

PERCEPCIJA RODITELJA O KORIŠTENJU DJEČJE STOMATOLOŠKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U CRNOJ GORI

Ljiljana Golubović, Boban Mugoša

Institut za javno zdravlje Crne Gore, 81 000 Podgorica, Crna Gora

Rad je primljen 5.4.2017.

Rad je recenziran 10.4.2017.

Rad je prihvaćen 25.4.2017.

SAŽETAK

UVOD: Razlike u korištenju stomatoloških usluga pripisuju se socioekonomskim i individualnim bihevioralnim faktorima. Karakteristike roditelja kao što su socioekonomski status, demografske karakteristike, obrazovanje i percepcija oralnog zdravlja djece mogu utjecati na korištenje stomatoloških usluga. Roditelji imaju važnu ulogu u donošenju odluka o oralnom zdravlju njihove djece i utiču na obrasce oralno-zdravstvenog ponašanja i korištenja stomatološke zdravstvene zaštite.

CILJ: Istražiti percepciju roditelja o korištenju dječje stomatološke zdravstvene zaštite u Crnoj Gori u odnosu na samoprocjenu stanja oralnog zdravlja njihove djece kao razloga posjeta stomatologu.

METODE: Uzorak je obuhvatio 228 roditelja učenika devetih razreda osnovnih škola dobiven višestapnom metodologijom uzorkovanja. Podaci su sakupljeni putem samopopunjavajućeg upitnika. Za analizu je korištena deskriptivna statistika i χ^2 test.

REZULTATI: Stopa odgovora bila je 94,3 %. Izabranog stomatologa ima 93,9 % djece; 71,2 % je odgovorilo o udaljenosti stomatološke ordinacije manjoj od 3 km. Po izjavi polovine ispitanika djeca idu stomatologu u intervalu kraćem od 6 mjeseci. Kod 61 % djece razlog posljednje posjete bila je zakazana kontrola, pregled ili nastavak liječenja. Kod 52 % djece liječeni su mliječni zubi, 55 % izjavilo je da nisu korišteni fluoridi radi prevencije karijesa. Najčešći razlog neodlaska djeteta stomatologu bio je što problemi sa zubima nisu bili ozbiljni.

ZAKLJUČAK: Roditeljska percepcija zdravstvenih potreba djece je primarna odrednica za korištenje stomatoloških službi. Korištenje preventivnih usluga nije na zadovoljavajućoj razini.

Ključne riječi: stomatološka zaštita, percepcija roditelja, djeca, pristup, korištenje

Osoba za razmjenu informacija

Dr.sc.dr Ljiljana Golubović, spec.soc.med.

E-mail: ljiljana.golubovic@ijzcg.me

UVOD

Karijes predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem i još uvijek je najprevalentnija bolest usne duplje. Pogađa od 60 % do 90 % djece školskog uzrasta i značajan broj odraslih u razvijenim zemljama (1,2). Istovremeno sa smanjenjem karijesa i bez obzira na niže prosječne razine, postoji rastuća polarizacija u distribuciji s visokom prevalencijom u manjim grupama djece. Sada oko 10-15 % djece ima 50 % od ukupnog karijesa, a kod 25-30 % koncentrirano je 75 % svih lezija. Ova nejednakost u oralnom zdravlju povezana je sa socioekonomskim faktorima i nađena je u ranom djetinjstvu (3).

Korištenje stomatološke zdravstvene zaštite

Korištenje stomatološke zaštite počinje od momenta uspostavljanja kontakta pacijenta sa stomatološkom službom. Izravno je povezano s razvijenošću službe, odnosno razvoj službe stimulira korištenje na taj način što nudi veći broj različitih usluga. Ali bez obzira na stupanj razvijenosti uvijek postoji određeni broj zahtjeva koji ne mogu zadovoljeni iz različitih razloga. Mnogo faktora izravno ili neizravno utječe na korištenje stomatoloških usluga: oni povezani sa zdravljem, uslugama i službama, jednostavnost

pristupa, sociodemografski faktori, stavovi, percepcija potrebe tretmana, financije, cijena stomatoloških usluga, kulturalne norme itd.

Pokrivenost određenog područja stomatološkom zaštitom podrazumijeva postojanje mreže ustanova, odgovarajućeg kadra i opreme. Dostupnost stomatološke službe obuhvaća stalno i organizirano pružanje stomatološke zdravstvene zaštite, koja prostorno, materijalno, kulturalno i funkcionalno služi cijeloj zajednici. Dostupnost određuje korištenje stomatološke službe sa tri karakteristike: prva je teritorijalna dostupnost, označava geografsku blizinu stomatoloških ordinacija; druga je kulturalna dostupnost koja uključuje razinu svijesti i saznanja o mogućnostima sustava stomatološke zdravstvene zaštite u danim uvjetima. I treća karakteristika je materijalna dostupnost koja se odnosi na cijenu usluga, pri čemu je odnos takav da što je cijena usluge veća, korištenje je manje (4). Životni i društveni standard, zdravstveni odgoj i informiranost i svaka dentalna patologija, u velikoj mjeri su povezani sa korištenjem stomatološke zdravstvene zaštite, tako što određuju koje će se usluge više koristiti, u kojim ustanovama i u kojim fazama razvoja oralnih oboljenja. Osim dostupnosti treba da postoji odgovarajuća potražnja za stomatološkim uslugama. Za razliku od većine razvijenih zemalja, u mnogim zemljama u razvoju najčešći razlog posjeta stomatologu je iskustvo bola zbog karijesa, što rezultira većim brojem hitnih posjeta (5,6).

Korištenje stomatoloških službi ne postaje automatsko ponašanje kao što su provođenje oralne higijene, upotreba fluoridnih zubnih pasti i navike u ishrani.

Po podacima iz studija faktori koji utječu na korištenje stomatoloških usluga uključuju spol, dob, rasnu i etničku pripadnost, geografski položaj, opće zdravstveno stanje i status stomatološkog zdravstvenog osiguranja. Kako su mnogi od ovih faktora usko povezani sa obiteljskim prihodima, može se očekivati da će se u određenoj mjeri korištenje stomatološke zaštite mijenjati s makroekonomskim uvjetima (7).

Prepreke pristupu stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti svoje izvore imaju unutar ranijih loših iskustava pacijenata i njihovoj psihosocijalnoj pozadini.

Faktori koji doprinose neadekvatnom pristupu uključuju neodgovarajuću ukupnu ponudu stomatologa koji imaju ugovore sa osiguravajućim kućama, geografski lošu distribuciju stomatologa, ali i njihovo znanje i stavove o oralnom zdravlju. Dodatni faktori uključuju dob djeteta, rasu, zemlju boravka i historiju preventivnih pregleda. Kombinacijom ovih faktora stvaraju se barijere koje smanjuju sposobnost pacijenta da koristi stomatološku zaštitu. Osim faktora povezanih sa djecom i faktori koji se odnose na roditelje (stupanj obrazovanja, dob) i domaćinstvo (obiteljska struktura i veličina, jezik, mjesto stanovanja) identificirani su kao važne odrednice korištenja stomatoloških usluga (8,9,10).

Roditelji su obično primarni donositelji odluka o pitanjima koja se odnose na zdravlje djece. Percepcija roditelja o stomatološkim zdravstvenim potrebama djece ključna je odrednica ponašanja prema zahtjevima za stomatološkom zaštitom. Roditelji često vjeruju da oboljenja mliječnih zuba nisu važna i da stomatološku zaštitu treba tražiti samo ako dijete ima ozbiljan problem i ekstreman bol. U skladu s tim, rezultati studija pokazuju da je najčešći razlog zašto dijete nije posjetilo stomatologa tijekom godine bio da roditelji nisu percipirali tu potrebu. Budući da je utvrđeno da je percipirana potreba snažno povezana s postojanjem bola, promocija intervencija u vezi oralnog zdravlja treba biti usmjerena na edukaciju roditelja o bezbolnim oralnim znacima i simptomima, kao i povezanosti oralnog i općeg zdravlja djece (9,11). Stomatološko zdravstveno osiguranje je snažan prediktor i faktor koji se može mijenjati kroz politike oralnog zdravlja (12).

Stomatološka zdravstvena zaštita u Crnoj Gori

Građanima Crne Gore zdravstvenim osiguranjem se osigurava ostvarivanje prava na stomatološku zdravstvenu zaštitu u skladu s obujmom prava i standardima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u ordinacijama koje imaju ugovor sa Fondom za zdravstveno osiguranje Crne Gore (FZZO).

Do 2008. godine stanovništvu Crne Gore zaštiti zdravlja zuba i usta osiguravale su stomatološke

službe u okviru primarne zdravstvene zaštite (u sklopu domova zdravlja, školskim i predškolskim ustanovama i radnim organizacijama). Ovako koncipiran model stomatološke zdravstvene zaštite omogućio je građanima neograničenu potrošnju koja se svodila na kurativnu i protetsko-rehabilitacijsku djelatnost i stvarao je sliku da građani imaju pravo na bilo koju od usluga iz područja rada stomatologa. Ta hiperprodukcija usluga u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti nije rezultirala boljim stanjem oralnog zdravlja stanovništva, a ovakav model stomatološke zaštite neminovno je vodio do izuzetno velike potrošnje u zdravstvu, što je zahtijevalo pronalaženje modela koji smanjuje troškove, ali ne ugrožava pravo na stomatološku zdravstvenu zaštitu.

Promjenom Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (2004), na osnovu kog pravo na stomatološke usluge imaju samo osigurane osobe do navršene 18-te godine života, trudnice i osobe starije od 65 godina, veličina populacije za koju se izračunavaju normativi za stomatologiju se smanjila na oko 221.000 (trećina populacije). Tako su se stvorili zakonski preduvjeti za reformske procese u ovoj oblasti.

Reforma stomatološke djelatnosti na primarnoj razini, usklađena s odgovarajućim zakonima počela je 1. 1. 2008. godine. Stomatolozi imaju pravo uzeti u zakup ordinacije koje su bile u sklopu DZ i sklopiti ugovor sa FZZO, a pravo sklapanja ugovora, pod istim uvjetima, imaju i privatne ordinacije. Financiranje je definirano odgovarajućim zakonskim aktima i stomatološki timovi su plaćeni po uslugama (13).

U skladu s izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju Crne Gore iz 2012. godine osiguranim osobama se osiguravaju stomatološke zdravstvene usluge u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za prevenciju i liječenje bolesti usta i zuba za djecu, učenike i studente najkasnije do navršene 26. godine života, za žene u tijeku trudnoće i za osobe starije od 65 godina života (14). Osigurava se i mobilna i fiksna protetika za osobe starije od 65 godina života, mobilni ortodontski aparati i u medicinski opravdanim slučajevima

fiksni aparati za djecu do 18. godine života, kao i hitna stomatološka pomoć.

Prema Pravilniku o bližim uvjetima i načinu ostvarivanja određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz 2006. godine, stomatološku zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini, osigurana osoba ostvaruje kod izabranog doktora stomatologije ili doktora specijaliste ortodonta. Izbor doktora stomatologije može se izvršiti u područnim filijalama FZZO u svim općinama ili u stomatološkoj ambulanti u kojoj se želi izabrati doktor stomatologije s kojom je Fond zaključio ugovor. Izbor doktora se vrši najmanje na jednu godinu (15). Zaključno s krajem 2013. godine registrirano je oko 110.000 osiguranika, što je 39,4% od ukupnog broja osiguranika koji imaju pravo na stomatološku zdravstvenu zaštitu (16).

U 2014. godini ugovor je sklopljen sa 119 stomatoloških ordinacija u Crnoj Gori. U svrhu istraživanja za okvir uzorka koristio se FZZO-ov popis stomatoloških ordinacija s kojima je sklopljen ugovor u 2014. godini (17).

CILJ ISTRAŽIVANJA

Istražiti percepciju roditelja o korištenju dječje stomatološke zdravstvene zaštite u Crnoj Gori u odnosu na samoprocjenu stanja oralnog zdravlja njihove djece kao razloga posjeta stomatologu.

METODE I ISPITANICI

Dizajn istraživanja

Istraživanje je rađeno po dizajnu kvantitativne studije presjeka, kao tipa analitičke studije.

Tehnika prikupljanja podataka

Podaci su prikupljeni samopopunjavanjem upitnika. Ova tehnika podrazumijeva da ne postoji izravan kontakt između anketara i ispitanika. Kao dodatno osiguranje anonimnosti, ispitanici su dobili neoznačenu kuvertu i bili su upućeni da po završetku popunjavanja upitnika, sami stave upitnik u kuvertu, zalijepe je i predaju osobi koja je odgovorna za sakupljanje materijala s terena. Ispitanici su uz upitnik dobivali precizne smjernice o načinu popunjavanja

upitnika, proceduri osiguranja anonimnosti i vraćanja kuverte s upitnikom.

Suradnici istraživanja na terenu

Za suradnike istraživanja određene su razrednici uzorkovanih odjeljenja. Koordinator istraživanja kontaktirao ih je na tjednoj bazi u cilju utvrđivanja njihovog napretka. Prije provođenja istraživanja suradnici su upoznati sa svim aspektima istraživanja i dobili su pisane instrukcije u kojima je objašnjena svrha istraživanja i detaljne instrukcije o postupku rada.

Instrument istraživanja - Upitnik

Za prikupljanje podataka dizajniran je i korišten upitnik za roditelje. Sastavni dio upitnika je objašnjenje svrhe istraživanja i dobrovoljne i povjerljive prirode sudjelovanja u studiji. Ispitanici su anonimno popunjavali upitnik. Uz upitnik ispitanici su dobili informirani pristanak u pisanoj formi u kojem je opisan tijek i cilj istraživanja, dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju i mogućnost prekida sudjelovanja u bilo koje vrijeme bez ikakvih neugodnosti. Objasnjeno je i da je tajnost podataka zagarantirana. Popunjavanje upitnika je podrazumijevalo pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

Upitnik je sadržavao dio koji se odnosi na demografske karakteristike, pitanja o razini obrazovanja koje dijete pohađa i o programima očuvanja zdravlja u zajednici. Percepcija korištenja stomatološke službe definirana je kroz 13 pitanja. Na sva pitanja odgovaralo se zaokruživanjem ponuđenih odgovora (Tabela 1).

Tabela 1. Upitnik za procjenu percepcije korištenja dječje stomatološke zdravstvene zaštite u Crnoj Gori

DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE

- A1. 1. Otac 2. Majka (zaokružite)
A2. Koliko imate godina? _____
A3. Broj djece (zaokružite): (1) jedno (2) dvoje (3) troje i više
A4. Uzrast najstarijeg djeteta ____ Uzrast najmlađeg djeteta ____

A5. Gdje živite?

- (1) Grad (2) Selo (3) Prigradsko naselje

A6. Završena škola:

- (1) Osnovna (2) Srednja (3) Viša (4) Fakultet i više

PROGRAMI U ZAJEDNICI (ZAOKRUŽITE VAŠ ODGOVOR)

B1. Vaše dijete/djeca pohađa:

Zaokružite sve na šta se odnosi

1. Vrtić
2. Osnovnu školu
3. Srednju školu

B2. Postoje li programi očuvanja zdravlja zuba i usta za djecu u vrtiću ili školi sa svakodnevnim obvezom četkanja (pranja) zuba?

1. Da
2. Ne
3. Ne znam/nisam siguran/na

B3. Je li rađen pregled zuba i usta Vašem djetetu/djeci u školi ili vrtiću u prethodnih 12 mjeseci?

1. Da
2. Ne
3. Ne znam/nisam siguran/na

KORIŠTENJE STOMATOLOŠKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

E1. Ima li Vaše dijete (djeca) svog stomatologa?

1. Da
2. Ne
3. Ide kod onog koji ga može odmah primiti

E2. Koliko je stomatološka ordinacija udaljena od Vaše kuće?

1. Manje od 3 km
2. 4-6 km
3. 7-10 km
4. 11 km i više

E3. Koliko često SADA Vaše dijete (djeca) ide stomatologu?

1. U intervalu kraćem od 6 mjeseci
2. Svakih 6 mjeseci
3. Jednom godišnje
4. U intervalu dužem od jedne godine
5. Samo kad ima problem

E4. Zbog čega je dijete posjetilo stomatologa zadnji put?

1. Zakazana kontrola, pregled, čišćenje zuba, nastavak započetog liječenja

2. Zakazano plombiranje zuba
3. Hitno stanje – bol, otok, vađenje zuba
4. Na Vaš zahtjev ili samoinicijativno bez zakazivanja
- E5. Je li, po Vašem mišljenju, stomatolog posveti dovoljno vremena Vašem djetetu,?
1. Da
 2. Ne
 3. Ne znam/nisam siguran/na
- E6. Koliko je, prosječno, Vaše dijete čekalo da bude primljeno?
1. Primljeno je točno u zakazano vrijeme
 2. Manje od pola sata
 3. Između 1 i 2 sata
 4. Duže od 2 sata
 5. Često je vraćeno za drugi dan
- E7. U kojim intervalima je zakazivan ponovni posjet?
1. Do 30 dana
 2. Za 2 do 3 mjeseca
 3. Nije zakazivan ponovni posjet
 4. Ne znam/nisam siguran/na
- E8. Jesu li Vašem djetetu liječeni mliječni zubi?
1. Da
 2. Ne
- E9. Je li Vam je stomatolog objasnio što su zalivači?
1. Da
 2. Ne
 3. Ne znam/ nisam siguran/na
- E10. Je li stomatolog Vašem djetetu radio zalivanje kutnjaka radi zaštite od karijesa?
1. Da
 2. Ne
 3. Ne znam/ nisam siguran/na
- E11. Je li stomatolog Vašem djetetu premazivao zube fluoridima radi zaštite od karijesa?
1. Da
 2. Ne
 3. Ne znam/nisam siguran/na
- E12. Je li Vaše dijete nosi ili je nosilo ortodontski aparat?
1. Da Uzrast djeteta _____ god.
 2. Ne
- E13. Ako Vaše dijete NIJE posjetilo stomatologa u prethodnoj godini/pola godine, koji su glavni razlozi? (zaokružite sve na što se odnosi)

1. Visoka cijena stomatoloških usluga kod privatnika
2. Ranije loše iskustvo
3. Moja prezaposlenost
4. Problemi sa zubima nisu bili ozbiljni
5. Stomatološka ordinacija u kojoj se može besplatno liječiti je dosta daleko
6. Stomatolog nije mogao naći odgovarajući termin
7. Ne možemo se uskladiti s radnim vremenom ordinacije
8. Drugi razlozi (navesti) _____
9. U prethodnoj godini/pola godine moje dijete je bilo kod stomatologa ____ puta (navedite broj puta)

Pilot studija

Pilot studija među roditeljima djece koja pohađaju deveti razred osnovne škole provedena je u OŠ „Ratko Žarić“ u Nikšiću u šestom mjesecu 2014. godine na kvotnom uzorku (N=23) ispitanika.

Na temelju rezultata pilot studije urađena su manja prilagođavanja u upitniku i formiran je finalni upitnik. Procijenjeno vrijeme potrebno za popunjavanje upitnika bilo je 25 do 40 minuta. Također su dodana neka dopunska objašnjenja u pisanim uputstvima za suradnike istraživanja. Zaključak iz pilot studije je da su kompletna procedura anketiranja i uvodni dio upitnika jasni i uvjeravaju ispitanike/ce u anonimnost i povjerljivost njihovih odgovora.

Postupci i koraci pri uzorkovanju

Uzorak ispitanika

Struktura planiranog i ostvarenog uzorka dana je u Tabeli 2.

Tabela 2. Struktura uzorka

Ciljna populacija	Planirana veličina uzorka	Ostvarena veličina uzorka	Obilježje spol	
			M	Ž
			%	
Roditelji	228	214	24	72

Ciljna populacija

Kriterij za sudjelovanje u studiji je bio da su to roditelji djece koja pohađaju deveti razred osnovne škole na cjelokupnoj teritoriji Crne Gore u godini provođenja istraživanja.

Okvir uzorka

Okvir uzorka ciljne populacije činili su podaci o svim devetogodišnjim osnovnim školama u Crnoj Gori, broju odjeljenja i učenika devetih razreda u školskoj 2014/2015. godini dobiveni od Odjeljenja za ICT Ministarstva prosvjete Crne Gore (18).

Metoda uzorkovanja

S obzirom na ciljnu populaciju od probablističkih metoda (uzorci bazirani na teoriji vjerojatnoće) primijenjen je stupnjeviti (višeetapni) uzorak.

Prvi korak u uzorkovanju bio je prikupljanje podataka o ciljnoj populaciji učenika. Podaci o učenicima devetog razreda (podaci o upisu učenika na početku školske 2014/2015.g.) dobiveni su od Odjeljenja za ICT Ministarstva prosvjete Crne Gore (18). Na osnovu tih podataka okvir uzorka je formiran od liste 156 devetogodišnjih osnovnih škola na cijeloj teritoriji Crne Gore, sa 335 odjeljenja i 7222 učenika koji pohađaju deveti razred (Tabela 3).

Tabela 3. Devetogodišnje osnovne škole u Crnoj Gori

Broj osnovnih škola s devetim razredima	Broj devetih razreda	Broj učenika	Dječaci	Djevojčice
156	335	7222	3750	3472

Pošto istraživanje obuhvata kompletnu teritoriju Crne Gore, a s obzirom na metodu uzorkovanja i veličinu uzorka zadovoljen je kriterij reprezentativnosti za kohortu roditelja djece koja su u školskoj 2014/2015. godini pohađala deveti razred.

Pri određivanju aproksimativne veličine uzorka za nivo vjerojatnoće 0.95, prevalencije karijesa od 90 % i veličinu pogreške +/-5 % od nađene proporcije dobiva se veličina uzorka od 167 učenika. Veličina uzorka je povećana dodavanjem očekivane stope gubitka u uzorku, koja je procijenjena na 10 % prema iskustvu u sličnim istraživanjima i našem iskustvu u provođenju istraživanja u školama. Predstavlja stopu neodgovaranja, odnosno, to je postotak roditelja koji nisu odgovorili na upitnik zbog odsustva, koji nisu obaviješteni zbog izostanka učenika iz škole, koji odbijaju da sudjeluju u istraživanju ili zbog isključenih upitnika koji su očigledno bili nepravilno

popunjeni. Uzimajući sve u obzir konačna veličina uzorka je 184 roditelja.

Kod izbora odjeljenja u uzorku, primarna jedinica uzorkovanja je učenik, a vjerojatnoća izbora učenika u svakom odjeljenju je 100 %. Veličina odjeljenja koja se koristila za određivanje broja odjeljenja u uzorku je prosječna veličina odjeljenja dobivena dijeljenjem ukupnog broja učenika s ukupnim brojem odjeljenja. Tako je dobivena prosječna veličina odjeljenja od 22 učenika.

Svaki korak pri izboru temeljio se na probablističkim načelima. Teritorija Crne Gore geografski se dijeli na tri regije: južna (primorska sa gradovima Herceg Novi, Kotor, Tivat, Budva, Bar i Ulcinj), središnja (centralna: Cetinje, Podgorica, Danilovgrad i Nikšić) i sjeverna (planinska: Berane, Pljevlja, Bijelo Polje, Žabljak, Kolašin, Mojkovac, Plav i Rožaje).

Etape uzorkovanja:

Stratifikacija

Polazeći od geografske podjele i demografskih karakteristika u prvoj etapi se pristupilo stratifikaciji na tri stratum koji odgovaraju geografskoj podjeli i koja predstavljaju područja analize osnovnog skupa (stratuma-regije). Ova stratifikacija osigurava reprezentativnost uzorka. Unutar gradova svake regije na osnovu podataka dobivenih od Ministarstva prosvjete Crne Gore urađen je popis svih osnovnih škola i odjeljenja devetih razreda (Tabela 4).

Tabela 4. Okvir uzorka: popis gradova, škola i odjeljenja po regijama u Crnoj Gori

Regija	Br. gradova	Br. škola	Br. odjeljenja IX. razreda	Br. učenika IX. razreda
Sjeverna (planinska)	8	72	119	2195
Središnja (centralna)	4	57	147	3445
Južna (primorska)	6	27	69	1582
UKUPNO	18	156	335	7222

Popis učenika u svakoj regiji sadržavao je sljedeće podatke:

- ♦ Redni broj učenika
- ♦ Oznaku odjeljenja i broj učenika po odjeljenju
- ♦ Naziv škole
- ♦ Naziv grada

Uzorkovanje (vjerojatnoća proporcionalna veličini (probability proportional to size (PPS))

Da bi se dobio proporcionalno zastupljen uzorak, uzorkovanje je izvedeno pomoću tehnike uzorkovanja „vjerojatnoća proporcionalna veličini“, što znači da je svaka regija jednako zastupljena s obzirom na broj gradova, škola i odjeljenja (19). Na osnovu definirane veličine uzorka (184) i prosječne veličine odjeljenja (22 učenika) dobiven je broj od devet klastera (odjeljenja), koji je proporcionalno podijeljen na tri regije. Kako svako odjeljenje istovremeno predstavlja školu i grad, u cilju poštovanja probablističkog uzorkovanja za izbor gradova iz pojedinačne regije koristio se prosti slučajni uzorak. Tako su u ovoj etapi izvučeni po regijama sljedeći gradovi:

- ♦ Sjeverna regija: Bijelo Polje, Pljevlja, Mojkovac
- ♦ Središnja regija: Nikšić, Podgorica, Cetinje
- ♦ Južna regija: Bar, Herceg Novi, Ulcinj

Jednostavni slučajni uzorak

U trećoj etapi je dobivena konačna veličina uzorka. Polazeći od činjenice da je primarna jedinica uzorkovanja učenik, a vjerojatnoća izbora učenika u svakom odjeljenju 100 % i u cilju poštovanja probablističkog uzorkovanja, primjenom Random Number Generator for Microsoft Excel s popisa učenika iz svih škola koje pripadaju uzorkovanim gradovima pojedinih regija, za izbor u uzorak koristio se jednostavni slučajni uzorak. Svaki učenik izabran metodom jednostavnog slučajnog uzorka povlačio je za sobom odjeljenje kom pripada (sa određenim brojem učenika u njemu) i školu. Na taj način dobiven je uzorak od devet odjeljenja sa ukupno 228 učenika. Budući da su odjeljenja izabrana primjenom PPS uzorkovanja, izbor odjeljenja u geografskim regijama je konstanta za sva odjeljenja (samo-ponderiranje uzorka odjeljenja).

Proces implementacije istraživanja na terenu

U pripremnoj fazi istraživanja dobivena je suglasnost Ministarstva prosvjete Crne Gore (Broj 01-1745/4). Na osnovu dobivenih podataka prethodno je pripremljen sav neophodan materijal.

Odgovarajući broj upitnika sa kuvertama i smjernicama za suradnike istraživanja spakiran je u kutije posebno namijenjene za istraživanje. Svaki upitnik je individualno upakiran u bijelu kuvertu. Ni upitnici ni kuverte nisu bili ni na koji način označeni u cilju garantiranja anonimnosti sudionika i povećanja stupnja odaziva i iskrenosti odgovora. Sav materijal školama se slao poštom.

Upitnik je popunjavan na roditeljskom sastanku, a roditeljima koji nisu mogli prisustvovati, razredni starješina je, po prethodnom dogovoru, ili slao upitnik po djetetu ili je roditelj naknadno dolazio i u školi popunjavao upitnik. Nakon skupljanja upitnika, razrednik je kuverte i svoj izvještaj o broju roditelja koji su odbili sudjelovanje u istraživanju, stavljao u kutiju i slao poštom u istraživačku instituciju. Istraživanje među roditeljima djece koja pohađaju deveti razred osnovne škole u 2014./2015. godini provedeno je u razdoblju od listopada do prosinca 2014. godine.

Obrada podataka

Unos podataka

Za potrebe istraživanja izrađena je baza u SPSS Statistics 17 programu. Kodiranje je rađeno prije unosa i u skladu s prethodno razvijenim instrukcijama. Podaci su ručno unošeni u bazu.

Kontrola kvalitete podataka

Nakon unosa podataka u bazu, sve varijable su pojedinačno provjerene za greške i nedosljednosti. Provjera dosljednosti je pokazala da su svi upitnici valjano popunjeni. Svaka varijabla je provjerena za nepostojeće vrijednosti. Kada je uočena takva vrijednost, identificiran je redni broj upitnika. Ti upitnici su potom provjereni i ispravni kodovi su uneseni u bazu. Nakon ove kontrole, još jedan kontrolor je ponovio kontrolu, kako bi bili sigurni da su sve greške uočene i ispravljene.

Greške okvira uzorka i odbijanje sudjelovanja u istraživanju

Greške okvira uzorka, kao što su nepostojeće adrese, nepostojanje prezimena na navedenoj adresi itd., uz odbijanje sudjelovanja u istraživanju, uzimaju se u obzir pri analizi neuspjeha anketiranja.

Od ukupnog broja roditelja u uzorku (N=228) vraćeno je 214 upitnika, među kojima nije bilo nevaljanih. Samo jedan upitnik svrstan je u kategoriju greška okvira uzorka jer je taj učenik/roditelj u međuvremenu promijenio odjeljenje. Na upitnik nije odgovorilo 13 roditelja.

Tabela 5 prikazuje distribuciju greške okvira uzorka i odbijanje u istraživanju.

Tabela 5. Distribucija i proporcija greške okvira uzorka i odbijanja sudjelovanja

Ciljna populacija	Ukupni uzorak	Uspješno anketirano	Neodaziv	Greška okvira uzorka
Roditelji	228	214	13	1
		93,8%	5,7%	0,4%

Stopa odgovora u istraživanjima

Stopa odgovora se računala u skladu s formulom koja se preporučuje u ovakvim tipovima istraživanja: $Stopa\ odgovora = \frac{broj\ anketiranih}{N} \times 100$ – greška okvira uzorka.

Prema tom proračunu stopa odgovora prikazana je u Tabeli 6.

Tabela 6. Stopa odaziva ciljne grupe

Ciljne populacije	Ukupni uzorak	Validan uzorak *	Odgovor	Stopa odgovora
Roditelji	228	227	214	94,3%

*Validan uzorak = Ukupni uzorak – greška okvira uzorka

Statističke metode

Podaci su analizirani upotrebom Statistical Package for Social Science version 17.0 (SPSS 17.0). U obradi podataka korišteni su sljedeći statistički postupci:

- ♦ deskriptivna statistika – mjere centralne tendencije i varijabilnosti
- ♦ χ^2 test za utvrđivanje odstupanja opaženih od dobivenih frekvencija

REZULTATI

Demografske karakteristike

U studiji je sudjelovalo 214 roditelja (24 % očeva i 72 % majki). Prosječna starost roditelja bila je 42 godine. Najmlađi roditelj imao je 25, a najstariji 62

godine. Natpolovična većina obitelji imala je dvoje, a 41 % troje i više djece (Tabela 7).

Tabela 7. Broj djece u obitelji ispitanika

Broj djece	Broj obitelji	%
Jedno	13	6,2
Dvoje	110	52,6
Troje i više	86	41,1
Total	209	100,0

Najzastupljeniji uzrast najstarijeg i najmlađeg djeteta u obitelji je 14 godina (40,2 % i 38,6 %). Najstarija djeca imaju minimum 13 i maksimum 35 godina, a među najmlađom djecom maksimum godina je 15.

Tabela 8 pokazuje da najviše ispitanika živi u gradovima, skoro 60%, a najmanje u selima.

Tabela 8. Pregled ispitanika po mjestu življenja

Mjesto življenja	Broj obitelji	%
Grad	125	59,8
Selo	17	8,1
Prigradsko naselje	67	32,1
Total	209	100,0

Što se tiče razine obrazovanja ispitanika, više od polovine ima srednje obrazovanje, a s visokoškolskom razinom obrazovanja je oko jedna četvrtina ispitanika (Tabela 9).

Tabela 9. Pregled ispitanika po razini obrazovanja

Razina obrazovanja	Broj obitelji	%
Osnovna škola	13	6,4
Srednja škola	115	56,9
Viša škola	18	8,9
Fakulteti i više	55	27,2
Total	202	100,0

Kao što pokazuje sljedeća tabela (Tabela 10), najviše djece u obiteljima ispitanika pohađa osnovnu školu.

Tabela 10. Zastupljenost pohađanja obrazovnih institucija među djecom ispitanika

Obrazovna institucija	Broj djece	%
Vrtić	9	4,2
Osnovna škola	210	98,1
Srednja škola	51	23,8

Na pitanje „Postoje li programi očuvanja zdravlja zuba i usta za djecu u vrtiću ili školi sa svakodnevnom obavezom četkanja (pranja) zuba?“ većina je odgovorila negativno (63 %), a interesantan je podatak da skoro 15 % roditelja ne zna/nisu sigurni postoje li takvi programi. Na pitanje „Je li rađen pregled zuba i usta Vašem djetetu u školi ili vrtiću u prethodnih 12 mjeseci?“, gotovo 44 % roditelja je odgovorilo da jeste, 52 % da nije, dok manje od 5 % ne zna ili nije bilo sigurno (Tabela 11).

Tabela 11. Programi očuvanja zdravlja zuba i usta u obrazovnim institucijama

R.br.	Pitanja		Da	Ne	Ne znam
1.	Postoje li programi očuvanja zdravlja zuba i usta za djecu u vrtiću ili školi?	br	48	132	30
		%	22,9	62,9	14,3
2.	Je li rađen pregled zuba i usta u školi/vrtiću u prethodnih 12 mjeseci?	br	92	110	9
		%	43,6	52,1	4,3

Korištenje stomatološke zdravstvene zaštite

Da njihovo dijete/djeca ima svog stomatologa izjavilo je 93,9 % ispitanika. Kod najvećeg postotka obitelji (71,2 %) stomatološka ordinacija je udaljena manje od 3 km od kuće (Tabela 12).

Tabela 12. Dostupnost stomatološke zdravstvene zaštite

KORIŠTENJE STOMATOLOŠKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	br	%
E1 Ima li Vaše dijete (djeca) svog stomatologa?		
a Da	200	93,9
b Ne	8	3,8
c Ide kod onog koji ga može odmah primiti	5	2,3
E2 Koliko je stomatološka ordinacija udaljena od Vaše kuće?		
a Manje od 3 km	148	71,2
b 4-6 km	34	16,3
c 7-10km	12	5,8
d 11 km i više	14	6,7
E3 Koliko često sada Vaše dijete (djeca) ide stomatologu?		
a U intervalu kraćem od 6 mjeseci	105	49,8
b Svakih 6 mjeseci	43	20,4
c Jednom godišnje	22	10,4
d U intervalu dužem od 1 godine	5	2,4
e Bez odgovora	36	17,1

U vrijeme provođenja istraživanja polovina ispitanika je odgovorila da njihovo dijete ili djeca idu

stomatologu u intervalu kraćem od šest mjeseci, jedna petina svakih šest mjeseci, a svaki deseti jednom godišnje. U istom razdoblju razlog posljednjeg posjeta stomatologu najčešće je bila zakazana kontrola, pregled, čišćenje zuba ili nastavak liječenja, kod više od 61 % ispitanika, dok je hitno stanje: bol, otok, vađenje zuba bio razlog posjeta stomatološkoj ordinaciji za svako deseto dijete (Tabela 13).

Tabela 13. Razlog posljednjeg posjeta stomatologu u vrijeme provođenja istraživanja

Zbog čega je dijete posjetilo stomatologa posljednji put?	br	%
Zakazana kontrola, pregled, čišćenje zuba, nastavak liječenja	127	61,1
Zakazano plomiranje zuba	26	12,5
Hitno stanje - bol, otok, vađenje zuba	21	10,1
Na Vas zahtjev ili samoinicijativno bez zakazivanja	34	16,3
Total	208	100,0

Zbog čega je dijete posjetilo stomatologa zadnji put	Dobiveno	Očekivano	Preostalo
1. Zakazana kontrola, pregled, čišćenje zuba-nastavak liječenja	127	52,0	75,0
2. Zakazan tretman uklanjanja karijesa - plomiranje zuba	26	52,0	-26,0
3. Hitno stanje - bol, otok, vađenje zuba	21	52,0	-31,0
4. Na Vaš zahtjev ili samoinicijativno bez zakazivanja	34	52,0	-18,0
Ukupno	208		

Statistički test	
Chi-Square	145.885
df	3
Asymp. Sig.	.000

Analiza pokazuje da postoji statistički značajna razlika između očekivanih i dobivenih odgovora o razlozima posjeta djeteta stomatologu ($\chi^2=145.885$; $df=3$; $p<0,01$).

U narednoj tabeli prikazani su odgovori ispitanika na pitanja koja su se odnosila na ostale segmente korištenja stomatološke zdravstvene zaštite. Po mišljenju skoro četiri petine ispitanika stomatolog posvećuje dovoljno vremena djetetu, a natpolovična

većina je izjavila da je dijete primljeno točno u zakazano vrijeme, a nešto više od trećine čekalo je na prijem manje od pola sata. Ponovni posjet uglavnom je zakazivan u intervalima od tri do više od 30 dana. Kod više od polovine (52 %) djece liječeni su mliječni zubi. Više od 50 % ispitanika je izjavilo da im stomatolog nije objasnio što su zalivači, a 45 % da je djetetu rađeno zalivanje kutnjaka radi zaštite od karijesa, dok 13,7 % ne zna je li to rađeno. Više od polovine ispitanika izjavilo je da djetetu nisu premazivani zubi fluoridima radi prevencije karijesa, dok skoro 28 % ne zna ili nije sigurno je li to rađeno (Tabela 14).

Tabela 14. Obilježja korištenja stomatoloških službi i primjene preventivnih mjera kod djece

PITANJA	br	%
I Je li stomatolog posveti dovoljno vremena djetetu?		
a Da	166	78,7
b Ne	20	9,5
c Ne znam/nisam siguran/na	25	11,8
II Koliko je, prosječno, dijete čekalo da bude primljeno?		
a Primljeno je točno u zakazano vrijeme	113	54,1
b Manje od pola sata	78	37,3
c Između jednog i dva sata	11	5,3
d Duže od dva sata	2	1,0
e Često je vraćeno za drugi dan	5	2,4
III U kojim intervalima je zakazivana ponovna posjeta?		
a 3 - 5 dana	94	44,1
b 6 - 10 dana	66	31,0
c 11 - 30 dana	38	17,8
d Više od 30 dana	15	7,0
IV Jesu li djetetu liječeni mliječni zubi?		
a Da	110	51,9
b Ne	102	48,1
V Je li Vam je stomatolog objasnio što su zalivači?		
a Da	85	40,5
b Ne	108	51,4
c Ne znam/nisam siguran/na	17	8,1
V Je li stomatolog djetetu radio zalivanje kutnjaka radi zaštite od karijesa?		
a Da	96	45,3
b Ne	87	41,0
c Ne znam/nisam siguran/na	29	13,7
VI Je li stomatolog djetetu premazivao zube fluoridima radi zaštite od karijesa?		
a Da	36	17,1
b Ne	116	55,2
c Ne znam/nisam siguran/na	58	27,6

Po izjavama 42 % ispitanika njihovo dijete nosi ili je nosilo ortodontski aparat. Najčešći razlog zbog čega dijete nije posjetilo stomatologa u razdoblju od godine dana ili pola godine prije provođenja istraživanja je što problemi sa zubima djeteta nisu bili ozbiljni, što smatra jedna trećina ispitanika (Tabela 15).

Tabela 15. Razlozi zbog kojih dijete nije posjetilo stomatologa u razdoblju od šest mjeseci do godinu dana u vrijeme provođenja istraživanja

R.br.	Ako Vaše dijete NIJE posjetilo stomatologa u prethodnoj godini/pola godine, koji su glavni razlozi?	br	
		%	%
		Ne	Da
1.	Visoka cijena stomatoloških usluga kod privatnika	162 75,7	11 5,1
2.	Ranije loše iskustvo	167 78,0	6 2,8
3.	Moja prezaposlenost	161 75,2	12 5,6
4.	Problemi sa zubima nisu bili ozbiljni	101 47,2	72 33,6
5.	Stomatološka ordinacija je dosta daleko	170 79,4	3 1,4
6.	Stomatolog nije mogao naći odgovarajući termin	165 77,1	8 3,7
7.	Ne možemo se uskladiti sa radnim vremenom ordinacije	166 77,6	7 3,3

U prethodnoj godini/pola godine 45,8 % ispitanika je navelo da je njihovo dijete bilo kod stomatologa, a 27,7 % da je dijete bilo dva puta kod stomatologa u navedenom razdoblju.

RASPRAVA

Zdravstvene navike roditelja i znanje o oralnom zdravlju imaju veliki utjecaj na oralno zdravlje njihove djece. Brojne studije su istraživale utjecaj karakteristika roditelja kao što su znanje, stavovi i socioekonomski status, na ponašanje njihove djece u vezi oralnog zdravlja (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26).

Obrazovne institucije, škole i vrtići, mogu biti važni partneri u promoviranju dobre prakse oralnog zdravlja i preveniranju oralnih oboljenja među djecom. Također, mogu odigrati ključnu ulogu u prepoznavanju oralnih problema kod djece prije nego ti problemi postanu ozbiljni i u pomaganju obiteljima

u pravovremenom upućivanju na dobivanje usluga stomatološke zaštite za djecu.

Na pitanje „Postoje li programi očuvanja zdravlja zuba i usta za djecu u vrtiću ili školi sa svakodnevnom obavezom četkanja (pranja) zuba?“ velika većina roditelja (63 %) odgovorila je negativno. I na pitanje „Je li rađen pregled zuba i usta Vašem djetetu u školi ili vrtiću u prethodnih 12 mjeseci?“ više od polovine roditelja (52 %) odgovorilo je da takvi pregledi nisu rađeni. Ovakva situacija se vjerojatno može povezati sa reformom stomatološke zdravstvene zaštite iz 2008. godine kada je privatizirana stomatološka djelatnost i od kada se dječja i preventivna stomatologija više ne priznaje kao zasebna specijalnost, već postaje dio primarne zdravstvene zaštite, kao tim izabranog stomatologa. Na nacionalnoj razini ne postoje programi prevencije karijesa, nema podataka o postojanju programa prevencije karijesa u vrtićima i školama na razini zajednica, tako da se može reći da se na neki način ukinula sustavna briga države za oralno zdravlje djece i mladih. Djeca i mladi do 26 godina života su po Zakonu o zdravstvenom osiguranju oslobođeni plaćanja stomatoloških usluga iz osnovnog paketa usluga (14). Ovo pravo oni mogu ostvariti kod izabranog stomatologa, odnosno u ordinacijama koje su sklopile ugovor sa FZZO CG, čime je roditeljima ostavljena odgovornost hoće li i koga stomatologa će izabrati za stomatološku zaštitu svoje djece (15). Očigledno je da su roditelji najčešće neinformirani i ne znaju kako sustav funkcionira, čemu u prilog govori podatak FZZO Crne Gore da je zaključno s krajem 2013. godine registrirano samo 39,6% od ukupnog broja osiguranika koji imaju pravo na stomatološku zdravstvenu zaštitu (16). Pri tome treba imati na umu da taj postotak obuhvaća, pored djece i mladih, i trudnice i starije od 65 godina. Uzimajući sve ovo u obzir, moguće je da u potvrdnim odgovorima roditelja na ova dva pitanja o programima u zajednici ima dio odgovora koji se može podvesti pod socijalno poželjne odgovore. Potrebna su dalja istraživanja da bi se dobili precizni podaci.

Posjete i korištenje zdravstvenih usluga rezultat su djelovanja mnogih faktora, kao što su zdravstvene potrebe stanovništva, raspoloživost ili dostupnost

usluga i drugih faktora koji se odnose na organizaciju zdravstvenog sustava. Oboje, i organizacijska struktura stomatoloških službi i faktori koji se odnose na percepciju roditelja, prvenstveno majke, odnose se na korištenje stomatoloških usluga.

Nejednakosti u korištenju stomatološke zdravstvene zaštite pripisuju se socioekonomskim faktorima i faktorima individualnog ponašanja. U usporedbi s djecom iz obitelji s dohotkom iznad nacionalnog prosjeka, kod djece iz siromašnih obitelji i obitelji na granici siromaštva, je tri puta veća vjerojatnost da neće zadovoljiti stomatološke zdravstvene potrebe (27). Identificiranje determinanti korištenja stomatoloških službi je suštinsko za razvoj i poboljšanje politika dentalnog zdravlja u našoj zemlji.

S korištenjem stomatološke zdravstvene zaštite povezani su u velikoj mjeri životni i društveni standard, zdravstveni odgoj i informiranost i svakako dentalna patologija (4). Pregledi literature su pokazali da je redovno korištenje profesionalnih stomatoloških usluga, naročito preventivnih, povezano s boljim oralnim zdravljem, jer redovne posjete stomatologu omogućavaju ranu detekciju i bolji tretman oralnih oboljenja, ranu procjenu faktora rizika kao i podizanje svijesti roditelja o uzrocima i prevenciji oralnih oboljenja, prvenstveno karijesa. Stomatološke posjete također imaju potencijal da unaprijede preventivnu praksu kod kuće kroz edukaciju roditelja (28,29). Korištenje stomatološke zdravstvene zaštite, odnosno stomatoloških usluga, tijekom djetinjstva značajno je za prevenciju karijesa, čime se osigurava pravilan razvoj denticije, od mliječnih do trajnih zuba i jačanje vrijednosti dobrog oralnog zdravlja.

U Crnoj Gori brigu o oralnom zdravlju djece vode timovi izabranih stomatologa i stomatolozi u privatnim stomatološkim ordinacijama. Po nalazima ove studije 94 % ispitanika izjavilo je da njihova djeca imaju svoga stomatologa, a 71 % da je stomatološka ordinacija udaljena manje od 3 km od kuće. Generalna preporuka je da dijete treba da ide stomatologu dva puta godišnje i u skladu s tom preporukom jedna petina naših ispitanika odgovorila je da njihovo dijete/djeca posjećuje stomatologa svakih šest mjeseci. Treba imati na umu da posjeti

djece predškolskog i školskog uzrasta stomatološkoj službi uglavnom ovise od odluka roditelja da se pridržavaju zakazanih posjeta, a studije su pokazale da postoji značajna korelacija između pridržavanja redovnih posjeta od strane djeteta i razine obrazovanja roditelja, socioekonomskog i bračnog statusa (28,30). Razlog posljednjeg posjeta je kod više od 61 % ispitanika bila zakazana kontrola, pregled, čišćenje zuba ili nastavak liječenja, što je u suprotnosti s nalazima drugih studija, po kojima je razlog najvećeg broja dječjih posjeta osjećaj bola kao posljedica netretiranog karijesa (30,31,32).

Naši rezultati pokazuju da je, pored percepcije velike većine ispitanika da stomatolog posvećuje dovoljno vremena djetetu i da je dijete primljeno u zakazano vrijeme, ponovni posjet uglavnom zakazivan u intervalu od tri do 30 dana, što ukazuje na proces provedbe tretmana. Ovi nalazi podržavaju izjave o razlozima posljednjeg posjeta stomatološkoj službi i jedno od objašnjenja ovako čestom zakazivanju posjeta može biti pripisano kumulativnom efektu dentalnih problema s rastom djeteta. Drugo objašnjenje može biti nedostatak znanja o važnosti rane preventivne zaštite zuba i stoga roditelji vode dijete stomatologu uglavnom kada se pojave problemi ili u slučaju hitnih stanja, kao što su bol, otok ili ekstrakcija zuba. U prilog ovom objašnjenju su i odgovori roditelja o razlozima zašto dijete nije posjetilo stomatologa u prethodnih šest ili 12 mjeseci, na koje je trećina odgovorila da problemi sa zubima nisu bili ozbiljni. Kao što je ranije navedeno, odlazak djece stomatologu uglavnom zavisi od volje i odluka roditelja, tako da se manjak znanja roditelja o dentalnom zdravlju njihove djece, važnosti mliječnih zuba, vremenskog razdoblja za prvi stomatološki pregled i učestalost posjeta, percepcija nižeg prioriteta dentalnog zdravlja u komparaciji s općim zdravljem i nedovoljno shvaćanje potrebe za redovnim posjetima stomatologu kada dijete nema dentalnih problema, pokazalo da ima direktan utjecaj na namjeru roditelja da se pridržavaju preporuka o posjetima djece stomatologu (28).

Posjeti stomatološkim službama zbog razloga koji nisu povezani s preventivnim uslugama u izravnom su odnosu s prisustvom karijesa. Prisustvo bola kod

djece i adolescenata često je najvažniji faktor za korištenje stomatoloških službi. Proporcija djece (46 %) u našoj studiji koja je posjetila stomatologa u prethodnih 6 ili 12 mjeseci prije istraživanja, značajno je manja od proporcije objavljene u studiji Al Agili i suradnika, a slična je podacima iz SAD o posjetima djece i adolescenata i podacima iz pet nordijskih zemalja (27,33,34).

Pored ranije navedenih faktora koji se odnose na percepcije i stavove roditelja o korištenju stomatoloških službi, neprijatno iskustvo djeteta tokom prvog stomatološkog posjeta, nezadovoljstvo ranijim dogovorima, neizvjesnost oko stomatološkog tretmana, averzija djeteta prema posjetima stomatologu i stomatološkoj zaštiti povezana s anksioznošću, također može imati negativan utjecaj na pridržavanje preporučenih stomatoloških posjeta za dijete. Osim toga, istraživači su u nekoliko studija utvrdili faktore koje su roditelji doživjeli kao prepreke za redovne posjete stomatološkoj službi od strane njihove djece. Među njima su nedostatak kontrole nad ponašanjem svoje djece u vezi sa oralnim zdravljem, visoke cijene stomatoloških usluga, vremenska ograničenja vezana za školski raspored i obveze, niski obiteljski prihodi, fizička udaljenost i vrijeme koje je potrebno da se dođe do stomatološke ordinacije, kao i teškoće u komunikaciji sa stomatološkim osobljem (28). Kao barijeru za korištenje stomatoloških službi u našoj studiji ispitanici su najčešće naveli (34 %) to što nisu percipirali potrebu za odlazak stomatologu, što je na liniji s nalazima drugih studija (28,29,30,31).

ZAKLJUČAK

Rezultati su pokazali da je roditeljska percepcija zdravstvenih potreba djece primarna odrednica za korištenje stomatoloških službi. Roditelji smatraju da problemi sa zubima njihove djece nisu bili ozbiljni i to vide kao glavni razlog zbog kogA njihovo dijete nije koristilo stomatološke usluge. Korištenje preventivnih usluga nije na zadovoljavajuć razini.

Povećanje znanja o dentalnom zdravlju među roditeljima jedan je od mnogih koraka koji trebaju biti usmjereni na uklanjanje barijera za korištenje stomatološke zaštite. S druge strane i povećanje znanja

stomatologa u odnosu na ulogu i upotrebu fluorida u prevenciji karijesa ključno je za porast korištenja stomatoloških preventivnih usluga.

Zbog toga intervencije promocije oralnog zdravlja na svim razinama (obitelji, zajednice, regije, države) trebaju biti usmjerene na jačanje percepcije roditelja o potrebi korištenja stomatoloških, naročito preventivnih, usluga kako bi se spriječio nastanak dentalnih oboljenja ili bi se problemi sa zubima otkrili u ranoj fazi.

LITERATURA

1. World Health Organization (2012) Oral Health Fact Sheet. n. 318, April 2012. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>. Posjećeno (19. oktobar 2014.)
2. Beltran-Aguilar ED, Barker LK, Canto MT, Dye BA, Gooch BF, et al. Surveillance for dental caries, dental sealants, tooth retention, edentulism, and enamel fluorosis—United States, 1988–1994 and 1999–2002. *MMWR* 2005; 54:1–43.
3. Ota J, Yamamoto T, Ando Y, Aida J, Hirata Y, Arai S. Dental health behavior of parents of children using nonfluoride toothpaste: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2013, 13:7. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/13/74>. Posjećeno (11. Avgust 2014.)
4. Cucić V, Simić S, Bjegović V, Živković M, Vuković D i sur. *Socijalna medicina. Savremena administracija*. Beograd, 2000.
5. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(9):661-669.
6. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33(4):274-279.
7. Wall TP, Vujicic M, Nasseh K. Recent Trends in the Utilization of Dental Care in the United States. *J Dent Educ*. 2012; 76(8):1020-1027.
8. Edelstein BL. The Dental Caries Pandemic and Disparities Problem. *BMC Oral Health*. 2006; 6(1):2-6.
9. Isong IA, Zuckerman KE, Rao SR, Kuhlthau KA, Winickoff JP, Perrin JM. Association Between Parents' and Children's Use of Oral Health Services. *Pediatrics*. 2010; 125(3):502-508.
10. Hughes DC, Duderstadt KG, Soobader M-J, Newacheck PW. Disparities in Children's Use of Oral Health Services. *Public Health Rep*. 2005; 120(4):455-462.
11. Amin MS, Perez A, Nyachhyon P. Barriers to Utilization of Dental Services for Children Among Low-Income Families in Alberta. *J Can Dent Assoc*. 2014; 80:e51.
12. Wall T, Nasseh K, Vujicic M. Most important barriers to dental care are financial, not supply related. *Health Policy Institute Research Brief*. American Dental Association. October 2014. Available at: http://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/HPI/Files/HPI-Brief_1014_2.ashx Posjećeno (31. maj 2015.)
13. Program zdravstvene zaštite u Crnoj Gori za 2010. godinu. Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore Institut za javno zdravlje. Podgorica, 2009. godine. Available at: http://fzocg.me/docs/30/program_zz_2010..pdf . Posjećeno (30. septembar 2013.)
14. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju Sl. list Crne Gore, broj 14/2012. Available at: <http://www.sluzbenilist.me/PravniAktDetalji.aspx?tag=%7B38491947-BE05-4DF6A7C4F23F3C8D-31B9%7D> . Posjećeno (4. jun 2015.)
15. PRAVILNIK o bližim uslovima i načinu ostvarenja određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Available at: <http://fzocg.me/docs/175/pravilnici.pdf> . Posjećeno (4. jun 2015.)
16. Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore. IZVJEŠTAJ O RADU I POSLOVANJU FONDA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE CRNE GORE ZA 2013. GODINU. Podgorica, decembar 2014. godine. Available at: http://fzocg.me/docs/807/izvjestaj_o_radu_i_poslovanju_fonda_-2013.pdf . Posjećeno (4. jun 2015.)
17. Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore. Stomatologija. Available at:

- [http://fzocg.me/index.php#sadrzaj\(74\)](http://fzocg.me/index.php#sadrzaj(74)) . Posjećeno (30. maj 2015.)
18. Ministarstvo prosvjete Crne Gore. Odjeljenje za ICT. Available at: <http://www.mps.gov.me/kontakt> Posjećeno (10. januar 2014.)
 19. Battaglia PM. Chapter Two Sampling For Community Health Surveys, pp 21-27. in: Handbook of health survey methods. Johnson PT. ISBN: 978-1-118-00232-2 840 pages December 2014. Survey Research Laboratory University of Illinois at Chicago Chicago, IL, USA. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2015.
 20. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa T de S, Puppin-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89(2):116-23.
 21. Astrom AN. Parental influences on adolescents' oral health behavior: two-year follow-up of the Norwegian Longitudinal Health Behavior Study participants. *Eur J Oral Sci*. 1998; 106(5):922-930.
 22. Golubović Lj. Znanje, stavovi i praksa u prevenciji karijesa kod djece u Crnoj Gori i percepcija korišćenja stomatološke službe. Doktorska disertacija. Sarajevo, BiH: Stomatološki fakultet sa klinikama, Univerzitet u Sarajevu; 2016.
 23. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(9):644-645.
 24. Okada M, Kawamura M, Hayashi Y, Takase N, Kozai K. Simultaneous interrelationship between the oral health behavior and oral health status of mothers and their children. *J Oral Sci*. 2008; 50(4):447-452.
 25. Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2008; 9(2):79-83.
 26. Vanagas G, Milauskiene Z, Grabauskas V, Mickeviciene A. Associations between parental skills and their attitudes toward importance to develop good oral hygiene skills in their children. *Medicina (Kaunas)*. 2009; 45(9):718-723.
 27. Al Agili DE, Bronstein JM, Greene-McIntyre M. Access and Utilization of Dental Services by Alabama Medicaid-enrolled Children: A Parent Perspective. *Pediatr Dent*. 2005; 27(5):414-421.
 28. Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Maryam Amin M. Factors affecting children's adherence to regular dental attendance. A systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2014; 145(8):817-828.
 29. Amin MS, Perez A, Nyachhyon P. Barriers to Utilization of Dental Services for Children Among Low-Income Families in Alberta. *J Can Dent Assoc*. 2014; 80:e51.
 30. Camargo MJB, Barros AJD, Frazao P, Matijasevich A, Santos IS, Peres MA, Peres KG. Predictors of dental visits for routine check-ups and for the resolution of problems among preschool children. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(1):87-97.
 31. Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, Teixeira CRS, Piovesan C, Mendes FM, Ardenghi TM. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health* 2013, 13:60. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/13/60> . Posjećeno (10. jun 2015.)
 32. Villalobos-Rodelo JJ, Medina-Solis CE, Maupome G, Lamadrid-Figueroa H, Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF, Marquez-Corona M de L. Dental needs and socioeconomic status associated with utilization of dental services in the presence of dental pain: a case-control study in children. *J Orofac Pain*. 2010; 24(3):279-86.
 33. Griffin SO, Barker LK, Wei L, Li CH, Albuquerque MS, Gooch BF. Use of dental care and effective preventiveservices in preventing tooth decay among U.S. Children and adolescents--Medical Expenditure Panel Survey, United States, 2003-2009 and National Health and Nutrition Examination Survey, United States, 2005-2010. *MMWR Surveill Summ*. 2014; 63(2):54-60.
 34. Virtanen JI, Berntsson LT, Lahelma E, Kohler L, Heikki Murtomaa H. Children's use of dental services in the five Nordic countries. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(12):1080-1085.

THE PERCEPTION OF PARENTS ABOUT THE USE OF CHILDREN'S DENTAL HEALTH CARE IN MONTENEGRO

Ljiljana Golubović, Boban Mugoša
Institute for Public Health of Montenegro
81000 Podgorica, Montenegro

ABSTRACT

INTRODUCTION: Differences in the use of dental services are attributed to socioeconomic and individual behavioral factors. Parents' characteristics such as socioeconomic status, demographic characteristics, education and perception of children's oral health may affect the use of dental services. Parents play an important role in making decisions about their children's oral health and affect forms of oral health behavior and the use of dental health care.

OBJECTIVE: To investigate the parents' perception of the use of children's dental health care in Montenegro in relation to the self-assessment of their children's oral health as a reason for visiting a dentist.

METHOD: The sample encompassed 228 parents of nine grade elementary school students with a more sophisticated sampling methodology. The data was collected through a fill-in questionnaire. Descriptive statistics and χ^2 test were used for the analysis.

RESULTS: The response rate was 94.3%. 93.9% of children have their chosen dentist; 71.2% responded that the distance of the dental office was less than 3 km away. By declaring half of the respondents, the children go to the dentist at intervals of less than 6 months. In 61% of the children, the reason for the last visit was a check, review or continuation of treatment. In 52% of children dairy teeth were treated, 55% stated that no fluorides were used to prevent caries. The most common reason for not going to the dentist was that the problems with the teeth were not serious.

CONCLUSION: Parental perception of the health needs of children is the primary determinant for the use of dental services. The use of preventive services is not at a satisfactory level.

Key words: dental protection, parents' perception, children, access, use

Correspondence:

Dr.sc.dr Ljiljana Golubović, spec.soc.med.

E-mail: ljiljana.golubovic@ijzcg.me