест (noncommunicable disease NCD) глобално.¹⁰

Табела 2. Процентуална застапеност на дентален кариес кај 5-6 годишни деца во 2017-2018 година, глобално



Извор: Petersen PE. WHO Collaborating Centre for Community Oral Health Programme and Research, University of Copenhagen 2019.

Кариесот на рано детство (анг. – Early childhood caries ECC) е најпревалентна инфективна болест и најголема закана по доенечкото и детското орално здравје според Центарот за превенција и контрола на болести во Америка и нивниот Национален инситут за здравје.¹¹

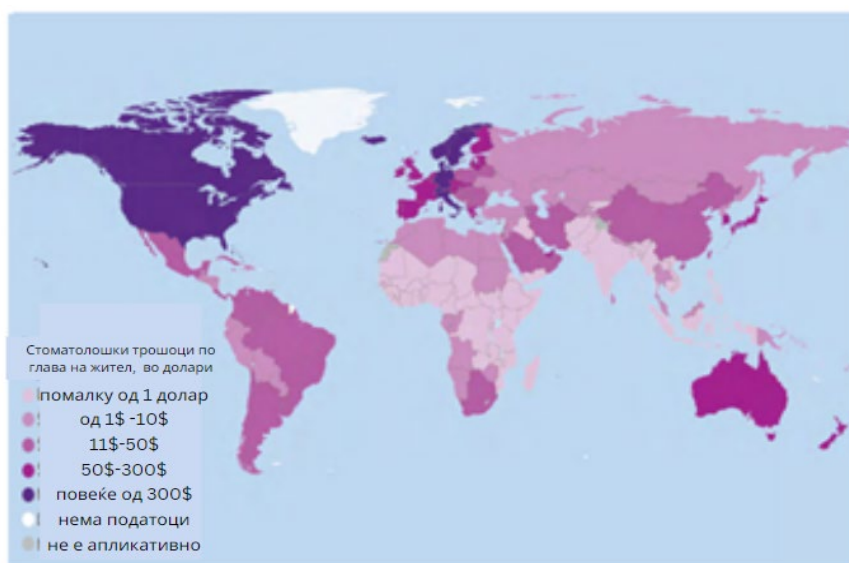
Истово заболување (ECC) претставува сигнификантен јавен здравствен проблем и во развиените и во земјите во развој, со преваленца од 1-12% па сè до и над 70%, соодветно.¹² Согласно сите досегашни податоци, ова е заболување кое има пандемиски пропорции во однос на неговата глобална застапеност. Согласно последниот извештај на Светската Здравствена Организација - СЗО (2019) за Македонија не постојат национални податоци за преваленцата на кариес на млечни заби кај деца на 5 и 6 годишна возраст. (Табела 2.)¹⁰

Според Лазарова А.,¹³ дистрибуцијата на кариес на рано детство е над 80 проценти, односно за потребите на оваа докторска дисертација, направивме анализа на состојбата на млечните заби кај 100 деца на возраст од 5 години и 11 месеци, од скопско подрачје, кои го докажуваат процентот. Беа вклучени сите деца кои се на таа возраст, независно од пол,

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

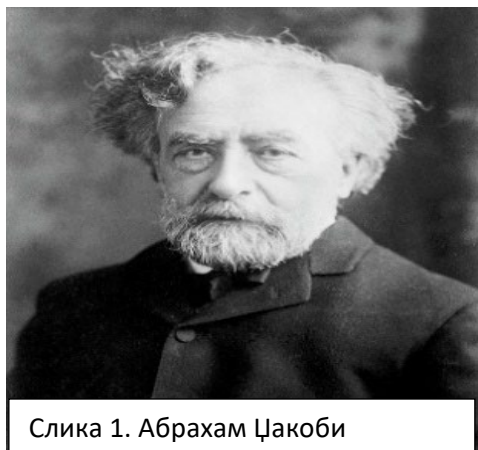
националност или средина во која живеат, независно од начин на исхрана и внес на флуор, беше направен пресек на состојбата на вкупно 2000 млечни заби и се пресмета процентуалната застапеност на присутниот кариес. Прегледот го вршеше стоматолог, специјалист по детска стоматологија, согласно Интернационалниот систем за детекција и проценка на (анг.-International Caries Detection and Assessment System -ICDAS), со тоа што иницијална кариозна лезија (без кавитација) не влегуваше во заби кои се кариозни. Од вкупно анализирани 2000 млечни заби, 81 процент беа кариозни, а само 25 деца беа без воопшто присутен кариес во усната шуплина. Согласно ваквата застапениост, третманот на ова заболување може да претставува сериозно оптеретување на семејниот буџет, како и на здравствените системи и економии во државите. Согласно американската академија на педијатри, третманот на кариес на рано детство ги чини американците сума од 1000 до 2000 долари по дете, сума која секако не можат да си ја дозволат во земјите со низок и среден приход.¹⁴ (Табела 3).

Табела 3. Стоматолошки трошоци по глава на жител изразени во долари, по држави (2019)



Извор: Jevdjovic & Listl 2022. Economic impact of oral diseases in 2019. Map production WHO NCD/MND unit. Map creation Data: 30 august 2022 Note: 194 countries

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Слика 1. Абрахам Џакоби

1.1.2 Историја

Во 1862, американскиот физичар Абрахам Џакоби, прв ја приметувал и опишува клиничката посебност и појава на кариесот на рано детство, забележувајќи го кај едно од своите деца.¹⁵ Во 1927 година, Симонтон и Џонс за оваа промена на забите кај децата го предлагаат терминот одонтоклазија, за подоцна Бертами и Ромиен во 1939 година да ја нарекуваат оваа состојба *melanodontia infantile* и *amelogenesis infantile*, а ја опишуваат како кариес на маргиналната гингива.¹⁶ Уште во раните години на минатиот век (1900 година) научниците почнуваат да ги бараат причините за појава на ова специфично заболување на забите во детската возраст.¹⁷ Истите дошле до заклучок дека главна причина за кариесот на рано детство е пролонгирана и честа експозиција на забите со ферментабилни јаглехидрати како гликоза, фруктоза и сахароза.¹⁸ Експозицијата била како резултат на лоша орална хигиена и честа консумација за засладени течности, сокови, млеко и храна.¹⁹ Поради позитивната асоцијација со пракса на употреба на шише со цуцла со засладено млеко или сок пред спиење, долго време овој кариес се нарекувал уште кариес на ноќни подои, кариес на шише со цуцла, а поради специфичната локација и тек на болеста е нарекуван и циркуларен кариес.²⁰ Во 1950-тата година фокусот се става на превенцијата, со препораки до родителите да им ги мијат млечните заби на децата два пати дневно, да се редуцира фреквенцијата на внес на шеќери, препораки кои важат и до ден денес.¹⁷ Во 1970 година, фокусот е ставен на употребата на флуор за превенција на кариес и таа препорака станува дел од препораките кои се усвоени од Американската дентална асоцијација.^{21,22}

Во 1994 година Центарот за контрола и превенција на болест во Америка (анг. - Center for Disease Control-CDC) го предлага терминот *кариес на рано детство*, (*Early Childhood Caries-ECC*) со цел полесно да се разбере мултифакторијалната патогенеза на болеста.²³ Денес ECC е хронична незаразна болест со пандемиска преваленца, со добро позната етиологија и со соодветни превентивни мерки и стапка на застапеност која може да се редуцира. Согласно последниот извештај на СЗО, здравствените работници од примарна здравствена заштита се клучниот фактор за навремени превентивни интервенции и мора да се вклучени во превенцијата на ова заболување.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

1.1.3 Дефиниција

Дефиницијата на кариесот на рано детство еволуира со текот на годините. Долго време се препознава како клинички синдром наречен *црни заби кај малите деца* или *Les dents noire de tout-petits*, опишан од Белтерами во 1930 година.²⁴ Со текот на годините се користеле најразлични термини за да се опише ова заболување како *циркуларен кариес*, *кариес на гингивалната третина*, а го среќаваме и со следните називи во литературата: *кариес на деца ранети со шише* (nursing bottle caries, baby bottle tooth decay, milk bottle syndrome, bottle mouth caries), *кариес од неадекватна исхрана* (nursing bottle mouth, nursing caries), *рампантен кариес*.^{25,26}

СЗО го дефинира како присуство на еден или повеќе заби со кариозни лезии или присуство на бели дамки на млечните заби, екстрахирани заби поради кариес или реставрирани забни површини кај погодените заби, кај деца на возраст под шест години.¹⁰

Според Американската дентална асоцијација, ЕСС претставува присуство на една или повеќе кариозни (кавитирани или некавитирани) лезии, екстрахирани или санирани забни површини во примарната дентиција кај претшколски деца на возраст од раѓање до 71-от месец.²⁷

Американската стоматолошка асоцијација препорачува да се додефинира кариесот на рано детство, согласно тежината на клиничката слика. Кај деца помлади од 3 години, присутен каков било знак на кариозна лезија на мазна површина е индикативно за тежок облик на кариес на рано детство (S-ECC). Како тежок облик на кариес на рано детство се сметаат и една или повеќе кавитирани кариозни лезии, екстрахирани или реставрирани површини на млечни максиларни инцизиви кај деца од 3-5 годишна возраст, односно КЕП индекс поголем или еднаков на 4 кај тригодишни деца, поголем или еднаков на 5 кај 4 годишни деца и поголем или еднаков на 6 кај пет годишни деца.²⁷

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

1.1.4 Етиологија, ризик фактори, клиничка слика, дијагностика и третман

Како и кај повеќето незаразни болести, етиологијата и превенцијата на ЕСС се силно детерминирани од социо-бихевиорални, економски, еколошки и општествени фактори, познати како социјални детерминанти на здравјето.²⁸ Фреквентна консумација на ферментабилни јаглехидрати, неадекватна орална хигиена, дентален плак со висока концентрација на присутни кариогени бактерии (*Streptococcus mutans*- MS) и **приемчив** домаќин - заб, се тријада на етиолошки фактори кои заедно со факторот време и локалните и општи предиспонирачки фактори, доведуваат до промени на површната структура на забот, во почетокот реверзibilна, а потоа доколку не се пресретне со соодветни тераписки средства, станува иреверзibilна. Со развојот на



Слика 2. Macula alba- бела дамка

молекуларните генетски техники како ДНК и РНК анализа и типизација (16s-RNA), бактериите кои претходно беа опишувани само како *Streptococcus Mutans* се доопишуваат и денес се знае дека станува збор за група со подтипови на бактерии причинители за кариес во кои спаѓаат: *Streptococcus Mutans*, *Streptococcus Sobrinus*, *Streptococcus Cricetus*, и *Streptococcus Rattus*.²⁹ Оваа молекуларна биологија ни ја објаснува комплексноста на оралниот биофилм и разноликоста на бактериите

кои учествуваат во кариозниот процес (*Lactobacillus species*, *Veillonella*, *Actinomyces*, *Bifidobacterium*, *Scardovia*, *Fusobacterium*, *Prevotella*, etc),³⁰ исклучиво во ацидогена средина која настанува со фреквентна консумација на јаглехидрати. Овие напредни генетски методи ни овозможуваат полесно разбирање на раната колонизација со овие бактерии кај децата, па студии потврдуваат дека мајките се примарен извор за колонизација со MS во раната детска возраст.³¹ Точниот начин на трансмисија сè уште не е познат, но се претпоставува дека се пренесува по пат на бакнеж или делење на заеднички прибор за јадење. Студиите велат дека колку е порана колонизацијата со овие кариогени бактерии, толку е поголем ризикот за развој на кариес на рано детство.³² Освен вертикална трансмисија од родител/старател на дете, во литературата е опишана и хоризонтална трансмисија од постар брат/сестра/деца во градинка.³³ Колонизацијата со кариогени бактерии, присутниот дентален плак поради лоша орална хигиена и присутен заб, се доволни за да на површината на забот почнат да преовладуваат процесите на деминерализација, кои доколку

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

продолжат, ќе доведат прво до промена на транспарентноста на бојата на забот т.н Macula alba - бела дамка (Слика 2.)³⁰, која е важно да биде детектирана и од родителот од една страна, но и од примарните здравствени работници од друга страна, со цел навремена неинвазивна интервенција. За да добро го разбереме кариесот на рано дество како заболување кај детската популација, важно е да се опишат и разберат и ризик факторите (4)³⁴ кои доведуваат до ЕСС.

Табела 4 Влијание на интеракција домаќин-микроб-диета во етиологијата и патогенезата на кариес на рано детство



- Ризик фактори за појава на ЕСС се:

- *Зашеќерени пијалоци кои се даваат преку шише на малото дете како засладено млеко и сокови, посебно во текот на нокта;*
- *Употреба на цуцли лажливки и цуцли со шише;*
- *Фреквентен внес на кариогени шеќери;*
- *Прематурно родени деца;*
- *Деца родени со мала родилна тежина;*

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

• *Социолошки детерминати, фамилијарно, културолошки и фактори на средината - лош социоекономски статус, скорешни имигранти, недоволно едуцирани родители за орално здравје; Неупотребување или достапност на флуорирана паста за заби;*

- *Генетска предиспозиција;*
- *Хипоплазија на емајл;*
- *Нутритивен статус на мајката и доенчето;*
- *Орален микробиом;*
- *Лоша орална хигиена и контрола на дентален плак;*
- *Плунка-квантитет и констиуенти; Употреба на антибиотици;*
- *Употреба на лекови и изложеност на зрачење за време на бременост;*
- *Употреба на флуорни суплементи.*

Препознавањето на ризик факторите е од исклучително значење посебно ако тие бидат препознаени од страна на примарните здравствени работници, бидејќи нивна имплементација во програмите за проценка на кариес ризикот кај доенчето, ќе значат навремено упатување на кариес ризичните пациенти до соодветните институции со цел да се преземат соодветни мерки за спречување на појавата или прогресијата на кариесот. Таква форма за процена на кариес ризик кај доенче е дадена во следниот прашалник (Табела 5.).³⁰

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 5. Проценка на карлес ризик кај новородено/ доенче

<p>Историја на болести Дали родилката имаше здравствени проблеми за време на бременоста? Дали Вашето дете е предвреме родено? Дали Вашето дете имаше ниска родилна тежина? Дали имавте породилни компликации? Дали Вашето дете има срцеви проблеми? Сте употребувале/употребувале лекаретва и кои? Дали сте алергични и дали сте имале алергиска реакција до сега? Сте биле хоспитализирани до сега? Забелешка-----</p>	<p>Трансмисија на бактерии Дали мајката на бебето/родителот има несанирани карозни лезии во уста? Дали Ви и Вашето дете делите заеднички прибор за јадење/чаши? Дали го бакнувате Вашето дете во уста? Забелешки _____</p> <p>Навики Дали Вашето дете користи цуцла лажливка? Дали цица прст? Дали шкрипи со заби во тек на ноќта? Колку време трае лошата навика/колку често се практикува? Забелешка _____</p>
<p>Историја на дентални заболувања Дали Вашето дете има посетено стоматолог досега? Дали Вашето дете имало болка од заб? Дали болката беше пречка за нормални дневни активности/исхрана/спиене? Начин на исхрана Дали Вашето дете е доено или хрането со шише? Времетраење/фреквенција? Дали Вашето дете заспира со шише со цуцла? Со која содржина? Дали Вашето дете пие со чаша/шише со врв во текот на денот? Со која содржина, количина и фреквенција? Што грицка Вашето дете и колку често? Дали внесува зашекерени пијалоци и грицки на дневна основа и колку често? Дали Вашето дете е на специјална исхрана? Забелешка _____</p>	<p>Превенција од повреди/трауми Дали оди Вашето дете? Дали Ви е домот безбеден за деца? Дали користите седиште за во кола? Дали Вашето дете имало лицева/орална повреда Забелешка _____</p> <p>Развој на оралната празнина Дали Вашето дете има никнато заби? На колку месеци никна првиот млечен заб? Дали имаше некакви проблеми при никнење на млечните заби? Сте забележале други орални проблеми кај Вашето дете? Забелешка _____</p>
<p>Соодветен внес на Флуориди Вашето дете пие вода од? <input type="checkbox"/> Градски водовод (нефилтрирана) <input type="checkbox"/> градски водовод (филтрирана, реверзибилна осмоза) <input type="checkbox"/> флаширана вода <input type="checkbox"/> изворска вода Дали знаете колкава е концентрацијата на флуор во водата која ја конзумира вашето дете? Дали му давате на Вашето дете флуориди суплементи? Доколку одговорот е да, во која концентрација и колку често? Дали користите флуорирана паста за Вашето дете? Ако одговорот е да, колку често и која количина ја ставате на четката? Забелешки _____</p>	<p>Проценка од лекар Демографски податоци Дали детето е со низок социоекономски статус? Дали детето припаѓа на маргинализирана група? Дали детето е од семејство со недоволни познавања за орално здравје? Клинички наод Присуство на видлив плак на забите, кавитирани или некавитирани (бели дамки) лезии, хипоплазија на емајл, дефекти на емајл, ретензивни или обоени дентални фисури Јатрогени фактори Дали детето користи ортодонтски апарати? Забелешки _____</p>
<p>Орална хигиена Дали Ви му ги чистите забите/гингивите на Вашето дете? Дали употребувате четка за заби? Колку често? Дали имате проблем со позиционирањето/соработката на детето за време на четкањето? Забелешки _____</p>	
<p>Преземено од AAPD, Risk assessment in ABCs Infant Oral Health, Chicago AAPD 2000</p>	

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Поставувањето на прашања кои се однесуваат на оралното здравје на родителот/старателот и нивен позитивен одговор дека имаат активен кариес во својата усна шуплина, го става доенчето/ малото дете во висок ризик за појава на кариес. (Табела 6.)³⁰

Табела 6. Проценка на кариес ризик кај деца од 0-5 години

ФАКТОРИ	ВИСОК РИЗИК	СРЕДЕН РИЗИК	НИЗОК РИЗИК
Биолошки			
Мајката/родителот/старателот има активен кариес	ДА	---	---
Родителот/старателот е со низок социоекономски статус	ДА	---	
Детето има >од три меѓуброци кои содржат шеќер	ДА	---	
Детето заспива со шише со засладена течност	ДА	---	
Детето е со попреченост	---	ДА	
Детето е скорешен мигрант	---	ДА	
Протективни			
Детето пие оптимално флуорирана вода или прима флуоридни суплементи	---	---	ДА
Детето ги четка своите заби секојдневно и редовно забите со флуорирана паста за заби	---	---	ДА
Професионална апликација на топикални флуориди	---	---	ДА
Редовна стоматолошка нега	---	---	ДА
Клинички наод			
Детето има > 1 кариозна/екстрахирана/реставрирана површина	ДА	---	---
Детето има барем 1 активна бела дамка или лезија на емајлот	ДА	---	---
Детето има повисоки нивоа на mutans streptococci	ДА	---	---
Детето има плак на забите	ДА	ДА	
American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs. Guideline for caries-risk assessment and management of infants, children and adolescents; 2014. http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_CariesRiskAssessment7.pdf . Accessed August 25, 2017. Copyright © 2016–2017 by the American Academy of Pediatric Dentistry, reproduced with permission.			

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Слика 3 Тежок облик на кариес на рано детство

Покрај факторите на ризик, важно е и клинички се препознае кариесот. Тоа е кариес кој може да се јави многу рано, уште во првата година од животот, веднаш по ерупцијата, со присутен заб, присутни ризик и етиолошки фактори. Локацијата е специфична, веднаш под гингивалниот раб на лабијалните површини на максиларните инцизиви, во почетокот се присутни само деминерализирани делови кои се со бела боја (бели дамки) за да како прогредира кариесот, бојата се менува со сите нијанси на кафеаво до црно, во зависност од тоа дали кариозната лезија е акутна или поради промена или елиминирање на етиолошките патогени и ризик фактори, преминала во хронична лезија, со темно пребојување. Доколку не се пресретне почетната лезија, се кавитира и со прогредирање на процесот и експонирање на пулпата се јавуваат и симптомите. Често поради подминирањето и циркуларноста на овој кариес се јавуваат и фрактури на максиларните инцизиви. Во потешките облици, сите млечни заби се зафатени (Слика 3)³⁵. Сето ова води до потешкотии во јадење, спиење, и полош квалитет на живот на целото семејство. Според ICDAS, ECC го класифицира од 0-6 класи, согласно прогресијата, акутноста и тежината, и според тоа во која класа е, таков е и менаџментот на истиот. ICDAS е едноставен, логичен, заснован на докази, систем за детекција и класификација на кариес, кој дава можност за прецизна дијагностика и мониторинг на кариесот согласно акутноста и тежината на лезијата. При класификацијата, Меѓународниот систем за класификација и управување со кариес (ICCMS) се базира на базичната класификација на ICDAS, согласно која се одредува активноста и тежината на лезијата, но при менаџментот се пристапува индивидуално, согласно кариес ризикот на пациентот и можноста во иднина да развијат нови кариозни лезии, а целта е оптимално орално здравје, неоперативен пристап и зачувување на интактни забни структури. (види Табела 7).³⁶

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 7. Систем за дијагноза и менаџмент на кариес, предложен од Комисијата за Интернационален Систем за детекција и процена на кариес



Навремената дијагностика ќе ни овозможи неинвазивен третман на лезијата, па затоа е од исклучителна важност. Потребно е родителите и здравствените работници редовно да прават преглед на максиларните инцизиви со кревање на горната усна - lift the lip technique-(слика)^{37,38} со



Слика 3. Техника на кревање на горна усна

цел да се видат забите, а секоја промена која би асоцирала на почеток на лезија, да е аларм за да се препрати детето кај специјалист по детска стоматологија.

Дијагностиката може да е класична, односно визуелна со употреба на огледало, без употреба на дентална сонда (тактилен метод) со цел да се избегне артефицијално кавитирање на лезијата, доколку станува збор за иницијална кариозна лезија.

Во дијагностиката денес се користат и други помошни средства како РТГ снимка која не дијагностицира почетни лезии, за разлика од современите методи како DIAGNODent™, со кои се дијагностицираат и најпочетните кариозни лезии. Комбинацијата на визуелен преглед и проценет висок кариес ризик кај пациентот ни дава можност за соодветен менаџмент на кариозната лезија, согласно возраста на пациентот. (Табела 8.).³⁹

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 8. Пример за кариес менаџмент протокол кај деца од 1-2 години

ИНТЕРВЕНЦИИ				
Категорија на ризик	ДИЈАГНОСТИКА	ФЛУОРИДИ	ИСХРАНА	РЕСТАВРАТИВНИ
Низок ризик	Контрола на 6-12 месеци Проверка на MS	Четкање два пати дневно со флуорирана паста	Препораки	Мониторинг (с)
Среден ризик, родител вклучен	Контрола на 6 месеци Проверка на MS	Четкање два пати дневно со флуорирана паста (b), суплументи со флуор (d), професионална апликација на флуор на 6 месеци	Препораки	Активен мониторинг (е) на почетни лезии
Среден ризик, родител не е вклучен	Контрола на 3 месеци Проверка на MS(a)	Четкање два пати дневно со флуорирана паста (b), професионална топикална апликација на флуор на 6 месеци	Препораки со лимитирани очекувања	Активен мониторинг(е) на почетни лезии
Висок ризик, родител вклучен	Контрола на 3 месеци Проверка и следење на MS (a)	Четкање два пати дневно со флуорирана паста (b), суплументи со флуор (d), професионална апликација на флуор на 3 месеци	Препораки	Активен мониторинг (е) на почетни лезии, Реставрација на кавитирани лезии со ITR или со дефинитивни реставрации
Висок ризик, родител не е вклучен	Контрола на 3 месеци Проверка и следење на MS(a)	Четкање два пати дневно со флуорирана паста (b), професионална топикална апликација на флуор на 3 месеци	Препораки со лимитирани очекувања	Активен мониторинг (е) на почетни лезии, Реставрација на кавитирани лезии со ITR или со дефинитивни реставрации

a) Саливарни бактериски нивоа на MS.
b) Супервизија од родител на количината од паста (колку зрно ориз)
c) Периодичен мониторинг на знаци и прогресија на кариес
d) Да се земе во предвид концентрацијата на флуор во водата што се пие
e) Вимателен мониторинг на прогресија на кариес и вклучување во превентивни програми
f)

ITR, *Interim therapeutic restoration*; MS, *mutans streptococci*.

American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent*. 2016;38(special issue):142–149.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Третманот на ЕСС зависи од повеќе фактори: во кој стадиум е кариозната лезија (дали е кавитирана или не); дали пациентот е со висок, среден или низок кариес ризик согласно тоа дали во усната шуплина преовладуваат протективни или патогени фактори, како и на која возраст е пациентот. Кај иницијални кариозни лезии, без кавитација, се пристапува неинвазивно со средства кои ни се на располагање, за професионална или домашна употреба (види поглавје секундарна превенција - средства за неинвазивен третман на кариозна лезија). Веќе кавитираните лезии се реставрираат со минимално инвазивни техники како *Времена терапевтска реставрација* (Interim Therapeutic Restoration-ITR), *Атрауматски реставративен третман* (Atraumatic Restorative Treatment -ART), *Модифициран атрауматски реставративен третман со употреба на сребро-диамин-флуорид* (Silver Diamin Fluoride Modified ART- SMART), *употреба на глас-јономери кои содржат флуор*, а онаму каде што е индицирано, *ендо и егзодонција*.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

1.1.5 Превенција

Превенцијата на ЕСС е клучен фактор за намалување на преваленцата на оваа болест, а со оглед на тоа што станува збор за болест со кумулативен карактер, со превенцијата на ЕСС се превенира кариесот и во текот на подоцнежните фази од животот. Знаејќи дека оралното здравје е интегриран дел од општото здравје, со превенирање на ЕСС, ја превенираме појавата и на други хронични незаразни заболувања како прекумерна телесна тежина, дијабет, хипертензија - болести со кои ЕСС има дел заеднички ризик и етиолошки фактори.

Постојат *примарна, секундарна и терциерна превенција* на кариесот на рано детство.

I. *Примарна превенција*

Примарната превенција опфаќа промоција на здраво однесување и соодветна употреба на флуор, преку национални превентивни програми. Превентивните национални програми може да се во вид на стратегии, да се изработуваат протоколи, да се финансираат истражувања и да се оформуваат истражувачки центри, да се финансираат кампањи кои ќе ги користат и телевизиските медиуми (телемедицина) или социјалните медиуми, за навремено пласирање на информацијата и кревање на свеста кај населението. Овие превентивни програми за ЕСС се препорачува да се интегрираат во постоечките превентивни здравствени програми, посебно оние кои се однесуваат на мајчиното и доенечкото здравје. Здравствените работници од примарната здравствена заштита се клучен фактор за навремена дијагностика и превенција на ЕСС според СЗО¹⁰, па додавање во медицинскиот образовен курикулум на дел за менаџирање на ЕСС и за орално здравје би помогнал за успешна примарна превенција. На тој начин здравствените работници ќе се обучат, да може да пласираат соодветна и унифицирана информација за правилна исхрана во рамките на семејството и правилен избор на храна за детето, совети за соодветна употреба на флуор за превенција од кариес, како и совети за правилно и навремено започнување со орална хигиена. Во примарна превенција спаѓа и креирање на здравствени политики согласно кои ќе се овозможи лесна достапност до сите извори на флуор, по пат на флуорирање на водата за пиење (оптимална концентрација на флуор во флуорирана вода е 0.7 mg/L), сол или млеко, здравствени политики за здрава животна средина и кампањи кои ќе промовираат добро орално здравје уште за време на бременоста.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Доењето е поврзано со подобро општо здравје и помал ризик за ЕСС кај доенчиња и деца. Ексклузивното доење без додавање на вода се препорачува во првите 6 месеци, бидејќи мајчиното млеко ги обезбедува сите течности и хранливи материи потреби за правилен раст и развој на доенчето. Американската академија за детска стоматологија вели дека доењето и употребата на шише со цуцла над 12 месеци посебно ако е *ad libitum* носи ризик за ЕСС.²⁷ Сепак, неопходно е усогласување на ставовите, бидејќи според последните препораки на СЗО за ерадикација на ова заболување, детето треба да се дои до крајот на втората година, но и подолго, доколку така се чувствуваат мајката и детето.¹⁰ Оваа препорака произлегува од фактот дека во научната литература во последната декада нема доволен број на цврсти докази во вид на систематски прегледи и мета-анализи кои ќе ги исклучат останатите етиолошки фактори, а ќе потврдат дека токму ноќните подои се фактор за ЕСС. По шестиот месец се додава храна која до една година треба да не содржи во себе додаден шеќер, а според Американската академија на педијатри кај деца до една година не треба да се даваат и природно цедени сокови, освен ако не е медицински индицирано.⁴⁰

- Национални превентивни програми

За потребите на оваа дисертација направивме табеларен приказ на националните програми за зачувување на оралното здравје во повеќе високо развиени земји (Табела 9.). Во Македонија по десетгодишна имплементација на Националната стратегија за орално здравје кај деца од 0-14 години има значително намалување на стапката на кариес кај 12 годишните деца, но сè уште не постојат податоци за перинаталното и инфантилното орално здравје. Потребни се истражувања и научни докази за перинатално и инфантилно орално здравје кои понатаму ќе послужат како база за креаторите на здравствените политики, за промени на здравствениот систем со примена на перинатални и пренатални превентивни интервенции, со цел грижа за оралното здравје на мајката и доенчето, како интегриран дел од нивното целокупно здравје.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 9. - Национални програми за превенција на орално здравје во дел од високоразвиените земји

Земја	Име на програма/ институција носител на програмата	Видови интервенции/ национални активности
Америка	Национален ресурсен центар за мајчино и доенчко здравје Центар за контрола и превенција на болести (CDC) National Oral Health Surveillance System (NOHSS)/CDC “Smile for a Lifetime”/AAPD Grants/The National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR)	Ресурси и информации за поддршка на развој на програми и политики за подобрување на оралното здравје кај трудници, доенчиња, деца и адолесценти, базирани на научни докази Мониторирање на преваленцата на кариес на рано детство во сите сојузни држави на САД Бесплатна стоматолошка нега за деца од социјални семејства Фондови наменети за истражување на тема кариес на рано детство
Австралија	National Oral Health Plan 2015-2024, National Child Dental Health Program, Early Childhood Caries Prevention Program/Australian Dental Association	Бесплатна стоматолошка нега кај деца од 2-17 години Фондови за промоција на орално здравје Прирачници за превенција на кариес на рано детство наменети за здравствени работници и родители
Нов Зеланд	New Zealand Oral Health Plan National Fluoride Varnish Program National Oral Health Promotion Program	Промоција на здрава исхрана, зголемен пристап до флуориди, достапност на едукација за орално здравје и превентивни услуги
Германија	Национална програма за орално здравје	Бесплатна нега за деца до 6 години, бесплатни флуоридни третмани за деца, едукација и кампањи за кревање на свеста за важноста за орално здравје
Швајцарија	the National Oral Health Program (NOHP)/ The Swiss Federal Office of Public Health (FOPH)	Промоција на употребата на флуорирани паста за заби, едукација на родители, зголемена достапност на стоматолошки услуги за деца, Обезбедени фондови за истражување и креирање на нови стратегии.
Шведска	Swedish Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (TLV)	Бесплатна стоматолошка нега за деца до 18 години, едукативни активности за здравствени работници и родители
Норвешка	Norwegian Institute of Public Health	Бесплатна стоматолошка нега за деца до 18 години, едукативни активности за здравствени работници и родители
Велика Британија	National Smile program/NHS	Бесплатни превентивни стоматолошки услуги кај деца до 5 години, со апликација на флуориден варниш, инструкции за орална хигиена и правилна исхрана

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

II. Секундарна

Секундарната превенција во кратки црти може да се опише како навремена детекција/пресретнување и стопирање на ЕСС. Потребно е да се едуцираат и родителите и примарните здравствени работници за навремено детектирање на првите знаци на ЕСС, односно белите дамки (иницијална кариозна лезија - Слика 1.³⁰). На првите средби на доенчето во текот на првата година, здравствените работници во примарната здравствена заштита, потребно е да вршат прегледи (преглед со кревање на горна усна) и едукација за правилна исхрана и хигиена. *Совети за ограничен внес на шеќери (до 10 %, а во иднина и до максимално 5% од вкупниот енергетски внес за јаглехидрати),⁴¹ правилна исхрана без употреба на шише со цуцла во текот на ноќта, орална хигиена која ја изведува родителот* - се основните совети кои треба да се потенцираат во текот на овие средби. Во првата година, потребно е да се отвори здравствен картон, во кој ќе се евидентираат податоци за здравствената состојба на забалото на родителите посебно мајката, социоекономскиот статус, типот на вода за пиење, како и изворите на флуор кои се внесуваат во организмот, со цел детекција и евидентирање на деца кои се со висок кариес ризик.

На иницијалната кариозна лезија може да ѝ се пристапи со различни средства за неинвазивен третман, како начин за секундарна превенција или третман (пресретнување на кариесот), применети во домашни услови или аплицирани професионално, според индикацијата, а на денталните фисури кои се длабоки, пребоени или се со почетна лезија, се употребуваат глас-јономери (кои содржат флуор, како биоактивен материјал за залевање (пополнување) на денталните фисури.

- Средства за неинвазивен третман на иницијална кариозна лезија

Иницијалната кариозна лезија или бела дамка имплицира дека под површината постои простор со изгубен или со помало количество на минерали веднаш под истакнатата површина од емајл и истото место е способно за реверзибилен процес на реминерализација.^{42,43}

Реминерализацијата може да се дефинира како внесување и депозиција на минерални елементи во иницијалната кариозна лезија, пред сè калциум и фосфати, кои се изгубени при деминерализацијата на забното ткиво. Така се зголемува количеството на хидроксилапатитот и доколку е присутен флуор во медиумот, ќе се создаде и флуорапатит.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Реминерализацијата е третман за активна иницијална некавитирана кариозна лезија, со која се овозможува репарирање на процесот или, во најмала рака, стопирање на прогресијата кон кавитирање. Колку ќе биде успешна истата зависи од тоа кои фактори преовладуваат, протективните или патогените. Патогени фактори се присуството и концентрацијата на кариогени ацидогени бактерии (групата на *Streptococcus mutans* и *Lactobacilli*), фактор плунка (кисела рН, ксеростомија, лош состав со недоволно потребни минерали за реминерализација), присутен денален плак поради лоша орална хигиена, зголемен и зачестен внес на јаглехидрати. Протективни фактори се нормалната саливација со нормален рН и состав на плунката, адекватната механичка и хемиска контрола на деналниот плак, добрите диететски навики и употребата на реминерализирачки агенси и антимикробни средства во усната шуплина.

Идеалното реминерализирачко средство мора да дифундира и да внесува калциум и фосфати во лезијата или да ги зголемува способностите на плунката за реминерализација и оралните резерви без да се зголеми ризикот од создавање на калкулуси.⁴⁴ Истото треба да делува и во услови на ксеростомија.

Знаејќи го значењето на неинвазиваната стоматологија кај пациентите посебно кај деца помали од 18 месеци, неинвазивен третман на иницијална кариозна лезија денес е еден од елементите на кариес ризик менаџментот во Интернационална Кариес Класификација и Менаџмент Систем (International Caries Classification and Management System (ICCMS™) - Водич за кариес менаџмент наменет за стоматолози и едукатори, чија цел е да се одржи здравјето со сочувување на структурата на забот и реставрирање само кога е индицирано.³⁶

Затоа, за потребите на оваа дисертација направен е литературен преглед на средства кои имаат поголема или помала клиничка примена за неинвазивен пристап при решавање на иницијална кариозна лезија.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Во литературата средствата се поделени на следните групи и подгрупи:

а. Производи на база на флуор

Флуорот се смета за златен стандард, со кои останатите средства треба да се компетитивни и истиот има долга историја на примена со цел превенција на кариес. Како елемент може да делува системски и локално. Системските флуориди се внесени перос, или како суплементи или по пат на флуорирани течности, вода и храна, и истите се инкорпорираат во забната структура при формирањето на забот пред ерупцијата. Флуорот ги претвара хидроксиапатитите од емајлот во флуорапатити кои го прават забот многу порезистентен на кариес. Според современата литература, употребата на суплементи (во вид на течност или таблети од флуор) во текот на бременоста не е потребна. Во раното детство се ординираат само кај пациенти со среден и висок кариес ризик, кои консумираат вода за пиење со концентрација на флуор помала од 0.3-0.6 mg/L. (Табела 10.).⁴⁵

Табела 10. Дневна суплементација со флуор ендогено, според возраста*

Табела 10- Дневна суплементација со флуор per os, според возраста*			
Возраст	Концентрација на флуор во водата за пиење (ppm)**		
	<0.3 ppm F	0.3-0.6 ppm F	>0.6 ppm F
Од раѓање до 6 месеци	/	/	/
6 месеци- 3 години	0.25 mg/day	0	0
3 - 6 години	0.50 mg/day	0.25 mg/day	0
6 години до 16 години	1.00 mg/day	0.50 mg/day	0

* Само за пациенти кои се со висок кариес ризик
**1.0 ppm = 1 mg/liter
2.2 mg Натриум Флуорид содржи 1 mg јон на флуор.

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention Date last reviewed: Oct. 8, 2008. Approved by the American Dental Association, the American Academy of Pediatrics, and the American Academy of Pediatric Dentistry.

Современите ставови во однос на делувањето на флуорот се базираат на подобар и поголем ефект доколку истиот се употребува локално, топикално. Средствата за локална

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

примена може да се органски (аминофлуорид) или неоргански во вид на натриумфлуорид (NaF), натриум монофлуорофосфат (MFP, Na₂FPO₃), стронциум флуорид (SnF) и закиселени препарати на флуор (APF).

Пастите за заби кои содржат флуор во својот состав, имаат едно од горенаведените хемиски соединенија на флуор во својот состав, во концентрација од 250 до 5000ppm F. Оптимална концентрација на флуор во пастата е над 1000 ppm F, меѓу 1350-1500 ppm F. Пастите со 5000 ppm F се наменети само за пациенти со екстремно висок кариес ризик, и може да се употребуваат само со рецепт од лекар.

Топикалните средства на база на NaF може да се во вид на паста за заби, гел, водички за испирање, лак, а каква и колку честа ќе биде нивната примена, зависи од тоа во која група спаѓа пациентот, во однос на кариес ризикот но и каква е системската изложеност на внес на флуор по пат на вода.

Кај децата кои се со низок кариес ризик, се препорачува паста за заби со флуор од 1000 - 1500 ppm, но постојат разлики во количината на паста која се става на четката. Кај деца до три години, се става паста колку зрно ориз, никако повеќе, поради опасност од ингестија и флуороза на забите кои во моментот се во фаза на минерализација на зачеток; кај деца од 3-6 години, количината е колку зрно грашок, а над 6 години кога опасноста за флуороза е редуцирана, се става паста за заби по целата должина на четката. Хигиената ја врши родител, до осум години, два пати дневно, доволно долго, а се препорачува и употреба на дентален конец за орална хигиена од моментот кога два млечни заби ќе се во допир (табела 11.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 11. Насоки за орална хигиена кај деца со низок кариес ризик

Возраст на детето	Концентрација на флуор во пастата	Количина на паста врз четката	Фреквенција на четкање	Употреба на интердентален конец
Од прв ден на раѓање	По секој подој/хранење, со стерилна вата натопена со превриена вода се поминува во устата на бебето*			
По никнување на прв млечен заб (околу 6ти месец) до 3 години	1000 ppm	Колку зрно ориз/smear layer	Два пати дневно/наутро и навечер	Од моментот кога ќе никнат два млечни заби кои се во допир, се употребува интердентален конец, наутро и навечер, по потреба и по секој оброк
Од 3 до 6 години	1000- 1500 ppm / согласно кариес ризикот	Колку зрно грашак	Два пати дневно/наутро и навечер	Од моментот кога ќе никнат два млечни заби кои се во допир, се употребува интердентален конец, наутро и навечер, по потреба и по секој оброк
Над 6 години	1000-1500 ppm	На целата должина од четката	Два пати дневно/наутро и навечер	Од моментот кога ќе никнат два млечни заби кои се во допир, се употребува интердентален конец, наутро и навечер, по потреба и по секој оброк
*според одреден број научни студии, со цел да не се нарушува оралниот микробиом, со чистење на усна шуплина се започнува по никнување на прв млечен заб <i>Важно- до 8 години на и повеќе оралната хигиена на детето ја прави родителот</i>				

Кај деца помали од 6 години, кои се со умерен и висок кариес ризик, постои индикација и за професионална топикална апликација на флуоридни средства со многу високи концентрации на флуор. За топикална апликација на флуор, предност се дава на **варниш** (лак) кој брзо се суши и помала е опасноста од ингестија на високи дози на флуор, во однос на средствата кои се во вид на гел кои поради потребата да останат во подолг контакт со забот, без можност за сушење, често предизвикуваат наузеа, vomitus, но постои и опасност за проголтување на средството и флуороза на забите кои се во процес на минерализација.

Кај пациентите со умерен кариес ризик, за терапија на бела дамка оптимална е професионална топикална апликација на лакови (5% NaF-22600 ppm) два пати годишно, користење на флуорирана паста за заби два до три пати на ден (1000-1500ppm) и дневно испирање на устата во траење од 1 минута со раствор 0,05% NaF. Кај пациентите со висок ризик се аплицира лак 4 пати годишно, со дневно користење на паста за заби и и 0.05% NaF раствор за испирање, како и кај пациентите со среден ризик. Топикалниот лак се аплицира на претходно исушени и исчистени денални површини, во мала количина, само на определени места, иницијални кариозни лезии и дефекти на емајлот. По употребата на топикалниот лак детето не треба да внесува храна и течности наредни 20-30 минути⁴⁶ (види Табела 12.). Еден од недостатоците на флуоридите во процесот на реминерализација, особено кај производитите со висока концентрација на флуорид, кога во плунката постојат депоа на калциумфлуорид, е

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

ремнерализација на површинските зони на штета на телото на лезијата, што резултира со нецелосна ремнерализација на лезијата. Сакајќи да се подобрат својствата на овие производи, врз база на научни факти, создадени се закиселени фосфофлуориди со pH=3-4 (гел 1.23% со 12300 ppmF), со што се продолжува навлегувањето на минералните јони во телото на лезијата, непречено, без блокада на порите во емајлот, овозможувајќи целосна ремнерализација на иницијалната кариозна лезија⁴⁷, но истото не се употребува кај деца помали од 6 години, согласно препораките на EAPD.

Табела 12. Локален третман на иницијална кариозна лезија со средства на база на флуор за домашна употреба и за професионална топикална апликација кај деца помали од 6 години

	Средства за домашна употреба/ Концентрација на флуор/фреквенција и начин на употреба	Средства за професионална топикална апликација/концентрација на флуор/ фреквенција и начин на употреба
Пациенти со низок ризик	Паста за заби /1000-1500 ppm F/два до три пати дневно – на сува четка се става паста за заби, се четкаат со Bass-ова техника (или со техника според индикација), неколку минути. По четкањето половина час не се плакне устата со вода, за подолг контакт со F и формирање на депоа на CaF на површината на забите.	
Пациенти со умерен ризик	Паста за заби /1000-1500 ppm F/два до три пати дневно – на сува четка се става паста за заби, се четкаат со Bass-ова техника (или со техника според индикација), неколку минути. По четкањето половина час не се плакне устата со вода, за подолг контакт со F. Плакнење на устата во тек на една минута со NaF (0.05%)-половина час по плакнењето, не се испира со вода или друга течност, не се јаде. Плакнењето е најдобро да се направи пред спиење.	Флуориден лак NaF 5%/ 22600 ppm F/ два пати годишно- да не се внесува храна и течности наредни 30 минути, а во следни 4 часа да не се четкаат забите
Пациенти со висок ризик	Паста за заби /1000-1500 ppm F/два до три пати дневно – на сува четка се става паста за заби, се четкаат со Bass-ова техника (или со техника според индикација), неколку минути. По четкањето половина час не се плакне устата со вода, за подолг контакт со F. Плакнење на устата во тек на една минута со NaF (0.05%)-половина час по плакнењето, не се испира со вода или друга течност, не се јаде. Плакнењето е најдобро да се направи пред спиење.	Флуориден лак NaF 5%/ 22600 ppm F/ четири пати годишно- да не се внесува храна и течности наредни 30 минути, а во следни 4 часа да не се четкаат забите
Пациенти со екстремно висок ризик	Паста за заби /5000 ppm F/два до три пати дневно – на сува четка се става паста за заби, се четкаат со Bass- ова техника (или со техника според индикација), неколку минути. По четкањето половина час не се плакне устата со вода, за подолг контакт со F. Плакнење на устата во тек на една минута со NaF (0.05%)-половина час по плакнењето, не се испира со вода или друга течност, не се јаде. Плакнењето е најдобро да се направи пред спиење.	Флуориден лак NaF 5%/ 22600 ppm F/ четири пати годишно- да не се внесува храна и течности наредни 30 минути, а во следни 4 часа да не се четкаат забите

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Како посебно средство за реминерализација на база на флуор, го издвојуваме *Сребрениот диамин флуорид* (анг. – *Silver Diamin Fluoride-SDF*), 38% SDF со 44800 ppm F, кој во својот состав има флуор, сребро и амониев комплекс, истиот е без боја и без вкус.⁴⁸ Во рандомизирана клиничка студија, се докажува дека годишните апликации на SDF стопираат повеќе иницијални кариозни лезии со намалена појава на кариес отколку користење лак на NaF на секои 3 месеци.⁴⁹ Покрај стопирање на прогресијата на иницијалната кариозна лезија, SDF е антимиembroно средство и има афинитет кон минералните и органските состојки на забното ткиво. Единствен недостаток е пребојување на забните ткива и неможноста да се аплицира на лезии кои се блиску до пулпа.

б. Средства за реминерализација кои не се на база на флуор, но се зајакнати со флуор

➤ *Калциум фосфатни системи*

1) Стабилизирани калциум фосфати

Казеин фосфопептид - аморфен калциум фосфат CPP-ACP (Recaldent)

CPP-ACP се инкорпорирани во флуориден лак и паста за заби и е комерцијално достапна како Tooth Mouse или MI паста и CPP-ACFP што содржат флуор (со флуорид со 900 ppm) како Tooth Mousse – plus и MI паста - plus и MI варниш. Се базира на присуство на казеин фосфопептид (CPP) кој е фосфопротеин добиен од млеко, што стабилизира високи концентрации на јони на калциум и фосфат во растворлив аморфен калциум фосфат при кисела и неутрална pH-вредност на плунката.⁵⁰ Кога се применуваат интраорално, овие наноконплекси од CPP-ACFP се врзуваат на површините на забите создавајќи состојба на презаситеност на јони на калциум и фосфат во биофилмот, обезбедувајќи високо ниво на биорасположливи јони на калциум и фосфат за да се олесни реминерализација и модифицирање на динамиката на деминерализацијата.⁵¹ Овие производи не содржат лактоза, но бидејќи се добиени од млеко, треба претпазливост при употребата кај лица алергични на млеко и млечни производи. Може да се употребуваат за третман на кариес на рано детство.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

2) Кристални фосфати на калциум

Функционални трикалциум фосфатни производи

Производите кои содржат функционализирана технологија на трикалциум фосфат, се комерцијално достапни од 3M ESPE Inc., како паста за заби, Clinpro™ 5000 со 5000 ppm F, и како лакови со флуор, Clinpro™ бел лак со флуорид со 26.000 ppm. Оваа технологија е прилагодена да ја подобри реминерализацијата преку подобри формулации и додавање на калциум за да се надолжни делувањето на флуоридот. Во оваа технологија, со гранулирање на β -трикалциум фосфат (TCP) со органски материјали (функционализација), калциум оксидите во TCP стануваат “заштитени“ од органските материјали, со што се дозволува јони на калциум и фосфат од TCP да коегзистираат со јони на флуорид во водна база на забната површина (паста за заби или лак) без прематурни интеракции на ТЦП со флуоридите.⁵² Клиничките контролирани студии со плацебо покажаа дека во однос на производи само со флуор, комбинацијата на флуорид и плус функционализирана TCP може да ја подобри реминерализацијата на белата точка, како и еродираната емајлова површина.^{53,54,55}

3) Нестабилни калциум фосфати

Аморфен калциум фосфат ACP –

Освен што е составен дел од Recaldent™, аморфниот калциум фосфат комерцијално е достапен со пастата Enamelon (Enamelon™ technology). Оваа технологија се базира на присуство на два типа на јони и тоа калциумови во облик на калциум сулфат и фосфатни во облик на амониум фосфат кои од двокомпонентен облик доаѓаат во интеракција при четкањето. Во плунката тие се поврзуваат меѓу себе формирајќи го аморфниот калциум фосфат кој е нестабилен, и на површината на забот за брзо време создава нерастворливи кристали - хидроксиапатит или флуорхидроксиапатит доколку стапил во контакт со флуорни јони.⁵⁶ На тој начин се овозможува реминерализација на белата дамка. Како негативен ефект од употребата на оваа технологија е олеснетото создавање на дентален калкулус, поради нестабилниот облик.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

4) Полифосфатни системи (Oral-B Pro Expert toothpaste)

Полифосфатните системи во себе може да содржат натриум триметафосфат, калциум глицерофосфат или натриумхексаметафосфат.⁵⁷ Еден од потенцијалните начини да се избегне можноста за флуороза, а при тоа да се задржи антикариогената ефикасност кај конвенционалните средства е делумно да се заменат флуоридите со полифосфатни системи како натриум триметафосфат (sodium Tri metaphosphate - STMP), калциум глицерофосфат или натриумхексаметафосфат.^{58,59,60} Меѓу нив STMP е најефективно антикариозно средство со способност за инхибиција на деминерализација, но и со способност да ја зајакне реминерализацијата.^{61,62}

Комбинација на калциум глицерофосфат и натриум монофлуорофосфат

✓ *Калциум глицерофосфат* е состојка во некои марки на паста за заби и водички за испирање, како што се пастата и водичката за испирање Spry (Xlear Inc). Иако Xlear пастата за заби и водата за плакнење содржат 0,243% натриум флуор, при клинички испитувања на пасти за заби, комбинацијата на калциум глицерофосфат со натриум монофлуорофосфат (SMFP) покажува ефикасност над SMFP како самостојна активна компонента и според in vitro студии овие пасти се ефикасно средство за третман на иницијална кариозна лезија.^{62,63}

✓ *Аргинин* е аминокислена, која инкорпорирана во паста за заби што содржи 1,5% аргинин, нерастворлив калциум карбонат и 1450ppm флуорид во форма на натриум монофлуорофосфат, е прилагодена за реминерализација на раната кариозна лезија и спречување на развој на нови лезии.⁶⁴ Оваа технологија се заснова на следниот механизам: кога се користи паста за заби, аминокиселините ќе бидат деаминирани од системот на аргинин деаминиза (ензим) во плунка, произведувајќи амонијак, кој е многу алкален и предизвикува пораст на рН во оралното опкружување, со што се создаваат идеални услови за реминерализација, како и модификација и намалување на патогеноста на кариогениот плак.⁶³ Colgate Sensitive Pro-Relief™ е една од пастите која се базира на аргинин технологијата.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

➤ *Биоактивно стакло*

Постојното биоактивно стакло (Novamin™) кое се користи во комерцијалните пасти за заби, Sensodyne Repair & Protect и Sensodyne Complete Protection (GlaxoSmithKline, Велика Британија), во својот состав не содржи флуор, првично произведени и наменети за третман на хиперсензитивноста (преку создавање на површен слој на хидроксикарбонат) на забните површини. Неодамна, иноваторите успешно инкорпорираа флуор, стронциум, калиум и цинк во самата основа за да произведат паста за заби со флуорид во биоактивното стакло, со што се овозможува испорака на јони Ca^{2+} , PO_4^{3-} и F^- истовремено во соодветни количини за да се формира флуороапатит, со цел да се избегне можното прерано формирање на CaF_2 .⁶⁵ Биоактивното стакло што содржи флуорид служи како реминерализирачки агенс преку ослободување на терапевтски активни јони, како што се стронциум и флуорид за реминерализација и превенција на кариес, цинк за бактерицидни својства и калиум како средство за зачувување на основата.⁶⁵ Иако овие производи се веќе на пазарот, сè уште постои потреба од рандомизирана клиничка студија за да се обезбедат силни докази за нивната ефикасност.

с. Средства кои не содржат флуор

➤ *Природни продукти*

Денес многу од фитохемикалиите кои се употребуваат во фармацевтијата, посебно антимикробните агенси, се добиваат од растенија кои човекот ги употребува во исхраната.⁶⁶ Ohara et al. го истражувал антимикробниот ефект кон *Streptococcus mutans* на 81 растение кое е погодно за конзумирање кај човекот и докажал дека ѓумбирот има антимикробен ефект врз оваа бактерија, а дури и после вриење на 100 степени ја задржува својата антимикробна активност.⁶⁶ Медот има потенцијален антимикробен ефект и се смета дека манука медот не е кариоген, а комбинација на мед и ѓумбир има појака антимикробен ефект од гентамицинот врз *S. mutans* според Patel et al.⁶⁷ Според Tsai et al. рузмаринот има антимикробно дејство врз *Streptococcus sobrinus*⁶⁸, а според Osawa K, et al. како што е со антимикробен ефект и врз *S. Mutans* и врз *S. sobrinus*.⁶⁹ Дека ѓумбирот, медот и рузмаринот имаат способност за реминерализација на иницијалната кариозна лезија потврдуваат во нивната студија и Gocmen et al (2016).⁷⁰

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

➤ Самоврзувачки пептиди

Најновото достигнување од средствата за реминерализација е Curolox® Technology која се базира на присуство на самоврзувачки пептиди (P-11-4) за регенеративен третман на иницијална кариозна лезија. Продукти кои го содржат овој пептид за своја активна компонета комерцијално се достапни на пазарот во Европа како Curodont™ Repair (Credentis AG, Windisch, Switzerland). Кога ќе се аплицира на иницијална кариозна лезија, активниот пептид дифундира низ микропорите под површината и под висок јонски напон се склопуваат во 3Д форми кои привлекуваат калциум фосфати од плунката и се создаваат нови хидроксиапатитни кристални решетки околу пептидната матрица, со што настанува биометричка реминерализација на емајлот и дентинот која трае неколку недели, за да се постигне комплетна реминерализација.^{71,72}

➤ Нанохидроксиапатитни производи

Пастите за заби кои содржат нанохидроксиапатит и средства за плакнења, прилагодени за реминерализација и спречување на кариес, се достапни од компанијата „Sangi“, Токио, Јапонија. Концентрацијата на нанохидроксиапатит (nHAP) во паста за заби (Aragard) и крем (Renamel) се движи од 5-20% во зависност од насочената функција, реминерализација / превенција од кариес или третман на хиперсензитивност на дентин.⁷³ Нанохидроксиапатит, биоактивен и биокompatибилен материјал, функционира со директно исполнување на микропорите во раните лезии на кариесот, каде делува како иницијатор во процесот на реминерализација со континуирано привлекување голема количина на јони на калциум и фосфат од плунковата течност во лезијата, со што се промовира раст на кристалот.^{73,74}

➤ Теобромин

„Theodent“ пастата за заби (Theocorp Inc., САД), е со теобромин како активна состојка. Теобромин (3,7 диметилксантин), бел кристален прав, е алкалоид кој е лесно достапен во какаото (240 мг / чаша) и чоколадо (1,89%).⁷⁵

Единствената студија за реминерализирачката ефикасност на теобромин укажува дека теобромин, на молекуларно ниво, 71 пати е помалку присутен во однос на флуоридите но има ист ефект на реминерализација како и флуорид.⁷⁶ Доминантен механизам на негово делување е преку зголемување на големината на кристалите и подобрување на кристалноста на апетитот, во присуство на плунката како реминерализирачки медиум.⁷⁷ Сепак, постои јасна потреба од повеќе

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

клинички испитувања за да се обезбедат докази за ефикасноста на овој агенс за реминерализација на раниот кариес.

d. Глас-јономери и композити за залевање на денталните фисури

Како последни во арсеналот на средства за реминерализација и неинвазивен третман на иницијална кариозна лезија ги издвјуваме средствата за залевање (пополнување, запечатување) на денталните фисури, онаму каде е индицирано. При залевањето се пристапува индивидуално, не постои штета од залевањето, но мора да постои *кост-бенефит* корелација. Се залеваат фисури кај пациенти со висок кариес ризик, со длабоки фисури, пребоени фисури и со фисури кои имаат иницијална кариозна лезија. Глас-јономерите се биоактивни материјали кои содржат флуор во својот состав и се први на избор кога станува збор за пациенти кои не соработуваат. Истите доколку се создадат услови се заменуваат со композитни материјали за кои Европската академија за детска стоматологија вели дека се со поголема долготрајност ставени како материјал за залевање во идеални услови за работа, во однос на глас-јономерите за кои вели дека се временни материјали за залевање, кои се одличен избор за залевање имедијантно после нукувањето, поради лесното ракување и апликација и во влажна работна средина. Истите имаат одличен ефект при заштита од кариес, но и реминерализација на иницијална кариозна лезија.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

III. Терциерна

Терциерната превенција има за цел да го намали негативниот импакт на нетретираната кариозна лезија и кавитети, со цел да се подобри квалитетот на живот кај детето избегнувајќи непотребни реставрации и екстракции. Сребрениот диамин флуорид како и флуоридниот варниш може да го сопрат прогресирањето на кариозната лезија, а доколку постои кавитација, како терциерен метод на третман на овие кариозни лезии се методите на атрауматски реставративен третман (ART) при кој се користат рачни инструменти за ексакација на размекнатите кариозни маси и кавитетот се пополнува со материјали кои делуваат биоактивно на база на калциум и флуор. Оваа метода успешно се користи надвор од стоматолошка ординација во субстандардни услови.

Други методи на третман се: *Модифициран атрауматски реставративен третман со употреба на сребро диамин флуорид (SMART); Времена терапевтска реставрација (ITR), при кои како реставративни материјали се користат биоактивните глас-јомери.* Секако при третманот на ЕСС треба да се даде предност на неинвазивните методи на третман, земајќи ги предвид последиците по физичкото и менталното здравје и развојот кај дететото при употреба на инвазивни методи. Доколку кариесот прогредира до степен да ја зафати пулпата и пародонталните ткива, често во развиените земји ваквиот третман (ендо и егзодонција) вклучува употреба на општа анестезија, чести хоспитализации што покрај стресот во рамките на семејството, претставува и големо економско оптеретување. Затоа инвестирањето во примарната и секундарната превенција во рамките на општеството е една од главните препораки на СЗО.

Повеќе од еден век ЕСС е издвоен како посебно заболување, и низ годините различни типови на превентивни интервенции се испитувани и имплементирани, по пат на национални кампањи, стратегии, едукации на родители, на деца сместени во претшколски установи, со употреба на флуор по пат на флуорирана вода и пасти за заби за домашна употреба, професионална апликација на флуор во вид на гел, лак, залевачи, употреба на хлорхексидин, ксилитол, орално пробиотици, мобилни апликации, но покрај сè, ЕСС сè уште е сигнификантен јавен здравствен проблем. Во последните декади се испитува можноста за употреба на теориите од психологијата со цел да се направат промени во однесувањето од една страна и можноста да се употребува и м-здравството како придобивки на современото време, посебно за време на бременоста од друга страна.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

1.2 Перинатален период и орално здравје

По дефиниција на СЗО, мајчиното здравје претставува здравјето на мајката за време на бременоста, породувањето и во постпородилниот период; детското здравје значи здравје од раѓање до адолесценција со фокус на периодот до петгодишна возраст а здравјето на новородено е периодот од раѓање до 28-иот ден од животот. Перинаталниот период е критично време кога детерминантите на здравјето и оралното здравје се поставуваат, и воедно претставува важно време за интервенција.⁷⁸ Според Paglia L. (2019) перинаталниот период е период од почеток на бременоста до два месеци по раѓањето.⁷⁹ Грижата за здравјето на мајката и детето значи и грижа за оралното здравје како есенцијална компонента на целокупниот здравствен статус на бремените жени, жените во репродуктивниот период⁸⁰ и децата. Старата позната изрека „една бременост-еден заб помалку“ ни укажува дека одамна е позната поврзаноста на бременоста и оралното здравје.⁸¹ Постојат повеќе научни студии и хипотези дека постои корелација меѓу пародонталната болест и неповолни исходи на бременоста како предвремно породување, бебиња со помала родилна тежина и прееклампсија. Физиолошките промени што се случуваат во устата за време на бременоста, како и промените во животниот стил може да доведат до зголемен ризик за појава на некои дентални состојби, како гравидарен гингивит како најчеста промена во уста, со зголемен ризик за пародонтална болест,⁸² бенигни гингивални лезии (пиоген гранулом, гравидарен гранулом или епилус на бременоста)^{80,83} мобилност на забите, како и зголемен ризик за ерозија и кариес.^{82,84}

Превенцијата, дијагностичките и реставративните стоматолошки третмани се безбедни во текот на бременоста и се ефикасни за подобрување и одржување на оралното здравје.⁸ Бременоста е еден специфичен период од животот на жената, кога веројатноста за менувањето на одредени навики и однесувања поврзани со нејзиното здравје и здравјето на нероденото бебе е многу голема и токму затоа е идеално време за промоција на добро орално здравје, правилна исхрана и хигиена фактор за истото. Затоа, потребно е сите здравствени работници кои стапуваат во контакт со жените кои планираат бременост или бремените жени, како и мајките на деца да им обезбедат соодветна и унифицирана информација и едукација за зачувување и оптимизирање на оралното здравје.⁸⁵ Овие интервенции може значително да ја променат траекторијата на оралното здравје како за жената така и за нејзиното идно дете.⁸⁶ Советувањето на идната мајка за оралното здравје, може да го спречи или намали преносот на кариогените бактерии од мајката на детето, а со тоа да

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

го спречи или одложи почетокот на појава на ЕСС, помагајќи ѝ на мајката да го подобри сопственото орално здравје.⁸³ Важни чекори за здрава бременост се: избалансирана исхрана, редовна физичка активност, земање на суплементи на витамини и минерали ако се препорачани од лекар и избегнување на алкохол, цигари и други штетни супстанции.⁷⁹ Исхраната влијае на мајчиното здравје, на бременоста и развојот на бебето од моментот на зачнување, со можно влијание на идниот раст на новороденото.⁸⁷

1.2.1 Нутритивни препораки за добро перинатално здравје

Достапноста на соодветни хранливи материи е од клучно значење за растот, развојот, одржувањето и репарација на оралните и денталните ткива.⁸⁸ За време на гестација и лактација, па дури и за време на периодот пред зачнување, развојот на забите може да биде засегнат од недостаток на витамини и минерали кај мајката. Фолната киселина ја намалува веројатноста за оштетување на ДНК за време на митозата, особено важна функција за време на ембриогенезата. Според тоа, несоодветен внес на фолна киселина може да интерферира во нормалниот ембрионален раст, предизвикувајќи дефекти на неуралната туба. Недоволен внес на фолна киселина и витамин А кај мајката за време на бременоста имплицира појава на унилатереален расцеп на усната со или без расцеп на палатум. Еден месец пред концепцијата, за време на бременоста и во тек на лактацијата, препорачан дневен внес за фолна киселина е 600 mcg. Недостатокот на Витамин А, Д и Ц влијаат на ембрионалниот развој и минерализација на млечните и трајни заби. Децата со недостаток на витамин Д имаат ризик за развој на хипоминаерализиран емајл, со зголемена можноста за кариес. Недостаток на калциум е многу чест и честопати оди заедно со недостаток на витамин Д и фосфат. Според „Водичот за исхрана кај Американците 2015-2020“ (2015-2020 Dietary Guidelines for Americans), кај деца на возраст од 1-3 години треба да се внесат 700 мг калциум како препорачан додаток во исхраната (recommended daily amount - RDA), а децата од 4-8 години треба да внесат 1000 мг дневно.⁸⁹ Недостаток на витамин Ц може да поттикне гингивална инфламација и е ризик фактор за пародонтална болест ако е комбиниран со лоша орална хигиена. Недостатоци на протеини во бременоста може да доведат до создавање на помали сублингвални жлезди, што ќе има за последица намалена секреција на плунка, а тоа ќе доведе до полесно атхерирање на денталниот плак. Намалена секреција на паротидната жлезда е поттикната од недостаток на витамини А, Д, цинк и железо. Конзумација на храна со голем процент на шеќери, леплива храна, е ризик фактор за доминирање

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

на процесот на деминерализација, која понатаму ако не се третира може да прогредира во кариес. Тоа се случува кај лица кај кои има почеста консумација на шеќери. Потребно е приближно 30 минути за намалување на рН на плунката по земањето на шеќер, па дополнително земање на шеќери во тие 30 минути е помалку штетно, отколку повторното земање на шеќер да биде по тој половина час.⁹⁰ Една од детерминантите за појава на ЕСС се диететските навики на мајката и изборот на храна за нејзиното бебе. Во последните декади се крена свеста за перинатално орално здравје и во високоразвиените земји (САД, Канада, Скандинавски земји, Нов Зеланд, Австралија) веќе имаат национални програми за мајчино и доенечко орално здравје кои врз база на медицина базирана на докази, изготвуваат правилници и ресурси достапни за здравствените работници, но и родителите.

Соединетите Американски Држави, Канада, Австралија, Велика Британија, Шкотска, како и СЗО во своите правилници и водичи за исхрана и добро орално здравје се единствени во препораките:

1. Пијте многу вода. Доколку преферирате флаширана вода, одберете вода која е пакувана во стаклено шише.⁹¹ Оптимална концентрација на флуор во водата е 0,07 ppm.⁹² Според податоците добиени од флуорната карта на Македонија изработена од страна на Институтот за јавно здравје и Стоматолошкиот Факултет, концентрацијата на флуоридите за пиење во нашата земја се под 0,3 мг флуор на литар вода, што од превентивен аспект претставуваат незабележителни количини.⁹³

2. Внесувајте добро избалансирана храна која ќе содржи многу свеж зеленчук и овошје, црн леб или леб од цело зрно по можност со никулци, месо, риба, јајца и други извори на протеини, нискомаслени млечни производи, компир, ориз и ограничете го внесот на шеќери, сол и заситени масти. Чинијата поделете ја на три дела - половина од неа треба да припаднат на свежо овошје и зеленчук, 25 % протеини и 25 % целозрнеста храна.^{79,91}

3. Ако имате проблеми со гадење и повраќање, обидете се да јадете мали количини на здрава храна поделени во повеќе оброци. Веднаш после повраќање не ги мијте забите, земете чаша вода во која има растворено лажица сода бикарбона.^{83,91,94}

4. За да го намалите ризикот од дефекти при раѓање, внесувајте 600 микрограми фолна киселина секој ден во текот на вашата бременост. Природно се наоѓа во: аспарагус, брокула и зелен лиснат зеленчук, како што се зелена салата и спанаќ, мешунки (грав, грашок, леќа) папаја, портокали, јагоди и банани; зрнести производи збогатени со фолна киселина (леб, житни култури, пченка, брашно, тестенини, бел ориз).^{79,83,86,91}

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

5. Имајте три главни оброци дневно приготвени на здрав начин, а доколку се решите за десерт, консумирајте го веднаш после главниот оброк. Потоа измијте ги забите или доколку не сте во можност земете мастика без шеќер и цвакајте неколку минути за да продолжи секрецијата на плунка која ќе помогне во физиолошкото чистење на забите;^{85,89,91,95}

6. За здрави заби важен е изборот на вашите меѓуброци. Доколку имате меѓуброци или грицкاته, обидете тоа да е здрава намирница со ниско ниво на шеќери, односно зеленчук, овошје, костенливо овошје, супа, смути, млечни производи, семиња. Потребно е половина до еден час да се врати неутралната рН на плунката по консумација на нешто благо и доколку често консумираме шеќери, рН на плунката долго време е кисела што дава можност за деминерализација на емајлот и појава на кариес. Избегнувајте тврди и меки бонбони, мастики со шеќер, како и други продукти кои се лепливи;^{79,85,91,96,97}

7. Избегнувајте храна или пијалоци богати со шеќери навечер пред спиење. Во текот на ноќта се намалува секрецијата на плунка која нормално ги измива забите, се зголемува киселоста во устатата и се создава оптимална средина за нагризување на емајлот. Каков и да ви е оброкот, никогаш не легнувајте со неизмени заби. Четкањето на заби навечер е побитно од утринското;^{80,83,91}

8. Дури и лековите содржат додадени шеќери, како некои сирупи. Консултирајте се со Вашиот лекар и побарајте сируп кој нема шеќер;⁹²

9. Пијте незасладени сокови, чаеви, кафе.^{79,91,95} Газираните сокови, енергетските пијалоци, конзервираните сокови содржат во себе висок процент на шеќери, кои би довеле до ерозија на забите;^{91,95}

10. Ерозивно дејство имаат и природно цедените сокови, но придобивките од нивна консумација за целокупното здравје се големи. За да се намали ерозивниот ефект пијте ги за време на главниот оброк или како главен оброк ако станува збор за смути. Пијте ги многу ладни, не треба да се пијат бавно, а ако ги пиете со сламка ставете ја зад предните заби, поблиску до задниот дел на устата, со цел да се намали контактот со забните површини. По пиење на овие сокови, забите не смеете да ги миете во наредниот еден час;^{91,95}

11. Секогаш кога купувате производи погледнете ја нутритивната табела на производот за да видите дали има високо, средно или ниско ниво на шеќер во продуктот. Високо ниво на шеќер е повеќе од 15 грама на 100 грама од храната, средно ниво на шеќер е од 5-15 грама во 100 грама од храната а ниско ниво на шеќер е под 5 грама на 100 грама од храната.^{41,91,95} Одберете производ со ниско ниво на шеќер;⁴¹ Јавното здравство во Англија пресметало дека помалку од 5% за децата од 4-6 години значи не повеќе од 19 грама дневно на слободни јаглехидрати.⁹⁸

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

12. Обрнете внимание на микронутриентите, односно внесот на витамини и минерали. Недостаток на железо во периодот на бременост и лактација е најчестиот нутритивен недостаток.⁷⁹

13. Постојат многу компоненти од храната кои имаат протективно дејство на забите. Тоа се флуоридите кои ги внесуваме преку флуорирана вода, калциумот, фосфорот и казеинот внесени преку млекото, ксилотолот има антибактериско дејство и иницира продукција на плунка, свежото необработено овошје и зеленчук преку витаминот Ц, фосфатите делуваат кариостатски, а секоја храна на која и е потребно подолго време за да се изцвака делува протективно преку зголемена секреција на плунка.^{91,95,98}

14. По породувањето доењето е најприроден и најдобар начин на исхрана на новороденото. Ексклузивното доење без додавање на вода се препорачува во првите 6 месеци, бидејќи мајчиното млеко ги обезбедува сите течности и хранливи материи потреби за правилен раст и развој на доенчето. Се додаваат само оние лекарства или витамини, минерали препорачани од педијатар. Постојат докази дека доењето влијае позитивно и на бебето, но и на мајката. Доените бебиња помалку се склони понатаму во животот кон стомачни, респираторни, уринарни и ушни инфекции, имаат помала склоност кон алергии (егзема, астма), кон тип 2 дијабет и се помалку склони кон зголемена телесна тежина подоцна во животот. Мајките пак, имаат помал ризик од појава на рак на дојка и на јајници, и трошејќи повеќе калории за создавање на мајчино млеко, полесно се враќаат на тежината пред бременоста. Според последните препораки на СЗО детето треба да се дои до крајот на втората година, но и подолго, доколку така се чувствуваат мајката и детето.¹⁰

15. На крајот на 6-от месец се воведува цврста храна и течности, бидејќи во мајчиното млеко нема доволно железо. Цврстата храна е во вид на каша, се воведува по одреден редослед, се внимава да се воведува по еден вид на храна.⁹¹ На оваа возраст - периодот во кој никнуваат првите млечни заби, бебето веќе покажува интерес за храна и за нејзино ставање во уста и цвакање.

16. Кај бебињата хранети со млечна формула се дава и вода меѓу оброците во првите 6 месеци.⁹¹ Исхраната со млечна формула е со шише со цуцла кое се препорачува да се употребува најмногу до 12-от месец, со препорака после 6-от месец родителите да почнат да го даваат млекото со чаша.⁹¹ Не се препорачуваат ноќни подои или давање на млечна формула за време на ноќта, бидејќи лактозата од млекото се лепи за млечните заби и во случај на лоша и неправилна орална хигиена, а и поради намалена секреција на плунка ноќе, полесно настанува деминерализација на емајлот.⁹¹

Протоколи, водичи за правилна исхрана се потребни за да информациите и едукацијата на мајките и децата биде унифицирана, и од страна на матичните лекари, гинеколози и стоматолози. Од исклучителна важност е во секоја една држава да постојат водичи наменети за здравствените

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

работници кои ќе бидат изработени во соработка со дитетичари и нутриционисти. За добра и квалитена превентивна програма потребна е мултисекторска соработка и пред сè верба во моќта на превенцијата. Во нашата земја од 2008 година е имплементирана Националната стратегија за превенција на орални заболувања кај деца од 0-14 години, чија цел е намалување на КЕП-индексот и ерадикација на кариесот како високо превентабилно заболување преку повеќе мерки. Една од мерките е и едукација за правилна исхрана. По десетгодишна имплементација на стратегијата постои значајно намалување на КЕП-индексот кај младата популација. Но, потребно е да се започне со превентивни активности порано, уште во перинаталниот период, со цел да се постигнат уште подобри и побрзи резултати.

1.2.2 Безбедност на стоматолошки интервенции за време на бременост

Сите стоматолошки интервенции се сосема безбедни за време на бременоста, вклучувајќи и употреба на локален анестетик со вазоконстриктор.⁸³ Дури бременоста како период се препорачува да се искористи да се санираат сите кариозни лезии во усната шуплина со цел да се пречека новороденото со состојба во устата без кариес. РТГ снимањата се безбедни во текот на сите три семестри од бременоста, со препорака да се стави оловна престилка во предел на тироидна жлезда и абдомен.^{83,85} Најбезбеден трисеместар е вториот.⁸⁵

1.2.3 Лекарства за време на бременоста

За време на бременоста постојат посебни препораки за употреба на лекови, бидејќи голем дел од лековите ја минуваат плацентната бариера и може да доведат до деформации при развојот на плодот. Често поради болка и оток од дентално потекло, трудниците се во ситуација да посегнат по аналгетик, антибиотик, па подолу е листата на дозволени лекови во тек на бременоста (види Табела 9.).⁹⁹

Објавено е дека дури 56% од бремените жени користат аналгетици за време на бременоста.¹⁰⁰ Голем дел од идните мајки за да ја контролираат болката и дискомфортот за време на бременоста користат нестероидни инфламаторни лекови како бруфен, аспирин и А асетаминорphen.¹⁰¹ Ова сугерира дека употребата на аналгетици е вообичаена кај бремените жени, а литературата покажува дека и има помала веројатност да ги следат препорачаните упатства за

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

дозирање.¹⁰⁰ Сепак, и покрај високата стапка на употреба, податоците за безбедност на употреба на аналгетици за време на бременост, се многу ретки.¹⁰²

Табела 9: ЛЕКОВИ ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМЕНОСТ	
Листата на лекови и средства да се употребуваат единствено според медицинска индикација и под надзор на стручно лице	
Аналгетици	
Acetaminophen	Може да употребуваат за време на бременост. Болката од усна шуплина успешно се менаџира со неопиодни аналгетици. Доколку се потребни опиоиди, препишете најниска доза за употреба во краток временски интервал (најдолго 3 дена)
Acetaminophen со Codeine, Hydrocodone, Oxycodone	
Codeine	
Meperidine	
Morphine	
Aspirin	Во прв триместар: Избегнувајте употреба Втор триместар: од 13-20 гестациска недела, може да се употребуваат во краток временски интервал од 48 до 72 часа Втор триместар: од 20 до 27 недела, лимитирана употреба Трет трисеместар: Избегнувајте употреба
Ibuprofen	
Naproxen	
Антибиотици	
Amoxicillin	Може да се употребуваат за време на бременост
Cephalosporin	
Clindamycin	
Metronidazole	
Penicillin	
Ciprofloxacin	Избегнувајте нивна употреба
Clarithromycin	
Levofloxacin	
Moxifloxacin	
Tetracycline	Никогаш не се ординираат за време на бременост
Анестетици за употреба на општа анестезија консултирајте лица за пренатална нега, во трет трисеместар лимитирајте ја експозицијата на интравенски анестетик до 3 часа.	
Локални анестетици со Epinephrine (e.g. Bupivacaine, Lidocaine, Mepivacaine)	Може да се употребуваат за време на бременост
Nitrous oxide 30%	Само во ние случаи кога топикални или локални анестетици не може да се употребат. Кај трудници се потребни пониски дози за да се постигне седација, консултирајте здравствени работници за пренатална нега
Антимикробни средства (за време на бременост да се употребуваат само оние без алкохол)	
Cetylpyridinium chloride раствор за испирање уста	Може да се употребуваат за време на бременост
Раствори за испирање на уста со Chlorhexidine	
Xylitol	
<i>Oral Health Care during Pregnancy: A National Consensus Statement- Summary of an Expert Workgroup Meeting 2012 by The National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University, updated 2022</i>	

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

1.2.4 Употреба на флуор за време на бременост

Ендогената примена по пат на таблети веќе неколку декади е изоставена како препорака, освен според карисес ризик индикација, во подрачја каде има многу ниска концентрација на флуор во водата за пиење, доколку се знае дека населението користи токму вода од градски водовод, а не флаширана. Но, егзогената примена на флуор се смета за сосема безбедна со препорака за употреба на пасти кои содржат најмалку 1350 ppm, и професионална апликација на флуориден варниш. Според систематска студија Takahashi et al (2017) не постојат докази дека суплементација со флуор, егзогена или ендогена, ќе влијае на нејзиното новородено.¹⁰³

Перинаталниот период е идеално време за промоција на добро орално здравје и правилна исхрана и хигиена како фактор за истото, преку различни бихевиорални интервенции. Овие интервенции може значително да ја променат траекторијата на оралното здравје и за жената и за нејзиното идно дете.¹⁰⁴ Со цел намалена трансмисија на кариогените бактерии (*Streptococcus mutans*), клиничките и едукативните интервенции треба да започнат уште во текот на бременоста. Според Plutzer & Spencer, (2008) едукацијата за инфантилно орално здравје, спроведена за време на бременоста, кај трудници во своја прва бременост, е успешна во намалувањето на стапката на ЕСС.¹⁰⁵ Креирањето на интервенции за мајките е особено важно затоа што мајките играат клучна улога во грижата за оралното здравје на нивните деца.¹⁰⁶

Вклучувањето на здравствените работници во превенција на ЕСС, преку интервенции врз мајката за време на бременост и по породувањето, е постулат врз кој се темели современата превенција на ЕСС. Битно е истите да имаат одлични и современи познавања, позитивни практики и ставови, за истите да се вклучат во превентивните активности.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

1.3 Здравствени работници од примарната здравствена заштита

Перинаталниот период е критично време кога детерминантите на здравјето и оралното здравје се поставуваат и воедно претставува важно време за интервенција.¹⁰⁷ Бременоста е еден специфичен период од животот на жената, кога веројатноста за менувањето на одредени навики и однесувања поврзани со нејзиното здравје и здравјето на нероденото бебе е голема но истовремено бременоста е идеално време за промоција на добро орално здравје и правилна исхрана и хигиена како фактор за истото. Затоа, потребно е сите здравствени работници кои стапуваат во контакт со жените кои планираат бременост или бремените жени, како и мајките на деца да им обезбедат соодветна и унифицирана информација и едукација за зачувување и оптимизирање на оралното здравје.⁹⁶ Овие интервенции може значително да ја променат траекторијата на оралното здравје како за жената така и за нејзиното идно дете.¹⁰⁴ Советувањето на идната мајка за оралното здравје, може да го спречи или намали преносот на кариогените бактерии од мајката на детето, а со тоа да го спречи или одложи почетокот на појава на ЕСС, помагајќи ѝ на мајката да го подобри сопственото орално здравје.⁸³ Американската академија за детска стоматологија (American academy of pediatric dentistry AAPD) ја препознава грижата за доенечкото орално здравје како еден од фундаментите на која ќе се основа едукацијата, превенцијата и стоматолошка грижа за оралното здравје, сè со цел да се даде можност за живот ослободен од превентабилни орални болести.¹⁰⁸ Иницијативата и апликацијата на превентивните мерки во доенечкиот период е сигнификантно асоцирана со првата посета на стоматолог на доенчето која треба да се случи во 6-иот месец, веднаш после ерупцијата на првиот млечен заб, но не подоцна од 12 месеци.¹⁰⁹ Според досегашните истражувања во првата година од животот на доенчето почеста е средбата со педијатрите отколку со стоматолозите. Во развиените земји постојат правилници за бројот на предвидени посети на педијатар во првата година. Така, Американската академија на педијатри и американската национална иницијатива за промоција на здравје и превенција - „Светла иднина“ (Bright Futures) имаат водич кој е базиран на докази и согласно истиот препорачани се најмалку 8 превентивни педијатриски средби до возраст од 12 месеци кај доенчето.¹¹⁰ Како резултат на тоа, од круцијално значење е педијатрите и семејните лекари да ја препознаат нивната улога во промоцијата на оралното здравје кај децата преку проценка на кариес ризикот кај детето, спроведување на базични скрининзи за рана детекција на дентални заболувања, едукација на родителите и упатување кон соодветни установи.¹⁰⁹

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Потребно е сите здравствени работници кои стапуваат во контакт со жените кои планираат бременост или бремените жени, како и мајките на деца да им обезбедат соодветна и унифицирана информација и едукација за зачувување и оптимизирање на оралното здравје,⁹⁶ посебно во време кога Обединетите нации со Глобалната стратегија за здравјето на мајките, децата и адолесцентите имаат визија до 2030 година, за свет во кој секоја жена, дете, адолесцент во секоја смисла ќе ги остварува своите права за физичко и ментално здравје и благосостојба.¹¹¹ Грижата за здравјето на мајката и детето значи и грижа за оралното здравје како есенцијална компонента на целокупниот здравствен статус на бремените жени, жените во репродуктивниот период⁸⁰ и децата.

Водење на медицински белешки за состојбата во оралната шуплина преку соодветен прашалник, едукација, охрабрување на идната мајка да побара помош од стоматолог за време на бременоста, блиска соработка на гинеколозите со стоматологот, би помогнале во зачувувањето на доброто орално здравје кај трудницата. По породувањето, во вакциналните пунктови, кај матичните лекари и педијатри и кај патронажните сестри, со пополнување на формулар за кариес ризик на бебето (специјално наменет за не-стоматолошки здравствени работници - види Табела 13.)³⁹, ќе може навремено да се детектираат децата со висок кариес ризик, кај кои со навремен менаџмент, нема да се дозволи да се равие кариес на рано детство.

Во Македонија, примарната превентивна заштита се одвива во најголем процент во здравствените домови, места каде свои пунктови или амбуланти имаат патронажните сестри, вакциналните тимови, превентивните стоматолошки тимови, центри за грижа на мајка и дете како и педијатриски и гинеколошки амбуланти. Уникатна и единствена е можноста за мултидисциплинарен пристап при превенцијата на сите незаразни заболувања, меѓу кои и ЕСС како специфично заболување во усната шуплина во детска возраст. Податоците покажуваат дека во однос на вкупното население во Македонија имаме доволен број стоматолошки, медицински и фармацевтски кадри и технички здравствени работници. Стоматолошка заштита се обезбедува во јавни и приватни здравствени установи. Во Македонија по десетгодишна имплементација на Националната стратегија за орално здравје кај деца од 0-14 години има значително намалување на стапката на кариес кај 12-годишни деца, но сè уште не постојат податоци за перинаталното и инфантилното орално здравје. Потребни се истражувања и научни докази за перинатално и инфантилно здравје кои понатаму ќе послужат како база за креаторите на здравствените политики, за промени на здравствениот систем со примена на перинатални и пренатални превентивни интервенции, сè со цел грижа за оралното здравје на мајката и доенчето како интегриран дел од нивното целокупно здравје.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

СЗО во својот последен извештај вели дека токму во примарна здравствена заштита се клучни за превенција и мора да се вклучени при креирање на националните програми и стратегии за превенција на оралните заболувања кај децата.

Табела 13. Формулар за процена на кариес ризик кај деца од 0-3 години (наменет за лекари и не-стоматолошки здравствени лица)

Фактори на ризик	Висок ризик	Низок ризик
<u>Биолошки</u>		
Мајката/родителот/старателот има активен кариес	ДА	
Родителот/старателот е со низок социоекономски статус	ДА	
Детето има >3 меѓуброци кои содржат шеќер	ДА	
Детето заспива со шише со засладена течност	ДА	
Детето е со попреченост	ДА	
Детето е скорешен имигрант	ДА	
<u>Протективни</u>		
Детето консумира оптимално флуорирана вода или прима флуоридни суплементи		ДА
Детето ги четка секојдневно забите со флуорирана паста		ДА
Кај детето се применува топикална професионална апликација со флуориди		ДА
Детето има редовна стоматолошка нега		ДА
<u>Клинички наод</u>		
Детето има бели дамки на емајл	ДА	
Детето има видливи кавитети и реставрации	ДА	
Детето има видлив дентален плак	ДА	
<p>Заокружувањето на оние состојби кои се однесуваат на одреден пациент им помага на лекарот и родителот да ги разберат факторите кои придонесуваат или штитат од кариес.</p> <p>Категоризација на проценка на ризик на низок или висок се заснова на преовладување на фактори кај поединецот. Сепак, клинички проценката може да ја оправда предноста на одредени фактори (пр. Честа изложеност на грицки и пијалоци кои содржат шеќер, присуство на повеќе од една кариозна/екстрахирана/реставрирана површина на забите) при определување на севкупниот ризик.</p> <p>Севкупна проценка на кариес ризик кај детето : Висок <input type="checkbox"/> Среден <input type="checkbox"/> Низок <input type="checkbox"/></p> <p>American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. <i>Pediatr. Dent.</i> 2016;38 (specialissue):142–149.</p>		

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

1.4 Моделот за доверба во здравство (Health Belief Model) и мобилно здравство (m-health) како можност за интервенција и превенција на ЕСС

Во последните години, акцентот се става на бихејвиорални интервенции, со цел менување на одредени навики кои доведуваат до хронични превентабилни заболувања, по пат на докажани и постоечки бихејвиорални и социјални теории. Од сите теории во психологијата кои се однесуваат на промена во човечкото однесување, моделот на доверба во здравство е најупотребуван во превентивните здравствени програми. Моделот на доверба во здравство (Health Belief Model-НВМ) е развиен за да помогне да се разбере зошто луѓето користеле или не користеле превентивни услуги што ги нуделе одделенијата за јавно здравје во 1950-тите и еволуирал за да се решат современите проблеми во превенцијата. Овој модел теоретизира дека верувањето на луѓето за тоа дали се изложени на ризик од болест или здравствен проблем и нивните сфаќања за придобивките од преземање акција за да се избегне истиот, влијаат на нивната подготвеност да преземат акција.¹¹² Според Лазарова А., (2020) мајките во Македонија имаат низок степен на познавање за етиологијата на ЕСС, но и спремни се да прифатат нови методи за превенција како употреба на орални пробиотици во вид на мастики за цваќање, што би значело промена во нивното однесување, со цел да спречат одредено заболување кај себе и кај своите деца.¹¹³ *Иновативната m-health метода* во последните декади се спроведува во високоразвиените земји, а е предизвик за земјите со низок и среден доход на приход во кои спаѓа и Македонија. Меѓународната унија за телекомуникации објави дека во 2013 година, глобалните претплати на мобилни телефони достигнале 6,8 милијарди и дека стапката на бројот на активни корисници на мобилни телефони во рамките на одредена популација достигнува 89% во земјите во развој.¹¹⁴ Ова го олеснува развојот на новата компонента на електронското здравство, таканаречено *мобилното здравство (m-health)*.¹¹⁵ Главната карактеристика на *m-health* е размена на здравствени информации во форма на кодирани податоци, текст, слики, аудио и видео со користење на мобилни уреди. Оваа технологија може да се искористи за решавање на предизвиците како што се пристапност, квалитет, достапност, економска исплатливост.¹¹⁶ Во Македонија според Агенцијата за електронски комуникации, има одлична покриеност со мобилни телефони, односно во 2015 година се регистрирани 2.3 милиони корисници.¹¹⁷ Комбинирањето на *m-health* интервенциите со докажаните теории од психологијата за менување на човековото однесување во однос на своето здравје, веќе е докажано како позитивно низ повеќе студии во високоразвиените земји.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Hashemian, Kritz, Silverstein, & Baker (2014) го тестираат влијанието на мобилните смс-пораки до мајките испратени секојдневно во текот на една недела, со текстови кои на родителите им давале информации за орално здравје и ги потсетувале мајките да ги чистат забите со забен конец. Знаењето и однесувањето кон оралното здравје кај мајките во интервентната група значително се зголемило во однос на контролната група.¹¹⁸ Во друга студија во Канада (Kulkarni, 2013), се разгледува долгорочниот ефект на едукативно видео за родители во кое се прикажува која е правилната грижа за млечните заби и што е ЕСС. Осумнаесет месеци по прикажување на видеото, направено е истражувањето чии резултати покажуваат дека родителите кои го следеле видеото имале повеќе знаење, а нивните деца имале помалку кариес во однос на контролната група кај која немало интервенција со едукативно видео.¹¹⁹ Друга слична студија го тестира знаењето на родителите за орална хигиена на новороденчињата пред и по гледањето на едукативното видео во рамките на првата посета кај стоматолог на нивното дете на возраст меѓу 3-12 месеци. Според резултатите поголеми се познавањата кај родителите по гледањето на видеото. Мнозинството од нив изјавиле дека информацијата која ја добиле преку видеото ја гледаат како корисна и дека ќе ги променат навиките за орално здравје дома.¹²⁰

Во нашата земја во моментот кога оваа тема беше прифатена за докторска дисертација, немаше обновени податоци на тема ЕСС и негова превенција, познавања, ставови и практики за перинатално орално здравје кај примарните здравствени работници и кај мајките и покрај присутната Стратегија и Национална програма за превенција на орални заболувања кај деца до 14 години, како единствена во регионот од Балканот. Затоа, целта на студијата беше да се обезбедат доволно податоци и литература која би можеле креаторите на здравствени политики да ја искористат во иднина.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

1.5 Цели на истражувањето

Главна цел:

- Да се добијат податоци од прашалниците креирани за ова истражување, наменети за гинеколози, педијатри, медицински сестри, студенти и стажанти по медицина и стоматологија со кои ќе се евалуираат познавањата, ставовите и практиките во однос на инфантилно и перинатално орално здравје;
- да се добијат базични социо-демографски информации, информации за верувања, знаења и бихејвиорални навики поврзани со оралното здравје кај мајките преку прашалникот дистрибуиран до нив.

- Долгорочни цели и очекувани ефекти од истражувањето:

- Сите податоци да послужат понатаму за усовршување на здравствениот систем, со поголем акцент на превентивата уште во периодот на бременост;
- Изработка на унифициран водич за перинатално и инфантилно орално здравје наменет за сите здравствени работници кои стапуваат во контакт со идните мајки и со нивните деца во првата година од животот;
- Да се започне со мултидисциплинарна соработка вклучувајќи гинеколози, педијатри и стоматолози;
- Ширење на нови информации и кревање на свеста за важноста и безбедноста на стоматолошката заштита за време на бременоста преку високообучен кадар на здравствени работници кои ќе ја користат базата на научни истражувања од областа на перинаталното и доенечкото орално здравје;
- Воведување стоматолошка посета од период до една година во склоп на креирање на здравствените политики и системи во кои се вклучени детски и општи стоматолози;
- Идентификација и стоматолошка заштита за доенчиња со најголем ризик за рана појава на дентален кариес;
- Креирање на здравствени политики со кои во склоп на здравствените домови ќе се вршат едукациите и грижата за оралното здравје на бремените жени и ќе се отвара стоматолошки здравствен картон за новороденото уште во тек на првата година по раѓањето.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

- Хипотеза

- Поради инсуфициентно знаење, а позитивен став, потребен е протокол, водич за перинатално и инфантилно орално здравје наменет за сите здравствени работници од примарната здравствена заштита;
- Потребни се промени во едукацијата кај здравствените работници од примарната здравствена заштита;
- Степенот и видот на образование влијае врз знаењето, ставовите и практиките кај испитаниците. (очекуваме кај оние со посоодветно образование - студенти по стоматологија и со повисок степен на образование, да имаат повеќе познавање за оралното здравје во перинаталниот период);
- Сестрите со високо образование имаат подобри познавања за оралното здравје во однос на сестрите без високо образование (очекуваме да имаат подобри познавања оние сестри со високо образование);
- Педијатрите, докторите од примарна здравствена заштита, медицинските сестри кои имаат помал број на прегледани пациенти во текот на денот, повеќе ги советуваат своите пациенти за оралното здравје (повеќе време за пациент, поголема можност за превентивни активности);
- Здравствените работници со повеќегодишно работно искуство се со подобри знаења, ставови и практики;
- Вработените во приватни установи се со подобри практики, знаења и практики од оние вработени во државни установи и vice versa;
- Студентите по стоматологија имаат подобри познавања, ставови, практики од студентите по медицина;
- Потребно е да се интервенира кај трудниците за време на бременост, со цел зголемување на знаењето за оралното здравје.

2. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

2.1 Материјал

Студијата беше изведена со помош на:

- Структуриран прашалник поделен во четири дела наменет за педијатри, гинеколози, медицински сестри, акушерки, патронажни сестри, студенти/стажанти по медицина и стоматологија;
- Структуриран прашалник наменет за идните мајки.

2.2 Метод

Испитаници беа трудници во втор и трет триместар од бременоста; здравствен персонал кој би можел да дојде во контакт со идните мајки и нивните деца на возраст од една година, а ги опфаќа: гинекологите, педијатрите, медицинските сестри, акушерките и патронажните сестри, како и студентите/стажантите на Стоматолошкиот и Медицинскиот факултет. Евалуирани беа вкупно 349 испитаници.

- Критериуми за инклузија на испитаниците

Прва група: гинеколози членови на Здружението на приватни гинеколози на Македонија;

Втора група: педијатри, лекари од примарна здравствена заштита чии податоци за контакт (e-mail) се јавно достапни;

Трета група: медицински, гинеколошки и патронажни сестри вработени во примарна здравствена заштита;

Четврта група: студенти на медицина - апсолвенти;

Петта група: студенти на стоматологија - апсолвенти;

Шеста група: трудници на скрининг на клиниката за Гинекологија, во втор и трет триместар од бременоста, кои разбираат македонски јазик.

Истражувањето се состоеше од неколку фази. Прво, креирање на прашалник наменет за здравствени работници и студенти, врз база на прашалници кои се веќе употребени во научната литература. Истиот се дистрибуираше online во вид на Google Document до педијатри, гинеколози, медицински сестри и акушерки, како и до студенти и стажанти на Стоматолошкиот и

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Медицинскиот факултет со кој се евалуираа знаењата, ставовите и практиките во однос на перинатално и инфантилно орално здравје.

Базичниот/основниот прашалник за здравствените работници се состои од 28 прашања кои се поделени на пет дела и тоа:

1) Првиот дел содржи демографски податоци за полот, возраста, работното место, годините на работно искуство и просечен број на прегледани пациенти дневно на испитаниците;

2) Вториот дел дава податоци за степенот на образование, извори на информации за орално здравје и каква е потребата на испитаниците за дополнителна едукација за орално здравје;

3) Во третиот дел преку вкупно 7 прашања се евалуира ставот на испитаниците за нивната улога за зачувување на оралното здравје кај доенчињата и малите деца;

4) Четвртиот дел ни покажа што практикуваат испитаниците во секојдневната пракса, со цел ерадикација на карис и орални заболување и кревање на целокупното здравје на поквалитетно ниво преку подобрување на оралното здравје;

5) Петтиот дел содржи 10 прашања преку кои се врши проценка на степенот на знаења за оралното здравје во перинаталниот, доенчкиот и периодот на раното детство.

Прашањата даваа можност за повеќе одговори, онаму каде што испитаниците сметаа дека е потребно.

Прашалникот беше модифициран за секоја група одделно, според степенот на образование, со одреден број на прашања кои се повторуваа кај сите здравствени работници и студентите по медицина и стоматологија. Истите тие прашања беа искористени за компаративна анализа меѓу испитаниците.

Прашалникот наменет за трудници содржи дел со демографски податоци, како и прашања согласно кои ќе се евалуираат ставовите, практиките и знаењата на тема перинатално и инфантилно орално здравје, како и посебен дел кој ќе се однесува на НВМ.

Во делот со демографски податоци, се испитува дали мајките користат мобилен телефон и социјални медиуми, и во согласност со тоа каква ќе е можноста да се употреби m-health технологијата при идни можни креирања на интервенции кои ќе ја користат оваа метода.

За проценка на можноста за употреба на теории од психологијата, конкретно НВМ, за промена на однесувањето согласно свесноста за приемчивоста и тежината на оралните болести во перинаталниот период, до трудниците кои се втор и трет триместар од бременоста, лично, на ЈЗУ

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

„Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство“, Скопје ќе се дистрибуира прашалник. Освен прашалникот трудниците потпишуваат и изјава за согласност, во која ќе е детално објаснет целиот процес на истражување. Со прашалникот се обезбедуваат податоци за ставовите, знаењата и практиките на идните мајки за важноста на перинаталното и инфантилното орално здравје; како и податоци за свесноста на трудниците за тежината, опасноста и приемчивоста на оралните заболувања по нив и нивното идно бебе, за очекуваните бариери за посета на стоматолог за време на бременост и за очекуваните бенефити доколку преземат одредени дејствија за превенција на ЕСС. Овие податоци понатаму се можност за креирање на интервенции за трудници кои ќе го комбинираат моделот на доверба во здравство (НВМ) и m-health, се со цел ерадикација на ЕСС.

- Статистичка анализа

Базите на податоци се формирани со примена на специфична компјутерска програма за таа намена - IBM Statistics 20.0 (IBM, Somers, NY).

- Нивната обработка ќе се изврши со помош на стандардни дескриптивни и аналитички анализи;
- Атрибутивните статистички серии ќе се анализираат со одредување на проценти на структура, а утврдување на статистичка значајност меѓу откриените разлики е тестирана со **Тест на разлики - Difference test**;
- Нумеричките серии ќе се анализираат со мерки на централна тенденција и со мерки на дисперзија на податоците (просек и стандардна девијација);
- Веројатноста за асоцијација меѓу дистрибуциите и фреквенциите на атрибутивните варијабли ќе се процени со Person Chi - square тест;
- За квантифицирање на сигнификантни фактори ќе се одредува односот на предимство/превага OR;
- Со Shapiro -Wilk тест ќе се испитува нормалната распределба на варијаблите;
- За CI (confidence интервал - 95% CI) е дефинирана статистичка значајност за ниво на грешка помало од 0,05 (p);
- Резултатите ќе се прикажат табеларно и графички.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Статистички ќе се мерат и анализираат следните параметри:

- Податоци за познавањата, ставовите и практиките на здравствените работници за инфантилно и перинатално орално здравје;
- Податоци за познавањата, ставовите и практиките за орално здравје кај трудниците;
- Податоци за можност да се употреби m-health и НВМ како теорија од психологијата, за превенција на ЕСС.

3. РЕЗУЛТАТИ

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Во студијата за проценка на знаењата, ставовите и практиките во однос на оралното здравје во Р.С.Македонија земаа учество 349 анкетирани лица и истите беа поделени во шест групи:

- I.** Првата група ја сочинуваа - 31 (8.9%) лекари специјалисти гинеколози;
- II.** Втората група беа - 49 (14.0%) лекари специјалисти педијатри, семејна медицина и матични доктори;
- III.** Третата група ја сочинуваа - 36 (10.3%) среден медицински персонал: медицински сестри, акушерки, патронажни сестри;
- IV.** Четвртата група беа студенти на Медицински Факултет - 69 (19.8%);
- V.** Петтата група беа студенти на Стоматолошкиот Факултет- 48 (13.7%) и
- VI.** Шестата група беа родители/мајки – 116 (33.2%).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

3.1 Лекари специјалисти гинеколози

Од вкупниот број на анкетираниите лекари специјалисти гинеколози (31), во најголем процент застапена е возраста од над 55 години (32.2%), додека останатите возрасни групи се застапени подеднакво со 22.6% (Табела 1. и График 1а).

Процентуалната разлика е статистички несигнификантна помеѓу застапеноста на возрасната група над 50г. наспроти останатите возрасни модалитети за $p > 0.05$ (Difference test, $p = .3968$). Групата е хомогена врз основа на возраста.

Табела 1. Приказ на социо-демографските карактеристики на анкетираниите лекари специјалисти гинеколози

<i>Возраст-год.</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
25 - 35	7	22.6
35 - 45	7	22.6
45 - 55	7	22.6
>55	10	32.2
<i>пол</i>		
женски	19	61.3
машки	12	38.7
<i>години на работно искуство</i>		
<5	3	9.7
5 - 10	7	22.6
10 - 25	11	35.5
>25	10	32.5
<i>работите во</i>		
државна болница	7	22.6
приватна болница	5	16.1
приватна ординација	19	61.3
<i>број на прегледи дневно</i>		
<10	3	9.7
10-25	20	64.5
>25	8	25.8

Поголем процент од анкетираниите беа од женскиот пол, 61.3%, додека 38.7% беа од машкиот пол (Табела 1. и График 1б.). Процентуалната разлика е статистички несигнификантна помеѓу застапеноста на половите за $p > 0.05$ (Difference test, $p = .0752$).

Кај анкетираниите лица 35.5% беа со работно искуство помеѓу 10 и 25 години, потоа следуваат анкетирани со работно искуство над 25 години – 32.5%, 22.6% беа со стаж од 5 до 10 години и 9.7% беа со работно искуство по 5 години (Табела 1. и График 1в.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

64.0% од анкетираниите лица имаа од 10 до 25 прегледи дневно, а 25.8% над 25 прегледи дневно (Табела 1. и График д.).

61.3% беа вработени во приватни ординации, 22.6% во државни болници и 16.1% во приватни болници (Табела 1. и График 2г.).

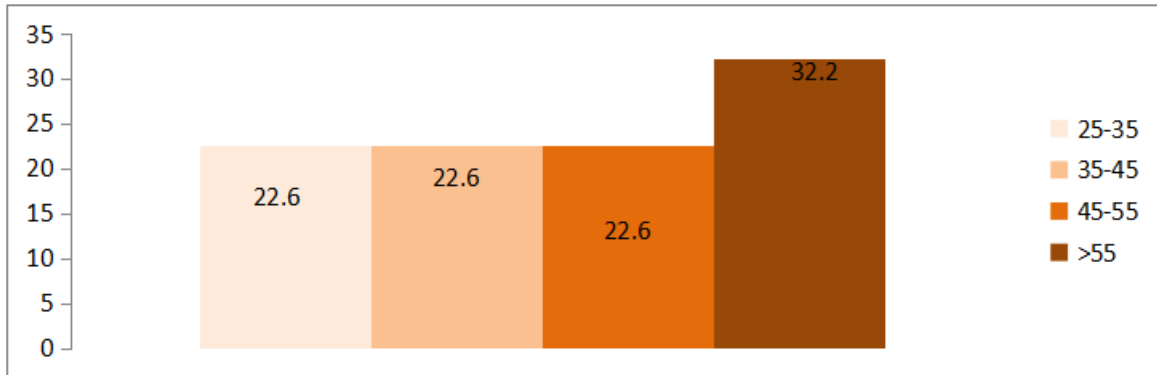


График 1а. Приказ на возраста на анкетираниите гинеколози

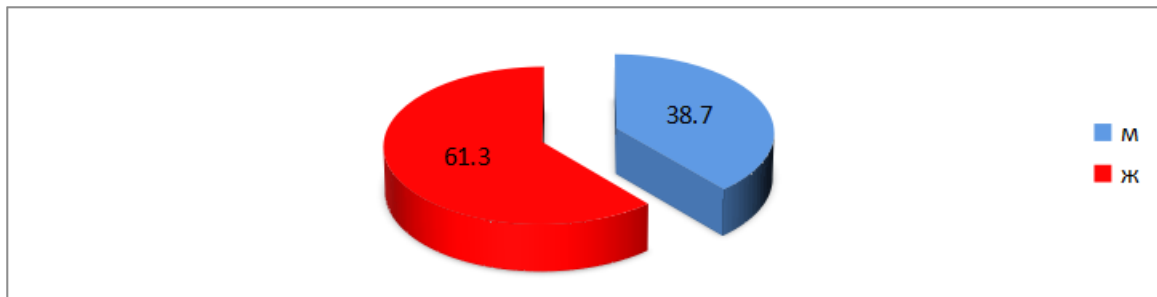


График 1б. Приказ на анкетираниите гинеколози според полот

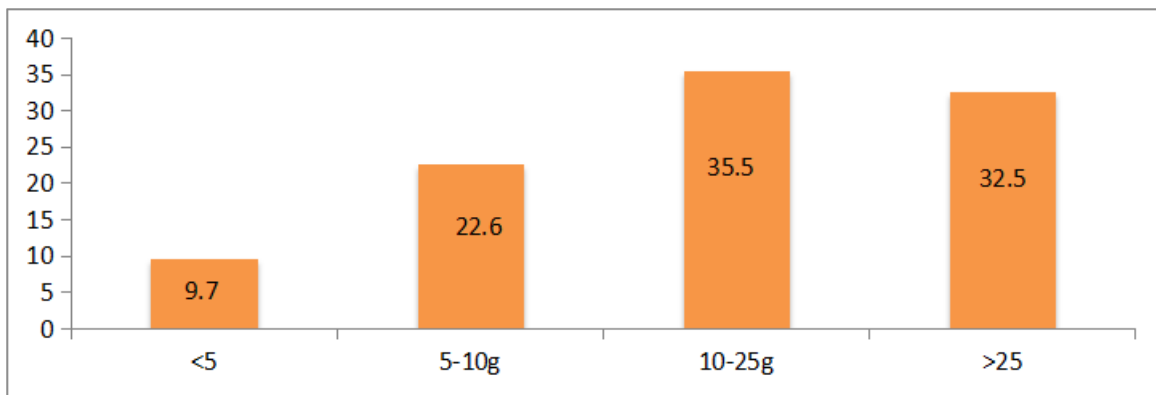
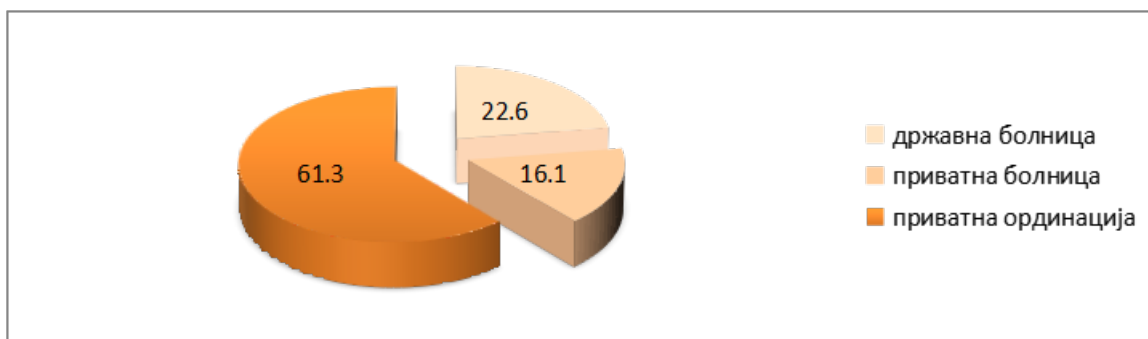


График 1в. Приказ на анкетираниите гинеколози според години на работно искуство

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Графикон 1г. Дистрибуција на анкетираниите гинеколози според институцијата каде се вработени

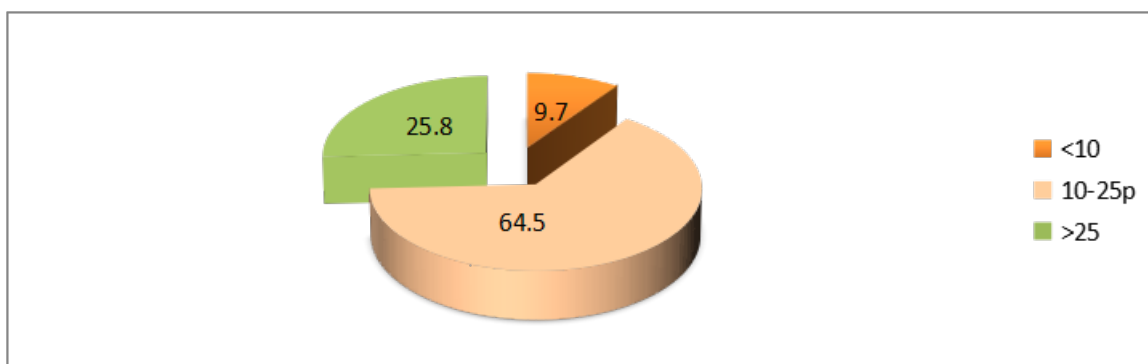


График 1д. Дистрибуција на анкетираниите гинеколози според број на прегледани пациенти дневно

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 2. Приказ на одговорите на прашањата од анкетираниите лекари специјалисти
гинеколози

<i>П1 Дали препорачувате стоматолошки преглед пред забременување на вашиите пациенти кои планираат бременост?</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
не	10	32.3
да	21	67.7
П2 Дали препорачувате на вашиите пациенти стоматолошки преглед во првото тримесечие од бременоста?		
не	7	22.6
да	24	77.4
П3 Дали препорачувате на вашиите пациенти да го одложат стоматолошкиот преглед до после породувањето		
не	28	90.3
да	3	9.7
П4 Дали верувате дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста?		
не	7	22.6
да	24	77.4
П5 Кое тримесечие е најбезбедно за време на бременоста за стоматолошки третмани?		
прво тримесечие	3	9.7
второ тримесечие	6	19.4
трето тримесечие	5	16.1
второ и трето тримесечие	14	45.2
прво,второ и трето тримесечие	3	9.7

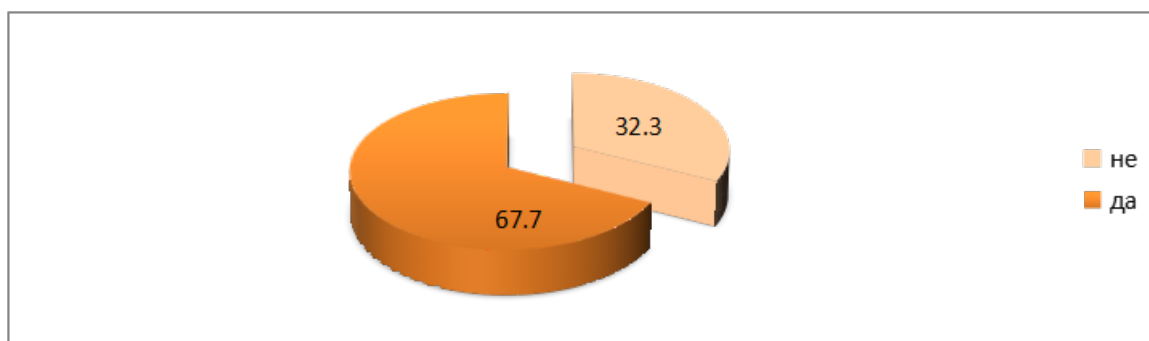
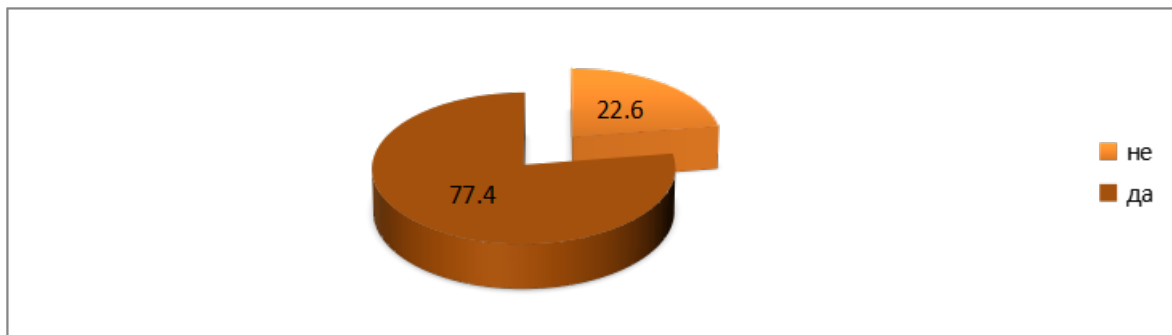


График 2а. Дистрибуција на анкетираниите гинеколози според одговорот на прашањето:
Дали препорачуваат стоматолошки преглед пред забременување на нивните пациенти кои
планираат бременост?

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Од лекарите гинеколози, 67.7% од нив препорачуваат стоматолошки преглед на нивните пациенти пред забременување, а 32.3% (10) не препорачуваат, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 2. и График 2а.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу пол, возрасни групи, години работно искуство, број на пациенти дневно, место на работа версус препораката за дентален преглед на нивните пациенти пред забременување за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .065555, $df = 1$, $p = .797923$, Pearson Chi-square: .601020, $df = 3$, $p = .896199$; Pearson Chi-square: .650546, $df = 3$, $p = .884770$; Pearson Chi-square: 4.09338, $df = 2$, $p = .129162$; Pearson Chi-square: .730407, $df = 2$, $p = .694055$).



Графикон 2б. Дистрибуција на анкетираниите гинеколози според тоа дали препорачуваат стоматолошки преглед на нивните пациенти во првото тромесечје од бременоста.

Лекарите гинеколози т.е. 77.4% од нив препорачуваат стоматолошки преглед на нивните пациенти во првото тромесечје од бременоста, а 22.6% (7) не препорачуваат, процентуалната разлика која беше регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 2. и График 2 б.).

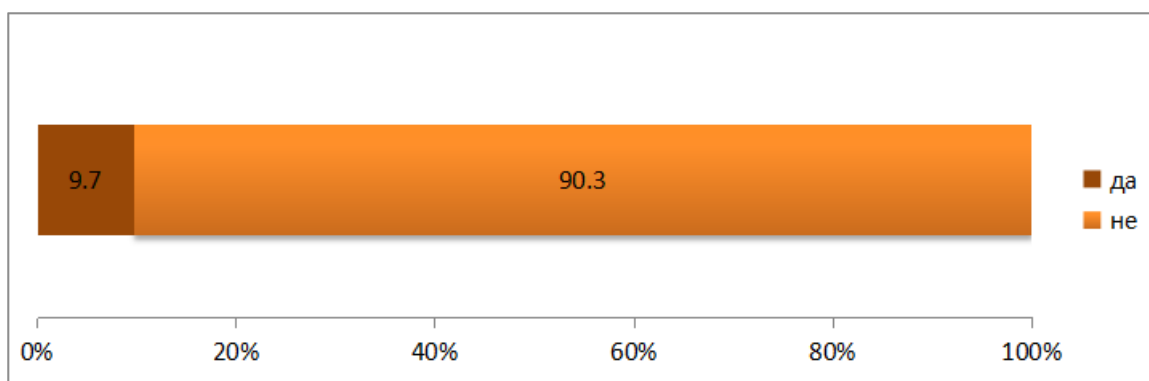
Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа vs препораката за стоматолошки преглед на нивните пациенти во првото тромесечје од бременоста за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .065555, $df = 1$, $p = .797923$, Pearson Chi-square: .601020, $df = 3$, $p = .896199$; Pearson Chi-square: .650546, $df = 3$, $p = .884770$; Pearson Chi-square: 4.09338, $df = 2$, $p = .129162$; Pearson Chi-square: .730407, $df = 2$, $p = .694055$).

Во најголем дел, лекарите гинеколози (90.3%) не препорачуваат на нивните пациенти да го одложат стоматолошкиот преглед до после породувањето, само 9.7% (3) препорачуваат,

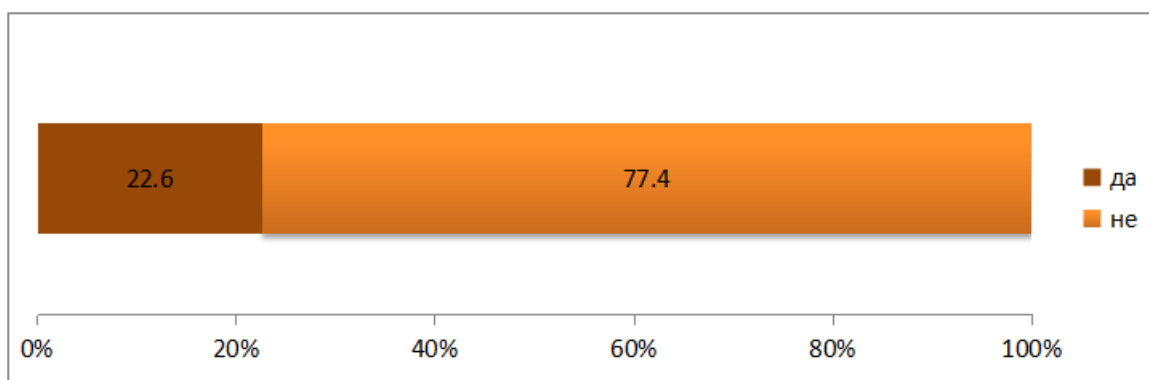
ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 2. и График 2в.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа vs препораката на нивните пациенти за одложување на стоматолошкиот преглед до после породувањето за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.09774, $df=1$, $p=.147517$, Pearson Chi-square: 4.36003, $df=3$, $p=.225120$; Pearson Chi-square: 3.27046, $df=3$, $p=.351775$; Pearson Chi-square: 1.20315, $df=2$, $p=.547948$; Pearson Chi-square: 1.82679, $df=2$, $p=.401161$)



Графикон 2в. Дистрибуција на анкетираниите гинеколози според тоа дали препорачуваат на нивните пациенти да го одложат стоматолошкиот преглед до после породувањето.



Графикон 2г. Дистрибуција на анкетираниите гинеколози според тоа дали веруваат дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста

Во најголем дел, лекарите гинеколози (77.4%) веруваат дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста, а 22.6% (7), процентуалната

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

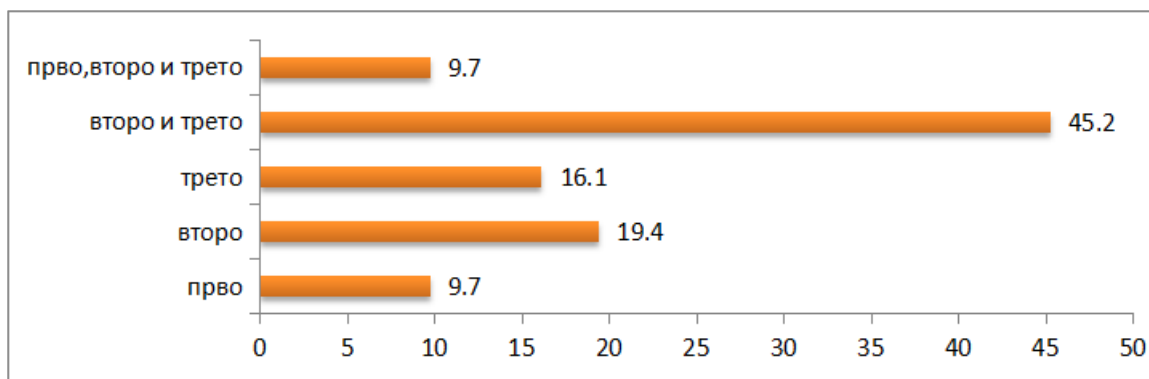
разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 2. и График 2г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа vs верувањето за безбедноста да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .065555, $df = 1$, $p = .797923$; Pearson Chi-square: 4.27832, $df = 3$, $p = .232937$; Pearson Chi-square: 5.07073, $df = 3$, $p = .166691$; Pearson Chi-square: 3.12997, $df = 2$, $p = .209091$; Pearson Chi-square: 1.96979, $df = 2$, $p = .373478$).

Во најголем дел, лекарите гинеколози (45.2%) сметаат дека најбезбедно време во текот на бременоста за стоматолошки третмани е второто и третото тромесечје. За безбедност на првото тромесечје се одлучуваат само 9.7% (3) од анкетираниите гинеколози и ист број сметаат дека безбедноста е во текот на целата бременост (Табела 2. и График 2 д.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа vs знаењето за најбезбедно тромесечје во текот на бременоста за стоматолошки третмани за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 16.7885, $df = 15$, $p = .331664$; Pearson Chi-square: 18.0669, $df = 15$, $p = .259164$; Pearson Chi-square: 9.90934, $df = 10$, $p = .448483$; Pearson Chi-square: 10.3309, $df = 10$, $p = .411960$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу полот vs знаењето за најбезбедно тромесечје во текот на бременоста за дентални третмани за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 11.8322, $df = 5$, $p = .037161$).



Графикон 2д. Дистрибуција на анкетираниите гинеколози според одговорот на прашањето: Кое тромесечје за време на бременоста е најбезбедно за стоматолошки третмани?

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 3. Приказ на одговорите на прашањата од анкетираниите лекари специјалисти
гинеколози

<i>П6 Дали сметате дека е ризично да се прават Rtg снимки на заби за време на бременоста?</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
не	16	51.6
да	15	48.4
<i>П7 Дали мислите дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација?</i>		
не	3	9.7
да	28	90.3
<i>П8 Дали сметате дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход?</i>		
не	13	41.9
да	18	58.1
<i>П9 Дали сметате дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓање на бебиња со мала родилна тежина?</i>		
не	16	51.6
да	15	48.4
<i>П10 Според Вас, која процедура е најбезбедна за време на бременоста</i>		
чистење забен камен и полирање	25	80.6
реставрација	18	58.1
ендодонтеки третман	10	32.3
екстракција	8	25.8
локална периапикална снимка	4	12.9
ртг панорама снимка	1	3.1
<i>П11 Дали сметате дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката?</i>		
не	17	54.8
да	14	45.2
<i>П 12 Дали кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено?</i>		
не	16	51.6
да	15	48.4

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

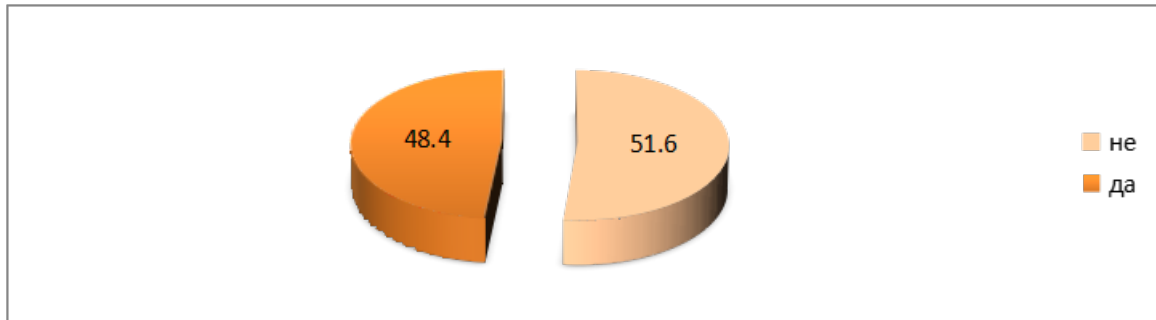


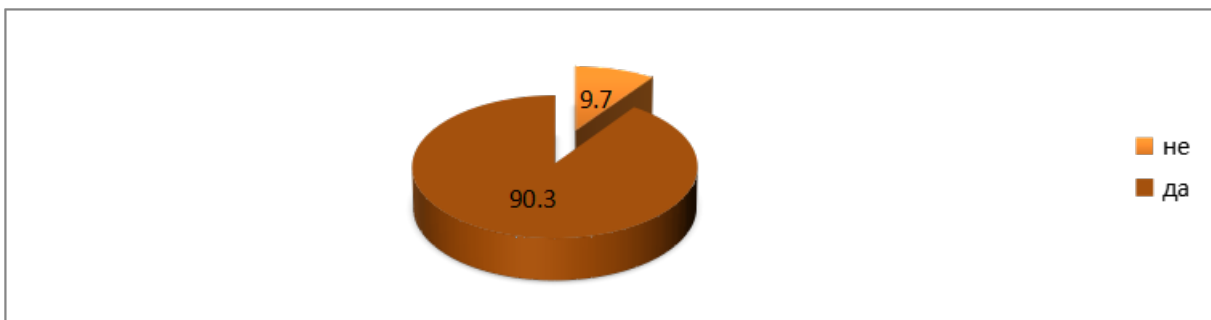
График 3а. Дистрибуција на анкетираниите гинеколози според тоа дали сметаат дека е ризично да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста.

Од лекарите гинеколози, 48.4% сметаат дека е ризично да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста, а 51.6% сметаат дека не е, процентуалната разлика која се регистрира е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.8011$) (Табела 3. и График 3а.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа vs знаењето дали е ризично да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 3.14244, $df=3$, $p=.370181$, Pearson Chi-square: 4.80651, $df=3$, $p=.186526$; Pearson Chi-square: 5.81891, $df=2$, $p=.054505$; Pearson Chi-square: 1.00212, $df=2$, $p=.605889$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу полот версус знаењето дали е ризично да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 4.28799, $df=1$, $p=.038382$).

Анкетираниите лица од машкиот пол 5 пати (OR=5.1429, 95% CI 1.0331-25.6027) повеќе сметаат дека е ризично да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста во однос на женскиот пол.

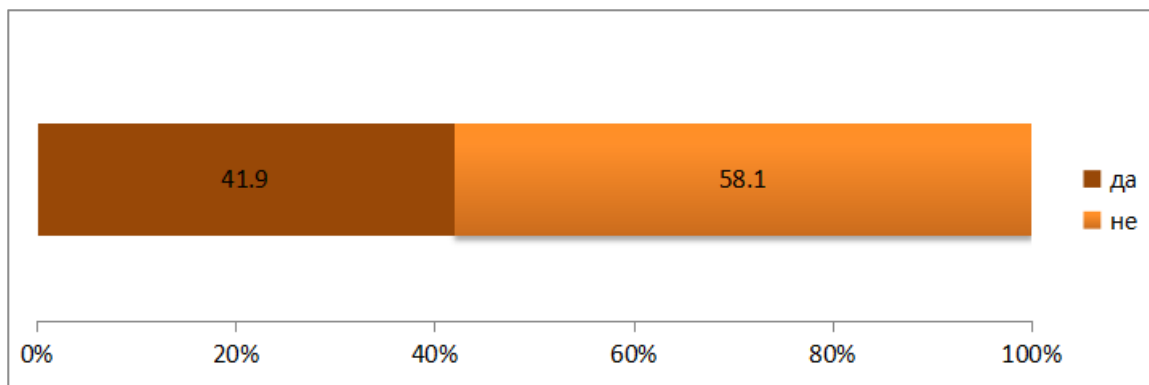


Графикон 3б. Дистрибуција на анкетираниите гинеколози според тоа дали мислат дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Лекарите гинеколози, 90.3% мислат дека во периодот на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација, додека 9.7% (3) дека не се зголемува, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 3. и График 3б.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возрасните групи, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа версус мислењето дека во периодот на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.09419, $df = 1$, $p = .295544$, Pearson Chi-square: 6.97500, $df = 3$, $p = .072699$; Pearson Chi-square: 6.97500, $df = 3$, $p = .072699$; Pearson Chi-square: 2.09774, $df = 2$, $p = .350333$; Pearson Chi-square: . 2.49415, $df = 2$, $p = .287345$).



Графикон 3в. Дистрибуција на анкетираниите гинеколози според тоа дали сметаат дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход.

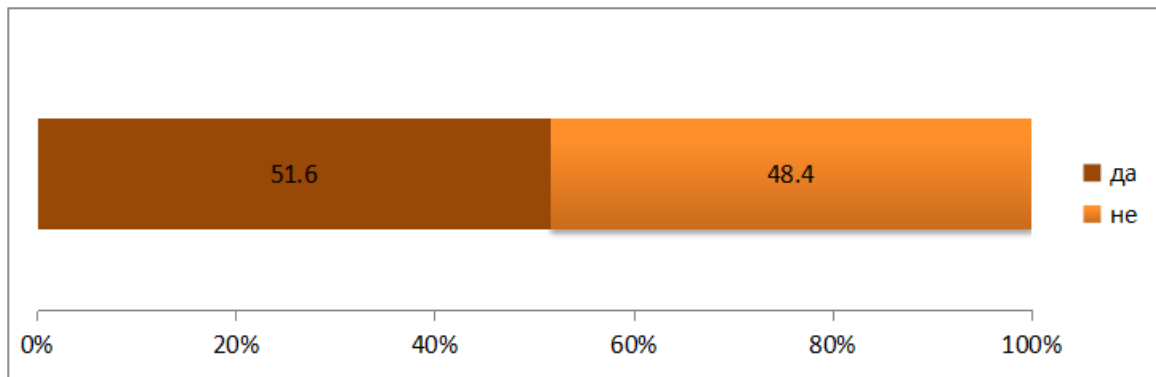
Во најголем дел, лекарите гинеколози (58.1%) сметаат дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход, а 41.9% не, процентуалната разлика која беше регистрирана е статистички несиѓнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.2021$) (Табела 3. и График 3в.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возрасните групи, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа версус мислењето дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .000581, $df = 1$, $p = .980769$, Pearson Chi-square: 5.47894, $df = 3$, $p = .139904$; Pearson Chi-square: 3.27046, $df = 3$, $p = .351775$; Pearson Chi-square: 1.20315, $df = 2$, $p = .547948$; Pearson Chi-square: 1.82679, $df = 2$, $p = .401161$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста по и над 35 години vs мислењето дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 4.4091, $p = 0$).

Анкетираните лица над 45 години (OR= 0.1909, CI 95% 0.0385-0.9464) (Change in Odds %: $(0.19 - 1) * 100 = -81\%$) имаат 81% помала шанса за мислењето дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход.



Графикон 3г. Дистрибуција на анкетираните гинеколози според тоа дали сметаат дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓање на бебиња со мала родилна тежина

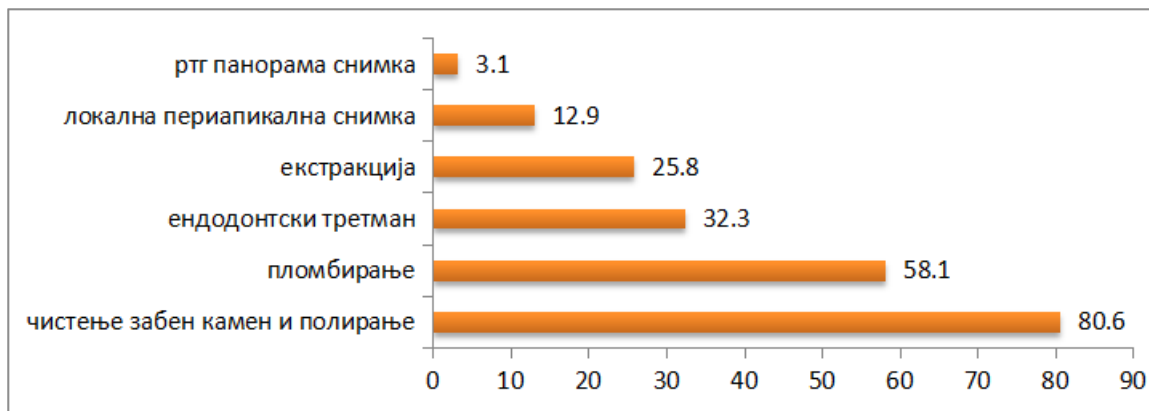
Во најголем дел, лекарите гинеколози (51.6%) сметаат дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓање на бебиња со мала родилна тежина, а 48.4% не, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.8011$) (Табела 3. и График 3г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа версус ставот дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓање на бебиња со мала родилна тежина за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .775567, $df = 1$, $p = .378500$, Pearson Chi-square: 2.68482, $df = 3$, $p = .442813$; Pearson Chi-square: 1.66385, $df = 3$, $p = .645001$; Pearson Chi-square: .363609, $df = 2$, $p = .833764$; Pearson Chi-square: .501597, $df = 2$, $p = .778179$).

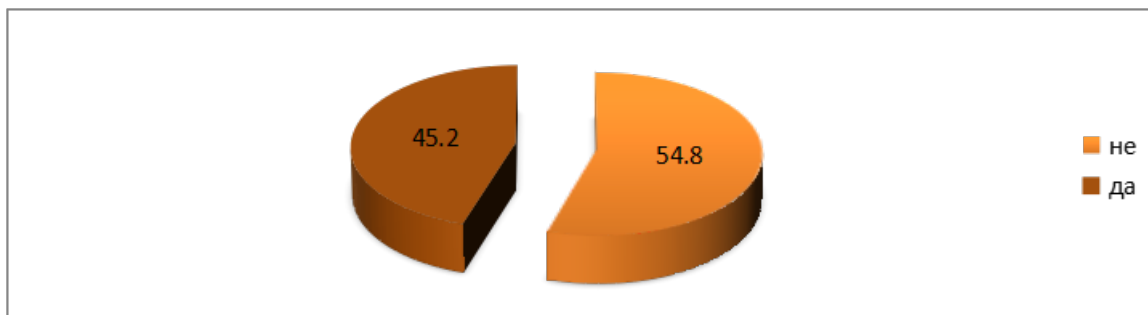
Во најголем дел, лекарите гинеколози (80.6%) сметале дека најбезбедна процедура е чистење на забен камен и полирање, потоа следува со 58.1% реставрација, со 32.2% е застапено

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

мислењето за ендодонтски третман, 25.8% - екстракција, 12.9% локална периапикална снимка и само еден лекар е за панорама слика (Табела 3. и График 3д.).



Графикон 3д. Дистрибуција на анкетираните гинеколози според одговорот на прашањето: Која процедура за време на бременоста е најбезбедна?



Графикон 3ѓ. Дистрибуција на анкетираните гинеколози според тоа дали сметаат дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката.

Лекарите гинеколози, 54.8% од нив сметаат дека оралното здравје на новороденото не е во директна врска со оралното здравје на мајката, наспроти 45.2% кои сметаат дека е поврзано, процентуалната разлика која беше регистрирана е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p=0.4497$) (Табела 3. и График 3ѓ.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа версус ставот дека оралното здравје на новороденото не е во директна врска со оралното здравје на мајката за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .096547, $df=1$,

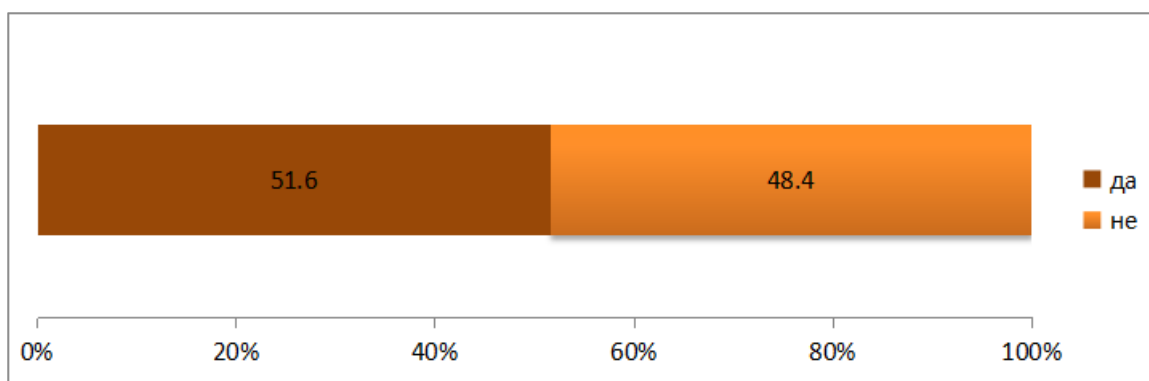
ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

$p=.756014$, Pearson Chi-square: 6.34660, $df=3$, $p=.095912$; Pearson Chi-square: 1.38126, $df=2$, $p=.501260$; Pearson Chi-square: 4.78785, $df=2$, $p=.091271$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу возрасните групи vs ставот дека оралното здравје на новороденото не е во директна врска со оралното здравје на мајката за $p<0.05$ (Pearson Chi-square: 9.77263, $df=3$, $p=.020601$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста по и над 45 години vs ставот дека оралното здравје на новороденото не е во директна врска со оралното здравје на мајката за $p<0.05$ (Pearson Chi-square: 7.1124, $p=0.007655$).

Анкетираните лица под 45 години за 8 пати повеќе (OR= 8.1250, CI 95% 1.6199-40.7535) сметаат дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход.



Графикон 3е. Дистрибуција на анкетираните гинеколози според одговорот на прашањето: Дали кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новороденото дете?

Лекарите гинеколози, 51.6% од нив сметаат дека кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено, додека 48.4% не, процентуалната разлика која беше регистрирана е статистички несигнификантна за $p>0.05$ (Difference test, $p=0.8011$) (Табела 3. и График 3е.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа версус ставот дека кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено за $p>0.05$ (Pearson Chi-square: 2.61959, $df=1$, $p=.105552$, Pearson Chi-square: 1.94119, $df=3$, $p=.584702$; Pearson Chi-square: 4.34889, $df=3$, $p=.226171$; Pearson Chi-square: 1.92915, $df=2$, $p=.381146$; Pearson Chi-square: 1.60274, $df=2$, $p=.448713$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

3.2.Лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори

Кај анкетираниите лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори (49) со 40.8% е застапена возраста од 25 до 35 години, потоа следи возраста до 35 до 40 години со 36.7%, а над 55 години - 12.2% (Табела 4. и График 4а.). Процентуалната разлика е статистички сигнификантна помеѓу застапеноста на возрастната група од 25 до 35 години и 35 до 45 години версус возрастни модалитети од 45 до 55 и над 55 години за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .00$).

Најголем дел од анкетираниите лица беа од женскиот пол 89.8% додека 10.2% беа од машкиот пол (Табела 4. и График 4б.). Процентуалната разлика е статистички сигнификантна помеѓу застапеноста на половите за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0000$).

Кај анкетираниите лица, 38.8% се со работно искуство помеѓу 10 и 25 и под 5 години, потоа следуваат анкетирани лица со работно искуство над 25 години и од 5 до 10 години се 10.2% (Табела 4. и График 4в.).

Од испитаниците, 36.7% се вработени во приватни ординации, 44.9% во државни болници, 10.2% во приватни болници и 8.2% во вакцинални пунктови (Табела 4. и График 4г.).

Во однос на бројот на прегледи дневно, 36.7% од анкетираниите имаа од 10 до 25 прегледи дневно, 47.0% над 25 прегледи дневно и под 10 прегледи имаа 16.3% (Табела 4. и График 4д.).

Според образованието, 42.9% од лекарите беа специјалисти, 24.5% беа на специјализација, 26.5% беа доктори по општа медицина и 10.1% беа научни соработници и професори (Табела 4. и График 4е.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 4. Приказ на социо-демографските карактеристики на анкетираниите лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори

<i>Возраст-год.</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
25 - 35	20	40.8
35 – 45	18	36.7
45 – 55	5	10.2
>55	6	12.2
<i>пол</i>		
женски	44	89.8
машки	5	10.2
<i>години на работно искуство</i>		
<5	19	38.8
5 - 10	5	10.2
10 - 25	19	38.8
>25	6	12.2
<i>работите во</i>		
државна болница	22	44.9
приватна болница	5	10.2
приватна ординација	18	36.7
вакцинални пунктови	4	8.2
<i>број на прегледи дневно</i>		
<10	8	16.3
10-25	18	36.7
>25	23	47.0
<i>степен на образование</i>		
доктор по општа мед.	13	26.5
доктор на специјализација	12	24.5
доктор специјалист	21	42.9
научен соработник, професор	5	10.1

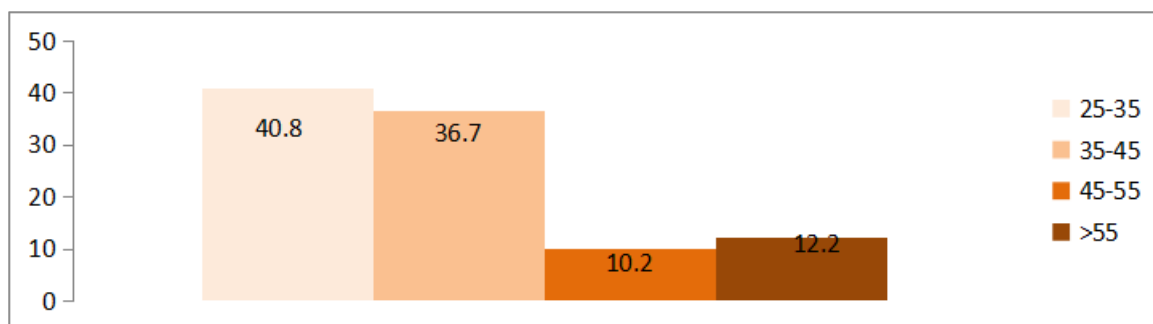


График 4а. Приказ на возраста на анкетираниите лица

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

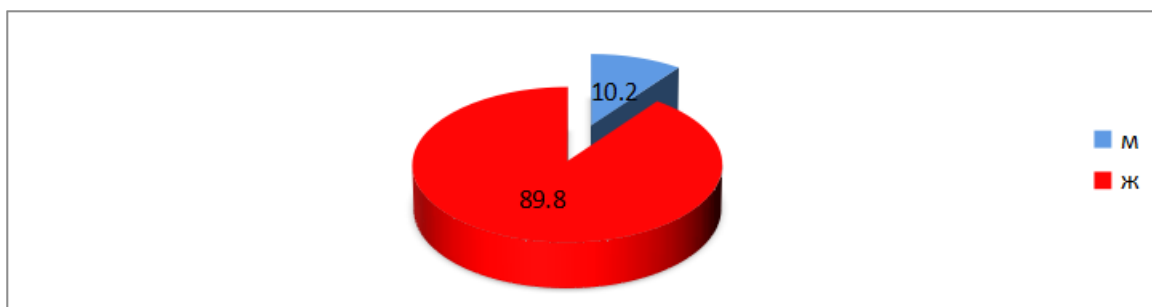


График 4б. Приказ на анкетираниите лица според полот

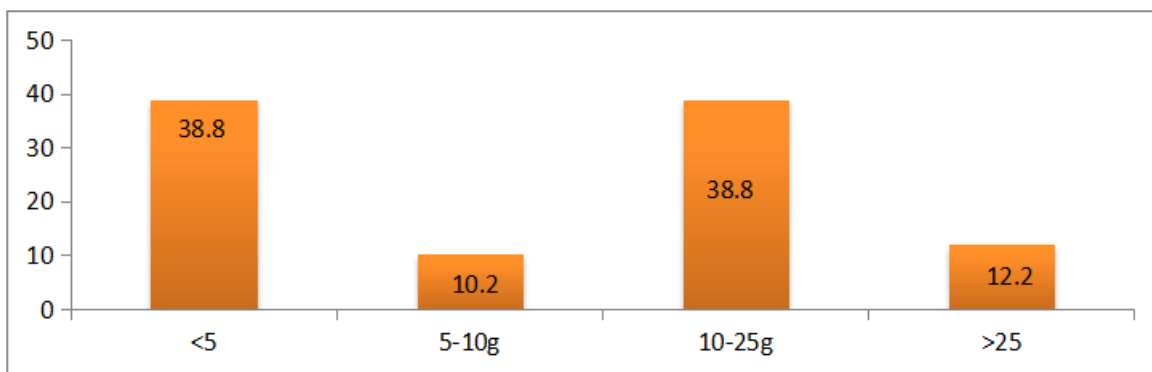
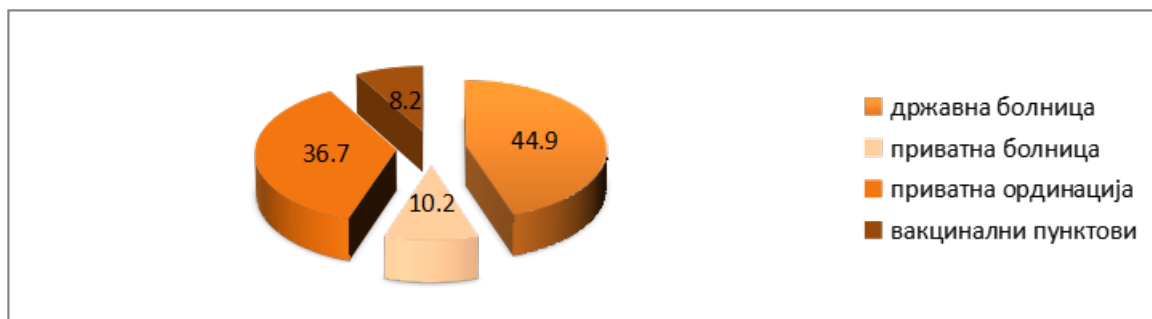


График 4в. Приказ на анкетираниите лица според години на работно искуство



Графикон 4г. Дистрибуција на анкетираниите лица според институцијата во која се вработени.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

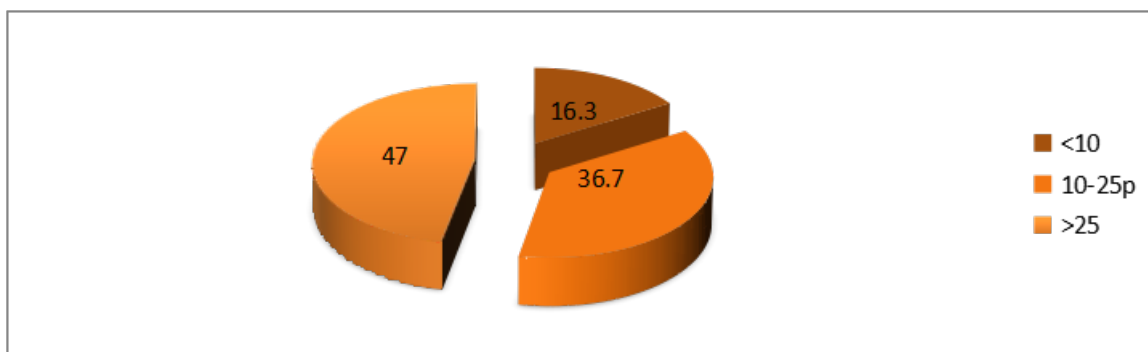


График 4д. Дистрибуција на анкетираните лица според број на прегледи дневно.

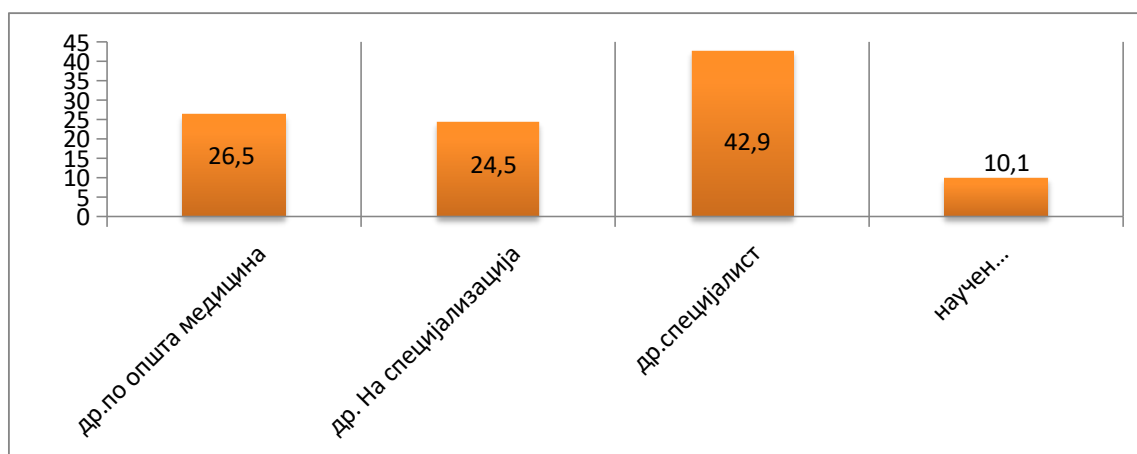


График 4г. Дистрибуција на анкетираните лица според образование.

Табела 5. Приказ на изворот на информации за оралното здравје на анкетираните лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори

извори на информација	број	%
формално медицинско образование	26	53.1
континуирана медицинска едукација	22	44.9
научни списанија	16	32.6
колеги	15	30.6
останати извори	12	24.5

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

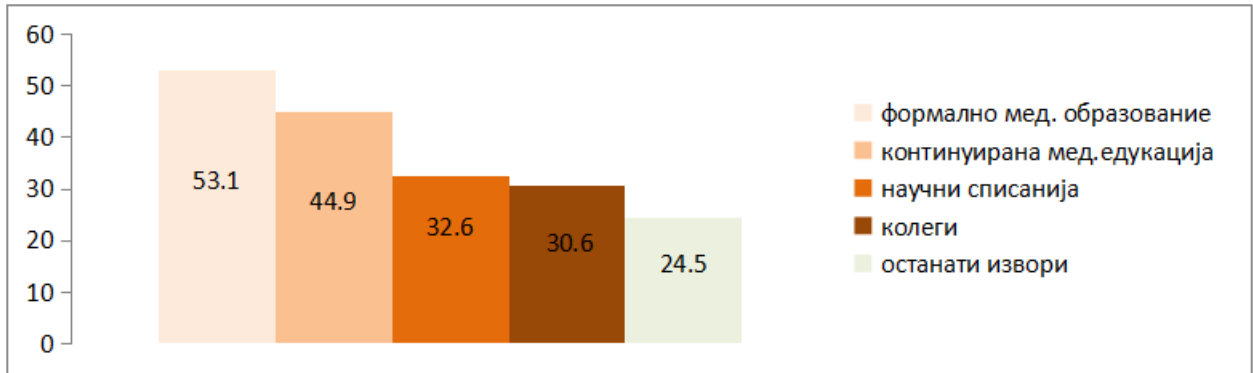


График 5. Приказ на изворот на информации за оралното здравје на анкетираниите лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори

Повеќе од половината, т.е. 53.1% од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични лекари сметаат дека изворите на информации за оралното здравје потекнуваат од формалното образование, 44.9% од континуираната медицинска едукација, 32.6% информациите се од научни списанија, 30.6% од размена на мислења со колеги и 24.5% од други извори. Изворите на информации кај анкетираниите се испреплетуваат меѓу себе - повеќе информации од различни места (Табела 5. и График 5.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 6. Приказ на одговорите на прашањата од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични лекари

<i>П7 Потребни ми се повеќе информации и едукација за орално здравје кај доенчиња и мали деца</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
не	7	14.3
да	42	85.7
<i>П8 Педијатрите, матичните лекари и доктори по семејна медицина играат важна улога во превенцијата на денталниот кариес и промоцијата на добро орално здравје кај доенчињата</i>		
не	11	22.4
да	38	77.6
<i>П9 Педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина мораат да ги едуцираат родителите/старателите за важноста на превентивните мерки за зачувување на оралното здравје кај децата?</i>		
не	3	6.1
да	46	93.9
<i>П10 Педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина мораат да ги прегледаат доенчињата и малите деца и да детектираат кариес?</i>		
не	16	32.7
да	33	67.3
<i>П11 Педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина мораат да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт?</i>		
не	3	6.1
да	46	93.9

Од анкетираниите лица, 85.7% сметаат дека им се потребни повеќе информации, а воедно и едукација за оралното здравје кај доенчињата и малите деца, а додека 14.3% сметаат дека не им се потребни дополнителни информации или едукација, процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 6. и График ба.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, местото на работа, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус ставот дека им се потребни повеќе информации и едукација за оралното здравје кај доенчињата и малите деца за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .148485, $df = 1$, $p = .699988$, Pearson Chi-square: 3.52239, $df = 3$, $p = .317870$; Pearson Chi-square: .927134, $df = 2$, $p = .629036$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините на работно искуство версус ставот дека им се потребни повеќе информации и едукација за оралното здравје кај доенчињата и малите деца за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 8.21204, $df = 3$, $p = .041827$, Pearson Chi-square: 8.38158, $df = 3$, $p = .038750$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

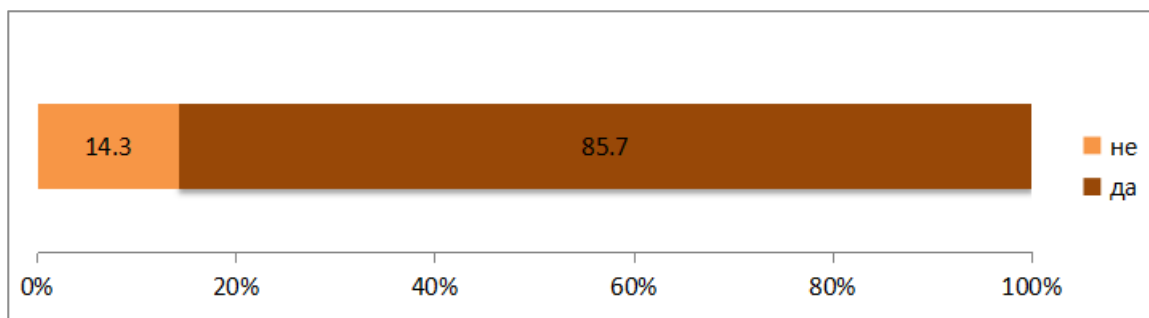


График 6а. Приказ на одговорот на прашањето - П7: Потребни ми се повеќе информации и едукација за орално здравје кај доенчиња и мали деца

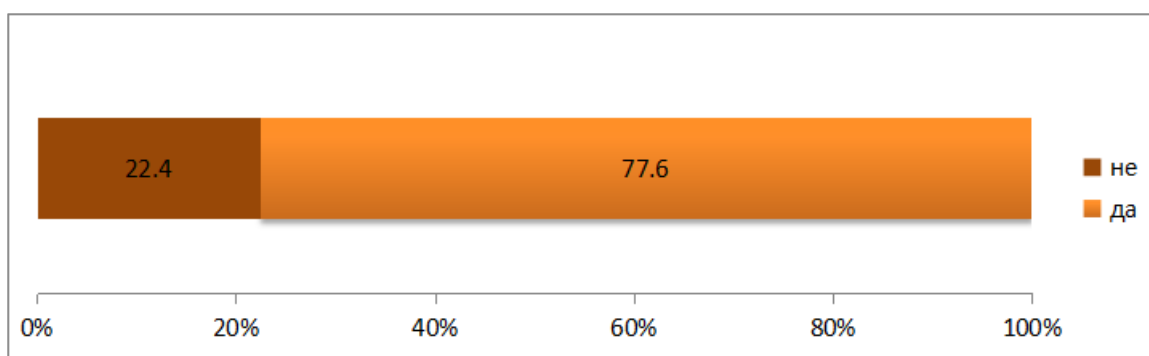


График 6б. Приказ на одговорот на прашањето - П8: Педијатрите, матичните лекари и доктори по семејна медицина играат важна улога во превенцијата на денгалниот кариес и промоцијата на добро орално здравје кај доенчињата

Ставот на анкетираниите педијатри, матичните лекари и докторите по семејна медицина во најголем дел (77.6%) беше дека играат важна улога во превенцијата на денгалниот кариес и промоцијата на добро орално здравје кај доенчињата, додека 22.4% не. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 6. и График 6б.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус ставот дека играат важна улога во превенцијата на денгалниот кариес и промоцијата на доброто орално здравје кај доенчињата за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .019182, $df=1$, $p=.889845$; Pearson Chi-square: 2.21816, $df=3$, $p=.528381$; Pearson Chi-square: 1.52619, $df=3$, $p=.676240$; Pearson Chi-square: 2.56628, $df=3$, $p=.463432$; Pearson Chi-square: 1.37945, $df=2$, $p=.501715$; Pearson Chi-square: 4.46645, $df=5$, $p=.484385$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

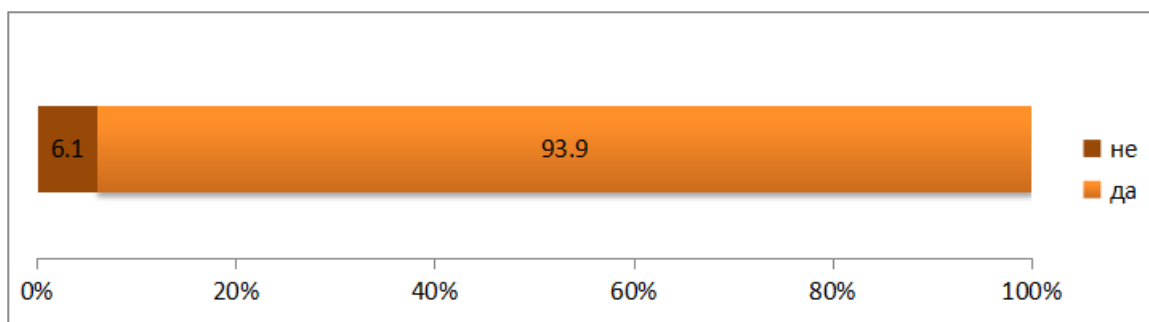


График бв. Приказ на одговорот на прашањето - П9: Педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина мораат да ги едуцираат родителите/старателите за важноста на превентивните мерки за зачувување на оралното здравје кај децата

Ставот на анкеираните педијатри, матичните лекари и докторите по семејна медицина во најголем дел (93.9%) беше дека мораат да ги едуцираат родителите/старателите за важноста на превентивните мерки за зачувување на оралното здравје кај децата, а 6.1% не. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 6. и График бв.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус ставот дека мораат да ги едуцираат родителите/старателите за важноста на превентивните мерки за зачувување на оралното здравје кај децата за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .363142, $df = 1$, $p = .546766$; Pearson Chi-square: 1.54062, $df = 3$, $p = .672927$; Pearson Chi-square: 1.38291, $df = 3$, $p = .709545$; Pearson Chi-square: 4.15040, $df = 3$, $p = .245675$; Pearson Chi-square: 3.61248, $df = 2$, $p = .164271$; Pearson Chi-square: 1.86574, $df = 5$, $p = .867392$).

Ставот на анкеираните педијатрите, матичните лекари и доктори по семејна медицина во најголем дел (67.3%) беше дека мораат да ги прегледаат доенчињата и малите деца и да детектираат кариес, додека 32.7% дека не треба. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0006$) (Табела 6. и График бг.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус ставот дека мораат да ги прегледаат доенчињата и малите деца и да детектираат кариес за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .136674, $df = 1$, $p = .711611$; Pearson Chi-square: 4.46125, $df = 3$, $p = .215773$; Pearson Chi-square: 3.33505, $df = 3$, $p = .342794$; Pearson Chi-square: 5.51081, $df = 3$, $p = .137993$; Pearson Chi-square: .582821, $df = 2$, $p = .747209$; Pearson Chi-square: 4.68402, $df = 5$, $p = .455646$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

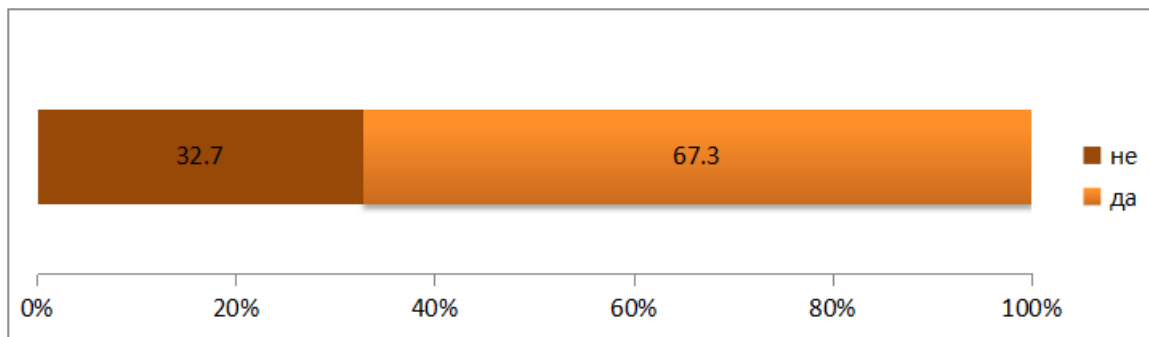


График бг. Приказ на одговорот на прашањето - П10: Педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина мораат да ги прегледаат доенчињата и малите деца и да детектираат кариес

Ставот на анкетираниите педијатри, матичните лекари и доктори по семејна медицина во најголем дел (93.9%) е дека мораат да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт, додека 6.1% дека не треба. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 6. и График бд.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус ставот дека мораат да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .363142, $df=1$, $p=.546766$; Pearson Chi-square: 2.12057, $df=3$, $p=.547762$; Pearson Chi-square: 1.38291, $df=3$, $p=.709545$; Pearson Chi-square: 4.15040, $df=3$, $p=.245675$; Pearson Chi-square: 3.61248, $df=2$, $p=.164271$; Pearson Chi-square: 1.86574, $df=5$, $p=.867392$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

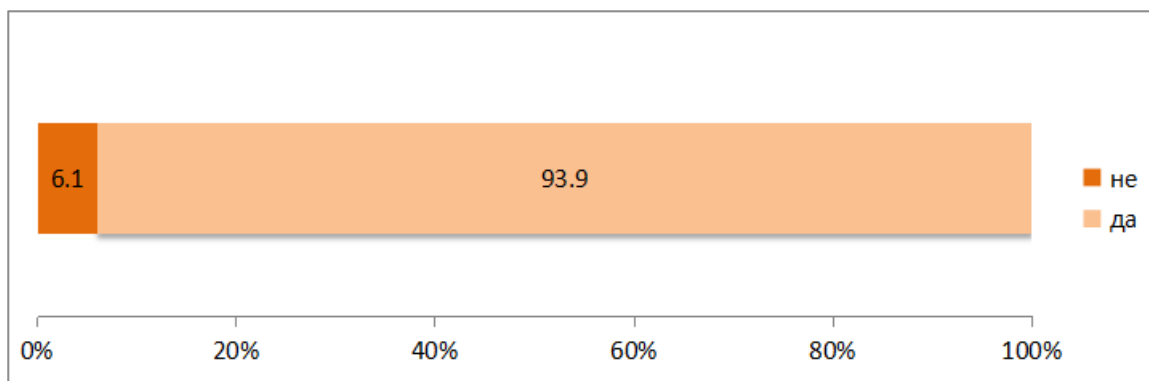


График бд - П11: Педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина мораат да ги советуваат родителите во случај на суспектен карлес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт

На прашањето кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата, од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори, 81.6% даваат одговор дека одговорни се заедно и педијатрите, педодонти, матичните лекари и секако докторите по семејна медицина (Табела 7. и График 7.).

Табела 7. Приказ на одговорот на прашањето од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори - Кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата?

<i>П 12 Кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата ?</i>	<i>б рој</i>	<i>%</i>
педијатар	6	1 2.2
педодонт	6	1 2.2
матичен лекар	3	6 .1
доктор по семејна медицина	2	4 .1
сите горе наведени	4	8 0 1.6

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

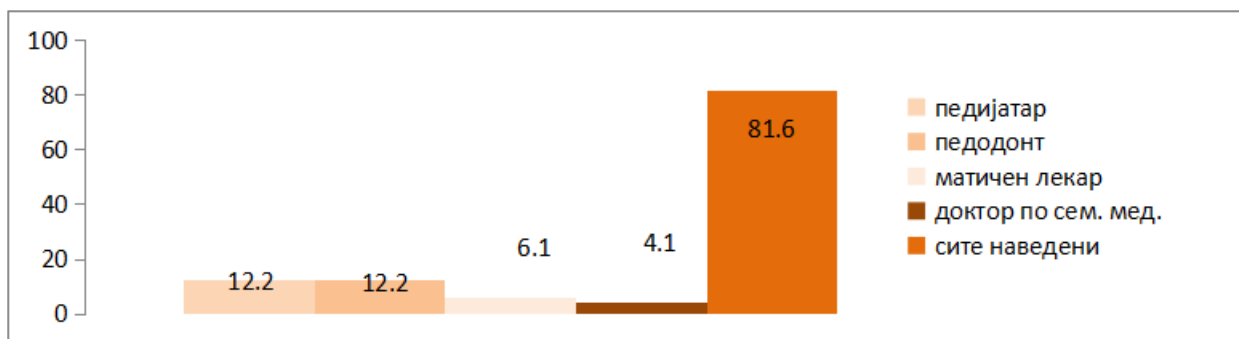


График 7. Приказ на одговорот на прашањето од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори - Кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата?

Табела 8. Приказ на одговорите на прашањата од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, спец. по семејна медицина и матични доктори

Прашање	број	%
П13 Ги советувам родителите за оралното здравје, дентален кариес и редовни стоматолошки прегледи		
не	4	8.2
да	45	91.8
П15 Првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од 6 месеци		
не	4	8.2
да	45	91.8
П16 Првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб		
не	37	75.5
да	12	24.5
П17 Дали кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено		
не	26	53.1
да	23	46.9
П18 Белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес		
не	36	73.5
да	13	26.5

Најголем дел од анкетираниите (91.8%) ги советуваат родителите за оралното здравје, дентален кариес и редовни стоматолошки прегледи, додека 8.2% не ги советуваат, процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 8. и График 8а.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините на работно искуство, местото на работа, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус советувањето на родителите за оралното здравје, дентален кариес и редовни стоматолошки прегледи за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 3.87009, $df = 3$, $p = .275838$, Pearson Chi-square: 4.18601, $df = 3$, $p = .242066$; Pearson

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Chi-square: 2.92020, df=3, p=.404093; Pearson Chi-square: 3.63489, df=2, p=.162440; Pearson Chi-square: 6.31556, df=5, p=.276713).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, версус советувањето на родителите за оралното здравје, дентален кариес и редовни стоматолошки прегледи за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 7.52818, df=1, p=.006074).

Анкетираните лица од женскиот пол, 14 пати (OR=14.0000, 95% CI 1.4272-137.3302) имаа повеќе шанса за советување на родителите.

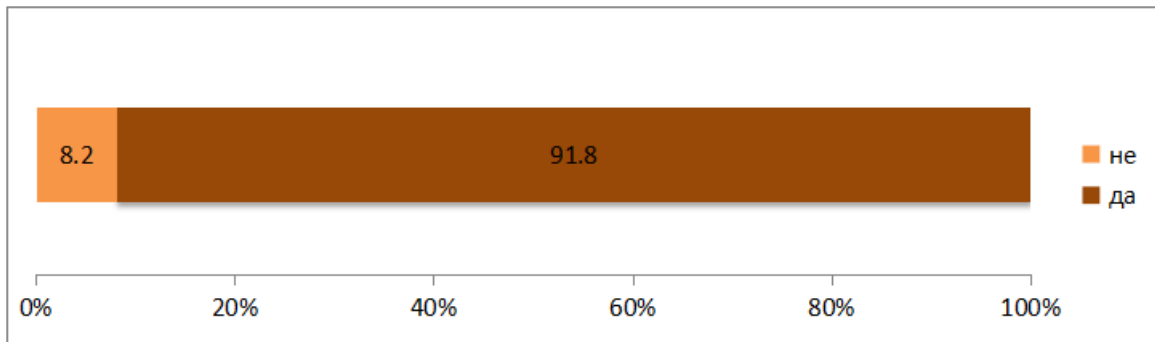


График 8а. Приказ на одговорот на прашањето - П 13: Ги советувам родителите за оралното здравје, дентален кариес и редовни стоматолошки прегледи

Најголем дел од анкетираните лекари (91.8%) знаат дека првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од 6 месеци, 8.2% не знаат, процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 8. и График 8б.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, годините на работно искуство, местото на работа, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус советувањето на родителите за оралното здравје, дентален кариес и редовни стоматолошки прегледи за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.04063, df=1, p=.307675, Pearson Chi-square: 1.72105, df=3, p=.632264; Pearson Chi-square: 1.26082, df=3, p=.738457; Pearson Chi-square: 4.98167, df=3, p=.173145; Pearson 3.63489, df=2, p=.162440; Pearson 2.75852, df=5, p=.737155).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

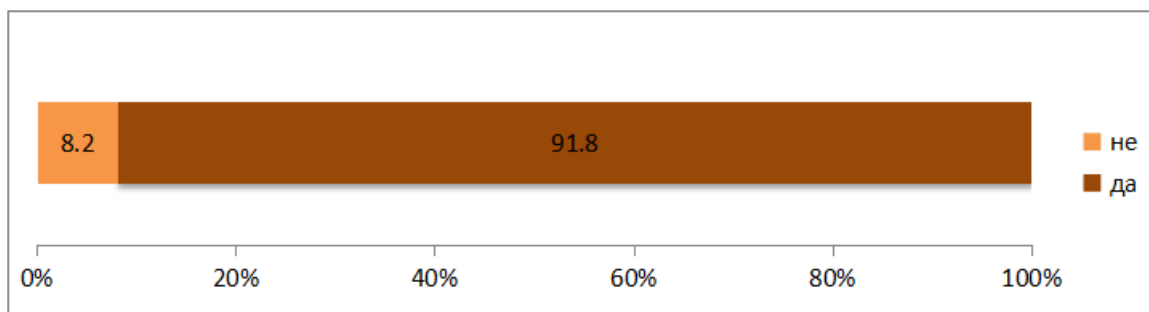


График 8б. Приказ на одговорот на прашањето - П 15: Првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од 6 месеци

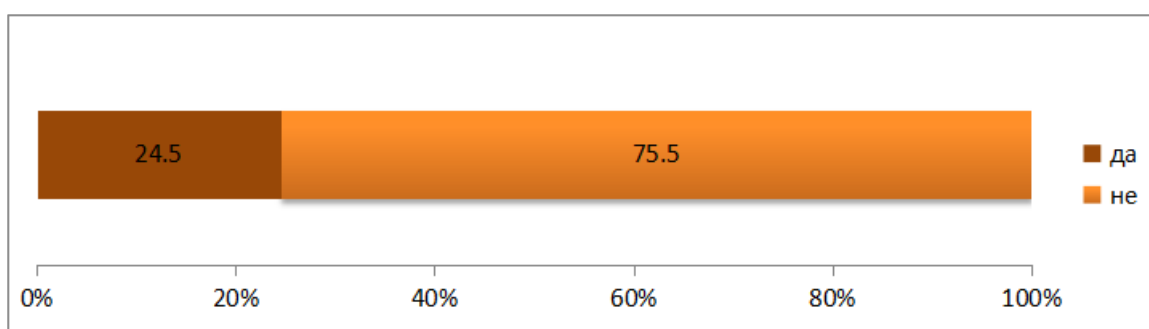


График 8в. Приказ на одговорот на прашањето - П16: Првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб

Ставот на анкетираниите педијатри, матичните лекари и доктори по семејна медицина во најголем дел (75.5%) е дека првиот стоматолошки преглед не треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб, а 24.5% да. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 8. и График 8в.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус ставот дека првиот стоматолошки преглед не треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.80590, $df = 1$, $p = .179001$, Pearson Chi-square: 4.50699, $df = 3$, $p = .211667$; Pearson Chi-square: 7.64565, $df = 3$, $p = .053932$; Pearson Chi-square: 2.69079, $df = 3$, $p = .441795$; Pearson Chi-square: .876419, $df = 2$, $p = .645191$; Pearson Chi-square: 6.23034, $df = 5$, $p = .284446$).

Одговорот на прашањето на анкетираниите педијатрите, матичните лекари и доктори по семејна медицина во најголем дел (53.1%) е дека кариогените бактерии не се преносливи

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

вертикално од мајката на новородено, а 46.9% да. Процентуалната разлика е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.5394$) (Табела 8. и График 8г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус одговорот дека кариогените бактерии не се преносливи вертикално од мајката на новородено за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .381393, $df = 1$, $p = .536859$, Pearson Chi-square: 1.04246, $df = 3$, $p = .790980$; Pearson Chi-square: 1.81259, $df = 3$, $p = .612198$; Pearson Chi-square: 5.10617, $df = 3$, $p = .164186$; Pearson Chi-square: 2.08986, $df = 2$, $p = .351716$; Pearson Chi-square: 6.24580, $df = 5$, $p = .283031$).

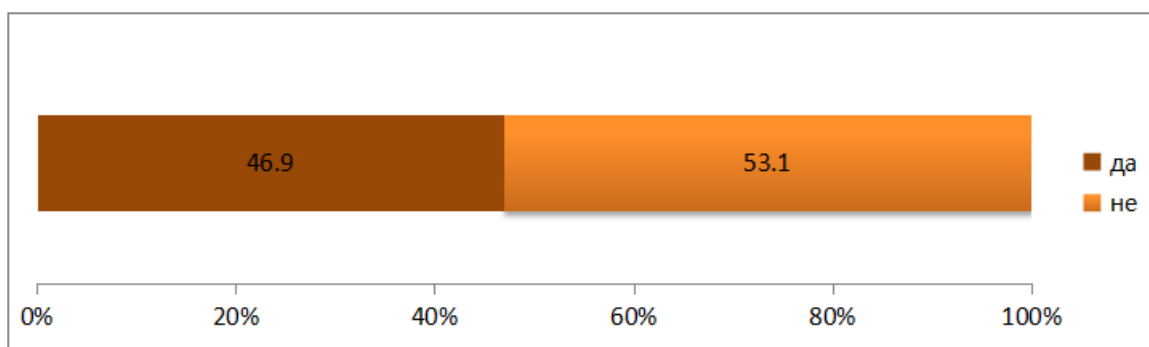


График 8г. Приказ на одговорот на прашањето - III7: Дали кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено?

Одговорот на прашањето на анкетираниите педијатри, матичните лекари и доктори по семејна медицина во најголем дел (53.1%) беше дека кариогените бактерии не се преносливи вертикално од мајката на новородено, а 46.9% дека се преносливи. Процентуалната разлика е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.5394$) (Табела 8. и График 8г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус одговорот дека кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајката на новородено за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .381393, $df = 1$, $p = .536859$, Pearson Chi-square: 1.04246, $df = 3$, $p = .790980$; Pearson Chi-square: 1.81259, $df = 3$, $p = .612198$; Pearson Chi-square: 5.10617, $df = 3$, $p = .164186$; Pearson Chi-square: 2.08986, $df = 2$, $p = .351716$; Pearson Chi-square: 6.24580, $df = 5$, $p = .283031$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

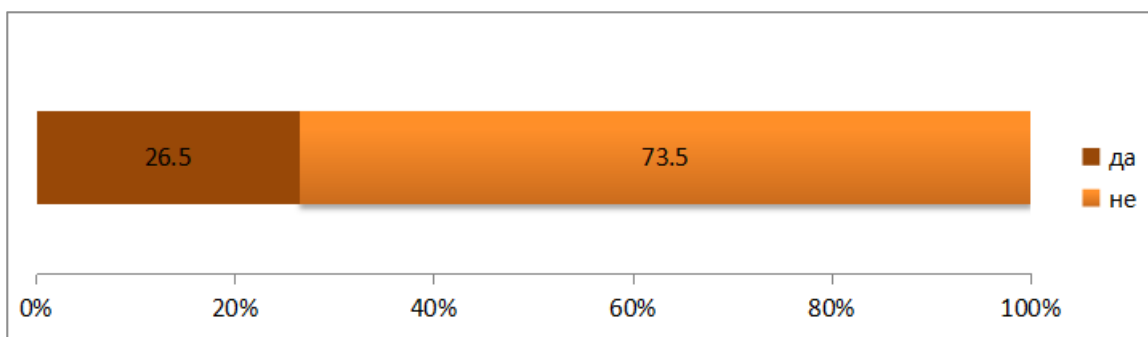


График 8д. Приказ на одговорот на прашањето - III8: Белите дамки на млечните заби се рани знаци за појава на кариес

Одговорот на прашањето од анкетираниите педијатри, матичните лекари и доктори по семејна медицина во најголем дел (73.5%) беше дека белите дамки на млечните заби не се рани знаци на кариес, додека 26.5% дека се. Процентуалната разлика беше статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 8. и График 8д.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус одговорот дали белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес на новородено за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.01073, $df=1$, $p=.156190$; Pearson Chi-square: .546771, $df=3$, $p=.908502$; Pearson Chi-square: .657779, $df=3$, $p=.883087$; Pearson Chi-square: .134789, $df=3$, $p=.987358$; Pearson Chi-square: 1.00218, $df=2$, $p=.605869$; Pearson Chi-square: 2.92020, $df=5$, $p=.712287$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 9. Приказ на ставовите, препораките и знаењето на анкетираниите лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори - П14, П19, П21,22

<i>П 14 Кога ќе забележам присуство на кариес, ги советувам родителите да го однесат своето дете на:</i>	бр ој	%
матичен стоматолог	42	85.7
педодонт	9	18.4
клиника за детска и превентивна стоматологија	9	18.4
превентивни тимови во здравствен дом	8	16.3
П19 Првата посета на стоматолог треба да се случи на		
на 6 месеци	7	14.3
на 1 година	38	77.6
при појава на кариес	3	6.1
при појава на болки од заб	3	6.1
непосредно по породување	1	2.0
П21 Препорачувате да се започне со чистење на оралната празнина		
веднаш по породувањето, веднаш по хранење на бебето	10	20.4
веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб	16	32.7
по ерупција на повеќе млечни заби	23	46.9
кога ќе ги има сите млечни заби	2	4.1
по 5 годин	1	2.0
П22 Најкариоген шеќер во исхраната е		
сахароза	33	67.3
гликоза	14	28.6
лактоза	4	8.2

Од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори кога ќе забележат кариес, 85.7% ги советуваат родителите да ги однесат на матичен стоматолог, 18.4% кај педодонт и Клиниката за детска и превентивна стоматологија а 16.3% кај превентивните тимови во Здравствен Дом.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

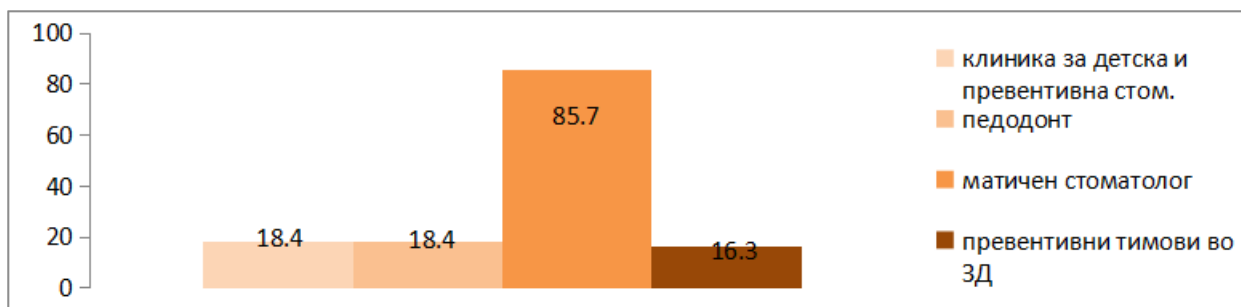


График 9а. Приказ на одговорот на прашањето од анкетираните лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори – П14: Кога ќе забележам присуство на кариес, ги советувам родителите да го однесат своето дете на:...

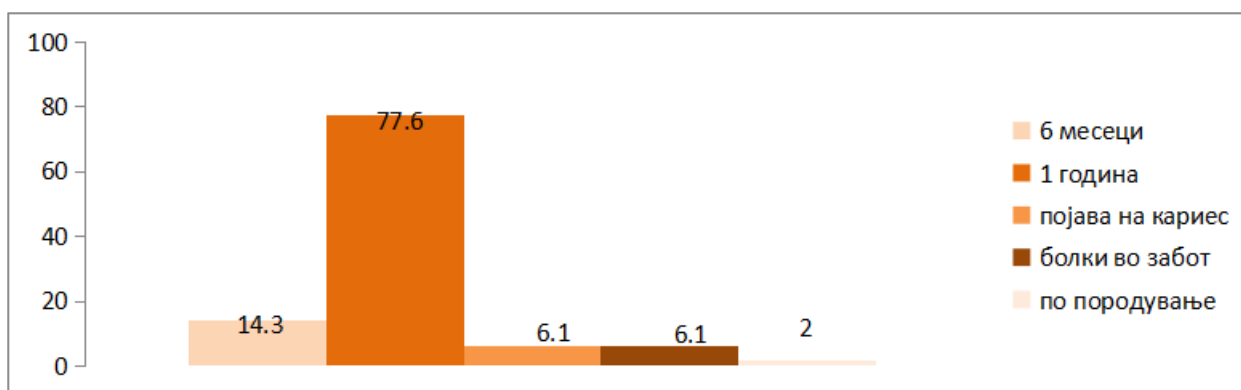


График 9б. Приказ на одговорот на прашањето од анкетираните лекари специјалисти педијатри, спец. по семејна медицина и матични доктори - П19: Првата посета на стоматолог треба да се случи на:...

На прашањето: Кога треба да е првата посета на стоматолог?, од анкетираните лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори, 77.6% сметаат дека тоа треба да се случи во првата година, 14.3% на 6 месеци, 6.1% при појава на болка или кариес, само еден лекар смета дека треба да се изврши по породувањето (Табела 9. и График 9б.).

Процентуалната разлика помеѓу мислењето да се однесе детето на стоматолог во првата година версус останатите модалитети е статистички сигнификантно за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

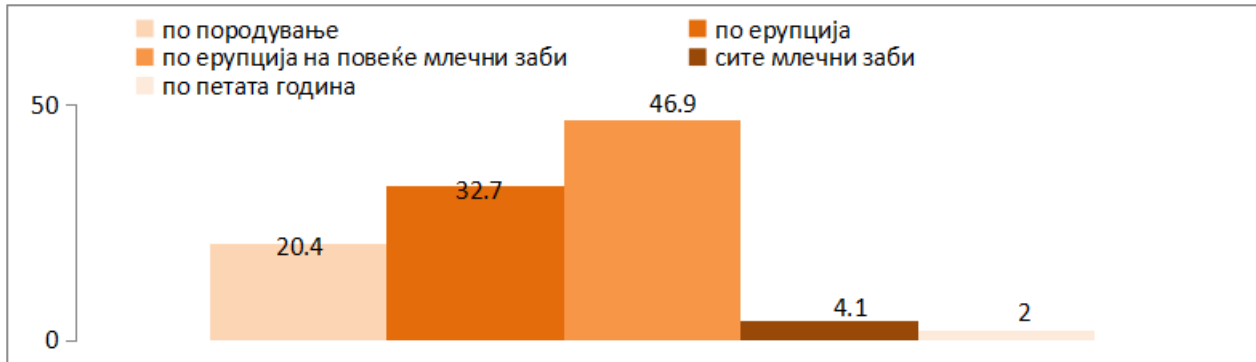


График 9в. Приказ на одговорот на прашањето од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, спец. по семејна медицина и матични доктори - П21: Препорачувате да се започне со чистење на оралната празнина...

Од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, специјалисти по семејна медицина и матични доктори, 46.9% препорачуваат да се започне со чистење на оралната празнина по ерупција на повеќе млечни заби, 32.7% веднаш по ерупција на првиот млечен заб, 20.4% веднаш по породувањето и веднаш по хранење на бебето, двајца лекари препорачуваат кога децата ќе ги имаат сите млечни заби, а само еден по 5 година. (Табела 9. и График 9в.). Процентуалната разлика помеѓу препораката веднаш по породувањето, веднаш по хранење на бебето и веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб версус останатите модалитети е статистички сигнификантно $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.00$).

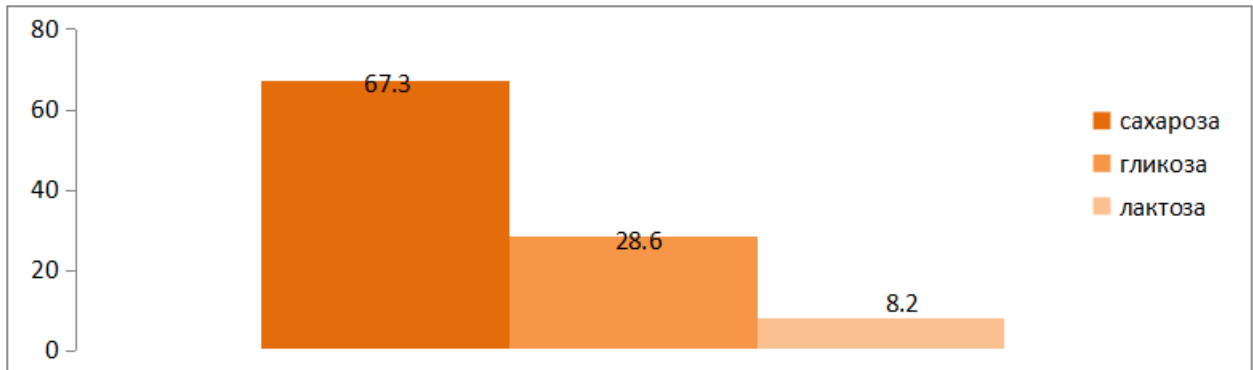


График 9г. Приказ на одговорот на прашањето од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, спец. по семејна медицина и матични доктори - П22: Најкариоген шеќер во исхраната е:...

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, спец. по семејна медицина и матични доктори, 63.7% сметаат дека најкариоген шеќер во исхраната е сахарозата, за гликозата сметаат 28.6% од анкетираниите и 8.2% се за лактозата (Табела 9. и График 9г.). Процентуалната разлика помеѓу процентот на сахароза версус останатите модалитети е статистички сигнификантно $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

Табела 10. Приказ на одговорите на прашањето од анкетираниите лекари специјалисти педијатри, доктори по семејна медицина и матични доктори - П20, 23, 25, 26, 27

<i>П 20 Млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој</i>	број	%
не	3	6.1
да	46	93.9
<i>П 23 Оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на доенчето</i>		
не	12	24.5
да	37	75.5
<i>П 25 Пренаталната исхрана може да влијае на доенчето орално здравје и развојот на кариес на рано детство</i>		
не	8	16.3
да	41	83.7
<i>П26 Доењето и појавата на кариес на млечни заби се во тесна корелација</i>		
не	28	57.1
да	21	42.9
<i>П27 Децата кои користат шише со цуцла во текот на нокта, се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби</i>		
не	7	14.3
да	42	85.7

За тврдењето дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој, 93.9% од анкетираниите педијатри, матичните лекари и доктори по семејна медицина го потврдуваат истото, а 6.1% не. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 10. и График 10а.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

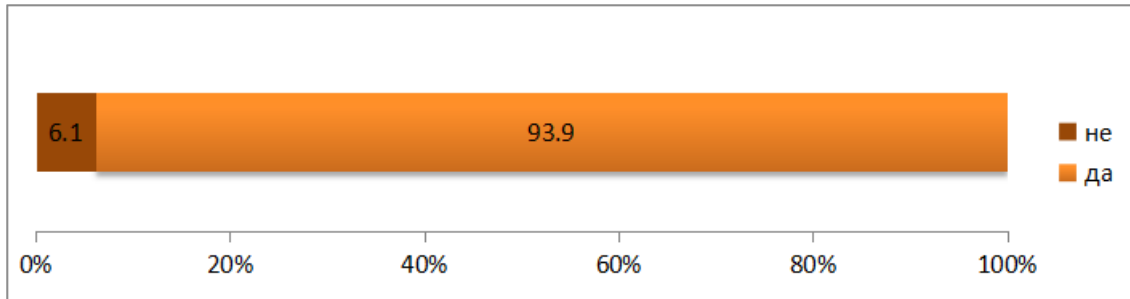


График 10а. Приказ на одговорот на прашањето - *П20*: Млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој.

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус тврдењето дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.86574, $df=1$, $p=.171963$; Pearson Chi-square: 1.54062, $df=3$, $p=.672927$; Pearson Chi-square: 2.11548, $df=3$, $p=.548787$; Pearson Chi-square: .934307, $df=3$, $p=.817142$; Pearson Chi-square: .796769, $df=2$, $p=.671404$; Pearson Chi-square: .946860, $df=1$, $p=.330520$).

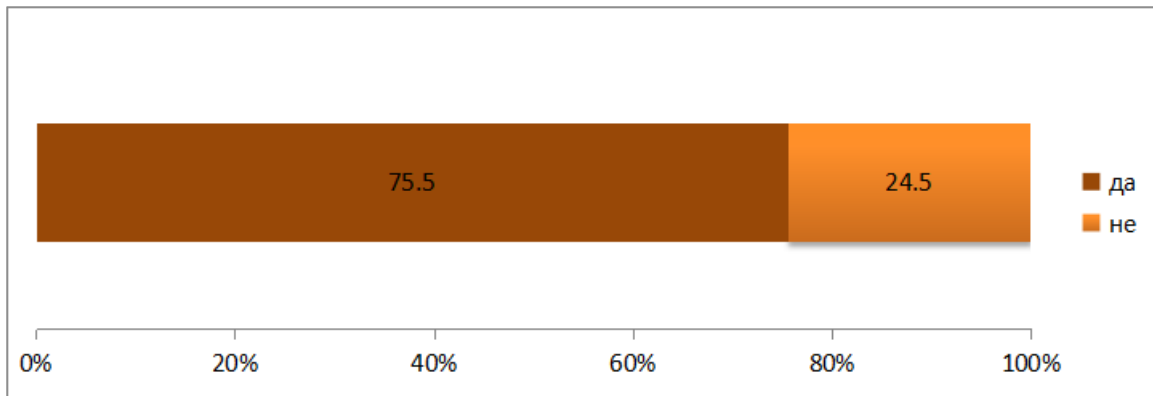


График 10б. Приказ на одговорот на прашањето - *П23*: Оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на доенчето

Тврдењето дека оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на доенчето, 75.5% од анкетираниите педијатри, матичните лекари и доктори по семејна медицина го потврдуваат, а 24.5% не. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p=0.0000$) (Табела 10. и График 10б.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус тврдењето дека оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на доенчето за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .060698, $df=1$, $p=.805396$, Pearson Chi-square: 3.78597, $df=3$, $p=.285522$; Pearson Chi-square: 3.50927, $df=3$, $p=.319562$; Pearson Chi-square: 3.17147, $df=3$, $p=.365936$; Pearson Chi-square: 1.35971, $df=2$, $p=.506690$; Pearson Chi-square: 7.18897, $df=5$, $p=.206961$).

Тврдењето дека пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на ЕСС, 83.7% од анкетираниите педијатри, матичните лекари и доктори по семејна медицина го потврдуваат истото додека 16.3% не. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p=0.0000$) (Табела 10. и График 10в.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на ЕСС за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.28431, $df=1$, $p=.130688$, Pearson Chi-square: 5.24194, $df=3$, $p=.154915$; Pearson Chi-square: 5.84981, $df=3$, $p=.119151$; Pearson Chi-square: 1.40442, $df=3$, $p=.704499$; Pearson Chi-square: 1.106359, $df=2$, $p=.948210$; Pearson Chi-square: 6.55438, $df=5$, $p=.255945$).

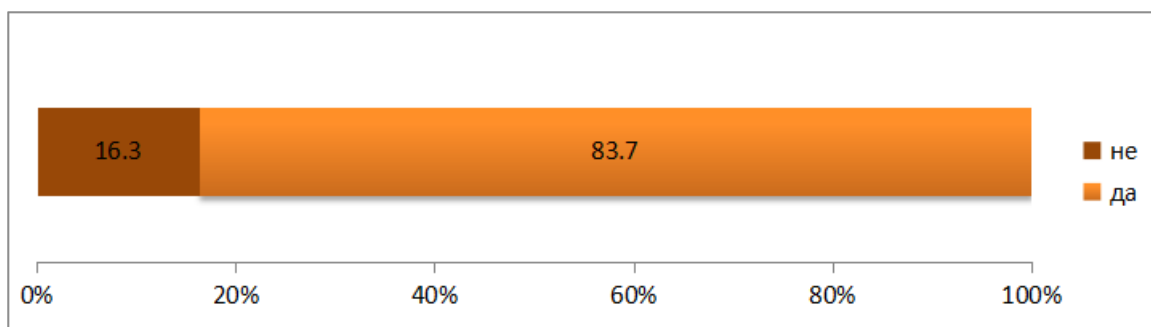


График 10в. Приказ на одговорот на прашањето - П25: Пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на ЕСС

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

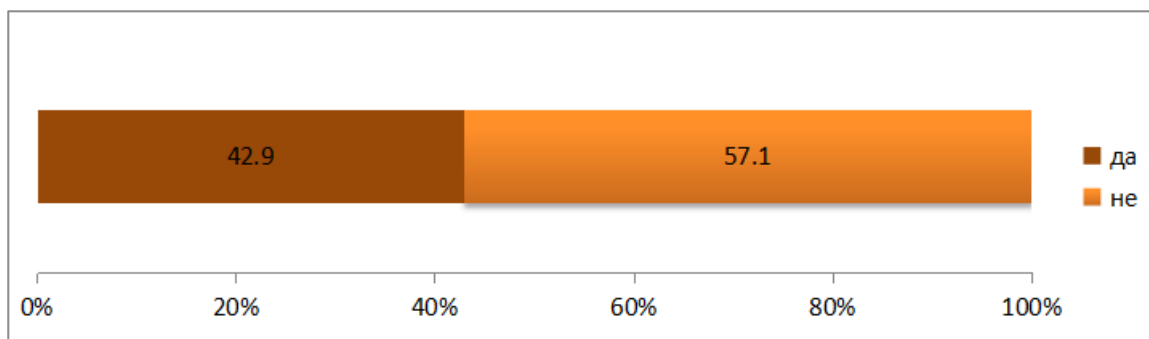


График 10г. Приказ на одговорот на прашањето - П26: Доењето и појавата на кариес на млечни заби се во тесна корелација

Тврдењето дека доењето и појавата на кариес на млечните заби се во тесна корелација, 57.1% од анкетираниите педијатри, матичните лекари и доктори по семејна медицина го негираат, додека 42.9% го потврдуваат. Процентуалната разлика е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.1598$) (Табела 10. и График 10г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус доењето и тврдењето дека појавата на кариес на млечни заби се во тесна корелација за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .018561, $df = 1$, $p = .891634$; Pearson Chi-square: .907407, $df = 3$, $p = .823640$; Pearson Chi-square: 2.03450, $df = 3$, $p = .565276$; Pearson Chi-square: 4.06477, $df = 3$, $p = .254554$; Pearson Chi-square: .315620, $df = 2$, $p = .854012$; Pearson Chi-square: 3.49558, $df = 5$, $p = .624056$).

Тврдењето дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби, 14.3% од анкетираниите педијатри, матичните лекари и доктори по семејна медицина го негираат, додека 85.7% го потврдуваат. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 10. и График 10д.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус тврдењето дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .928030, $df = 1$, $p = .335375$; Pearson Chi-square: 6.98704, $df = 3$, $p = .072312$; Pearson Chi-square: 7.73684, $df = 3$, $p = .051775$; Pearson Chi-square: 1.85606, $df = 3$, $p = .602812$; Pearson Chi-square: 1.59783, $df = 2$, $p = .449818$; Pearson Chi-square: 3.49558, $df = 5$, $p = .624056$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

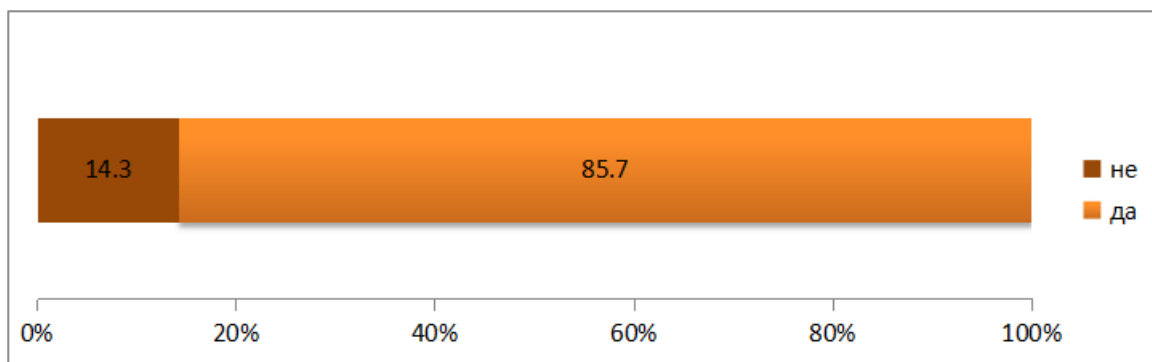


График 10д. Приказ на одговорот на прашањето - *П27*: Децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта, се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби.

Од анкетираниите педијатри, матичните лекари и доктори по семејна медицина, 46.9% се согласуваат со тврдењето дека пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години, 30.6% делумно се согласуваат, 22.4% не се согласуваат (Табела 11. и График 11.).

Просечната вредност на бодирањето според Ликертовата скала изнесува 1.76, што нè приближува дека анкетираниите педијатрите, матичните лекари и доктори по семејна медицина делумно се согласуваат (од 1.6 до 2.5 е делумно се согласувам) (Табела 11. и График 11а.).

Табела 11. Приказ на одговорот на прашањето *П24*: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години

<i>П 24 Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години</i>	број	%
се согласувам	23	46.9
делумно се согласувам	15	30.6
не се согласувам	11	22.4

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

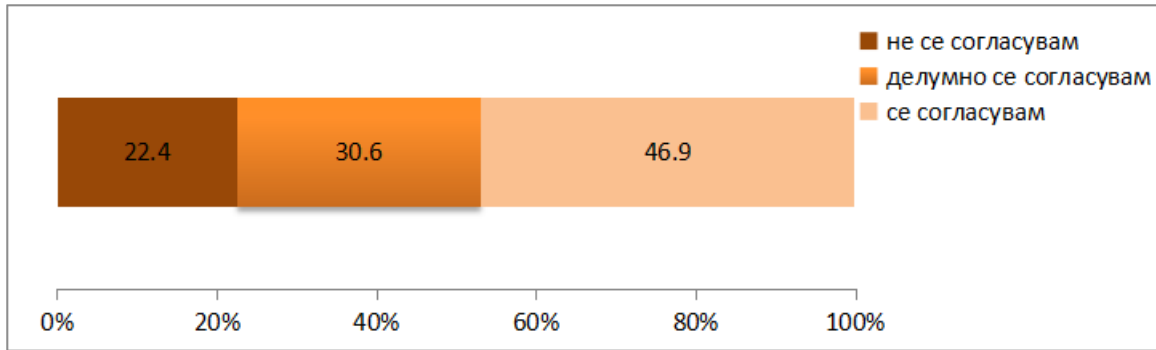
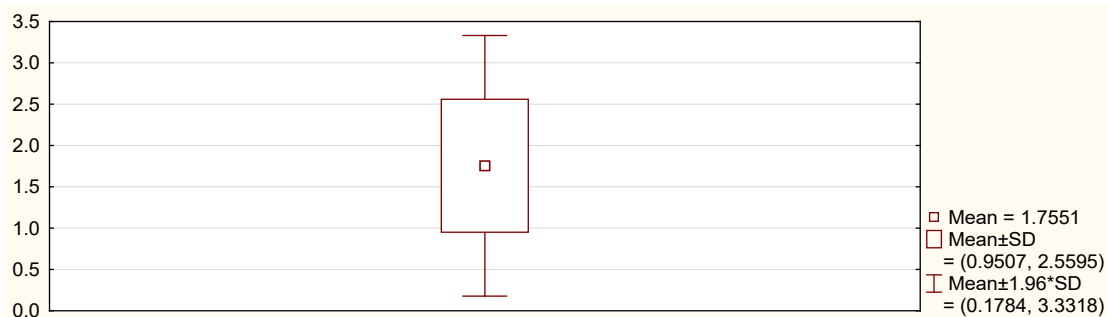


График 11. Приказ на одговорот на прашањето - П24: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години

Табела 11а. Приказ на просечните резултати од одговорот на прашањето: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години

број	просек	минимум	максимум	Стд.Дев.
49	1.76	1.0	3.0	0.804431

График 11а. Приказ на просечните резултати од одговорот на прашањето: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години



ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

3.3 Среден медицински персонал: медицински сестри, акушерки и патронажни сестри

Табела 12. Приказ на социо-демографските карактеристики на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри

<i>Возраст-год.</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
18 - 25	1	2.8
25 - 35	7	19.4
35 – 45	17	47.2
45 – 55	5	13.9
>55	6	16.7
<i>пол</i>		
женски	35	97.2
машки	1	2.8
<i>години на работно искуство</i>		
<5	5	13.9
5 - 10	2	5.6
10 - 25	21	58.3
>25	8	22.2
<i>работите во</i>		
државна болница	23	63.9
приватна болница	13	36.1
<i>број на прегледани пациенти дневно</i>		
<10	2	5.6
10-25	18	50.0
>25	14	38.8
недостасуваат	2	5.6
<i>степен на образование</i>		
средно медицинско	15	41.7
високо мед. образование	18	50.0
факултет	3	8.3

Во најголем процент кај анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри (36) застапена е возраста од 35 до 45 години т.е. 47.2%, останатите возрасни групи се застапени со 19.4% возраст од 25 до 35 години, 16.7% над 55 години, и само една на возраст од 18 до 25 години (Табела 12. и График 12а.). Процентуалната разлика е статистички сигнификантна помеѓу застапеноста на возрасната група од 25 до 35г. версус останатите возрасни модалитети за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0123$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

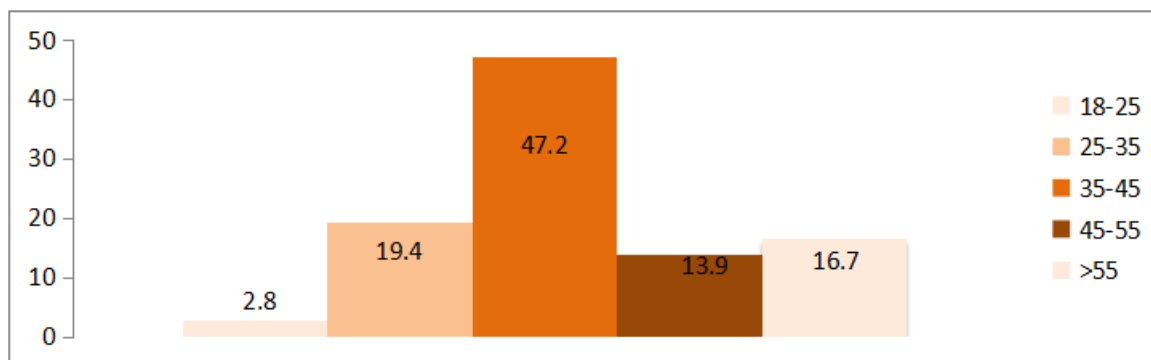


График 12а. Приказ на возраста на анкетираниите медицински сестри

Најголем процент од анкетираниите лица беа од женскиот пол, дури 97.2%, а само 2.8% беа од машкиот пол (Табела 12. и График 12б.). Процентуалната разлика е статистички сигнификантна помеѓу застапеноста на половите за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .00000$).

Од анкетираниите, 58.3% беа со работно искуство помеѓу 10 и 25 години, потоа следуваат анкетирани со работно искуство над 25 години – 22.3%, 5.6% беа со стаж од 5 до 10 години и 13.9% беа со работно искуство по 5 години (Табела 12. и График 12в.).

Од анкетираниите, 50.0% имале од 10 до 25 прегледи дневно, а 38.8% над 25 прегледи дневно (Табела 12. и График 12д.). Притоа, 63.9% беа вработени во државни болници и 36.1% во приватни болници (Табела 12. и График 12г.).

Во однос на образованието, 50.0% беа со високо медицинско /стручно образование, 41.7% со средно медицинско и 8.3% со факултет (Табела 12. и График 12ѓ.).

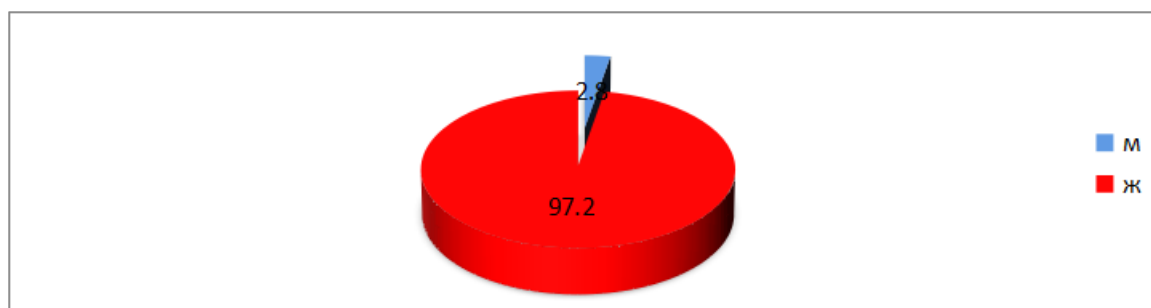


График 12б. Приказ на анкетираниите медицински сестри според полот

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

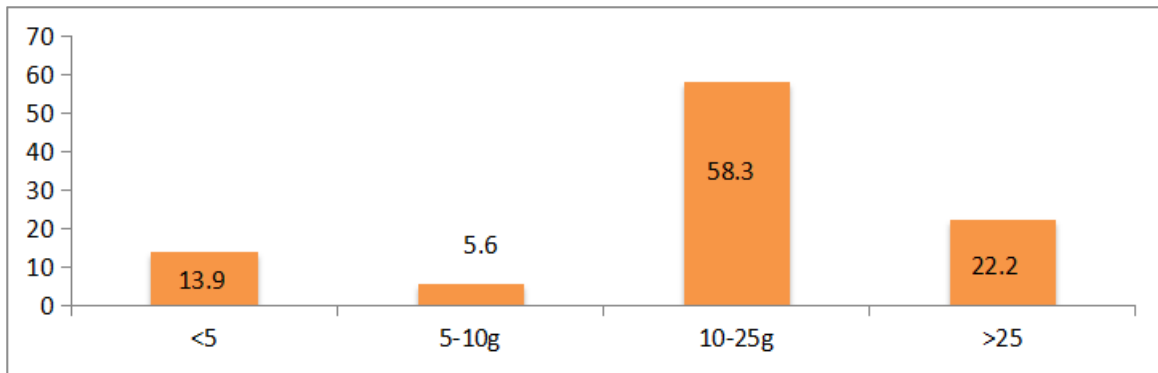
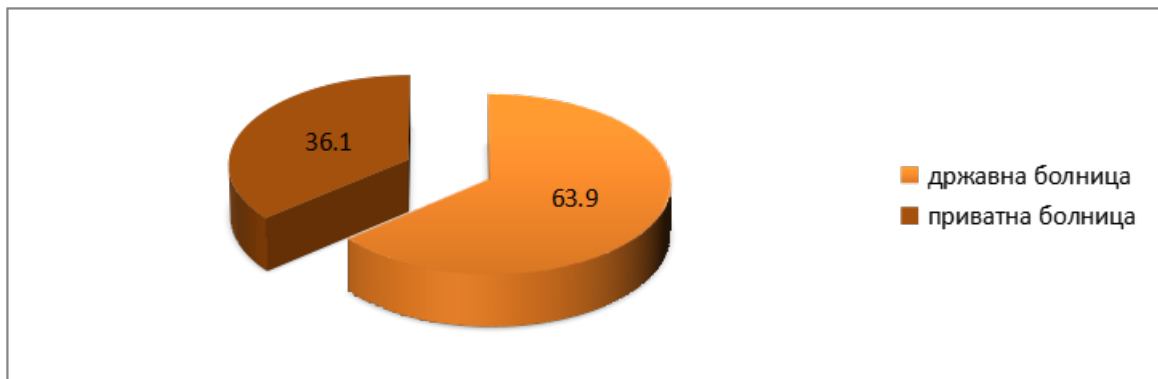


График 12в. Приказ на анкетираниите медицински сестри според годините на работно искуство



Графикон 12г. Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри според вработеност

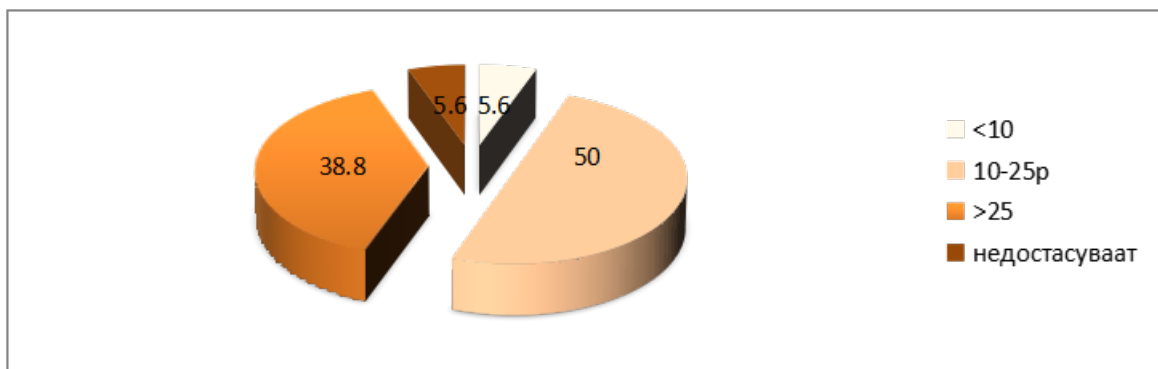


График 12д. Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри според бројот на прегледани пациенти дневно

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



График 12г. Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри според степенот на образование

Табела 13. Приказ на изворот на информации за оралното здравје на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри

извори на информација	број	%
формално медицинско образование	19	52.8
континуирана медицинска едукација	8	22.2
научни списанија	1	2.8
колеги	3	8.3
останати извори	5	13.9

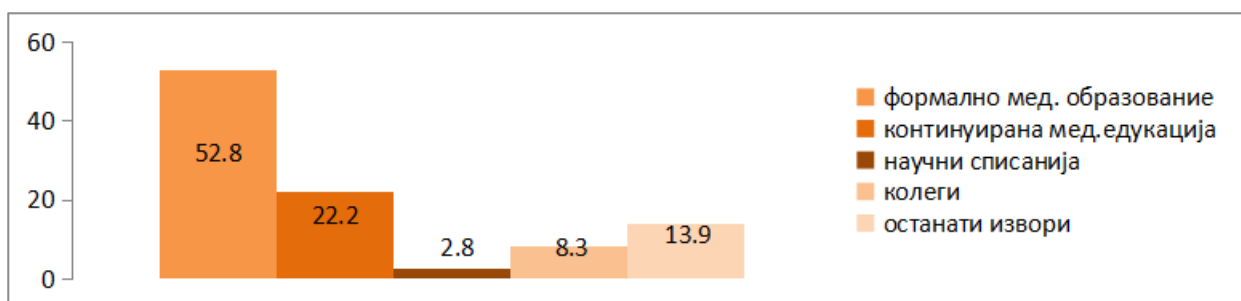


График 13. Приказ на изворот на информации за оралното здравје кај анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Повеќе од половината, т.е. 52.8% од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри сметале дека изворите на информации за оралното здравје потекнуваат од формалното образование, 22.2% од континуираната медицинска едукација, за 2.8% информациите се од научни списанија, за 8.3% од размена на мислења со колеги и 13.9% од анкетираниите сметаат од други извори. (Табела 13. и График 13.).

Табела 14. Приказ на одговорите на прашањата од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри

<i>П1 Потребни се повеќе информации и едукација за орално здравје кај доенчиња и мали деца</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
не	9	25.0
да	27	75.0
<i>П2 медицински сестри, акушерки, патронажни сестри играат важна улога во превенцијата на деналниот кариес и промоцијата на добро орално здравје кај доенчињата</i>		
не	4	11.1
да	32	88.9
<i>П3 медицински сестри, акушерки, патронажни сестри мораат да ги едуцираат родителите/старателите за важноста на превентивните мерки за зачувување на оралното здравје кај децата?</i>		
не	2	5.6
да	34	94.4
<i>П4 медицински сестри, акушерки, патронажни сестри мораат да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт?</i>		
не	1	2.8
да	35	97.2

Од анкетираниите лица, 75.0% сметале дека им се потребни повеќе информации, а воедно и едукација за орално здравје кај доенчињата и малите деца, а 25.0% не, процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 14. и График 14а.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините на работно искуство, местото на работа, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус ставот дека им се потребни повеќе информации и едукација за орално здравје кај доенчињата и малите деца за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .342857, $df=1$, $p=.558185$, Pearson Chi-square: 4.32269, $df=4$, $p=.364093$; Pearson Chi-square: . 4.92063, $df=3$, $p=.177702$, Pearson Chi-square: 1.00334, $df=1$, $p=.316503$, Pearson Chi-square: 3.82967, $df=2$, $p=.147366$, Pearson Chi-square: 1.90850, $df=3$, $p=.591614$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

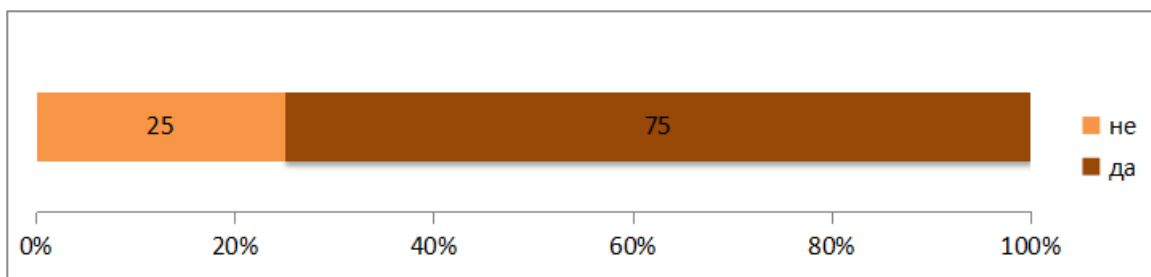


График 14а. Приказ на одговорот на прашањето – П1: Потребни се повеќе информации и едукација за орално здравје кај доенчиња и мали деца.

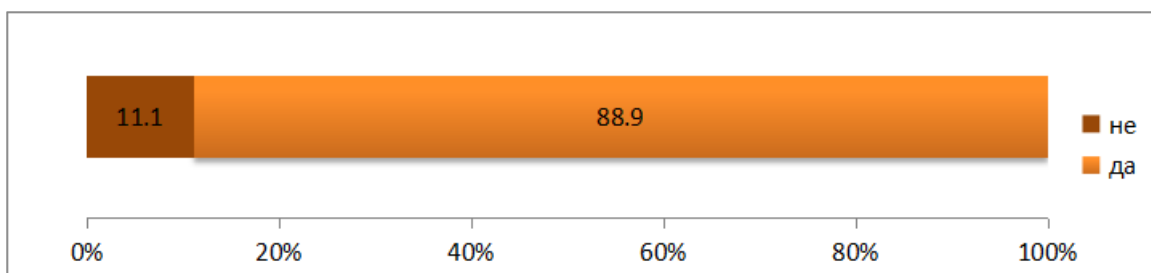


График 14б. П2: Приказ на одговорите на прашањето П2: Медицинските сестри, акушерките, патронажните сестри играат важна улога во превенцијата на денгалниот кариес и промоцијата на добро орално здравје кај доенчињата.

Тврдењето дека анкетираниите медицински сестри, акушерките, патронажните сестри играат важна улога во превенцијата на денгалниот кариес и промоцијата на добро орално здравје кај доенчињата го потврдиле 88.9%, а 11.1% не. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 14. и График 14б.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, местото на работа, годините на работното искуство, бројот на прегледи vs ставот дека играат важна улога во превенцијата на денгалниот кариес и промоцијата на добро орално здравје кај доенчињата за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .128571, $df=1$, $p=.719918$; Pearson Chi-square: 2.88529, $df=4$, $p=.577201$; Pearson Chi-square: 3.21429, $df=3$, $p=.359752$; Pearson Chi-square: 2.94983, $df=1$, $p=.085886$; Pearson Chi-square: 4.02963, $df=2$, $p=.133345$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу степенот на образование/усовршување версус ставот дека медицинските сестри, акушерките, патронажните сестри играат важна улога во превенцијата на денгалниот кариес и промоцијата на добро орално здравје кај доенчињата за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 10.2706, $df=3$, $p=.016401$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

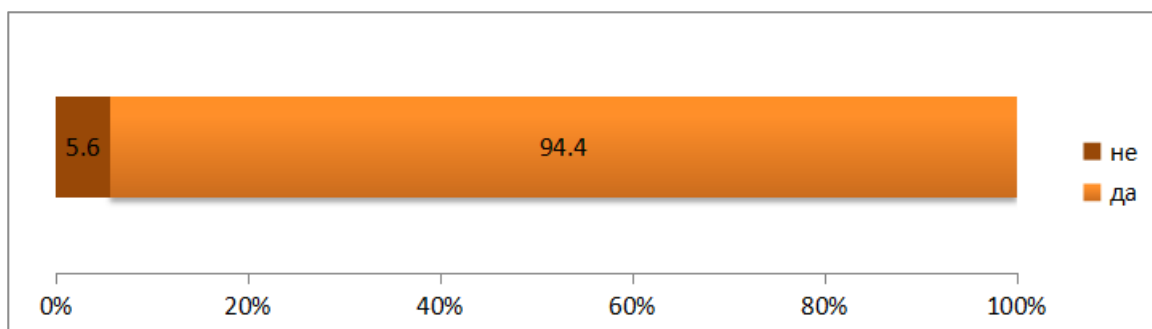


График 14в. ПЗ: Приказ на одговорот на прашањето: Медицинските сестри, акушерките, патронажните сестри мораат да ги едуцираат родителите/старателите за важноста на превентивните мерки за зачувување на оралното здравје кај децата

Ставот (тврдењето) дека анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри мораат да ги едуцираат родителите/старателите за важноста на превентивните мерки за зачувување на оралното здравје кај децата во најголем дел т.е 94.4% го потврдиле, а 5.6% не. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 14. и График 14в.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус ставот дека мораат да ги едуцираат родителите/старателите за важноста на превентивните мерки за зачувување на оралното здравје кај децата за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square .060504, $df=1$, $p=.805701$, Pearson Chi-square: 2.81522, $df=4$, $p=.589207$; Pearson Chi-square: 1.51261, $df=3$, $p=.679364$; Pearson Chi-square: .177061, $df=1$, $p=.673911$; Pearson Chi-square: 1.88889, $df=2$, $p=.388896$; Pearson Chi-square: .274048, $df=3$, $p=.964833$).

Ставот дека анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри во најголем дел т.е 97.2% беше дека мораат да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт, а 2.8% не. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0006$) (Табела 14. и График 14г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, местото на работа, годините на работно искуство, бројот на прегледи, степенот на образование/усовршување версус ставот дека мораат да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .029388, $df=1$, $p=.863887$, Pearson Chi-square: 6.37714, $df=4$, $p=.172698$; Pearson Chi-square: .734694, $df=3$, $p=.865015$; Pearson Chi-square: 1.81978,

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

df=1, p=.177339; Pearson Chi-square: .915825, df=2, p=.632603; Pearson Chi-square: 1.44000, df=3, p=.696186).

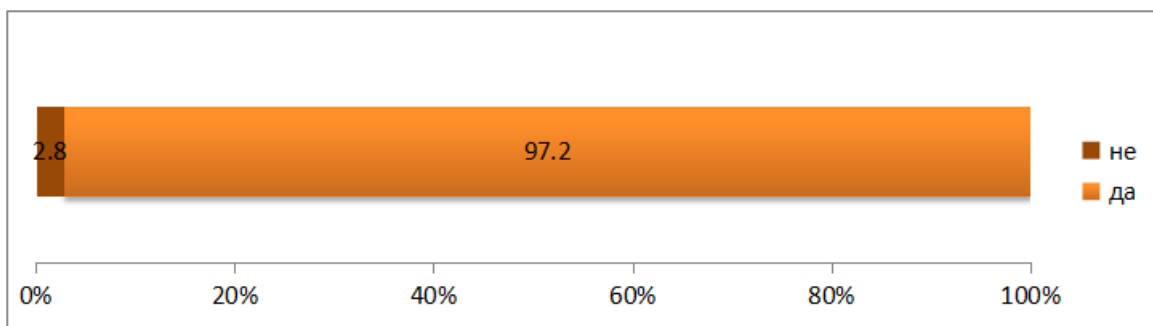


График 14г. П4: Приказ на одговорот на прашањето: Медицинските сестри, акушерките, патронажните сестри мораат да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт

Табела 15. Приказ на одговорите на прашањата од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри - П5, 6, 7 и 8

Прашање	број	%
П5 Дали препорачувате на вашите пациенти да го одложат стоматолошкиот преглед до после породувањето		
не	30	83.3
да	6	16.7
П6 Ги советувам родителите за оралното здравје, дентален кариес и редовни стоматолошки прегледи		
не	3	8.3
да	33	91.7
П7 Дали верувате дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста?		
не	22	61.1
да	14	38.9
П8 Кое тромесечие е најбезбедно за време на бременоста за стоматолошки третмани?		
прво тромесечие	6	16.7
второ тромесечие	6	16.7
трето тромесечие	13	36.1
второ и трето тромесечие	6	16.7
прво,второ и трето тромесечие	5	13.8

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

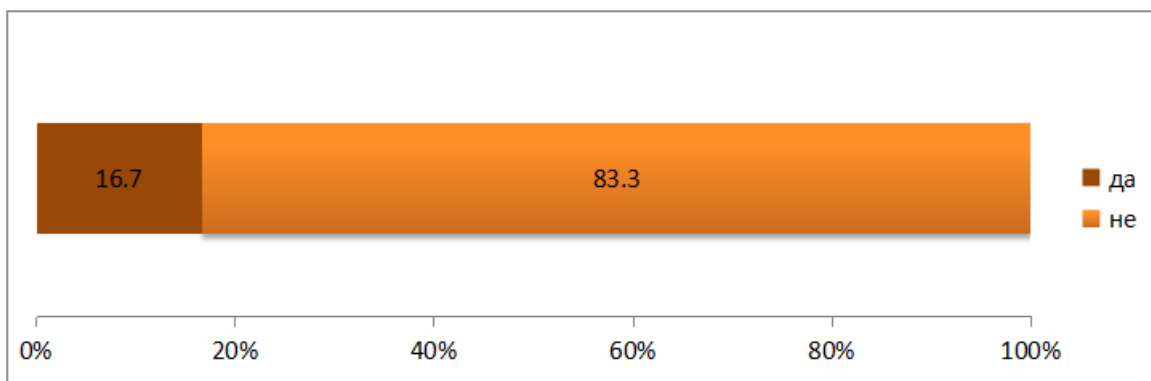


График 15а. П5: Дистрибуција на анкетираниите медицинските сестри според тоа дали препорачуваат на нивните пациенти да го одложат стоматолошкиот преглед до после породувањето.

Најголем дел од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри т.е 83.3%, не препорачувале на нивните пациенти да го одложат стоматолошкиот преглед до после породувањето, само 16.7% препорачуваат, процентуалната разлика која беше регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 15. и График 15а.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа, степенот на образование версус препораката на нивните пациенти за одложувањето на стоматолошкиот преглед до после породувањето за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.44034, $df=4$, $p=.655350$; Pearson Chi-square: .925714, $df=3$, $p=.819218$; Pearson Chi-square: .602007, $df=1$, $p=.437813$; Pearson Chi-square: 5.38398, $df=2$, $p=.067746$; Pearson Chi-square: 6.01412, $df=3$, $p=.110925$).

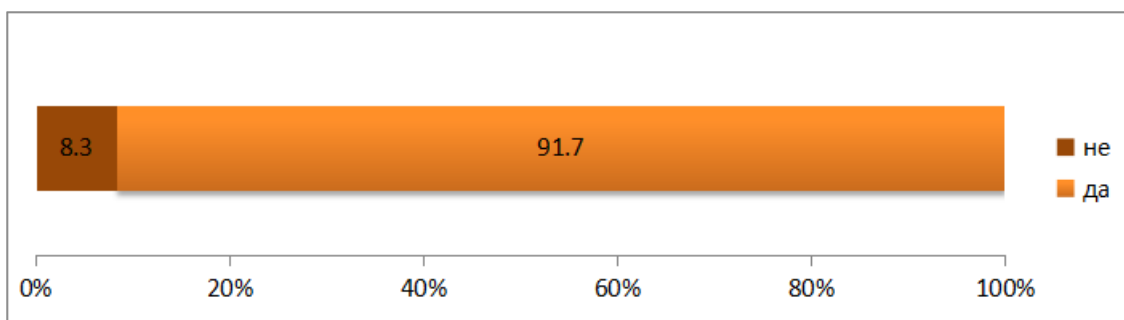


График 15б. П6: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри според тоа дали ги советуваат родителите за оралното здравје, дентален кариес и редовни стоматолошки прегледи

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Најголем дел од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри т.е 91.7% ги советуваат родителите за оралното здравје, дентален кариес и редовни стоматолошки прегледи, само 8.7% не, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 15. и График 15б.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа, степенот на образование версус советувањето на родителите за оралното здравје, дентален кариес и редовни стоматолошки преглед за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.83896, $df = 3$, $p = .606494$, Pearson Chi-square: 1.32441, $df = 1$, $p = .249801$; Pearson Chi-square: 5.68698, $df = 2$, $p = .058222$; Pearson Chi-square: .988235, $df = 3$, $p = .804099$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста версус советувањето на родителите за оралното здравје, дентален кариес и редовни стоматолошки преглед за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 13.2064, $df = 4$, $p = .010310$).

Најголем дел од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри, односно 61.1% веруваат дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста, а 38.9% не, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.0596$) (Табела 15. и График 15в.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа, степенот на образование версус верувањето за безбедноста да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.48382, $df = 4$, $p = .647536$, Pearson Chi-square: 5.54360, $df = 3$, $p = .136054$; Pearson Chi-square: 1.91548, $df = 1$, $p = .166356$; Pearson Chi-square: 2.02790, $df = 2$, $p = .362783$; Pearson Chi-square: 3.52574, $df = 3$, $p = .317438$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

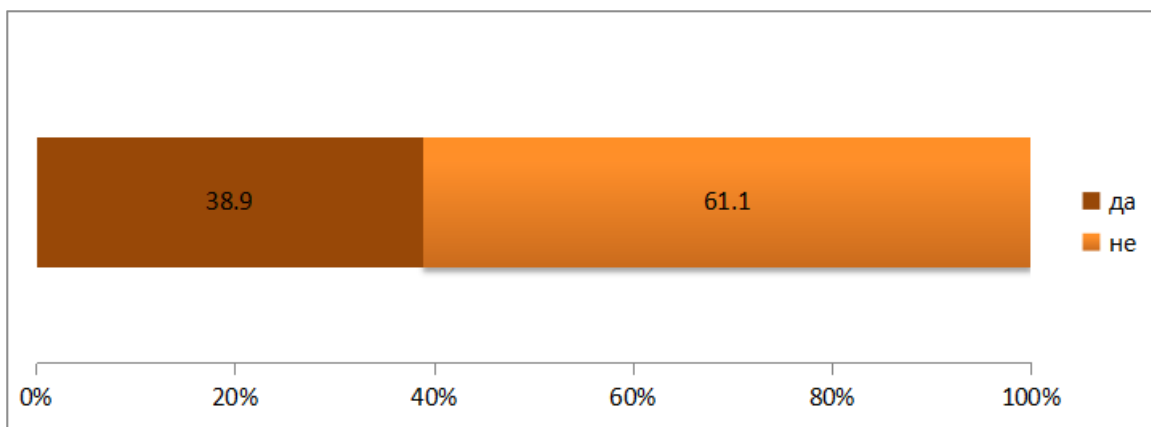


График 15в. П7: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри според тоа дали веруваат дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста.

Најголем дел од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри (36.1%) сметале дека најбезбедно време за стоматолошки третман е во текот на бременоста, за дентални третмани е третото тромесечие. За безбедност на првото и второто тромесечие се одлучуваат 16.7% од анкетираниите, додека 13.8% сметале дека безбедно е во текот на целата бременост (Табела 15. и График 15г.).

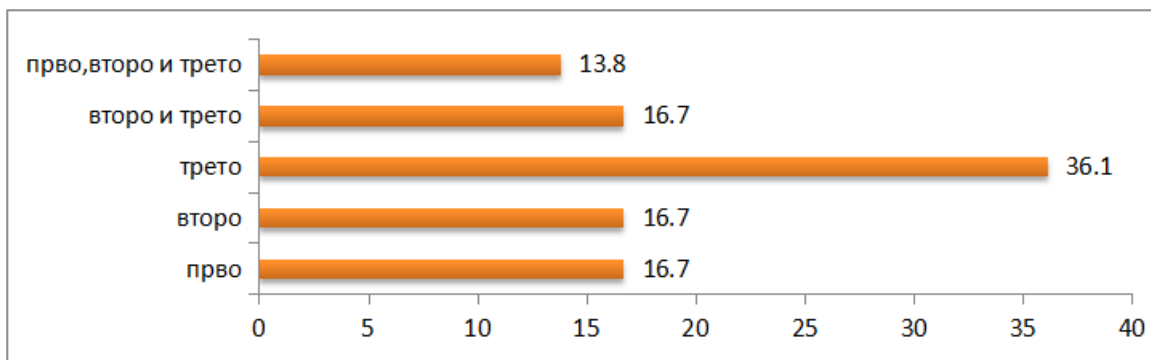


График 15г. П8: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри според одговорот на прашањето: Кое тромесечие за време на бременоста е најбезбедно за стоматолошки третмани?

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 16. Приказ на одговорите на прашањата од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри

<i>П9 Дали сметате дека е ризично да се прават Rtg снимки на заби за време на бременоста?</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
не	9	25.0
да	27	75.0
<i>П10 Дали мислите дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација?</i>		
не	1	2.8
да	35	97.2
<i>П11 Дали сметате дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход?</i>		
не	9	25.0
да	27	75.0
<i>П12 Дали сметате дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или рагања на бебиња со мала родилна тежина?</i>		
не	22	61.1
да	14	38.9
<i>П13 Според Вас, која процедура е најбезбедна за време на бременоста</i>		
чистење забен камен и полирање	22	61.1
реставрација	18	50.0
ендодонтски третман	6	16.7
екстракција	1	2.8
<i>П14 Дали сметате дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката?</i>		
не	13	36.1
да	23	63.9
<i>П15 Дали кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено?</i>		
не	21	58.3
да	15	41.7

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

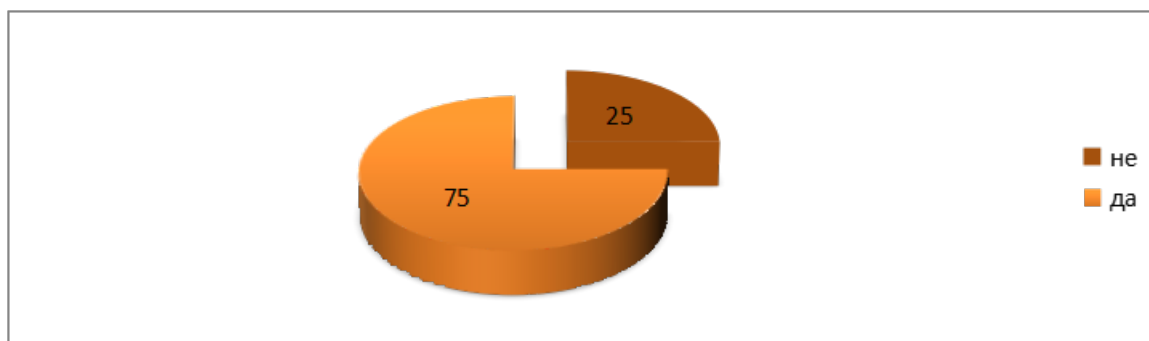


График 16а. П9: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали сметаат дека е ризично да се прават Ртг снимки на заби за време на бременоста.

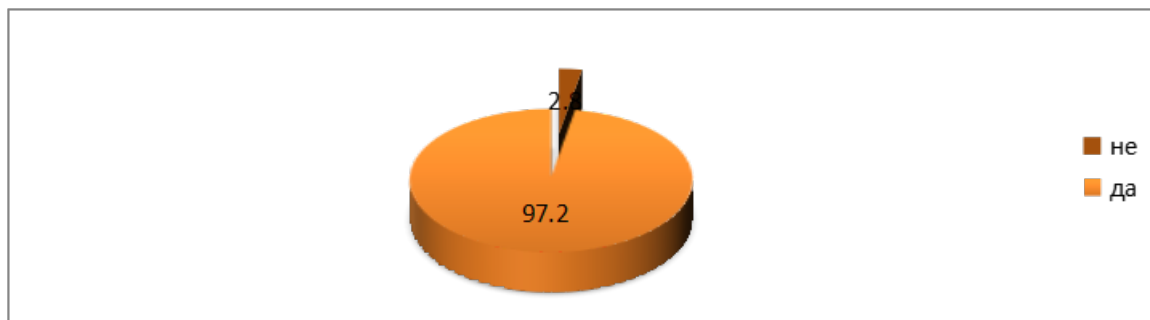
Од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри - 75.0% сметале дека е ризично да се прават Ртг снимки на заби за време на бременоста, а 25.0% сметале дека не е, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 16. и График 16а.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа, степенот на образование версус знаењето дали е ризично да се прават Ртг снимки на заби за време на бременоста за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.83231, $df = 4$, $p = .766567$; Pearson Chi-square: 3.77778, $df = 3$, $p = .286482$; Pearson Chi-square: .040134, $df = 1$, $p = .841219$; Pearson Chi-square: 2.24176, $df = 2$, $p = .325993$; Pearson Chi-square: 5.25490, $df = 3$, $p = .154056$).

Од медицинските сестри, акушерките, патронажните сестри – 97.2% мислеле дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација, а 2.8% не, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 16. и График 16б.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возрасните групи, годините работно искуство, местото на работа, степенот на образование версус мислењето дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.14958, $df = 4$, $p = .886328$, Pearson Chi-square: 1.44000, $df = 3$, $p = .696186$; Pearson Chi-square: .581366, $df = 1$, $p = .445777$; Pearson Chi-square: .734694, $df = 3$, $p = .865015$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Графикон 16б. П10: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали знаат дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација.

Најголем дел медицинските сестри, акушерките, патронажните сестри – 75.0% сметале дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход, а 25.0% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 16. и График 16в.).

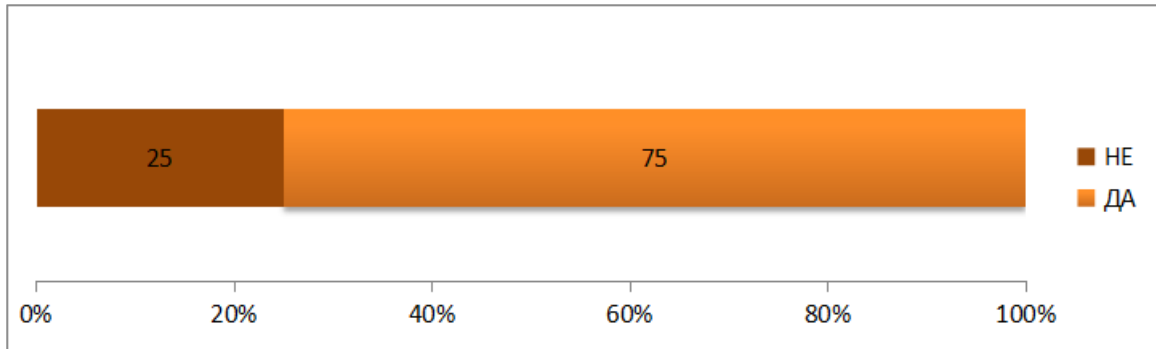
Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возрасните групи, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно версус мислењето дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 3.40840, $df = 4$, $p = .491942$, Pearson Chi-square: 3.77778, $df = 3$, $p = .286482$; Pearson Chi-square: 3.21411, $df = 2$, $p = .200477$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу видот на работната организација каде се вработени, степенот на образование версус мислењето дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 4.85619, $df = 1$, $p = .027547$, Pearson Chi-square: Pearson Chi-square: 10.4837, $df = 3$, $p = .014872$).

Анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри вработени во државните болници покажале за 5,7 пати (OR= 5.7143 95% CI: 1,11809-2.2078) повеќе знаење од анкетираниите вработени во приватните болници во однос на знаењето дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход.

Анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри со средно образование 100% даваат точен одговор ДА т.е. дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход. Од останатите анкетирани медицински сестри, акушерки, патронажни сестри со високо образование (21) точен одговор даваат 12 од нив (57.1%).

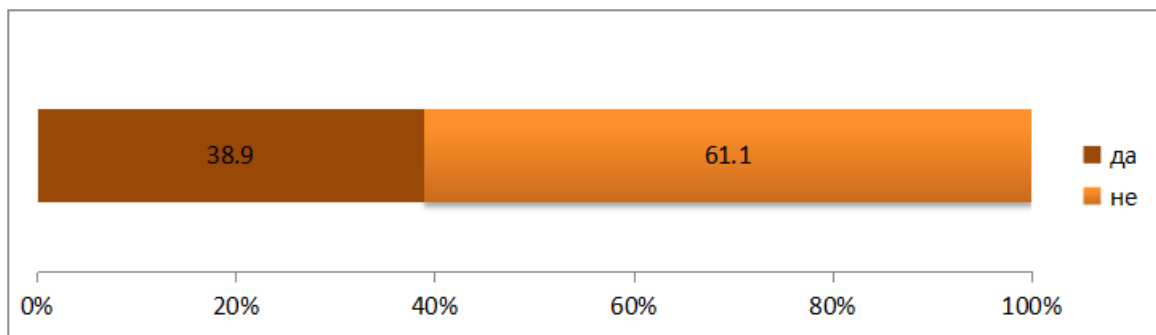
ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Графикон 16в. П11: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали сметаат дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход.

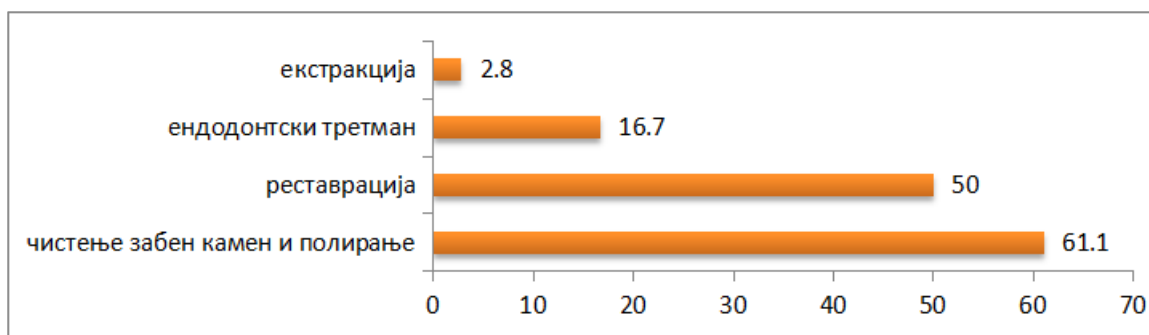
Најголем дел од медицинските сестри, акушерки, патронажни сестри т.е 61.1% сметаат дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина, а 38.9% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.0596$) (Табела 16. и График 16г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа, степенот на образование версус ставот дека пародонталните заболувања можат да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 3.77680, $df = 4$, $p = .437055$; Pearson Chi-square: 4.92746, $df = 3$, $p = .177187$; Pearson Chi-square: .001564, $df = 1$, $p = .968457$; Pearson Chi-square: 1.77127, $df = 2$, $p = .778412$; Pearson Chi-square: 2.83270, $df = 3$, $p = .418146$).



Графикон 16г. П12: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали сметаат дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Графикон 16д. П13: Дистрибуција на анкетираните медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според одговорот на прашањето: Која процедура за време на бременоста е најбезбедна?

Голем дел од медицинските сестри, акушерки, патронажни сестри – 61.1% сметале дека најбезбедна процедура е чистење на забен камен и полирање, потоа следува со 50.0% реставрација, со 16.7% е застапено мислењето за ендодонтски третман и 2.8% - екстракција, (Табела 16. и График 16д.).

Не е регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа, версус ставот која процедура според нив е најбезбедна за време на бременоста за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 25.7640, $df=24$, $p=.365249$; Pearson Chi-square: 15.6394, $df=18$, $p=.617700$; Pearson Chi-square: 8.75372, $df=6$, $p=.187910$; Pearson Chi-square: 6.60048, $df=12$, $p=.882848$). Беше регистрирана поврзаност помеѓу степен на образование версус ставот која процедура според нив е најбезбедна за време на бременоста за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 33.5289, $df=18$, $p=.014392$).

Анкетираните медицински сестри, акушерки, патронажни сестри т.е 63.9% сметаат дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката, а 36.1% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p=0.0183$) (табела 16 и график 16 г).

Не се регистрира поврзаност помеѓу години работно искуство, број на пациенти дневно, место на работа версус ставот дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.54735, $df=3$, $p=.466795$; Pearson Chi-square: 2.77406, $df=1$, $p=.095803$; Pearson Chi-square: .964707, $df=2$, $p=.617329$; Pearson Chi-square: 2.54826, $df=3$, $p=.466633$)

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Се регистрира поврзаност помеѓу возрасните групи версус ставот дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 11.7854, $df=4$, $p=.019021$).

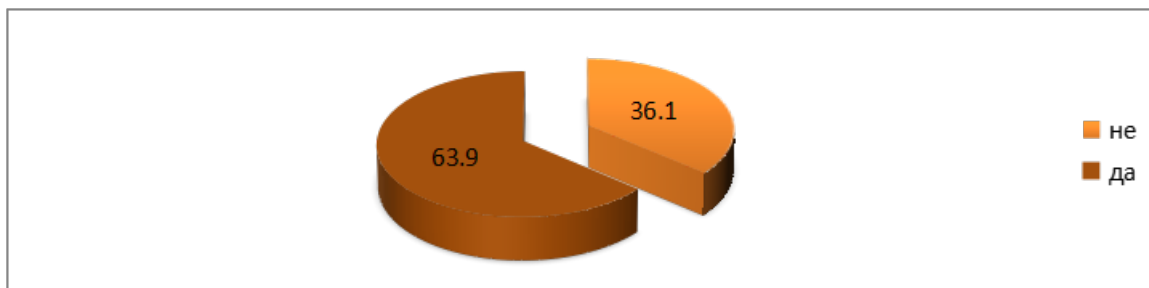


График 16. П14: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали сметаат дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката.

Анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри – 41.7% сметале дека кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено, а 58.3% не, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p=0.1590$) (Табела 16. и График 16е.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа версус ставот дека кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 12.3613, $df=8$, $p=.135795$, Pearson Chi-square: 6.85714, $df=6$, $p=.334261$; Pearson Chi-square: 3.07883, $df=2$, $p=.214506$; Pearson Chi-square: 6.20432, $df=4$, $p=.184400$; Pearson Chi-square: 2.78992, $df=6$, $p=.834715$).

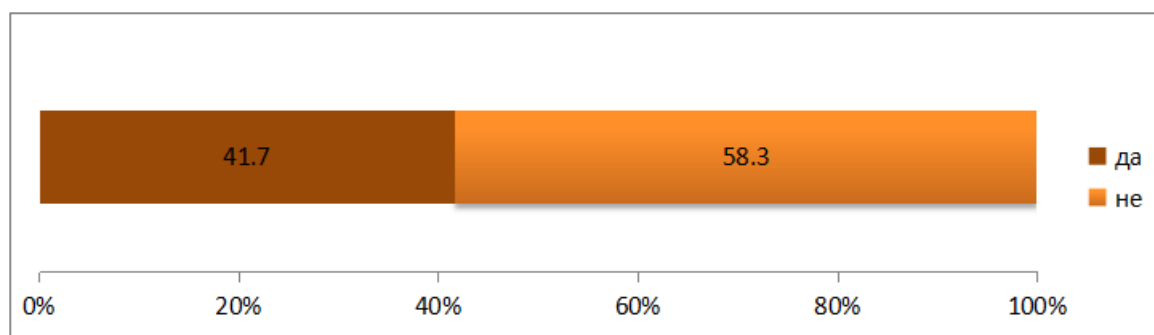


График 16е. П15: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според одговорот на прашањето: Дали кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено?

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Анкетираните медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата, 47.2% од нив даваат одговор дека сите лекари истовремено се одговорни. Процентуалната разлика сите одговори версус останатите е статистички не сигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = .14$) (Табела и График 17).

Табела 17. П16: Дистрибуција на анкетираните медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според одговорот на прашањето: Кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата?

П 16 Кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата	број	%
педијатар	13	36.1
педодонт	6	16.7
матичен лекар	3	8.3
сите наведени	17	47.2

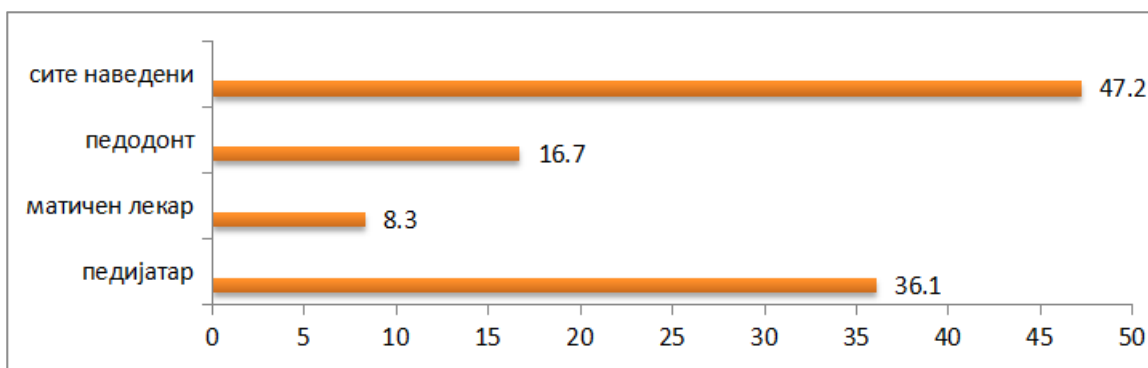


График 17. П16: Дистрибуција на анкетираните медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според одговорот на прашањето: Кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата?

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 18. Приказ на одговорите на прашањата од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри

П 17 Првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од околу 6 месеци	број	%
не	7	19.4
да	29	80.6
П18 Првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб		
не	28	77.8
да	8	22.2
П19 Белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес		
не	21	58.3
да	15	41.7
П21 Млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој		
не	2	5.6
да	34	94.4
П24 Оралното здравје на мајката за време на период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на доенчето		
не	16	44.4
да	20	55.6
П26 Пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на кариес на рано детство		
не	7	19.4
да	29	80.6
П 27 Доењето и појавата на кариес на млечни заби се во тесна корелација?		
не	16	44.4
да	20	55.6
П 28 Децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби		
не	5	13.9
да	31	86.1

Од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри 80.6% даваат точен одговор според тоа кога еруптира првиот млечен заб. Процентуалната разлика помеѓу ДА одговори версус НЕ е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0000$) (Табела 18. и График 18а.).

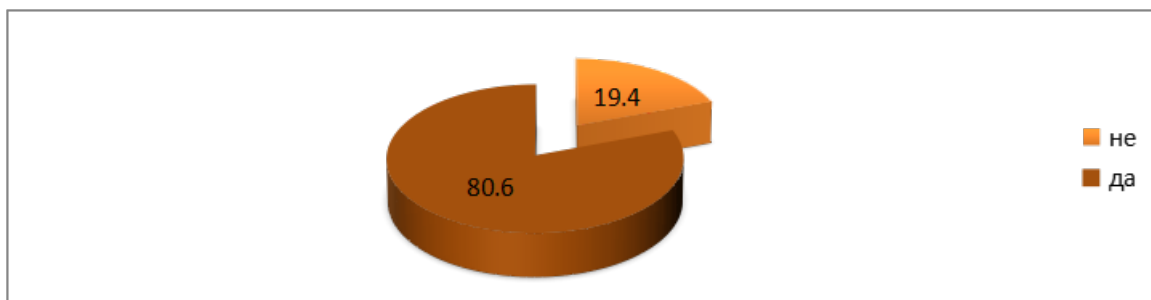
Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, бројот на пациенти дневно, местото на работа, степенот на образование версус ставот дека првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од околу 6 месеци за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.24402, $df = 4$, $p = .690979$, Pearson Chi-

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

square: .171409, $df=1$, $p=.678863$; Pearson Chi-square: .578231, $df=2$, $p=.748926$; Pearson Chi-square: 1.14958, $df=3$, $p=.765121$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу годините работно искуство, версус ставот дека првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од 6 месеци за $p<0.05$ (Pearson Chi-square: 10.2198, $df=3$, $p=.016787$).

86.2% од оние кои дале одговор дека првиот млечен заб еруптира вообичаено на 6 месеци, се со работно искуство над 10г.



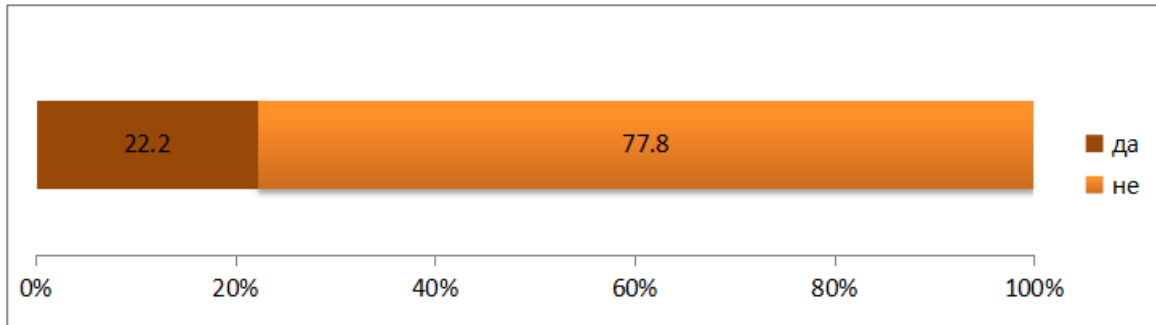
Графикон 18а. П17: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според одговорот на прашањето дека првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од околу 6 месеци.

Од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри, 22.2% дале одговор дека првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб, а 77.8% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p<0.05$ (Difference test, $p=0.000$) (Табела 18. и График 18б.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, број на пациенти дневно, местото на работа версус ставот дека првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб за $p>0.05$ (Pearson Chi-square: 1.57905, $df=4$, $p=.812552$, Pearson Chi-square: .550406, $df=1$, $p=.458152$; Pearson Chi-square: .830281, $df=2$, $p=.660248$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу годините на работно искуство, степенот на образование vs ставот дека првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб за $p<0.05$ (Pearson Chi-square: 8.89668, $df=3$, $p=.030697$; Pearson Chi-square: 8.13782, $df=3$, $p=.043248$). 75.0% од оние кои даваат ваков одговор се со работно искуство над 10г. и се со висока медицинска школа.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Графикон 18б. П18: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали сметаат дека првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб

Од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри, 41.7% сметале дека белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес, а 58.3% не, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички несигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.1590$) (Табела 18. и График 18в.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа, степенот на образование версус ставот дека белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 3.93969, $df = 4$, $p = .414230$, Pearson Chi-square: 1.38612, $df = 3$, $p = .708791$; Pearson Chi-square: .994171, $df = 1$, $p = .318725$; Pearson Chi-square: 4.15840, $df = 2$, $p = .125030$; Pearson Chi-square: 1.92403, $df = 3$, $p = .588323$).

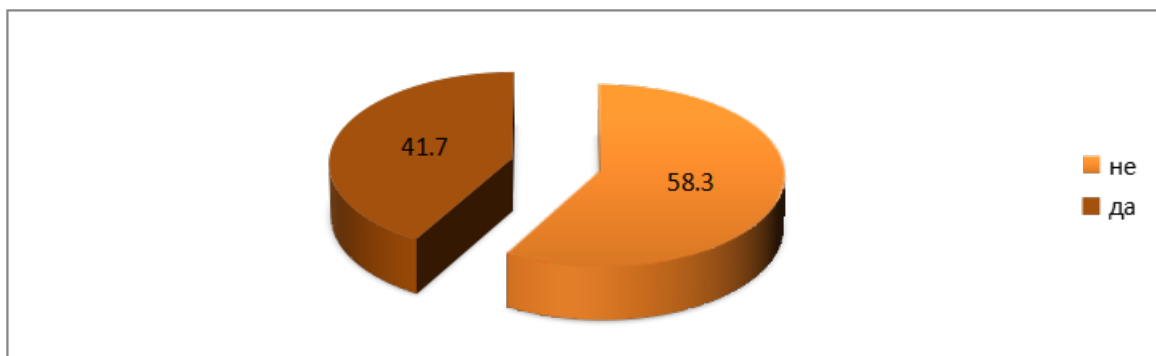


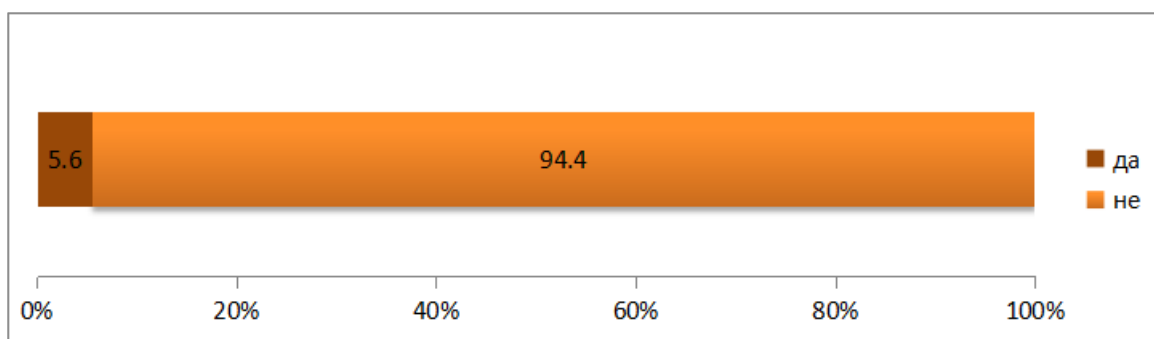
График 18в. П19: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали сметаат дека белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри, 94.4% сметаат дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој, а 5.6% не, процентуалната разлика која се регистрирана е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.1590$) (Табела 18. и График 18г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, бројот на пациенти дневно, местото на работа, степенот на образование версус ставот дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.72615, $df = 4$, $p = .785962$, Pearson Chi-square: 1.19693, $df = 1$, $p = .273936$; Pearson Chi-square: .915825, $df = 2$, $p = .632603$; Pearson Chi-square: .274048, $df = 3$, $p = .964833$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу годините работно искуство, версус ставот дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 8.31933, $df = 3$, $p = .039853$). Повеќе од половина т.е 58.8% од оние кои сметаат дека млечните заби имаат важна улога за развојот и здравјето на детето се со работно искуство од 10 до 25г.



Графикон 18г. П21: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој.

Анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри - 55.6%, точен одговор даваат дека оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на новороденчето а 44.4% не, процентуалната разлика која се регистрирана е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.3419$) (Табела 18. и График 18д.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу годините на работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа, степенот на образование версус ставот дека оралното здравје на мајката во период на бременоста и доењето може да влијае на новороденото за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 4.74268, $df=3$, $p=.191639$, Pearson Chi-square: .728428, $df=1$, $p=.393393$; Pearson Chi-square: 2.35567, $df=2$, $p=.307945$; Pearson Chi-square: 4.74353, $df=3$, $p=.191570$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу години возраст, версус ставот дека оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на новороденото за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 10.2978, $df=4$, $p=.035699$). Половина 50.0% од оние кои сметаат дека оралното здравје на мајката за време на период на бременост и доење може да влијае на новороденото се на возраст над 45г.

Анкетираните лица, помлади од 45 години за 15 пати (OR=15.0000, 95% CI 1.6523-136.61773) покажуваат помало прифаќање на ставот дека оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на новороденото, за разлика од анкетираните лица кои имаат над 45г.

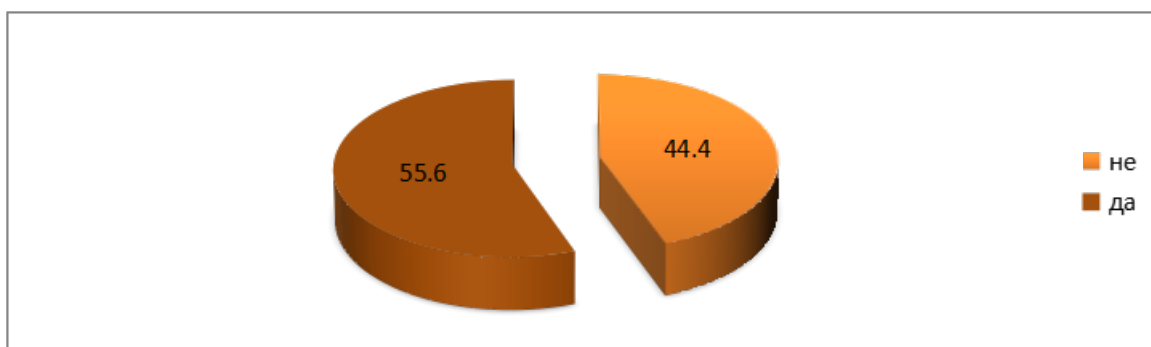


График 18д. П24: Дистрибуција на анкетираните медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали оралното здравје на мајката за време на период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на новороденчето

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

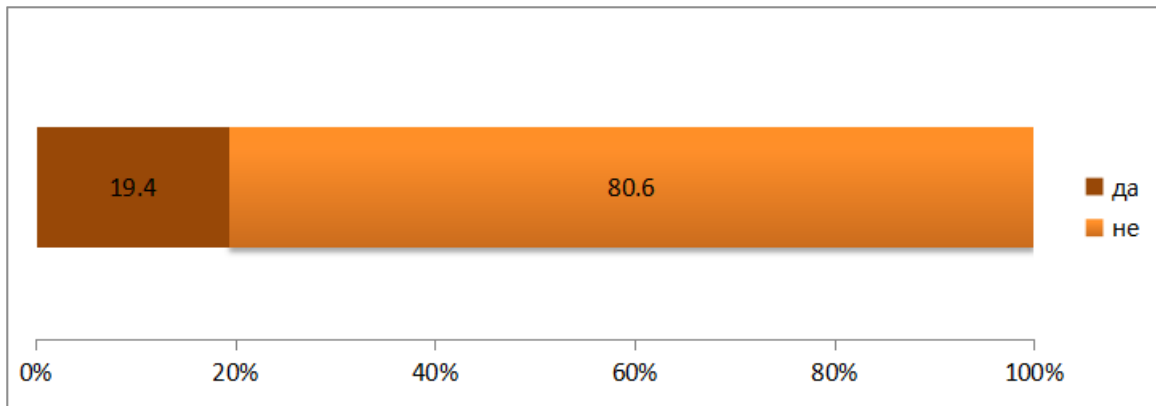


График 18г. П26: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на ЕСС

Од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри, 80.6% сметаат дека пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на кариес во рано детство, а 19.4% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.3419$) (Табела 18. и График 18г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините на работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа версус ставот дека пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на кариес во рано детство за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 5.52734, $df = 4$, $p = .237337$; Pearson Chi-square: 4.47403, $df = 3$, $p = .214618$; Pearson Chi-square: .214113, $df = 1$, $p = .643563$; Pearson Chi-square: 2.76266, $df = 2$, $p = .251244$; Pearson Chi-square: .648855, $df = 3$, $p = .885162$).

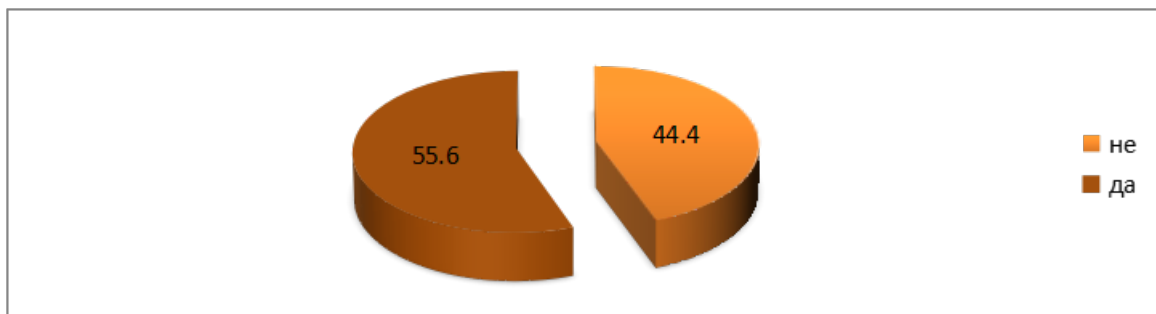


График 18е. П27: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали доењето и појавата на кариес на млечните заби се во тесна корелација.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри, 55.6% сметаат дека доењето и појавата на кариес на млечните заби се во тесна корелација, а 44.4% не, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички сигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.3419$) (Табела 18. и График 18е.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу бројот на пациенти дневно, местото на работа, степенот на образование версус ставот дека доењето и појавата на кариес на млечните заби се во тесна корелација за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .728428, $df = 1$, $p = .393393$, Pearson Chi-square: 5.05976, $df = 2$, $p = .079669$; Pearson Chi-square: 4.74353, $df = 3$, $p = .191570$).

Се регистрира поврзаност помеѓу возраста, годините работно искуство, версус ставот дека доењето и појавата на кариес на млечните заби се во тесна корелација за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 12.1356, $df = 4$, $p = .016371$, Pearson Chi-square: 9.52071, $df = 3$, $p = .023112$).

Анкетираниите лица, помлади од 45 години покажуваат за 15 пати помало прифаќање ($OR = 15.0000$, 95% CI 1.6523-136.61773) на ставот дека доењето и појавата на кариес на млечни заби се во тесна корелација од оние кои имаат над 45 години. 90.0% од анкетираниите лица кои даваат одговор дека доењето и појавата на кариес на млечните заби се во тесна корелација имаат работен стаж над 10г.

86.1% од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри сметаат дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби, а 13.9% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 18. и График 18ж.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу возраста, годините работно искуство, бројот на пациенти дневно, местото на работа версус ставот дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби за $p > 0.05$ (Pearson 4.04441, $df = 4$, $p = .400029$, Pearson Chi-square: 1.60922, $df = 3$, $p = .657302$; Pearson Chi-square: 1.43627, $df = 1$, $p = .230744$; Pearson Chi-square: 5.10000, $df = 2$, $p = .078082$; Pearson Chi-square: 1.17769, $df = 3$, $p = .758361$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

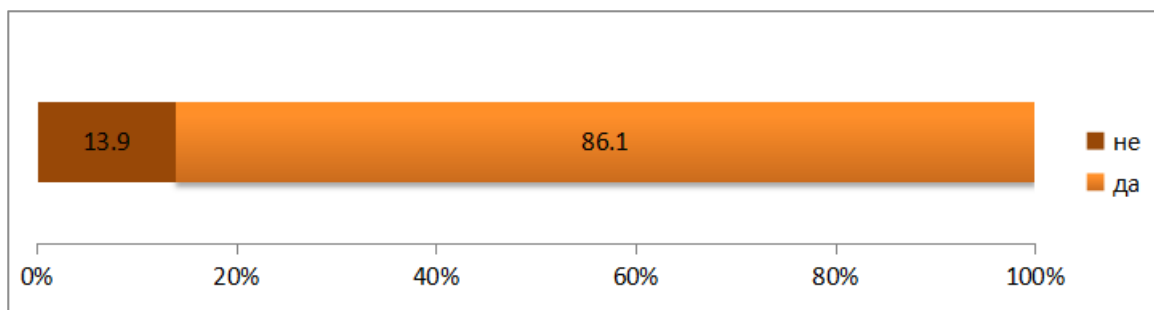


График 18ж. П28: Дистрибуција на анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри според тоа дали децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби.

На прашањето: Кога треба да е првата посета на стоматолог?, од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри - 69.4% сметаат дека тоа треба да се случи во првата година, 5.6% на 6 месеци, 8.3% при појава на болка и 13.9% при појава на кариес (Табела 19. и График 19а.). Процентуалната разлика помеѓу мислењето да се однесе детето на стоматолог во првата година версус останатите модалитети е статистички сигнификантно за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

Табела 19. Приказ на одговорите на прашањата од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри

Прашање	број	%
П 20 Првата посета на стоматолог треба да се случи на		
на 6 месеци	2	5.6
на една година	26	69.4
при појава на кариес	4	8.3
при појава на болки од заб	5	13.9
П 22 Препорачувате да се започне со чистење на оралната празнина		
веднаш по породувањето, веднаш по хранење на бебето	8	19.4
веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб	13	33.3
по ерупција на повеќе млечни заби	11	27.8
кога ќе ги има сите млечни заби	5	13.9
по возраст од 5 г.	1	2.8
П 23 .Најкариоген чекер во исхраната е		
сахароза	27	58.3
гликоза	15	25.0
лактоза	1	2.8
П 25 Паста кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години		
не се согласувам	3	8.3
делумно согласувам	15	41.7
се согласувам	18	50.0

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

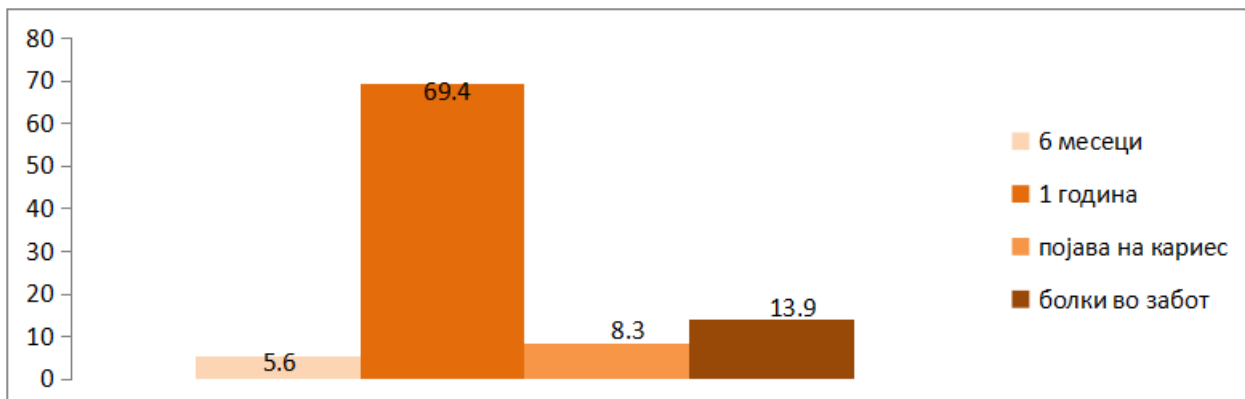


График 19а. Приказ на одговорот на прашањето од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри – П20: Првата посета на стоматолог треба да се случи на:...

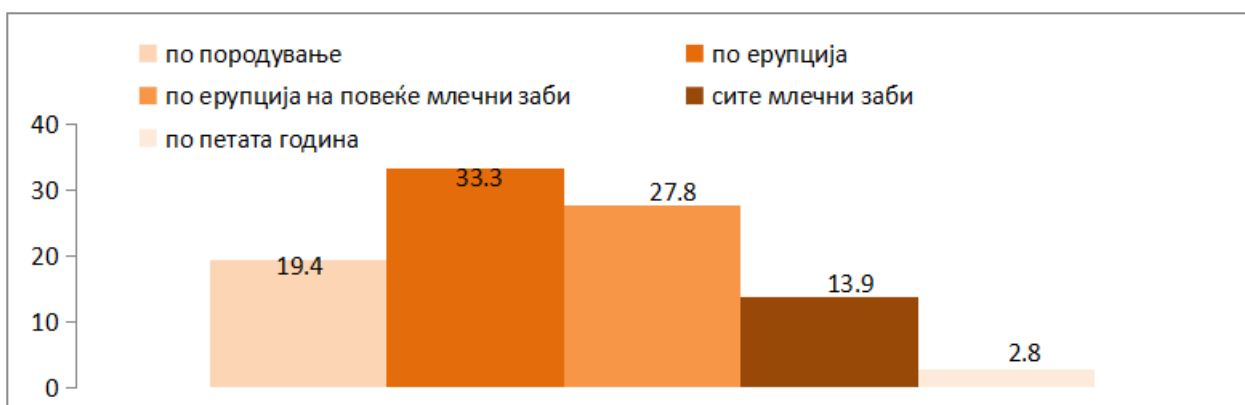


График 19б. Приказ на одговорот на прашањето од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри - П22: Препорачувате да се започне со чистење на оралната празнина...

Од анкетираниите медицински сестри, акушерки, патронажни сестри, 27.8% препорачуваат да се започне со чистење на оралната празнина по ерупција на повеќе млечни заби, 33.3% веднаш по ерупција на првиот млечен заб, 19.4% веднаш по породувањето и веднаш по хранење на бебето, 13.9% препорачуваат кога децата ќе ги имаат сите млечни заби, а само еден по 5 година. (Табела 19. и График 19б.). Процентуалната разлика помеѓу препораката веднаш по породувањето, веднаш по хранење на бебето и веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб версус останатите модалитети е статистички сигнификантно за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.00$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Анкетираните медицински сестри, акушерки, патронажни сестри сметаат дека најкариоген шеќер во исхраната со 58.3% е сахароза, за гликоза сметаат 25.0% од анкетираните и 2.8% е за лактоза (Табела 19. и График 19в.). Процентуалната разлика помеѓу сахароза версус останатите модалитети е статистички сигнификантно за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

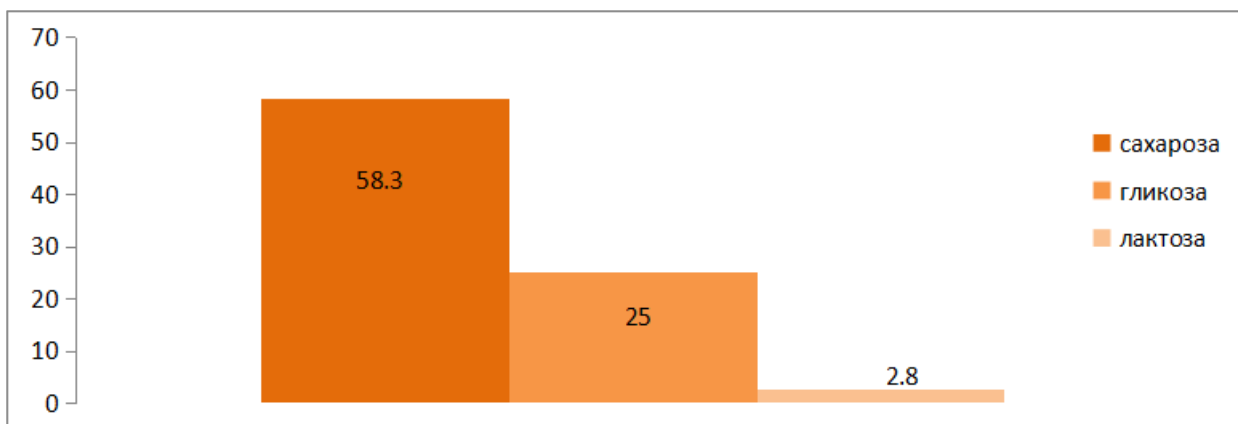


График 19в. Приказ на одговорот на прашањето од анкетираните медицински сестри, акушерки, патронажни сестри - П23: Најкариоген шеќер во исхраната е...

50.0 % од анкетираните медицински сестри, акушерки, патронажни сестри се согласуваат со тврдењето дека пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години, 41.7% делумно се согласуваат, 8.3% не се согласуваат (Табела 19. и График 19г.).

Просечната вредност на бодирањето според Ликертовата скала изнесува 2.55, што нè приближува дека анкетираните се согласуваат дека пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години (Табела 19а. и График 19д).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

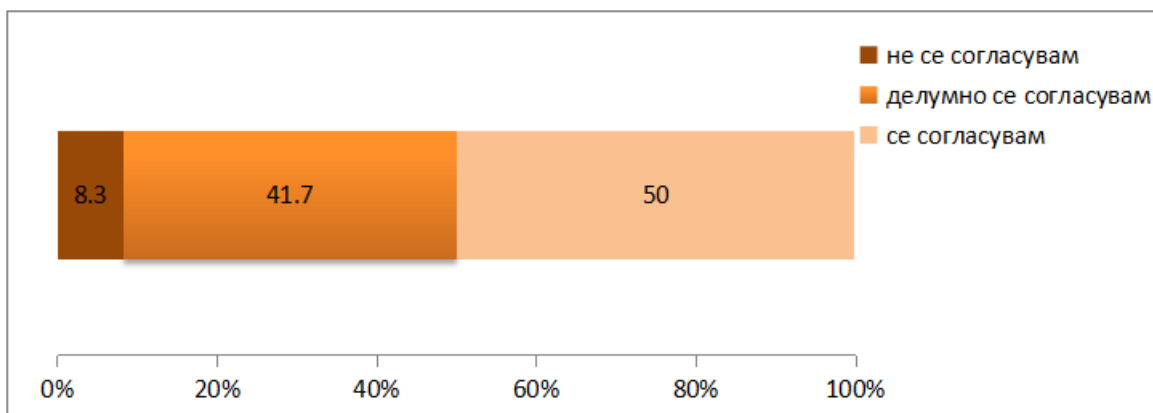


График 19г. Приказ на одговор на прашањето П25: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години

Табела 19а. Приказ на просечните резултати од прашањето П25: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години

број	просек	минимум	максимум	Стд. дев.
36	2.55	1.0	3.0	0.804434143274

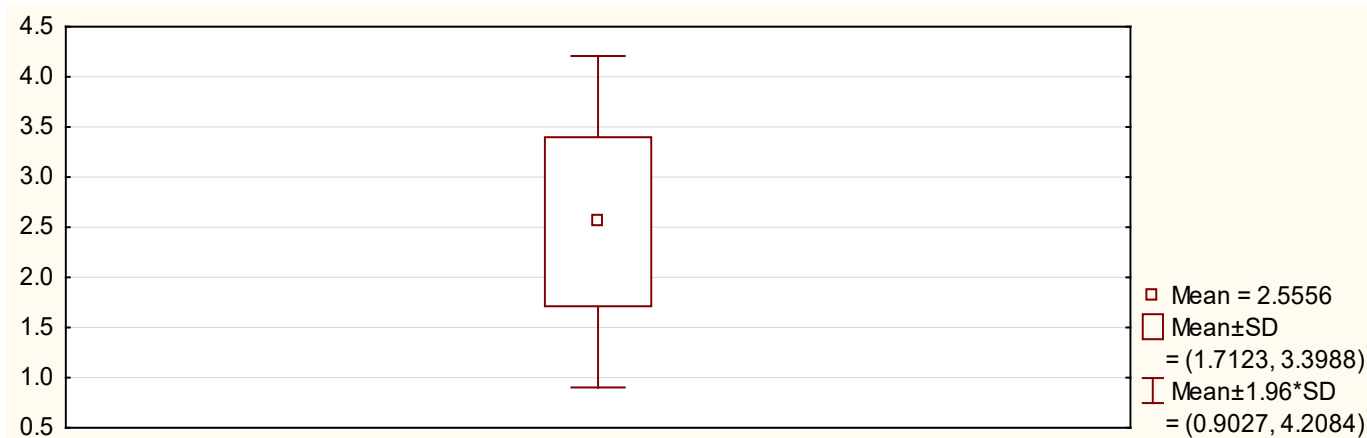


График 19д. Приказ на просечните резултати од прашањето: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

3.4 Студенти на Медицински Факултет

Табела 20. Приказ на социо-демографските карактеристики на анкетираниите студенти на медицина

пол	број	%
женски	57	82.6
машки	12	17.4
година на студии		
четврта	26	37.7
пета	16	23.2
шеста	17	24.6
стажант	10	14.5

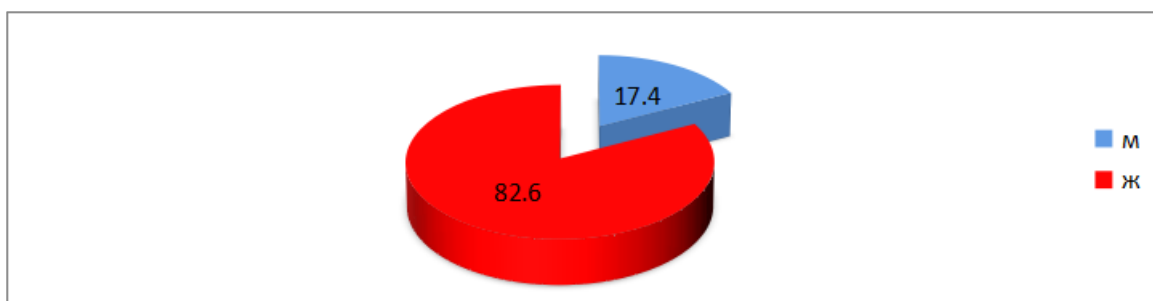


График 20а. Приказ на анкетираниите лица според полот

Поголем процент од анкетираниите лица се од женскиот пол т.е 82.6%, додека 17.4% се од машкиот пол (Табела 20. и График 20а.). Процентуалната разлика е статистички сигнификантна помеѓу застапеноста на половите за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0000$). Од анкетираниите лица, 37.7% се четврта година на студии, 24.6% се шеста година, 23.2% се на петта година и 14.5% се стажанти (Табела 20. и График 20б.). Процентуалната разлика е статистички сигнификантна помеѓу застапеноста на студентите од четврта година версус стажантите за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0015$), останатите процентуални разлики се несигнификантни. Сите анкетирани студенти се студенти на државен универзитет.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

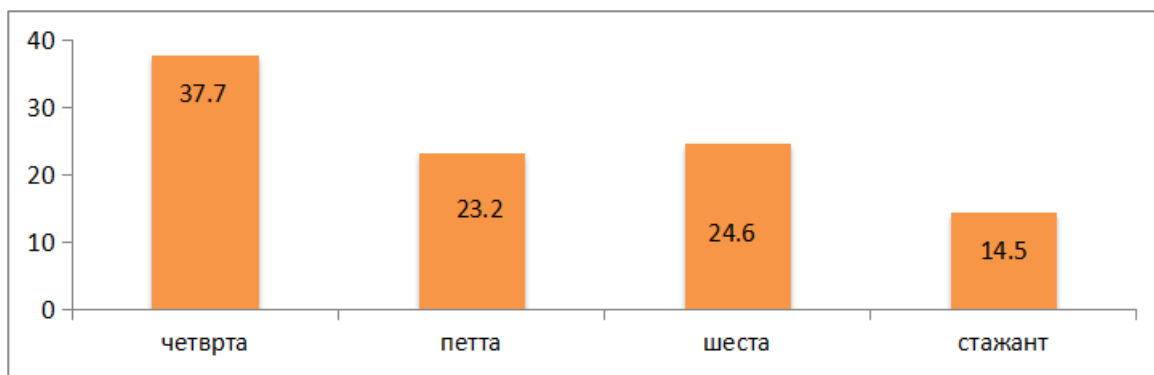


График 20б. Приказ на анкетираниите лица според години на студии

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 21. Приказ на одговорите на прашањата од анкетираниите студенти на Медицински факултет (П1-10)

<i>П1 Дали препорачувате на вашите пациенти да го одложат стоматолошкиот преглед до после породувањето</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
не	61	88.4
да	8	11.6
<i>П2 Дали верувате дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста?</i>		
не	29	42.0
да	40	58.0
<i>П3 Које тромесечие е најбезбедно за време на бременоста за стоматолошки третмани?</i>		
прво тромесечие	15	21.7
второ тромесечие	12	17.4
трето тромесечие	17	24.6
второ и трето тромесечие	17	24.6
прво, второ и трето тромесечие	13	18.8
<i>П4 Дали сметате дека е ризично да се прават Rtg снимки на заби за време на бременоста?</i>		
не	20	29.0
да	49	71.0
<i>П5 Дали мислите дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација?</i>		
не	15	21.7
да	54	78.3
<i>П6 Дали сметате дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход?</i>		
не	24	34.8
да	45	65.2
<i>П7 Дали сметате дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина?</i>		
не	43	62.3
да	26	37.7
<i>П8 Дали сметате дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина?</i>		
чистење забен камен и полирање	56	81.2
реставрација	26	37.7
ендодонтски третман	3	4.3
екстракција	2	3.0
локална перапикална снимка	2	3.0
Rtg панорама снимка	1	1.4
<i>П9 Дали сметате дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката?</i>		
не	38	55.1
да	31	44.9
<i>П10 Дали кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено?</i>		
не	45	65.2
да	24	34.8

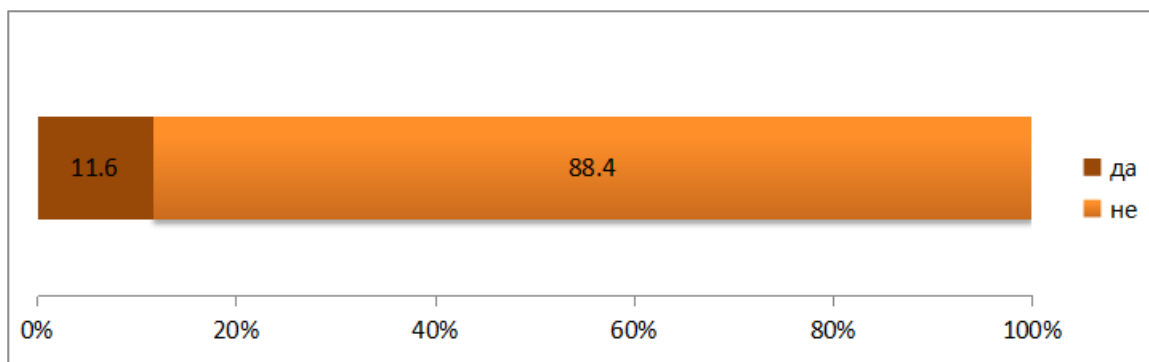
ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Најголем дел од анкетираниите студенти по медицина - 88.4% не би препорачале на нивните пациенти да го одложат денталниот преглед до после породувањето, само 16.7% би препорачале, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 21. и График 21а.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус препораката на нивните пациенти за одложување на стоматолошкиот преглед до после породувањето за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .364646, $df = 1$, $p = .545937$, Pearson Chi-square: .341805, $df = 3$, $p = .331547$).

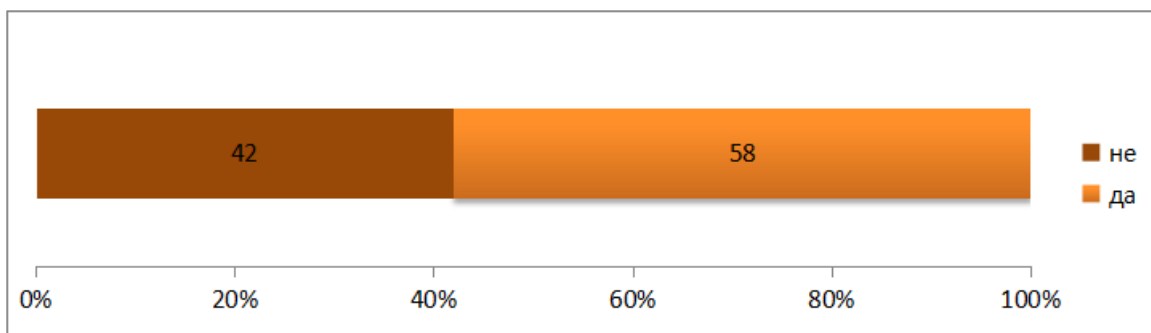
Најголем дел од анкетираниите студенти по медицина – 58.0%, веруваат дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста, само 42.0% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички несиѓнификантна за $p > 0.05$ (Difference test) (Табела 21. и График 21б.).

Не се регистрира поврзаност помеѓу пол, година на студирање версус верувањето дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременост за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.67667, $df = 2$, $p = .432430$, Pearson Chi-square: 6.06577, $df = 6$, $p = .415863$).

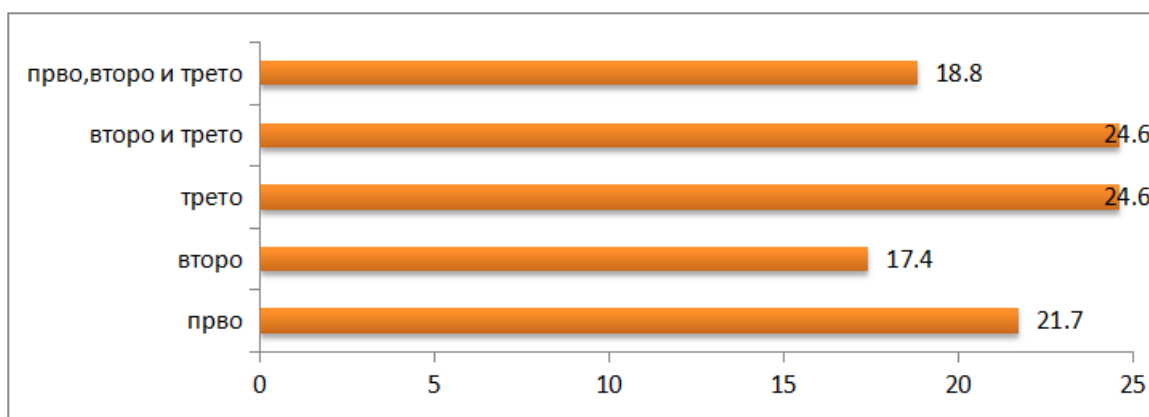


Графикон 21а. П1: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според тоа дали препорачуваат на нивните пациенти да го одложат стоматолошкиот преглед до после породувањето.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Графикон 21б. П2: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според тоа дали веруваат дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста.



Графикон 21в. П3: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според одговорот на прашањето: Кое тромесечие за време на бременоста е најбезбедно за стоматолошки третмани?

Анкетираниите студенти на медицина т.е 24.6% од нив, сметаат дека најбезбедно тромесечие за време на бременоста за дентални третмани се второто и третото, 21.7% сметаат дека првото тромесечие е право време, 18.8% сметаат дека тоа се трите тромесечја, додека 17.4% сметаат дека најбезбедно е второто тромесечие (Табела 21. и График 21в.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

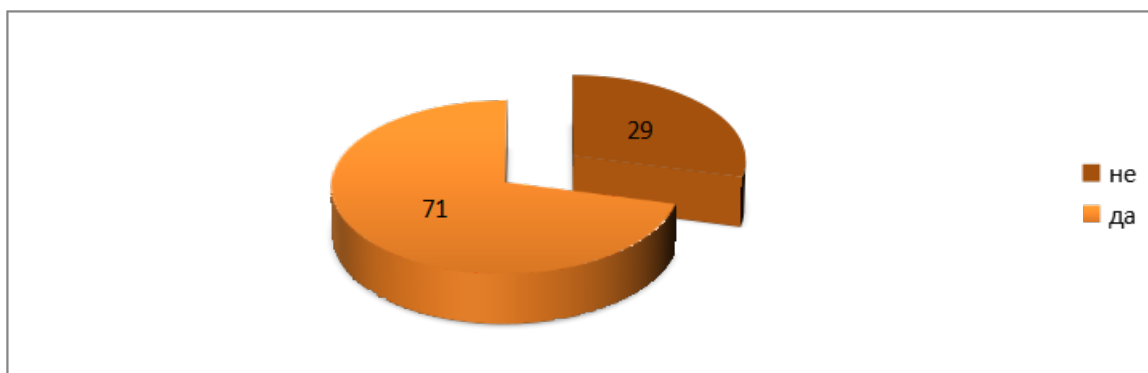


График 21г. П4: Дистрибуција на анкетираниите студенти на медицина според тоа дали сметаат дека е ризично да се прават Ртг снимки на заби за време на бременоста.

Од анкетираниите студенти по медицина, 71.0% сметаат дека е ризично да се прават Ртг снимки на заби за време на бременоста, а 29.0% сметаат дека не е, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 21. и График 21г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус знаењето дали е ризично да се прават Ртг снимки на заби за време на бременоста за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.59280, $df = 2$, $p = .450950$, Pearson Chi-square: 4.51665, $df = 6$, $p = .607119$).

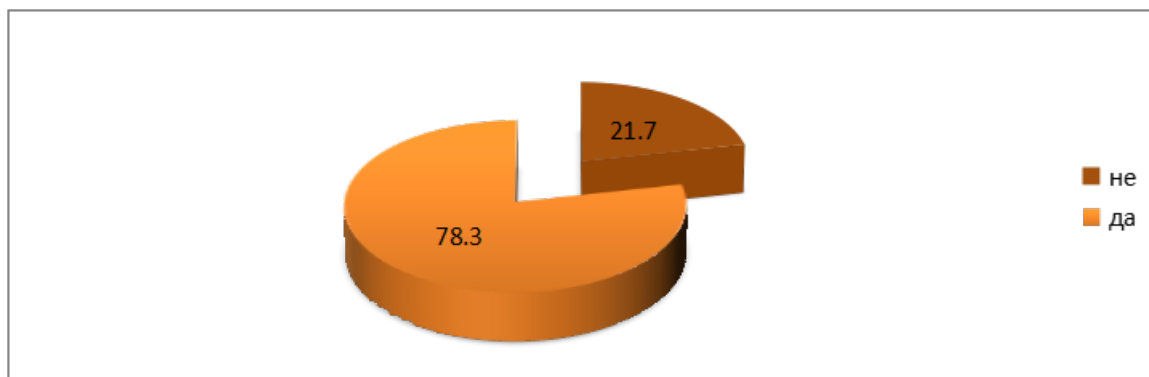


График 21д. П5: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според тоа дали мислат дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација.

Од студентите по медицина, 78.3% мислат дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација, а 21.7% не, процентуалната разлика која беше регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.000$) (Табела 21. и График 21д.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус мислењето дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.53445, $df=1$, $p=.215445$, Pearson Chi-square: 4.31386, $df=3$, $p=.229507$).

Најголем дел од студентите по медицина – 65.2% сметаат дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход, а 34.8% не, процентуалната разлика која беше регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p=0.0004$) (Табела 21. и График 21г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, година на студирање версус мислењето дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 5.70652, $df=6$, $p=.456855$, Pearson Chi-square: 2.10161, $df=1$, $p=.147144$).

Голем дел од студенти на медицина – 62.3% сметаат дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина, а 37.7% не, процентуалната разлика која беше регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p=0.0039$) (Табела 21. и График 21е.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус ставот дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .098261, $df=1$, $p=.753927$; Pearson Chi-square: 3.06844, $df=3$, $p=.381193$).

Најголем дел – 81.2% од анкетираниите лица сметале дека најбезбедна процедура е чистење на забен камен и полирање, потоа следуваше со 37.7% реставрација, со 4.3% беше застапено мислењето за ендодонтски третман, 3.0% - екстракција и локална периапикална снимка и т.н. (Табела 21. и График 21ж.).

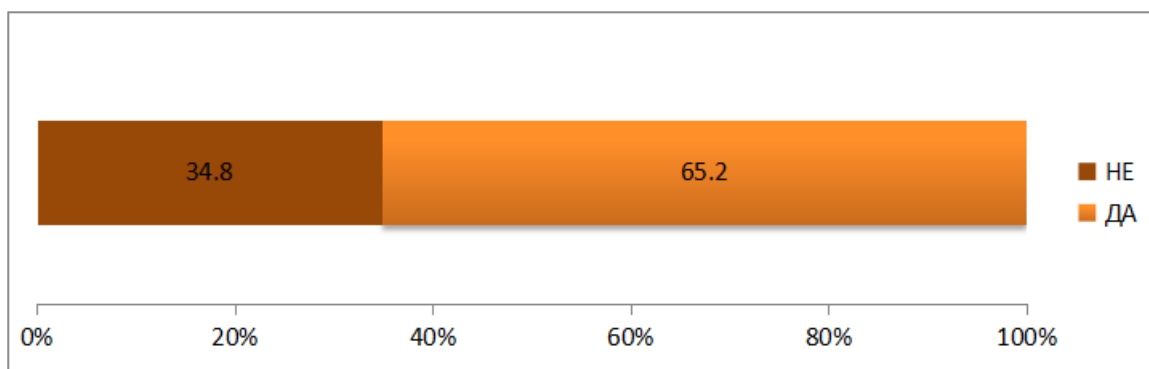


График 21г. Пб: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според тоа дали сметаат дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

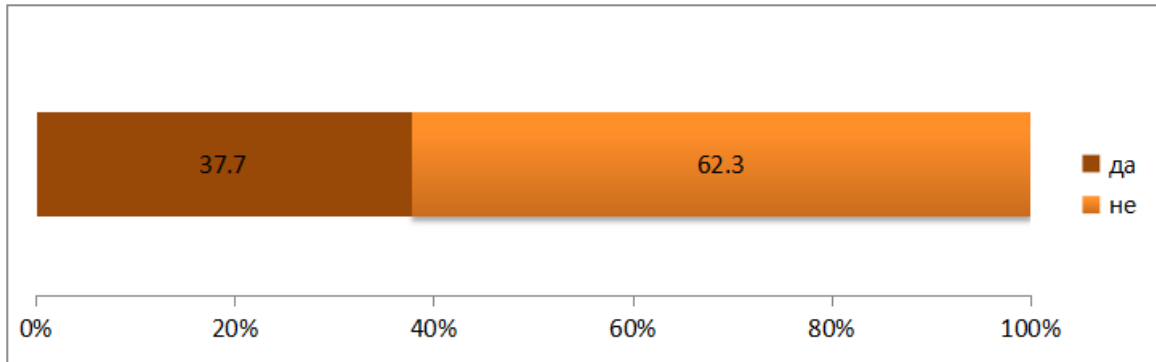


График 21е. П7: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според тоа дали сметаат дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина.

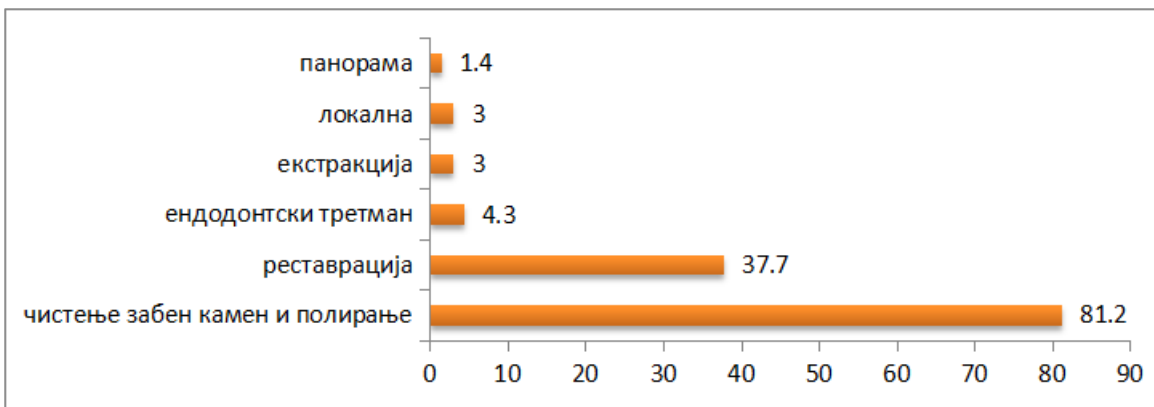


График 21ж. П8: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според одговорот на прашањето: Која процедура за време на бременоста е најбезбедна?

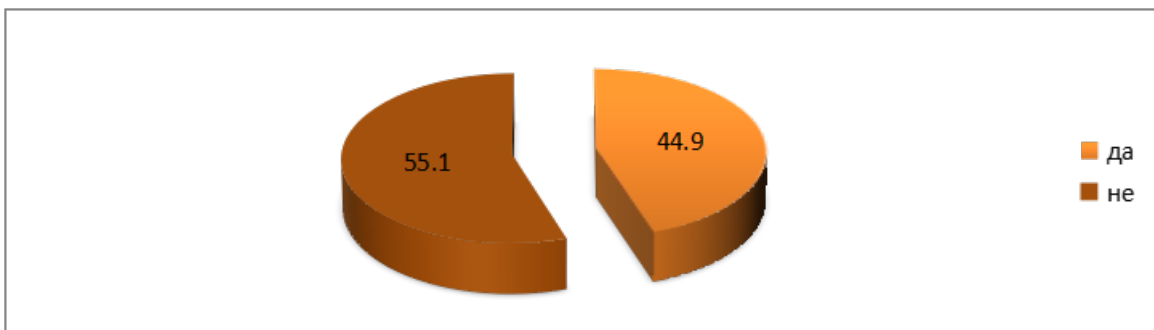


График 21з. П9: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според тоа дали

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

сметаат дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката.

Од анкетираниите студенти по медицина, 44.9% сметале дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката, а 55.1% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.3941$) (Табела 21. и График 21з.).

Не беше регистрирана поврзаност меѓу полот, годината на студирање версус ставот дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .151059, $df = 1$, $p = .697526$; Pearson Chi-square: 2.55712, $df = 3$, $p = .465056$).

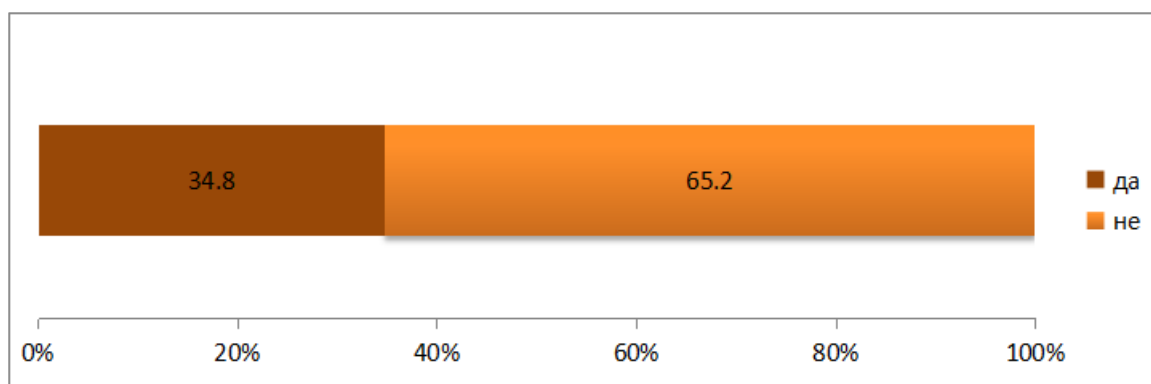


График 21с. П10: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според одговорот на прашањето: Дали кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено?

Анкетираниите студенти по медицина т.е 34.8% од испитаници како испитаници сметаат дека кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено, а 65.2% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0004$) (Табела 21. и График 21и.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус мислењето дека кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .013450, $df = 1$, $p = .907672$, Pearson Chi-square: 1.90557, $df = 3$, $p = .592236$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 22. Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според дадените одговори

	број	%
П11 Педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина треба да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт?		
не	6	8.7
да	63	91.3
П 12 Кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата		
педијатар	10	14.5
педодонт	17	24.6
матичен лекар	7	10.1
доктор по семејна медицина	2	2.9
сите наведени	42	60.9
П 13 Првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од 6 месеци		
не	12	17.4
да	57	82.6
П14 Првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб		
не	38	55.1
да	31	44.9
П15 Белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес		
не	47	68.2
да	22	31.8
П 16 Првата посета на стоматолог треба да се случи на		
на 6 месеци	18	26.1
на една година	42	60.9
при појава на кариес	3	4.3
при појава на болки од заб	8	11.6
непосредно по породувањето	1	1.4
П17 Млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој		
не	3	4.3
да	66	95.7
П18 Препорачуваат да се започне со чистење на оралната празнина		
веднаш по породувањето, веднаш по хранење на бебето	10	14.5
веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб	21	30.4
по ерупција на повеќе млечни заби	28	40.6
кога ќе ги има сите млечни заби	5	7.2
по возраст од 5 г.	6	8.7
П 19 Најкариоген шеќер во исхраната е		
сахароза	48	69.6
гликоза	18	26.1
лактоза	3	4.3
П20 Оралното здравје на мајката за време на период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на доенчето		
не	28	40.6
да	41	59.4
П21 Пастии кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години		
се согласувам	41	59.4
не се согласувам	5	7.3
делумно се согласувам	23	33.3
П22 Пренаталната исхрана може да влијае на доенчето орално здравје и развојот на кариес на рано детство		
не	15	21.7
да	54	78.3
П23 Доењето и појавата на кариес на млечни заби се во тесна корелација		
не	46	66.7
да	23	33.3
П 24 Децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби		
не	26	37.7
да	43	62.3

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

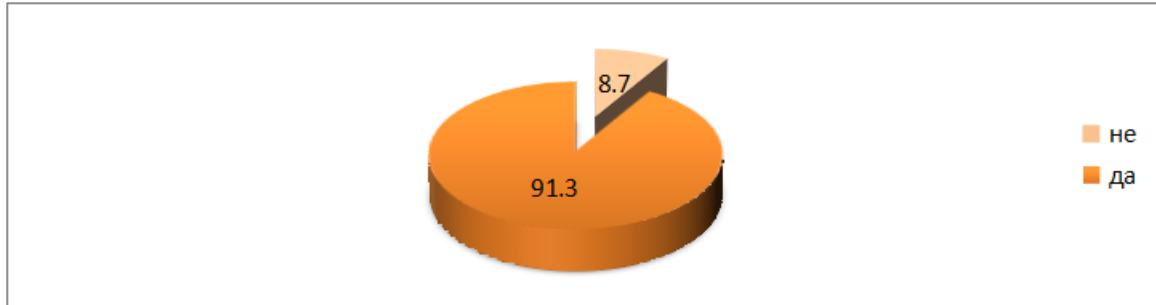
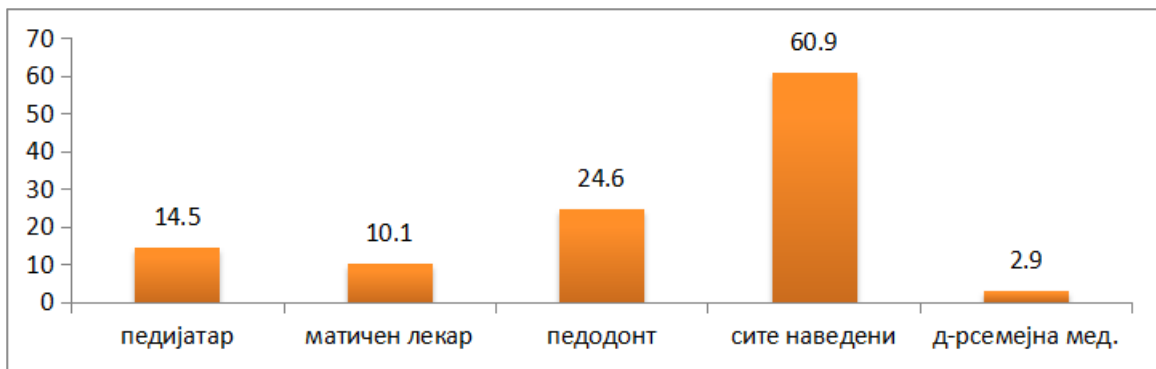


График 22а. П11: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според тоа дали педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина треба да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт

91.3% од анкетираниите студенти по медицина се на мислење дека педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина треба да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт, а само 8.7% не. Процентуалната разлика помеѓу оние кои се на мислење дека педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина треба да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт версус студентите на медицина кои не го делат тоа мислење е статистички сигнификантно $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0000$).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус мислењето дека педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина треба да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .002402, $df = 1$, $p = .960912$, Pearson Chi-square: 2.82157, $df = 3$, $p = .419961$).



ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

График 22б. П12: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според одговорот на прашањето: Кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата?

Од анкетираниите студенти на медицина според тоа кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата, 60.9% од нив даваат одговор дека сите лекари истовремено се одговорни. Процентуалната разлика од сите одговори версус останатите е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .00$) (Табела 22. и График 22б.).

Од анкетираниите студенти на медицина според тоа кога еруптира првиот млечен заб, 82.6% даваат одговор дека првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од околу 6 месеци. Процентуалната разлика помеѓу ДА одговори версус НЕ е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0000$) (Табела 22 и график 22в).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студии версус ставот дека првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од 6 месеци за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .585353, $df = 1$, $p = .444222$, Pearson Chi-square: 1.36046, $df = 3$, $p = .714830$).

22.2% од анкетираниите студенти по медицина сметаат дека првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб, а 77.8% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.000$) (Табела 22. и График 22г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студии версус ставот дека првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.05510, $df = 1$, $p = .304335$, Pearson Chi-square: 1.17251, $df = 3$, $p = .759605$).

Анкетираниите студенти по медицина во 31.8% сметаат дека белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес, а 68.2% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.000$) (Табела 22. и График 22д.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студии версус ставот дека белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 3.70972, $df = 1$, $p = .054096$, Pearson Chi-square: 4.02545, $df = 3$, $p = .258729$).

На прашањето: Кога треба да се случи првата посета на стоматолог?; од анкетираниите студенти, 60.9% сметаат дека тоа треба да се случи во првата година, 26.1% на 6 месеци, 11.6% при појава на болка, 4.3% кариес и еден испитаник смета дека треба непосредно по породување (Табела 22. и График 22ѓ.). Процентуалната разлика помеѓу мислењето да се однесе детето на стоматолог во првата година версус останатите модалитети е статистички сигнификантно за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Анкетираните студенти по медицина во најголем процент сметаат дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој (95.7%), а 4.3% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 22. и График 22е.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студии версус ставот дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .554825, $df = 1$, $p = .456353$, Pearson Chi-square: .705741, $df = 3$, $p = .871853$).

Анкетираните студенти по медицина, 40.6% препорачуваат да се започне со чистење на оралната празнина по ерупција на повеќе млечни заби, 30.4% веднаш по ерупција на првиот млечен заб, 14.5% веднаш по породувањето и веднаш по хранење на бебето, 7.2% препорачуваат кога децата ќе ги имаат сите млечни заби, а 8.7% по 5-тата година. (Табела 22. и График 22ж.). Процентуалната разлика помеѓу препораката веднаш по породувањето, веднаш по хранење на бебето и веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб версус останатите модалитети е статистички сигнификантно за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.00$).

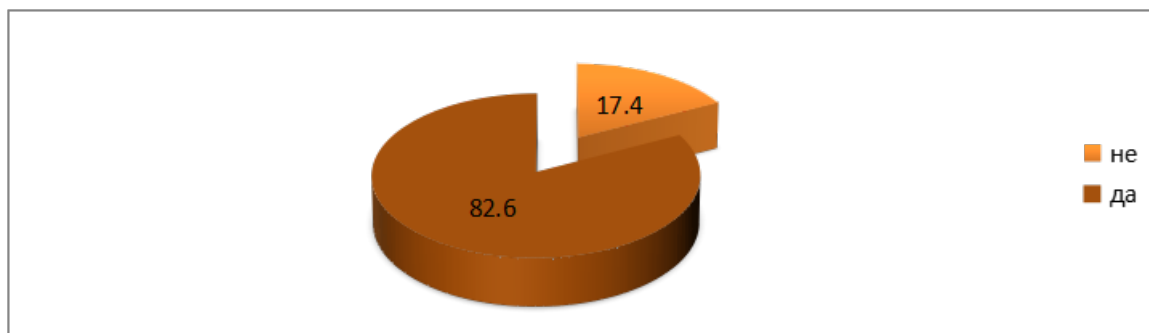
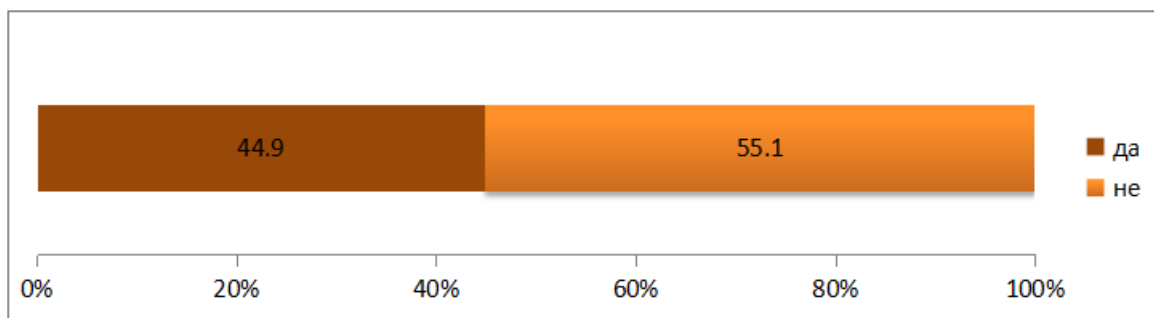
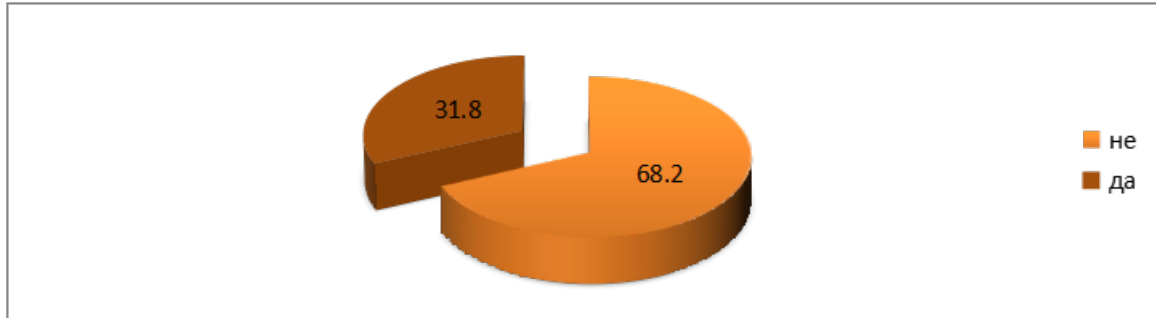


График 22в. П13: Дистрибуција на анкетираните студенти по медицина според одговорот на прашањето дека првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од околу 6 месеци?



ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

График 22г. П14: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според одговорот на прашањето: Дали првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб?



Графикон 22д. П15: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според одговорот на прашањето: Дали белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес?

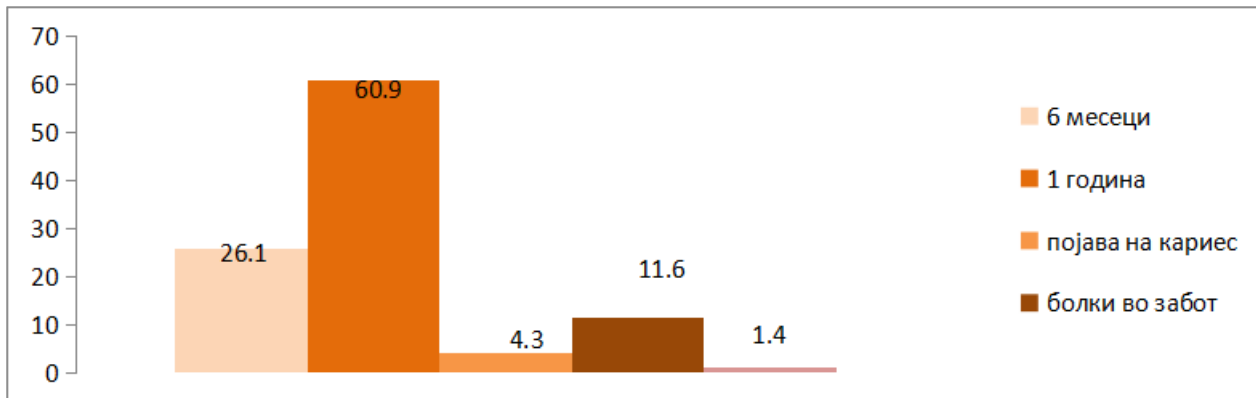
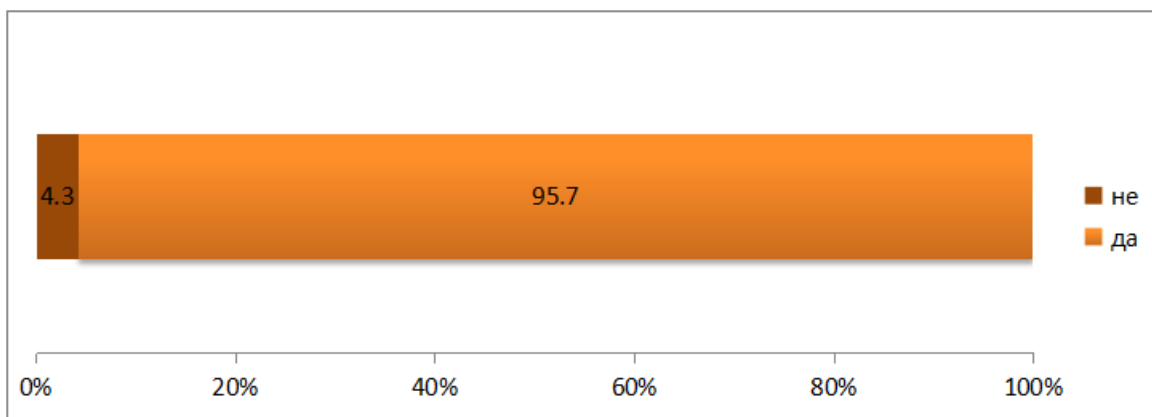


График 22ѓ. Приказ на одговорот на прашањето на студентите по медицина – П16: Првата посета на стоматолог треба да се случи на: ...

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Графикон 22е. П17: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според одговорот на прашањето: Дали млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој?

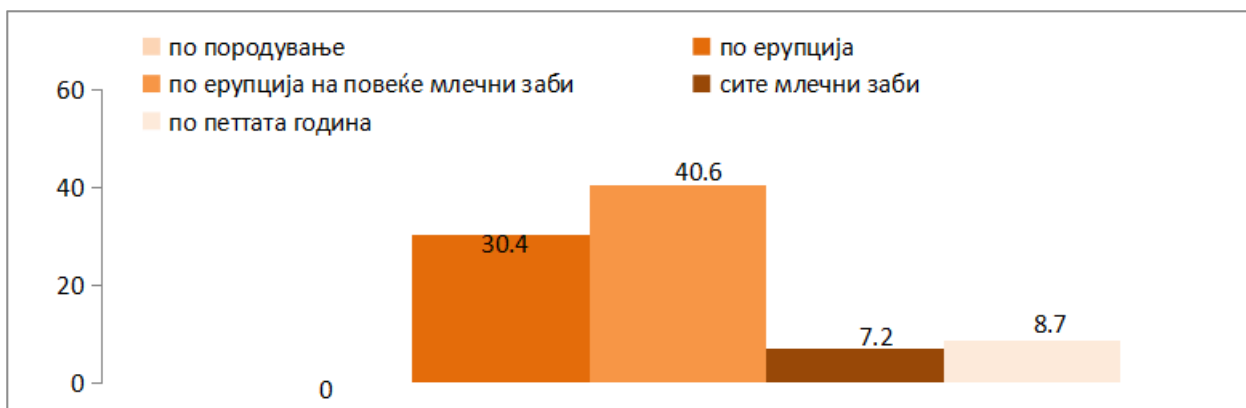


График 22ж. Приказ на одговорот на прашањето на анкетираниите студенти по медицина – П18: Препорачувате да се започне со чистење на оралната празнина...

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

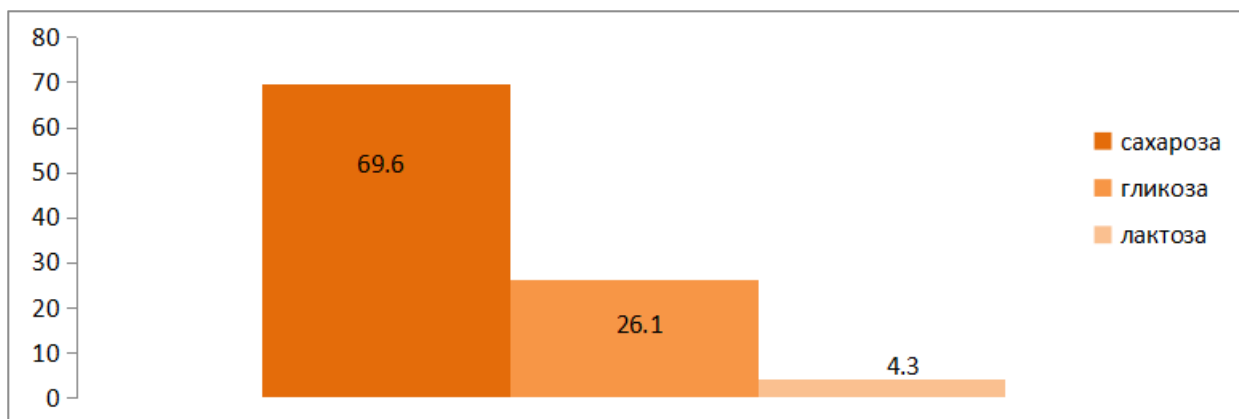


График 22з. Приказ на одговорот на прашањето на анкетираниите студенти по медицина – П19: Најкариоген шеќер во исхраната е:...

Анкетираниите студенти по медицина сметаат дека најкариоген шеќер во исхраната со 69.6% е сахароза, 26.1% сметаат дека најкариоген шеќер е гликоза и 4.3% лактоза (Табела 22. и График 22з.). Процентуалната разлика помеѓу процентот на сахароза версус останатите модалитети е статистички сигнификантно за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

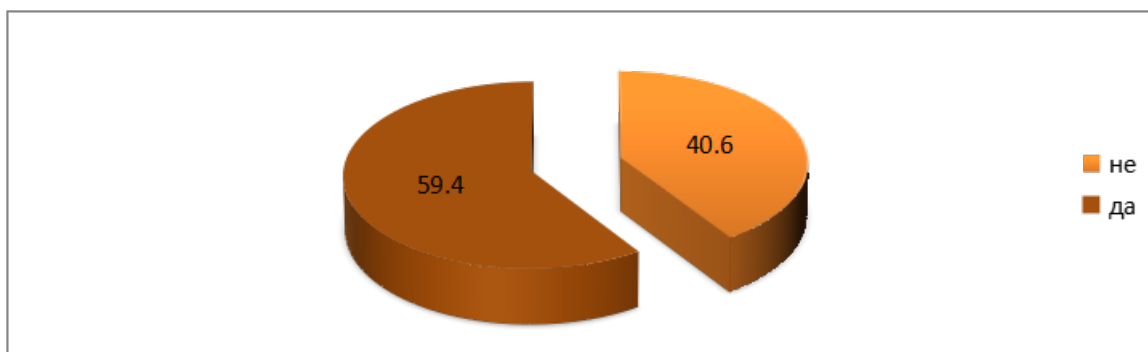
Анкетираниите студенти по медицина т.е 59.4% од нив сметаат дека оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на новороденчето а 40.6% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.3419$) (Табела 22. и График 22и.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студии версус ставот дека оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на новороденото за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.46228, $df = 1$, $p = .226568$, Pearson Chi-square: 7.03037, $df = 3$, $p = .070936$).

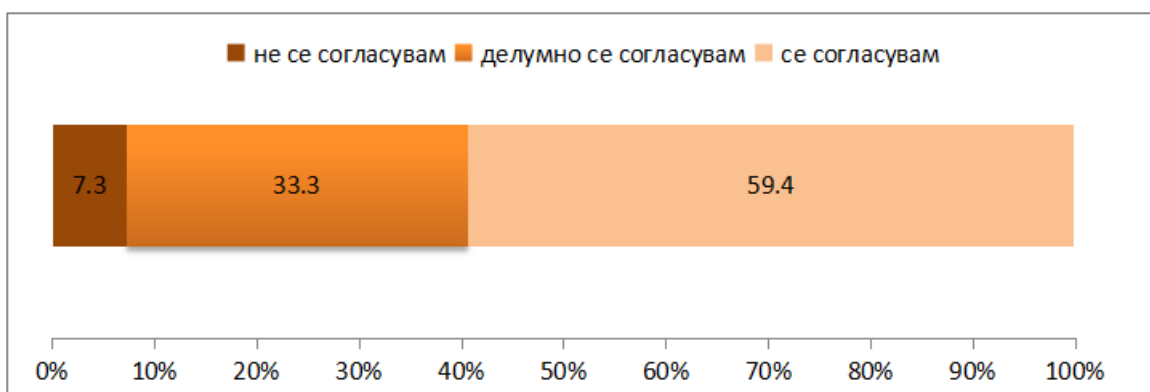
59.4 % од анкетираниите студенти на медицина се согласиле со тврдењето дека пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години, 33.3% делумно се согласиле и 7.3% не се согласувале (Табела 22. и График 22ј.).

Просечната вредност на бодирањето според Ликертовата скала изнесува 2.52, што укажува дека анкетираниите лица делумно се согласуваат (Табела 22а. и График 22к.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Графикон 22и. П20: Дистрибуција на анкетираниите студенти по медицина според одговорот на прашањето: Дали оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на новороденчето?



Графика 22ј. Приказ на одговорите на прашањето П21: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години.

Табела 22а. Приказ на просечните резултати од прашањето П21: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години.

број	просек	минимум	максимум	Стд.Дев.
69	2.52	1.0	3.0	0.632658

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

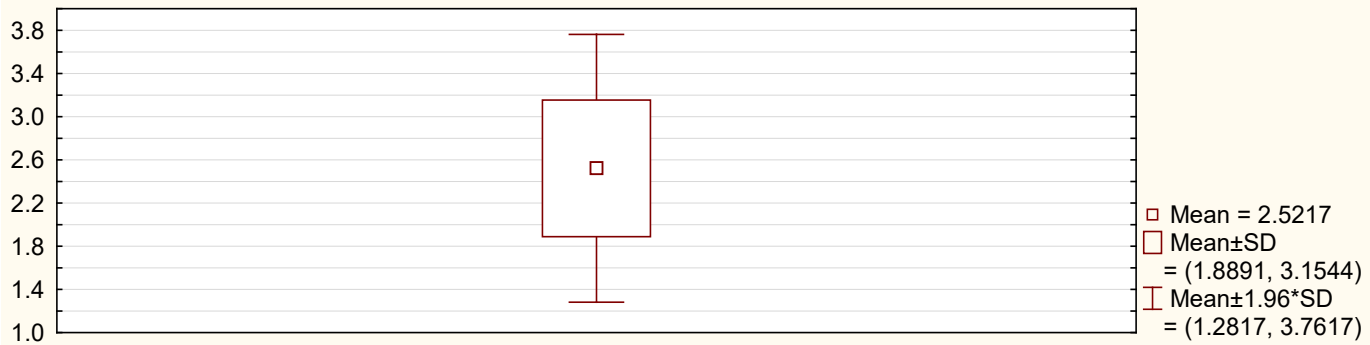


График 22к. Приказ на просечните резултати од прашањето: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години.

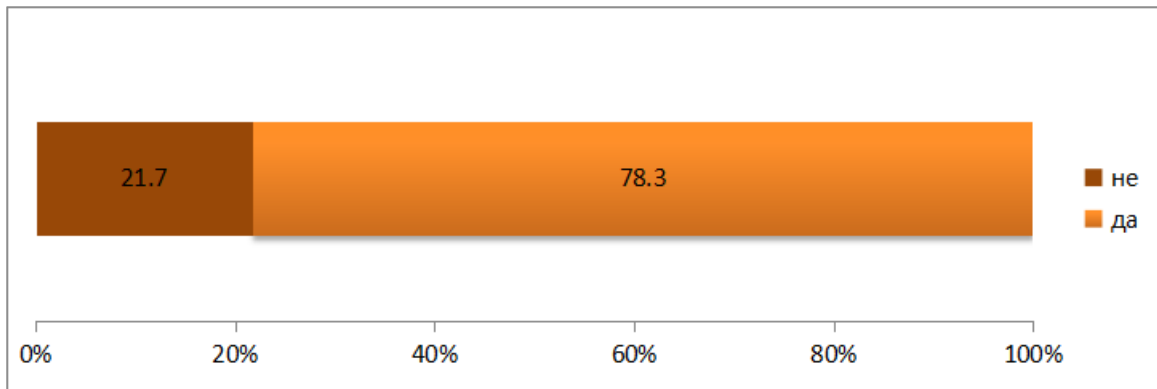


График 22л. П22: Дистрибуција на анкетираните студенти по медицина според одговорот на прашањето: Дали пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на ЕСС?

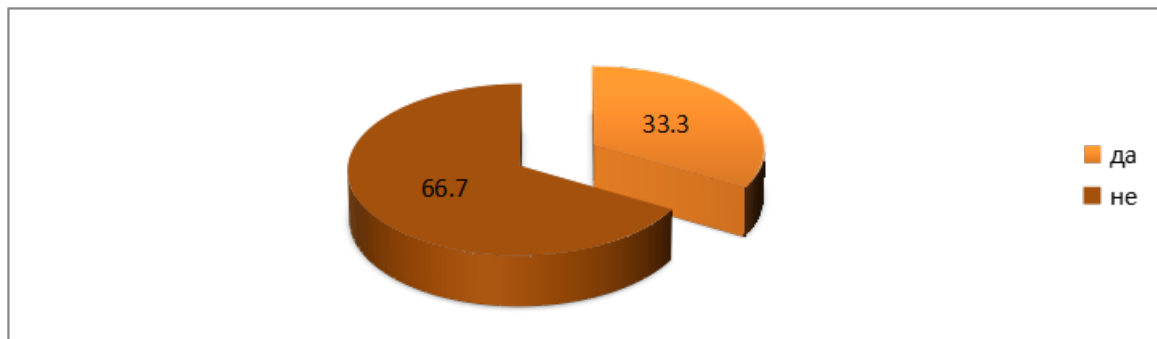


График 22м. П23: Дистрибуција на анкетираните студенти по медицина според одговорот на прашањето: Дали доењето и појавата на карис на млечни заби се во тесна корелација?

Анкетираните студенти по медицина, 78.3% од нив сметале дека пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на карис во рано детство, а 21.7% не,

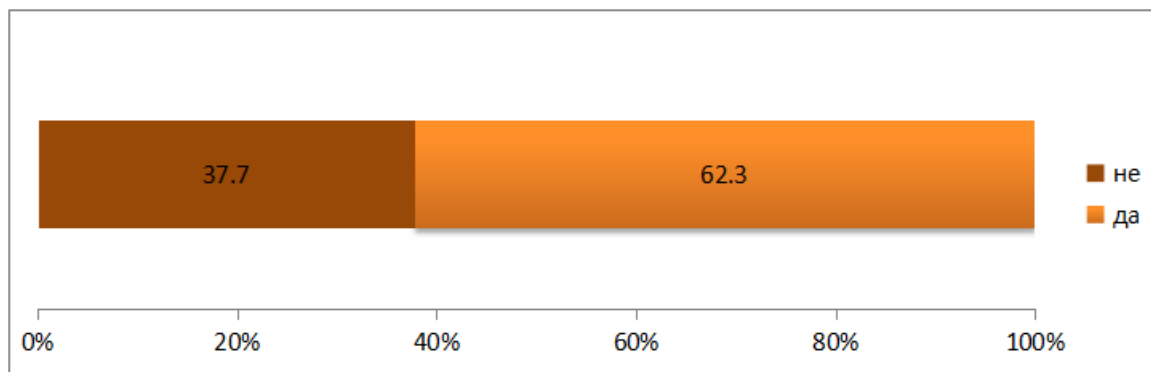
ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 22. и График 22л.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус ставот дека пренаталната исхрана може да влијае на доенчкото орално здравје и развојот на ECC за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .219688, $df = 1$, $p = .639278$, Pearson Chi-square: 1.88994, $df = 3$, $p = .595561$).

Анкетираните студенти на медицина, 33.3% од нив сметаат дека доењето и појавата на кариес на млечни заби се во тесна корелација, а 66.7% не, процентуалната разлика која беше регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0001$) (Табела 22. и График 22м.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус ставот дека доењето и појавата на кариес на млечни заби се во тесна корелација за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .453947, $df = 1$, $p = .500466$, Pearson Chi-square: 2.06835, $df = 3$, $p = .558341$).



Графикон 22н. П24: Дистрибуција на анкетираните студенти по медицина според одговорот на прашањето: Дали децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби?

Анкетираните студенти по медицина сметаат дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечните заби т.е 62.3%, а 37.7% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0039$) (Табела 22. и График 22н.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу пол, година на студии vs ставот дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .098261, $df = 1$, $p = .753927$, Pearson Chi-square: 4.76895, $df = 3$, $p = .189519$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

3.5 Студенти на Стоматолошки факултет

Поголем процент од анкетираниите лица беа од женскиот пол, 77.1%, 22.9% беа од машкиот пол (Табела 23. и График 23а.). Процентуалната разлика беше статистички сигнификантна помеѓу застапеноста на половите за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0000$).

Анкетираниите лица, 8.3% од нив се четврта година на студии, во најголем процент од 64.6% се петта година, 2.1% се шеста година и 25.0% се стажанти (Табела 23. и График 23б.). Процентуалната разлика е статистички сигнификантна помеѓу застапеноста на студентите од петта година версус останатите за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0001$).

Табела 23. Приказ на социо-демографските карактеристики на анкетираниите студенти на стоматологија

<i>пол</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
женски	37	78.7
машки	10	22.3
<i>година на студии</i>		
четврта	4	8.5
петта	31	65.9
шеста	1	2.1
стажант	11	23.4

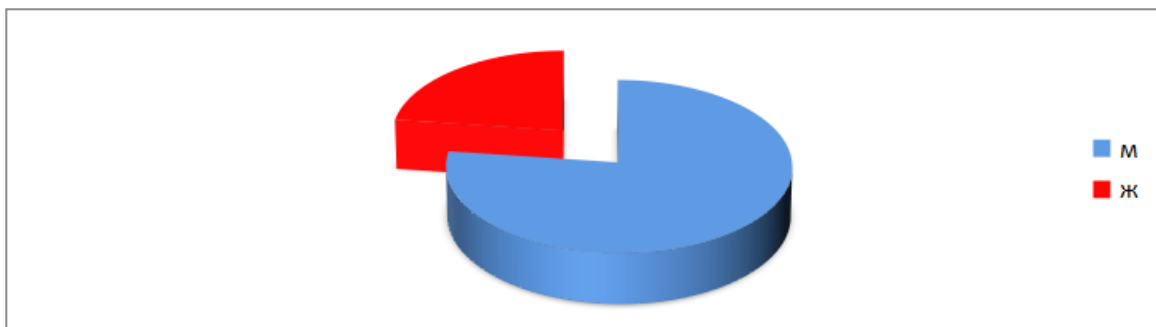


График 23а. Приказ на анкетираниите студенти по стоматологија според полот.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

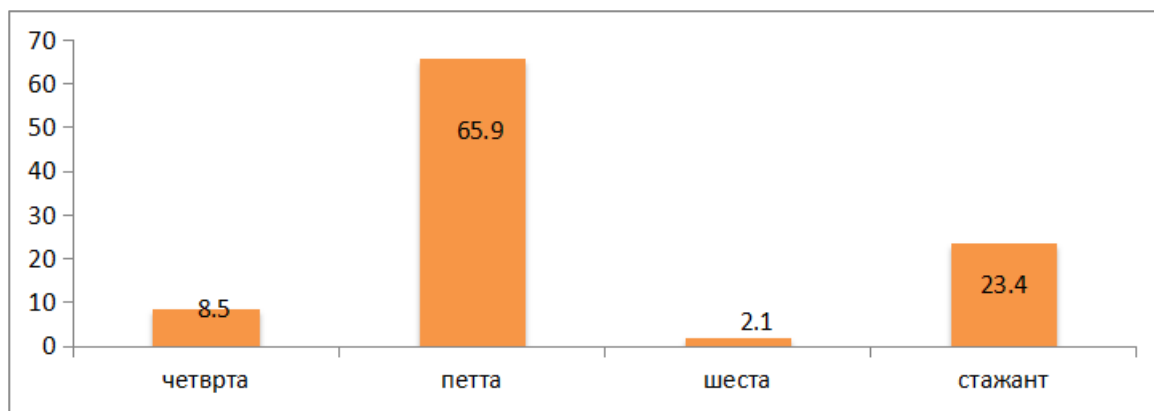


График 23б. Приказ на анкетираниите студенти по стоматологија според годините на студии

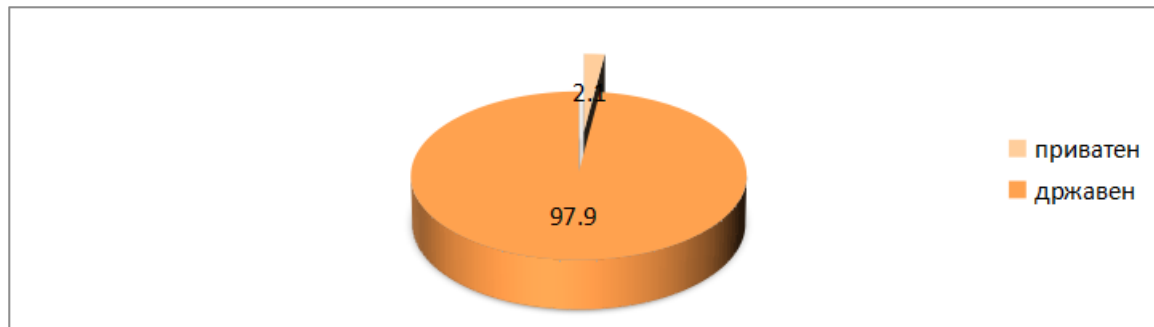


График 23в. Приказ на анкетираниите лица според статусот на факултетот

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 24. Приказ на одговорите на прашањата од анкетираниите студенти на
стоматологија

<i>П1 Дали препорачувате на вашите пациенти да го одложат стоматолошкиот преглед до после породувањето</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
не	36	75.0
да	11	25.0
<i>П2 Дали верувате дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста?</i>		
не	31	64.6
да	16	35.4
<i>П3 Кое тромесечие е најбезбедно за време на бременоста за дентални третмани?</i>		
прво тромесечие	9	18.75
второ тромесечие	10	22.9
трето тромесечие	13	27.1
второ и трето тромесечие	9	18.75
прво,второ и трето тромесечие	6	12.5
<i>П4 Дали сметате дека е ризично да се прават Rtg снимки на заби за време на бременоста?</i>		
не	6	12.7
да	41	87.2
<i>П5 Дали мислите дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација?</i>		
не	7	14.9
да	40	85.1
<i>П6 Дали сметате дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход?</i>		
не	13	27.7
да	34	72.3
<i>П7 Дали сметате дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина?</i>		
не	36	76.5
да	11	23.4
<i>П8 Дали сметате дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина?</i>		
чистење забен камен и полирање	40	83.3
реставрација	19	39.6
ендодонтски третман	1	2.1
екстракција	1	2.1
<i>П9 Дали сметате дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката?</i>		
не	21	44.7
да	26	55.3
<i>П 10 Дали кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено?</i>		
не	23	48.9
да	24	51.1

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

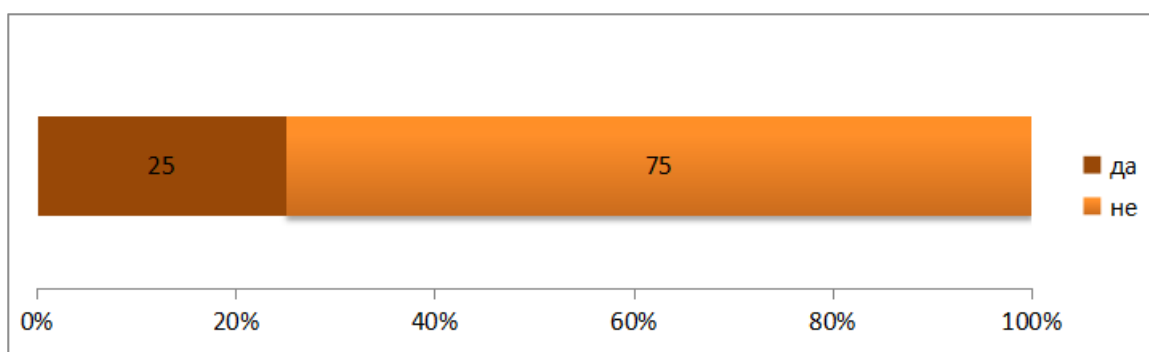
Најголем дел од анкетираниите студенти по стоматологија – 75.0% не препорачувале на нивните пациенти да го одложат денгалниот преглед до после породувањето, само 25.0% препорачувале, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 21. и График 21а.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус препораката на нивните пациенти за одложувањето на стоматолошкиот преглед до после породувањето за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.92629, $df = 1$, $p = .165165$, Pearson Chi-square: 1.04659, $df = 3$, $p = .789979$).

Дел од анкетираниите студенти по стоматологија – 35.4% верувале дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста, а 64.6% не, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0042$) (Табела 21. и График 21б.).

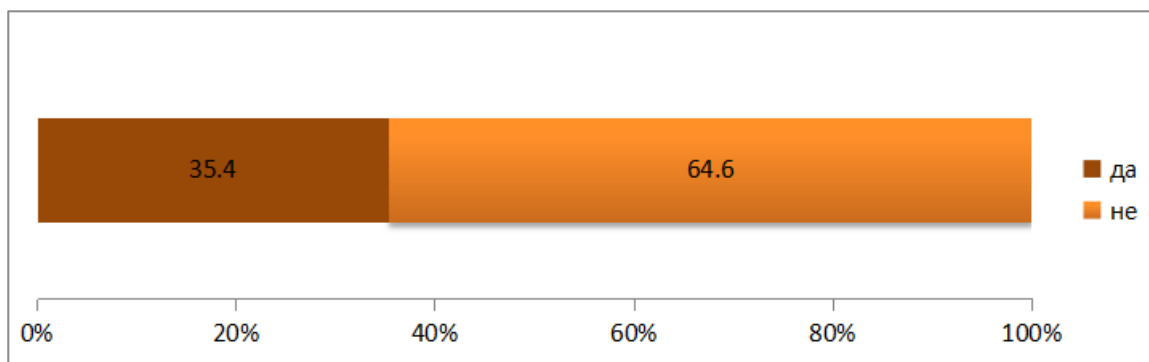
Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус верувањето дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременост за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .005595, $df = 1$, $p = .940376$, Pearson Chi-square: 1.98910, $df = 3$, $p = .574671$).

Анкетираниите студенти на стоматологија (27.1%) сметале дека најбезбедно тромесечие за време на бременоста за стоматолошки третмани е третото, 22.9% второто, 18.75% сметале дека е право време првото тромесечие додека 12.5% сметале дека тоа се трите тромесечја независно (Табела 24. и График 24 в.).

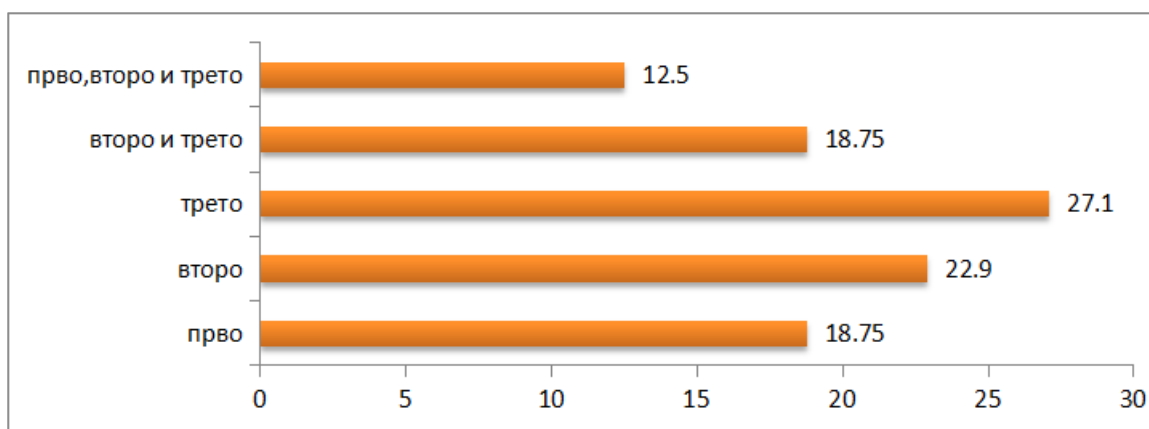


Графикон 24а. П1: Дистрибуција на анкетираниите студенти по стоматологија според тоа дали препорачуваат на нивните пациенти да го одложат денгалниот преглед до после породувањето.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Графикон 24б. П2: Дистрибуција на анкетираните студенти по стоматологија според тоа дали веруваат дека е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременост.



Графикон 24в. П3: Дистрибуција на анкетираните студенти по стоматологија според одговорот на прашањето: Кое тримесечие за време на бременоста е најбезбедно за стоматолошки третмани?

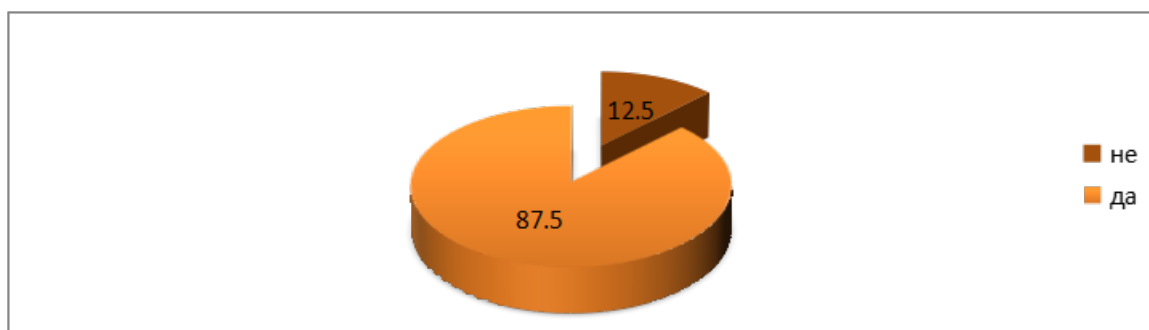


График 24г. П4: Дистрибуција на анкетираните студенти на стоматологија според тоа дали сметаат дека е ризично да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Од анкетираниите студенти по стоматологија - 87.2% сметале дека е ризично да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста, а 12.8% сметале дека не е, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 24. и График 24г.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус знаењето дали е ризично да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.84731, $df = 1$, $p = .091527$, Pearson Chi-square: 5.70200, $df = 3$, $p = .127044$).

Од студентите по стоматологија – 85.1% мислеле дека во периодот на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација, а 14.9% не, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.000$) (Табела 24. и График 24д.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу годината на студирање vs мислењето дека во периодот на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 4.83938, $df = 3$, $p = .183943$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, vs мислењето дека во периодот на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 5.43451, $df = 1$, $p = .019743$).

Анализата на регресија покажа дека женскиот пол независно е поврзан со знаењето дека во периодот на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација и ја зголемува шансата за точен одговор за 20 пати $OR = 20.6111$ (95% CI 8.9086-47.6861) во однос на машкиот пол.

Во најголем дел студенти по стоматологија – 72.3% сметале дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход, а 27.7% не, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0004$) (Табела 24. и График 24ѓ.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање vs мислењето дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .622340, $df = 1$, $p = .430179$, Pearson Chi-square: 3.66508, $df = 3$, $p = .299974$

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

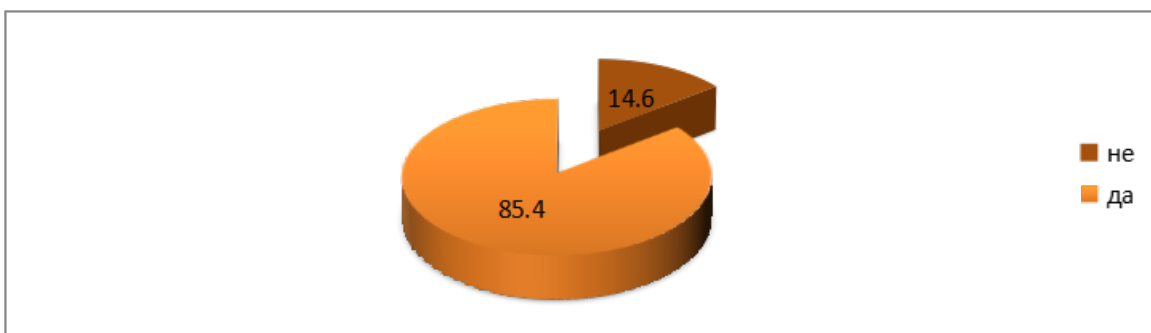


График 24д. П5: Дистрибуција на анкетираниите студенти по стоматологија според тоа дали мислат дека во период на бременоста се зголемува веројатноста за гингивална инфламација.

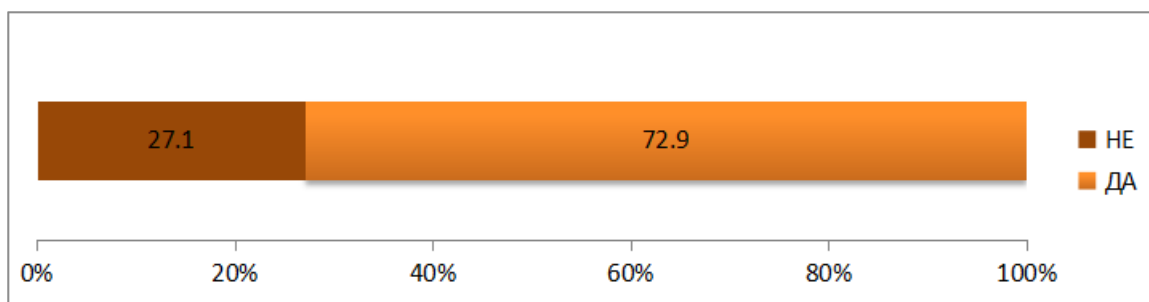


График 24ѓ. П6: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според тоа дали сметаат дека постои поврзаност меѓу оралното здравје на трудницата и перинаталниот исход.

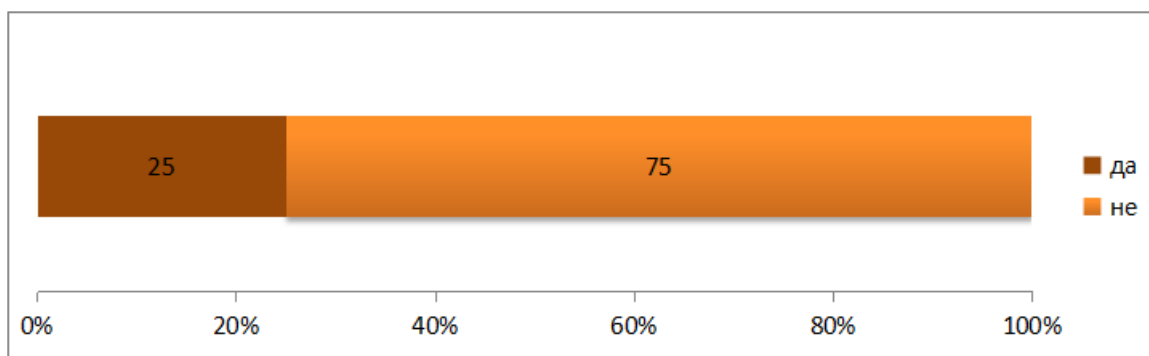


График 24е. П7: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според тоа дали сметаат дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

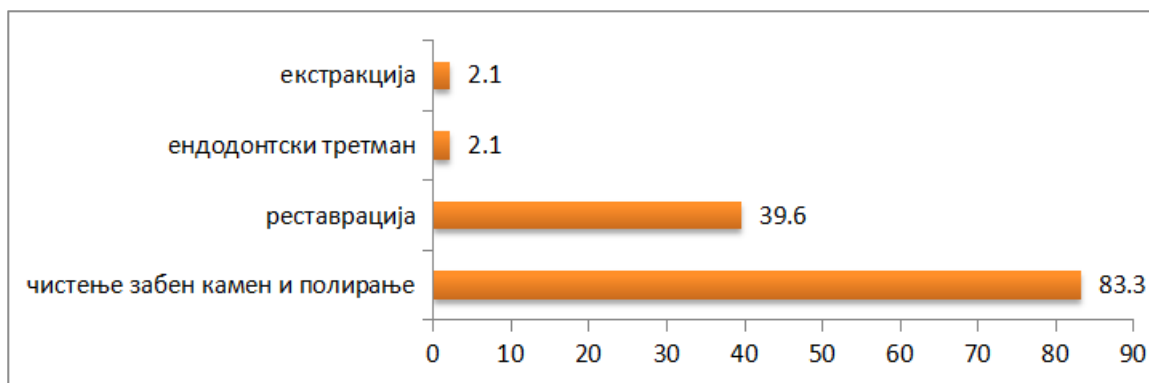


График 24ж. П8: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според одговорот на прашањето: Која процедура е најбезбедна за време на бременоста?

Најголем дел студентите на стоматологија – 76.50% сметале дека пародонталните заболувања не можат да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина, а 23.4% да, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0039$) (Табела 24. и График 24е.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус ставот дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремено породување или раѓања на бебиња со мала родилна тежина за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .039312, $df = 1$, $p = .842832$; Pearson Chi-square: 1.04659, $df = 3$, $p = .789979$).

Најголем дел од испитаниците, 83.3% сметале дека најбезбедна процедура е чистење на забен камен и полирање, 39.6% сметаат дека тоа е реставрацијата, околу 2.1% е застапено мислењето за ендодонтски третман и екстракција, процентуалната разлика помеѓу безбедноста во однос на чистењето на забен камен и полирање версус останатите методи е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 24. и График 24ж.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

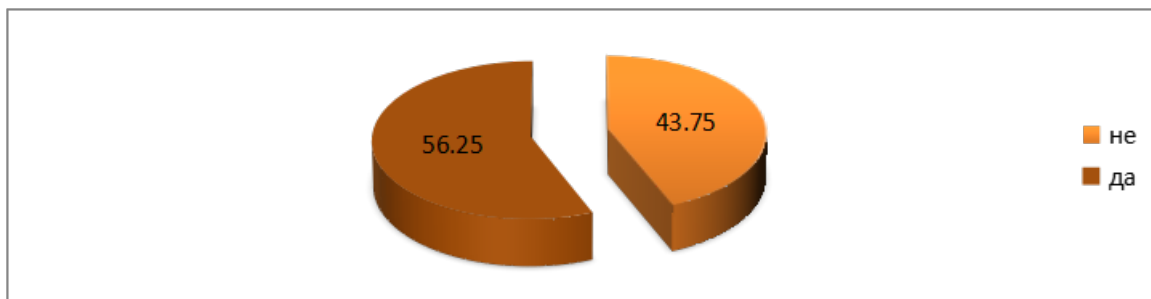


График 24з. П9: Дистрибуција на анкетираните студенти на стоматологија според тоа дали сметаат дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката.

Анкетираните студенти на стоматологија – 55.3% сметале дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката, а 44.7% не, процентуалната разлика која е регистрирана е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.3941$) (Табела 24. и График 24з.).

Не беше регистрирана поврзаност на годината на студирање версус ставот дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.19833, $df = 3$, $p = .532278$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу полот версус ставот дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 4.86908, $df = 1$, $p = .027342$).

Анализата на регресија покажа дека женскиот пол независно беше поврзан со знаењето дека оралното здравје на новороденото е во директна врска со оралното здравје на мајката и ја зголемува шансата за точен одговор за 4 пати (OR=4.9231 95% CI 1.1109-21.8164) во однос на машкиот пол.

Анкетираните студенти по стоматологија, повеќе од половина т.е 51.1% сметале дека кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајката на новородено, а 48.9% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.6807$) (Табела 24. и График 24и.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус мислењето дека кариогените бактерии се преносливи вертикално од мајка на новородено за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 3.51983, $df = 1$, $p = .060639$, Pearson Chi-square: .950575, $df = 3$, $p = .813209$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

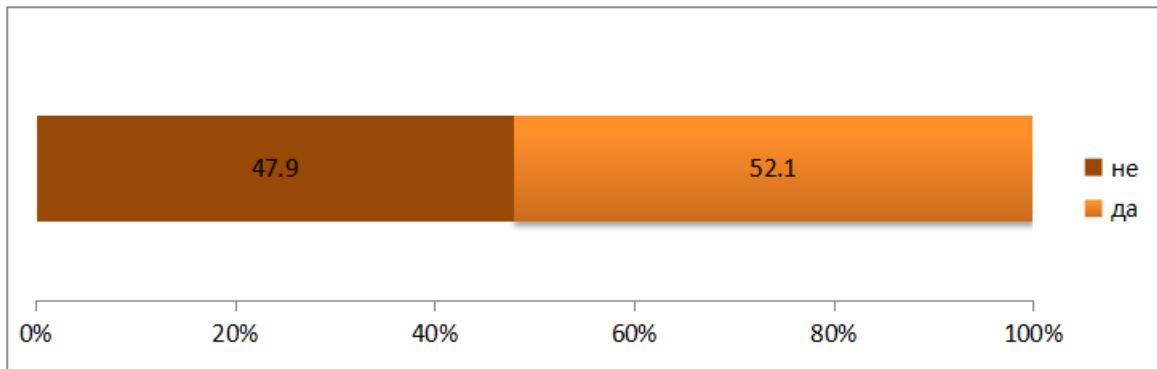


График 24и. П10: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според тоа дали кариогените бактерии се пренесуваат вертикално од мајка на новородено.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 25. Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според дадените одговори

	број	%
П11 Педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина би требало да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт?		
не	5	10.4
да	43	89.6
П12 Кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата		
педијатар	7	14.6
педодонт	13	27.1
матичен лекар	1	2.1
доктор по семејна медицина	1	2.1
сите наведени	30	62.5
П13 Првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од 6 месеци		
не	2	4.2
да	46	95.8
П14 Првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб		
не	26	54.1
да	22	45.8
П15 Белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес		
не	14	29.2
да	34	70.8
П16 Првата посета на стоматолог треба да се случи на		
на 6 месеци	27	56.25
на една година	17	35.4
при појава на кариес	2	4.2
при појава на болки од заб	2	4.2
непосредно по породувањето	4	8.3
П17 Млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој		
не	2	4.2
да	46	95.8
П18 Препорачуваат да се започне со чистење на оралната празнина		
веднаш по породувањето, веднаш по хранење на бебето	21	43.75
веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб	16	33.3
по ерупција на повеќе млечни заби	11	22.9
кога ќе ги има сите млечни заби	2	4.2
по возраст од 5 г.	1	2.1
П19 Најкариоген шеќер во исхраната е		
сахароза	39	81.2
гликоза	8	16.7
лактоза	1	2.1
П20 Оралното здравје на мајката за време на период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на доенчето		
не	18	37.5
да	30	62.5
П21 Пастии кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години		
се согласувам	13	27.1
не се согласувам	19	39.6
делумно се согласувам	16	33.3
П22 Пренаталната исхрана може да влијае на доенчкото орално здравје и развојот на кариес на рано детство		
не	10	20.8
да	38	79.2
П23 Доењето и појавата на кариес на млечни заби се во тесна корелација		
не	24	50.0
да	24	50.0
П24 Децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби		
не	4	8.3
да	44	91.7

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Од анкетираниите студентите на стоматологија, 89.6% беа на мислење дека педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина треба да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт, а само 10.4 % мислеа дека не треба. Процентуалната разлика помеѓу оние кои мислат дека педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина треба да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт vs студентите на стоматологија кои не го делат тоа мислење е статистички сигнификантно за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0000$)

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу годината на студирање vs мислењето дека педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина треба да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт за $p > 0.05$ (1.10188, $df = 3$, $p = .776621$).

Беше регистрирана поврзаност помеѓу полот наспроти мислењето дека педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина треба да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: . 4.34499, $df = 1$, $p = .037118$).

Анкетираниите студенти на стоматологија од женскиот пол за 6 пати (OR=6.5625, 95% CI 1.9364-45.9933) повеќе сметале дека педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина треба да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт во однос на машкиот пол.

Од анкетираниите студенти на стоматологија според тоа кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата, 62.5% дале одговор дека сите лекари истовремено се одговорни. Процентуалната разлика сите одговори версус останатите е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .00$) (Табела 25. и График 25б.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

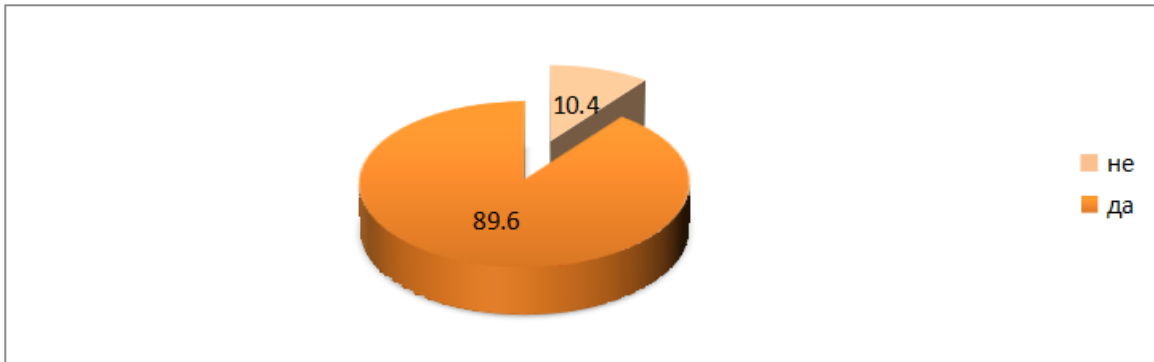


График 25а. П11: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според тоа дали педијатрите, матичните лекари и докторите по семејна медицина треба да ги советуваат родителите во случј на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт

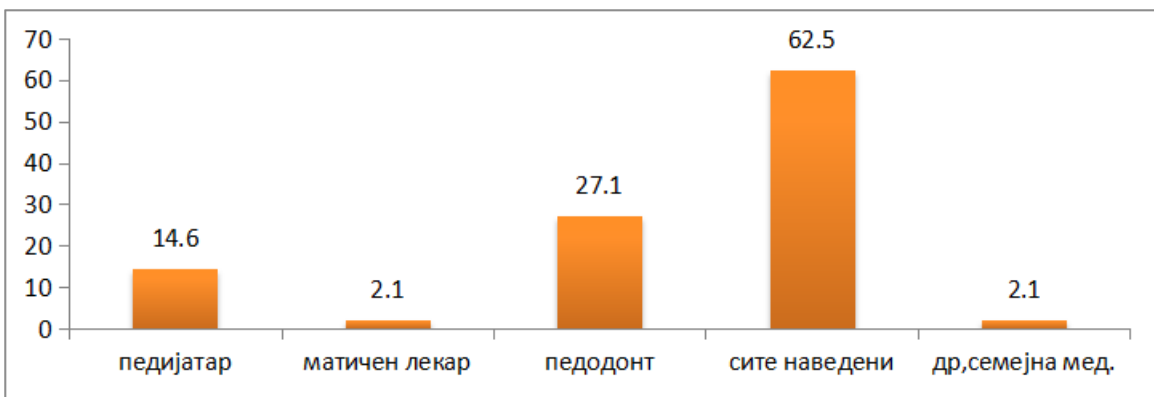


График 25б. П12: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според тоа кој е одговорен за заштита на оралното здравје на доенчињата.

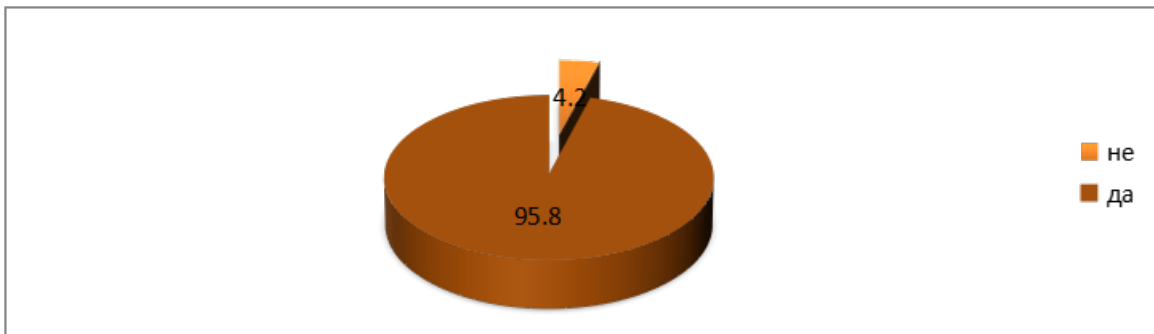


График 25в. П13: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според тоа дали првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од околу 6 месеци.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Анкетираните студенти на стоматологија според тоа кога еруптира првиот млечен заб даваат точен одговор, поточно 82.6 % од нив. Процентуалната разлика помеѓу ДА одговори версус НЕ е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0000$) (Табела 25. и График 25в.).

Не се регистрира поврзаност помеѓу пол, година на студии версус ставот дека првиот млечен заб еруптира вообичаено на возраст од 6 месеци за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .866574, $df = 1$, $p = .351905$, Pearson Chi-square: 1.14446, $df = 3$, $p = .766353$)

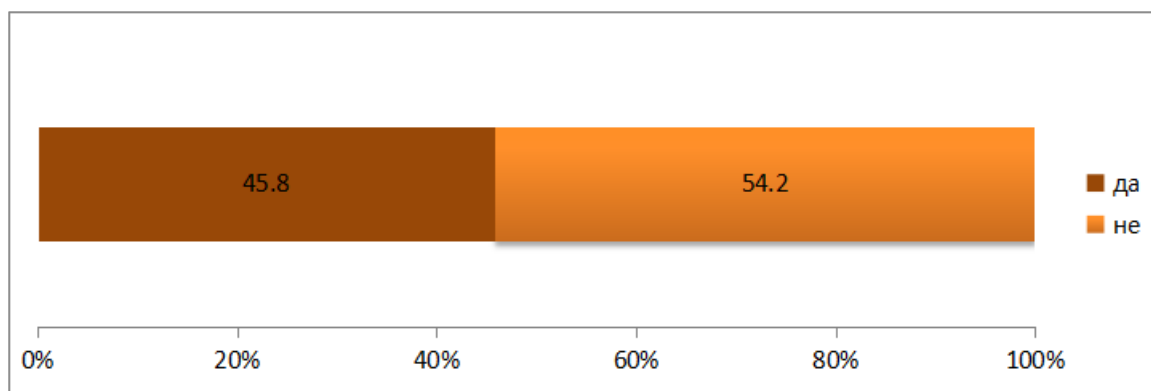


График 25г П14: Дистрибуција на анкетираните студенти на стоматологија според тоа дали првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб.

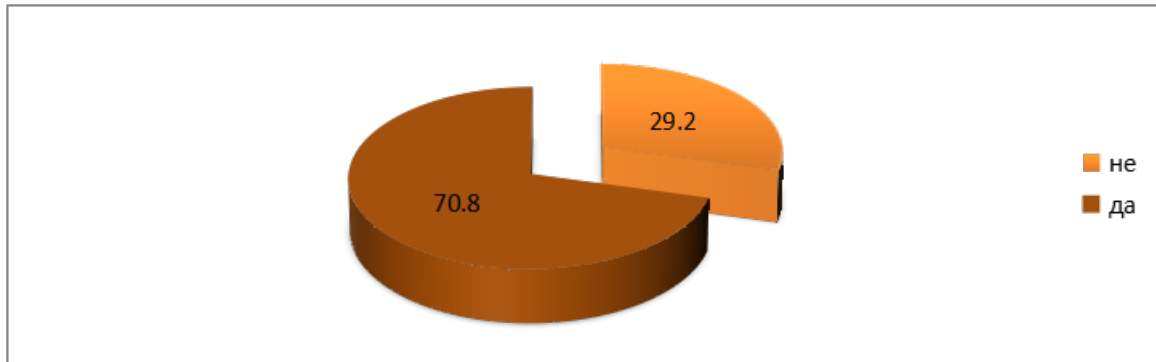
Од анкетираните студенти на стоматологија, точен одговор даваат 45.8% дека првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб, а 54.2% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.35480$) (Табела 25. и График 25г.).

Не се регистрира поврзаност помеѓу пол, година на студии версус ставот дека првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .515455, $df = 1$, $p = .472787$, Pearson Chi-square: 5.06745, $df = 3$, $p = .166924$)

Од анкетираните студенти на стоматологија точен одговор даваат 70.8% од нив дека белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес, а 29.2% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.000$) (Табела 25. и График 25д.).

Не се регистрира поврзаност помеѓу пол, година на студии версус ставот дека белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.83247, $df = 1$, $p = .175836$, Pearson Chi-square: 1.52236, $df = 3$, $p = .677118$)

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



Графикон 25д П15: Дистрибуција на анкетираните студенти на стоматологија според тоа дали белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес.

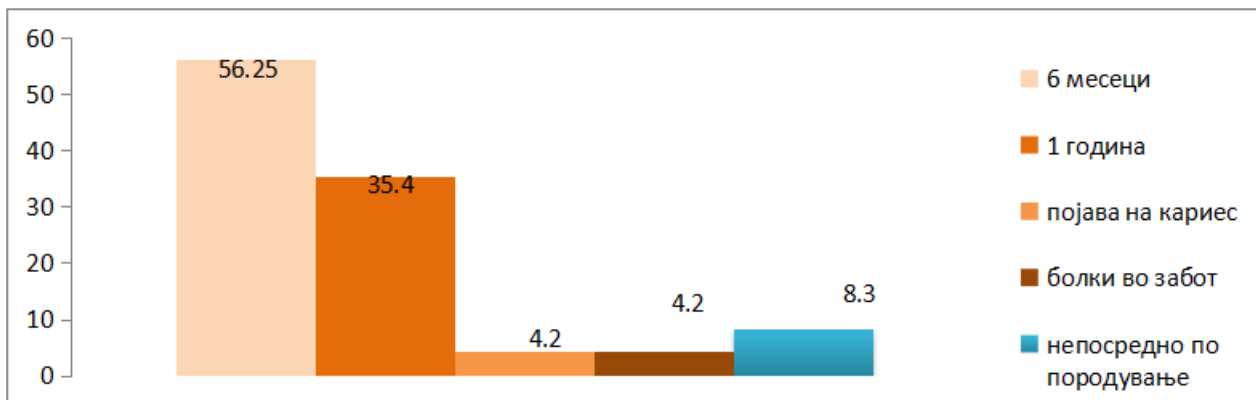


График 25ѓ Приказ на одговорот на прашањето на студентите на стоматологија – П16: Првата посета на стоматолог треба да се случи на...

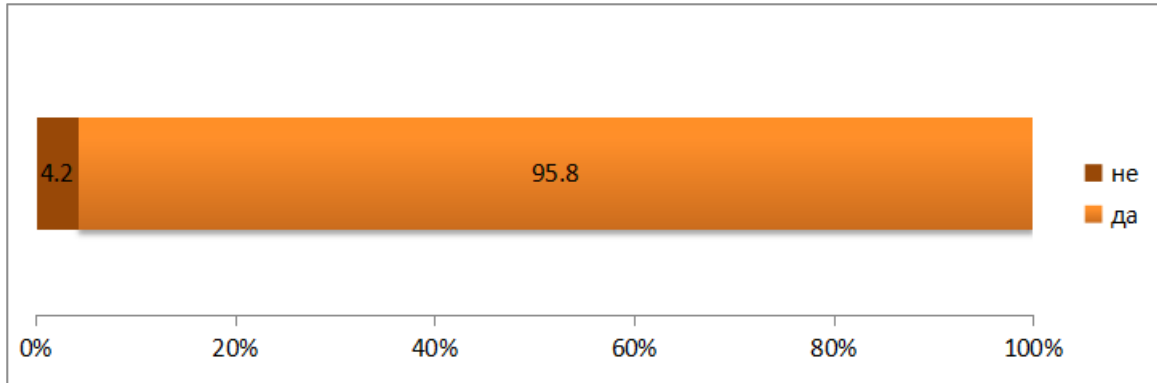
На прашањето: Кога треба да е првата посета на стоматолог?; анкетираните студенти на стоматологија т.е ,56.25% сметаат дека тоа треба да се случи во првите 6 месеци , 35.4% во текот на првата година , 4.2% при појава на болка и кариес и 8.3% сметаат дека треба да е непосредно по породување (Табела 25. и График 25ѓ.). Процентуалната разлика помеѓу мислењето да се однесе детето на стоматолог во првата година верус останатите модалитети е статистички сигнификантно за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.00$)

Од анкетираните студенти на стоматологија точен одговор даваат 95.8% дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој, а 4.2% не, процентуалната разлика која се

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 25. и График 25е.).

Не се регистрира поврзаност помеѓу пол, година на студии версус ставот дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .866574, $df = 1$, $p = .351905$, Pearson Chi-square: 1.14446, $df = 3$, $p = .766353$)



Графикон 25е. П17: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според тоа дали млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој.

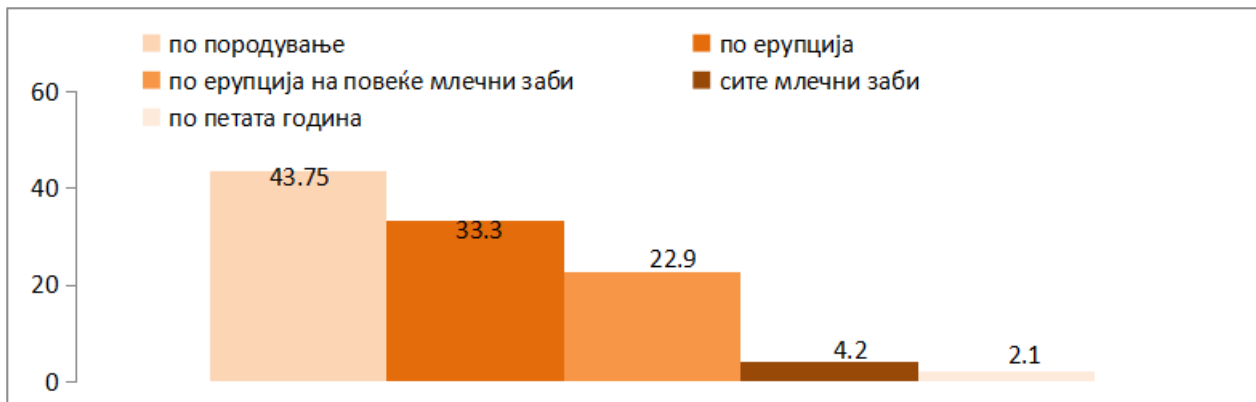


График 25ж. Приказ на одговорот на прашањето на анкетираниите студенти на стоматологија – П18: Препорачувате да се започне со чистење на оралната празнина...

Од анкетираниите студенти на стоматологија, 43.75% препорачуваат да се започне со чистење на оралната празнина по породувањето, 33.3% веднаш по ерупција на првиот млечен заб, 22.9% ерупција на повеќе млечни заби, 4.2% препорачуваат кога децата ќе ги имаат сите млечни заби, а еден студент по 5-тата година. (Табела 22. и График 22ж.). Процентуалната разлика која се регистрира е статистички несигнификантно за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.2784$)

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Од анкетираниите студенти на стоматологија, 81.25% сметаат дека најкариоген шеќер во исхраната е сахарозата, за гликоза сметаат 16.7% од анкетираниите и еден студент е за лактозата (Табела 25. и График 25з.). Процентуалната разлика помеѓу процентот на сахароза версус останатите модалитети е статистички сигнификантно за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$)

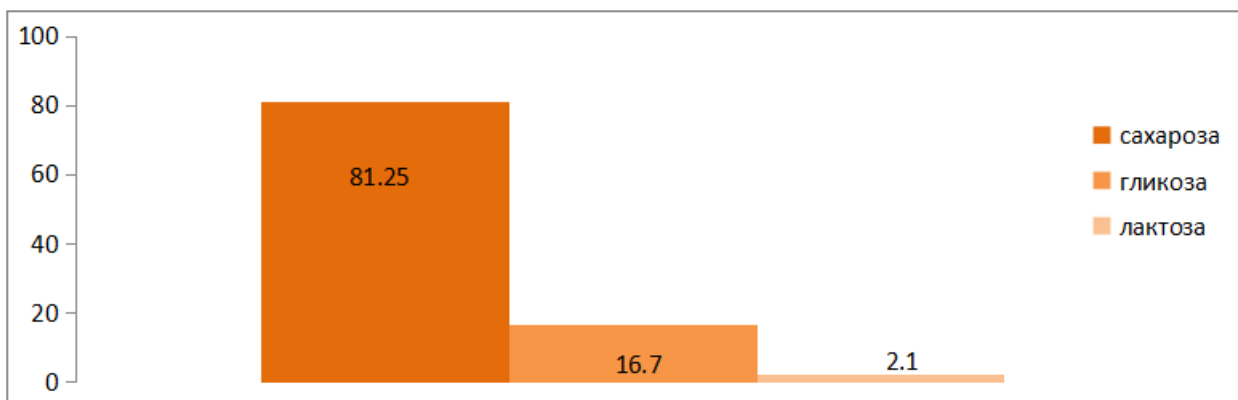


График 25з. Приказ на одговорот на прашањето на анкетираниите студенти на стоматологија – П19: Најкариоген шеќер во исхраната е...

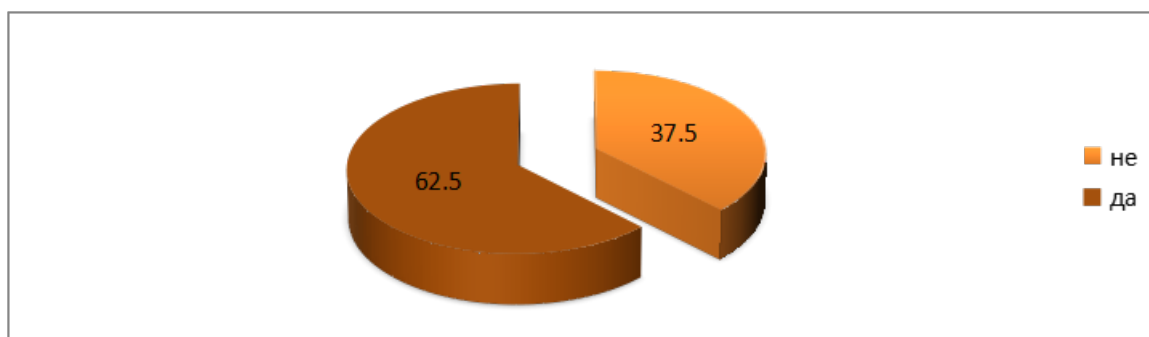


График 25и. П20: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според тоа дека оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на новороденчето.

Анкетираниите студенти на стоматологија даваат одговор дека оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на оралното здравје на новороденчето и тоа 62.5% од нив, а 37.5% мислат дека не влијае, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0143$) (Табела 25. и График 25и.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студии версус ставот дека оралното здравје на мајката во период на бременост и доење може да влијае на новороденото за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.03011, $df=3$, $p=.566181$)

Беше регистрирана поврзаност помеѓу полот версус ставот дека оралното здравје на мајката во период на бременост влијае на новороденото за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 4.15921, $df=1$, $p=.041409$).

Анкетираните студенти на стоматологија од женскиот пол 4 пати повеќе знаат дека оралното здравје на мајката во период на бременост и влијае на новороденото во однос на машкиот пол (OR=4.1364, 95% CI 1.0034-17.0511).

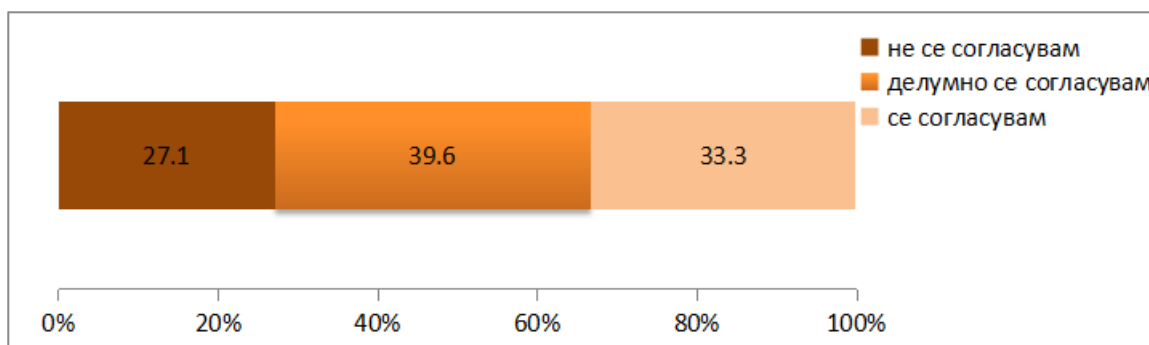


График 25ј. Приказ на одговор на прашањето П21: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години

Табела 25а. Приказ на просечните резултати од прашањето П21: Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години

број	просек	минимум	максимум	Стд.Дев.
47	1.9	1.0	3.0	0.815410

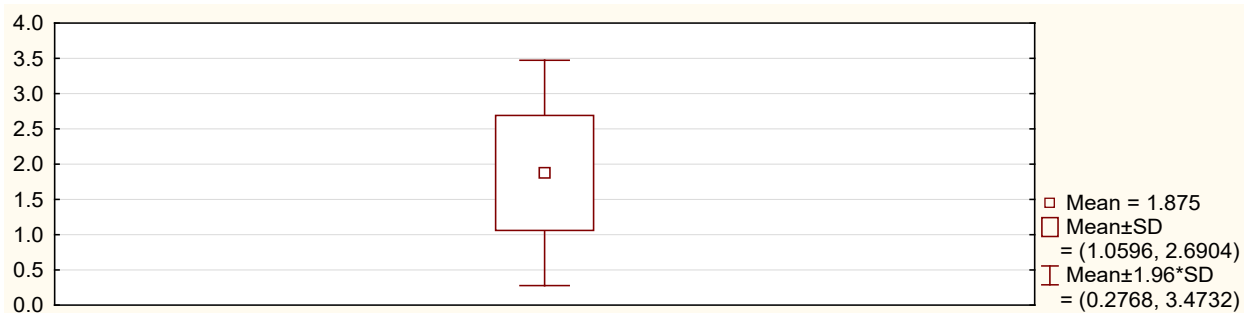


График 25к. Приказ на просечните резултати од прашањето- Пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Од анкетираниите студенти на стоматологија, 27.1 % се согласуваат со тврдењето дека пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години, 39.6% делумно се согласуваат, 33.3% не се согласуваат (Табела 25. и График 25ј.).

Просечната вредност на бодирањето според Ликертовата скала изнесува 2.52, што ни укажува дека анкетираниите лица делумно се согласуваат со тврдењето дека пастите кои содржат флуор не се препорачуваат за деца на возраст помала од 3 години (Табела 25а. и График 25к.).

Анкетираниите студенти на стоматологија даваат одговор дека пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на кариес во рано детство во 79.2% од испитаниците, а 20.8% не, процентуалната разлика која се регистрира е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 25. и График 25л.).

Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус ставот дека пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на ЕСС за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .358774, $df = 1$, $p = .549188$, Pearson Chi-square: 5.02003, $df = 3$, $p = .170336$).

Анкетираниите студенти на стоматологија во подеднаков број т.е 50.0% даваат мислење дека доењето и појавата на кариес на млечни заби *се/не* се во тесна корелација (Табела 25. и График 25м.). Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот, годината на студирање версус тврдењето дека доењето и појавата на ЕСС се во тесна корелација за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.94840, $df = 1$, $p = .085962$, Pearson Chi-square: 2.36559, $df = 3$, $p = .500072$).

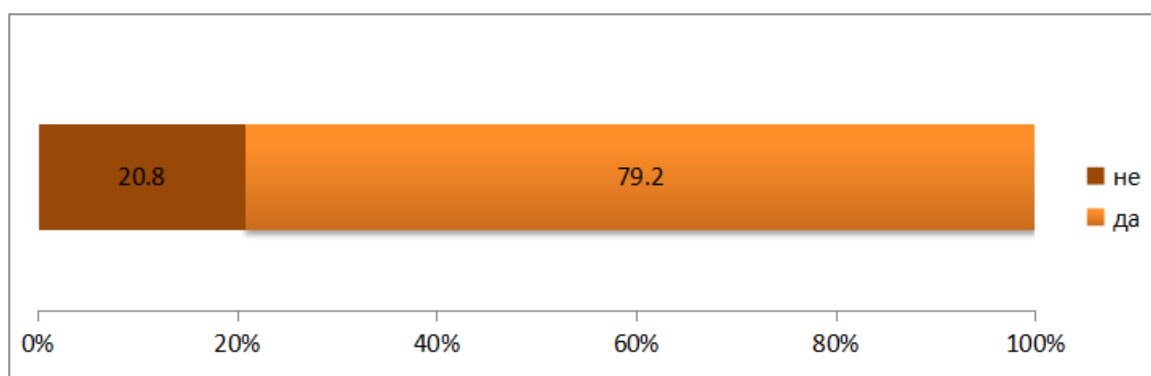


График 25л. П22: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според тоа дали пренаталната исхрана може да влијае на доенечкото орално здравје и развојот на ЕСС.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

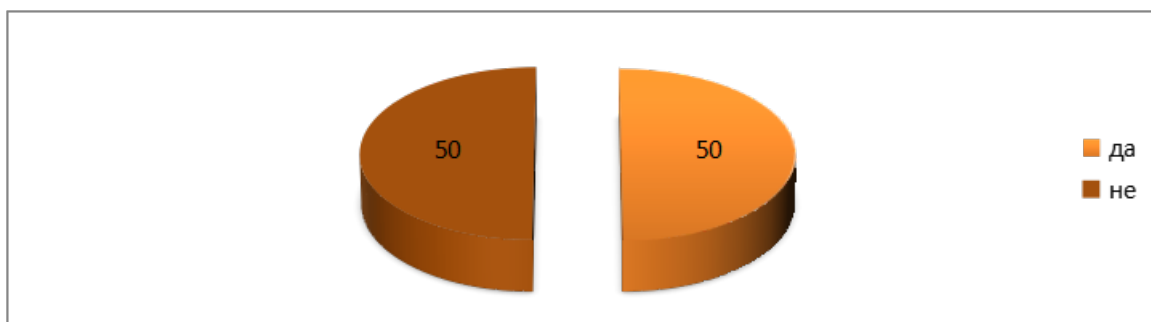


График 25м. П23: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според тоа дали доењето и појавата на ЕСС се во тесна корелација.

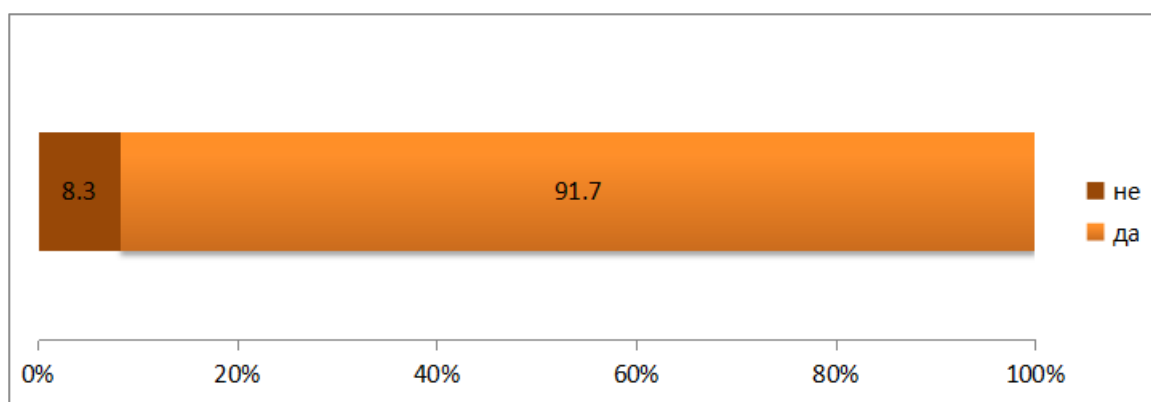


График 25н. П24: Дистрибуција на анкетираниите студенти на стоматологија според тоа дали децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на ЕСС

Анкетираниите студенти на стоматологија даваат одговор дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на ЕСС (91.7%), а 8.3% не, процентуалната разлика која се регистрирана е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (Табела 25. и График 25н.). Не беше регистрирана поврзаност помеѓу полот версус ставот дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на ЕСС за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: .010721, $df = 1$, $p = .917531$). Беше регистрирана поврзаност помеѓу годината на студии версус ставот дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на ЕСС за $p > 0.05$ (Pearson Chi-square: 10.2405, $df = 3$, $p = .016629$). Анкетираниите студенти на стоматологија од петта година за 30 пати (OR=30.0000, 95% CI 1.8337-490.8111) повеќе знаат дека децата кои користат шише со цуцла во

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на ЕСС во однос на студентите по стоматологија од четврта година.

Просечно знаење, правилни ставови, тврдења и практики за перинаталното и инфатилно орално здравје кај анкетираниите студенти на стоматологија изнесува 64.0%, во ранг од 12.5% до 100.0%.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

3.6 Мајки

А. ДЕМОГРАФСКИ ПОДАТОЦИ

Поголем процент од анкетираниите се на возраст од 25 до 35г. - 68.1%, додека 19.8% се на возраст од 18 до 25г. (Табела 26. и График 26а.). Процентуалната разлика е статистички сигнификантна помеѓу застапеноста на возраст од 25 до 35г. наспроти останатите возрасни групи за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0000$).

Со 78.4% застапени се анкетираниите лица кои се од македонска националност (Табела 26. и График 26б.). Процентуалната разлика е статистички сигнификантна помеѓу застапеноста на македонската националност наспроти останатите национални групи за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0001$).

Анкетирани мајки т.е 58.6% се со високо образование, со средно - 36.2% и 5 мајки се со основно или немаат образование. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна помеѓу застапеноста на високото образование версус останатите степени на образование за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0006$) (Табела 26. и График 26в.).

Профилот на мајките во однос на работниот статус е сигнификантен за вработеност (кај 76.7%) (Difference test, $p = .0000$) и за месечните примања над 35.000 ден. кај 30.2% (Табела 26. и График 26г,д.).

81.0% од мајките живеат во град (Difference test, $p = .0000$), 94.0% користат мобилен телефон и се присутни на социјалните мрежи (Difference test, $p = .0000$), 56.9% од нив се во прва бременост (Difference test, $p = .0000$), 74.1% се во последните три месеци од бременоста (Difference test, $p = .0000$) и 93.0% имаат матичен стоматолог (Difference test, $p = .0000$) (Табела 26. и График 26г,е,ж.).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Табела 26. Приказ на социо-демографските карактеристики на анкетираниите мајки

<i>возраст</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
<18	1	0.9
18-25	23	19.8
25-35	79	68.1
35-45	12	10.3
над 45	1	0.9
<i>националност</i>		
Македонка	91	78.4
Албанка	12	10.3
Турчинка	3	2.6
Србинка	2	1.7
друго	8	6.9
<i>образование</i>		
основно или нема	5	4.3
средно образование	42	36.2
високо образование	68	58.6
недостасува	1	0.9
<i>вработена</i>		
да	89	76.7
не	27	23.3
<i>месечни приходи во семејството</i>		
<15.000 ден.	12	10.3
15.000-25000 ден.	31	26.7
25.000-35000 ден.	33	28.4
над 35.000 ден.	35	30.2
недостасува	5	4.3
<i>живеам</i>		
град	94	81.0
село	22	19.0
<i>користи мобилен телефон и социјални мрежи</i>		
да	109	94.0
не	6	5.1
недостасува	1	0.9
<i>бременост</i>		
прва	66	56.9
втора	32	27.6
трета	12	10.3
четврта	1	0.9
повеќе од 5	3	2.6
недостасува	2	1.7
<i>моментално сум</i>		
први три м.	3	2.6
втори три м.	22	19.0
последни три м.	86	74.1
недостасува	5	4.3
<i>матичен стоматолог</i>		
да	108	93.1
не	6	5.2
незнам	1	0.9
недостасува	1	0.9

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

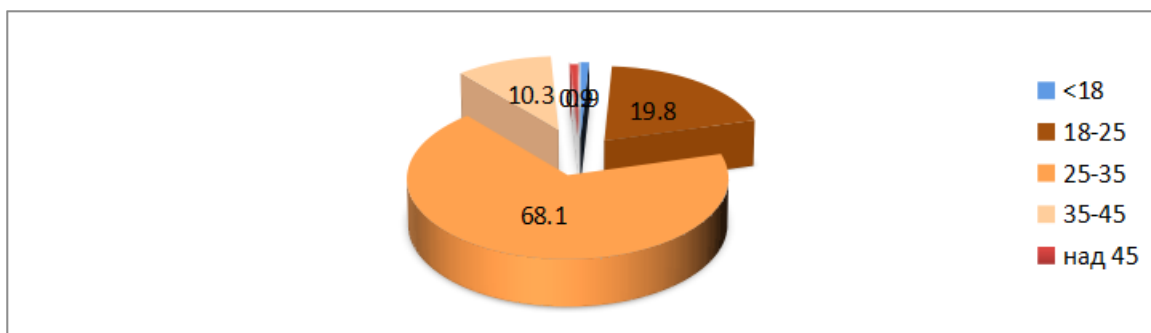


График 26а. Приказ на анкетираниите мајки според возраст

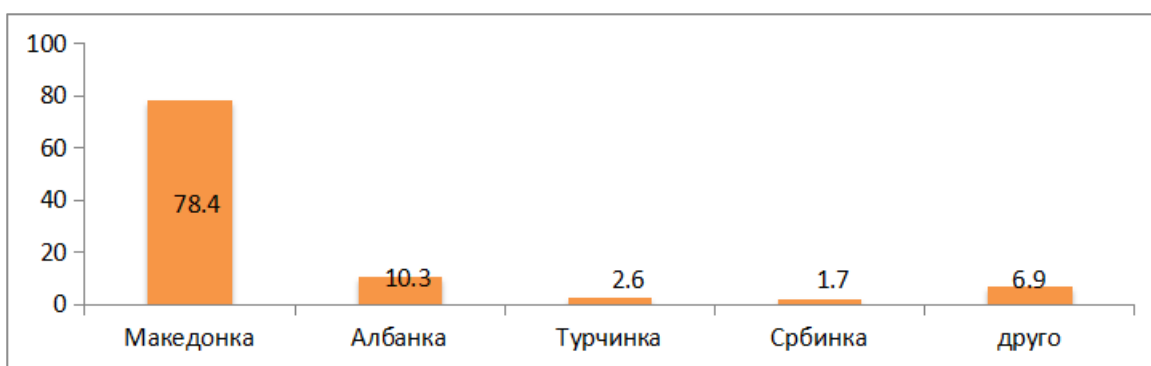


График 26б. Приказ на анкетираниите мајки според националност

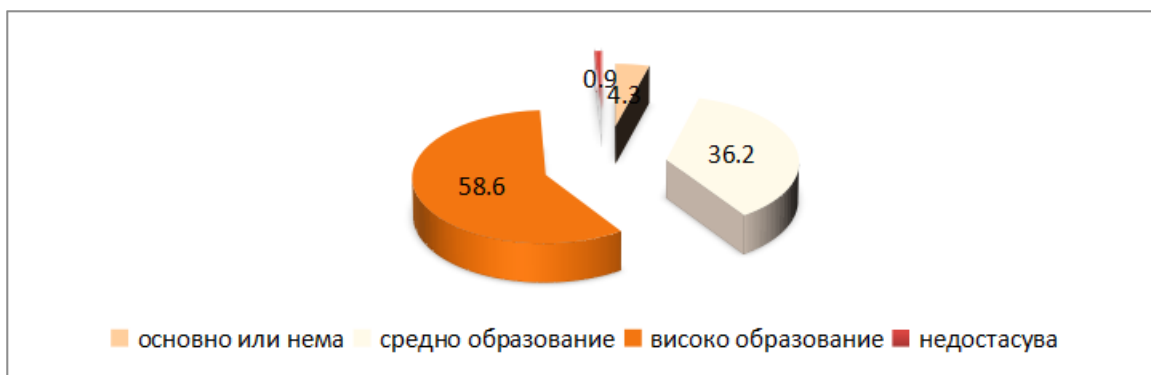


График 26в. Приказ на анкетираниите мајки според степен на образование

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

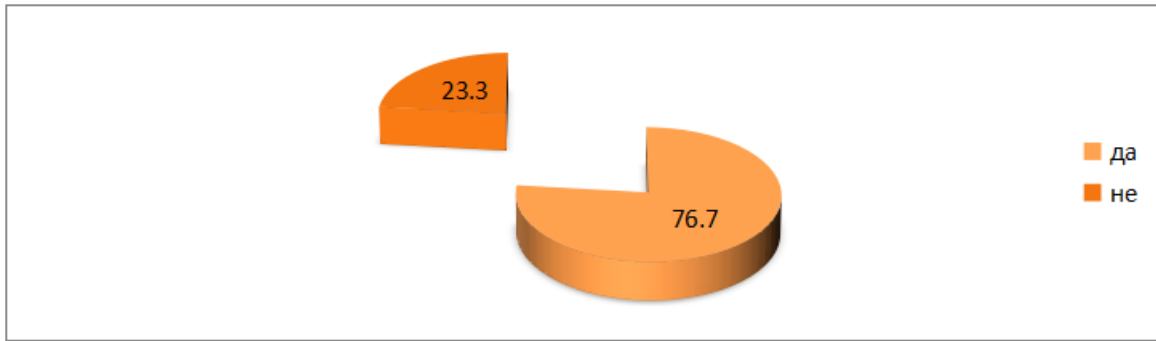


График 26в. Приказ на анкетираниите мајки според работен статус

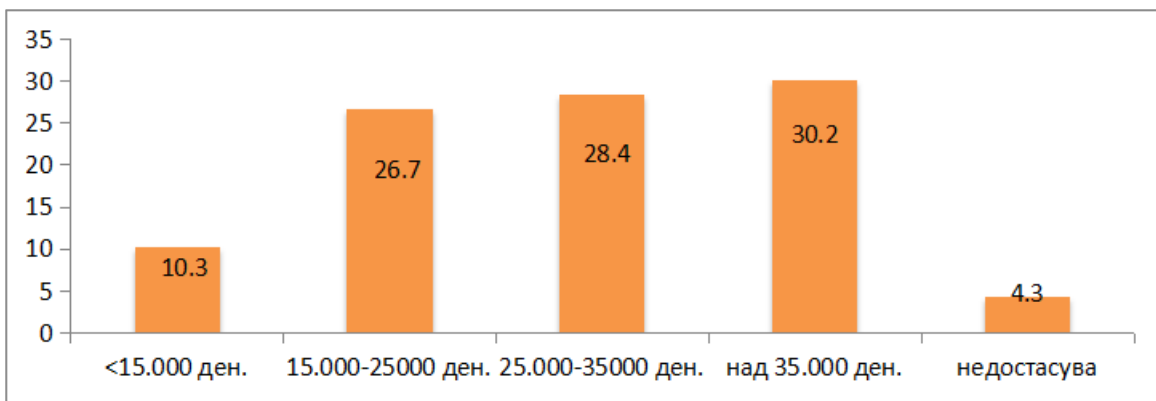


График 26г. Приказ на анкетираниите мајки според примањата

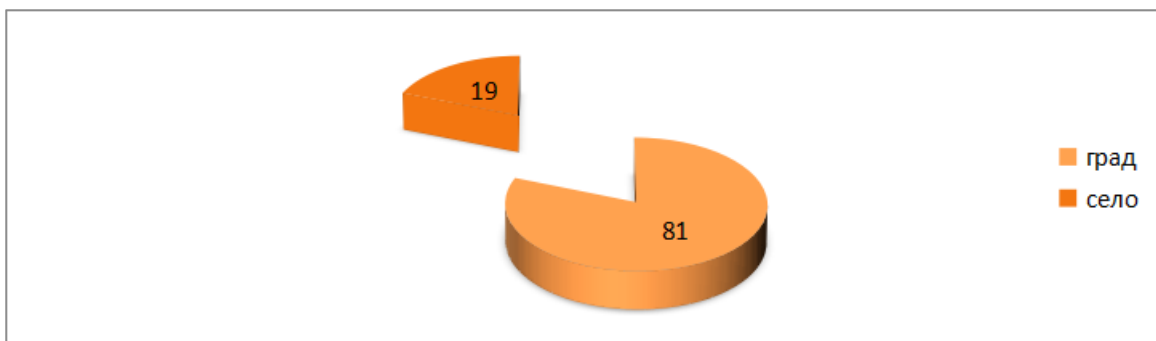


График 26д. Приказ на анкетираниите мајки според местото на живеење

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ



График 26ѓ. Приказ на анкетираните мајки според користење на мобилен телефон

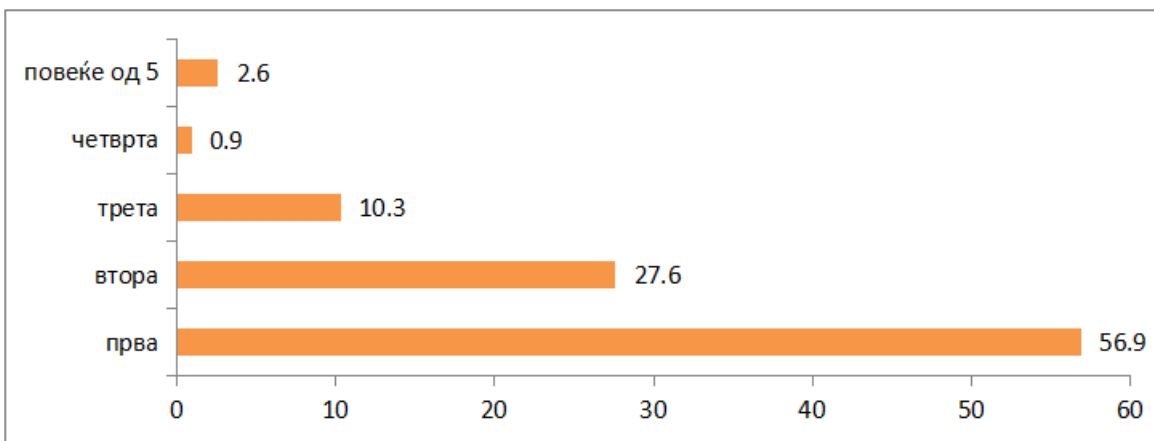


График 26е. Приказ на анкетираните мајки според тоа која бременост им е по ред

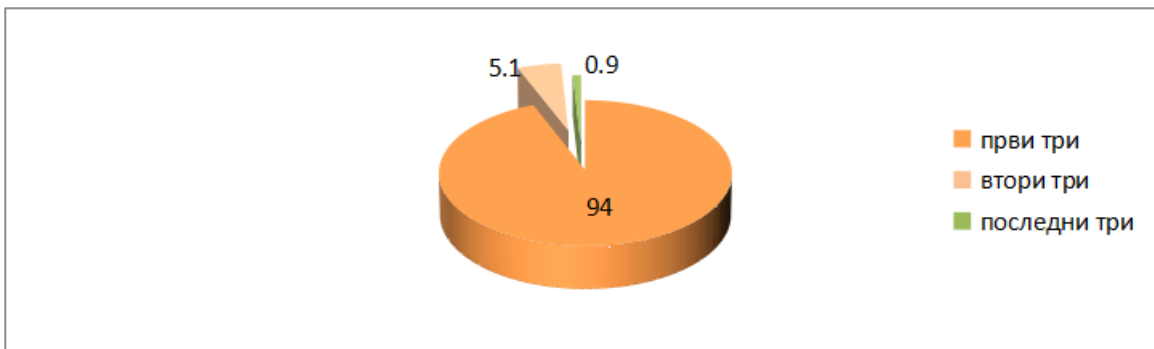


График 26ж. Приказ на анкетираните мајки според месецот на бременост

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

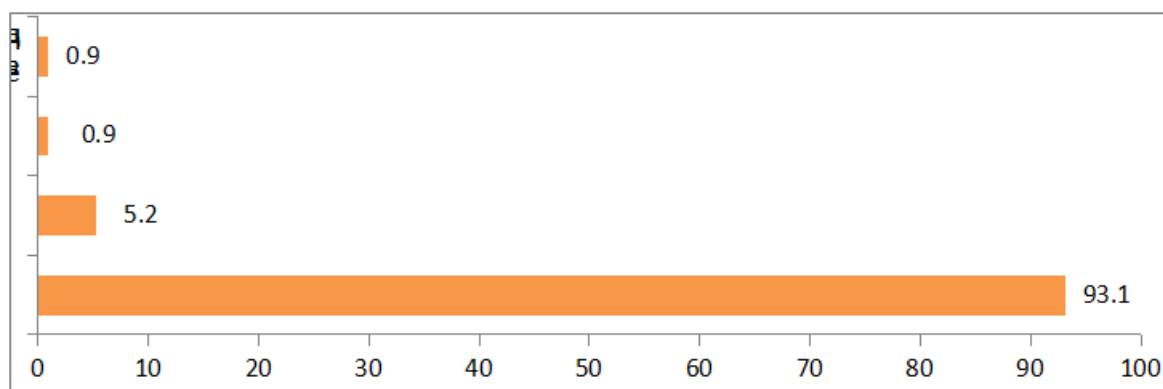


График 26з. Приказ на анкетираниите мајки според тоа дали имаат матичен стоматолог

В. ПРАКТИКИ МЕЃУ ИСПИТАНИЦИТЕ

Табела 27. Приказ на група прашања кои евалуираат практики меѓу анкетираниите лица

Прашање	број	%
П2.11 Вообичаено стоматолог посетувам		
на 6 месеци	45	38.8
на 1 година	38	32.7
ретко, само кога имам проблем	32	27.6
недостасува	1	0.9
П2.12 Посетив стоматолог за време на бременоста		
да	60	51.7
не	56	48.3
П2.13 Редовно ги чистам забите и усната шуплина за време на бременоста		
целосно се согласувам	91	78.4
се согласувам	21	18.1
ниту се согласувам ниту не се согласувам	1	0.9
делумно се согласувам	3	2.6
П2.14 Не внесувам чоколади, тврди бомбони, засладени сокови и чаеви во тек на бременоста		
целосно се согласувам	20	17.2
се согласувам	15	12.9
ниту се согласувам ниту не се согласувам	18	15.5
делумно се согласувам	38	32.8
воопшто не се согласувам	25	21.5
П2.15 Забите ги мијам		
по секој оброк	14	12.1
наутро и навечер	81	69.8
само наутро	16	13.8
само навечер	4	3.4
нередовно	1	0.9
П2.16 Освен четка и паста за заби при грижа за моите заби употребувам и интердентален конец или интердентална четка		
да	57	49.1
не	52	44.8
првпат слушам за овие средства	4	3.4
недостасува	3	2.5

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

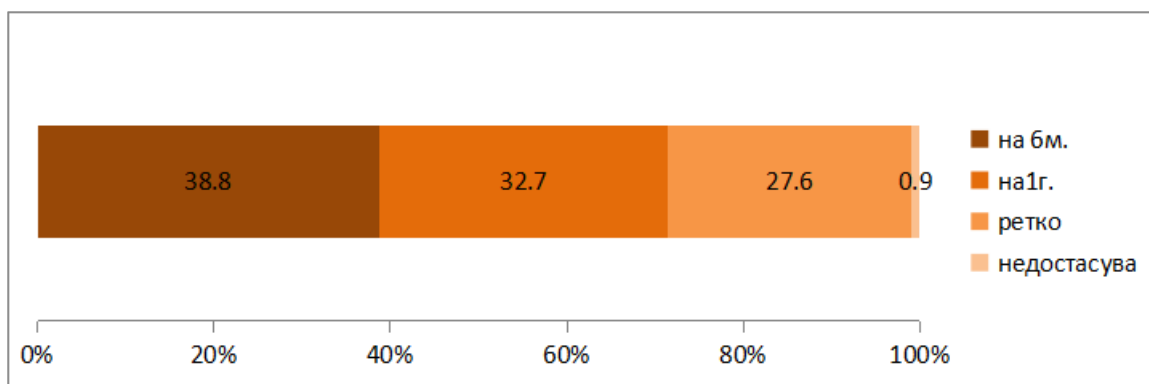


График 27а. Приказ на анкетираните мајки според вообичаеното време на посетата на стоматолог

38.8% од мајките посетуваат стоматолог на 6 месеци, 32.7 еднаш годишно, а 27.6% кога имаат потреба. Процентуалната разлика е незначајна за $p > 0.05$ (Табела 27. и График 27а.).

Не се регистрира сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, националноста, образованието, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, број на бремености, месецот на сегашна бременост, имањето на матичен стоматолог, версус практиката за навремена посета на стоматолог за време на бременост (Pearson Chi-square: 12.9372, $p = .114028$; Pearson Chi-square: 6.02803, $p = .644092$; Pearson Chi-square: 6.52420, $p = .163272$; Pearson Chi-square: 1.37942, $p = .501722$; Pearson Chi-square: 9.86283, $p = .274786$; Pearson Chi-square: 2.16231, $p = .705936$; Pearson Chi-square: 6.86179, $p = .143375$)

Беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу работниот статус, местото на живеење версус практиката за навремена посета на стоматолог за време на бременост (Pearson Chi-square: 7.22982, $p = .026919$; Pearson Chi-square: 7.87026, $p = .019543$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

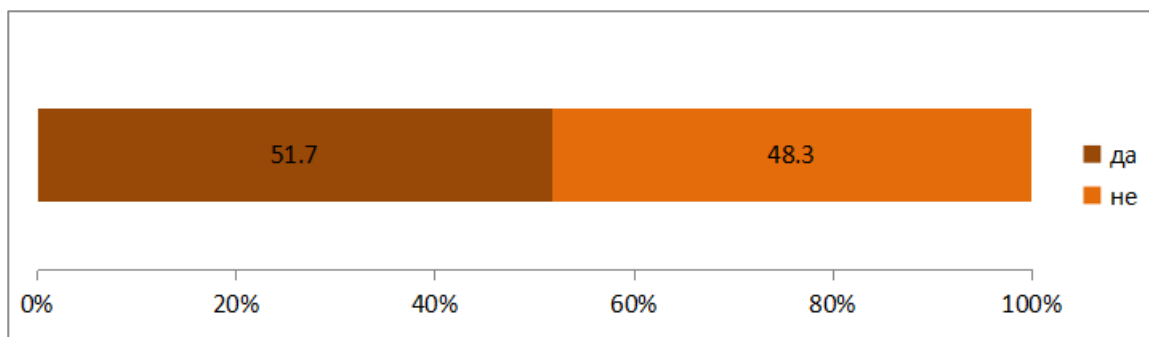


График 276. Приказ на анкетираните мајки според посетата на стоматолог за време на бременоста

Од анкетираните мајките, 51.7% посетиле стоматолог за време на бременоста, а 48.3% не, процентуалната разлика е незначајна за $p > 0.05$ (Табела 27. и График 276.).

Не беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, националноста, образованието, работниот статус, местото на живеење, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, бројот на бремености, месецот на сегашна бременост, имањето на матичен стоматолог верус практиката за навремена посета на стоматолог за време на бременост (Pearson Chi-square: 2.96521, $p = .563664$; Pearson Chi-square: 4.04453, $p = .400012$; Pearson Chi-square: .423185, $p = .809295$; Pearson Chi-square: .000230, $p = .987903$; Pearson Chi-square: .086543, $p = .768619$; Pearson Chi-square: .597987, $p = .439347$; Pearson Chi-square: .597987, $p = .439347$; Pearson Chi-square: 4.57567, $p = .333669$; Pearson Chi-square: .294753, $p = .862969$; Pearson Chi-square: 1.92305, $df = 2$, $p = .382310$).

Во голем процент од мајките, 78.4% целосно се согласуваат дека за време на бременоста редовно треба да се чистат забите и усната шуплина, а три мајки делумно се согласуваат. Процентуалната разлика помеѓу оние кои целосно се согласуваат версус останатите модалитети е значајна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0000$) (Табела 27. и График 27в.).

Во најголем процент од мајките, 32.8%, делумно се согласуваат за невнесување на чоколади, тврди бонбони, засладени сокови и чаеви во текот на бременоста, 21.5% воопшто не се согласуваат, и 17.2% целосно се согласуваат.

Процентуалната разлика помеѓу оние кои делумно се согласуваат версус останатите модалитети (целосно согласување, согласување и неутралност) е значајна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .00$) (Табела 27. и График 27г.). Просечно мајките се неутрални во однос на оваа практика (3.3 ± 1.4 , мин. 1, мак. 5).

69.8% од мајките ги мијат забите наутро и навечер, 13.8% само наутро, 12.1% по секој оброк, 3.4% навечер една мајка ги мие забите нередовно. Процентуалната разлика помеѓу оние кои

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

ја одржуваат хигиената наутро и навечер версус останатите модалитети е значајна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = .0000$) (Табела 27. и График 27д.).

Не беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, националноста, работниот статус, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, месецот на сегашна бременост, имањето на матичен стоматолог версус времето на миење заби (Pearson Chi-square: 8.13330, $p = .990949$; Pearson Chi-square: 31.3104, $p = .051223$; Pearson Chi-square: 7.57188, $p = .181462$; Pearson Chi-square: 7.57188, $p = .181462$; Pearson Chi-square: 8.46287, $p = .132504$; Pearson Chi-square: 9.93850, $p = .445905$; Pearson Chi-square: .901440, $p = .999893$). Беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу образованието, местото на живеење, бројот на бремености, месецот на актуелната бременост версус времето на миење заби (Pearson Chi-square 30.1302, $p = .000816$; Pearson Chi-square: 16.9231, $p = .004648$; Pearson Chi-square: 46.4009, $p = .000710$).

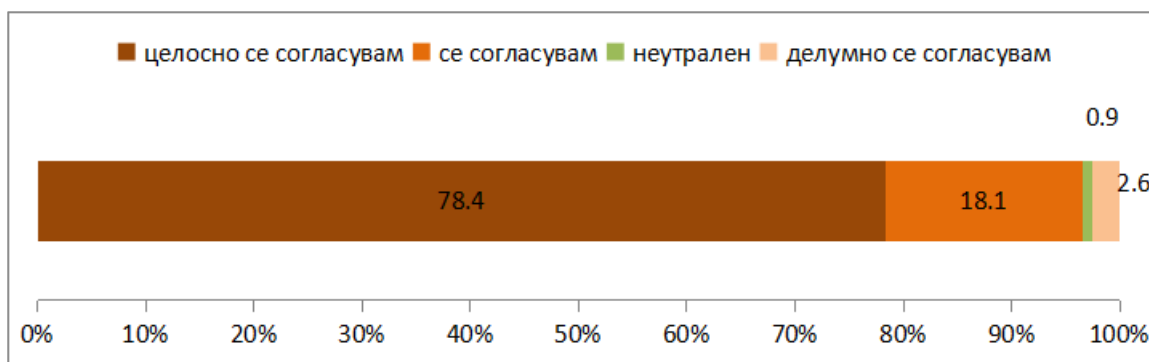


График 27в. Приказ на анкетираниите мајки според практиката на редовно чистење на забите и усната шуплина

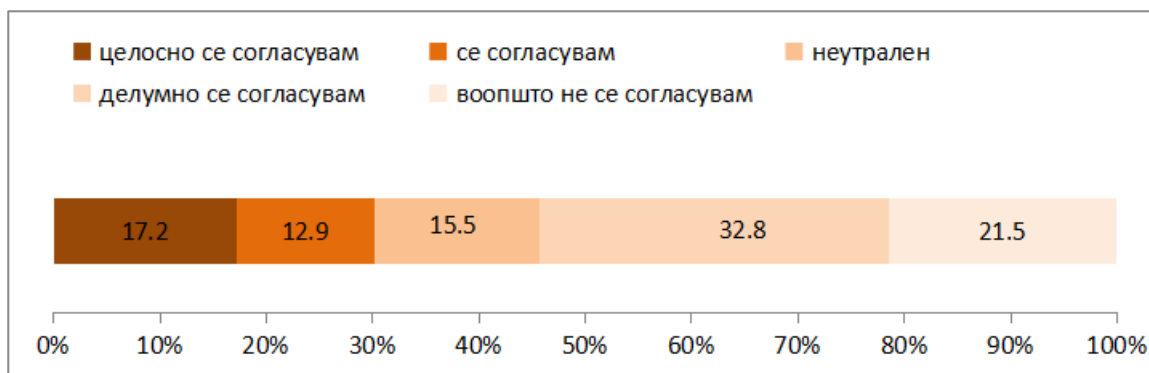


График 27г. Приказ на анкетираниите мајки според практиката на невнесување на чоколади, тврди бонбони, засладени сокови и чаеви во текот на бременоста

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

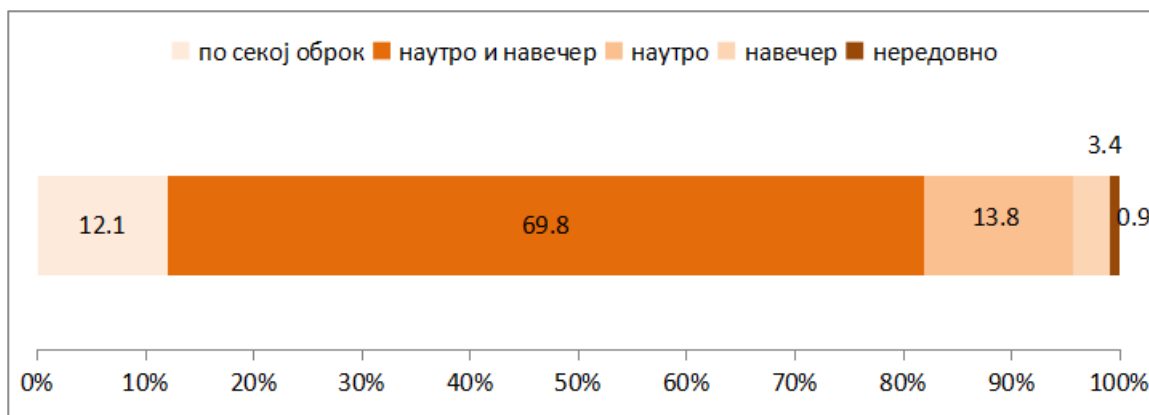


График 27д. Приказ на анкетираните мајки според практиката за миене на забите

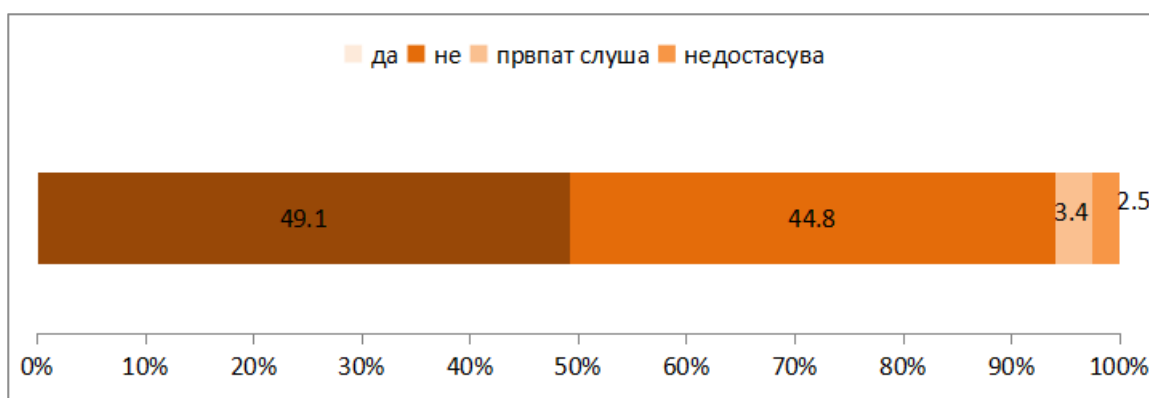


График 27ѓ. Приказ на анкетираните мајки според тоа што освен четка и паста за заби при грижа за забите употребуваат и интердентален конец или интердентална четка

Речиси половина од анкетираните мајки (49.1%) освен четка и паста за заби при грижа и неа употребуваат и интердентален конец или интердентална четка, а 52 (44.8%) не користат, а четири мајки првпат слушаат за овие средства) (Табела 27. и График 27ѓ.).

Не беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу националноста, образованието, местото на живеење, која по ред бременост е, версус практиката што освен четка и паста за заби при грижа за забите употребуваат и интердентален конец или интердентална четка (Pearson Chi-square: 9.23237, $p=0.682965$; Pearson Chi-square: 11.7764, $p=0.067147$; Pearson Chi-square: 2.69766, $p=0.440626$; Pearson Chi-square: 5.39436, $p=0.943495$).

Беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, работен статус, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, месецот на сегашна бременост, имањето на матичен стоматолог версус практиката освен четка и паста за заби при грижа за забите да употребуваат и интердентален конец или интердентална четка (Pearson Chi-square: 21.84660,

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

p=.039276; Pearson Chi-square: 9.19998, p=.026747; Pearson Chi-square: 18.0448, p=.000431; Pearson Chi-square: Pearson Chi-square: 35.7398, p=.000003; Pearson Chi-square: 24.0090, p=.000520

С. ЗНАЕЊЕТО МЕЃУ ИСПИТАНИЦИТЕ

Табела 28. Приказ на прашањата кои го евалуираат знаењето на анкетираниите мајки

<i>Безбедно да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
да	13	11.2
не	53	45.7
незнам	48	41.4
недостасува	3	2.6
<i>Одредени заболувања на гингивите и пародонтоот може да предизвикаат предвремено раѓање на плодот</i>		
да	12	10.3
не	19	16.4
незнам	82	70.7
недостасува	4	3.4
<i>Со чистење на оралната празнина на моето бебе треба да се започне</i>		
веднаш по породувањето, по првото хранење	28	24.1
веднаш по никнување на првиот млечен заб	42	36.2
по никнување на повеќе млечни заби	25	21.5
кога е ги има сите млечни заби	13	11.2
по 5 година возраст	1	0.9
недостасува	7	6.0
<i>Кариесот е најчеста болест кај децата до 6 години</i>		
да	48	41.4
не	15	12.9
незнам	51	44.0
недостасува	3	2.6
<i>Кариесот го предизвикуваат бактерии кои лесно можат преку бакнеж да се пренесат од мајката/негувателот на бебе</i>		
да	28	24.1
не	38	32.7
незнам	47	40.5
недостасува	3	2.6
<i>Првиот млечен заб кај бебето вообичаено се појавува околу 6-от месец</i>		
да	91	78.4
не	7	6.0
незнам	13	11.2
недостасува	5	4.3
<i>Белите дамки на млечните заби се рани знаци за кариес</i>		
да	36	31.0
не	22	19.0
незнам	52	44.8
недостасува	6	5.2
<i>Најкариоген шеќер во храната е</i>		
гликоза	51	44.0
фруктоза	6	5.2
сахароза	21	18.1
лактоза	3	2.6
незнам	31	26.7
недостасува	7	6.0
<i>Децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби</i>		
да	40	34.5
не	16	13.8
незнам	56	48.3
недостасува	4	3.4

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

45.7% од анкетираните мајки сметаат дека не е безбедно да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста, 41.4% не знаат, а 11.2% сметаат дека е безбедно. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу незнаење и не, наспроти безбедно (Табела 28. и График 28а.).

Не беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, националноста, образованието, работниот статус, местото на живеење, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, која по ред бременост, месецот на сегашната бременост, имањето на матичен стоматолог, версус знаењето дали е безбедно да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста (Pearson Chi-square: 14.6069, $p = .263642$; Pearson Chi-square: 5.58467, $p = .935556$; Pearson Chi-square: 5.18780, $p = .519962$; Pearson Chi-square: .896026, $p = .826387$; Pearson Chi-square: 3.56719, $p = .312152$; Pearson Chi-square: 1.40765, $p = .703742$; Pearson Chi-square: 15.5784, $p = .211317$; Pearson Chi-square: 2.26398, $p = .893891$; Pearson Chi-square: 2.30951, $p = .889148$).

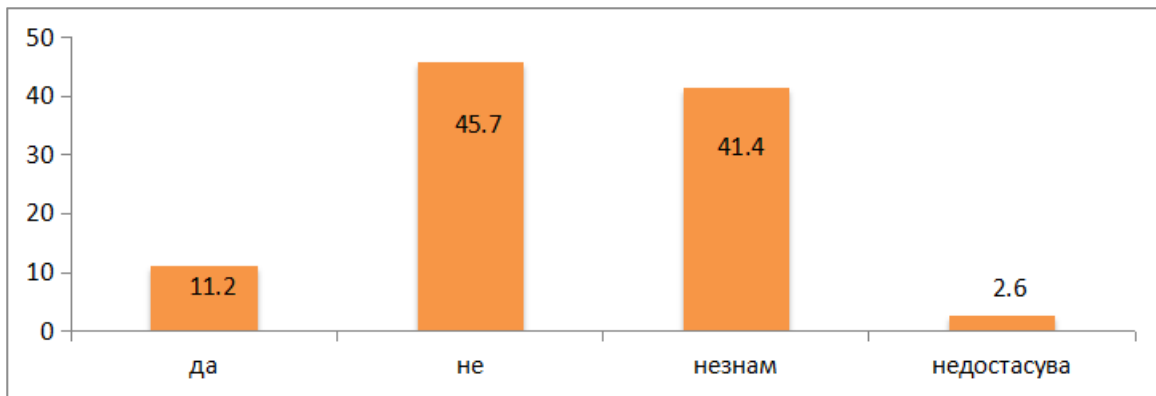


График 28а. Приказ на анкетираните мајки според тоа дали е безбедно да се прават РТГ снимки на заби за време на бременоста

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

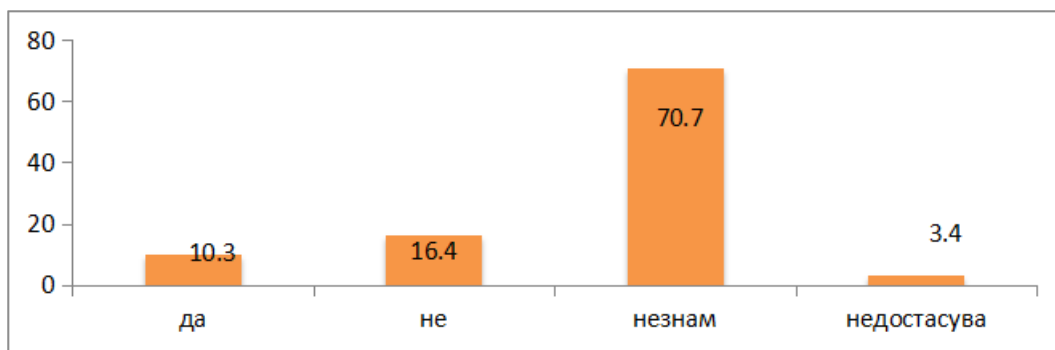


График 286. Приказ на анкетираниите според знаењето дека одредени заболувања на гингивите и пародонтот може да предизвикаат предвремено раѓање на плодот

70.7% од мајките не знаат дали одредени заболувања на гингивите и пародонтот може да предизвикаат предвремено раѓање на плодот, 16.4% сметаат дека не можат да предизвикаат и 10.3% знаат дека одредени заболувања на гингивите и пародонтот може да предизвикаат предвремено раѓање на плодот, процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу незнаење версус останатите модалитети (Табела 28. и График 286.).

Не беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, образованието, работниот статус, местото на живеење, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, која по ред бременост е актуелната, месецот на сегашна бременост, имањето на матичен стоматолог, со знаењето дека одредени заболувања на гингивите и пародонтот може да предизвикаат предвремено раѓање на плодот (Pearson Chi-square: 18.6057, $p = .098500$; Pearson Chi-square: 3.08003, $p = .798737$; Pearson Chi-square: 1.93684, $p = .585619$; Pearson Chi-square: 2.16974, $p = .537933$; Pearson Chi-square: 4.09296, $p = .251599$; Pearson Chi-square: 5.52071, $p = .938293$; Pearson Chi-square: 5.47041, $p = .485040$; Pearson Chi-square: 1.10935, $p = .981126$).

Беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу националноста, vs знаењето дека одредени заболувања на гингивите и пародонтот може да предизвикаат предвремено раѓање на плодот (Pearson Chi-square: 37.3576, $p = .000195$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

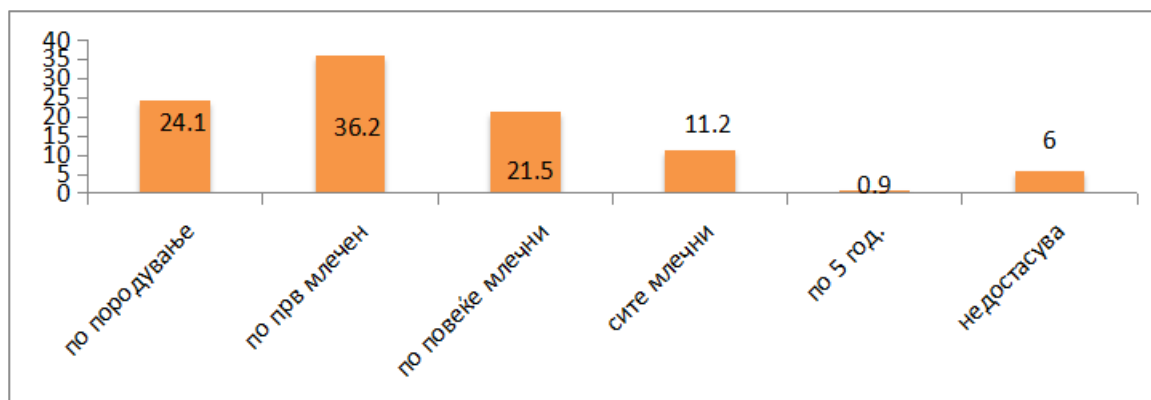


График 28в. Приказ на анкетираниите мајки според знаењето за почеток на чистење на оралната празнина на бебето

Од анкетираниите мајки, 36.2%, сметаат дека со чистење на оралната празнина на бебето треба да се започне веднаш по никнување на првиот млечен заб, 24.1% сметаат дека тоа треба да биде по породувањето, по првото хранење, 21.5% по никнувањето на повеќе млечни заби, додека 11.2% кога ќе ги има сите млечни заби. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .00$) помеѓу мислењето дека треба да се започне веднаш по никнувањето на првиот млечен заб версус останатите модалитети на мислење/знаење версус останатите модалитети (Табела 28. и График 28в.).

Не беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, националноста, образованието, работниот статус, местото на живеење, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, која по ред бременост е, месецот на сегашната бременост, имањето на матичен стоматолог, со знаењето дека со чистење на оралната празнина на бебето треба да се започне веднаш по никнување на првиот млечен заб (Pearson Chi-square: 12.7101, $p = .693823$; Pearson Chi-square: 22.0372, $p = .141993$; Pearson Chi-square: 11.9553, $p = .153208$; Pearson Chi-square: 7.31838, $p = .119990$; Pearson Chi-square: 6.21945, $p = .183348$; Pearson Chi-square: 4.69699, $p = .319824$; Pearson Chi-square: 20.7297, $p = .189135$; Pearson Chi-square: 1.10935, $p = .981121$; 0.4718, $p = .233459$; Pearson Chi-square: 10.2471, $p = .248112$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

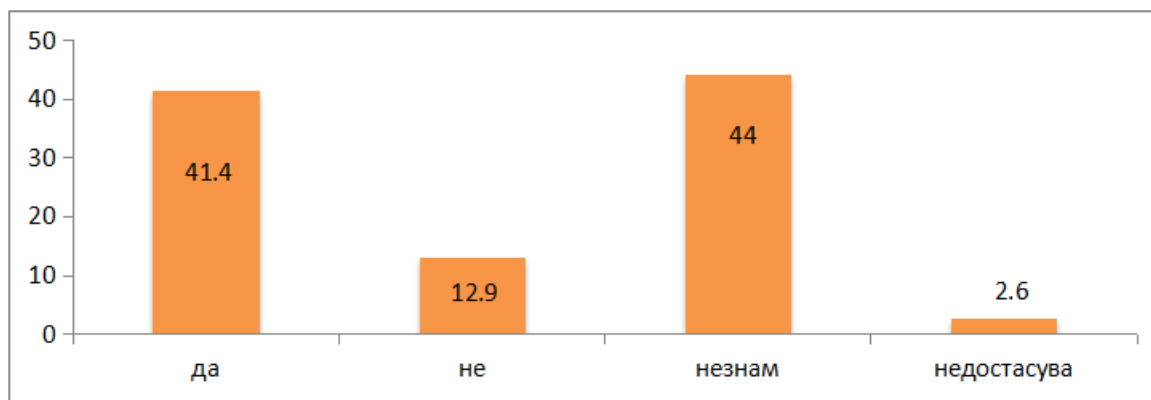


График 28г. Приказ на анкетираните мајки според тоа дека кариесот е најчеста болест кај децата до 6 години

44.0% од анкетираните мајки не знаат дека кариесот е најчеста болест кај децата до 6 години, 41.4% знаат, додека 12.9% не знаат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу незнаењето и знаењето дека кариесот е најчеста болест кај децата до 6 години (Табела 28. и График 28г.).

Не беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, националноста, образованието, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, која по ред е актуелната бременост, месецот на сегашна бременост, имањето на матичен стоматолог, со знаењето дека кариесот е најчеста болест кај децата до 6 години (Pearson Chi-square: 4.49180, $p = .810253$; Pearson Chi-square: 9.30610, $p = .317135$; Pearson Chi-square: 5.81864, $p = .213108$; Pearson Chi-square: 5.36017, $p = .068557$; Pearson Chi-square: 13.8169, $p = .086665$; Pearson Chi-square: 6.62747, $p = .156934$; Pearson Chi-square: 1.44265, $p = .836750$).

Беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу работниот статус, местото на живеење версус знаењето дека кариесот е најчеста болест кај децата до 6 години (Pearson Chi-square: 13.2132, $p = .00135$; Pearson Chi-square: 6.61293, $p = .036646$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

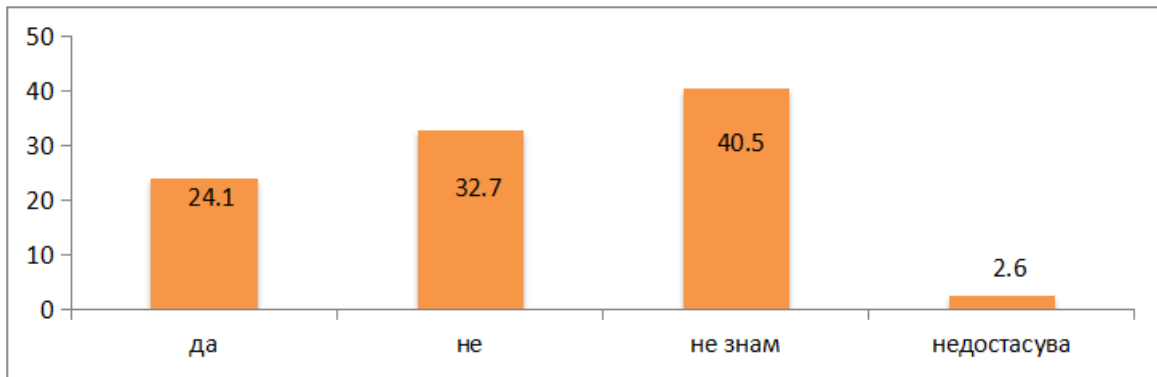


График 28д. Приказ на процентуалната застапеност на анкетираниите мајки според ставот дали кариесот го предизвикуваат бактерии кои лесно можат преку бакнеж да се пренесат од мајката/негувателот на бебе

40.5% од анкетираниите мајки не знаат дека кариесот го предизвикуваат бактерии кои лесно можат да се пренесат преку бакнеж од мајката/негувателот на бебе, 32.7% даваат одговор не, а 24.1% даваат одговор да. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0076$) помеѓу незнаење версус одговорот да, останатите разлики се незначајни (Табела 28. и График 28д.).

Не беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, националноста, местото на живеење, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, која по ред е актуелната бременост, месецот на сегашна бременост, имањето на матичен стоматолог, со знаењето дека кариесот го предизвикуваат бактерии кои лесно можат да се пренесат преку бакнеж од мајката/негувателот на бебе (Pearson Chi-square: 10.1263, $p = .256273$; Pearson Chi-square: 5.52960, $p = .699758$; Pearson Chi-square: 1.49817, $p = .472800$; Pearson Chi-square: 1.62421, $p = .443923$; Pearson Chi-square: 7.13847, $p = .521769$; Pearson Chi-square: 3.10042, $p = .541164$; Pearson Chi-square: 2.77980, $p = .595325$).

Беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу образованието, работниот статус, версус знаењето дека кариесот го предизвикуваат бактерии кои лесно можат да се пренесат преку бакнеж од мајката/негувателот на бебе (Pearson Chi-square: 10.1086, $p = .038638$; Pearson Chi-square: 17.8130, $p = .000136$).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

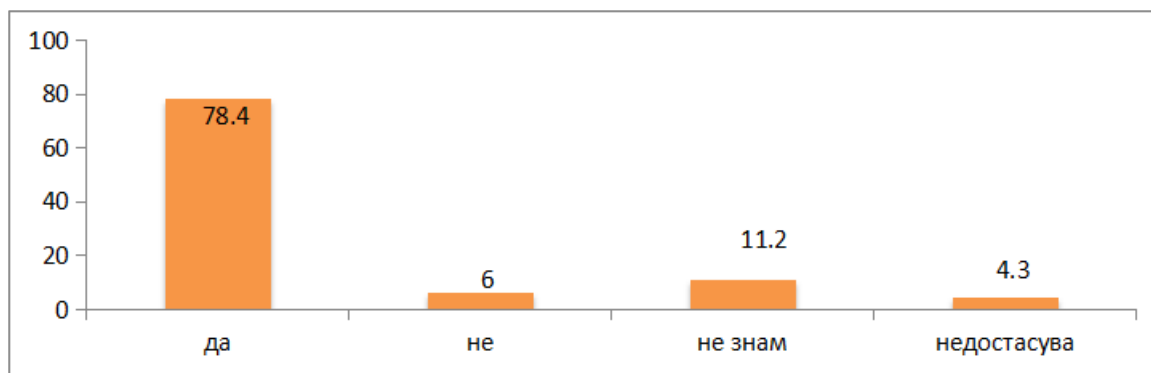


График 28г. Приказ на анкетираните мајки според тоа дека првиот млечен заб кај бебето вообичаено се појавува околу 6-от месец

Над 78% од анкетираните мајки знаат дека првиот млечен заб кај бебето вообичаено се појавува околу 6-от месец, процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу знаењето vs останатите модалитети (Табела 28. и График 28г.).

Не беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу националноста, образованието, работниот статус, местото на живеење, која по ред е актуелната бременост, месецот на сегашна бременост, имањето на матичен стоматолог, споредено со знаењето дека првиот млечен заб кај бебето вообичаено се појавува околу 6-от месец (Pearson Chi-square: 4.54263, $p = .805153$; Pearson Chi-square: 2.11787, $p = .714090$; Pearson Chi-square: .542377, $p = .762473$; Pearson Chi-square: .360078, $p = .835238$; Pearson Chi-square: 7.96932, $p = .436472$; Pearson Chi-square: 8.97690, $p = .061679$; Pearson Chi-square: .854652, $p = .930975$).

Беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи версус знаењето дека првиот млечен заб кај бебето вообичаено се појавува околу 6-от месец (Pearson Chi-square: 30.3065, $p = .000187$; Pearson Chi-square: 9.01750, $p = .011012$).

44.8% од анкетираните мајки не знаат дека белите дамки на млечните заби се рани знаци за кариес, потоа следуваат со 31% оние кои знаат, 19.0% оние кои одговараат со не. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .03$) помеѓу незнаењето версус останатите модалитети (Табела 28. и График 28е.). Не беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, националноста, образованието, работниот статус, местото на живеење, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, која по ред е актуелната бременост, месецот на сегашна бременост, имање на матичен стоматолог, споредено со знаењето дека белите дамки на млечните заби се рани знаци за кариес (Pearson Chi-square: 4.19053, $p = .839537$; Pearson Chi-square: 7.24436, $p = .510512$; Pearson Chi-square: 2.66677, $p = .615042$; Pearson Chi-square: .855003, $p = .652137$; Pearson

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Chi-square: 292011, $p=.864153$; Pearson Chi-square: 1.02260, $p=.599716$; Pearson Chi-square: 6.73775, $p=.565173$; Pearson Chi-square: .555295, $p=.967900$; Pearson Chi-square: 2.41586, $p=.659763$).

44.0% од анкетираниите сметаат дека најकारीоген шеќер во храната е гликоза, потоа со 26.7% следуваат оние кои не знаат, 18.1% сметаат дека тоа е сахарозата, процентуалната разлика е значајна за $p<.05$ (Difference test, $p=.00$) помеѓу одговорот гликоза версус останатите модалитети (Табела 28. и График 28ж.). Не е регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу националноста, образованието, работниот статус, местото на живеење, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, која по ред е актуелната бременост, месецот на сегашна бременост, имањето на матичен стоматолог, версус знаењето кој е најकारीоген шеќер во храната (Pearson Chi-square: 16.0739, $p=.447815$; Pearson Chi-square: 6.03507, $p=.643303$; Pearson Chi-square: 3.12549, $p=.537048$; Pearson Chi-square: 3.12549, $p=.537048$; Pearson Chi-square: 1.75159, $p=.781327$; Pearson Chi-square: 11.9985, $p=.744080$; Pearson Chi-square: 1.84194, $p=.985480$).

Беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, месецот на сегашна бременост версус знаењето кој е најकारीоген шеќер во храната (Pearson Chi-square: 30.8949, $p=.013878$; Pearson Chi-square: 23.0808, $p=.003262$).

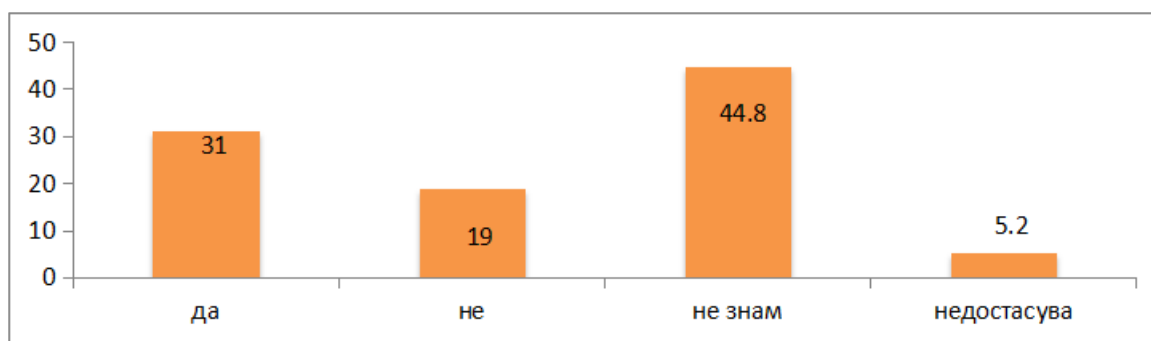


График 28е. Приказ на анкетираниите мајки според тоа дека белите дамки на млечните заби се рани знаци за кариес

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

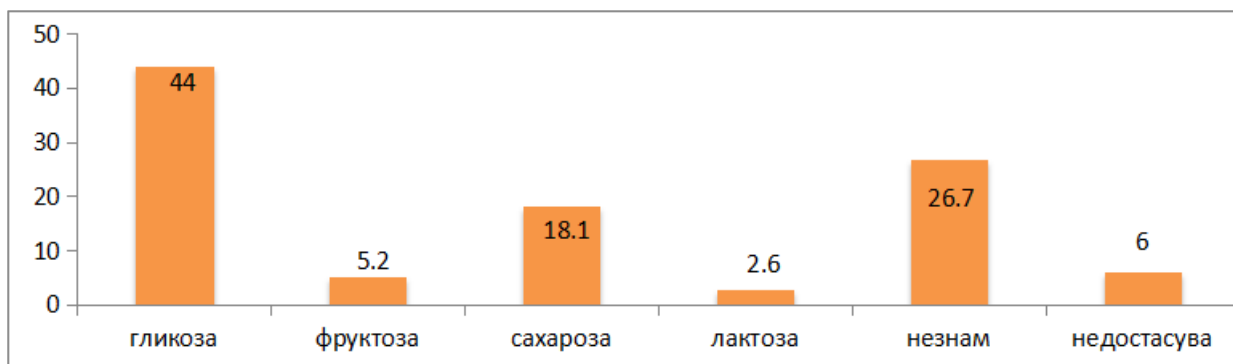


График 28ж. Приказ на анкетиранилица според тоа кој е најкариоген шеќер во храната

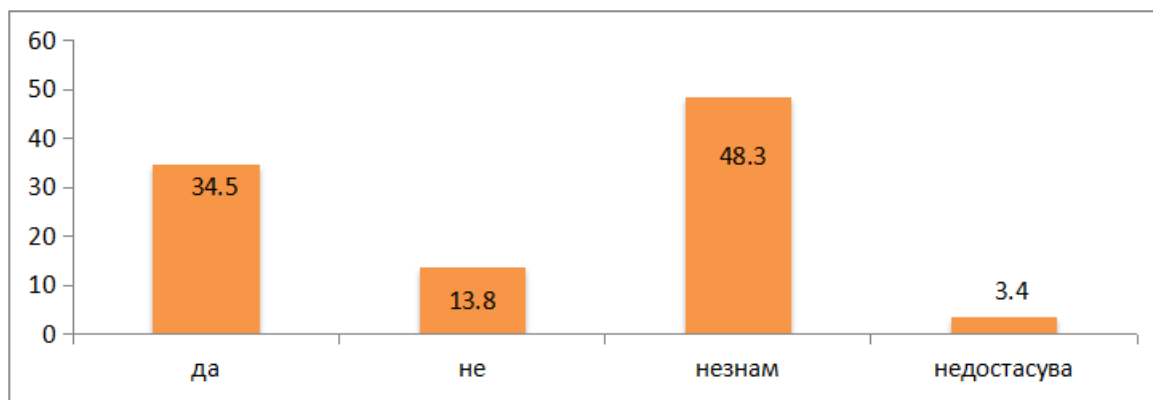


График 28з. Приказ на анкетираниите лица според знаењето дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби

Од анкетираниите мајки, 48.3%, не знаат дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби, 34.5% знаат, додека 13.8% даваат одговор не. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .03$) помеѓу незнаењето версус останатите модалитети (Табела 28. и График 28з.).

Не беше регистрирана сигнификантна поврзаност помеѓу возраста, националноста, образованието, работниот статус, местото на живеење, користењето на мобилен телефон и социјалните мрежи, која по ред е актуелната бременост, месецот на сегашна бременост, имањето на матичен стоматолог, версус ставот дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани за појава на кариес на млечни заби (Pearson Chi-square: 7.12727, $p = .522965$; Pearson Chi-square: 14.0713, $df = 8$, $p = .079925$; Pearson Chi-square: 2.30020, $p = .680733$; Pearson Chi-square: 3.76938, $p = .151876$; Pearson Chi-square: 4.25374, $p = .119210$; Pearson Chi-square:

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

.968685, $p=.616102$; Pearson Chi-square: 6.51281, $p=.589987$; Pearson Chi-square: .942718, $p=.918354$; Pearson Chi-square: 7.90195, $df=4$, $p=.095237$).

D. СТАВОВИ МЕЃУ ИСПИТАНИЦИТЕ

Табела 29. Приказ на прашањата кои ги евалуираат ставовите на анкетираниите мајки

Сметам дека моето општо здравје е во многу добро состојба	број	%
целосно се согласувам	44	37.9
се согласувам	52	44.8
ниту се согласувам ниту не се согласувам	9	7.7
делумно се согласувам	7	6.0
воопшто не се согласувам	1	0.9
недостасува	3	2.6
Сметам дека моето орално здравје е во многу добра состојба		
целосно се согласувам	37	31.9
се согласувам	42	36.2
ниту се согласувам ниту не се согласувам	13	11.2
делумно се согласувам	18	15.5
воопшто не се согласувам	2	1.7
недостасува	4	3.4
Сметам дека многу е важно да имам здрави заби и здрави гингиви за време на бременоста		
целосно се согласувам	77	66.4
се согласувам	29	25.0
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	5	4.3
делумно се согласувам	2	1.7
недостасува	3	2.6
Приот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб		
целосно се согласувам	22	19.0
се согласувам	25	21.5
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	22	19.0
делумно се согласувам	29	25.0
воопшто не се согласувам	17	14.6
недостасува	1	0.9
Треба редовно на 6 месеци да го посетувам матичниот стоматолог		
целосно се согласувам	59	50.9
се согласувам	43	37.1
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	8	6.9
делумно се согласувам	5	4.3
недостасува	1	0.9
Сметам дека за време на бременоста е безбедна било која стоматолошка интервенција вклучувајќи и анестезија		
целосно се согласувам	9	7.8
се согласувам	10	8.6
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	27	23.3
делумно се согласувам	24	20.7
воопшто не се согласувам	45	38.8
недостасува	1	0.9
Сметам дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој		
целосно се согласувам	59	50.9
се согласувам	40	34.5
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	9	7.8
делумно се согласувам	6	5.2
воопшто не се согласувам	1	0.9
недостасува	1	0.9

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

82.7% од анкетираните мајки (целосно - 37.9% и се согласувам - 44.8%) сметаат дека нивното општо здравје е во многу добро состојба, 7.7% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат), а 6% делумно се согласуваат и една мајка воопшто не се согласува. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу целосно согласување и согласување версус останатите модалитети (Табела 29. и График 29а.). Просечниот став на мајките изнесува 1.8 ± 0.9 и е во доменот на „се согласувам“.

Повеќе од 66.0% од анкетираните мајки (целосно - 31.9% и се согласувам - 36.2%) сметаат дека нивното орално здравје е во многу добро состојба, 11.2% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат), а 15.5% делумно се согласуваат и две мајки воопшто не се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу целосно согласување и согласување версус останатите модалитети (Табела 29. и График 29б.). Просечниот став на мајките изнесува 2.2 ± 1.1 и е во доменот на „се согласувам“.

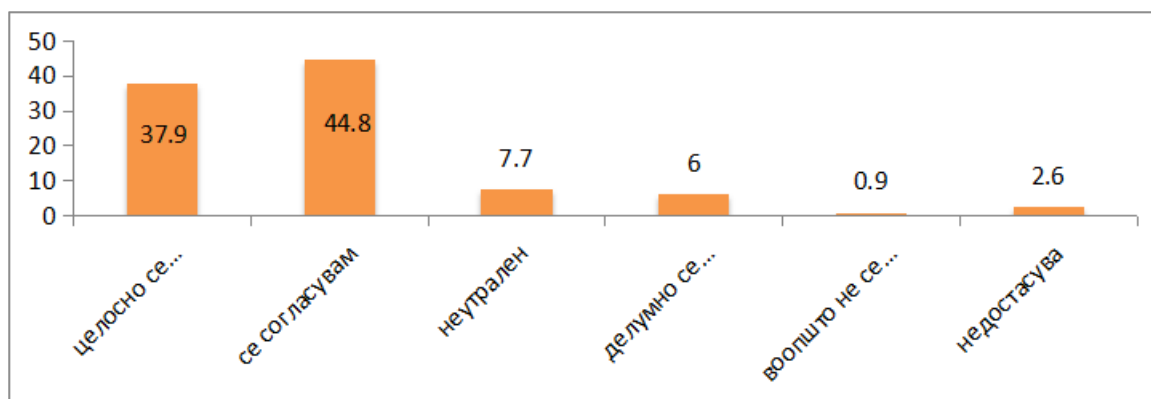


График 29а. Приказ на анкетираните мајки според ставот - „Сметам дека моето општо здравје е во многу добро состојба“

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

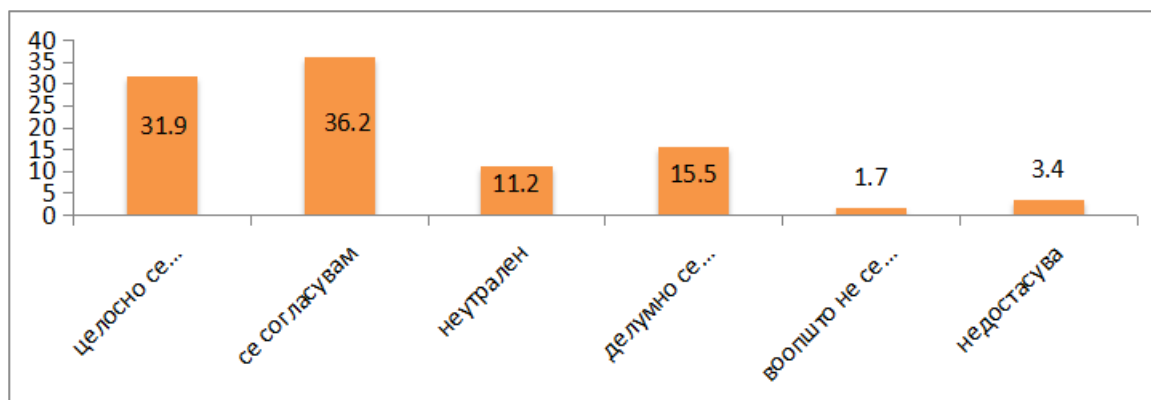


График 29б. Приказ на анкетираниите мајки според ставот - „Сметам дека моето орално здравје е во многу добра состојба“

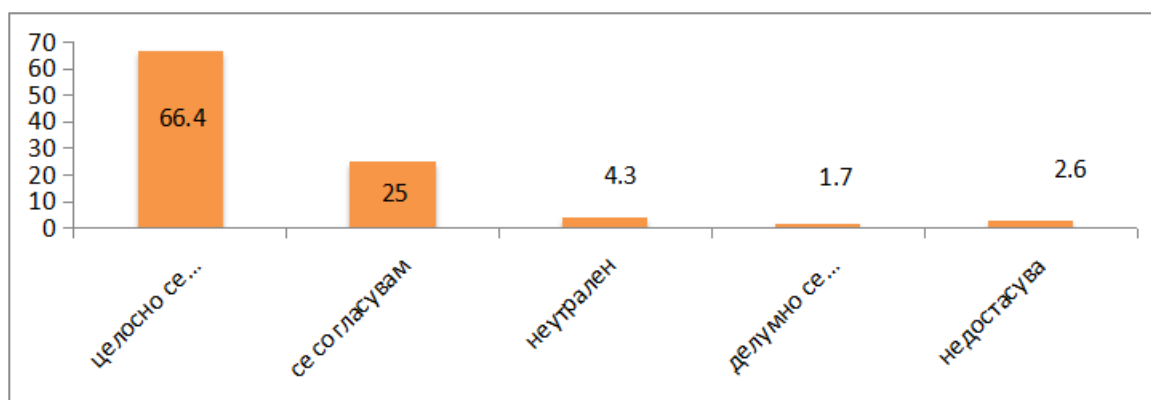


График 29в. Приказ на анкетираниите мајки според ставот - „Сметам дека многу е важно да имам здрави заби и здрави гингиви за време на бременоста“

Повеќе од 60% од анкетираниите мајки (целосно се согласуваат - 66.4%) сметаат дека нивното орално здравје е во многу добро состојба, 25.0% се согласуваат, 4.3% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат), а 1.7% делумно се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу целосно се согласувам версус останатите модалитети (Табела 29. и График 29в.). Просечниот став на мајките изнесува 1.4 ± 0.7 и е во доменот на „целосно се согласувам“.

Со ставот - „Првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб“, согласувањето на анкетираниите мајки варира, од 25.0% воопшто не се согласувам, 21.5% се согласувам, последователно 19.0% целосно се согласувам, и ниту се согласувам ниту не се согласувам (неутрален) до 14.6% воопшто не се согласувам. Процентуалната разлика е незначајна

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

за $p > .05$ (Табела 29. и График 29г.). Просечниот став на мајките изнесува 2.9 ± 1.3 и е во доменот на „ниту се согласувам ниту не се согласувам“ (неутрален).

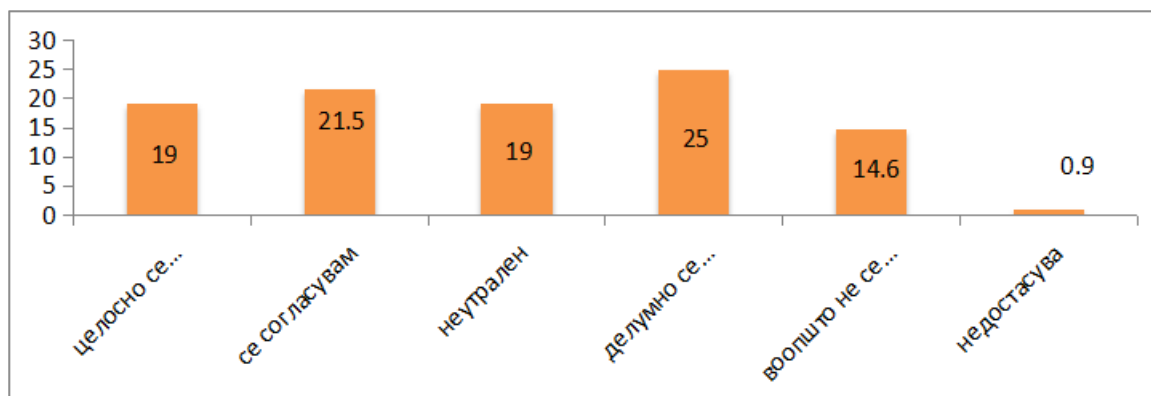


График 29г. Приказ на анкетираниите мајки според ставот - „Првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб“

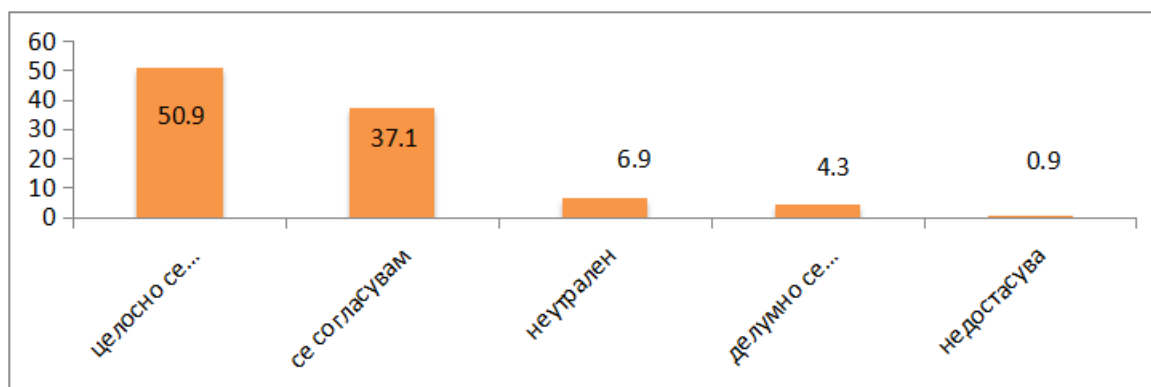


График 29д. Приказ на анкетираниите мајки според ставот - „Треба редовно на 6 месеци да го посетувам матичниот стоматолог“

Со ставот - „Треба редовно на 6 месеци да го посетувам матичниот стоматолог“ целосното согласување на анкетираниите мајки изнесува 50.9%, 37.1% се согласувам, последователно 6.9% ниту се согласувам/ниту не се согласувам (неутрален) до 4.3% делумно се согласувам. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ помеѓу целосно се согласувам и се согласувам версус неутрален став и делумно се согласувам (Табела 29. и График 29г.). Просечниот став на мајките изнесува 1.6 ± 0.8 и е во доменот „целосно се согласувам“.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

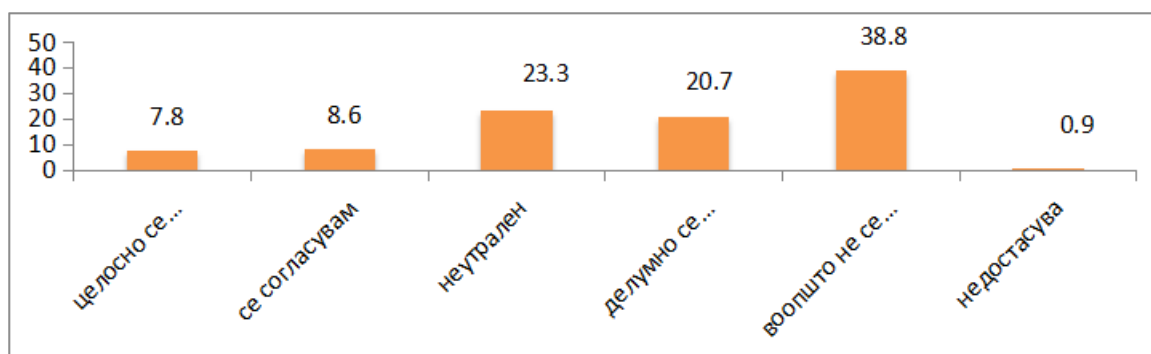


График 29г. Приказ на анкетираниите мајки според ставот - „Сметам дека за време на бременоста е безбедна која било стоматолошка интервенција вклучувајќи и анестезија“

Со ставот - „Сметам дека за време на бременоста е безбедна која било стоматолошка интервенција вклучувајќи и ставање на анестезија“, во најголем процент 38.8% од анкетираниите мајки воопшто не се согласуваат, 23.3% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат), 20.7% делумно се согласуваат, 8.6% се согласуваат до 7.8 % целосно се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p < .01$) помеѓу воопшто не се согласувам версус сите останати други модалитети. (Табела 29. и График 29г.). Просечниот став на мајките изнесува 3.7 ± 1.3 и е во доменот „делумно се согласувам“.

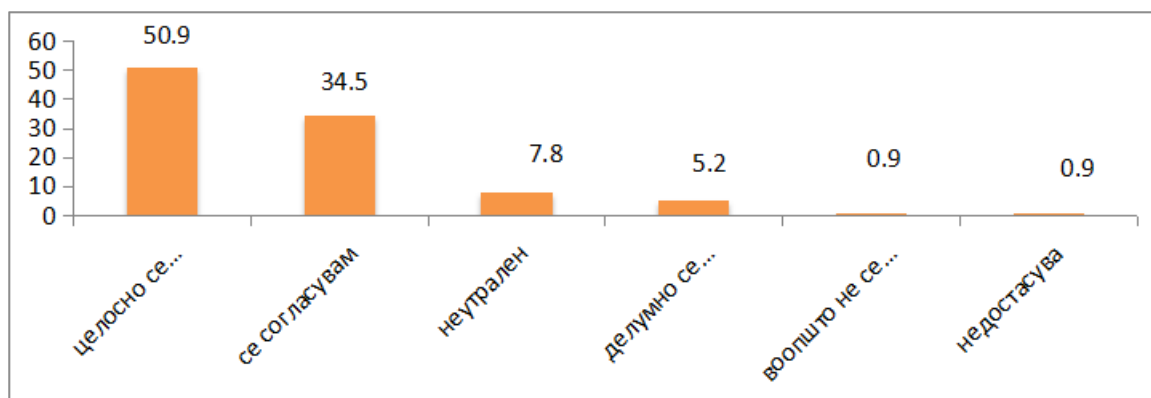


График 29е. Приказ на анкетираниите мајки според ставот- „Сметам дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој“

Со ставот - „Сметам дека млечните заби имаат важна улога за детското здравје и развој“ половина од анкетираниите мајки во целост се согласуваат (50.9%), 34.5% се согласуваат, 7.8% се неутрални и 5.2% делумно се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p < .01$) помеѓу целосно се согласувам версус сите други модалитети. (Табела 29. и График 29е.). Просечниот став на мајките изнесува 1.7 ± 1.3 и е во доменот „целосно се согласувам“.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

E. СВЕСНОСТ ЗА ТЕЖИНАТА НА БОЛЕСТА- HEALTH BELIEF MODEL- SEVERITY

Табела 30. Приказ на прашањата кои ја евалуираат свесноста за тежината на болеста

<i>Денталниот кариес е многу честа болест, а посебно се предиспонирани жените во текот на бременоста и нивните деца</i>	број	%
целосно се согласувам	36	31.0
се согласувам	39	33.6
ниту се согласувам ниту не се согласувам	27	23.3
делумно се согласувам	10	8.6
воопшто не се согласувам	3	2.6
недостасува	1	0.9
<i>Знам дека ако имам дентален кариес и гингивитот, ако не ги третирам може да доведат до болка, намален квалитет на живот и постои ризик по моето бебе</i>		
целосно се согласувам	27	23.3
се согласувам	34	29.3
ниту се согласувам ниту не се согласувам	26	22.4
делумно се согласувам	16	13.8
воопшто не се согласувам	9	7.8
недостасува	4	3.4
<i>Се плашам дека ако имам нетретиран кариес во уста, кариогените бактерии преку бакнеж ќе ги пренесам на моето бебе, и ќе му се појави рано кариес на млечните заби</i>		
целосно се согласувам	20	17.2
се согласувам	23	19.8
ниту се согласувам ниту не се согласувам	28	24.1
делумно се согласувам	14	12.1
воопшто не се согласувам	28	24.1
недостасува	3	2.6
<i>Доколку не ги четкам редовно и правилно моите заби, доколку се исхранувам неправилно и доколку не посетувам стоматолог, сигурно ќе ми се појави кариес на забите и воспаление на гингивите.</i>		
целосно се согласувам	58	50.0
се согласувам	44	37.9
ниту се согласувам ниту не се согласувам	3	2.6
делумно се согласувам	6	5.2
воопшто не се согласувам	3	2.6
недостасува	2	1.7

64.6% од анкетираниите мајки (целосно - 31% и се согласуваат - 33.6%) се свесни дека денталниот кариес е многу честа болест, а посебно се предиспонирани жените во текот на

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

бременоста и нивните деца, 23.3% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат), а 8.6% делумно се согласуваат и 2.6% воопшто не се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу целосно согласување и согласување версус останатите модалитети (Табела 30. и График 30а.). Просечната свесност на мајките изнесува 2.2 ± 1.1 и е во доменот на „се согласувам“.

Повеќе од половина (52.6%) од анкетираниите мајки (целосно - 23.3% и се согласуваат - 29.3%) се свесни дека ако имаат дентален кариес и гингивит, ако не ги третираат може да дојде до болка, намален квалитет на живот и постои ризик за нивното бебе, 22.4% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат), а 13.8% делумно се согласуваат и 7.7% воопшто не се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0001$) помеѓу целосно согласување и согласување версус останатите модалитети (Табела 30. и График 30б.). Просечната свесност на мајките изнесува 2.5 ± 1.2 и е во доменот на „се согласувам“.

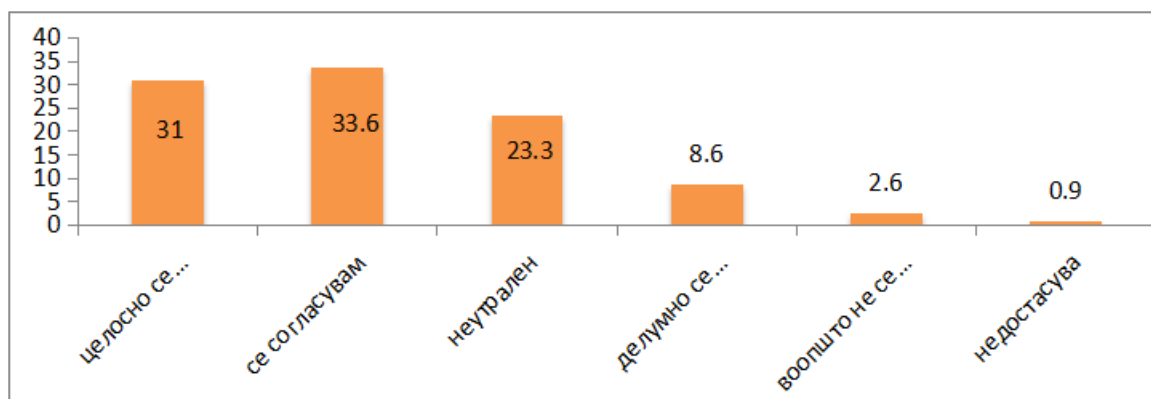


График 30а. Процентуален приказ на анкетираниите мајки според свесноста дека денталниот кариес е многу честа болест, а посебно се предиспонирани жените во текот на бременоста и нивните деца

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

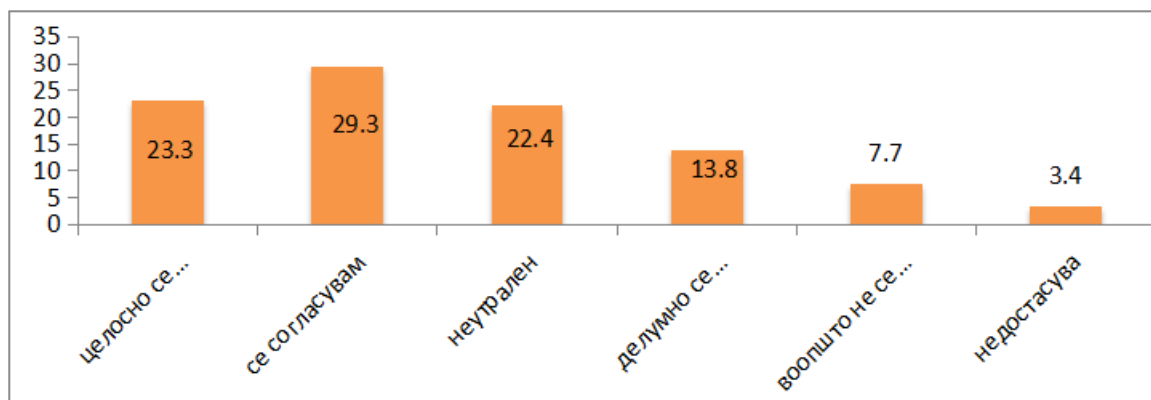


График 30б. Процентуален приказ на анкетираните мајки според свесноста дека ако имаат дентален кариес и гингивит, ако не ги третираат може да доведат до болка, намален квалитет на живот и постои ризик за нивното бебе

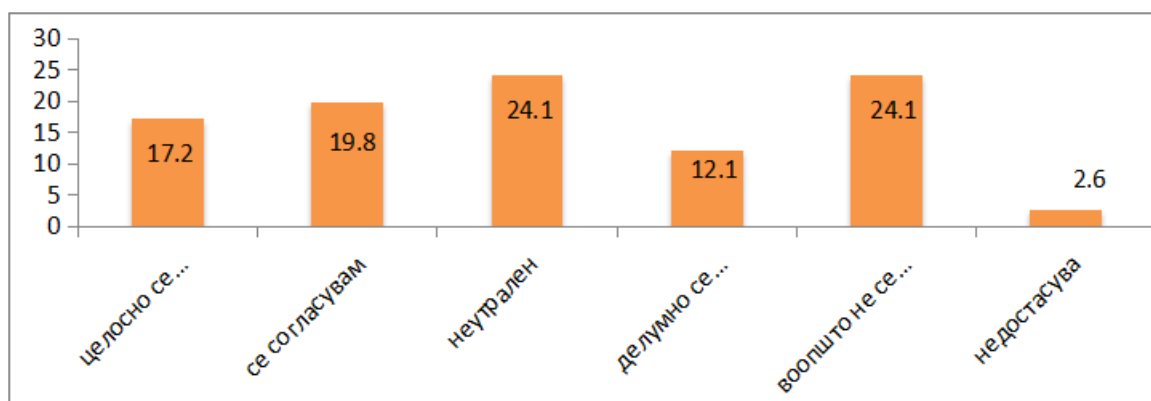


График 30в. Процентуален приказ на анкетираните мајки според тоа дали се плашат дека ако имаат нетретиран кариес во уста, кариогените бактерии преку бакнеж ќе ги пренесат на нивното бебе и ќе му се појави ЕСС

Стравот на анкетираните мајки дека ако имаат нетретиран кариес во уста, кариогените бактерии преку бакнеж ќе ги пренесат на нивното бебе и ќе му се појави рано кариес на млечните заби е приближно подеднаков: целосно се согласуваат - 17.2%, се согласуваат - 19.8%, 24.1% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат), а 12.1% делумно се согласуваат и 24.1% воопшто не се согласуваат. Процентуалната разлика е незначајна за $p > 0.05$ (Табела 30. и График 30в.). Просечната свесност на мајките изнесува 3.1 ± 1.4 и е во доменот на „неутрални“.

Со мислењето доколку не ги четкаат редовно и правилно нивните заби, доколку се исхрануваат неправилно и доколку не посетуваат стоматолог, сигурно ќе им се појави кариес на забите и воспаление на гингивите, се согласуваат 87.9% (целосно се согласуваат - 50.0% и се

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

согласуваат - 37.9%), 2.6% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат), а 5.2% делумно се согласуваат и 2.6% воопшто не се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу целосно согласување и согласување версус останатите модалитети (Табела 30. и График 30г.). Просечната свесност на мајките изнесува 1.7 ± 0.9 и е во доменот на „целосно се согласувам“.

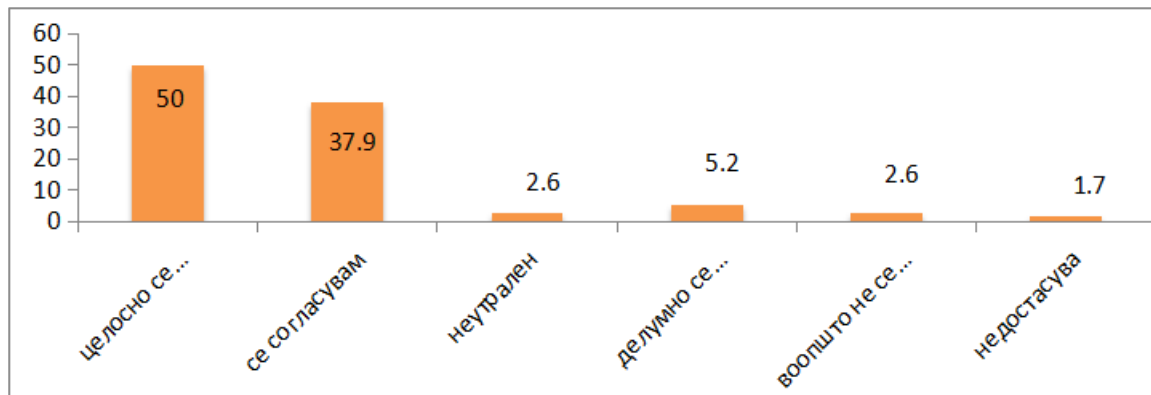


График 30г. Процентуален приказ на анкетираните мајки според мислењето доколку не ги четкаат редовно и правилно нивните заби, доколку се исхрануваат неправилно и доколку не посетуваат стоматолог, сигурно ќе им се појави кариес на забите и воспаление на гингивите

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

**F. ПРАШАЊА СО КОИ СЕ ЕВАЛУИРА МИСЛЕЊЕТО ЗА ПРИЕМЧИВОСТА
(ВЕРУВАЊА ДЕКА МОЖЕ ДА ИМААТ ПОГОЛЕМА ВЕРОЈАТНОСТ ЗА ОРАЛНИ
ЗАБОЛУВАЊА ПО БРЕМЕНОСТА) ХБМ-ПРИЕМЧИВОСТ (НВМ
SUSCEPTIBILITY)**

Табела 31. Приказ на прашањата кои го евалуираат верувањето дека можат да имаат поголема веројатност за орални заболувања по бременоста

<i>Чувствувам дека за време на бременоста повеќе ми се расипаа забите и по бременоста ќе имам многу заби со дентален кариес и болка од истите (ХБМ-приемчивост)</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
целосно се согласувам	17	14.6
се согласувам	22	19.0
ниту се согласувам ниту не се согласувам	11	9.5
делумно се согласувам	19	16.4
воопшто не се согласувам	46	39.6
недостасува	1	0.9
<i>Најверојатно во тек на бременоста моите гингиви ќе се воспалат и ќе крварат на допир (ХБМ-приемчивост)</i>		
целосно се согласувам	14	12.1
се согласувам	31	26.7
ниту се согласувам ниту не се согласувам	24	20.7
делумно се согласувам	26	22.4
воопшто не се согласувам	18	15.5
недостасува	3	2.6
<i>Моето бебе е во ризик да има дентален кариес на млечните заби</i>		
целосно се согласувам	11	9.5
се согласувам	7	6.0
ниту се согласувам ниту не се согласувам	38	32.7
делумно се согласувам	20	17.2
воопшто не се согласувам	38	32.7
недостасува	2	1.7

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

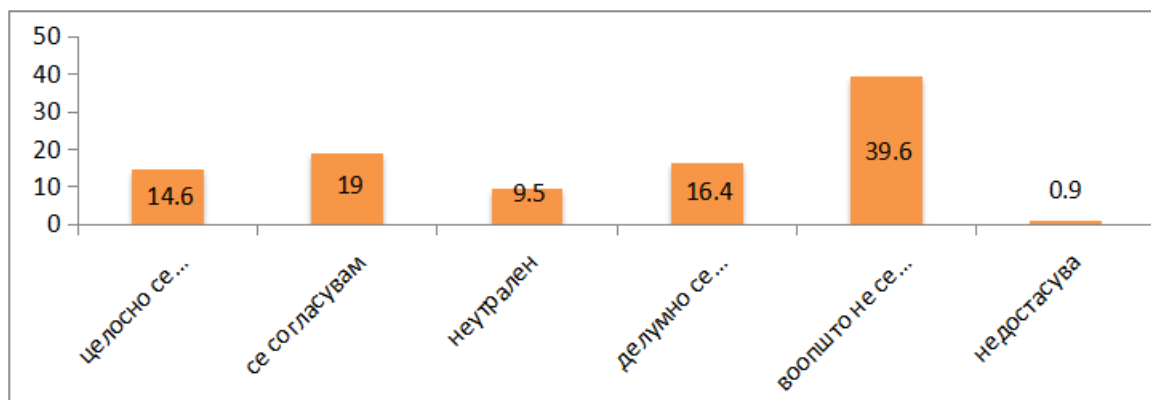


График 31а. Процентуален приказ на анкетираните мајки според верувањето дека за време бременоста повеќе им се расипале забите и дека по бременоста ќе имаат многу заби со дентален кариес и болка од истите

Во најголем процент (39.6%) од анкетираните мајки воопшто не се согласуваат со верувањето дека за време бременоста повеќе им се расипале забите и дека по бременоста ќе имаат многу заби со дентален кариес и болка од истите, 19% се согласуваат, 16.4% делумно се согласуваат, 14.6% целосно се согласуваат и 9.5% се неутрални. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .000$) помеѓу воопшто не се согласувам версус останатите модалитети (Табела 31. и График 31а.). Просечното верување на мајките изнесува 3.5 ± 1.5 и е во доменот на „неутрални“ (ниту се согласувам ниту не се согласувам).

Во најголем процент (26.7%) од анкетираните мајки веруваат и се согласуваат дека најверојатно во текот на бременоста нивните гингиви ќе се воспалат и ќе крварат на допир, 22.4% делумно се согласуваат, 20.7% се неутрални, 15.5% воопшто не се согласуваат и 12.1% целосно се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ помеѓу „се согласувам“ версус „воопшто не се согласувам“ и „целосно се согласувам“ (Табела 31. и График 31б.). Просечното верување на мајките изнесува 3.0 ± 1.3 и е во доменот на „неутрални“ (ниту се согласувам ниту не се согласувам).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

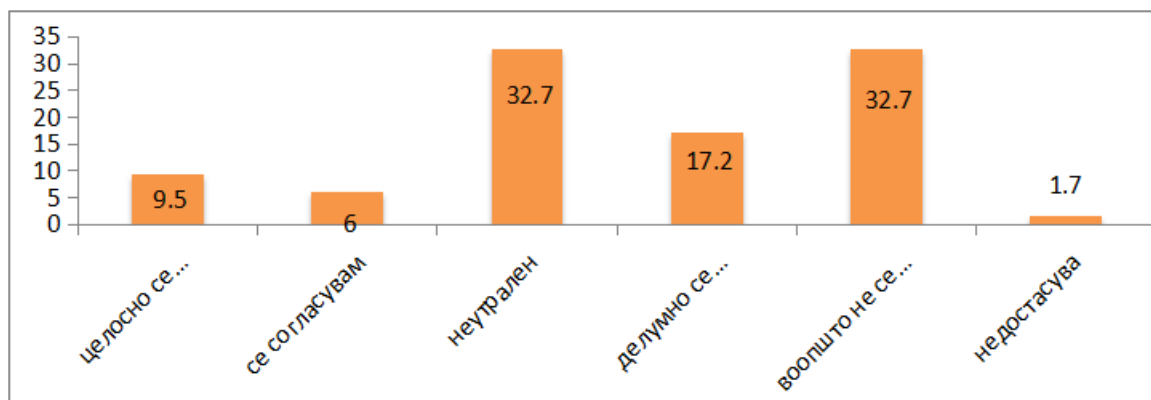


График 31б. Процентуален приказ на анкетираните мајки според верувањето дека најверојатно во текот на бременоста нивните гингиви ќе се воспалат и ќе крварат на допир

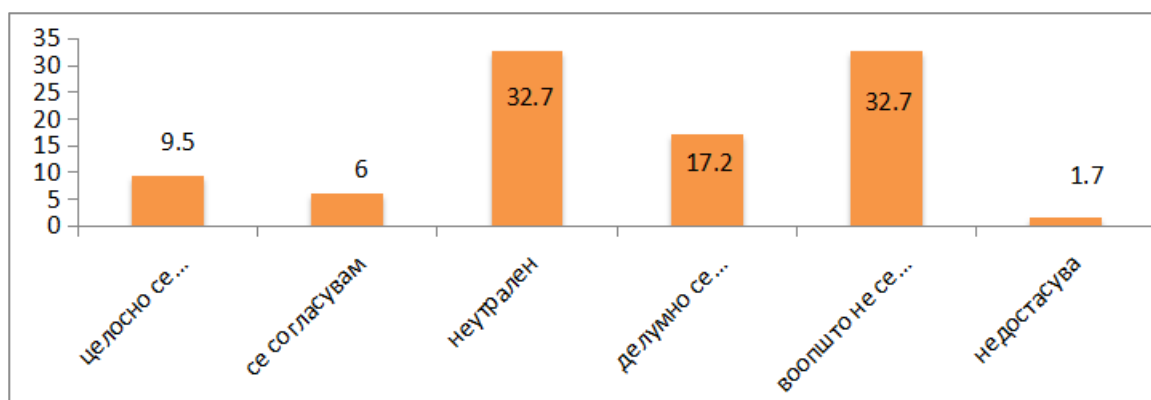


График 31в. Процентуален приказ на анкетираните мајки според верувањето дека нивното бебе е во ризик да има дентален кариес на млечните заби

Во најголем процент (32.7%) од анкетираните мајки веруваат т.е се неутрални и воопшто не се согласуваат дека нивното бебе е во ризик да има дентален кариес на млечните заби, 17.2% делумно се согласуваат, 9.5% целосно се согласуваат, и 6.0% се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ помеѓу неутрален и воопшто не се согласувам версус останатите модалитети (Табела 31. и График 31в.). Просечното верување на мајките изнесува 3.6 ± 1.3 и е во доменот на „неутрални“ (ниту се согласувам ниту не се согласувам).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

G. ПРАШАЊА СО КОИ СЕ ЕВАЛУИРААТ БАРИЕРИТЕ ЗА АКЦИЈА ЗА ДА СЕ СПРЕЧИ ПОЈАВАТА НА ЗАБОЛУВАЊА ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМЕНОСТ (ХБМ-БАРИЕРА) НВМ PERCEIVED BARRIERS

Табела 32. Приказ на прашањата кои ги евалуираат бариерите за акција за да се спречи појавата на заболувања за време на бременоста

<i>Не посетувам редовно стоматолог, ниту посетив во периодот на бременост бидејќи:</i>	<i>број</i>	<i>%</i>
<i>a. чувствувам страв од било која интервенција, за себе и моето бебе</i>		
целосно се согласувам	11	9.5
се согласувам	12	10.3
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	15	12.9
делумно се согласувам	11	9.5
воопшто не се согласувам	60	51.7
недостасува	7	6.0
<i>Не посетувам редовно стоматолог, ниту посетив во периодот на бременост бидејќи:</i>		
<i>b. е скапа и недостижна услугата</i>		
целосно се согласувам	2	1.7
се согласувам	4	3.4
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	10	8.6
делумно се согласувам	8	6.9
воопшто не се согласувам	77	66.4
недостасува	15	12.9
<i>Не посетувам редовно стоматолог, ниту посетив во периодот на бременост бидејќи:</i>		
<i>c. сметам дека треба да се одложи посетата за после породувањето</i>		
целосно се согласувам	11	9.5
се согласувам	14	12.1
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	11	9.5
делумно се согласувам	12	10.3
воопшто не се согласувам	58	50.0
недостасува	10	8.6
<i>Не посетувам редовно стоматолог, ниту посетив во периодот на бременост бидејќи:</i>		
<i>d. се плашам од ковид 19 инфекција</i>		
целосно се согласувам	23	19.8
се согласувам	17	14.6
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	5	4.3
делумно се согласувам	14	12.1
воопшто не се согласувам	44	37.9
недостасува	13	11.2
<i>Не посетувам редовно стоматолог, ниту посетив во периодот на бременост бидејќи:</i>		
<i>e. немам болка како причина да одам на стоматолог</i>		
целосно се согласувам	25	21.5
се согласувам	20	17.2
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	15	12.9
делумно се согласувам	14	12.1
воопшто не се согласувам	32	27.6
недостасува	10	8.6
<i>Не сум доволно едуцирана за правилна исхрана, правилна орална хигиена</i>		
целосно се согласувам	3	2.6
се согласувам	7	6.0
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	13	11.2
делумно се согласувам	15	12.9
воопшто не се согласувам	72	62.1
недостасува	6	5.2

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Повеќе од половина (51.7%) од анкетираните мајки, воопшто не се согласуваат дека не посетуваат редовно стоматолог, ниту посетиле во периодот на бременоста, бидејќи чувствуваат страв од која било интервенција за себе и нивното бебе, 12.9% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат), 10.3% се согласуваат, додека 9.5% целосно се согласуваат и делумно се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу воопшто не се согласуваат версус останатите модалитети (Табела 32. и График 32а.). Просечната свесност на мајките изнесува 3.9 ± 1.4 и е во доменот на „делумно се согласувам“.

Повеќе од половина (66.4%) од анкетираните мајки воопшто не се согласуваат дека стоматолошката услуга е скапа и недостижна, и тоа не е причина (бариера) поради која не посетуваат или не посетиле стоматолог (акција) за време на бременоста, 8.6% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат), 6.9% делумно се согласуваат, 3.4% се согласуваат и 1.7% целосно се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу воопшто не се согласуваат версус останатите модалитети (Табела 32. и График 32б.). Просечната свесност на мајките изнесува 4.5 ± 1.0 и е во доменот на „воопшто не се согласувам“.

Половина (50.0%) од анкетираните мајки воопшто не посетиле стоматолог бидејќи имаат став дека треба да се одложи посетата на стоматолог за после породувањето (бариера за акција), 12.5% се согласуваат, 10.3% делумно се согласуваат, 9.5% целосно се согласуваат и се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат). Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу воопшто не се согласуваат vs останатите модалитети (Табела 32. и График 32в.). Просечната свесност на мајките изнесува 3.9 ± 1.4 и е во доменот на „неутрални“ (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат).

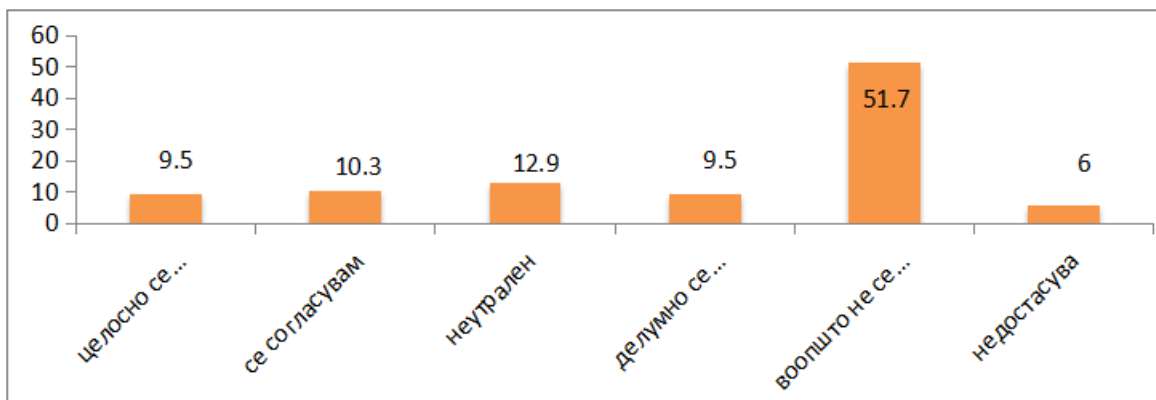


График 32а. Процентуален приказ на анкетираните мајки според бариерите за акција за да се спречи појавата на заболувања за време на бременоста т.е. не посетуваат редовно стоматолог, ниту посетиле во периодот на бременост бидејќи чувствуваат страв од која било интервенција за себе и нивното бебе

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

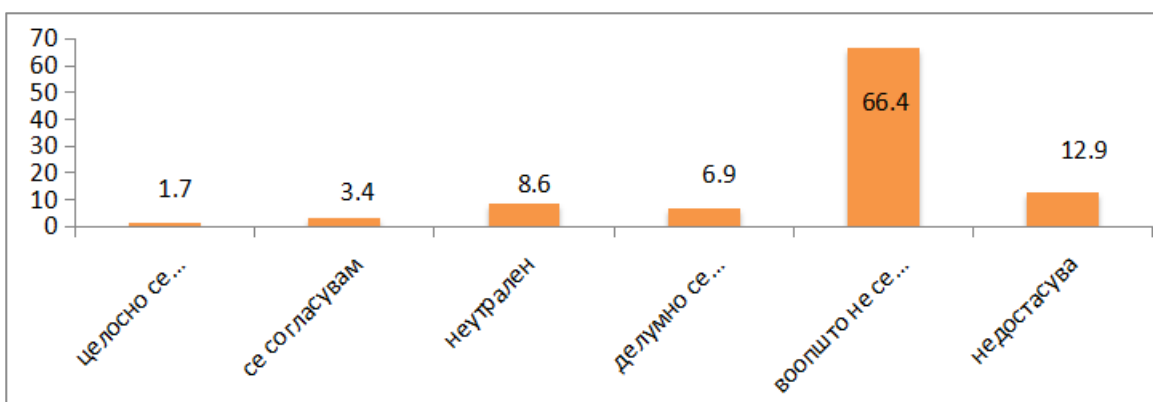


График 32б. Процентуален приказ на анкетираните мајки според бариерите за акција за да се спречи појавата на заболувања за време на бременоста т.е. стоматолошката услуга е скапа и недостижна

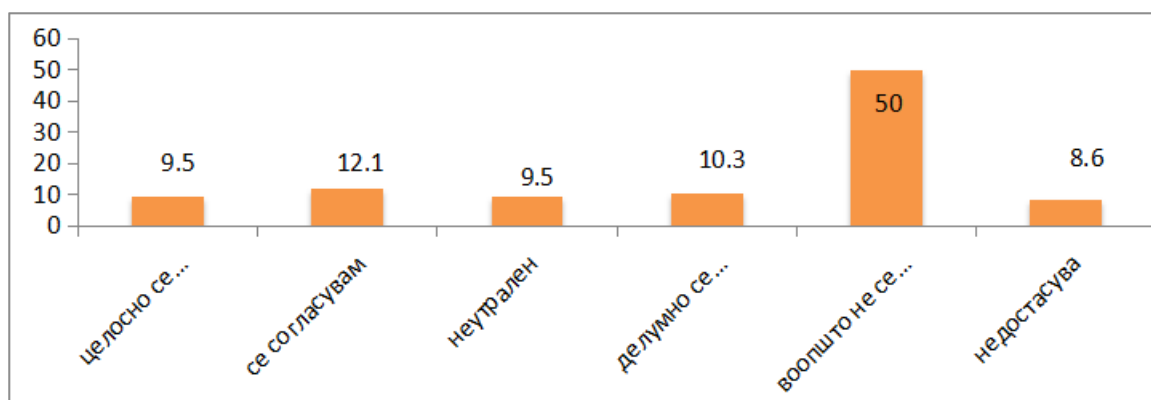


График 32в. Процентуален приказ на анкетираните мајки според бариерата/став на мајките дека треба да се одложи посетата на стоматолог за после породувањето

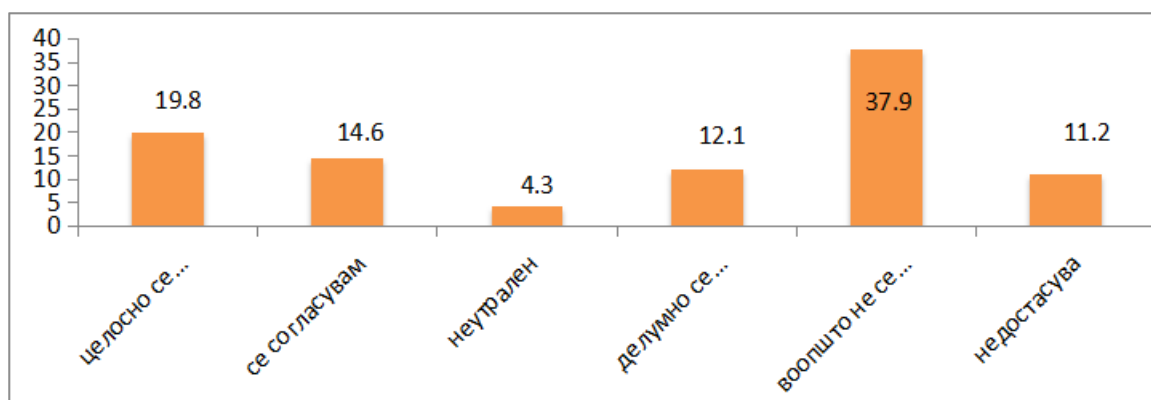


График 32г. Процентуален приказ на анкетираните мајки според можната бариера за посета на стоматолог за време на бременост- страв од ковид-19 инфекција

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

37.9% од анкетираниите мајки воопшто не се согласуваат дека бариера за акција за да се спречи појавата на заболувања за време на бременоста е стравот од КОВИД-19 инфекција,¹ 19.8% целосно се согласуваат, 14.6% се согласуваат, 12.1% делумно се согласуваат и 4.6% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат). Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .00$) помеѓу „воопшто не се согласуваат“ версус останатите модалитети (Табела 32. и График 32г.). Просечната свесност на мајките изнесува 3.4 ± 1.7 и е во доменот на „неутрални“ (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат).

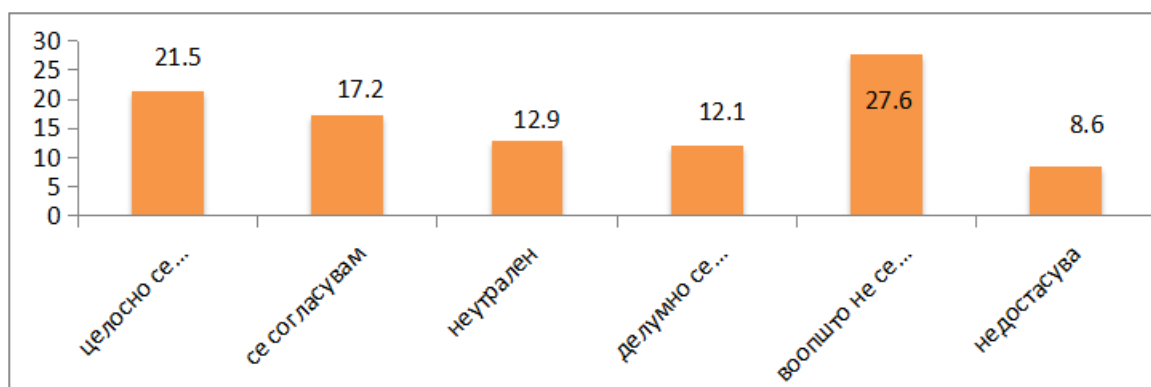


График 32д. Процентуален приказ на анкетираниите мајки според бариерите за акција – став дека е потребно да имаат болка како причина да одат на стоматолог

27.6% од анкетираниите мајки воопшто не се согласуваат дека бариера за акција за да се спречи појавата на заболувања за време на бременоста е немањето болка како причина да одат на стоматолог, 21.5% целосно се согласуваат, 17.2% се согласуваат, 12.1% делумно се согласуваат и 12.9% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат). Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .00$) помеѓу „воопшто не се согласуваат“ версус останатите модалитети - „неутрални“ и „делумно се согласуваат“ (Табела 32. и График 32д.). Просечната свесност на мајките изнесува 3.1 ± 1.6 и е во доменот на „неутрални“ (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат).

¹ Истражувањето е правено во време на пандемија со COVID 19

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

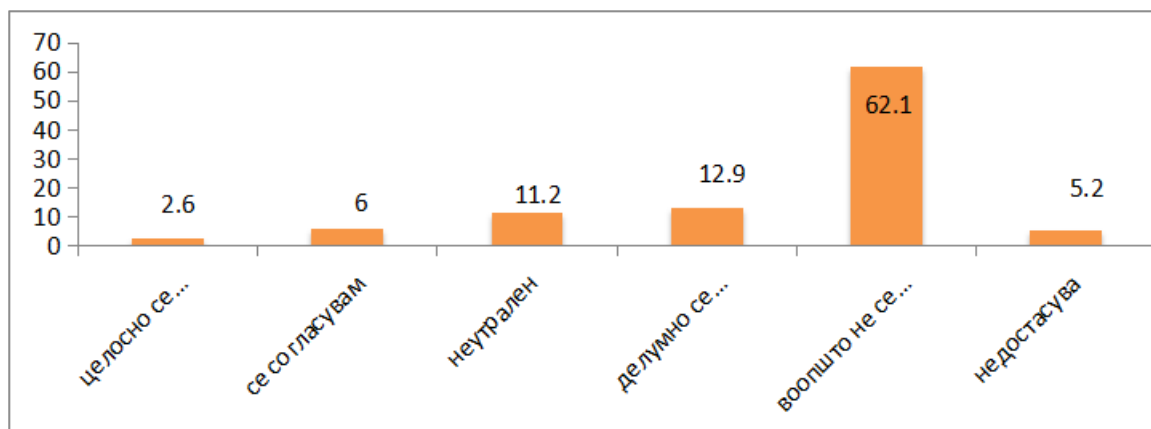


График 32е. Процентуален приказ на анкетираните мајки според недоволна едуцираност за правилна исхрана и правилна орална хигиена

62.1% од анкетираните мајки воопшто не се согласуваат дека бариера за акција за да се спречи појавата на заболувања за време на бременоста е недоволната едуцираност за правилна исхрана и правилна орална хигиена, 12.9% делумно не се согласуваат, 11.2% се неутрални (ниту се согласуваат ниту не се согласуваат), 6.0% се согласуваат, и 2.6% целосно се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу воопшто не се согласуваат версус останатите модалитети (Табела 32. и График 32е.). Просечната свесност на мајките изнесува 4.3 ± 1.1 и е во доменот на „делумно се согласуваат“.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Н. ПРАШАЊА СО КОИ СЕ ЕВАЛУИРААТ БЕНЕФИТИТЕ – HEALTH BELIEF

MODEL BENEFITS

Табела 33. Приказ на прашањата кои ги евалуираат бенефитите од преземена акција за превенција на орални заболувања

<i>Доколку ги санирам денталните кариеси за време на бременоста, ќе ги избегнам компликациите како болка, изваден заб, но и значително ќе го намалам ризикот за појава на кариес на млечни заби кај моето бебе</i>	број	%
целосно се согласувам	22	19.0
се согласувам	21	18.1
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	26	22.4
делумно се согласувам	13	11.2
воопшто не се согласувам	28	24.1
недостасува	6	5.2
<i>Доколку посетам стоматолог, или доколку во тек на бременоста посетам виртуели едукативни семинари за орално здравје, ќе се информирам како правилно да се хранам и себе и своето бебе, правилно да ја одржувам и својата и ораланата хигиена на моето бебе, со цел превенција на орални заболувања</i>		
целосно се согласувам	43	37.1
се согласувам	40	34.5
ниту се согласувам, ниту не се согласувам	11	9.5
делумно се согласувам	14	12.1
воопшто не се согласувам	5	4.3
недостасува	3	2.6
<i>Доколку го однесам моето бебе првпат на стоматолог најдоцна до првиот роденден, ќе се намали ризикот за дентален кариес кај моето бебе</i>		
целосно се согласувам	28	24.1
се согласувам	28	24.1
ниту се согласувам ниту не се согласувам	21	18.1
делумно се согласувам	19	16.4
воопшто не се согласувам	15	12.9
недостасува	5	4.3

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

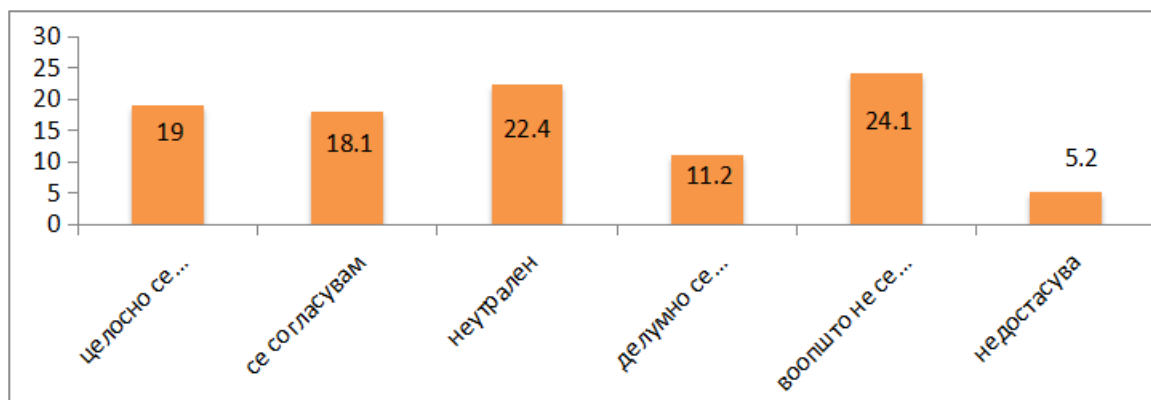


График 33а. Процентуален приказ на анкетираните мајки според верувањето дека доколку ги санираат денталните кариеси за време на бременоста, ќе ги избегнат компликациите како болка, изваден заб но и значително ќе го намалат ризикот за појава на кариес на млечни заби кај нивното бебе

Во најголем процент, 24.1% од анкетираните мајки воопшто не се согласуваат со верувањето дека доколку ги санираат денталните кариеси за време на бременоста, ќе ги избегнат компликациите како болка, изваден заб но и значително ќе го намалат ризикот за појава на кариес на млечни заби кај нивното бебете, 22.4% се неутрални, 19% целосно се согласуваат, 18.1% се согласуваат и 11.2% делумно се согласуваат. Процентуалната разлика е незначајна за $p > .05$ (Табела 33. и График 33а.). Просечното верување на мајките изнесува 3.0 ± 1.5 и е во доменот на „неутрални“ (ниту се согласувам ниту не се согласувам).

Во најголем процент, 37.1% од анкетираните мајки целосно се согласуваат со верувањето дека доколку посетат стоматолог или доколку во тек на бременоста посетат виртуелни едукативни семинари за оралното здравје, ќе се информираат како правилно да се хранат и себе и своето бебе, правилно да ја одржуваат и својата и оралната хигиена на нивното бебе, со цел превенција на орални заболувања, 34.5% се согласуваат, 12.1% делумно се согласуваат, 9.5% се неутрални и 4.3% воопшто не се се согласуваат. Процентуалната разлика е значајна за $p < .05$ (Difference test, $p = .0000$) помеѓу во целост и се согласува (71.6%) версус останатите модалитети (Табела 33. и График 33б.). Просечното верување на мајките изнесува 2.1 ± 1.2 и е во доменот на „се согласува“.

Во најголем процент, 24.1% од анкетираните мајки целосно и се согласуваат (24.1%) со верувањето дека доколку го однесат нивното бебе првпат на стоматолог најдоцна до првиот роденден, ќе се намали ризикот за дентален кариес кај нивното бебе, со цел превенција на орални заболувања, 18.1% се неутрални, 16.4% делумно се согласуваат и 12.9% воопшто не се согласуваат. Процентуалната разлика е незначајна за $p > .05$ помеѓу модалитетите (Табела 33. и

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

График 33в.). Просечното верување на мајките изнесува 2.7 ± 1.4 и се приближува до доменот на „неутралност“.

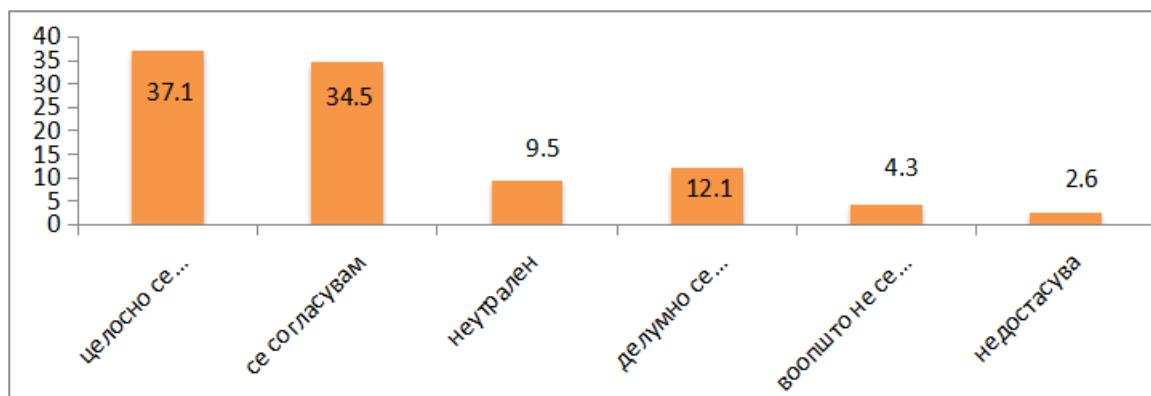


График 33б. Процентуален приказ на анкетираниите мајки според верувањето дека доколку посетат стоматолог или доколку во тек на бременоста посетат виртуелни едукативни семинари за орално здравје, ќе се информираат како правилно да се хранат и себе и своето бебе, правилно да ја одржуваат и својата и ораланата хигиена на нивното бебе, со цел превенција на орални заболувања

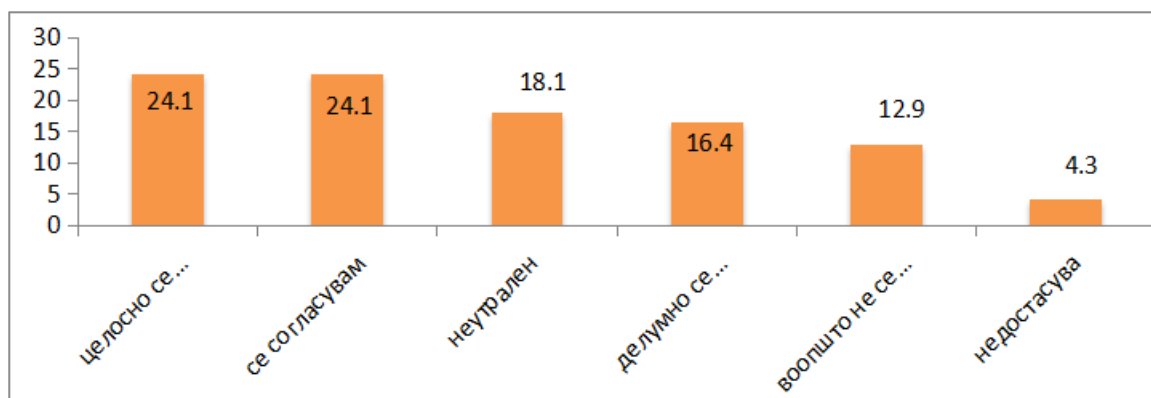


График 33в. Процентуален приказ на анкетираниите мајки според верувањето дека доколку го однесат нивното бебе првпат на стоматолог најдоцна до првиот роденден, ќе се намали ризикот за дентален кариес кај нивното бебе

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

4. ДИСКУСИЈА

Според нашите сознанија, ова е прва студија која ги испитува ставот, практиките и знаењето на гинеколозите во Македонија и во истата е забележано дека македонските гинеколози имаат добри познавања, позитивен став и добри практики во однос на перинаталното орално здравје. Само на одредени прашања покажуваат делумно владеење на темата, но истите тие прашања пак се клучни за превенција на ЕСС.

Гинеколозите се првата линија на здравствени работници од примарната здравствена заштита, кои со својот совет упатен кон жените кои планираат бременост и трудниците, на темата: „Оралното здравје во перинатален период“, може сигнификантно да ја променат траекторијата на оралното здравје и на мајката и на нејзиното неродено дете. Бременоста е специфичен период од животот на жената, кога телото е подложно на многу промени, а дел од тие промени се манифестираат и во усната шуплина. Во тој период трудницата е исплашена за своето здравје и за здравјето на своето идно новородено, па бременоста е идеален период кога детерминантите на доброто орално здравје може да се постават, преку превентивни активности уште за време на бременоста. Најголема пречка за превентивна интервенција и за едукација од страна на лиценциран стоматолог, е избегнувањето на стоматолошки средби поради предрасуди или незнаење на трудницата и нејзиното семејство.

Постојат научни докази дека средбите со гинеколозите се чести за време на бременоста, а средбите со стоматолозите ретки, па гинеколозите се во уникатна позиција да направат промена, рана дијагностика и соодветен менаџмент со поттик на трудницата да посети стоматолог, да ѝ пренесе соодветни и унифицирани информации, според последните протоколи и научни докази на оваа тема.

Според нашите резултати огромна е дискрепанцата меѓу знаењето на трудниците и знаењето на гинеколозите, како здравствени работници од примарната здравствена заштита, што ни укажува на еден јаз кој би можело да се премости во иднина.

Во нашето истражување беа анкетирани сите гинеколози кои се членови на Македонското здружение на гинеколози, со анонимен анкетен прашалник кој беше испратен во два наврати во период од 4 месеци, по пат на адреси од електронска пошта, кои ги добивме од Здружението, и на истиот прашалник одговор добивме од вкупно 31 гинеколог. Истражувањето беше направено од јануари до април 2020 година.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Според Американскиот колеџ за акушери и гинеколози - American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) на трудницата при првата пренатална средба треба да ѝ се препорача стоматолошки преглед.⁸³ Кај нашите испитаници лекари гинеколози, голем е процентот (67.7%) кои препорачуваат стоматолошки преглед пред забременувањето, а дури 77.4% од нив препорачуваат стоматолошки преглед во првиот трисеместар од бременоста, што е одличен процент на гинеколози со добра практика и знаење. Споредено со резултатите кои ги имаат добиено во студијата на Ahmad F. et al. (2021)¹²¹, во која 85% од испитаните гинеколози им препорачуваат преглед пред забременувањето на своите пациентки, а 82% препорачуваат посета на стоматолог веднаш по забременувањето во првиот трисеместар, сепак кај нашите испитаници е помал процентот со ваква позитивна практика. George et al. (2016) во Австралија ги испитуваат здравствените работници (матични лекари, гинеколози, акушерки) со кои се сретнуваат трудниците антенатално, и во оваа студија само 21% од нив секогаш им препорачуваат на трудниците стоматолошки преглед во рана бременост¹²², што е сигнификантно помал процент на испитаници со позитивна практика, во однос на испитаниците од нашата студија.

Од македонските гинеколози, 77.4% сметаат е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор, што се совпаѓа со препораката на Светска дентална асоцијација (FDA) и на Американскиот колеџ на гинеколози и акушери, според кои употребата на локални анестетици со вазоконстриктор со правилна техника на апликација е сосема безбедна за време на бременоста.⁸³ Македонските гинеколози се со подобри резултати во однос на нивните колеги од Пакистан¹²¹ и Кувајт¹²³, кои само 50% одговориле позитивно на ова прашање. Согласно препораките на Американската дентална асоцијација (ADA) употребата на локални анестетици со епинефрин како вазоконстриктор (e.g., bupivacaine, lidocaine, merivacaine) е безбедно да се употребува во текот на бременоста за стоматолошки третман¹²⁴, а според одредени студии истите се безбедни и кај пациентки кои се со регулирана хипертензија и срцеви заболувања¹²⁵. Теоретски секој локален анестетик може да е потенцијално штетен и за трудницата и за фетусот, со оглед на тоа што се разложува и влегува во крвната циркулација, што посебно е изразено доколку локалниот анестетик не содржи вазоконстриктор. За да се избегне евентуалното тератогено дејство кое досега не е докажано ни при употреба на субмаксимални дози, одредени интервенции од тип на екстракции може да се изведуваат во вториот трисеместар.

Според ADA сите стоматолошки третмани во текот на целата бременост се безбедни¹²⁴ и се препорачува доколку трудницата не успеала да ги санира кариесите пред бременоста, да ја искористи истата за санирање на дентален кариес, со цел своето новородено да го пречека со ниска

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

концентрација на кариогени бактерии во својата уста со што би се минимализирала можноста за вертикална трансмисија на *Streptococcus mutans* од мајка на дете. На прашањето кој трисеместар е најбезбеден за интервенција, само 9% од нашите испитаници ги избрале сите три семестри, а само 42% го одбрале вториот трисеместар како најбезбеден за која било интервенција вклучувајќи ја и екстракцијата, што повторно е подобар процент во однос на студијата на Ahmad F. et al. (2021) во која 39% од испитаниците одговориле точно¹²¹, а сличен резултат (46%) имаат во студијата на Sinha S (2020)¹²⁶. Индикативна е оваа бројка која ни покажува дека помалку од половина од испитаниците го знаат точниот одговор на ова прашање, посебно што сретнавме поголем број на студии каде процентот на оние кои го знаат точниот одговор е над 60 % .^{123,127,128} Овие резултати би можеле да се земат предвид при изработка на следна стратегија за орално здравје.

Помалку од половина од македонските гинеколози одговориле точно на прашањето дали кариогените бактерии се преносливи од мајка на дете/вертикална трансмисија (48.4%), повторно резултат кој ни дава до знаење дека и во однос на етиологијата на ЕСС, поголем е бројот на гинеколози кои се со инсуфициентно знаење на ова прашање, и покрај тоа што процентуалната разлика која се регистрира е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.8011$).

Главен извор на *Streptococcus mutans* кај децата е од мајката во првите 12-24 месеци по пат на вертикална трансмисија преку плунка, но може и да се пренесе хоризонтално од браќа, сестри и старатели.¹²⁹ *Streptococcus mutans* е еден од главните етиолошки фактори без кој кариес не може да настане, а бебињата се раѓаат со милиони бактерии во својот орален микробиом, но не и со кариогени бактерии, односно во устата на новороденото *Streptococcus mutans* се префрла од околината, вообичаено од мајка/родител/старател или од постар брат сестра, преку плунка, по пат на бакнеж или користење на зеднички прибор за јадење. Patil VR, Naik S (2020) објавиле подобар резултат од нашиот (67%)¹³⁰, во студијата на Lyu et al. (2021) точно одговориле 44% од испитаниците¹³¹, а во студијата на Joby P et al. (2020) мал е бојот на гинеколози кои знаат за вертикална трансмисија на *Streptococcus mutans*¹³².

Помалку од половина од македонските гинеколози сметаат дека е ризично да се прават РТГ снимки за време на бременост (48.4%), процентуалната разлика повторно не е сигнификантна, но, е индикативна дека скоро половина од испитаниците не знаат дека деналните РТГ снимки, за време на бременост, со употреба на соодветна заштита, се сосема безбедни со оглед на тоа што има многу ниско ниво на радијација. Меѓународната комисија за заштита од радијација наведува дека дозата што ја апсорбира фетусот треба да го надмине прагот на дозата од 100-200 mGy или повеќе, за да предизвика фетална малформација, што е многу повеќе од апсорбираните дози при денална

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

дијагностичка РТГ снимка.¹³³ Мора да се нагласи дека секогаш се прави снимање со заштита и на тиреоидната жлезда, покрај заштита на абдомен.

Трудниците плашејќи се за здравјето на своето идно бебе, често упатувањето и потребата за РТГ снимка ја доживуваат како бариера, сметајќи дека зрачењето при снимањето може да им наштети, па ако гинеколозите се први кои ги среќаваат за време на бременост, давањето на точна и сигурна информација од страна на терапевтот, би влијаел на понатамошниот тек на стоматолошкиот третман.

И во други студии научниците објавуваат слични резултати на нашите, односно според систематскиот преглед на литература на оваа тема од Anunciação et al. (2022), само 20-60% од гинеколозите во анализираниите студии, сметаат дека денталната радиографија за време на бременост е безбедна¹³⁴, што кореспондира со резултатите од нашата студија.

Дури 91.3% од македонските гинеколози знаат дека се зголемува можноста за гингивална ифламација за време на бременост (процентуално статистички сигнификантна разлика за $p < 0.005$), но, бројот на гинеколози кои знаат дека пародонталните заболувања за време на бременост може да предизвикаат предвремени породувања или раѓања на бебиња со помала родилна тежина, е значително помал (51.6%). На ова прашање во студијата на Ekiz D et al. (2015) дури 78.8% одговориле дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремени породувања.¹³⁵ Според Nan YW(2011) присуството на пародонтитис е ризик фактор за предвремено породување и раѓање на бебиња со мала родилна тежина.¹³⁶ Постојат два главни механизми со кои се објаснува оваа асоцијација на пародонтални заболувања и негативно влијание врз фетусот, односно директна миграција на орални микроорганизми или нивни потпроизводи во плацентата или миграцијата на воспалителните медијатори произведени како одговор на овие микроорганизми до плацентата.¹³⁷

Европската федерација за Пародонтологија во своите препораки (2020) ги препознава стоматолошките процедури како сосема безбедни во текот на бременоста¹³⁸ и заедно со ADA се согласни во давањето на силни препораки истите да се имплементираат дури и пред гестацијата, и во текот на бременоста, со цел да се избегнат можните негативни исходи од бременоста¹²⁴.

Доколку би препорачале интервенција, 80 % гинеколози, го одбираат чистењето на забен камен како најбезбедно. Како што напоменавме и претходно, секоја интервенција е безбедна во секој трисеместар од бременоста, со акцент дека вториот трисеместар е најбезбеден. Тогаш веќе е завршена е органогенезата, а кај трудницата има помала веројатност за стресогени реакции.

Нашите македонски гинеколози имаат одлично генерално познавање, ставови и практики во однос на перинаталното орално здравје, но во одредени сегменти кои се однесуваат на

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

етиологија и дијагностика на ЕСС, како и во делот на поврзаност меѓу исходот на бременоста и присутни пародонтални заболувања, потребно е освежување на знаењата.

Водење на медицински белешки за состојбата во оралната шуплина преку соодветен прашалник, едукација, охрабрување на идната мајка да побара помош од стоматолог за време на бременоста, блиска соработка на гинеколозите со стоматологот, би помогнале во презервирањето на добро орално здравје кај трудницата.

Според нашите сознанија, ова е и прва студија во Македонија која го испитува ставот, практиките и знаењата на педијатрите, матичните лекари и специјалистите по семејна медицина за оралното здравје кај доенчиња и малите деца, кои на директен или индиректен начин се инволвирани во Националната стратегија за орални заболувања кај деца до 14 години. Во Женева, Светската здравствена организација (СЗО) преку програмите за мајчино, доенечко и адолесцентно здравје, основа алатка за подобрување на мајчиното и доенечкото здравје на национално и интернационално ниво¹³⁹, а програмите за антенатална грижа на СЗО се со визија на секоја мајка и новородено да им се обезбедат потребните здравствени услуги, со обезбедување на позитивно искуство за време на бременоста насекаде низ светот¹³⁹. Светската дентална федерација (FDI), пак ја истакнува важноста на интегрирање на оралното здравје во сите здравствени политики на национално и интернационално ниво, со цел да се спречи појавата на орални болести, преку охрабрување на владите, засегнатите страни и носителите на одлуки да ја вметнат промоцијата на оралното здравје како составен дел на општата здравствена политика.¹⁴⁰ Преку превентивните програми за зачувување на оралното здравје, кои ќе започнат со интервенциите многу порано, уште во пренаталниот и перинаталниот период, ќе се овозможи раст и развој на детето во добро орално здравје како интегрален и есенцијален дел од општото здравје. Објавено е дека 89% од децата на возраст од една година посетиле педијатриска или амбуланта на матичен лекар, а само 1.5% имале посета кај стоматолог во истиот период.¹⁴¹

Во нашата студија 93,9% од испитаниците имаат позитивен став и сметаат дека педијатрите, матичните лекари, докторите по семејна медицина мораат да ги едуцираат родителите/старателите за важноста на превентивните мерки за зачувување на оралното здравје кај децата, и дека мораат да ги советуваат родителите во случај на суспектен кариес кај доенчето/детето за посета на стоматолог/педодонт, што е скоро приближен процент во однос на студијата на Alsunaiber R et al. (2019), во која 86.1% од испитаните педијатри и матични лекари имале позитивен став на ова прашање.¹⁴²

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

На прашањето дали педијатрите, матичните лекари, докторите по семејна медицина играат важна улога во превенцијата на кариес и промоцијата на добро орално здравје, позитивно одговориле 77.6% од испитаниците, споредено со студијата направена во Турција од Sezer et al. (2013)¹⁴³ во која дури 96.9% од испитаниците имале позитивен став на ова прашање. Деведесет и еден процент од нашите испитаници ги советуваат родителите/старателите за оралното здравје, денталниот кариес и редовните стоматолошки прегледи, што е одличен процент во однос на колегите од Саудиска Арабија, кои според Alshunaiber R. et al (2019) само 57.9% од докторите ја имале оваа пракса.¹⁴² Според AAPD (American Academy of Pediatric dentistry), родителите/старателите треба да се охрабрат да го однесат своето дете првпат на стоматолог најдоцна до 12-тиот месец, со цел да се направат следните интервенции:¹⁴⁴ иницијална прва посета со отварање на медицински (за доенчето) и стоматолошки (за родителот и доенчето) картон, орален преглед, едукација за правилна орална хигиена соодветна за возраста, третман со флуор доколку постои индикација¹⁴⁵. Во нашата студија 89.9% од испитаниците знаат дека првата средба со стоматолог треба да е до една година, што не се совпаѓа со студијата на Hadjiranayis et al. (2018)¹⁴⁶, според која 43% од педијатрите во Европа препорачуваат прва посета на стоматолог после третата година, а само 7% пред да наполни една година. Според Balaban. R et al. (2012), процентот на оние кои препорачувале првата средба со педодонт во првата година од животот е 63.9%.¹⁴⁷ Неодамнешните студии ни нотираат голем број на педијатри кои не препорачуваат првата средба со стоматолог да е под една година, со што се појавува потреба за дополнителна едукација кај здравствените работници на тема перинатално инфантилно орално здравје.^{109,148,149}

Според ADA, кај деца под три години доколку се користи флуорирана паста, количината на пастата ставена на четката не смее да е поголема од зрно ориз.¹⁵⁰ Кај нас, 46.9% од испитаниците не се согласуваат да се употребува флуорирана паста за заби кај деца под три години, што би значело дека секој втор доктор би бил против употреба на флуорирана паста за заби, што е спротивно на препораките на релевантните светски институции.

Според Hadjiranayis A et al. (2018), дваесет и четири проценти од испитаниците не знаеле дека белите дамки на забите се први знаци на кариес¹⁴⁶, за разлика од нашата студија во која дури 73.5% од педијатрите и општите лекари не знаеле дека белите дамки на млечните заби се први знаци на иницијална кариозна лезија, процент кој ни укажува дека е потребно да се едуцираат за да навремено го препознаат првиот симтом на ЕСС.

Големиот процент на оние кои не знаат дека кариогените бактерии може да се пренесат од мајка на новородено (53.1%), или големиот процент на оние кои не знаат дека првата средба со

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

стоматолог треба да е веднаш после ерупцијата на првиот млечен заб (75,5%), наспроти позитивниот став и практики во однос на оралното здравје кај испитаниците, може да ни сигнализира потреба за дополнителна едукација на тема превенција на оралното здравје во перинаталниот период.

ЕСС со својата пандемска распространетост има огромен импакт врз развојот на децата ширум светот. Навремено упатената информација кон мајките, трудниците, родителите за правилна превенција на оваа болест, може сигнификантно да го смени текот на настаните. Медицинските сестри, акушерките а посебно патронажните сестри, се во интимна професионална врска со мајките и со новороденчињата во перинаталниот и постнаталниот период, посебно во текот на првата година од животот на новороденото, што ги става во една уникатна позиција во превенцијата и препознавањето на ризик факторите за ова заболување. Тие може да ја акцентираат врската меѓу мајчиното орално здравје и ризикот за ЕСС кај нивните деца, доставувајќи информации за соодветна орална хигиена, балансирана диета и совети за редовна посета на стоматолог. Посебно е важно да ја знаат поврзаноста на високата концентрација на кариогени бактерии во устата на мајката со појава на ЕСС кај нејзиното дете и начинот на трансмисија на истите, со цел да биде спречен.

Според студијата на George A et al., само третина од бремените жени консултираат стоматолог за време на бременоста, и покрај сознанието дека имаат денгални проблеми кои треба да се адресирани.¹⁵¹ Во Грција само 27% од испитаните бремене жени посетиле стоматолог,¹⁵² а во САД процентот на трудници кои користат денгални услуги се движи меѓу 23 - 49%.¹⁵³ Во нашата студија во која беа вклучени над 100 трудници во втор и трет семестар, дури 51.7% од испитаничките користеле стоматолошки услуги за време на бременоста, што споредено со претходните студии е добар процент.

Доколку во рутинските пренатални проценки и прегледи на бремените жени, се вклучени и прашања кои се однесуваат на оралното здравје (орален скрининг), во кои се вклучени акушерките и гинекологите, со идентификацијата на трудници кои имаат високи концентрации на *Streptococcus mutans* и присутни кариеси во усна шуплина, со нивно препраќање на стоматолог, би се редуцирала можноста за трансмисија на кариогените бактерии од мајка на дете и развојот на ЕСС кај детето. Освен оралниот скрининг, со навремена детекција и елиминација на ризик факторите, во кој би биле вклучени здравствените работници од примарната здравствена заштита, посебно патронажните сестри, во однос на едукација за правилна исхрана и орална хигиена, можноста за појава на ова заболување ќе се минимализира. Промените во здравствениот систем и ставањето на

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

акцент на примарната и секундарната превенција, не само што ќе му помогнат на пациентот, ќе го растоварат и здравствениот буџет, кој во огромен дел е наменет за терциерна превенција и третман.

George A et al., анализирале вкупно 393 лица, меѓу кои општи доктори, гинеколози и акушерки¹²², и според оваа студија, голема стапка на здравствени работници не се доволно информирани на оваа тема (од 22.4 до 72.6%). Во истата студија, во тек на една работна недела, акушерките среќаваат 1-5 жени со орални проблеми, во две третини од случаите жените не биле упатени на стоматолог од страна на акушерката, а само 16.4% ја истакнувале важноста на оралното здравје за време на бременоста. Во нашата студија, дури 91.7% од испитаните сестри ги советуваат родителите/старателите за важноста на оралното здравје, што е висок процент кој ни укажува дека нашите сестри имаат одлични практики. Овој процент е повисок споредено со националната студија спроведена во Германија од страна на Wagner Y et al., во која 78.6% од акушерките ги советуваат трудниците за пародонтални болести и повеќе од половина од нив даваат препорака за посета на стоматолог¹⁵⁴.

Над 50% од сестрите кои го одговорија нашиот прашалник се со високо образование, приближно ист толкав процент информациите за орално здравје ги добиваат од формалното образование, а само 22.2% од сестрите одговориле дека информациите им се од континуирана медицинска едукација. Во студија на George A et al., 95% од анкетираниите немаат добиено никаква формална едукација и тренинг за орално здравје на жените во тек на бременост, кај 75% од нив, на работното место нема брошура, памфлет, леток или друг едукативен материјал кој би можеле да го дадат на пациентките.¹²² Сличен резултат добиле и во студија во Шпанија, во која над 70% од акушерките немале никаков тренинг или формална едукација на тема орално здравје во текот на бременост и постнатален период.¹⁵⁵

Прашани дали е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор, само 38.9% од нашите медицински сестри одговориле точно, дека е безбедно, што е мал процент на оние кои имаат познавања на оваа тема. Мал е и процентот на оние кои знаат дека сите три триместри од бременоста се безбедни за дентални интервенции (13.8%), а најбезбеден е вториот триместар (16.7%). Оскудни познавања покажуваат и на тема употреба на РТГ снимки за време на бременост, со оглед на тоа што 75% од нив мислат дека не е безбедно да се прават РТГ снимки за време на бременост, споредено со студијата на George A et al.¹²², во која 59.8% од испитаниците знаат дека сосема е безбедно да се прави РТГ за време на бременост. Блиску 60 проценти (58.3%) од нашите сестри испитанички не знаат дека кариогените бактерии се пренесуваат од мајка на дете, а 61.1% не знаат дека нетретираниите пародонтални заболувања може да предизвикаат предвремени породувања и раѓања на деца со ниска родилна тежина. Во студија спроведена во

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Турција, 39.2% од испитаните сестри не знаеле за поврзаноста на пародонталните заболувања и исходот на бременоста¹⁵⁶, во студијата на Nguyen JG-I (2020), 34.9% знаат дека пародонталните заболувања за време на бременоста ја зголемуваат можноста за предвремени породувања¹⁵⁷.

Испитаниците покажаа добро познавање на прашањето за зголемување на веројатноста за гингивална инфламација за време на бременост - близу 100 проценти (97.2%) знаат дека се зголемува можноста за гингивална инфламација, што кореспондира со резултатите добиени во студијата на Hotun-Sahin N et al(2022)¹⁵⁶ во која 83.6% одговориле позитивно на ова прашање.

Само 22.2% од нашите испитанички знаат дека првиот стоматолошки преглед треба да е веднаш по ерупцијата на првиот млечен заб најдоцна до првиот роденден, што е слично како и во студијата на George A et al(2023)¹⁵⁸, каде само 30% одговориле точно на ова прашање, низок процент, но и покрај тоа подобар од малите 6-7% од испитаниците во националната студија во Германија¹⁵⁴, кои ја одбрале првата година од детето како одговор. Во оваа студија, над половина од сестрите одговориле дека ги советуваат мајките да посетат стоматолог во текот на втората и третата година, што е спротивно на последните препораки, кои велат дека првата средба со стоматолог треба да е најдоцна до првиот роденден.

Дури 86.7% од испитаните медицински сестри знаат дека децата кои користат шише со цуцла во текот на ноќта се предиспонирани за појава на кариес, но повеќе од половина од нив (58.3%) не знаат дека белите дамки на млечните заби се знаци на иницијална кариозна лезија.

Според одговорите на овој прашалник, поголем е бројот на медицински сестри со инсуфициентно знаење на тема перинатално орално здравје и ЕСС.

Половина од нашите медицински сестри ја добиле информацијата за оралното здравје од формалната едукација, а многу е низок процентот на оние кои имаат континуирана медицинска едукација, високиот процент од нив со добри практики, а нискиот процент на сестри со познавањата на клучните прашања кои се однесуваат на ЕСС и негова превенција, се факти кои ни даваат за право да кажеме дека потребни се промени во курикулумите на насоченото средно и високо медицинско стручно образование, во кои би биле имплементирани поглавја за перинатално и инфантилно орално здравје.

При креирањето на здравствените политики, кои се однесуваат на ЕСС, при изготвувањето на протоколи и стратегии за оралното здравје, во кои ќе се вклучени и здравствените работници, не смее да се занемари и „интимната врска“ која ја имаме сите ние со нашите мобилни уреди.

Пласирањето на информацијата и до здравствените работници, но и до мајките/родителите/старателите преку социјалните медиуми, преку апликациите или игрите на телефонот може да е со голем потенцијал, ако се земат предвид податоците добиени од научни

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

студии на оваа тема. Zolfaghari et al. објавуваат дека токму ова претставува начин да се постигне ефикасна едукација кај мајките и нивните деца за оралното здравје.¹⁵⁹ По еден месец користење на апликација, оралната хигиена е посупериорна во однос на оние мајки кои не ја користеле истата. Со оваа студија увидено е дека со создавање на позитивен став и аквизиција на знаење, може да се постигнат бихејвиорални промени во животниот стил.

Со оглед на тоа што оралното здравје претставува интегриран дел од целокупното човеково здравје, нарушувањата на оралното здравје може да имаат генерализиран ефект, посебно акцентирани за време на бременоста и рано детство. Мајките и децата имаат право на здравствени услуги, на нега, па грижата за оралното здравје треба да се вкорени како компонента во креирањето на националните здравствени превентивни програми. Според последните препораки здравствените работници од примарната здравствена заштита се најзначајни за превенција на ЕСС и истите треба да се вклучени при креирањето на овие програми.

Студијата опфаќа и истражување на познавањата на студентите по стоматологија и медицина и со какви знаења се стекнуваат тие во тек на формалната едукација во првиот циклус на студии и дали ќе бидат спремни да одговорат на предизвиците кои значат препознавање на пациенти со висок кариес ризик и нивно препраќање до соодветна институција. Повторно, според нашите сознанија, ова е прва студија во нашата земја која го испитува ставот, знаењата и практиките на студентите по стоматологија и медицина, а бројот на вакви студии во светски рамки е многу мал. Со ова истражување дојдовме до сознанија дека нашите студенти имаат познавања, но сепак недоволни на тема перинатално орално здравје, посебно студентите по медицина, иако и кај студентите по стоматологија постоеше јаз на одредени теми. Сепак, потребно е во иднина да се направат истражувања кои ќе вклучат поголема бројка на испитаници, студенти по медицина и стоматологија, а понатаму, ако има потреба да се направат и промени во првиот циклус на образование.

Многу од здравствените работници имаат познавања за важноста на оралното здравје, но често не ги адресираат овие знаења со бремените пациентки. Morgan et al. дошле до заклучок дека 84% од докторите гинеколози доаѓаат до информации за орално здравје, но 54% од нив не земале анамнестички податоци на оваа тема, а 2/3 од нив воопшто не ги советуваат трудниците за орално здравје во тек на бременоста.¹⁶⁰ Дури 70% од анкетираниите гинеколози во студијата на Hashim et al, сметаат дека РТГ зраците за време на бременоста се штетни и сличен процент од нив (60%) сметаат дека и локална анестезија е штетна.¹⁶¹ За да се има суфициентно знаење на оваа тема, освен нејзино имплементирање во национални превентивни програми, изготвување на протоколи и брошури, кревање на свеста преку национални кампањи, потребно е да се започне со едукацијата

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

на стручниот персонал, многу порано, уште во средното образование, а знаењето понатаму да се утврдува и проширува во понатамошниот тек на медицинско образование. Студентите по медицина се идните доктори, идни доверливи даватели на здравствени совети за пациентите, кои преку соодветна теоретска и практична поткрепа на темата, ќе можат правилно да ги едуцираат родителите за важноста за оралното здравје и ќе можат да бидат вклучени во оценките на кариес ризичните пациенти, согласно протоколи.

Прашалникот кој го пративме до студентите, беше одговорен од вкупно 69 студенти по медицина и 48 студенти по стоматологија. Кај студентите по медицина, најголем процент припаѓаат на студенти од четврта година студии (37.7%) и 100% од нив студираат на државен универзитет. Во студијата на Yao et al¹⁶², половина од студентите по медицина се во трета година, а во студијата на Al-Hatlani¹⁶³ (2019), 58% од испитаниците се во петта година студии по медицина.

Olatosi et al., објавуваат дека само 32.6% од испитаните студенти по медицина, знаеле дека првата средба со стоматолог треба да е најдоцна до првиот роденден¹⁶⁴, што се разликува од резултатите кои ние ги добивме - 22.2% од нашите студенти по медицина одговориле дека првата средба со стоматолог треба да е веднаш по никнување на првиот млечен заб, а 60% ја одбрале првата година како одговор.

Осумдесет и четири проценти од нашите студенти покажуваат позитивен став и практика, со тоа што не препорачуваат одложување на стоматолошкиот третман за после породувањето.

91.7% ги советуваат за оралното здравје, дентален кариес и стоматолошки прегледи, што како процент е сигнификантен за една одлична практика на нашите студенти по медицина.

Она што загрижува во резултатите се одговорите кои го евалуираат знаењето на студентите по медицина. Имено, фактот дека пародонталните заболувања може да се причина за предвремено породување и раѓања на бебиња со мала родилна тежина, кај нас само го знаат 37.7% од студентите, приближен е и процентот на оние кои знаат дека кариогените бактерии се пренесуваат од мајка на дете (34.8%). Од ова може да се види дека само мал дел од студентите по медицина имаат точни информации за кариогените бактерии. Поради круцијалната улога која ја имаат кариогените бактерии во етиологијата и патогенезата на ЕСС, од исклучителна важност е идните доктори како идни даватели на здравствени совети во примарната здравствена заштита, да бидат едуцирани, со имплементирање на оваа тема во медицинскиот курикулум. Инсуфициентно познавање покажуваат и преку одговорите на следните прашања: само 6 од испитаните студенти по медицина знаат дека вториот триместар од бременоста е најбезбеден за интервенција, само една третина знаат дека е безбедно да се користи анестезија со вазоконстриктор за време на бременоста, дури 75% од нив сметаат дека е ризично да се прават дентални РТГ снимки за време на бременоста

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

и само 41.7% знаат дека белите дамки на млечните заби се рани знаци на дентален кариес. Загрижува и фактот што прашани кога треба да се почне со чистење на усната шуплина кај детето, има дел од студентите кои одговориле после 5-та година (2.8%) или кога ќе никнат сите млечни заби (13.9%), што е спротивно на сите основни препораки за орална хигиена во рано детство. Дури половина од студентите (50%) се согласуваат дека не треба да се употребува паста со флуор кај деца под 3 години, што е неточен одговор. За разлика од нашите резултати, Olatosi et al. објавуваат дека 70% од студентите по медицина во нивната студија, одговориле дека чистењето со усната шуплина треба да е веднаш по никнење на првиот млечен заб¹⁶⁴. Последните препораки се дека треба да се започне со чистење на оралната празнина веднаш по раѓањето после секој подој (со стерилна газа натопена со превриена вода), а забите треба да се четкаат ведаш по никнењето.

Слично како и кај нас, и во оваа студија мал е бројот на студенти кои знаат дека кариогените бактерии се пренесуваат од мајка на дете и се потребни за да се појави ЕСС (14.7%)¹⁶⁴, а и во студија во Индија (2020),¹⁶⁵ се добиени слични резултати - 83% од нив не биле запознаени со фактот дека постојат кариогени бактерии, ниту дека истите се пренесуваат од мајка на дете (81%). Во оваа студија, 63% од индиските студенти не знаеле кога е потребно да се направи прва посета на стоматолог.¹⁶⁵ Резултатите од оваа студија сигнализираат потреба за промени во образованието, со интегрирање на темата перинатално, инфантилно орално здравје и ЕСС во медицинскиот курикулум.

AAPD препорачува сите здравствените работници од примарната здравствена заштита кои доаѓаат во контакт со родители и мали деца да служат како извор на информации и да се едукатори за етиологијата и превенцијата на ЕСС.¹⁶⁶

Позитивен став и практики покажаа сите испитаници од сите групи, вклучувајќи ги и студентите по стоматологија, а неочекувано, голем беше процентот и на студенти по стоматологија со некомплетно знаење на одредени важни теми: дури 85.7% сметаат дека е ризично да се прават РТГ снимки за стоматолошки потреби во текот на бременоста, 75% не знаат дека пародонталните заболувања може да предизвикаат предвремени породувања и раѓања на бебиња со ниска родилна тежина, 64.6% сметаат дека не е безбедно да се користат локални анестетици со вазоконстриктор за време на бременоста, половина од нив знаат дека кариогените бактерии се пренесуваат од мајка на дете (52.1%), и само 22.6% знаат дека вториот триместар е најбезбеден за стоматолошка интервенција.

Но, сепак, студентите по стоматологија покажуваат и исклучително добри познавања на одредени прашања споредено со другите групи испитаници, па 95.8% знаат дека првиот млечен заб вообичаено еруптира околу 6-тиот месец, 70.8% знаат дека белите дамки се рани знаци на кариес,

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

91% велат дека првата средба со стоматолог треба да е во период од 6 месеци и една година, а советуваат да се почне со чистење на усната празнина веднаш по породувањето (43%), додека 33.3% веднаш по никнење на првиот млечен заб, што се совпаѓа со последните препораки на тема орална хигиена кај новородено.

Добри практики, знаења и свесност за важноста на оралното здравје како интегрален дел на целокупното здравје кај трудницата се есенцијални за препознавање на фактот дека лошото орално здравје може да ја компромитира бременоста и да има негативен импакт дури и врз целокупното здравје на новороденото. Трудниците мора да имаат доволни познавања на тема орално здравје, со цел да имаат добри практики, бидејќи целокупната научна литература ја потврдува поврзаноста на оралното здравје на мајката со она на новороденото. Од знаењата, произлегуваат и правилни ставови и практики за време на бременост, но и потоа, во првите години од животот на новороденото, кога детерминантите за доброто орално здравје треба да се постават, а се поставуваат со помош и од страна на мајката/родителот.

При пребарување на студии кои би ни ги опишале овие три компоненти кај македонските мајки, на официјалните светски научни датабази, не најдовме студија од Македонија со која можевме да ги споредиме нашите резултати. Со оглед на тоа што превенцијата на ЕСС уште во текот на бременоста е многу актуелна тема во превентивната стоматологија во светски рамки, бројот на студии со кои можевме да ги анализираме нашите резултати во светот е голем и истите главно се од последната декада.¹⁶⁷⁻¹⁸³

Во склоп на истражувањето во кое се вклучени 520 мајки, со прашања кои се однесуваат на бактерии во микробиом, пробиотици, кариогени бактерии, и употреба на нови иновативни средства за заштита од кариес, резултатите покажуваат дека над 75% од мајките никогаш до тој момент немале чуено за кариогени бактерии како еден од главните етиолошки фактори за кариес, а над 68% знаеле за пробиотици и трансфер на корисни бактерии од мајка на новородено. Огромен е и процентот на мајки кои се спремни да употребуваат орални пробиотици за заштита од кариес (иновација во светски рамки) ако знаат дека така ќе можат да си помогнат себеси и на новороденото.¹¹³

Во ова истражување беа вклучени и трудници, кај кои покрај тоа што беа истражени ставовите, практиките и знаењата за оралното здравје во бременост, прашалникот содржеше и прашања кои се однесуваат на можноста за употреба на теории од психологијата за промена на однесувањето кај нив, во однос на оралните заболувања.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Истите беа анкетирани лично на Клиниката за гинекологија и акушерство во тек на 2021 година. Беа вклучени трудници кои прифатија да го пополнат нашиот анкетен прашалник, кои ја потпишаа изјавата за согласност, кои разбирааа македонски јазик, независно од место на живеење, возраст, националност и образование. Учествуваа вкупно 116 трудници, при што 65.1% од нив беа на возраст од 25-35 години, резултат сличен како во студијата на Azizah et al. (2021)¹⁶⁷ и Correia PN et al. (2017)¹⁶⁸.

Според мета-анализата на Xiao J et al. (2019), трудниците кои добиле пренатална стоматолошка заштита и нега, се со деца со помала концентрација на кариогени бактерии и се со пониска стапка на ЕСС, за разлика од децата на оние мајки кои не посетиле стоматолог.¹⁶⁹ Според ADA, се препорачува посета на стоматолог за време на бременоста со апострофирање на научниот факт дека сите интервенции за време на бременоста се сосема безбедни.

Во оваа студија 91% од трудниците имаат матичен стоматолог, 38.8% посетуваат стоматолог на 6 месеци, а 51.7 % од нив посетиле стоматолог за време на бременоста. За разлика од ова, во Непал, дури 68% од испитаничките последен пат посетиле стоматолог пред повеќе од 5 години¹⁷⁰, а во истражување направено во Јужна Индија, објавено е дека над 81% од испитаничките посетуваат стоматолог само кога имаат болка¹⁷¹. Во студија во Саудиска Арабија (Togoo et al.) 24.8 % посетиле стоматолог за време на бременоста¹⁷², а во студијата на Azizah et al. (2021) само 13.8% посетиле стоматолог за време на бременоста и ист толкав мал процент користат интердентален конец како основно средство за хигиена¹⁶⁷, споредено со нашите трудници кои повеќе од половина користат конец како позитивна практика, што повторно е подобар резултат (49.1%). Овој резултат кореспондира со резултатот кои го имаат добиено Lena et al. во студија во Шпанија во 2019-та година¹⁷³. Во Австралија во студијата на Keirse & Plutzer (2010) само 27.1% од трудниците користат интердентален конец¹⁷⁴, а има и студии во кои е објавено дека само 5% од трудниците ги чистат забите интердентално¹⁷⁵.

Правилната и навремена орална хигиена значи механичка и хемиска контрола на деталниот плак на забите со употреба на средства за орална хигиена за домашна употреба како четка и паста за заби и интердентални четки или конец, секојдневно, половина час по секој оброк, со дополнителна препорака хигиената на усната шуплина да е наутро и навечер, пред спиење со времетраење од минимум 3 минути.

Во нашата студија, 69.8% од мајките ги мијат забите наутро и навечер, резултат сличен на студија од Лондон (76,5% четкаат заби два пати дневно)¹⁶⁸, а само 12.1% по секој оброк, што воопшто не кореспондира со студијата на Hans et al. (2019) во која дури 79,5 % ги мијат забите

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

само еднаш дневно а само 11.1 % двапати дневно¹⁷⁶. Во Грција Anagnostou F et al. (2023) објавуваат дека 51.4% од нивните испитанички ги четкаат двапати дневно забите за време на бременоста, а 78% не ги чистат со интердентален конец, а 33% посетиле стоматолог за време на бременост¹⁷⁷, што се резултати слични на нашите.

32.8% од нашите мајки делумно се согласуваат, а 21.5% воопшто не се согласуваат со изјавата дека не внесуваат чоколади, тврди бонбони, засладени сокови и чаеви во текот на бременоста, што ни укажува на лоша присутна практика меѓу испитаничките, која се надоврзува на инсуфициентното знаење на тема најкариоген шеќер во храната - само 18.1% од нив одговориле точно на ова прашање. Сахарозата се смета за најкариоген јаглехидрат, бидејќи ферментира, а потоа служи како супстрат за синтеза на екстрацелуларните (EPS) и интрацелуларни (IPS) полисахариди во денталниот плак кои им се потребни за живот на кариогените бактерии¹⁷⁸.

Само 13 трудници (11.3%) одговориле точно на прашањето дали е безбедно да се прават дентални РТГ снимки за време бременоста. Ризикот од изложеноста на радијација е исклучително мала кога се користат заштитните оловни прекривни при снимање на забите со рендген (Kurien et al., 2013)¹⁷⁹, а ADA во својот водич вели дека со соодветна заштита на тироидната жлезда и абдоменот, може да се прават снимки на забите во кој било момент од бременоста.

Нашите мајки покажаа недоволно знаење (70% ја одбрале опцијата „не знам“ за одговор) и на прашањето дали одредени заболувања на гингивите и пародонтот може да предизвикаат предвремени породувања, само 10.3% од нив го дале точниот одговор, што се совпаѓа со студијата на Hans et al. (2019) во која исто така мал процент одговориле точно на ова прашање (5.2%)¹⁷⁶, и студијата на Togo et al. (2019).¹⁷² И во студијата на Soegyanto AI (2020) и во студијата на Lee YL et al. (2022), висок процент од испитаничките не знаеле дека периодонталните заболувања може да го афектираат текот и исходот на бременоста.^{175,180}

Подобрувањето на пародонталното здравје пред или за време на бременоста може да ја спречи или намали појавата на негативни исходи од бременоста, а со тоа и морбидитет и морталитет на мајката и новороденото. Во многу клинички студии и мета-анализи е презентирана главната поврзаност помеѓу знаците на пародонталната болест и негативните исходи од бременоста, како што се предвремено породување, ниска родилна тежина, прееклампсија, гестациски дијабетес, вулвовагинитис и предвремена руптура на мембраните.¹⁸¹ Третманот во домашни услови со води за испирање кои содржат хлорхексидин и гуми за цваќање кои содржат ксилитол е сосема безбеден, бидејќи тоа се лекови кои може да се применуваат локално, без системско дејство и можност за влијание врз развојот на фетусот. Нивниот позитивен ефект е по

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

пат на намалување на медијаторите на инфламација (интерлеукини) кои во случај на нетретиран периодонтит/гингивит, по пат на крвна плазма, би стигнале преку плацента до фетусот. Комплетната листа на лекови кои може да се применат локално и системски за време на бременост е дадена во воведот, во поглавје - „Безбедост на употреба на лекови за време на бременост“.

Без кариогените бактерии не може да настане кариес, ниту кај трудницата, а потоа ниту кај нејзиното дете. Тие се наоѓаат во висока концентрација во плунката кај лица со нетретирани кариозни заби. Бебето се раѓа без нивно присуство во усната шуплина, а ги добива вертикално од својата мајка/родител/старател или хоризонтално од постар брат/сестра/деца во градинка кои имаат несанирани кариеси и висока концентрација на *Streptococcus Mutans* во плунката, преку истата, по пат на бакнеж или делење на заеднички прибор за јадење.

Затоа е клучно трудниците да знаат за кариогените бактерии дека се главен етиолошки фактор на ЕСС, болест со највисока преваленца меѓу останатите заболувања кај децата, глобално. Исто така, важно е да знаат дека клучно е да се намали концентрацијата на овие бактерии по пат на санација на кариозни заби пред забременување или да ја искористат бременоста за да го пречекаат своето новородено caries-free, ако студиите велат дека кај оние деца кои не се колонизирани со *Streptococcus mutans*, остануваат без кариес.

Само 24.1% од македонските трудници знаат дека кариесот го предизвикуваат бактерии кои лесно може да се пренесат преку бакнеж од мајката/негувателот на бебето, што е навистина загрижувачки мал процент.

Во студијата на Eigbobo JO (2013), 45% од мајките знаеле за вертикалната трансмисија на *Streptococcus mutans*¹⁸², а во студијата на Asif T et al. (2022), 74% од трудниците сметале дека ваквата вертикална трансмисија на кариогени бактерии е невозможна¹⁸³. Според достапните научни студии, не само кај нас, туку и во светски рамки, присутно е лимитирано знаење на трудниците на оваа тема.

Дури 48.3% од испитаните трудници не знаат дека децата кои користат шише и цуцла во текот на ноќта се повеќе предиспонирани кон појава на кариес, а само 31% знаат дека белите дамки на млечните заби се рани знаци на кариес. Слични резултати објавува Anagnostou F (2022), според кој 55% од грчките мајки знаат дека ноќното храење со шише е предиспонирачки ризик фактор за ЕСС.¹⁷⁷ Asif T et al. (2022) објавуваат дека дури 79.41% од нивните испитанички изјавиле дека употребата на шише и цуцла ноќе не е главен фактор за појава на ЕСС.¹⁸³

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Nassar AA et al. (2022) објавуваат дека од 640 родители кои биле анкетирани, 51.4% знаеле дека белите дамки се рани знаци на кариес¹⁸⁴, а Al-Jaber et al. (2021) објавува помал процент кои го знаат точниот одговор (48.4%).¹⁸⁵

Препознавањето на раните знаци на кариес на млечните заби од страна на мајките, со чести проверки на млечните заби со техника на кревање на горна усна, и носењето на детето на детски стоматолог, значајно би го променил пристапот, третманот и текот на ова заболување.

Највисок процент од мајките (38.8%) се на став дека не се безбедни сите интервенции за време на бременост, вклучувајќи и анестезија, и поголем е процентот на оние кои ниту се согласуваат, ниту не се согласуваат со тврдењето дека првиот стоматолошки преглед треба да се случи кога бебето има 6 месеци. Ваквите ставови на мајките може да произлегуваат од покажаното лимитирано знаење на темата.

Во последните години се придава големо значење на вклучување на бихејвиорални интервенции, со цел менување на одреден навики кои доведуваат до хронични превентабилни заболувања, по пат на докажани и постоечки бихејвиорални и социјални теории. Од сите теории во психологијата кои се однесуваат на промена во човечкото однесување, моделот на доверба во здравство е најупотребуван во превентивните здравствени програми.

Овој модел теоретизира дека верувањето на луѓето за тоа дали се изложени на ризик од болест или здравствен проблем и нивните сфаќања за придобивките од преземање акција за да се избегне истиот, влијаат на нивната подготвеност да преземат акција.¹¹¹

Пораките кои би се праќале до оние кои имаат хронична болест, во случајов дентален кариес, може да стигнат до целната група на популација со помош на теле-медицина (далечинско дејствување преку виртуелни медиуми), но денешното време ни нуди уште подостапен и поедноставен начин а тоа е употребата на мобилните телефони или m-health технологијата. Процентот на испитанички во оваа студија кои користат мобилни телефони и социјални медиуми е многу висок -94% .

Комбинирањето на мобилното здравство со теории од психологијата за промена на човечкото однесување е применето во повеќе научни студии, посебно во високоразвиените земји.

Преку неколку прашања беше испитана свесноста на трудниците за тежината на денталниот кариес како болест, и просечната вредност на нивните одговори ни укажува на тоа дека или се неутрални или се согласуваат дека станува збор за болест која претставува опасност по нив

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

и нивното неродено дете. Показуваат неутралност во одговорите на прашањата со кои се евалуира мислењето за приемчивоста (верувања дека може да имаат поголема веројатност за орални заболувања по бременоста), Модел на доверба во здравство-приемчивост (НВМ susceptibility). Верувањата за перцепираната приемчивост на трудниците ја испитавме преку три прашања:

1. *Чувствувам дека за време на бременоста повеќе ми се расипаа забите и по бременоста ќе имам многу заби со дентален кариес и болка од истите;*

2. *Најверојатно во тек на бременоста моите гингиви ќе се воспалат и ќе крварат на допир;*

3. *Моето бебе е во ризик да има дентален кариес на млечните заби, на кои испитаичките имаа можност да одберат еден од следиве одговори: целосно се согласувам; се согласувам; ниту се согласувам, ниту не се согласувам; делумно се согласувам и воопшто не се согласувам.*

Најголем е процентот на оние трудници кои се неутрални во однос на верувањето дека самата бременост е состојба која може да допринесе за нарушување на нивното орално здравје, а понатаму и на нивното идно новородено. (3.5 ± 1.5 за прашање број 1; 3.0 ± 1.3 за прашање број 2; 3.6 ± 1.3 за прашање број 3).

Неутралноста може да потекнува од докажаното лимитирано знаење на тема: „Перинатално и инфантилно орално здравје“, но сепак потребни се и понатамошни истражувања во кои би биле вклучени и психолози при креирање на прашаликот.

Преку прашањата кои ги евалуираат бариерите за акција за да се спречи појавата на заболувања за време на бременоста, дознавме дека кај повеќе од половина од испитаничките стравот не претставува бариера (51.7%), ниту пак за 66.4% од нив денталната услуга е скапа и недостижна. Дури 50% од нив сметаат дека не треба да се одложи денталниот третман за после породувањето, па ни тоа не претставува бариера. Единствено стравот од ризик од КОВИД-19, го пријавиле како можна бариера 37.9% од испитаничките.

Според прашањата со кои ја анализиравме свесноста од бенефитите во случај на преземена акција за елиминирање на болеста, испитаните мајки покажуваат просечно неутрално ниво на свесност од бенефитите од следните можни преземени акции (3.0 ± 1.5 за - „Доколку ги санирам денталните кариеси за време на бременоста, ќе ги избегнам компликациите како болка, изваден заб, но и значително ќе го намалам ризикот за појава на кариес на млечни заби кај моето бебе“ и 2.7 ± 1.4 за - „ Доколку го однесам моето бебе првпат на стоматолог најдоцна до првиот роденден, ќе се намали ризикот за дентален кариес кај моето бебе”).

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Над 70% се согласуваат дека ќе имаат бенефит доколку преземат акција-посета на стоматолог или посета на виртуелна едукација за орално здравје.

Во студијата има мајки кои имаат инсуфициентно знаење, но солидни практики и ставови, не чувствуваат дека имаат бариери за посета на стоматолог, но истите се неутрални во однос на можноста за поголема приемчивост на орални заболувања во тек на бременоста, со недоволна свесност за импликациите и тежината на овие заболувања. Оттаму, тие покажуваат неутралност во однос на свесност за преземени акции и бенефити од нив.

Позитивниот одговор од огромен број на мајки дека акција од која би имале бенефит е посета на виртуелни едукативни семинари за орално здравје, укажува на потребата од поттикнување на понатамошни истражувања во државата со кои би се истражила можноста за примена на оваа теорија од психологијата во одреден период од бременоста, со праќање на пораки преку социјалните медиуми и мобилните телефони, со кои би се подобрило знаењето, а со тоа и свесноста за тежината и приемчивоста на болеста, и свесноста за бенефитите од преземени акции.

5. ЗАКЛУЧОЦИ

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

Од спроведените истражувања, добиени се податоци и резултати, кои имаат и јавно здравствен интерес. Резултатите покажуваат дека сите здравствени работници од примарната здравствена заштита, без исклучок, независно од степенот на образование, имаат позитивен став во однос на перинатално и инфантилно орално здравје и нивно активно вклучување во мерките за превенција на ЕСС.

- Огромен е и процентот на здравствени работници кои имаат и позитивни практики, и ги советуваат трудниците, жените кои планираат бременост и мајките на мали деца, за превенција на кариес;
- Не постои поврзаност меѓу степенот на образование, местото на работење, бројот на прегледани пациенти и годините работно искуство, од една страна и подобрите ставови, практики и знаење на тема перинатално и инфантилно орално здравје, од друга страна;
- Кај здравствените работници од примарната здравствена заштита постои инсуфициентно знаење на повеќе теми кои се однесуваат на етиологијата и клиничката слика на ЕСС, теми чие познавање е исклучително важно како за превенцијата така и за соодветната информација пласирана до мајката, како нивна позитивна практика.
- Сигнификантно е дека информациите за орално здравје, лицата во најголем процент ги добиваат од формалното образование, со мал број на лица, посебно од оние со средно образование, кои посетуваат едукативни семинари или се дел од континуирана медицинска едукација;
- Потребен е протокол, водич за перинатално и инфантилно орално здравје наменет за сите здравствени работници од примарната здравствена заштита, согласно кој истите ќе пренесуваат унифицирана информација до трудниците, жените кои планираат бременост и мајките на мали деца;
- Неопходни се промени во средното насочено образование и вклучување на дел наменет за орално здравје во образовниот курикулум, кај медицинските сестри, акушерките и патронажните сестри;
- Потребни се промени во образованието и за студентите по медицина, кои покажуваат јаз во знаењето, да се направат промени во образовниот курикулум на студиите по

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

- медицина, за да не постојат недоумици во однос на превенцијата на ЕСС. Во однос на студентите по медицина, студентите по стоматологија покажаа подобро владеење на темата, што ја потврдува тезата дека посоодветно образование значи подобри знаења;
- Кај трудниците, постои огромен јаз во знаењето на тема орално здравје во перинатален и инфантилен период и ЕСС, а податоците покажаа позитивни ставови и практика;
 - Потребни се превентивни интервенции кај трудниците, со цел да се зголеми знаењето за оралното здравје за нив и идните новородени;
 - Позитивниот одговор на огромен број на мајки дека акција од која би имале бенефит е посета на виртуелни едукативни семинари за орално здравје, укажува за потребата од поттикнување на понатамошни истражувања за да се истражи можноста за примена на оваа теорија од психологијата (Модел на доверба во здравство) во одреден период од бременоста, со праќање на пораки преку социјалните медиуми и мобилните телефони, со кои би се подобрило знаењето, а со тоа и свесноста за тежината и приемчивоста на болеста, и свесноста за бенефитите од преземени акции.

6. РЕФЕРЕНЦИ

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

1. Murthy GA, Mohandas U. The knowledge, attitude and practice in prevention of dental caries amongst pediatricians in Bangalore: A cross-sectional study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2010; 28:100-103.
2. Subramaniam P, Babu KL, Babu PS, Naidu P. Oral health care of children: Gynecologists and pediatricians' perspective. *J Clin Pediatr Dent.* 2008 Apr; 32:253-258.
3. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2016. Australia's health series no. 15. Canberra: AIHW; 2016; Cat. no. AUS 199; p513.
4. Alsharif A, Kruger E, Tennant M. Future projections of child oral-related hospital admission rates in Western Australia. *Aust J Prim Health.* 2016; 22:491-496.
5. Dye BA, Thornton-Evans G, Li X, Iafolla TJ. Dental caries and sealant prevalence in children and adolescents in the United States, 2011–2012. *NCHS Data Brief.* 2015 Mar;(191):1-8.
6. Pitts N, Chadwick B, Anderson T. Children's Dental Health Survey 2013. Report 2: Dental Disease and Damage in Children England, Wales and Northern Ireland. Leeds: Health & Social Care Information Centre; 2015.
7. Ayele FA, Taye BW, Ayele TA, Gelaye KA. Predictors of dental caries among children 7-14 years old in Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2013; 13:17.
8. Peltzer K, Mongkolchat A. Severe early childhood caries and social determinants in three-year-old children from Northern Thailand: a birth cohort study. *BMC Oral Health.* 2015 Sep; 15:108.
9. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017 Sep16;390(10100):1211-1259.
10. Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. Geneva: World Health Organization; 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0IGO.
11. U.S. department of health and human services. Oral health in America: a report of the surgeon general. Rockville, md: U.S. department of health and human services, national institute of dental and craniofacial research, national institutes of health, 2000.
12. Colak H, et al. "Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments." *J Nat Sci Biol Med* 2013; 4(1): 29-38.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

13. Lazarova A, Gjorgievska E. Early Childhood Caries prevalence in preschool children in Skopje area - a cross-sectional study. unpublished
14. Abuhaloob et al. Maternal and child oral health in MENA regions: a rapid review. *Int Dent J* 2019; 69: 409–418.
15. Zafar S, Harnekar SY, Siddiqi A. Early childhood caries: etiology, clinical considerations, consequences and management. *International dentistry SA*, 2016; 11(4): 24-36.
16. Kokoceva IO. Karies na rana detska vozrast:sledenje na pocetnite razvojni etapi I moznost za negova prevencija. Doktorska disertacija , Skopje, 2011.
17. Anderson JW, Marthaler TM. The Caries-Preventive Effect of Fluoride Toothpastes. *Int Dent J*. 1986;36(2):133-143.
18. Featherstone JD. The Science and Practice of Caries Prevention. *J Am Dent Assoc*. 2000;131(7):887-899.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Oral Health: Early Childhood Caries.
20. Fejerskov O, Kidd E. *Dental Caries: The Disease and Its Clinical Management*. 2nd ed. Blackwell Munksgaard; 2008.
21. American Dental Association. Fluoride Use in Caries Prevention. *J Am Dent Assoc*. 1960;61(3):263-266.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent*. 2003;25(1):118-123.
23. Borutta A, Wagner M, Kneist S. Early Childhood Caries: A Multi-Factorial Disease. *Oral Health Dent Manag*. 2010; 9(1): 32-38.
24. Belterami G. Les dents noires de tout-petits. *Siècle Médical*. In Belterami G (ed). *La mélandontie infantile*. Marseille: Leconte 1952.
25. Milnes AR. Description and epidemiology of nursing caries. *J Public Health Dent* 1996; 56:38-50.
26. Tinanoff N, Kaste LM, Corbin SB. Early childhood caries: positive beginning. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(Supplement 1): 117-119.
27. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020:79-81.
28. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

29. Coykendall AL. Proposal to elevate the subspecies of *Streptococcus mutans* to species status, based on their molecular composition. *Int J Syst Bact.* 1997; 27:26–30.
30. Novak JA, Christensen J, Mabry T, Townsend J, Wells M. *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence Expert Consult*, 6th Edition. 2019 Elsevier Inc. All. 3.
31. Douglass JM, Li Y, Tinanoff N. Association of mutans streptococci between caregivers and their children. *Pediatr Dent.* 2008;30: 375–387.
32. Berkowitz RJ. Mutans streptococci: acquisition and transmission. *Pediatr Dent.* 2006; 28:106–109.
33. Manchanda S, Sardana D, Liu P, Lee GHM, Lo ECM, Yiu CKY. Horizontal Transmission of *Streptococcus mutans* in Children and its Association with Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Dent* 2021;43(1): E1-E12.
34. Anil S, Anand PS. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Front Pediatr.* 2017 Jul 18; 5:157.
35. Mishra A, Pandey R, Pandey N, Jain E. A pedoprosthesis rehabilitation in patients with severe early childhood caries (S-ECC). *BMJ Case Rep.* 2013; 2013: bcr2013010269.
36. Zero DT, Zandona AF, Vail MM, Spolnik KJ. Dental caries and pulpal disease. *Dent Clin North Am.* 2011;55(1):29-46.
37. Curto-Manrique J, Malpartida-Carrillo V, Arriola-Guillén LE. Efficacy of the lift-the-lip technique for dental plaque removal in preschool children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2019 Apr-Jun;37(2):162-166.
38. <https://metrosouth.health.qld.gov.au/liftheelip>;
39. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent.* 2016;38(special issue):142–149.
40. Heyman MB, Abrams SA; Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; Committee on Nutrition. Fruit juice in infants, children, and adolescents: current recommendations. *Pediatrics* 2017;139(6).
41. WHO technical information note. Sugars and dental caries. October 2017.
42. Vashisht R, Indira R, Ramachandran S, Kumar A, Srinivasan MR. Role of casein phosphopeptide amorphous calcium phosphate in remineralization of white spot lesions and inhibition of *Streptococcus mutans*? *J Conserv Dent.* 2013; 16:342-6.
43. Roopa KB, Pathak S, Poornima P, Neena IE. White spot lesions: A literature review. *J Pediatr Dent.* 2015; 3:1-7.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

44. Amaechi BT, van Loveren C. Fluorides and non-fluoride remineralization systems. *Monogr Oral Sci.* 2013; 23:15-26.
45. American Academy of Pediatric Dentistry. Fluoride therapy. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:352-8.
46. Toumba KJ, Twetman S, Splieth C, Parnell C, van Loveren C, Lygidakis NA. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2019;20(6):507-516.
47. Daruich PM, Brizuela M. Remineralization of Initial Carious Lesions. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; April 17, 2023.*
48. Greenwall-Cohen J, Greenwall L, Barry S. Silver diamine fluoride - an overview of the literature and current clinical techniques. *Br Dent J.* 2020;228(11):831-838.
49. Chu CH, Lo EC, Lin HC. Effectiveness of silver diamine fluoride and sodium fluoride varnish in arresting dentin caries in Chinese pre-school children. *J Dent Res.* 2002; 81:767–70.
50. Cross KJ, Huq NL, Palamara JE, Perich JW, Reynolds EC. Physicochemical characterization of casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate nanocomplexes. *J Biol Chem.* 2005; 280:15362–9.
51. Cochrane NJ, Cai F, Huq NL, Burrow MF, Reynolds EC. New approaches to enhanced remineralization of tooth enamel. *J Dent Res.* 2010; 89:1187–97.
52. Karlinsey RL, Mackey AC, Walker ER, Frederick KE. Preparation, characterization, and in vitro efficacy of an acid-modified β -TCP material for dental hard-tissue remineralization. *Acta Biomater.* 2010; 6:969–78.
53. Karlinsey RL, Pfarrer AM. Fluoride plus functionalized β -TCP: a promising combination for robust remineralization. *Adv Dent Res.* 2012; 24:48–52.
54. Amaechi BT, Ramalingam K, Mensinkai PK, Narjibfard K, Mackey AC, Karlinsey RL. Remineralization of eroded enamel by a NaF rinse containing a novel calcium phosphate agent in an insitu model: a pilot study. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2010; 2:93–100.
55. Alamoudi SA, Pani SC, Alomari M. The effect of the addition of tricalcium phosphate to 5% sodium fluoride varnishes on the microhardness of enamel of primary teeth. *Int J Dent.* 2013; 2013:486358.
56. Degli Esposti L, Iafisco M. Amorphous calcium phosphate, the lack of order is an abundance of possibilities. *Biomater Biosyst.* 2021; 5:100037.
57. Philip N. State of the Art Enamel Remineralization Systems: The Next Frontier in Caries Management. *Caries Res.* 2019;53(3):284-295.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

58. Da Camara DM, Pessan JP, Francati TM, Souza JA, Danelon M, Delbem AC. Fluoride toothpaste supplemented with sodium hexametaphosphate reduces enamel demineralization in vitro. *Clin Oral Investig.* 2016; 20:1981–1985.
59. Takeshita EM, Danelon M, Castro LP, Cunha RF, Delbem AC. Remineralizing potential of a low fluoride toothpaste with sodium trimetaphosphate: an insitu study. *Caries Res.* 2016; 50:571–578.
60. Zaze ACSF, Dias AP, Sasaki KT, Delbem ACB. The effects of low-fluoride toothpaste supplemented with calcium glycerophosphate on enamel demineralization. *Clin Oral Investig.* 2014; 18:1619–1624.
61. Freire IR, Pessan JP, Amaral JG, Martinhon CC, Cunha RF, Delbem AC. Anticaries effect of low-fluoride dentifrices with phosphates in children: a randomized controlled trial. *J Dent.* 2016; 50:37–42.
62. Takeshita EM, Exterkate RA, Delbem AC, ten Cate JM. Evaluation of different fluoride concentrations supplemented with trimetaphosphate on enamel de- and remineralization in vitro. *Caries Res.* 2011; 45:494–497.
63. de Toledo PTA, Delbem ACB, Cannon ML, Sakamoto AE, Pedrini D. The effect of toothpaste with reduced concentration of fluoride-containing sodium trimetaphosphate and polyols on initial enamel erosion. *Clin Oral Investig.* 2022;26(12):7243-7252.
64. Nascimento MM. Potential Uses of Arginine in Dentistry. *Adv Dent Res.* 2018; 29(1):98–103.
65. Lynch E, Brauer DS, Karpukhina N, Gillam DG, Hill RG. Multi-component bioactive glasses of varying fluoride content for treating dentin hypersensitivity. *Dent Mater.* 2012; 28:168–78.
66. Ohara A, Saito F, Matsuhisa T. Screening of antibacterial activities of edible plants against *Streptococcus mutans*. *Food Sci Technol Res.* 2008; 14:190–3.
67. Patel RV, Thaker VT, Patel VK. Antimicrobial activity of ginger and honey on isolates of extracted carious teeth during orthodontic treatment. *Asian Pac J Trop Biomed.* 2011 ;1:58-61.
68. Tsai PJ, Tsai TH, HoIn SC. In vitro inhibitory effects of rosemary extracts on growth and glucosyltransferase activity of *Streptococcus sobrinus*. *Food Chem.* 2007;105: 311-316.
69. Osawa K, et al. Identification of cariostatic substances in the cocoa bean husk: Their anti-glucosyltransferase and antibacterial activities. *J Dent Res* 2001; 80:2000-4.
70. Gocmen GB, Yanikoglu F, Tagtekin D, et al. Effectiveness of some herbals on initial enamel caries lesion. *Asian Pac J Trop Biomed.* 2016;6(10):846–850.
71. Kirkham J, Firth A, Vernals D, Boden N, Robinson C, Shore RC, et al. Self-assembling peptide scaffolds promote enamel remineralization. *J Dent Res.* 2007;86(5):426–30.
72. Brunton PA, et al. Treatment of early caries lesions using biomimetic self-assembling peptides—a clinical safety trial. *Br Dent J.* 2013;215(4): E6.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

73. Huang SB, Gao SS, Yu HY. Effect of nano-hydroxyapatite concentration on remineralization of initial enamel lesion in vitro. *Biomed Mater.* 2009 Jun;4(3):034104.
74. Najibfard K, Ramalingam K, Chedjieu I, Amaechi BT. Remineralization of early caries by nano-hydroxyapatite dentifrice. *J Clin Dent.* 2011;22(05):139–43.
75. Amaechi BT, Mathews SM, Mensinkai PK. Effect of theobromine-containing toothpaste on dentin tubule occlusion in situ. *Clin Oral Investig.* 2015 Jan;19(1):109-16.
76. Amaechi BT, Porteous N, Ramalingam K, Mensinkai PK, Ccahuana-Vasquez RA, Sadeghpour A, et al. Remineralization of artificial enamel lesions by Theobromine. *Caries Res.* 2013; 47:399–405.
77. Nakamoto T, Simmons WB Jr, Falster AU. Apatite-Forming-Systems: Methods and Products. US Patent application number: US 6,183,711 B1; 2001.
78. Holt K, Kolo S, Louie R. Title V National Performance Measure 13 (Oral Health): Strategies for Success. (2nd ed.). Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University; 2000.
79. Paglia L, Colombo S. Perinatal oral health: focus on the mother. *Eur J Paediatr Dent.* 2019 Sep;20(3):209-213.
80. Crockett HA, Sanders JJ, SC Department of Health and Environmental SC Control, Division of Oral Health, Oral Health Advisory Council. Oral Health Care for Pregnant Women SC Guidelines. Updated 2017.
81. Gaffield ML, Gilbert BJ, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 1009-16.
82. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician.* 2008;77(8):1139-1144.
83. American College of Obstetricians and Gynecologists. Oral Health Care during Pregnancy and through the Lifespan. Committee Opinion No. 569. *Obstet Gynecol.* 2013; 122:417-22.
84. CDA Foundation. Oral health During Pregnancy and Early Childhood: Evidence-Based Guidelines for Health Professionals. Sacramento, CA; 2010.
85. National Maternal and Child Oral Health Resource Center. Oral Health Care During Pregnancy: A Resource Guide (2nd ed.). Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2017.
86. Michigan Department of Health and Human Services, Perinatal Oral Health Program. During Pregnancy, the Mouth Matters: A Guide to Michigan Perinatal Oral Health. Lansing, MI: Michigan Department of Health and Human Services; 2015.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

87. da Silva Bastos Vde A, Freitas-Fernandes LB, Fidalgo TK, et al. Mother-to-child transmission of *Streptococcus mutans*: a systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2015;43(2):181-191.
88. Pflipsen M, Zenchenko Y. Nutrition for oral health and oral manifestations of poor nutrition and unhealthy habits. *Gen Dent*. 2017 Nov-Dec;36-43.
89. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. 2015–2020 Dietary Guidelines for Americans. 8th Edition; 2015.
90. Van Loveren C. Sugar Restriction for Caries Prevention: Amount and Frequency. Which Is More Important?. *Car res*. 2019;53(2):168-175.
91. Oral Health and Nutrition Guidance for Professionals. NHS Health: Scotland; 2012.
92. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. *MMWR*; 2001;50(No. RR-14).
93. Национална стратегија за превенција на орални заболувања кај деца 0-14 години на Република Македонија за периодот 2018-2028. Министерство за здравство. Скопје- февруари 2018.
94. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/morning-sickness-nausea-and-vomiting-of-pregnancy>.
95. Dietitians Association of Australia, Dental Health Services Victoria. Joint Position Statement on Oral Health and Nutrition. 2015 Oct.
96. Oral Health During Pregnancy Expert Work Group. Oral Health Care During Pregnancy: A National Consensus Statement. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2012.
97. Casamassimo P, Holt K, eds. Bright Futures: Oral Health—Pocket Guide (3rd ed.). Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2016.
98. Scientific Advisory Committee on Nutrition. Carbohydrates and Health. London 2015;33-34.
99. Oral Health Care during Pregnancy: A National Consensus Statement- Summary of an Expert Workgroup Meeting 2012 by The National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University, updated 2022.
100. Lupattelli A, Spigset O, Twigg MJ, Zagorodnikova K, Mardby AC, Moretti ME, Drozd M, Panchaud A, Hameen-Anttila K, Rieutord A, et al. Medication use in pregnancy: a cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open*. 2014;4(2):e004365.
101. Kwok J, Hall HA, Murray AL, Auyeung B. The association between analgesic drug use in pregnancy and neurodevelopmental disorders: protocol for an umbrella review. *Syst Rev*. 2020 Sep 2;9(1):202.
102. Price HR, Collier AC. Analgesics in Pregnancy: An Update on Use, Safety and Pharmacokinetic Changes in Drug Disposition. *Curr Pharm Des*. 2017;23(40):6098-6114.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

103. Takahashi R, Ota E, Hoshi K, Naito T, Toyoshima Y, Yuasa H, Mori R, Nango E. Fluoride supplementation (with tablets, drops, lozenges or chewing gum) in pregnant women for preventing dental caries in the primary teeth of their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 10. Art. No.: CD011850.
104. Oral Health Care During Pregnancy Steering Committee. *Oral Health Care During Pregnancy: Practice Guidance for Maryland's Prenatal and Dental Providers*. Baltimore, MD: Maryland Department of Health, Office of Oral Health; 2018.
105. Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(4):335-346.
106. Broughton J, Person M, Maipi JT, et al. Ukaipo niho: the place of nurturing for oral health. *N Z Dent J.* 2014;110(1):18–23.
107. Iida H. Oral Health Interventions During Pregnancy. *Dent Clin North Am.* 2017;61(3):467-481.
108. Indira MD, Dhull KS, Nandlal B. Knowledge, Attitude and Practice toward Infant Oral Healthcare among the Pediatricians of Mysore: A Questionnaire Survey. *Int J Clin Pediatr Dent* 2015;8(3):211-214.
109. Anand A, Sharma S, Prajapati VK, Tanwar AS. Knowledge and attitude of pediatricians and family physicians regarding pediatric dentistry in Patna. *Int. J. Scientific Study.* 2017; 5:136-139.
110. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
111. *Every Woman Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)*. New York 2015.
112. Glanz K. E-source behavioral and social science research, Office of Behavioral & Social Sciences Research, National Institute of Health, Department of health and human services.
113. Lazarova A, Ugrinoska A, Kokoceva IO, Gjeorgjievaska E. Mother- infant microbiome, cariogenic bacteria and oral probiotics – Mothers' point of view. *Int J Paediatr Dent.* Vol 31: Special Issue: Abstracts of the 28th Congress of the International Association of Paediatric Dentistry, 2021 (Sep 2021):120-121.
114. Qiang C, Yamamichi M, Hausman V, Altman D. *Mobile Applications for the Health Sector*. ICT Sector Unit World Bank. April 2012.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

115. Amoakoh-Coleman M, Borgstein AB, Sondaal SF, et al. Effectiveness of mHealth Interventions Targeting Health Care Workers to Improve Pregnancy Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2016;18(8): e226.
116. Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, Bokun T, et al. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS Med* 2011;8(1): e1000387.
117. <https://aek.mk/podatoci-za-pazarot-mobilna-telefonija/>.
118. Hashemian TS, Kritz-Silverstein D, Baker R. Text2Floss: the feasibility and acceptability of a text messaging intervention to improve oral health behavior and knowledge. *J Public Health Dent.* 2015; 75(1):34-41.
119. Kulkarni GV. Long-term effectiveness of parent education using the "baby oral health" model on the improvement of oral health of young children. *Int J Dent.* 2013; 2013:137048.
120. Rothe V, Kebriyai A, Pitner S, Balluff M, Salama F. Effectiveness of a presentation on infant oral health care for parents. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20(1):37-42.
121. Ahmad F, Anwaar A, Sadiq M.S. et al. Knowledge and Practice of Gynecologists about Oral Hygiene Measures during Pregnancy. *P J M H S.* 2021; 15(7):1736-8.
122. George A, Dahlen HG, Reath J, et al. What do antenatal care providers understand and do about oral health care during pregnancy: a cross-sectional survey in New South Wales, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1):382.
123. Almutairi M.M., Taher Al-Baghli A. Awareness of Gynecologists in Kuwait Regarding Association between Periodontal Diseases and Adverse Pregnancy Outcomes. *Int J Dentistry Oral Sci.* 2021;8(8):3795-3800.
124. American Dental Association. *ADA Current Policies, 1954-2022.* 2023.
125. Seminario A. M. González N.B. Ayuso M.R. Jané S. E. López J. Use of local anesthetics with a vasoconstrictor agent during dental treatment in hypertensive and coronary disease patients. A systematic review. *J Evid Base Dent Pract.* 2021; 21(XX) 1532-3382.
126. Sinha S, Bhat PR, Govekar VV, Trasad VA, Acharya AB. Awareness and knowledge regarding maternal periodontal status and associated pregnancy outcomes among the gynecologists of Hubli-Dharwad. *J Indian Soc Periodontol.* 2020;24(4):375-378.
127. Kobylińska A, Marczuk- Kolada G, Studnicki M, Olczak- Kowalczyk D. Dental care in pregnancy – the state of knowledge among polish dentists and gynaecologists, and factors affecting knowledge about dental management in pregnancy. *New Med.* 2019;23(3):105- 112.
128. Shruthi M. Kiran Kumar Pandurangan. Knowledge, attitude, practice of oral health coalition among gynecologists and dental practitioners in Chennai. *PJAE.* 2020: 17(7), 1804-1817.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

129. Edem AP. Early Childhood Caries Update [Internet]. Dental Caries - Diagnosis, Prevention and Management. InTech; 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.76300>.
130. Patil VR, Naik S. Knowledge, attitude, and practices of gynecologists regarding perinatal oral health care in Navi Mumbai. *Int J Oral Care Res* 2020; 8:17-9.
131. Lyu et al. Professionals perceptions on dental care during pregnancy. *Ann Palliat Med* 2021;10(4):4242-4251.
132. Joby P, Vijai S, Krishna K, Tinet M A. To assess the knowledge, attitude and practices among the gynecologists regarding the influence of perinatal maternal oral health in determining the future dental health of the child. *Int. J. Adv. Res.* 8(12), 929-936.
133. Bahanan L, Tehsin A, Mousa R, Albadi M, Barayan M, Khan E, Khalifah H. Women's awareness regarding the use of dental imaging during pregnancy. *BMC Oral Health.* 2021 Jul 20;21(1):357.
134. Anuniação et al. Knowledge, attitudes, and practices of prenatal care practitioners regarding oral health in pregnancy— A systematic review. *Int J Gynecol Obstet.* 2023; 162:449–461.
135. Ekiz D, Ekiz A, Özköse B, Dinçol ME, Sübay RK, Polat I. Questionnaire on mouth and dental health during pregnancy: myths and facts. *Perinatal Journal* 2015;23(3):180–185.
136. Han YW. Oral health and adverse pregnancy outcomes –what's next? *J Dent Res* 2011; 90:289–93.
137. Xu B, Han YW. Oral bacteria, oral health, and adverse pregnancy outcomes. *Periodontol* 2000. 2022;89(1):181-189.
138. European Federation of Periodontology. The Relationship between Oral Health and Pregnancy: Recommendations for women 2020 Available from: <https://www.efp.org/gum-disease-general-health/oral-health-pregnancy/resources/guidelines/>.
139. World Health Organization. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2016.
140. FDI World Dental Federation. Preventing Oral Diseases. Geneva: FDI World Dental Federation;2017.
141. National Children's Oral Health Foundation. Facts about tooth decay. Available at: “<http://www.ncohf.org/resources /tooth-decay-facts>”. Accessed July 18, 2016.
142. Alshunaiber R, Alzaid H, Meaigel S, Aldeeri A, Adlan A. Early childhood caries and infant's oral health; pediatricians' and family physicians' practice, knowledge and attitude in Riyadh city, Saudi Arabia. *Saudi Dent J.* 2019;31(Suppl): S96-S105.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

143. Sezer RG, Paketci C, Bozaykut A. Paediatricians' awareness of children's oral health: Knowledge, training, attitudes and practices among Turkish paediatricians. *Paediatr Child Health*. 2013; 18(4):e15-e19.
144. AAPD. THE REFERENCE MANUAL OF PEDIATRIC DENTISTRY . BEST PRACTICES: PERINATAL AND INFANT OHC. Latest Revision 2016.
145. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent* 2016;38 (special issue):132-41.
146. Hadjipanayis A, Grossman Z, Del Torso S, Michailidou K, Van Esso D, Cauwels R. Oral health training, knowledge, attitudes and practices of primary care paediatricians: a European survey. *Eur J Pediatr*. 2018;177(5):675-681.
147. Balaban R, Aguiar CM, da Silva Araújo AC, Dias Filho EB. Knowledge of paediatricians regarding child oral health. *Int J Paediatr Dent*. 2012;22(4):286-291.
148. Brickhouse TH, Unkel JH, Kancitis I, Best AM, Davis RD. Infant oral health care: A survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia. *Pediatr Dent*. 2008;30(2):147-53.
149. Malcheff S, Pink TC, Sohn W, Inglehart MR, Briskie D. Infant oral health examinations: Pediatric dentists' professional behavior and attitudes. *Pediatr Dent*. 2009;31 (3):202-9.
150. American Dental Association Council on Scientific Affairs. Fluoride toothpaste use for young children. *J Am Dent Assoc*. 2014;145(2):190-1.
151. George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE, et al. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south- western Sydney. *Aust Dent J*. 2013;58(1):26–33.
152. Dinas K, Achyropoulos V, Hatzipantelis E, Mavromatidis G, Zepiridis L, Theodoridis T, et al. Pregnancy and oral health: utilisation of dental services during pregnancy in northern Greece. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007; 86(8):938–44.
153. Dasanayake AP, Gennaro S, Hendricks-Muñoz KD, Chhun N. Maternal periodontal disease, pregnancy, and neonatal outcomes. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2008;33(1):45–9.
154. Wagner Y, Heinrich-Weltzien R. Midwives' oral health recommendations for pregnant women, infants and young children: results of a nationwide survey in Germany. *BMC Oral Health*. 2016 Mar 18; 16:36.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

155. Touriño S, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices of Spanish Midwives and Midwifery Students toward Oral Healthcare during Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 4;18(11):6089.
156. Hotun-Sahin N et al. Oral and Dental Health Care during Pregnancy. *J Basic Clin Health Sci*. 2022; 6: 66-72.
157. Nguyen JG-I, Nanayakkara S, Holden ACL. Knowledge, Attitudes and Practice Behavior of Midwives Concerning Periodontal Health of Pregnant Patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020, 17, 2246.
158. George A, Kong A, Sousa MS, et al. Long-term effectiveness of the midwifery initiated oral health-dental service program on maternal oral health knowledge, preventative dental behaviors and the oral health status of children in Australia. *Acta Odontol Scand*. 2023;81(2):164-175.
159. Zolfaghari M, Shirmohammadi M, Shahhosseini H, Mokhtaran M, Mohebbi SZ. Development and evaluation of a gamified smart phone mobile health application for oral health promotion in early childhood: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health*. 2021 Jan 7;21(1):18.
160. Morgan MA, Crall J, Goldenberg RL, Schulkin J. Oral health during pregnancy. *J Mater Fetal Neonatal Med*. 2009; 22(9), 733–739.
161. Hashim R, Akbar M. Gynecologists' knowledge and attitudes regarding oral health and periodontal disease leading to adverse pregnancy outcomes. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2014 Dec;4(Suppl 3): S166-72.
162. Yao K, Yao Y, Shen X, Lu C, Guo Q. Assessment of the oral health behavior, knowledge and status among dental and medical undergraduate students: a cross sectional study. *BMC Oral Health*. 2019 Jan 29;19(1):26.
163. Al-Hatlani WY, Al-Haj Ali SN. Medical, Dental, and Nursing Students' Knowledge about Early Childhood Oral Health Care. *Children*. 2019; 6(9):97.
164. Olatosi OO, Iwuala SO, Ojewola RW, Chukwudifu N, Oredugba FA, Sote EO. Undergraduate medical students' knowledge and attitude on early childhood caries and infant oral health. *J Pediatr Dent*. 2016; 4:8-13.
165. Chellai P, Sivadas G, Vaishnavi Vedam VK. Knowledge and attitude on infant oral health among graduating medical students in kulasekaram. *J Educ Health Promot*. 2020 Aug 31; 9:207.
166. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Guidelines on Infant Oral Health Care; 2014.
167. Azizah NM et al. Correlation of knowledge and attitude of pregnant women towards their oral health practice. *Padjadjaran Journal of Dentistry*. 2021; 33(1): 39-48.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

168. Correia PN, Alkhatrash A, Williams CE, et al. What do expectant mothers need to know about oral health? A cohort study from a London maternity unit. *BDJ Open*. 2017; 3:17004.
169. Xiao J, Alkhers N, Копычка-Kedzierawski DT, et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Caries Res*. 2019;53(4):411-421.
170. Gupta N, Chhetry M. Knowledge and Practices of Pregnant Women regarding Oral Health in a Tertiary Care Hospital in Nepal. *J Nepal Med Assoc*. 2019;57(217):184-188.
171. Javali MA, Saquib SA, Abdul Khader M, et al. Oral health knowledge, attitude, and practice of pregnant women in Deccan, South India: a cross-sectional prenatal survey. *J Med Life*. 2022;15(3):420-424.
172. Togoo RA et al. Knowledge of Pregnant Women about Pregnancy Gingivitis and Children Oral Health. *Eur J Dent* 2019; 13:261–270.
173. Llena C, Nakdali T, Sanz JL, Forner L. Oral Health Knowledge and Related Factors among Pregnant Women Attending to a Primary Care Center in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(24):5049.
174. Keirse MJ, Plutzer K. Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J Perinat Med*. 2010;38(1):3-8.
175. Soegyanto AI, Larasati RN, Wimardhani YS, Özen B. Mother's knowledge and behaviour towards oral health during pregnancy. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2020; 20:e5647.
176. Hans M, Hans VM, Kahlon N, Ramavat PK, Gupta U, Das A. Oral health awareness and practices in pregnant females: A hospital-based observational study. *J Indian Soc Periodontol*. 2019;23 :264-8.
177. Anagnostou F, Chalvatzoglou E, Arhakis A et al. Do Maternal Beliefs, Knowledge, and Practices for Own and Young Child Oral Care Reflect on Actual Child Oral Health? *J Contemp Dent Pract* 2023;24(3):147–152.
178. Paes Leme AF, Koo H, Bellato CM, Bedi G, Cury JA. The role of sucrose in cariogenic dental biofilm formation--new insight. *J Dent Res*. 2006 Oct;85(10):878-87.
179. Kurien S, Kattimani VS, Sriram RR, et al. Management of pregnant patient in dentistry. *J Int Oral Health*. 2013;5(1):88-97.
180. Lee YL, Hu HY, Chou SY, et al. Periodontal disease and preterm delivery: a nationwide population-based cohort study of Taiwan. *Sci Rep*. 2022;12(1):3297.

ПЕРИНАТАЛНО И ИНФАНТИЛНО ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ

181. Radwan-Oczko M, Hirnle L, Szczepaniak M, Duś-Ilnicka I. How much do pregnant women know about the importance of oral health in pregnancy? Questionnaire-based survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):348.
182. Eigbobo JO, Onyeaso CO. Maternal knowledge and awareness of factors affecting oral health in the paediatric population. *Odontostomatol Trop*. 2013;36(142):15-24.
183. Asif T, Rashid MW, Abdullah S, et al. Knowledge of Mothers Towards Infant's Oral Healthcare in Lahore. *P J M H S*. 2020; 16(07):510-511.
184. Nassar AA, Fatani BA, Almobarak OT, Alotaibi SI, Alhazmi RA, Marghalani AA. Knowledge, Attitude, and Behavior of Parents Regarding Early Childhood Caries Prevention of Preschool Children in Western Region of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Dent J (Basel)*. 2022 Nov 22;10(12):218.
185. Al-Jaber et al. Knowledge, Attitudes, and Practices of Parents on Early Childhood Caries in Qatar—A Questionnaire Study. *Eur J Dent*. 2022; 16(3):669–679.