

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
” VICTOR BABEȘ ” DIN TIMIȘOARA  
FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ  
DEPARTAMENTUL I**

**DRĂGAN RAMONA-CRISTINA**



# **TEZĂ DE DOCTORAT**

**PREVALENȚA, SEVERITATEA ȘI FACTORII DE  
RISC ASOCIAȚI CARIEI DENTARE LA COPII CU  
VÂRSTĂ DE 6-12 ANI DIN ROMÂNIA**

**– R E Z U M A T –**

Coordonator științific

**PROF. UNIV. HABIL. DR. GĂLUȘCAN ATENA**

**T i m i ș o a r a**

**2 0 2 2**



## CUPRINS

<b>LISTA PUBLICAȚIILOR.....</b>	<b>V</b>
<b>LISTA DE ABREVIERI.....</b>	<b>VI</b>
<b>INDEXUL FIGURILOR.....</b>	<b>VII</b>
<b>INDEXUL TABELELOR.....</b>	<b>VIII</b>
<b>MULȚUMIRI.....</b>	<b>IX</b>
<b>INTRODUCERE .....</b>	<b>X</b>
 <b>1. PARTEA GENERALĂ .....</b>	 <b>1</b>
1.1. PREVALENȚA CARIEI DENTARE – O PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE ORALĂ, DETERMINANT ESENȚIAL AL CALITĂȚII VIEȚII .....	1
1.1.1. SĂNĂTATEA ORALĂ: ANALIZĂ GLOBALĂ ȘI CLASIFICĂRILE OMS .....	3
1.1.2. PROGRAME DE SĂNĂTATE ORALĂ. REZOLUȚIA PENTRU SĂNĂTATE ORALĂ .....	7
1.1.3. SEVERITATEA ȘI PREVALENȚA CARIEI DENTARE LA NIVEL MONDIAL .....	10
1.1.4. SEVERITATEA ȘI PREVALENȚA CARIEI DENTARE ÎN ROMÂNIA. DATE DIN ULTIMII 10 ANI .....	15
1.2. PRINCIPII ACTUALE DE EVALUARE ȘI METODE DE DIAGNOSTICARE A CARIEI DENTARE .....	17
1.2.1. METODE DE EVALUARE A CARIEI DENTARE: AUTOEVALUAREA .....	17
1.2.2. METODE DE DIAGNOSTICARE A CARIEI DENTARE: INDICELE DMFT .....	18
1.2.3. METODE DE DIAGNOSTICARE A CARIEI DENTARE: INDICELE ICDAS .....	19
1.2.4. METODE DE DIAGNOSTICARE A CARIEI DENTARE: EVALUAREA COMPREHENSIVĂ .....	22
1.3. PRINCIPALII DETERMINANȚI AI SĂNĂTĂȚII ORALE .....	24
1.3.1. EVALUAREA FACTORILOR DE RISC DE LA SĂNĂTATEA GENERALĂ LA SĂNĂTATEA ORALĂ .....	24
1.3.2. NIVELUL DE EDUCAȚIE AL PĂRINȚILOR .....	25
1.3.3. IGIENA ORO-DENTARĂ .....	27
1.3.4. OBICEIURILE ALIMENTARE .....	27
1.3.5. INDICELE DE DEZVOLTARE AL ȚĂRII .....	29
1.3.6. MANAGEMENTUL FACTORILOR DE RISC .....	31
 <b>2. PARTEA SPECIALĂ .....</b>	 <b>35</b>
2.1. OBIECTIVELE ȘI METODOLOGIA CERCETĂRII .....	35
2.1.1. OBIECTIVE .....	35
2.1.2. DIRECȚII DE CERCETARE .....	35
2.1.3. MATERIAL ȘI METODE .....	35
2.1.4. METODOLOGIE – BAZA DE DATE ȘI METODE DE PRECESARE .....	36

2.2. STUDIUL 1- CORELAȚII ÎNTRE SEVERITATEA ȘI PREVALENȚA CARIEI DENTARE ȘI FACTORII DE RISC LA COPIII CU VÂRSTA DE 6 ANI DIN ROMÂNIA .....	37
2.2.1. INTRODUCERE .....	37
2.2.2. SCOPUL STUDIULUI .....	39
2.2.3. MATERIAL ȘI METODE .....	39
2.2.4. REZULTATE .....	43
2.2.5. DISCUȚII .....	46
2.2.6. CONCLUZII .....	48
2.3. STUDIUL 2- OBICEIURILE DE IGIENĂ ORALĂ LA COPIII CU VÂRSTA DE 6 ANI DIN ROMÂNIA .....	49
2.3.1. INTRODUCERE .....	49
2.3.2. SCOPUL STUDIULUI .....	50
2.3.3. MATERIAL ȘI METODE .....	50
2.3.4. REZULTATE .....	51
2.3.5. DISCUȚII .....	62
2.3.6. CONCLUZII .....	63
2.4. STUDIUL 3- ASOCIEREA DINTRE SEVERITATEA ȘI PREVALENȚA CARIEI DENTARE ȘI COMPORTAMENTUL LEGATE DE SĂNĂTATEA ORALĂ LA COPIII CU VÂRSTA DE 12 ANI DIN ROMÂNIA .....	64
2.4.1. INTRODUCERE .....	64
2.4.2. SCOPUL STUDIULUI .....	64
2.4.3. MATERIAL ȘI METODE .....	64
2.4.4. REZULTATE .....	70
2.4.5. DISCUȚII .....	76
2.4.6. CONCLUZII .....	79
2.5. STUDIUL 4- IMPACTUL EDUCAȚIEI PĂRINȚILOR ASUPRA COMPORTAMENTULOR LEGATE DE SĂNĂTATEA ORALĂ LA COPIII CU VÂRSTA DE 12 ANI DIN ROMÂNIA .....	80
2.5.1. INTRODUCERE .....	80
2.5.2. SCOPUL STUDIULUI .....	82
2.5.3. MATERIAL ȘI METODE .....	82
2.5.4. REZULTATE .....	84
2.5.5. DISCUȚII .....	89
2.5.6. CONCLUZII .....	91
<b>3. DISCUȚII GENERALE.....</b>	<b>92</b>
<b>4. ELEMENTE DE ORIGINALITATE ȘI PERSPECTIVE PE CARE LE DESCHIDE TEZA DE DOCTORAT.....</b>	<b>94</b>
<b>5. CONCLUZII .....</b>	<b>96</b>
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXE.....</b>	<b>I</b>

## **REZUMAT**

### **PARTEA GENERALĂ**

Caria dentară este cea mai răspândită afecțiune cronică în comunitățile din toate regiunile geografice și reprezintă principala cauză a durerii dentare și a pierderii dinților. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, se pot observa îmbunătățiri majore în ceea ce privește sănătatea orală, dar la nivel global există încă o povară ridicată a bolii. În ultimele decenii, caria dentară a fost cea mai importantă boală dentară publică și cea mai importantă problemă de sănătate dentară, datorită nivelului ridicat al populației afectate la nivel mondial și în special în țările în curs de dezvoltare. Studiul "Global Burden Disease" din 2017 afirmă că, atât la nivelul dinților temporari, cât și la nivelul dinților permanenți, cariile dentare reprezintă boala cu cea mai mare prevalență și a doua cea mai mare incidență pentru bolile orale. Caria dentară este considerată o boală orală, iar evoluția ei poate fi inversată dacă este diagnosticată în stadiile incipiente de demineralizare a smalțului.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, factorii de risc care influențează igiena orală sunt comportamentul alimentar și igiena orală inadecvată. Comportamentul preventiv joacă un rol esențial în asigurarea unei bune sănătăți orale pentru copii. Dimensiunea comportamentului preventiv acoperă aspecte precum igiena orală, accesul la servicii stomatologice, îngrijirea adecvată a dinților și a gingiilor, utilizarea instrumentelor de curățare adecvate și utilizarea pastei de dinți. Aceste elemente, care se referă la specificul îngrijirii orale, precum și la vizitele la medicul dentist, ar trebui să fie efectuate în mod regulat de la o vârstă fragedă, pentru a preveni apariția unor probleme de sănătate în organism. O igienă orală deficitară duce la apariția cariilor dentare, care, dacă nu sunt tratate corespunzător, pot duce la pierderea dinților. Adoptarea de către copii a unor obiceiuri comportamentale consecvente începe acasă, cu părinții, în special cu mamele lor. Mai ales în cazul copiilor mai mici, rolul părinților și al celor care se ocupă de îngrijirea copiilor este esențial pentru controlul cariei. Comportamentul alimentar pare să joace, de asemenea, un rol semnificativ în dezvoltarea cariei dentare, care este cauzată de consumul excesiv de zahăr.

O relație puternică între statutul socioeconomic și riscul de carie a fost confirmată de mai multe studii epidemiologice. Statutul socio-economic a fost descris ca fiind cel mai puternic factor determinant în creșterea al sănătății orale precare la copii și joacă un rol important în comportamentul de sănătate, utilizarea serviciilor de sănătate și expunerea la mediu. Accesul la îngrijirea orală și calitatea alimentației sunt direct afectate de deprivare. Comportamentele de sănătate sunt, de asemenea, influențate de structura socială și de mediu și sunt considerate o cale cauzală către o sănătate orală precară la începutul vieții. Deși sănătatea orală nu pune în pericol viața, impactul asupra sănătății generale și a calității vieții unui individ este foarte semnificativ, afectând somnul, capacitatea intelectuală, activitatea intelectuală și stima de sine.

În rândul copiilor, caria dentară nu a fost abolită ca boală, ci doar monitorizată într-o anumită măsură. Datele din studiile epidemiologice ale Programului de sănătate orală al Organizației Mondiale a Sănătății arată că, în ultimele două decenii, prevalența și severitatea cariei dentare la copii în țările dezvoltate a scăzut, în timp ce în unele țări în curs de dezvoltare a crescut.

În timp ce la nivel internațional preocuparea comunității științifice se reflectă într-o disponibilitate crescută a datelor privind sănătatea orală a copiilor, în cazul școlarilor români numărul studiilor științifice realizate până în prezent este redus, datele colectate sunt limitate la zone foarte mici și de obicei în aglomerări urbane sau periurbane. Deși sănătatea orală este considerată a fi o componentă importantă a sănătății generale, influențând starea generală de sănătate, capacitatea de alimentație și de vorbire a copiilor sau frecventarea școlii, o analiză a literaturii de specialitate a relevat faptul că nu există date disponibile la nivel național privind eventuale studii care să vizeze sănătatea orală la vârsta de 6-12 ani.

## **PARTEA SPECIALĂ**

Această cercetare face parte din primul Studiu Național de Sănătate Orală din România privind starea dentară a școlarilor cu vârste cuprinse între 6 și 12 ani, urmărind să analizeze principalii factori de risc care influențează prevalența și severitatea cariei dentare în raport cu elemente legate de specificul copilului și de realitatea obiectivă în care acesta trăiește.

## OBIECTIVE GENERALE

Obiectivul principal al cercetării a fost evaluarea stării de sănătate orală a copiilor cu vârste cuprinse între 6 și 12 ani din România, evaluând obiceiurile preventive și alimentare ale acestora.

Obiectivele secundare au fost identificarea corelațiilor dintre prevalența și severitatea cariilor și obiceiurile preventive, obiceiurile alimentare, situația socio-economică, zona de proveniență, nivelul de educație al părinților, precum și evaluarea metodelor de igienă orală și a practicilor alimentare utilizate de grupul țintă.

**Partea specială** este structurată în 4 studii, după cum urmează:

În **primul studiu** a fost evaluată severitatea și prevalența cariei în corelație cu factorii de risc la un grup de școlari în vârstă de 6 ani.

**Al 2-lea studiu** a avut ca scop caracterizarea obiceiurilor de igienă orală la școlarii de 6 ani.

**Cel de-al 3-lea studiu** descrie severitatea și prevalența cariei în asocieră cu comportamentele de sănătate orală la școlarii de 12 ani.

**Al patrulea studiu** investighează impactul educației părinților asupra comportamentelor de sănătate orală la școlarii de 12 ani.

## MATERIAL ȘI METODE

Etapa 1 a cercetării a presupus pregătirea unui calendar pentru desfășurarea întregului studiu, elaborarea și validarea unor chestionare de evaluare a stării de sănătate orală, care urmau să fie completate de părinții copiilor de 6 ani, respectiv de copiii de 12 ani.

Faza a 2-a presupus elaborarea protocoalelor de colaborare prin obținerea acordului Ministerului Sănătății din România, obținerea sprijinului OMS, informarea și obținerea acordului Inspectoratelor Școlare Județene, obținerea colaborării cu școlile și cadrele didactice care vor fi implicate.

Etapa a 3-a constă în procedura de calibrare a examinatorilor implicați în colectarea datelor.

În etapa 4, chestionarele de evaluare a sănătății orale au fost înmânate părinților copiilor cu vârsta de 6 ani, respectiv copiilor cu vârsta de 12 ani.

În etapa finală, a fost efectuată examinarea clinică a copiilor și au fost colectate chestionarele obținute, astfel încât datele să poată fi introduse într-o bază de date pentru o prelucrare statistică ulterioară.

Școlile au fost selectate în funcție de numărul total de copii înregistrați în cele 42 de județe din România, iar mărimea eșantionului a fost estimată luând în considerare o eroare de eșantionare de  $\pm 3\%$  la un interval de încredere de 95%. Estimările au indicat că era necesar un total de 1067 de evaluări pentru fiecare populație țintă. Pentru a crea un eșantion reprezentativ la nivel național, au fost colectate și verificate informațiile publice disponibile online pentru toate cele 41 de inspectorate școlare și pentru București, capitala României. Pentru grupa de vârstă de 6 ani, a fost stabilit numărul de copii înscriși în învățământul preșcolar. Pentru grupa de vârstă de 12 ani, s-a stabilit numărul total de copii școlari și s-a exprimat ca procent din numărul total de copii înscriși la examenul național de absolvire a clasei a VIII-a pentru fiecare școală din România. Informațiile disponibile public au fost colectate de la toate cele 4696 de școli și evaluate, determinând distribuția grupului țintă. A fost creat un eșantion reprezentativ la nivel național, stratificat și randomizat pe baza unităților administrative (județe) și a tipului de reședință (de exemplu, zone urbane versus zone rurale). Numărul total de elevi a fost determinat pentru fiecare județ, iar procentul de copii rezultat a fost calculat și utilizat pentru a estima numărul de copii eșantionați din fiecare județ. Numărul total de copii a fost apoi distribuit în funcție de reședința urbană sau rurală și a fost determinată dimensiunea finală a eșantionului. Pentru a selecta școlile din regiunile urbane sau rurale, a fost utilizată funcția de randomizare (MS Excel). În total, au fost selectate în consecință 49 de școli.

În momentul colectării datelor, copiii au fost examinați într-o sală de clasă sau în orice încăpere disponibilă, cu ajutorul profesorului prezent în timpul procedurii, folosind surse de iluminat speciale și truse de examinare. Radiografiile nu au fost utilizate pentru diagnosticare. Examinarea a fost efectuată de la un dinte la dintele adiacent. Un dinte a fost considerat prezent dacă orice parte a acestuia era vizibilă în



cavitatea bucală. În cazul în care dintele permanent și dintele primar ocupau același spațiu dentar, a fost înregistrată starea dintelui permanent. Criteriile ICDAS au fost utilizate pentru a clasifica severitatea leziunilor de carie vizuală, iar Ghidul ICCMS pentru practicieni și educatori a fost utilizat pentru a clasifica prezența materialului de obturație pe toate suprafețele dentare disponibile ale dinților permanenți și primari. S-au utilizat role de bumbac pentru a îndepărta placa dentară sau resturile alimentare. Codurile ICDAS pentru fiecare suprafață au fost înregistrate pe o fișă specifică. Codurile ICDAS 1 și 2 au fost înregistrate ca "A" deoarece nu a fost posibilă uscarea la aer. Fișele cu rezultatele examinărilor au fost atașate la chestionare și s-a obținut consimțământul informat de la fiecare participant.

Chestionarul este format din 15 întrebări care alcătuiesc cele două dimensiuni de tip comportamental (prevenție și nutriție) comportamente care influențează radical îngrijirea și sănătatea cavității bucale a copiilor.

Studiile au fost transversale și au fost efectuate pe o perioadă de un an. Pe parcursul acestei perioade de timp au fost efectuate atât colectarea de date cu ajutorul unor chestionare bazate pe standardele OMS, cât și înregistrarea datelor privind prevalența și gravitatea cariilor prin examinarea directă a elevilor. Studiile au fost efectuate din punct de vedere etic, în conformitate cu Declarația de la Helsinki a Asociației Medicale Mondiale. Părinții sau îngrijitorii copiilor implicați în cercetare și-au dat consimțământul informat în scris. Consimțământul în cunoștință de cauză a fost obținut de la toți subiecții implicați în studiu. Protocolul a fost aprobat de Comitetele de Etică ale Ministerului Sănătății din România (nr. 3411/05.04.2018), Ministerului Educației (nr. 1573/12.03.2019) și Universității de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara, România (nr. 29/28.09.2018).

## **REZULTATE**

A fost examinat un eșantion de 809 copii cu o vârstă medie de 6,48 ani. Distribuția pe sexe a fost relativ uniformă în cadrul eșantionului (47,22% bărbați și 52,78% femei). În general, 42,65% dintre copii locuiau în comunități rurale și 57,35% în comunități urbane, majoritatea locuind în comunități mici. 14,76% (106 copii) au avut

un indice DMFT de 0. Media DMFT a eșantionului a fost de 4,89, iar indicele SiC al întregului eșantion a fost de 9,83. Comportamentele preventive și dietetice au fost corelate cu trei indici clinici pentru a stabili existența sau absența unor diferențe semnificative în rândul școlarilor români: mt = dinți lipsă, numărul de dinți cu codul 97/98 indică dinți care au fost extrași din cauza cariilor; rt = restaurare (numărul de suprafețe care au o restaurare/etanșare): deoarece dinții pot avea câte 4-5 suprafețe fiecare, acest indice poate lua valori ridicate; d3t = numărul de suprafețe cu un cod de carie mai mare de 3 (carie smalț). Codurile pornesc de la 0 la 6-7, iar codurile de la 3 în sus indică prezența leziunilor smalțului (restul sunt leziuni incipiente, fără leziuni ale smalțului).

S-a putut observa o asociere negativă între DMFT și nivelul de educație al părinților, fiind prezis atât de nivelul de educație al tatălui, cât și de cel al mamei. Analiza Poisson a arătat asocieri semnificative între DMFT și consumul de fructe ( $= 0,04$ ,  $SE = 0,01$ ,  $p < 0,05$ ), băuturi carbogazoase ( $= 0,04$ ,  $SE = 0,01$ ,  $p < 0,01$ ), lapte ( $= 0,05$ ,  $SE = 0,01$ ,  $p < 0,01$ ) și ceai ( $= 0,05$ ,  $SE = 0,01$ ,  $p < 0,01$ ).

În ceea ce privește apariția durerilor dentare 31,7% dintre părinții copiilor din clasa 0 din România au declarat că fiul/fiica lor nu a avut niciodată dureri de dinți în ultimele 12 luni, 51,7% au declarat pozitiv că în ultimele 12 luni fiul/fiica lor a avut dureri de dinți o dată sau de două ori. 8,7% dintre părinții copiilor din clasa 0 din România au raportat că fiul/fiica lor a avut dureri de dinți aproape în fiecare lună în ultimul an, 2,9% dintre ei au simțit dureri de dinți aproape în fiecare săptămână, iar 1,4% dintre copiii din clasa 0 au simțit dureri dentare aproape în fiecare zi, în timp ce 3,6% dintre părinți nu își mai amintesc dacă fiul/fiica lor a avut dureri de dinți în ultimul an. Dintre cei 809 subiecți din clasa 0 intervievați, majoritatea părinților copiilor au declarat că aceștia au fost la dentist o dată (21,8%) în ultimul an, 21,6% nu au primit niciodată îngrijiri stomatologice (nu au fost la dentist) în ultimele 12 luni, 16,6% au fost la dentist de două ori, iar 9,6% dintre subiecți au fost la dentist de mai mult de patru ori în ultimele 12 luni. În cazul copiilor de 6 ani, principalul motiv pentru care au vizitat medicul dentist este durerea, problemele cu dinții, gingiile sau gura (41,9%), urmat de controlul stomatologic de rutină (38,7%), iar ultimul este tratamentul sau urmărirea (16,6%).

La studii au participat în total 814 elevi (388 de băieți și 426 de fete) cu vârste cuprinse între 11 și 14 ani, cu o vârstă medie de  $12,29 \pm 0,6$  ani. Valoarea indicelui DMFT determinat pentru eșantion a fost de  $2,93 \pm 2,70$ .

Procentul de copii fără carii în Oltenia a fost de 17,81% în regiunile rurale și de 26,32% în cele urbane, în timp ce în nord-vestul Transilvaniei procentele au fost mai mici: 4,00% în regiunile rurale și 20,00% în cele urbane. În plus, numărul mediu de carii dentare a fost mai mare în nord-vestul Transilvaniei: 4,24 (SD 5,44) în regiunile rurale și 2,42 (SD 3,97) în zonele urbane. Cel mai mare număr de carii dentare a fost observat în partea centrală a țării (Transilvania Centrală), cu o medie de 6,05 (SD 9,11) în zonele rurale și 3,92 (SD 6,55) în zonele urbane. Numărul mediu de obturații a fost mai mare în partea de nord a țării și mai mic în sud. Moldova, partea de nord-est a țării, a avut cel mai mare număr mediu de restaurări (4,09; SD 4,17 în zonele rurale și 3,48, SD 3,49 în zonele urbane), în timp ce Oltenia (partea de sud) a avut cel mai mic număr de restaurări (0,52, SD 1,21) în zonele rurale și 1,05 (SD 1,72) în zonele urbane. Capitala, București, a avut cel mai mare procent de zone fără carii (26,26%), iar partea de vest a țării (Banat) a avut cel mai mic procent de zone fără carii în zonele urbane (10,22%). În ceea ce privește severitatea leziunilor, leziunile de carii incipiente au fost mai frecvente în partea de vest (Banat) și în partea de nord-vest a țării (nord-vestul Transilvaniei), în timp ce în celelalte regiuni s-au observat leziuni carioase extinse.

În ceea ce privește corelația dintre tipul de comportament alimentar și sex, rezultatele au arătat o corelație pozitivă semnificativă pentru băieții care consumă fructe proaspete (0,17\*\*), biscuiți, fursecuri, cremă, plăcinte dulci, chifle dulci (0,27\*\*), dulceață/miere (0,14\*\*), gumă de mestecat cu zahăr (0,38\*\*), dulciuri (0,21\*\*), lapte îndulcit (0,23\*\*), ceai îndulcit (0,36\*\*) și cacao îndulcită cu zahăr sau miere (0,16\*\*). Conform rezultatelor studiului, există o puternică asociere statistică negativă între educația tatălui și consumul de biscuiți, fursecuri, creme, plăcinte dulci și chifle dulci de către copii (-0,09\*\*) băuturi îndulcite (-0,15\*\*) dulciuri (-0,14\*\*). În ceea ce privește nivelul de educație al mamei, rezultatele au arătat, de asemenea, o relație negativă puternică cu consumul de biscuiți, fursecuri, creme, plăcinte dulci și chifle dulci (-0,12\*\*) băuturi îndulcite (-0,19\*\*) gumă de mestecat cu zahăr (-0,16\*\*) dulciuri (-0,18\*\*) ceai îndulcit (-0,10\*\*) cacao cu zahăr sau miere (-0,09\*\*).

În ceea ce privește nivelul de educație al părinților și impactul acestuia asupra comportamentului de sănătate orală la copiii de 12 ani, rezultatele au arătat că a existat o relație negativă semnificativă între nivelul de educație al mamei și frecvența durerilor de dinți și a disconfortului raportat de copii în ultimele 12 luni. În ceea ce privește relația dintre nivelul de educație al mamei și frecvența vizitelor la dentist raportate de copii, a existat o relație pozitivă și semnificativă, ceea ce înseamnă că, cu cât nivelul de educație al mamei era mai ridicat, cu atât mai multe au fost vizitele copiilor la dentist. O asociere semnificativă și pozitivă a putut fi observată între nivelul de educație al tatălui și frecvența spălării dinților la copii, astfel că, cu cât nivelul de educație al tatălui era mai ridicat, cu atât mai mare era frecvența curățării dinților copiilor. Media DMFT, este semnificativ și negativ corelată cu nivelul de educație al mamei, ceea ce înseamnă că, cu cât nivelul de educație al mamei este mai ridicat, cu atât indicele DMFT la copii este mai mic.

## DISCUȚII

Sănătatea orală precară rămâne o problemă majoră în toate țările și există inegalități majore în ceea ce privește sănătatea orală atât în interiorul țărilor, cât și între țări, în ciuda faptului că majoritatea bolilor orale pot fi ușor prevenite prin mijloace simple și eficiente. Eforturile trebuie să se concentreze asupra cercetării în ceea ce privește prevenirea eficientă a bolilor orale la nivelul populației, înțelegerea factorilor sociali determinanți ai sănătății orale și integrarea îngrijirii sănătății orale în programe mai ample care vizează reducerea poverii globale a bolilor netransmisibile. Aspecte legate de faptul că bolile orale au fost incluse în spectrul bolilor netransmisibile, de faptul că sănătatea orală este parte integrantă a sănătății generale și că are factori de risc comuni majori cu alte boli netransmisibile au fost evidențiate anterior. Având în vedere că problemele de sănătate orală sunt extrem de importante în rândul elevilor, determinarea parametrilor personali care influențează prevalența cariei este esențială pentru eforturile de prevenire a acestora.

Caria poate fi considerată o boală comportamentală. Principalul factor de risc care influențează semnificativ igiena orală este comportamentul alimentar. Alimentația

joacă un rol foarte important în igiena orală, deoarece ceea ce mâncăm în fiecare zi ne afectează direct dinții și gingiile. Băuturile îndulcite, dulciurile, amidonul contribuie la apariția cariilor dentare. Pentru a avea o bună igienă orală și pentru a preveni problemele dentare, este necesar să educăm copiii de la o vârstă fragedă cu privire la importanța alimentației.

Atitudinea părinților față de sănătatea orală a copiilor depinde de educația acestora. Nivelul scăzut de educație al părinților este considerat unul dintre factorii predispozanți care duc la o sănătate precară a copiilor, inclusiv la o sănătate orală precară. De asemenea, nivelul de educație al părinților este direct asociat cu statutul socioeconomic al familiei. Copiii care trăiesc în sărăcie sau în locuințe sărăcicioase, care au o dietă săracă sau nu au acces la educație timpurie de înaltă calitate, au mai multe șanse să se confrunte cu boli cronice la vârsta adultă și cu perpetuarea între generații a sărăciei și a sănătății precare.

Rezultatele studiilor de cercetare științifică din această teză de doctorat oferă date originale, clare și concise privind starea de sănătate orală a copiilor cu vârste cuprinse între 6 și 12 ani din România, folosind instrumente de evaluare standardizate recomandate de OMS. Conform literaturii de specialitate, acesta este primul studiu la nivel național, care a avut ca grup țintă școlarii cu vârsta medie de 6 și 12 ani din România. Pentru a avea o imagine de ansamblu asupra sănătății orale a școlarilor, este de dorit ca studiile de cercetare științifică care utilizează o metodologie similară să fie realizate în mod regulat, astfel încât datele obținute să poată fi comparate, pe de o parte, dar și integrate, pe de altă parte, astfel încât politicile de sănătate să răspundă nevoilor profilactice și curative ale copiilor.

## CONCLUZII

Cercetarea a reușit să atingă obiectivele declarate la începutul studiului. Prevalența cariei la copiii cu vârsta de 6 ani este ridicată în România, comparativ cu recomandările OMS pentru această grupă de vârstă. Doar o mică parte din această grupă de vârstă are un DMFT egal cu 0. Severitatea cariei la copiii români în vârstă de 6 ani este influențată de parametri precum nivelul de educație al părinților, alimentația

deficitară și indicele de dezvoltare a județului. Legat de factorii de risc, există corelații negative între nivelul de educație al părinților, atât al mamei, cât și al tatălui, și DMFT la grupa de 6 ani din România. Legat de obiceiurile alimentare, există corelații semnificative din punct de vedere statistic între prezența cariei dentare și consumul de lapte îndulcit, ceai și cacao și băuturi carbogazoase în cazul școlarilor de 6 ani. Prevenția în România nu este o componentă a igienei orale care să primească multă atenție în rândul copiilor. Există diferențe semnificative în ceea ce privește obiceiurile preventive între copiii din mediul urban și cei din mediul rural cu vârsta de 6 ani. Copiii în vârstă de 6 ani rezidenți în mediul urban raportează mai multe vizite regulate la controale stomatologice și un periaj dentar mai frecvent.

Prevalența și severitatea cariei la școlarii români în vârstă de 12 ani este puternic influențată de mediul socio-economic, precum și de comportamentele specifice de consum, DMFT pentru această grupă de vârstă fiind de  $2,93 \pm 2,70$ . În ceea ce privește factorii de risc, nivelul de educație al părinților influențează prevalența cariei la școlarii români. Rezultatele sugerează că prevalența crescută a cariei se poate datora nivelului scăzut de educație al părinților. Prevalența cariei la grupul de elevi cu vârsta de 12 ani este influențată de comportamentele alimentare, cum ar fi consumul de băuturi răcoritoare carbogazoase, lapte, dulciuri, ceai și cacao. Prevalența cariei la copiii de 12 ani este influențată de zona de reședință rurală sau urbană. Numărul de restaurări este influențat de sexul copiilor, de nivelul de educație al părinților și de consumul de băuturi răcoritoare carbogazoase și cacao. A existat o corelație între starea de sănătate orală, comportamentul preventiv și nivelul de educație al părinților/îngrijitorilor copiilor din România.

Contribuțiile originale se referă la dezvoltarea și organizarea primului studiu național care utilizează o metodologie coerentă pentru întregul eșantion național, prima evaluare națională a prevalenței și severității cariilor la școlarii români de 6 și 12 ani. De asemenea, este primul studiu care identifică relația dintre obiceiurile preventive și alimentare și starea de sănătate dentară a școlarilor români de 6 și 12 ani, precum și modul în care nivelul de educație al părinților influențează starea de sănătate dentară a copiilor de 12 ani din România.

Având la dispoziție aceste date, factorii de decizie își pot propune posibilitatea conceperii și implementării unor măsuri și politici de prevenție și intervenție timpurie în cazul afecțiunilor orale, începând din ciclul primar, având în vedere că școlarii reprezintă un grup de risc, și continuând pe tot parcursul ciclului gimnazial și liceal. Având în vedere numărul considerabil de copii cu carii, rezultatele studiului susțin ideea unui program educațional, orientat către copii, despre posibilele cauze ale leziunilor carioase, despre evoluția cariei în absența intervenției asupra factorilor cauzali. În absența unui program național de educație sanitară a populației privind sănătatea orală, cariile apar la vârste din ce în ce mai mici, iar nevoile de tratament devin din ce în ce mai complexe. Pe baza rezultatelor obținute în urma prelucrării chestionarelor administrate elevilor de 12 ani participanți la studiu, precum și a datelor obținute de la părinții copiilor de 6 ani participanți la acest prim studiu național, se conturează ideea centrală a implementării unui program de sănătate orală în vederea îmbunătățirii nivelului de cunoștințe în domeniul sănătății orale, care se concretizează prin adoptarea unor atitudini și comportamente sănătoase în sfera sănătății orale cu implicații pe termen lung la nivel național.