МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА
КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНО ДЕНТАЛНО ЗДРАВЕ”

Д-р Джема Маринова Грозданова

РОЛЯ НА ЧАСТНО ПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ЗА ДЕЦА И УЧЕНИЦИ

София, 2014

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
Факултет по дентална медицина
Катедра „Обществено дентално здраве”

Д-р Джема Маринова Грозданова

РОЛЯ НА ЧАСТНО ПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ЗА ДЕЦА И УЧЕНИЦИ

Дисертационен труд

за придобиване на образователна и научна степен „Доктор“

Научна специалност „Обществено дентално здраве“

Научен ръководител:
Проф. Д-р Лидия Георгиева Катрова, дм

София, 2014

Съдържание

Глава I:Литературен обзор 6
1. Дентални грижи за децата и учениците в България в период на преход от държавна организация към частна дентална практика 6
2. Прилагане на профилактични програми и техния ефект върху зъбния статус на децата и подрастващите в Европа и САЩ, добри практики 11
2.1 Европейски програми 11
2.2 Промоция и превенция в някои европейски страни, опит и проблеми 12
2.3 Европейски глобални орални здравни показатели 17
3. Опитът на България в прилагане на профилактични програми в училища и детски градини 18
4. Методи за обучение и мотивация на деца и ученици за подобряване на оралното здраве в училищна среда 22
5. Социална характеристика на родителите, познания за зъбното здраве и ефективен контрол върху зъбната хигиена на децата 25
6. Участието на ЛДМ в процеса на взаимодействие между децата и техните родители и учители 30
7. Институционализиране на усилията на отделните групи: ученици, родители, учители и дентални лекари за подобряване на денталното здраве на децата 32
8. Училището – място за приложение и контрол на профилактичните програми 35

Глава II:Методика на изследването 44
1. Цел 44
2. Задачи 44
3. Материал и методи 45
3.1 Материал 45
3.2 Модел на изследването 48
3.2.1 Пилотно проучване 48
3.2.2 Основно проучване 49
3.3 Методи на събиране на данните 50
3.3.1 Единици на наблюдение 50
3.3.2 Признаци на наблюдение 50
3.3.3 Източници на събиране на информацията 51

Глава III:Резултати 56
1. Резултати по първа задача 58
2. Резултати по втора задача 66
3. Резултати по трета задача 78
4. Резултати по четвърта задача 89

Глава IV:Обсъждане 94
1. Обсъждане по първа задача 95
1.1 Позиция на изследваните групи за съществуването на дентални кабинети в училищата 98
2. Обсъждане по втора задача 101

3. Обсъждане по трета задача..... 103
4. Обсъждане по четвърта задача..... 105

Глава V:Заключение 109

Глава VI:Изводи..... 113

Глава VII:Приноси 114
1. Научно – приложни приноси 115
1.1 Модел за подобряване на комуникацията между училището и семейството..... 115
1.2 Модел за реализиране на контакт между училището и ЛДМ 115
1.3 Модел за подобряване на комуникация между родителите и ЛДМ 116
1.4 роект за въвеждане на дентална услуга за социално слаби деца в училищата..... 116
2. Научно – теоретични приноси..... 117

Глава VIII: Приложения 119
Приложение 1 Индивидуална карта за снемане на зъбен статус 119
Приложение 2 Бланка за информирано съгласие..... 120
Приложение 3 Въпросник за ЛДМ..... 121
Приложение 4 Въпросник за деца 130
Приложение 5 Въпросник за родители..... 135
Приложение 6 Въпросник за учители 144
Приложение 7 Отговорни институции за здравната политика..... 151
Приложение 8 Бюджет за дентална помощ 152
Приложение 9 Нормативна уредба за упражняване на частна медицинска практика след 1991 г..... 153

Библиография 154

Curriculum vitae..... 167

Благодарности..... 169

Съкращения

БЗС	- Български зъболекарски съюз
БЛС	- Български лекарски съюз
ЗЗО	- Закон за здравното осигуряване
КОЗП	- Кариес на оклузалната зъбна повърхност
ЛДМ	- Лекар по дентална медицина
ЛЗБП	- Лечебни заведения за болнична помощ
МЗ	- Министерство на здравеопазването
МОН	- Министерство на образованието и науката
МУ	- Медицински университет
НЗОК	- Национална здравно - осигурителна каса
НППОЗ	- Национална програма за профилактика на оралните заболявания
НПО	- Неправителствени организации
НРД	- Национален рамков договор
ОДУ	- Обществена дентална услуга
ОДЗ	- Обучение по дентално здраве
ООЗ	- Обучение по орално здраве
ОПЛ	- Общо - практикуващи лекари
РЗИ	- Регионална здравна инспекция
СЗО	- Световна здравна организация
СЗОК	- Столична здравно-осигурителна каса
СИС	- Социално - икономически статус
ЦДГ	- Целодневна детска градина
DMFT	- Decayed, Missing, Filled Teeth (Кариозни, екстрахирани поради кариес и обтурирани зъби)
ECHI	- European community health indicators (Здравни показатели на европейската общност)
EUROHIS	- Проект на европейската комисия за сравнимост на данните от здравни проучвания в различни държави на европейския съюз
FDI	- International Dental Federation (Международна дентална федерация)
HPSs	- Health Promoting Schools (Насърчаващи здравето училища)
ISARE	- Проект за здравни индикатори в Европейските региони

Въведение

Промените в системата на здравеопазването през последните години създадоха нови възможности за професионална реализация на лекарите по дентална медицина и гаранции за свободен избор на пациентите. В същото време достъпът до здравни грижи, особено на децата и подрастващите беше затруднен, поради оттеглянето на държавата от субсидиране на денталната помощ [8]. Още по-силно се прояви този проблем за лечението на групите с повишен здравен и социален риск, в частност децата и подрастващите и с още по-сериозни последици за развитието на процеса на профилактиката.

През 25 годишния период на преход на обществено управление от държавно-централизиран тип към свободен пазар и пазарът на денталните услуги показа огромен напредък в областите „конкуренция", „нивото на знания на ЛДМ", както и в обмяната на опит с държави в ЕС и извън него, „повишаването на квалификацията" и специфичните умения. Сферата, в която се наблюдава изоставане през тези години е организацията на провеждане на масови профилактични прегледи и прилагане на масови профилактични мерки при децата и учениците. Дейността на ЛДМ като „самостоятелна единица", без съдействието на заобикалящата учениците среда – техните семейства и училището като институция, няма възможност да осигури нужната превенция. Грижите за децата и учениците са оставени като изключителна отговорност на родителите. За съжаление, именно най-уязвимите социални групи, които показват по-високо ниво на заболеваемост и нужди от лечение, не винаги могат да разчитат на ефективна грижа и контрол от семейството.

В съответствие с радикалната реформа на здравната система в България организацията на грижите за децата и учениците показа, че се нуждае от ясно дефиниране на субектите и механизмите за осигуряване на достъп, достатъчен обем и контрол на лечебната и профилактичната дейност [8]. Родителите, които доскоро бяха свикнали да разчитат изцяло на държавните стоматологични кабинети в училищата, вече трябва да поемат отговорност за здравето на децата си. От друга страна, дори и да проявяват отговорност и активност, те не биха могли сами да се справят с предизвикателства като: намирането на достатъчно информация за новите адекватни за съответната възраст на децата им методи за дентална грижа и

профилактика, преценяване на периода за посещение при ЛДМ с цел профилактика, създаване на стабилни във времето навици за орална хигиена.

Денталните лекари, от своя страна, без стабилна мрежа и концепция за организиране на обществени мерки, биха могли да оказват лечебни и профилактични грижи на отделни деца, но не и на подрастващо поколение като цяло. В ежедневието, най-близо до децата в детските градини и училищата, са техните възпитатели и учители. В повечето случаи те са до тях и в случай на здравен проблем. Те също са и хората, на които децата вярват и биха подражавали. В училищата има лекарски кабинети, а в някои от тях и дентални кабинети. Но дали възпитателите и учителите са достатъчно подготвени и мотивирани за такава дейност?

Опитът на развитите страни показва, че грижата за здравето на децата и тяхното възпитание трябва да следват общ план, в който ролята на отделните участници е ясно дефинирана. Определен е и начинът на реализиране на сътрудничество, координиране на усилията и търсенето на обратна връзка, която регистрира процесите и тенденциите в оралното здраве [35,51,137].

Прегледът на литературата и нормативната база в нашата страна показва, че денталната помощ за деца и ученици до този момент не е приоритет в политиките за интегрирана профилактика и лечение на хроничните заболявания, както и в политиките за майчино и детско здраве. Процесът на ефективна интеграция на оралната профилактика в цялостното развитие на децата и подрастващите предстои, но трябва да си даваме сметка, че промяната в подходите и стратегиите може да се основава само на сериозен анализ на ситуацията, с последващо осигуряване на политическа подкрепа, професионално участие и обществен ресурс – материален и човешки.

Като се изхожда от важността на изложените по-горе проблеми, тяхната обществена значимост, наличните предизвикателства и предпоставки пред лекарите по дентална медицина и населението за изграждане на среда за едно по-здраво общество, се насочих към изучаването на денталния статус и нивото на подготвеност на децата и техните родители по въпросите на денталното здраве, нагласите на учителите да сътрудничат в различни здравни програми и мотивацията на денталните лекари да работят с деца и ученици и тяхната готовност да участват в мероприятия по превенция и профилактика на денталните заболявания.

Глава I: Литературен обзор

1. Дентални грижи за децата и учениците в България в период на преход от държавна организация към частна дентална практика

Компонентите на денталната грижа имат законодателни, икономически, професионални и социални аспекти. Доброто или приемливото ниво на орално здраве на обществото, в частност на децата, е цел, която се формулира като част от здравната политика. Реализирането й е възможно с участието на политиците, представителите на медиите, здравните изследователи и, разбира се, всички учащи и работещи в сферата на медицината, и в частност, на денталната медицина.

Кариесът е инфекциозно нетрансмисивно заболяване, което се обуславя от множество фактори, включително социално-икономически детерминанти, и при овладяването му се изисква комплексен подход. Този подход включва оценка на ситуацията в динамика, препоръки за здравословно поведение и клинична професионална грижа за малките деца и бременните жени от страна на общопрактикуващите лекари по дентална медицина. Опитът показва, че са необходими както обществено–базирани инициативи за „промоция на здраве“, по-добри възможности за достъп, програми за флуоризация на питейна вода, работа с бъдещите майки, лакови покрития на зъбите и много други, така и индивидуални и групово–базирани дентални програми.

От конгреса на FDI, 2012 г. зъбният кариес се приема като „поведенческо заболяване с бактериален компонент”. Неправилното поведение, според авторите, поражда процес, който позволява бактериално участие и реализиране на кариозни лезии. Корекцията в поведението помага за самоконтрол на оралната среда и недопускане на развитие на кариозни лезии [59].

Организацията на детската дентална помощ в развитите страни е предмет на планиране и включва участие на здравните власти, националните здравни каси и националните дентални асоциации, училището като институция и семейството [8].

В България, до 2000-та година, в съответствие с нормативната база, за денталното здраве на децата и учениците се грижат училищни и детски стоматолози, които работят на територията на училищата. В тяхното работно време е имало предвидени часове за профилактична дейност, здравна просвета и профилактични програми. Практически всички деца и ученици са били диспансеризирани [8].

През 1991 година, с поправка в закона, се разрешава частната практика и част от децата започват да се лекуват извън училищните кабинети[1].

С навлизането на частната практика бюджетното финансиране на кабинетите в училищата намалява, условията на труд в тях се влошават и в крайна сметка те постепенно биват закривани [10]. Денталната помощ за децата и учениците има организационни особености поради две основни причини:

- не е призната за приоритет в здравната политика;
- първичната помощ в голяма степен се реализира в частния сектор.

Процентът на частния сектор за страните на Европейската общност достига 87% [10].

„Децентрализацията и либерализацията на системата за здравна помощ, в частност на дентална помощ в България след 1991 година, насити с „политически задачи“ професионалната дейност на лекарите и ЛДМ. Директно или чрез организирано представителство на техните професионални организации те реално или потенциално участват в процесите на формиране и реализиране на здравната политика.“ (Катрова, 1998).

През април 2000-та година е подписан първият за България Национален рамков договор (НРД) между Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), Българския лекарски съюз(БЛС) и Българския стоматологичен съюз (БСС).

Рамковият договор, който БЗС подписва отговаря на принципите на съвременното европейско и национално задължително здравно осигуряване – заплащане за конкретно завършено лечение, възможност за смяна на лекаря по дентална медицина по желание на пациента, отбелязване на извършената

[1] Законите, наредбите и правилниците за условията и реда за упражняване на частна медицинска практика са представени в приложение 9.

дейност в здравноосигурителната книжка на пациента. При въведения в България здравно-осигурителен модел парите вървят пред пациента, т.е. осигурява се достъпност на здравноосигурените лица. Качеството се гарантира основно от конкуренцията между денталните лечебни заведения. Националните рамкови договори се подписват за съответната година, като от 2000 до 2009 година НРД за стоматологична/дентална помощ е в общ документ, подписван между НЗОК, БЛС и БСС (Български стоматологичен съюз), изпълняващ законовите задължения да се гарантира достъпна и квалифицирана медицинска и дентална помощ на здравноосигурените в НЗОК лица. От 2010 г. се сключват самостоятелни договори между различните професионално-съсловни организации и НЗОК [5].

Бюджетът за дентална помощ в началото на задължителното здравно осигуряване е 9% от здравноосигурителните плащания (виж приложение 8). Постепенно, през годините, той намалява, като бюджетът за дентална помощ за 2013 г. представлява 4,37% от бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания и 0,16% от брутния вътрешен продукт на България. Средно на един българин през 2012 година се полагат по 14,62 лева от отделения бюджет на НЗОК за дентална помощ.

Законът за здравното осигуряване (ЗЗО) урежда здравното осигуряване в Република България и свързаните с него обществени отношения. Здравното осигуряване се дефинира нормативно като дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и здравноосигурителни премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори и в здравноосигурителните договори [11]. През 2009 година ЗЗО се променя така, че методиките за ценообразуване, цените, обемите и пакетите дейности се определят с постановление на Министерския съвет, по член 55д от ЗЗО; контролът и санкциите преминават от НРД към ЗЗО, премахват се арбитражът и арбитражните комисии [5]. Държавата внася за деца и учащи се до 26-годишна възраст половината от стойността на здравноосигурителните вноски.

В параметрите на този бюджет за децата до 18-годишна възраст е осигурен следния пакет лечебни дейности: един преглед и четири дейности

годишно, включващи лечение на кариеса на временните и постоянни зъби и неговите усложнения (пулпити и периодонтити), а също и екстракции на временни и постоянни зъби. В пакета дейности за деца до 18 г. не са включени профилактични дейности – почистване на зъбен камък и силанизиране на постоянните молари. През годините бюджетът за дентална помощ, в частност обемите, предназначени за детските контингенти, показва динамика в абсолютни стойности (виж приложение 8).

Трябва да се отбележи и още един факт – годишният бюджет за дентална помощ при така описаният пакет за деца и пакетът за възрастни, не могат да покрият нуждите на здравноосигурените лица. През системата на задължителното здравно осигуряване годишно, за дентална помощ, преминават около 25% от нуждаещите се [23]. Тези данни са от голямо скринингово проучване на специалисти по детска дентална медицина от факултетите по дентална медицина в София, Пловдив и Варна, обхванало 21 160 деца от всички региони и типове населени места. Същото изследване показва, че приблизително 71% от децата до 6 години у нас са с кариеси, при това засегнатите временни зъби при тях най-често са 3 или 4. В групата на 12-годишните средно 3 постоянни зъба са с кариес, а при 18-годишните броят на засегнатите постоянни зъби вече достига числото 6. Само 30% от 6-годишните у нас са без кариес, при 12-годишните процентът на свободните от кариес деца намалява до 22%. Едва 35% от децата и младежите до 18-годишна възраст са със здрави венци, което означава, че 65% са с някакво заболяване на венците и зъбодържащия апарат [23].

В момента организацията на работа в денталните кабинети изглежда по следния начин:

Собственост на денталните кабинети

Аналогично на специализираната медицинска помощ, съществуват общински дентални центрове и зъботехнически лаборатории. В тях обаче работят малък брой ЛДМ. Повечето са наематели на индивидуална практика в или извън сградите, които са общинска собственост. Сега повечето ЛДМ притежават частни кабинети, а някои притежаваха такива още преди стартиране на реформата (между 1991 и 2000 г) [11].

Квалификация

Реално, почти всички ЛДМ работят на обща практика, като за тях, в Закона за лечебните заведения, отпадна изискването за придобиване на специалност „Обща дентална медицина”. Специалности, които не са включени в приложения 5.1.3, 5.1.4 и 5.3.3 на Директива 2005/36/ЕО за признаване на професионални квалификации за лица с образователно-квалификационна степен „магистър по дентална медицина“ са: детска дентална медицина, обща дентална медицина, оперативно зъболечение и ендодонтия, пародонтология и заболявания на оралната лигавица, протетична дентална медицина, социална медицина и обществено дентално здраве, дентална клинична алергология и дентална имплантология [26].

Достъп и избор

Забелязва се концентрация на денталните лекари в регионите София – град, Пловдив, Варна, за разлика от другите региони с намаляващ или запазващ се брой дентални лекари [32].

Съществуват условия, които осигуряват достатъчно големи възможности за избор, както и за конкуренция, с изключение на малките общини. Реално обаче, поради ниските доходи, незначителното финансиране от НЗОК, значителните суми за доплащане, достъпът е ограничен и затруднен, понякога и невъзможен за голяма част от населението – особено за ромското малцинство и децата с увреждания [117].

Финансиране

Плащанията в денталната сфера в много висока степен са от страна на пациента, без да се реимбурсират от обществен или застрахователен фонд, почти всички регламентирани. Има ниска степен на финансиране чрез обществен ресурс – НЗОК**,** което се осъществява за извършена дейност, която обаче е лимитирана като обем**.** Делът на доброволното здравно осигуряване е незначителен, но има ясен потенциал за развитие, тъй като повечето от услугите са извън основния пакет [11].

2. Прилагане на профилактични програми и техния ефект върху зъбния статус на децата и подрастващите в Европа и САЩ, добри практики

2.1 Европейски програми

Организацията на детската дентална помощ в развитите страни е предмет на планиране и включва: участие на здравните власти, националните здравни каси и националните дентални асоциации, училището като институция и семейството.

Целите, които си поставя Европа до 2020 година са дефинирани както следва:

- подобряване на системата за събиране на информация за кариес заболеваемост и пародонтални заболявания в Европейски мащаб. Компоненти на информационната система на оралното здраве са: проучване, интервенция и грижа, качество и резултатност, снемане на орален статус, администриране [108];
- работа по политиките на превенцията;
- акцентиране върху обучението за орална хигиена и използването на ежедневните елементарни методи - миене на зъбите два пъти дневно с флуорна паста, използване на конци за почистване на между-зъбните пространства, балансирана диета, заместване на миенето на зъбите през деня с дъвки без захар и редовно посещение при ЛДМ;
- акцентиране върху работата за намаляване на дефицита в комуникацията между ЛДМ и пациентите;
- включване на оралното здраве в „Общия план за действие срещу хроничните заболявания в Европа"[68].

През 2001 година стойностите на DMFT при 12 годишните са най – високи в Полша, Литва, Португалия, Италия, Испания, Унгария (стойности между 5 и 6). Най-ниски са стойностите на DMFT в тази възраст в Холандия, Финландия и Дания (1-2); Ирландия, Великобритания, САЩ и Норвегия показват средни стойности на DMFT (3-4) [117].

2.2 Промоция и превенция в някои европейски страни, опит и проблеми

Дания, лидер в промоция и превенция

В Дания регистрирането на денталния статус на децата започва от 1972 г. Стойностите на индекса DMFT при 12-годишните стабилно намалява от 1975 г. През 2009 г. DMFT при 12-годишните е 0.64, сравнен с 5.2 през 1975 г.; 2.1 през 1985 г. и 1 през 2000 г. (Регионален офис на СЗО за Европа, 2011 г.).

Сравнително ниският процент на деца с кариес, с извадени постоянни зъби и обтурирани зъби, сравнен с данните за други страни, частично се обяснява със свободния достъп до дентална грижа за децата до 18 г. в общинските дентални кабинети и в частните кабинети, където платените такси се реимбурсират на пациентите от общините. Усилието да се популяризира здравното обучение също затвърждава ежедневното използване на паста и четка за зъби. Проучвания показват, че навиците за добра орална хигиена**,** придобити в детска възраст, остават трайни и при възрастните.

В Дания помощта за децата, заплащана от общините, включва периодични контролни прегледи, лечение на кариес, също и изпращане при специалист ортодонт при нужда. Според закона за Денталната помощ от 1986 г. системата осигурява здравна промоция, системна превенция и лечение, безплатно за деца до 18 г. [79].

Съвременните общински служби за дентална помощ в Дания съчетават разнообразни здравни дейности. Проучването показва, че икономическите и кадрови ресурси, както и политическата подкрепа на местно ниво водят до подобрение на условията за здравна дейност в общността. Въпреки това, при денталните услуги от голямо значение са и добрите вътрешни условия. Фактори, като благоприятни условия на труд, добра среда в центровете за дентални услуги, мотивацията и активната ангажираност на персонала, както и прозрачността в управлението имат конструктивно въздействие върху организацията на здравната дейност [145].

Румъния

В Румъния през последните две десетилетия реформата в здравната система е насочена към преход към свободна икономика и децентрализация. Това затруднява установяването на национален подход за подобряване на

състоянието на денталното здраве при деца и млади хора. Въпреки, че достъпът до основни дентални грижи е гарантиран от държавата чрез системата на здравното осигуряване, оценката на денталното здраве на населението е затруднена. Ситуацията се усложнява и от факта, че има отдалечени зони, в които достъпът до здравни грижи е ограничен, поради липса на условия и персонал [73].

Австрия

В Австрия, при изследвания, публикувани през 2001 г., половината от всички 6-годишни деца са здрави – свободни от кариес. Около 30% от децата на 6 години са с напълно здрави временни зъби. Децата на 6г. имат по два временни зъба с кариес, с обтурация или извадени вследствие на кариес млечни зъби. Относително малка група деца в тази възрастова група показва много лошо състояние на зъбите [115].

Разпространението на зъбния кариес при 12-годишните в Австрия значително намалява в периода 1997-2002 г. Повече от половината 12-годишни са без нито един кариес, а 25% от всички деца са с напълно здрави зъби без всякакъв признак за наличие на кариес. Отново, и в тази възраст, концентрацията на кариеса е при все по-малко на брой високо рискови деца.

Германия

Лекуването на зъби в Германия става практика в средата на 19 век. Намаляването на разпространението на кариеса в Германия се дължи на мерки в сферата на груповата и индивидуална профилактика, на подобреното почистване на зъбите в домашни условия и на денталната помощ. През 1989 г. поправки в закона за социалното осигуряване дават възможност за финансиране на групова профилактика при деца и възрастни - мерки за флуоризация и информационни кампании. През 1991 г. се въвеждат и начини за индивидуална профилактика при деца и възрастни, с разширяване на обема на профилактичните дейности през 1993г. По-специално, силанизирането на фисурите на постоянните молари е допринесло значително за намаляване на кариеса [137].

Подобряването на денталното здраве при 12-годишните в Германия е особено впечатляващо. Преди две десетилетия (1991 г.), 12-годишните все още

имат повече от 4 зъба с кариес, липсващи поради кариес или обтурирани зъби (DMFT – 4,1). През 2001 година DMFT е 1,2.

Англия и Уелс

В периода 2002-2003 година в Англия и Уелс е проведено мащабно епидемиологично проучване, обхващащо 77693 деца на възраст 14 години. Целта на изследването е да се установи наличието на кариес на дентина D3. Установената средна стойност на индекса D3MFT е 3,03. Тези стойности показват подобряване на оралното здраве в сравнение с 1994-95 година, но и необходимост от по-ефективни превантивни стратегии и лечебна грижа за постоянните зъби в тази важна възрастова група. Средно половината от прегледаните 14 годишни са засегнати от кариес на дентина и това е лош старт за приемане на предизвикателствата и целите на 21 век за оралното здраве [113].

Видовете орални заболявания в различните възрасти при деца и подрастващи се определят от следните основни рискови фактори:

1. Във възрастта от 0 до 4 години - генетични аномалии/дефекти, вредни навици при сучене, липса на орална хигиена, специфични бактерии, консумация на захари.
2. Във възрастта между 5 -14 години основни рискови фактори са: лоша орална хигиена, консумация на захари, вредни навици, аномалии на захапката, травма – спорт, игра, катастрофи.
3. В младежката възраст между 14 и 25 години - лоша орална хигиена, консумация на захари, специфични бактерии, психологичен стрес, нарушения на имунната система, метаболитни нарушения.

   Във първата възрастова група най-честата орална патология е cheilognahtopalatoschisis, нарушено развитие на челюстта, кариес на временни зъби.

   Във втората възрастова група - оклузален кариес, гингивит, зъбна малпозиция и малоклузия, зъбни травми.

   В третата възрастова група най-честата орална патология е апроксималният кариес, гингивити, ювенилни пародонтити [137].

За първична профилактика на кариеса на постоянните молари се практикува метод на покриване на фисурите със силанти.

Силанизирането е широко разпространен и постоянно използван, тестван и валидиран метод с висока степен на международно научно признание [72, 123, 147]. Запечатването на дълбоките фисури и ямки на първите постоянни интактни молари е най-ефикасното средство за предпазване от зъбен кариес, защото тези зони са предилекционни места за задържане на плака, съществува трудност или невъзможност за отстраняването и/или повлияването й с флуорна профилактика и съответно образуване на кариес. Запечатването със силанти, които отделят и флуорни йони, се осъществява до две години след пробива им, период, през който емайлът „узрява" и достига най-висока степен на минерализация.

Франция

До 1993 година във Франция силанизирането на премоларите и дори на моларите е твърде рядко практикувано без съмнение, защото не е било реимбурсирано от здравния фонд, а също и поради игнорирането от страна на обществото. Големите проблеми при прегледаните деца се установяват в състоянието на първите молари. Счита се, че състоянието на първите молари винаги се отразява на общото състояние на устната кухина [67].

Големият напредък по отношение на денталното здраве във Франция през последните години е пряко свързан с прилагането на масовата и индивидуалната превенции.

Златните правила на Превенцията във Франция са:

- напредък в диетичното хранене - т.нар. „sugar-free" продукти;
- тенденцията за увеличаване на пазара на четки и пасти за зъби;
- повишената роля на флуора;
- повишената активност на ЛДМ, които работят на всички нива;
- обучението и внушаването на „загриженост" на учителите и медицинския персонал в системата на образование;
- създаването и разпространението на обучителни материали в училище и в денталните кабинети, за да са сигурни, че всяко дете поема отговорност за денталното си здраве;
- провеждането на скринингв в училище с мотивираща цел [67].

Съединени Американски Щати

Изследване в САЩ относно силанизирането на първите постоянни молари е проведено в периода 1985-1992 година и включва 15 438 деца. Избраните в кохортата деца трябва да са били обхванати от програмата за осигуряване на социално слаби хора – Medicaid деца на възраст между 5 и 7 години, да са били на възраст между 4 и 6 години към месец юли 1985 г., когато започва прилагането на безплатни силанти, и да е подадено от тяхно име в Medicaid поне едно искане за плащане на дентална помощ в периода от юли 1985 г. до декември 1992 г. Намерението е било да се изберат деца, обхванати от програмата за осигуряване Medicaid приблизително към момента на поникване на първите им постоянни молари, като по този начин се минимизира необходимостта от потенциално възстановително лечение на тези зъби преди поставянето на силанти. Проучването прави преглед на методологията на изследване на ефективността на силантите. Според резултатите от този систематичен преглед, поставянето на силанти е препоръчителна процедура за превенция на кариес на оклузалните зъбни повърхности на постоянните молари.

Ефективността на синтетичните силанти за намаляване образуването на кариес е ясна, докато данните за гласйономерните цименти са по-слабо убедителни. Като цяло, 23% от децата са получили поне един силант, а 33% - поне една услуга свързана с лечението на кариес на оклузалната зъбна повърхност (КОЗП). Силантите са се оказали ефективни в превенцията на КОЗП, макар че степента на ефективност е била най-висока при децата с по-голяма степен на КОЗП преди поставянето на силанта. Кумулативните разходи по програмата Medicaid сочат реализация на икономии от силантите в рамките на 2 години от поставянето им при деца с 2 или повече предишни случая на КОЗП. Тъй като поставянето на силанти при някои деца във висок риск е свързано с икономия на разходи за Medicaid, както Medicaid, така и обществото като цяло ще имат ползи от осигуряването на силанти за тези деца [43,72 88,114,130,139,147].

Изследвана е популация от третокласници от обществените училища в щата Мериленд - 2642 деца, с период на скрининг 2000-2001 г. При това изследване наличието/отсъствието на зъбни силанти на постоянните молари е

оценявано според визуални критерии. Дескриптивните променливи включват пол, расова/етническа принадлежност, родител/настойник, ниво на образование и здравно-осигурителен статус. Данните са получени посредством въпросник, попълнен от родители или настойници, участващи в проучването на оралния здравен статус на децата в училищна възраст в щата Мериленд, 2000-2001 г. (2 642 родители). Изходните променливи включват посещение при ЛДМ през последната година, профилактика през последната година, обичаен източник на медицинска помощ и обичаен източник на дентална помощ. Описателните променливи включват регион, клас, расова/етническа принадлежност и допустимост до безплатно хранене (или намалена такса), образование на родителите/настойниците и осигурителен дентален статус.

Като цяло, по-малко от 25% от третокласниците в щата Мериленд са получили зъбни силанти, включително 16% от не-испано говорещите цветнокожи деца, 11% от децата в семейства с по-малко от 12 години образование и 17% от децата без дентална здравна застраховка [43,72 88,114,130,139,147].

2.3 Европейски глобални орални здравни показатели

В периода 2005-2008 година под егидата на Генералния Директорат по здравеопазване и потребители на Европейската комисия (European Community Directorate General for Health and Consumers, SANCO), в тясно сътрудничество с други програми за събиране на данни за ситуационния анализ на Европейско ниво (ECHI, ISARE, EUROHIS), е реализиран Европейски проект EGOHID (European global oral health indicators). Предмет на изследване в този проект са били**:**

- показатели за мониторинг на оралното здраве на децата и подрастващите. Тази група показатели носи информация за постигнатото по отношение на нагласите на обществото, семейството и училището към проблемите на оралното здраве и начините за опазването и възстановяването му, както и за капацитета на системата да осъществи необходимите мерки в тази насока [9]. Индикаторите са подредени по важност (доказан медицински и социален ефект) и хронология на развитие на децата с оглед първичната профилактика, а именно:

  .

1. Ежедневно използване на флуорни зъбни пасти;
2. Превантивни грижи за бременните жени;
3. Ниво на информираност на майките за превантивния ефект от използване на флуорни пасти за зъби;
4. Наличие на други източници на флуор и съдържанието на флуор в тях;
5. Програми за първична профилактика в детските градини;
6. Училища, с условия за провеждане на контролирано ежедневно измиване на зъбите с четка и флуорна паста за зъби;
7. Редовни скрининги във връзка с програмите за орално здраве;
8. Ниво на поставяне на защитни силанти;
9. Покриване на нуждите от ортодонтско лечение;
10. Кариеси на ранното детство;
11. Кариеси на първия постоянен молар при децата;
12. Флуороза на зъбите [9].

3. Опитът на България в прилагане на профилактични програми в училища и детски градини

Системата на здравеопазване в сферата на денталната медицина в България след 1991 г. дава възможност за свободен избор на ЛДМ и сравнително лесен достъп до дентални грижи. Голяма част от родителите не обръщат на време внимание на оплакванията на децата си, което води до усложнения, по-голям брой посещения в денталния кабинет и съответно до по-висока цена на лечението [11].

След 1984 г. липсват национални данни по основните орални епидемиологични показатели при деца и възрастни. Според данните, с които разполагаме, оралните заболявания показват тенденция за рязко увеличаване. За разлика от високите стойности на DMFT в България в изследвания период 1982-1984 година, световната тенденция е към известно снижаване на кариесната епидемичност във високо развитите страни. За това важно направление в профилактиката на началния кариес е повишаване резистентността на твърдите зъбни тъкани и специално на емайла чрез

подходяща хранителна профилактика, ендогенна флуорна профилактика, а в последно време и чрез локално приложение на флуориди, минерализиращи средства и флуорирани силанти [17].

При изследвания провеждани в периода 1982-1984 година по-малко от 25% от 6-годишните деца нямат кариеси. Интензитетът на зъбния кариес - dft при тях е 4,7 – това означава, че едно дете има средно 4,7 засегнати от кариес временни зъби. Постоянните зъби са вече 20% засегнати от кариес.

При 12-годишните интензитетът на зъбния кариес - DMFT е 4,0 -това означава, че едно дете има средно 4,0 засегнати от кариес постоянни зъби.

Всеки четвърти 18-годишен е с един изваден постоянен зъб [21].

Денталната медицинска помощ в България след 2000 година се характеризира с отсъствие на ефективни масови профилактични програми, обхващащи децата и учениците, което води до задълбочаване на негативните тенденции в оралното здраве на всички възрастови групи от населението.

Практически цялото население е обхванато от орални заболявания - кариес и усложненията му, пародонтопатии, зъбно-челюстни деформации, дефекти на зъбните редици и други [21].

Изследвания, проведени през последните 20 години в България, показват следните резултати:

- най-висока честота на кариеса имат първите и вторите молари и в двете челюсти - долна и горна, 1-2 години след пробива. Най – ниска е честотата на кариеса при долните фронтални зъби [20];
- при 14-годишните най-силно са засегнати оклузалните повърхности, по-слабо – апроксималните и гладките. Горните молари – медиално, а долните – дистално. Описаното разпространение по повърхности има значение за локалната профилактика на кариеса [19];
- честотата на кариеса при фронталните зъби при 7-14 годишните е слабо изразена [18];
- изследване проведено в периода 2002-2003 година показва, че кариесът се развива предимно при оклузални повърхности с дълбоки фисури. Оклузалната морфология трябва да се има предвид при изработване на стратегия за превенция на оклузалния кариес в детска възраст [13];

- установява се слабо засягане от оклузален кариес на първи и втори премолари във възрастта от 9 до 14 години при проучване направено през 2005 година [12].

В периода 1981-1992 година зъбният кариес при 12-годишните намалява, като най-ниското ниво е регистрирано през 1992г. Наблюдава се тенденция за повишаване на DMFT и Ep в периода 1992-1997 г. [16].

Стойностите на DMFT и Ep показват положителният ефект на профилактичните програми на регионално ниво до 1992 г. и необходимостта от спешни мерки за преодоляване на негативните тенденции в последните години, показва изследване от 1997 година [16].

С увеличаване на възрастта процентът на свободните от кариес намалява, а процентът на изследваните с високи стойности на DMFT се увеличава – тази зависимост е установена през 1992 година [15].

Всички данни, получени при тези изследвания, показват голямата необходимост от спешни мерки за профилактика и събиране и анализ на нови данни на национално ниво.

Национална програма за профилактика на оралните заболявания за деца от 0 до 18 години стартира в края на 2009 година. Планирано е тя да действа в периода 2009-2014 година. Възложител е Министерството на здравеопазването.

Част от краткосрочните цели на националната профилактична програма са:

- подготовка на процедури за флуориране на питейната вода в големите населени места, особено в гр. София;
- стартиране на регионални комплексни профилактични програми;
- укрепване и разширяване на съществуващите регионални орални профилактични програми;
- 90% от децата до 18-годишна възраст да имат знания за опазване на оралното си здраве;
- 60% от децата до 18-годишна възраст да имат адекватно поведение и умения за опазване на оралното си здраве;
- до две години от старта на програмите да се намали кариесът на първите постоянни зъби при 6-годишните с 50% [21].

Средносрочните цели могат да се формулират така:

- увеличаване на процента на децата на 6-годишна възраст, свободни от кариес, от 25% на 35% пет години след старта на програмата;
- DMFT при 12-годишните да се намали под 3,0 [21].

Дългосрочни цели:

- 50% от децата на 6 години да бъдат със здрави временни и постоянни зъби;
- 90% от 12-годишните да са със здрави постоянни зъби;
- 90% от 18-годишните да нямат извадени зъби [21].

Периодът на проучването в рамките на НППОЗ за град София е от 11. 10. 2010 г. до 20. 10. 2010 г. Прегледани са 720 деца в три прицелни възрасти – 6, 12 и 18 години – по 120 момчета и 120 момичета от всяка възраст. Стойността на индекса DMFT при прегледаните 12 годишни деца е 5,65. Относителният дял на децата без кариес за София град е: 8,33% при 6 годишните, 15% при 12 годишните и 5,83% при 18 годишните. Данните са цитирани от Националното епидемиологично проучване за установяване състоянието на оралния статус на деца в три възрастови групи, 2010г. в рамките на НППОЗ [23].

От анализа на резултатите получени от цялата страна се оказва, че се наблюдават големи различия в изследваните показатели в отделните области, което изисква диференциран подход при определяне на ресурсите за профилактика. Показателите за зъбния кариес и състоянието на пародонта имат значително по-високи стойности от глобалните цели за оралното здраве на СЗО за 2010 година при всички възрастови групи. Оралната хигиена е незадоволителна във всички изследвани възрастови групи, което определя необходимостта от повишаване на познанията на родителите и децата чрез образователни и мотивационни мероприятия [23].

В края на 2010 година МЗ изготвя наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Детска дентална медицина“[27]. Той включва четири раздела: 1.Основна характеристика на специалността „Детска дентална медицина“; 2.Изисквания към лечебните заведения за упражняване на специалността „Детска дентална медицина“; 3.Реализация на специализираната дентална медицинска дейност – отговорности и задължения;

4.Показатели за оценяване качеството на специализираната дентална медицинска дейност.

Раздел 3 включва изисквания към профилактиката (компетентност по нива на квалификация):

1.1. Изисквания към лекаря по дентална медицина със специалност „детска дентална медицина" в процеса на осъществяване на профилактиката: специалистът по детска дентална медицина реализира пълния обем на профилактиката на оралните заболявания.

1.2. Изисквания към лекаря по дентална медицина без специалност или със специалност „обща дентална медицина" в процеса на осъществяване на профилактиката.

1.3. Изисквания към медицинската сестра в процеса на осъществяване на профилактиката.

Според нас е важно да се включат още два раздела в наредбата за утвърждаване на стандарт „Детска дентална медицина" – раздел „Комуникация с родителите" и раздел „Здравна просвета в училище".

На фона на голямата кариесна патология и занемарената орална хигиена у нас все още няма въведени училищни програми за обучение в орална хигиена на деца [30].

4. Методи за обучение и мотивация на деца и ученици за подобряване на оралното здраве в училищна среда

Обучението и възпитанието за правилна орална хигиена трябва да започне още от бременността на бъдещата майка и да фигурира като задължителен елемент от програмните моменти и учебните програми на децата и учениците в детските градини и училищата. Изследвания показват, че децата обучавани в училище по дентално здраве посещават по-често денталните кабинети с цел профилактика [37].

Подобряването на оралното здраве в училище става чрез прилагане на образователни методи и раздаване материали по здравно образование. Една добра образователна програма прилага разнообразни методи за учене и преподаване, включително лекции, семинари, практически експерименти,

дискусии, работа по групи, решаване на задачи, упражнения, дебати и ролеви игри с подходящи и стимулиращи нагледни материали (виж приложение 7).

Самостоятелното учене насърчава учениците да поемат отговорност за своето обучение. Разнообразието от стратегии за обучение е от съществено значение за ефективното разработване на учебните програми. Въпреки това, изучаването и преподаването на стратегии, както и използваните материали трябва да са подходящи и приемливи за целевите групи, като се вземат предвид целите на обучението и наличните ресурси. Те, също така, трябва да са насочени към насърчаване и засилване на активното участие.

Съществуват разработени методики за създаването и оценяването на ефикасността на материалите (брошурите), обучаващи по темата „дентално здраве". Счита се, че поне седем отделни проблема следва да бъдат засегнати в тези материали за обучение, като основно значение за избора на тези седем теми има таргетната група, към която е насочена брошурата. Основен принцип е също проблемите да бъдат обяснявани по най-простия и не усложнен начин [69].

Докато някои методи са по-подходящи за преподаване на знания, други са предназначени за насърчаване на умения и нагласи. Така например, лекциите са по-ефективни в преподаването на знания на голям брой ученици, но те са по-малко ефективни в изграждането на умения или пък за повлияване на убежденията и нагласите. Дискусиите, дебатите и упражненията за решаване на задачи могат да бъдат по-полезни за опровергаване на определени схващания. Практическите сесии от рода на лабораторни експерименти и упражнения по миене на зъбите са по-ефективни в изграждането на умения. Много страни са разработили упражнения по миене на зъбите, ръководени и наблюдавани от учители или училищни служители по здравеопазване [148].

Различни послания и обучение по орално здраве са включени в Националния учебен план във Великобритания за началните училища. Изследването показва, че следвайки учебната програма, децата показват значително увеличаване на знанията за денталното здраве (установено чрез въпросник) [46].

Обучение на учители и друг персонал

Макар че учителите играят ключова роля в осъществяването на училищното обучение по орално здраве, те не винаги притежават необходимите знания и умения, които да им позволят успешно да прилагат разработените програми. Ето защо преминаването през подходящо обучение би подобрило значително способността им да разработват и прилагат програми за орално здраве. В допълнение към различните стратегии за преподаване и учене, учителите също трябва да бъдат обучени в използване на учебната здравна програма, както и в насърчаването на орално здраве. Научаването на съвместна работа със здравни специалисти спомага за гладкото протичане на програмата. Обучението може да се проведе в университета за подготовка на учители и което е по-важно, като част от продължаващото обучение и професионално развитие на работното място. Обучение, базирано на проекти или работа в училище също следва да бъде провеждано.

Ефективното обучение на учителите изгражда ангажираност, разбиране, умения и нагласи, които им дават възможност да разработват и реализират учебните програми компетентно и уверено.

Едно успешно обучение по преподаване следва да:

- разглежда ключови проблеми, идентифицирани от самите учители;
- се провежда възможно най-близо до собствената работна среда на учителя;
- обхваща теория, демонстрации, практика, обратна връзка и партньорски проверки в класната стая;
- има подкрепата на колегите и училището;
- изгражда в участниците чувство за принадлежност;
- се основава на теории за обучение на възрастни*;*
- се извършва в продължение на достатъчно дълъг период от време;
- дава възможност за размисъл и обратна връзка;
- включва съзнателен ангажимент от страна на учителя;
- изгражда умения;
- включва по-скоро групи от учители, а не индивидуални участници.

В едно насърчаващо здравето училище обучението по орално здраве трябва да бъде важна част от училищното здравно образование и да бъде включено като интегрална част в редица учебни предмети, съобразно случая. Учителите по всички дисциплини следва да бъдат насърчавани да включват темата за оралното здраве в учебните програми и дейности. Те трябва да бъдат подтиквани да изготвят учебния план вълнуващо и стимулиращо за учениците, които да придобият добри знания по орално здраве и поведение и да вземат здравословни решения. При преподаването на практически умения, като например техника за миене на зъбите, е необходимо учителите първо да бъдат добре обучени и компетентни в миенето на собствените си зъби. Това е особено важно, тъй като за учениците учителите често са пример за подражание. Трябва да бъдат разработени указания за учителите за наблюдение и контрол на практическите занятия по миене на зъбите [148].

Необходимо е провеждане на здравно възпитателни дейности, насочени към популяризиране и разясняване на същността на промоцията на здравето сред училищния персонал и създаване на училищни програми за ограничаване на поведенческите рискови фактори [3].

5. Социална характеристика на родителите, познания за зъбното здраве и ефективен контрол върху зъбната хигиена на децата

Социално-икономическият статус, който е изграден от показатели за икономически приходи, социален престиж, професия и образование е тясно свързан със здравословното състояние и благополучие на личността (Kawachi, Kennedy, Lochner, & Prothrow-Smith, 1997; Marmot&Wilkinson,1999).

Зъбният кариес е заболяване, което се причинява от сбор от много различни причини. Затова се казва, че той е многофакторно заболяване. При тези заболявания, за различните индивиди, съществуват различни комбинации от групи фактори, които водят до една и съща клинична изява [29].

Такива фактори са: зъбната плака, състава на слюнката, консумацията на захар, диетата, вида и честотата на микроорганизми в устната кухина, степента на почистване на зъбите. Фактът, че кариесът е многофакторно заболяване - например при населението на един град има различни причини и

рискове за появата на кариес при различните индивиди, ще доведе до необходимост в бъдеще да имаме нужда от подобрени диагностични методи, които ще ни помагат да определяме значението на рисковия фактор за образуване на кариес [42].

Друг тип фактори, които влияят за появата и развитието на зъбния кариес са: поведението, отношението към здравето, познанията, достъпа до обучение, социалната класа и доходите.

В тази част на литературния обзор ще разгледаме влиянието на социалния статус и доходите на семействата върху състоянието на зъбите и оралното здраве на децата и учениците.

По дефиниция една здравна система е приложима ако използваемостта на здравната услуга е базирана на нуждата, независимо от индивидуалните и социалните различия.

“Здравната промоция е всяка комбинация от здравно обучение и свързаните с него организационни, политически и икономически дейности, създадени да подобрят адаптацията в поведението и които ще подобрят или защитят здравето’’ – Bytes & Winder, 1984 г.

Методът за здравна промоция е част от стратегията. Методите описват начините, по които „промяната” достига до прицелната група. В случая, таргетната група е тази на социално слабите и здравната промоция би трябвало да бъде основно насочена към нея.

Здравното поведение е мотивирано от стимули в индивидуалната среда, а това е микро средата на семейството.

Наличието на информация как определени фактори влияят върху здравето е достатъчно да мотивира индивидите да търсят „по-здравословна алтернатива”.

В процеса на здравна промоция не бива да се подценява и човешкият фактор. Резултатите зависят от способността на изпълняващите промоционална дейност да слушат, да комуникират, да градят доверие и емпатия и да се раздават за хората, на които служат. Популярната здравна промоция обаче, има малък ефект върху тези, които наистина са в нужда [55].

Какво трябва да се направи, за да се стигне реално до нуждаещите се?

Необходимо е да се осигури достъп до хигиенни материали – четки и пасти за зъби, да се образоват учениците за значението на оралната хигиена. Това може да стане чрез създаване на програми за социално слабите, включващи обучение и раздаване на хигиенни материали. В България достъп до ЛДМ е осигурен от пакета за деца от 0 до 18 години, заплащан от държавата, който се състои от преглед и четири манипулации годишно. Тук въпросът е как да мотивираме родителите да използват този пакет, т.е. да посещават денталния кабинет.

За да се подобри оралното здраве при деца от семейства с нисък социално-икономически статус (СИС), е необходимо да се установят и фактори извън икономическите - социални, обществени, културни традиции. Тези влияния също показват как семействата се отнасят към денталното здраве. Необходимо е да се намерят ангажиращи методи за консултиране на родителите, чрез които да се подобрят навиците на децата [34].

Съществува доказана връзка между СИС и наличието и разпространението на зъбния кариес при деца и ученици. Когато СИС е висок, кариесът и усложненията му намаляват. Ниският СИС може да служи като маркер за повишен риск от кариес. Учениците с нисък СИС трябва да ползват по-чести и по-интензивни превантивни услуги, обучения и дейности по здравна промоция [53].

Кариесът в ранна детска възраст е проблем в много страни. Рисковите фактори за него са многобройни социални и поведенчески детерминанти. Все още са малко научните доказателства за тяхното влияние и това изисква повече последващи изследвания, за да се получи надеждна информация и да се създаде модел за идентифициране на риска [39].

Стойностите на DMFT при 6–годишните са минимални и постепенно се увеличават с възрастта.“ Една такава картина показва преди всичко липсата на каквито и да било усилия за промяна на рисковото състояние в оралната среда при тези деца. С напредване на възрастта нарастват всички видове лезии при постоянните зъби. Това се получава от плавното преминаване на по-леките лезии в по-тежки, преминаването на обратимите в необратими и появата на нови ранни промени, резултат от неповлияната среда“ Пенева, 2008.

При 12-годишните в Австрия концентрацията на кариеса е при все по-малко на брой високо рискови деца. Сравнено с предишни изследвания при 18-годишните, през 2003 г. нивото на зъбен кариес в Австрия спада с 21%. 1/3 от кариес проявлението е концентрирано при 1/4 от прегледаните; мнозинството от тези млади хора са от социално слаби групи [115].

Оказва се обаче, че шест-седемгодишните в Германия имат почти два пъти повече кариеси от 12 годишните. Голям брой епидемиологични изследвания в Германия показват значителна корелация между социалния статус и денталното здраве, както и между социалния статус и нивото на зъбна грижа. Специфичното таргетиране на хората, заплашени от висок риск от кариес - "високо-рискови групи" се признава за едно от най-големите предизвикателства за социалната медицина в Германия [137].

Във Франция въпреки доброто орално здраве на мнозинството деца, се наблюдава значително неравенство – основно зависещо от социално-икономическия статус на родителите. Ситуацията изисква прилагане, извън предвидените програми за всички деца, на специфични превантивни програми и действия за подобряване на достъпа до орална здравна грижа, насочени към най-засегнатите социални групи [58].

В САЩ, според доклад на Службата на Главния инспектор на Министерството на здравеопазването и услугите за населението, едва 20% от децата и младежите на възраст под 21 години, включени в Medicaid и допуснати до програмата „Ранна периодична скринингова диагностика и лечение” на Medicaid (EPSDT), са получили на практика превантивни дентални услуги. Тази програма е предназначена да предоставя регулярен дентален скрининг и подходящо лечение, но очевидно е изиграла ограничена роля за подобряване достъпа на социално слаби деца до дентални грижи [54, 122].

Като цяло денталното здраве в Съединените щати се подобрява, но при децата тази тенденция не е така изразена както при възрастните. Всъщност, делът на децата на възраст между 2 и 5 години със зъбни ямки се е увеличил с 15% през последното десетилетие, както сочи проучване на Центровете за контрол и превенция на заболяванията от 2007 година. Същото проучване констатира, че бедните деца продължават да страдат най-много от разрушаване на зъбите. При деца на възраст от 2 до 11 години, чиито

семейства живеят под федералното ниво на бедност, е два пъти по-вероятно да имат нелекуван кариес, отколкото при техните по-заможни другарчета. „Макар че повечето американци имат достъп до най-доброто дентално здравеопазване в света, децата в семейства с ниски доходи страдат непропорционално от заболявания на устната кухина”[134].

Тези статистически данни не са изненадващи предвид трудностите, с които се сблъскват децата в неравностойно положение при достъпа до грижи в САЩ. В национален мащаб само 38,1% от децата на възраст между 1 и 18 години, включени в програмата Medicaid, са получили някаква форма на дентална помощ през 2007 г., което означава, че почти 17 милиона деца с ниски доходи са останали без грижи [134].

Семейството представлява основен фактор в изграждане на здравословни навици. Здравните навици на родителите имат значително влияние и ангажират децата в семейството. По-стабилни са навиците при деца, чиито двама родители са постоянни в изпълнението им. Родителите и други по–възрастни роднини, които са ежедневно около децата служат като модел и влиянието им е много по-голямо отколкото влиянието на други социални модели [121].

Родителите имат слаби познания, което води до липса на отношение от тяхна страна към здравните навици на децата им и съответно до много на брой нелекувани кариеси [102].

Установено е, че за качественото премахване на зъбната плака - при децата до 6-7 години родителят трябва да мие зъбите на детето си поне веднъж дневно [82]. При децата, на които не се помага при миене на зъбите в тази възраст, се установява по–лоша хигиена.

Установено е, че предварителната подготовка на родителите преди посещението в денталния кабинет има решаваща роля за успеха на ЛДМ при управление на поведението на детето [33].

Факт е, че родителите, повече от ЛДМ „произвеждат” здравна информация за децата си. Затова социално-икономическото ниво и нивото на образование на родителите са решаващите фактори за ефективната превенция, като се има предвид и факта, че те са винаги по-склонни да се погрижат повече за децата си отколкото за самите себе си.

Оказва се, че половината от децата, за които е установено, че трябва да се лекуват, не са посещавали ЛДМ.

Обществото, също така, трябва да се пребори с погрешното схващане, че липсата на кариес освобождава пациента от посещения в денталния кабинет.

Здравната система във Франция например обединява усилията на частно практикуващите дентални лекари, децата и техните родители, училището и производителите на продукти за орална хигиена, правителството и широката общественост. Разходите за необходимото лечение се поделят между семейството и обществените фондове, като се гарантира правото на свободен избор. Грижата за профилактичните кампании е поверена на частно практикуващите лекари по дентална медицина, като държавата предвижда средства за създаване на мрежа от кабинети, както и за система за контрол на качеството. Качеството се контролира от пазара на денталните услуги [8].

Изследване проведено в България през 2013 година показва, че повечето родители не познават всички орално-хигиенни средства, не участват адекватно в създаването и контрола на орално-хигиенните грижи и не познават ефекта от флуорната профилактика [2].

6. Участието на ЛДМ в процеса на взаимодействие между децата и техните родители и учители

Лекарят по дентална медицина, общопрактикуващ или със специалност „детска дентална медицина” със съдействието на възпитателите и учителите в детските градини и учителите в училищата, би следвало да бъде основния инициатор за предаването на информацията към родителите. Информация за това какво е обективното състояние на децата им, за това какво е необходимо да се предприеме за профилактика и лечение. Изпълнението на препоръките, които вече са направени, зависи основно от родителите. Тяхна е задачата да изберат ЛДМ, да водят редовно детето на преглед, да възпитават редовна и качествена хигиена.

Изследвания показват, че ЛДМ биха участвали в здравното възпитание на децата и очакват това да подобри ефективността на профилактиката. Абсолютно необходимо е да се ангажират голям брой общопрактикуващи

лекари по дентална медицина, които да прилагат превантивен подход и при учениците [84].

Във Финландия, например, от 1972 година финландските деца и подрастващи са обхванати от Обществено дентално обслужване, което се финансира от държавата и обхваща цялата страна. Прегледите, всяко лечение и профилактика са безплатни до 18- годишна възраст. Затова 99% от децата и подрастващите са ползватели на услугата. От 1975 г. до 1988 г. индексът DMFT при 12-годишните спада от 6.9 до 2. Подобен напредък е отбелязан и в останалите скандинавски държави и в повечето западно-европейски. През 2002 година е проведена съществена реформа в денталната сфера, която дава възможност за безплатно лечение и на възрастните, както е при децата и подрастващите. Разбира се, съществува и частна практика.

Оказва се, че редовните посещения при ЛДМ не са най - важния фактор за състоянието на зъбите. Огромна роля имат не само ЛДМ, но и денталните хигиенисти, които поемат голяма част от работата. Това води до извода, че екипната работа е за предпочитане и дава по-добри резултати [152].

Най-важните фактори, които обясняват разликата в наличието/липсата на кариес, при изследване проведено в Швеция са: възрастта, когато детето е получило за пръв път професионална дентална помощ; честотата на миене на зъбите и използването на продукти, съдържащи флуор. Тоталният прием на захари, честотата на прием на храна дневно, или броят на допълнителните закуски не определя изцяло наличието или липсата на кариес [145].

Твърдението, че кариесът е многофакторно заболяване се потвърждава и от заключенията при изследване на разпространението на зъбния кариес при деца в Швеция, което показва, че най-много кариеси имат децата с открити в устната кухина най-голям брой Lactobacilus и S.mutans и които приемат сладки храни в голямо количество [145].

В Германия ограничен брой ЛДМ са ангажирани в Обществената Дентална Услуга (ОДУ), която осигурява групова превенция – обучение по орално здраве, прегледи и скрининги за децата между 3 и 12/16 години. ОДУ е обект на Кодекса за социално осигуряване. В повечето градове в Германия ОДУ прави проучвания при децата от 3 до 16 години. Родителите биват информирани за необходимото лечение и отговорността за провеждането му е

тяхна. Във федералните провинции или автономни региони, където е много малък процента на осигуряване на скрининги от държавата, частно практикуващите са ангажирани с грижата за оралното здраве и лечението. В крайна сметка има обществена дентална услуга в някои части на страната, която дава работа на около 450 ЛДМ [137].

В България отговорността за състоянието на децата – за тяхната хигиена и лечение на оралните заболявания, е най-вече на родителите. Дентален лекар за първи път се посещава при наличие на оплакване – болка или клатещ се млечен зъб. Това означава, че в голям процент от посещенията при ЛДМ манипулациите са лечебни и профилактиката остава на втори план.

Друг въпрос е, че в натоварения си график, повечето ЛДМ нямат желание и време да говорят за профилактика с децата или с техните родители (в зависимост от възрастта на детето). Под профилактика имаме предвид честотата на смяна на четката за зъби, движението на четката при миене на зъби, използването на конци и разтвори за жабурене, възможностите за контрол на зъбната плака след измиване на зъбите и т.н.

7. Институционализиране на усилията на отделните групи: ученици, родители, учители и дентални лекари за подобряване на денталното здраве на децата

Световна здравна организация

В Резолюция WHA60.17 от 23.05.2007 г., приета на 60-то Световно събрание по въпросите на здравето, Световната здравна организация (СЗО) признава присъщата тясна връзка между оралното здраве, общото здраве и качеството на живота; подчертава нуждата от включване на програми за промоция на оралното здраве и профилактика на оралните заболявания в програмите за интегрирана профилактика и лечение на хроничните заболявания и обръща внимание на страните членки на СЗО:

- да приемат мерки (правителствата) за включване по подходящ начин на оралното здраве в политиките за интегрирана профилактика и лечение на хроничните незаразни и заразни заболявания, както и в политиките за майчино и детско здраве;
- да вземат мерки (правителствата) за използване на доказателствено-

ориентирани подходи за включване по подходящ начин на оралното здраве в националните политики за интегрирана профилактика и контрол на незаразните заболявания;

- да увеличат (правителствата), по възможност, бюджетното обезпечаване на профилактиката и контрола на оралните и черепно-лицевите заболявания и състояния;
- да засилят (правителствата) партньорството и споделената отговорност на засегнатите лица за максимизиране на ресурсите в поддръжка на националните орално-здравни програми".

В Доклада на СЗО за неинфекциозните заболявания за 2010 година е отправена препоръка да се стимулират здравните системи, да се инвестират повече средства за борба с неинфекциозни заболявания чрез преориентиране на съществуващи организационни и финансови разчети. Реформите да се базират на заздравяване на капацитета на системите в първичната грижа [149].

В доклад на СЗО относно ефективност на финансовите системи и начини за постигане на универсално покритие за 2010 година се посочва, че между 20 и 40 % от средствата похарчени за здраве са неефективни и могат да бъдат пренасочвани с цел постигане на универсално покритие (по-лесен достъп) [150].

Възможности на здравната система в България за осигуряване на профилактична грижа за деца

Здравната система в България е от солидарен тип. Националната здравно осигурителна каса (НЗОК) е юридическо лице с предмет на дейност осъществяване на задължителното здравно осигуряване. Дейността ѝ е регламентирана със Закона за здравното осигуряване. Частните здравно осигурителни фондове имат допълваща роля.

Денталната грижа у нас е основно първична грижа, осъществяваща се в частни кабинети по дентална медицина, в които работят общопрактикуващи ЛДМ и специалисти. На тях се пада отговорността да обслужват децата до 18-годишна възраст, да осъществяват комуникацията и да дават информация и препоръки за тяхното дентално здраве на родителите им. В този процес се

очаква участие на общините и централната власт, в лицето на правителството и министерството на здравеопазването.

Общинската здравна политика е част от социалната политика на държавата. Участници и партньори в процесите на здравеопазването са работещите в детското и училищното здравеопазване и гражданите. Общината не е обикновен партньор, защото има авторитета на институция на местната власт и възможности да застане зад мащабни инициативи, каквито са интервенциите в общественото здравеопазване, съответно и програми за дентално здраве. Цели се постигане на баланс между интересите и осигуряването на обществената подкрепа за решаване на здравните проблеми. Проблемите в общинското здравеопазване се задълбочават през последните години. В общините липсва контрол върху средствата от държавния бюджет за детско здравеопазване. Единните разходни стандарти през последните години се формират на „ исторически“ принцип, без да се отчитат истинските нужди на населението на общините, а методиката за формиране на тези стандарти не отчита разходите за труд. В училищните здравни кабинети работят професионалисти по здравни грижи и въпреки приетия закон, малко лекари се връщат към училищата [4]. Училищните здравни кабинети са структури с делегиран бюджет, на които кметът, като работодател, е второстепенен разпоредител с бюджетни средства и няма възможност за допълнителни средства към трудовите възнаграждения (както е при лечебните заведения).

В малък брой училища в страната има дентални кабинети, в които ЛДМ работят под наем към съответната община [6]. Всъщност, под наем се отдават помещения в училищата, които лекарят по дентална медицина ремонтира, оборудва и зарежда сам и по тази причина в тези кабинети се обслужват не само децата от училището, но и други външни пациенти. Това е причината повечето директори да избягват разкриването на дентален кабинет в училището, което управляват. Броят общински училища в град София е 176, от които 1 начално, 82 основни, 91 средно-образователни и 2 спортни (по данни от протокол №15/26.04.2012 г. към решение №189 на Столичен общински съвет). В 46 общински училища в София има дентални кабинети, седем от тях не функционират. Най-много дентални кабинети има в район Люлин - 9, в Красна поляна – 5, в Лозенец - 2, във Възраждане – 2, в район Средец - 1, в район

Сердика – 2, в район Оборище – 2, в район Младост - 0 (от справка дирекция здравеопазване към Столична община 2012 г.).

Конституцията на Република България определя живота и здравето на народа ни като най-висока ценност. Децата се намират под закрилата на държавата и обществото. Отглеждането и възпитанието на децата до пълнолетието им се подпомага от държавата [14].

Основна цел на Министерството на здравеопазването (МЗ) на Република България е да осигури устойчива здравна система, която осигурява качествени здравни грижи по профилактика на оралните заболявания при децата до 18-годишна възраст чрез изготвянето на ресурсно осигурена национална програма за промоция на оралното здраве и профилактика на децата и учениците до 18 - годишна възраст [22].

От приложение 7 се вижда, че политиките – политика за промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус на хроничните незаразни болести и политиката на ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване ангажират най-много институции. Въпреки формалния ангажимент на институциите нивото на дентално здраве на подрастващите в България не е добро, сравнено с развитите европейски държави.

8. Училището – място за приложение и контрол на профилактичните програми

Възрастта между 6 и 18 години е един от най-важните периоди за оралното здраве на човека. Това е време, през което учениците научават основните факти и правила за поддържане на денталното здраве. В този процес им е нужна помощта на техните родители, учители и ЛДМ, за да усвоят, затвърдят и приложат знанията си по въпросите на профилактиката и оралната хигиена.

Подходящи инструкции по орална хигиена и програми за превенция, изпълняващи се и в детските градини са необходими още в ранна детска възраст (между 1 и 3 години). Това би мотивирало „поведението на предпазване", което е ценно за цял живот.

Основните цели на училищните програми за орално здраве би трябвало да бъдат:

1. Да покажат, че денталното здраве е важен компонент на здравето като цяло;

2. Да подпомогнат поддържането на денталното здраве при тези, които са го постигнали;

3. Да осигурят превенция на оралните заболявания;

4. Да осигурят на разположение на учениците лекар по дентална медицина [48].

Програмата се очаква да повлияе значимо за предпазване от заболяване на твърдите зъбни тъкани и да даде на всички ученици необходимите знания и умения за постигане на добро дентално здраве - здрави зъби и здрави венци.

Скринингите на зъбния статус в училищата дават и възможност да се покаже и анализира нуждата от здравни услуги в областта на денталната медицина за деца и необходимостта от ресурси.

Поради това, че много от лошите навици се появяват в училищна възраст, училищата могат да имат много голямо влияние върху здравното възпитание на децата. Нуждата от промоция на орално здраве в училищата е очевидна и лесно може да бъде интегрирана в промоцията на общото здраве. Създават се много възможности за решаване на проблеми на оралното здраве и като специфични проекти и като част от стратегията за общото здраве. Много важно е тези инициативи да бъдат включени в здравните кампании, провеждани в училищата.

Оралните заболявания водят до усещане за болка и загуба на зъби - състояние което засяга външния вид, качеството на живот, начина на хранене, следователно засяга развитието и растежа на децата. Зъбният кариес и възпалението на венците са сред най-разпространените заболявания, засягащи над 80% от учениците в някои страни според докладите на СЗО за 2002 и 2003 година. Разпространението и на други проблеми като ерозията и дефектите на емайла се повишава. Много деца са преживяли и травма в лицево-челюстната област, като голяма част от тях са на възраст под 5 години - според бюлетин на СЗО от 1995 година.

Цената на лечението на зъбния кариес би могла да струва целия бюджет на дадена страна отделен за детско здравеопазване [153]. Цената на неглижирането на проблема е също висока, както във финансов, така и в личен и социален аспект [96].

Глобалната инициатива за училищно здраве (GSHI) на СЗО е основана през 1995 година. Тя цели да мобилизира и затвърди здравната промоция и инициатива за обучение в училищата, за да се подобри здравето на учениците, училищния персонал, семействата и обществото [80]. Инициативата включва четири ключови стратегии, основно с цел изграждане на капацитет за утвърждаване на здравни програми в училищата; създаване на информационна мрежа за развитието на този тип училища(HPSs); засилване на националните възможности за създаване на такива училища; и осъществяване на проучвания за подобряване ефективността на училищните здравни програми. Посоката на инициативата е показана от Хартата за промоция на здраве от Отава, 1986 година; от Декларацията от Джакарта приета на Четвъртата международна конференция по здравна промоция през 1997 година; от Препоръката на Международната експертна комисия по училищно здравно обучение и промоция на СЗО от 1995 година и от Призива за действие от Найроби от 2009 година (Petersen and Kwan, 2010).

Според СЗО, училище, в което се работи по направление на здравната промоция е училище, в което:

- са ангажирани служители от здравната и образователната сфера, учители, ученици, родители и НПО в усилия за промоция на здравето;
- е осигурена сигурна, здравословна среда, едновременно във физически и психологически аспект;
- е осигурено здравно обучение, базирано на умения;
- е осигурен достъп до здравна услуга;
- се прилагат училищни политики и практики в подкрепа на здравето;

И всичко това с цел подобряване здравето на обществото.

„Медицинските екипи в училищата работят паралелно с медицинските специалисти от първичната помощ за осигуряване на обучение по орално здраве, скрининги, диагностика, оценка на нуждите, превантивна грижа,

лечение, регулярен мониторинг и при по-усложнени случаи осигуряват контакт с други медицински специалисти“(Kwan & Petersen, 2005). Тези училища в различните държави могат да поставят различни акценти от всички компоненти на HPSs, взимайки предвид локалната инфраструктура и наличните ресурси. Такъв пример са някои училища в Китай, в които здравословната училищна среда включва: училищно здравно обучение, ангажираност на родителите и семинари за учители [80]. Епидемиологично изследване е проведено в Китай с цел да опише разпространението на зъбния кариес и хигиенните навици на ученици на 6 и 12 годишна възраст. Прегледани са 381 6-годишни и 413 12 - годишни деца. 86% от 6 годишните деца са засегнати от кариес. Средната стойност на индекса DMFT при 12-годишните е 1,0. Хигиенните навици на децата не са стабилни – едва 22% от децата мият зъбите си два пъти дневно, 20% са посетили дентален лекар в последната една година. 4% от децата получават помощ при миене на зъбите от своите родители. 85% от анкетираните 138 учители са позитивно настроени да участват в училищно-базирани профилактични програми [107].

Доказано е, че оралните заболявания могат да бъдат контролирани и дори елиминирани в голяма степен чрез обучение и инициативи за превенция, което от своя страна би довело до намаляване на публичните разходи за лечение на деца и ученици [48].

Какво може да се прави в училище за промоция на здравето?

Може да се обедини ресурса на обществото - отделните хора, агенции, услуги и бизнес. Училището може също да осигури и представи здравна информация и стратегии за здравна промоция на обществото и да учи на полезни навици, които остават за цял живот (здравословно хранене, редовно миене на ръцете, да не се пуши, да не се злоупотребява с алкохол и други субстанции). Получените данни в проведено през 2005-2006 година изследване в България показват „необходимостта от системни усилия от страна на здравните и образователните институции, както и на неправителствения сектор за разработване на подходящи инициативи и програми, насочени към формирането на утвърждаващи здравето поведения като:

- „разработване на нови и интересни форми на здравно обучение в училище, което е идеална среда за усвояване и утвърждаване на здравни знания и поведения“ (Василева, Коцева 2006 г.) [7].

Целта на здравната промоция в училище е да въвлече и семейството в дейностите на училището.

Времето, вложените средства и обществен ресурс в училището като институция, са сред най- важните инвестиции, които хората правят, защото образованието е основен фактор от социалната среда, определящ здравето.

Нашите инвестиции в образованието обаче, се възвръщат само ако децата посещават училище. В световен мащаб приблизително 80% от децата посещават основно училище и 60% завършват поне четири годишен курс на обучение с големи вариации по страни и пол. В крайна сметка, училището е ефективен начин да се достигне до повече от 1 милиард деца в света, а чрез децата и до техните семейства и обществени групи. Чрез адекватно обучение учителите могат да играят важна роля в дейностите за подобряване на оралното здраве [148].

Като част от рутинните хигиенни навици, децата трябва да четкат зъбите и венците си с четка и флуорна паста. В много страни броят на децата, които мият зъбите си всеки ден, е незадоволителен [148]. Малка част от децата въобще не мият зъбите си. Някои от тях нямат четки за зъби. В много развиващи се страни наличността, качеството и материалната възможност за закупуване на флуорна паста за зъби е проблем. В някои страни пастите за зъби са козметични продукти и се облагат с високи данъци, съответно цената им става висока, а пастите - недостъпни за повечето семейства. Очевидна е нуждата от предлагане на пасти за зъби на достъпни цени.

Желателно е децата да се възползват от възможността да научат в училище максимално много за здравето, като в този процес участват и техните родители. Така училищата получават "ползи" от участието на родителите в процеса, широкото участие на много сектори и медии и по този начин до класната стая достига повече информация за здравето [151].

Училището би могло да осигури отлични условия за предоставяне на дентална услуга за деца, защото в него могат да се използват вече изградени структури и системи.

Заключение на китайски учени е, че здравното обучението при момичетата значително подобрява собственото им здраве. Един от най-важните фактори за здравето на децата е нивото на образование на техните майки. Образованието усилва възможността на жените да създават здрави домакинства, да бъдат работна сила и да допринасят за развитието на икономиката на страната си. Здравно обучените момичета са по-продуктивни, по-здрави, с по-високо самочувствие, взимат решения и водят преговори по-лесно. Също така забременяват в по-късна възраст. Колкото по-образовано е едно момиче, толкова по-вероятно е нейните деца да оцелеят и да бъдат здрави. Изследване в 13 африкански държави, направено в периода между 1975 и 1985 година показва, че 10% повишаване на грамотността при жените съответства на 10% редукция на детската смъртност [151].

Някои факти за други държави:

- в Япония намаляването на нивото на разпространение на зъбния кариес започва в периода преди масовото въвеждане на флуорните пасти и програмите за профилактика [42];
- в някои части на Швеция предпазните мерки срещу кариес са основно използване на флуорирани разтвори в училище, а в други части залагат на индивидуално изготвени програми за профилактика на всяко дете;
- превантивни програми за групи деца стартират в Германия през 1989 година и стават национални чрез Кодекса за социално осигуряване. В същото време частно практикуващите ЛДМ работят по техни собствени програми в детските градини и училищата. За да се стимулира последващо позитивно развитие на оралното здраве при деца и възрастни в Германия, индивидуалната превенция за деца между 6 и 18 години е включена в Закона за здравно осигуряване през 1991 година. Индивидуалната превенция в Германия е ориентирана към денталните практики [137].

Оказва се, че училището е най-доброто място за масовото приложение на профилактичните програми сравнено с приложението им в индивидуалните практики. На този етап, в българското училище, могат да се прилагат методи за обучение и мотивация.

Всяка интервенция извършена в съществуващите дентални кабинети в училищата трябва да бъде съгласувана предварително с родителите на учениците чрез подписване на „информирано съгласие“.

Формулярът за информирано съгласие представлява договор за участие в клиничното изпитване между изследователя и участника. В него подробно е описана процедурата по участие, правата и задълженията на всяка една от страните, очакваните ползи и съществуващите рискове, застраховката срещу евентуално увреждане на здравето по време на участието [31].

Обикновено представлява съвкупност от два обединени в едно документа:

1. Информационен лист или брошура за пациента.
2. Подписна страница.

В прегледа на литературата по темата на настоящия труд са описани практиките в повечето европейски държави, Китай и САЩ. Литературните източници описват положителни елементи в профилактичните мероприятия в Европа: залага се както на програми за масова профилактика, така и на групови и индивидуални програми. Масовите мероприятия са под формата на скрининги. Груповите и индивидуални занимания по орално здраве се провеждат най-вече в училищата и са финансирани от общините. Когато профилактика се провежда индивидуално в частните дентални кабинети, тя се заплаща от държавата или общините. Залага се основно на обучение, което води до прилагане на елементарните методи за орална хигиена, както и на поставяне на силанти.

Негативна тенденция по отношение на профилактиката в западно-европейските държави през 80-те години е, че малко деца и подрастващи са обект на силанизиране на постоянните молари. След анализ на ситуацията и установяване стойностите на DMFT през 90-те години на 20 век, високо развитите европейски държави взимат ефективни мерки за подобряване на денталното здраве на децата.

В САЩ програмите за профилактика имат за цел да обхванат основно социално слаби деца в рамките на различни програми (например Medicaid). Недостатък е слабото покритие на програмата – обхваща около 20% от

нуждаещите се. Основно проблемите и в европейските и в американските профилактични програми са: не обхващат в пълен обем нуждаещите се социално слаби деца; съществува недостиг на кадри спрямо нуждите от човешки ресурси в различните държави за осъществяване на профилактичните дейности, както за работа в училищата, така и в общинските дентални практики.

В изпълнението на дейностите по профилактичните програми в Европа и САЩ ключова роля има лекарят по дентална медицина. Известно е, че различните образователни системи в отделните държави позволяват изпълнение на профилактичните дейности и от кадри с образователно-квалификационна степен „бакалавър“, но при всички случаи основната роля по изработване на профилактичните програми и техния контрол остава за денталния лекар. Законодателството в България определя денталния лекар като единствен изпълнител на профилактичните програми, така че неговата роля не се поставя под въпрос.

Стойностите на DMFT във всички прицелни възрасти в България са изключително високи в сравнение с западно-европейските и държавите от северна Европа. Положително е, че през 2009 година започва профилактична програма за деца от 0 до 18 години за периода 2009-2014. Тази програма си поставя много амбициозни средносрочни и дългосрочни цели. Необходим е мониторинг и контрол на програмата с цел коректно отчитане на постигнатите резултати. Спрямо получените резултати ще е важно да се определят нуждите от нейното продължение. В планирането на обхвата на програмата за периода след 2014 година е важно да се определи прицелната възраст – 6 годишни деца, 12 – или 14 – годишни ученици.

Солидарната здравна система в България е недофинансирана. Това важи и за денталната помощ за деца и ученици. Все още не са предприети категорични мерки за включване на оралното здраве в политиките за интегрирана профилактика и лечение на хроничните незаразни и заразни заболявания, както и в политиките за майчино и детско здраве. Проблем остава, че пакетът за деца осигурен от НЗОК не включва профилактични дейности. Малка част от родителите на децата са информирани и могат да си позволят силанизиране на постоянните молари извън профилактични програми.

Актуалните проблеми, които е необходимо да се проучат в дисертацията, според нас са:

1. Оценява и приема ли ЛДМ своята ключова роля за постигане на доброто дентално здраве на учениците?
2. Какво е състоянието на денталното здраве на учениците в централните райони на град София и сравнимо ли е то с установеното за същия период в останалите общини в София – град?
3. Мотивира ли някой и по какъв начин родителите да обръщат повече внимание на оралното здраве на децата си?
4. Откъде родителите и учителите черпят и могат да получат повече информация по проблемите на оралното здраве?
5. Как родителите и учениците виждат ролята на училището като институция и на учителите като участници в осъществяване на профилактични мерки?
6. Какви са очакванията на всяка от изброените групи и готовността им да сътрудничат помежду си?

Глава II: Методика на изследването

1. Цел

Целта на дисертационния труд е да дефинира ролята на лекаря по дентална медицина в координиране на усилията на съсловието, училището и семейството в осигуряване на условия и предпоставки, необходими за подобряване на денталното здраве на учащите се във възрастта между 6 -18 години.

Във връзка с така поставената цел бяха реализирани следните изследователски задачи:

2. Задачи

1. Да се направи оценка на готовността на ЛДМ да сътрудничат с родители и учители за профилактика, лечение и здравно възпитание, както и да се проучи мнението на ЛДМ за възстановяване на денталните кабинети в училищата.
2. Да се установи денталния статус на учениците, тяхното ниво на информираност, хигиенни навици и интерес към лечение и профилактика в училище.
3. Да се изучи нивото на знания на родителите за денталното здраве, както и мнението им за възстановяване на дейността на училищните дентални кабинети.
4. Да се изучи мотивацията на учителите за сътрудничество в обществено базирани дентални програми и тяхното мнение за поддържане на училищни дентални кабинети.

Основни хипотези:

1. Доброто дентално здраве и осигуряването на дентална помощ за децата и учениците зависи от ефективното сътрудничество между дентални лекари, родители и учители.

2. Ефективното сътрудничество предполага определено ниво на знания, добра комуникация, както и добри условия за трансфер на знания от ЛДМ към децата, родителите и учителите.
3. Сътрудничеството се основава на взаимно доверие, подкрепа от училищните ръководства и методично ръководство от специалисти.

Помощни хипотези:

1. Очаква се учениците, чиито родители са с по-висок социално - икономически статус и образованост да показват по-високо ниво на знания, по-добра орална хигиена и по-ниска стойност на DMFT.
2. По-големите ученици са по-добре информирани относно оралното здраве и имат по-добра орална хигиена.
3. Учениците, които имат повече дентални проблеми биха настоявали за наличие на дентален кабинет в училище.
4. По-образованите родители имат повече познания за денталното здраве и търсят по-активно денталния лекар.

3. Материал и методи

Обект на изследването: процесът на осигуряване на условия за постигане на добро дентално здраве и превенция на денталните заболявания за децата и учениците при активно участие на отговорните лица и институции - родители, учители, ЛДМ.

Предмет на изследването: денталният статус и мотивацията на децата и учениците в централните райони на град София да прилагат методите за орална профилактика, очакванията им към училището, както и ролята на училището, семейството и професията, за формиране на тяхното здравословно поведение и осигуряване на адекватна дентална грижа за тях.

3.1 Материал

Изследването обхваща четири групи: ученици, родители, учители и ЛДМ.

- 445 ученици, на възраст между 6 и 18 години от три училища в три общини в централната част на град София;

- по един от техните родители - 445;
- 29 учители от наблюдаваните училища и 37 от други училища в съответните общини, избрани на случаен принцип;
- 67 лекари по дентална медицина (ЛДМ) от Софийската районна колегия на БЗС, избрани на случаен принцип.

Генералната съвкупност е: общ брой население в трите наблюдавани общини - 147044 хил. души; брой училища – 29; брой ЦДГ – 19; общ брой деца от 0 до 18 г. – 22938; брой учители – 1642; брой регистрирани ЛДМ в трите общини - 356. Броят ученици в трите изследвани училища е 3773 - от първи до дванадесети клас.

Представителната извадка е съставена от 445 прегледани и анкетирани ученици, 445 анкетирани родители и 66 анкетирани учители от трите училища. Първоначално беше предвидено броят на прегледаните и анкетирани ученици да бъде 600 – този брой представлява 16% от общия брой на учениците в трите училища. Причината да бъде избран този процент е, че съотношението на броя деца в трите училища към общия брой деца в трите района е 16/100. Бяха раздадени 600 въпросника на родителите. От тях 445 бяха върнати и годни за статистическа обработка. Това ограничи и броя на отчетените в изследването прегледани и анкетирани ученици до 445 или 12% от общия брой ученици в трите училища.

Според данни на БЗС за 2012 година, броят на ЛДМ в София град е 2789. ЛДМ със специалност детска дентална медицина са 145 или 5,2% от всички ЛДМ в град София.

И в трите наблюдавани общини се работи по здравни програми. В район Средец това са програмите: „Топло мляко и закуска“, „Училищен плод“ на МЗ, „За здравословно хранене“, „Оказване на първа помощ“, „Начини и методи на контрацепция“. В район Възраждане програмите са същите, както в район Средец. В район Лозенец действат следните здравни програми: „Спортът – здраве и самочувствие” – Проект по ПМС № 129, „Топло мляко и закуска“, „Активни и здрави – фитнес на открито” – на Фонд ”13 века България”, „Училищен плод” към Държавен фонд ”Земеделие”, Национална програма за профилактика на оралните заболявания при децата към МЗ.

Разпределението по пол и възраст на прегледаните и анкетирани ученици е както следва:

Таблица 1. Разпределение по пол на прегледаните и анкетирани ученици

Пол	Брой	%
Момчета	217	48.80%
Момичета	228	51.20%
Общо	**445**	**100.00%**

Таблица 2. Разпределение по пол и възраст на всички прегледани ученици

Училище	Момчета 6-12г.	Момчета 13-18г.	Момичета 6-12г.	Момичета13-18г.
32 СОУ	61	56	26	95
12 СОУ	18	14	11	31
35 СОУ	38	30	15	50
Общо	117	100	52	176

Таблица 3. Разпределение по пол и по възраст (12 и 14 години) за изчисляване на DMFT

Прегледани ученици	12-годишни ученици	14- годишни ученици
Момчета	62	56
Момичета	32	65
Общо	94	121

Таблица 4. Съотношение между общ брой ученици, брой паралелки и брой прегледани ученици

Училище	Брой ученици	Брой паралелки	Брой прегледани от паралелка	Общ брой прегледани ученици
32 СОУ	2030	74	3-4	240
12 СОУ	623	26	3	73
35 СОУ	1120	44	3	132
ОБЩО	3773	144		445

3.2 Модел на изследването

3.2.1 Пилотно проучване

Преди основното изследване беше проведено пилотно проучване.

Пилотното проучване е проведено в 4 училища – 2 в район „Възраждане" и 2 в район „Средец". На случаен принцип са подбрани 10 паралелки от първи, пети, осми и десети клас в тези училища. Сформирана е т.нар. едностепенна гнездова извадка. Броят на прегледаните и анкетирани ученици в пилотното изследване е 250.

Пилотното проучване включва дентален преглед на учениците (250) и пряка анкета за учениците и техните родители (250), учители (30) и лекари по дентална медицина (50).

Прегледите бяха извършени лично от дисертанта в денталните кабинети, намиращи се в 2 от училищата - в район „Средец" и в район „Възраждане". Използвани бяха огледало, стерилни ръкавици, под оптимална изкуствена светлина. Стандартите за контрол върху инфекциите бяха спазени.

Бяха спазени и критериите на СЗО за диагностициране и запис на състоянието на твърдите зъбни тъкани. Нивото на кариесите бе диагностицирано чрез визуално-тактилен метод, с въздушна струя и без рентгенография.

Информацията от прегледите бе записвана в индивидуални карти, които отразяват пола и възрастта на ученика и наличните кариеси на постоянните зъби. На базата на събраните данни за количествени и категорийни признаци

на наблюдение бяха изчислени показателите “Епидемичност по лица” Ep за постоянните зъби, „Епидемичност по зъби“ Et и интензитета I (DMFT) чрез интензитета на нелекуваните кариеси I (D).

Анкетното проучване беше насочено към четири групи: ученици, родители, учители и ЛДМ.

Въпросници с 27 въпроса бяха раздавани на всеки от родителите на прегледаните деца, за да се получи информация за знанията на родителите, тяхното отношение към денталното здраве, навиците на децата им и социалният им статус (с три степени – нисък, среден, висок). Въпросниците са раздадени и попълнени по време на родителски срещи в избраните 10 паралелки в четирите училища.

Въпросници с 19 въпроса бяха предлагани на всяко прегледано дете, като попълването им беше преди или след прегледа в денталния кабинет.

Въпросници с 20 въпроса бяха раздадени на класните ръководители на десетте избрани паралелки и на още 20 произволно избрани учители в 4-те училища.

Въпросници с 24 въпроса бяха раздадени на 50 произволно избрани ЛДМ, членове на Софийската районна колегия.

Статистическият анализ е извършен с помощта на статистически софтуер SPSS за Windows версия 17.

3.2.2 Основно проучване

Основното проучване е проведено в 3 училища в гр. София – 32 СОУ „Св. Кл. Охридски“ в район Възраждане, 12 СОУ „цар Иван Асен II“ в район Средец и 35 СОУ „Добри Войников“ в район Лозенец на територията на Столична община. И трите училища са разположени в централни столични общини. И трите училища са средно – образователни и в тях учат ученици от първи до дванадесети клас. Основанията за избор на тези общини са:

1. наличието на дентални кабинети в избраните училища;

2. желанието за съдействие в процеса на изследването от страна на ръководствата на училищата;

3. достатъчният брой ученици, необходими за изследването.

3.3 Методи на събиране на данните

Проведено е клинико-епидемиологично изследване съчетано със социологическо проучване. Чрез описателна статистика и статистически анализ на крос таблици, се оценяват рисковете, свързани с появата и развитието на зъбния кариес в три района на София град в периода месец октомври 2011г. - месец май 2012 година.

3.3.1 Единици на наблюдение

Логически единици на наблюдение са всички ученици прегледани и анкетирани в трите училища; родителите на прегледаните и анкетирани ученици; учители от наблюдаваните три училища и други случайно избрани учители от трите общини; ЛДМ регистрирани в софийската колегия на БЗС. Единици на наблюдение са и прегледаните зъби.

Техническа единица на наблюдение са подбраните за целите на проучването училища в центъра на София град, както и денталните кабинети.

3.3.2 Признаци на наблюдение

Признаците на наблюдение са:

- пол и възраст на учениците (въпроси №1 и 2 от анкетата за децата);
- възраст, образование, социално-икономически статус на родителите (въпроси № 22, 23 и 24 от анкетата за родители);
- кариес и обтурации при прегледите на учениците;
- навици за орална хигиена на учениците (въпроси № 4, 6, 8, 9, 10);
- честота на посещения в денталния кабинет;
- независимите променливи „притежание на специалност“, трудов стаж на ЛДМ; зависимите променливи „оценки и препоръки“ от анкетата за ЛДМ (въпроси № 1, 2, 5, 6, 8, 24, 24).

3.3.3 Източници на събиране на информацията

Като източници на информация са използвани проведения клиничен преглед на учениците и анкетно проучване на всички изследвани лица – ученици, родители, учители и ЛДМ.

1.Клиничен преглед на учениците

Прегледите бяха извършени лично от дисертанта в денталните кабинети, намиращи се в трите училища. Използвани бяха огледало и стерилни ръкавици, под оптимална изкуствена светлина. Стандартите за контрол върху инфекциите бяха спазени.

Бяха спазени и критериите на СЗО за диагностициране и регистриране на състоянието на твърдите зъбни тъкани (WHO Oral Health Surveys Basic Methods Geneva, 1997). Наличието на кариеси бе диагностицирано чрез визуално-тактилен метод, с въздушна струя и без рентгенография.

На случаен принцип са преглеждани ученици от начален курс (от първи до четвърти клас), ученици от прогимназиален (от пети до седми клас) и гимназиален курс (от осми до дванадесети клас) в тези училища.

На всички ученици, участвали в изследването е раздадена декларация за информирано съгласие, подписана от родителите (приложение 2). Спазени са етичните стандарти за медицински изследвания върху хора, залегнали в Декларацията от Хелзинки на Световната Медицинска Асоциация одобрена от 18-тото Световно Медицинско Събрание в Хелзинки, Финландия, 1964 и последно променена от 52-то Общо Световно Медицинско Събрание, Единбург, Шотландия, 2000.

Прегледите на учениците са извършени в следната последователност:

В периода месец октомври 2011 – месец декември 2011 година са прегледани 240 ученика в 32 СОУ „Св. Кл. Охридски“. Критериите за избор на поканените за преглед ученици са: в 74 паралелки учат 2030 ученици от 6 до 18 годишна възраст. От всяка паралелка са канени по 3 деца общо от началния и прогимназиалния курс и по 4 ученика от гимназиалния курс на случаен принцип, като учителите съобщаваха на учениците, че половината от желаещите да участват трябва да са момчета, а другата половина – момичета. Така бяха обхванати ученици от всички класове, отговарящи на възрастта от 6 до 18 години. На проявилите желание за преглед деца е дадена съответната форма

за информирано съгласие, която родителят да подпише. Децата посещаваха кабинета в определените за това дни и часове и представяха подписаната форма на „информирано съгласие“.

В периода месец януари 2012 – месец февруари 2012 година са прегледани 73 ученика в 12 СОУ „Цар Иван Асен II“. Критериите за избор на поканените за преглед деца са: в 26 паралелки учат 623 ученици от 6 до 18 годишна възраст. От всяка паралелка са канени по 3 деца, проявили желание да посетят денталния кабинет. Разпределението по пол и подписването на информираното съгласие стана по механизма описан за 32 СОУ.

В периода месец април 2012 г.-месец май 2012 година са прегледани 132 ученика в 35 СОУ „Добри Войников“. Критериите за избор на поканените за преглед деца са: в 44 паралелки се обучават 1120 ученика от 6 до 18 годишна възраст. От всяка паралелка са канени по 3 деца за снемане на зъбен статус. Разпределението по пол и подписването на информираното съгласие стана по механизма описан за 32 СОУ.

Информацията от прегледите бе записвана в индивидуални карти (приложение 1). Картите отразяват кодовете за училището, класа (от първи до дванадесети), паралелката (от А до Е) и номера на ученика в класа, пола, възрастовата група, точната възраст на ученика, наличието/липсата на кариеси на постоянните зъби, наличието/липсата на обтурации на постоянните зъби и наличието/липсата на обтурация и кариес на постоянните зъби едновременно, както и липсващите поради кариес зъби. Това са признаците на наблюдение, които са регистрирани еднократно и описват единиците на наблюдение - постоянните зъби.

На базата на събраните данни за количествени (брой регистрирани кариеси и обтурации на постоянните зъби) и описателни признаци на наблюдение бяха изчислени показателите Епидемичност по лица Ep за постоянните зъби, Епидемичност по зъби Et и интензитета I (DMF) при двете възрастови групи чрез интензитета на нелекуваните кариеси I (D), както и индекса DMFT при 12 и 14 годишните.

Оценката се извършва с помощта на индекса на Klein, Palmer&Knutson (1938 г.) - DMF, който представлява сбор от кариозните, екстрахираните поради кариес зъби и тези, които са обтурирани. Наблюдението се извършва с

дентално огледало. Сонда не се използва за установяване дълбочината на дефектите, както и острия ѝ връх за проверка на грапавост или текстура, на която и да е от наблюдаваните лезии, тъй като може да се нанесат необратими наранявания на деминерализирания емайл. При необходимост се провежда тактилно изследване единствено с гладкото рамо на сондата.

2. Анкетно проучване на всички изследвани лица – ученици, родители, учители и ЛДМ

Въпросник за учениците

Въпросници с 19 въпроса бяха раздавани на всяко прегледано дете, като попълването им беше преди или след прегледа в денталния кабинет. Всички въпроси в анкетите за децата са затворени и изискват един отговор. Описани са независимите променливи – пол и възраст на всяко дете. В картите за регистрация на зъбния статус е отбелязана точната възраст на всеки ученик с цел изчисляване на DMFT при 12 и 14 годишните. DMFT - среден брой кариозни, обтурирани и екстрахирани постоянни зъби на едно прегледано лице при децата на 12 и 14 години.

Анкетите засягат и поведенческите независими променливи – първо посещение в дентален кабинет, ходят ли на профилактичен преглед и колко често, какви средства за орална хигиена познават, какво са научили в училище за зъбите, страхуват ли се от посещението при ЛДМ и какво мислят за съществуването на дентален кабинет в тяхното училище (приложение 4).

Въпросник за родители

Въпросници с 24 въпроса бяха раздавани на родителите на прегледаните деца. Предаването на въпросниците на родителите стана чрез децата им, които получиха анкетите при прегледа в денталния кабинет. Въпросниците за учениците и родителите са кодирани, за да се знае от кое училище са събрани (код училище); съответствието между дете и родител също е чрез код – при попълването на анкетата родителят отбелязва училището, класа, паралелката и номерът на ученика в класа. Съответствието между въпросника на родителя и въпросника и прегледа на ученика става чрез съвпадението на кодовете за училище, клас, паралелка и номер на детето в класа.

Описаните независими променливи са: възраст, степен на образование (основно, средно, висше), социален статус (с три степени – нисък, среден, висок). Целта на анкетите е да се получи информация за знанията на родителите, тяхното отношение към денталното здраве, за хигиенните навици на децата им. Въпросите, зададени на родителите са затворени с посочени отговори. Въпросите с повече от един отговор са три и касаят причините за появата на кариес, знанието на факти за първия постоянен молар и източниците, от които черпят информация за денталното здраве. Търси се и мнението на родителите за въвеждане на дентална услуга в училищата (приложение 5).

Въпросник за учители

Въпросници с 20 въпроса бяха раздадени на 29 случайно избрани учители от трите училища, в които са прегледани и анкетирани учениците и в които са анкетирани родителите и на още 37 произволно избрани учители от други училища в трите общини Възраждане, Средец и Лозенец. Описани са независимите променливи – възраст и предмет на преподаване. Въпросите са групирани с цел установяване наличието на контакт между учители и ученици, между учители и родители и между учители и ЛДМ по темата „дентално здраве“. Потърсена е информация за желанието на учителите за контакт с другите анкетирани групи. В анкетите има три въпроса, които са с повече от един отговор и три отворени въпроса. Отворените въпроси са свързани с посочване на източници на информация за денталното здраве, кого биха поканили в час на класа да говори с децата за орално здраве и какви са били поводите за разговор с родителите за денталното здраве на децата им. Търси се мнението на учителите за наличието на дентален кабинет в училище и отношението им към профилактиката (приложение 6).

Въпросник за ЛДМ

Въпросници с 24 въпроса бяха раздадени на 67 произволно избрани ЛДМ, членове на Софийската районна колегия. Групите въпроси търсят отговор за трудовия стаж и специалността на ЛДМ, работят ли с деца; за това дали биха работили в кабинет в училище и защо; кой и как е отговорен за оралното здраве на децата. В анкетите има 5 отворени въпроса и два въпроса, които

позволяват повече от един отговор. Отворените въпроси са свързани с причините ЛДМ да не работят с НЗОК, как да се оптимизира пакета на НЗОК за деца, как определят цените на дейностите по здравна каса и коя според тях е основната причина за влошеното дентално здраве при децата (приложение 3).

3.Статистически методи

Данните бяха въведени в база данни на MS Excel и изчетени и обработени със статистически пакет SPSS 17.

Бяха приложени следните статистически методи:

1. Дескриптивен анализ - таблично и графично представяне на разпределения на променливите - въпросите на анкетата; абсолютни и относителни честоти.
2. Проверка на хипотези за различия на разпределения на изучаваните съвкупности от нормалното разпределение - тестове на Kolmogorov-Smirnov и Shapiro-Wilk тест. Когато се сравняват извадки (в случая, в който сравняваме кариесите на 12 и 14 годишните), ние трябва да изберем правилните методи за сравнение. За тази цел трябва да се изследват разпределенията на 2-те извадки. Рутинния тест, който се прави в този случай е тестът на Kolmogorov-Smirnov с последващ Shapiro-Wilk, който придава прецизност, защото броят случаи в извадките е малък, но не в смисъла на популярната стойност за малка извадка 30, а в смисъла на теста на Kolmogorov Smirnov.
3. Тестове за сравняване на извадки – тест на Mann-Whitney.
4. Крос таблици - за изследване на зависимости между качествени променливи.
5. χ^2 тест и Fisher exact тест за проверка на хипотези за независимост.
6. Корелационен анализ – корелограми, коефициенти на Pearson и Spearman.
7. Графичен анализ на получените резултати.

Формулата, по която е изчислен обемът на извадката за оценка на относителен дял е**:** $\mathbf{n = z^2pq\ /e^2}$,

където: z - доверителен коефициент

p = n1/n (n1- брой единици с интересуващото ни качество, n - останалите единици), q = 1-p

e - максимално допустим размер на грешката

Глава III: Резултати

Резултати от пилотното проучване

На базата на събраните данни за количествени признаци на наблюдение бяха изчислени показателите епидемичност по лица (Ep) за постоянните зъби, епидемичност по зъби (Et) и интензитет I (D) на кариеса.

Таблица 5 показва разпространението на кариеса по лица в пилотното проучване. Вижда се, че Ep се повишава с възрастта и че стойностите при момичетата са по-високи сравнени със стойностите при момчетата във всички възрасти.

Таблица 5. Разпространение на кариеса по лица (Ep) по възраст и пол

Прегледани ученици	Ep първи клас	Ep пети клас	Ep осми клас	Ep десети клас
Момчета	46.00%	78.00%	81.00%	**83.00%**
Момичета	53.00%	81.00%	84.00%	**87.00%**
Общо	**49.50%**	**79.50%**	**82.50%**	**85.00%**

Таблица 6 показва разпространението на кариеса по зъби. Отново процентът на засегнатите момичета е по-висок.

Таблица 6. Разпространение на кариеса по зъби (Et)

Прегледани ученици	Брой зъби	Брой зъби с кариес	% на засегнатите от кариес зъби
Момчета	2870	290	**10.10%**
Момичета	2717	305	**11.20%**
Общо	**5587**	**595**	**10.65%**

Таблица 7 показва интензитета на кариеса в двете изследвани възрастови групи и по пол. Стойностите са по-високи при 6-12 годишните, сравнено с 13-18 годишните. Стойностите при момичета и момчета са еднакви във възрастта 6 -12 години, а във възрастта 13-18 години стойността при момичетата е по-висока.

Таблица 7. Интензитет I (D) на кариеса

Прегледани Ученици	Брой 6-12г.	Брой 13-18г.	Брой кариеси 6-12 год.	Брой кариеси 13-18 год.	(I) 6-12 години	(I)13-18 години.
Момчета	66	59	184	106	2.78	**1.8**
Момичета	60	65	166	139	2.77	**2.13**
Общо	**126**	**124**	**350**	**245**	**2.78**	**1.97**

Резултатите от анкетата сред родителите показва следното: повече от половината от родителите (64%) подсещат децата да мият зъбите си, но не им помагат при миенето, почти половината (48%) не ги инспектират след миене. Почти всички (82%) смятат, че ще бъде полезно да има дентален кабинет в училище, като 1/3 от тях (33%) искат денталният лекар да бъде специалист.

Резултатите от анкетата сред децата показват следното: половината от анкетираните ученици (52 %) съобщават, че са посетили за пръв път денталния кабинет поради болка; 38 % - поради наличие на временен зъб, който не са успели да извадят сами а 70 % от учениците в пети клас все още не са научили нищо за денталното здраве в училище. Процентите по този показател (неинформираност от училище) за първи, осми и десети клас са съответно 92%, 64% и 53%.

Резултатите от анкетите сред учителите: учителите разговарят с учениците по въпроси на денталното здраве само при инцидент. Почти всички (90 %) имат желание да участват в програми за съвместна работа с деца, родители и ЛДМ, като според тях ръководството на училището трябва да има ключова роля. Те смятат, че информацията за оралното здраве в общественото пространство е недостатъчна.

Резултатите от анкетите сред ЛДМ: повече от половината (58 %) биха сътрудничили с учители, ако бъдат поканени в училищата за здравни беседи; 55 % смятат, че кабинетите в училищата трябва да се възстановят;
23 % мислят, че това би подобрило резултатите от профилактичните програми.

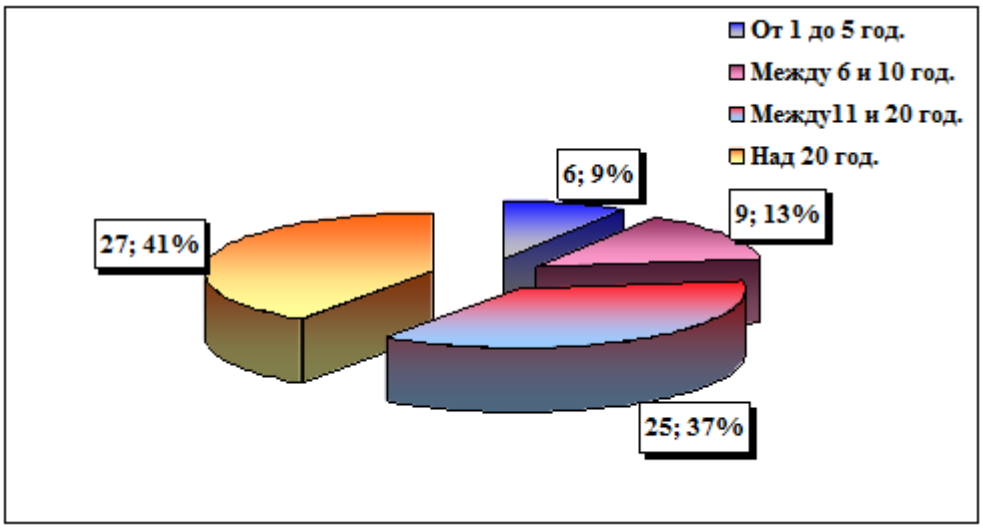
1. Резултати по първа задача

По задача 1 - да се направи оценка на готовността на ЛДМ да сътрудничат с родители и учители за профилактика, лечение и здравно възпитание, както и да се проучи мнението на ЛДМ за възстановяване на денталните кабинети в училищата, бяха анкетирани 67 ЛДМ от град София.

60% (40) от анкетираните ЛДМ са общопрактикуващи, 19% (13) са специалисти, които работят като общопрактикуващи и 21% (14) са специалисти работещи по специалността си.

Трудовият стаж на 9% (6) от ЛДМ е от 1-5 години, на 13% (9) между 6 и 10 години, на 37% (25) е между 11 и 20 години и 41% (27) са ЛДМ с стаж над 20 години (Фиг.1).

66,2% (44) работят основно с възрастни, но приемат и деца; 20% (13) работят основно с деца; 7,7% (5) работят само с деца и 6,2% (4) работят само с възрастни.



Фиг. 1. Трудов стаж на денталните лекари

1.1.Представените по-долу въпроси са зададени, за да се оцени желанието на колегите за сътрудничество с родителите:

При 16,9% (11) от ЛДМ присъствието на родителите в кабинета по време на работа с деца е задължително; 33,8% (23) казват, че зависи от възрастта на детето; 30,8% (22) се съобразяват с поведението и желанието на децата и 4,6% (3) не допускат родителите по време на лечението.

58,7% (39) от ЛДМ обсъждат с родителите подробно плана за лечение на децата; 27% (18) обясняват само ако родителите се интересуват; 11% (7) говорят с родителите ако се налага изпращане при специалист и 3,2% (2) не обсъждат нищо с родителите.

81,8% (55) от анкетираните ЛДМ разясняват на родителите, че е необходимо временните зъби да се лекуват; 13,6% (8) разказват за лечението на млечното съзъбие само ако родителите питат и 4,5% (3) не отделят време за това.

1.1.1. На въпроса „Мислите ли, че Вашият разговор с родителите ще допринесе за тяхното по-осъзнато отношение към денталното здраве на децата им?“ са дадени следните отговори:

Отговори	Брой	%
Да	36	54.50
Да, в повечето случаи	27	40.90
Да, но нямам време	1	1.50
Не, няма смисъл	2	3.00

Повече от половината (54,5%) от ЛДМ, смятат, че разговор с родителите би допринесъл за по-добрата грижа за зъбите, 40,9% (27) също казват, че в повечето случаи ще има ефект. Само 3% нямат желание да мотивират родителите.

1.1.2. На въпроса „ Обсъждате ли с родителите цялостен план за успешното саниране на детето? “са дадени следните отговори:

Отговори	Брой	%
Да, винаги	37	58.70
Да, ако родителите се интересуват	17	27.00
Когато е нужен специалист	7	11.00
Не	2	3.20

Резултатите показват, че около 3.00% смятат, че комуникацията с родителите и децата няма никакво значение за подобряване на денталното

здраве. Според нас този процент (3%) е малък и е възможно чрез предложените модели за подобряване на сътрудничеството между родители и ЛДМ да бъде намален.

1.1.3. На въпроса „Обяснявате ли на родителите основни правила за зъбна хигиена?“, ЛДМ отговарят:

Отговор	Брой	%
Да, понякога	33	51.00
Само при нужда	28	43.00
По-скоро не	4	6.00

При въпрос дали обясняват на децата тези правила 55,1% (38) отговарят, че го правят още при първото посещение; 32,7% (22) обсъждат с децата как да мият зъбите си ако преценят, че хигиена е лоша; при 10,2% (7) тази дейност се извършва при по-малките пациенти; само 2% (1) не го правят.

Когато работят с деца, 90% (60) от ЛДМ използват подхода „казвам, показвам, правя“ и 10% (7) не обясняват действията си.

В получените резултати от изследването се установява, че над 75% от анкетираните в изследването ЛДМ са с над 11 години трудов стаж, над 60% работят като общопрактикуващи, над 70% работят основно с възрастни. Над 58% от всички анкетирани ЛДМ са склонни да отделят време за разговор с родителите по време на посещението в денталния кабинет – да разясняват цялостния план на лечение, да показват правилния начин на миене на зъбите, начините за контрол на плаката, да настояват за необходимото лечение на временните зъби.

1.2.Въпросите свързани с възможностите за сътрудничество между ЛДМ и учителите, дават следните резултати:

1.2.1. На въпроса „Бихте ли си сътрудничили по въпросите на денталното здраве с учители в училище?“ отговорите са:

Отговор	Брой	%
Да, при покана	30	46,20
Да, в кампания	14	21,50
Да, ще отида сам	5	7,70
Не	16	24,60

46,2% (31) от ЛДМ биха посетили училище при покана за беседа; 21,5% (14) биха отишли при провеждане на определена здравна кампания; 7,7% (5) биха проявили инициатива и сами биха потърсили контакт с дадено училище; 24,6% (16) не мислят, че училището е място за сътрудничество.

По-малко от половината от анкетираните ЛДМ проявяват интерес за контакт с ръководствата на училищата и с учителите. ЛДМ смятат, че ролята на родителите е определяща и училището и учителите няма да допринесат значително за подобряване на денталното здраве на учениците. Тези резултати не съвпадат с тенденциите, описани в литературния обзор, от които става ясно, че обучението в училище чрез участието на учителите и съдействието на здравния персонал, са ефективни за подобряване на оралното здраве.

1.2.2. На въпроса „Кой, според Вас играе основната роля във възпитанието на детето по темите на денталното здраве, освен ЛДМ?“ са получени следните резултати:

Отговор	Брой	%
Родителите	30	44,60
Родители и учители	10	15,40
Родители, учители и специалисти в рамките на програма	27	40,00

44,6% (30) от ЛДМ смятат, че родителите имат основна роля за търсене на контакт с денталния лекар; 15,4% (10) мислят, че и учителите могат

да участват във възпитанието на учениците по темите за денталното здраве; 40% (27) оценяват като положително сътрудничеството между ЛДМ, родители и учители в рамките на обществено-базирани програми.

1.3.Въпросите свързани с работата на ЛДМ със здравната каса са зададени във връзка с мотивацията на колегите да работят с деца, а също и да се установи дали осигуреният пакет до 18 годишна възраст, който е с по-голям обем спрямо пакета за възрастни повишава мотивацията за това.

70% (47) имат договор със СЗОК като общопрактикуващи, 12% (8) като специалисти по детска дентална медицина, 3% като специалисти по хирургия и 15% (12) не работят със здравната каса.

На въпроса дали смятат, че договореният пакет със здравната каса за деца е достатъчен 22,4% (14) отговарят с "да", 10,4% (7) го смятат за достатъчен по вид дейности, 7,5% (5) смятат, че е достатъчен и по обем и по вид дейности и 59,7% (39) мислят, че има нужда от по - голям обем и повече дейности.

На въпроса как според тях трябва да се оптимизира пакета на здравната каса 34,8% (23) казват, че трябва да отпадне ограничението на броя и вида дейности**;** 42,4% (28) предпочитат да се добавят профилактични дейности; 13,6% (9) искат да се добавят лечебни дейности; 6,1% (4) смятат, че не е необходимо да се променя.

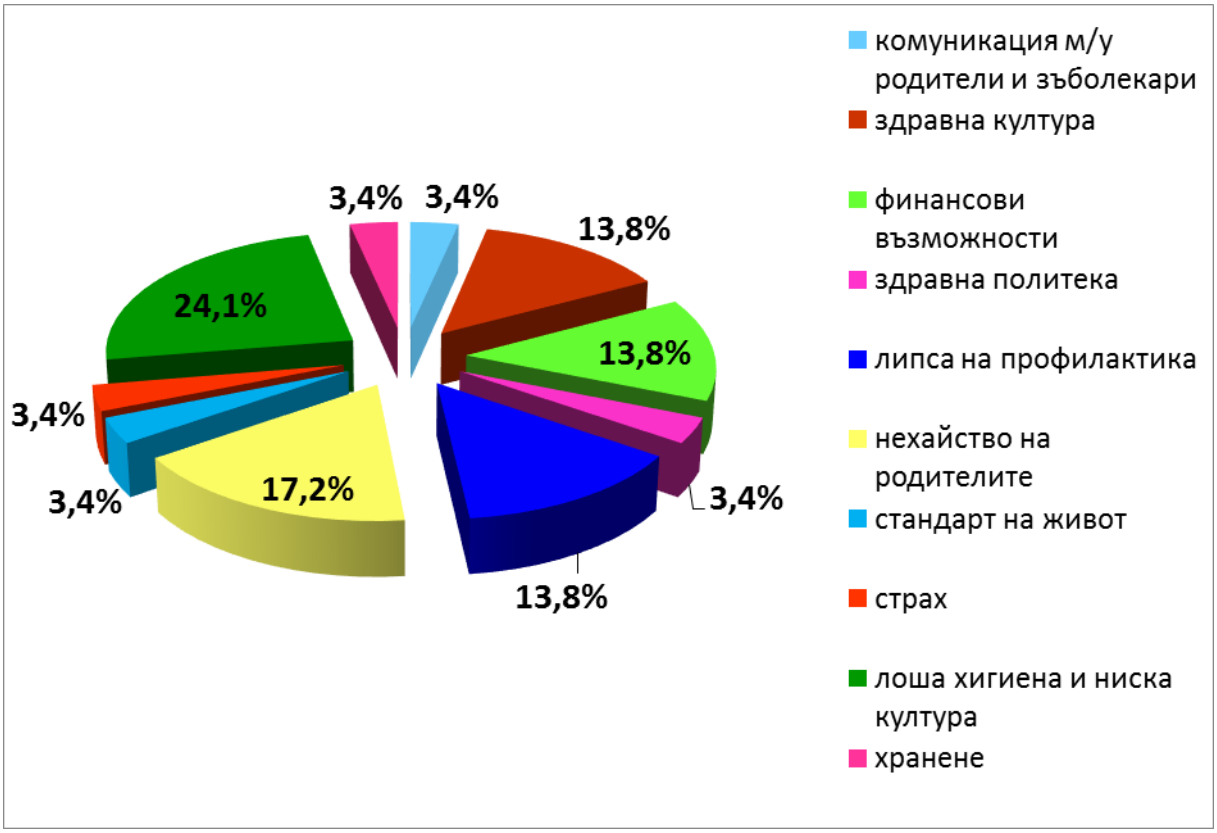
Една трета (33,3%) не работят със здравната каса, защото извършеното лечение не се заплаща веднага; 33,3% (22), защото договорените цени не покриват разходите за вложените материали и другите 33,3% (22) защото пациентите са с нереалистични очаквания.

Въпрос, който позволява повече от един отговор е как ЛДМ определят цените, които НЗОК заплаща. 10,9% (7) казват, че цените отговарят на стандарта на живот в България; 57,8% (39) смятат, че са много по-ниски от пазарните; 25,4% (17) мислят, че тези цени са недостатъчни за постигане на лечебен ефект; други 42,2% (28) отговарят, че са недостатъчни за постигане на добро качество; 7,8% (5) отговарят, че са недостатъчни за осигуряване на достъп. Сумата от процентите е по-голяма от 100%, защото е даван повече от един отговор.

На отворения въпрос “Кой според ЛДМ е основния проблем за незадоволителното дентално здраве при децата?“ се дават следните отговори (**Таблица 8**):

Таблица 8. Основни причини за незадоволителното дентално здраве на учениците

Отговори	**Брой**	**%**
комуникация между родители и ЛДМ	1	3.40
здравна култура	4	13.80
финансови възможности	4	13.80
здравна политика	1	3.40
липса на профилактика	4	13.80
нехайство на родителите	5	17.20
стандарт на живот	1	3.40
страх	1	3.40
лоша хигиена	7	24.10
хранене	1	3.40
Общо	29	100.00



Фиг. 2. Основни фактори за незадоволителното дентално здраве на децата

1.4.Отговорите на групата въпроси, свързани с въвеждане на дентална услуга в училищата показват:

От таблица 9 се вижда, че 1/3 (30,8%) от анкетираните ЛДМ напълно подкрепят въвеждането на дентална услуга в училищата, други 20% (13) подкрепят принципно според установените нужди в конкретното училище, другата половина от ЛДМ казват, че не е необходима промяна на действащата уредба за профилактика и лечение на деца в денталната сфера.

Таблица 9. Мнение на ЛДМ за въвеждане на дентална услуга в училищата

Отговори	Брой	%
Не. Смятам, че достъпът до ЛДМ е свободен и няма нужда да се връщаме назад	21	32.30
Не. Това противоречи на правото на пациента на свободен избор	11	16.90
Принципно да, но да се решава индивидуално във всяко училище, според нуждите и условията	13	20.00
Да, напълно подкрепям	20	30.80

От таблица 10 се вижда, че по-голямата част от анкетираните ЛДМ (56.90%) предпочитат в кабинетите в училищата да работят специалисти.

Таблица 10. Мнение на ЛДМ за ценза на практикуващите в училищни кабинети

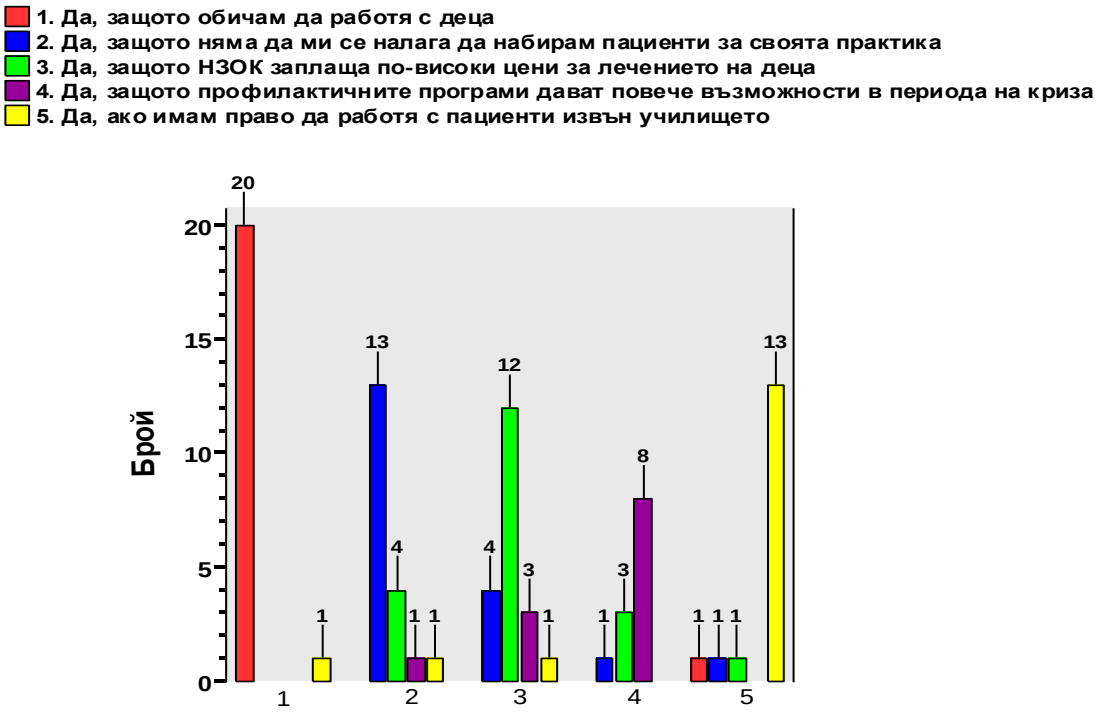
Отговори	Брой	%
Всеки ЛДМ (общопрактикуващ дори и без специалност)	25	43.10
Само специалисти по детска дентална медицина	33	56.90

От таблица 11 се вижда, че 22% от анкетираните напълно подкрепят прилагането на профилактични програми в училище, други 36% подкрепят, но искат съдействието на ръководството на училището, 16% мислят, че в момента действащите програми и профилактични мерки са достатъчни, 8% се въздържат, защото търсенето на съгласието на родителите затруднява процеса и 18% нямат мнение.

Таблица 11. Ефективност на профилактични програми в училищата спрямо приложението им извън училище

Отговори	Брой	%
Не, и сега няма проблем	8	16,00
Не, защото и там трябва съгласието на родителите, а това усложнява нещата	4	8,00
Не съм много сигурен	9	18,00
Зависи от сътрудничеството на ръководството	18	36,00
Напълно съм убеден	11	22,00

На въпроса дали биха работили в кабинет в училище ЛДМ отговарят:



Фиг. 3. Желание на ЛДМ за работа в училищни кабинети

На този въпрос:

- отговор 1 са дали 20 анкетирани, като 1 от тях е посочил и отговор 5.
- отговор 2 са дали 13 анкетирани, като 4 от тях са посочили и отговор 3 и по 1 – отговор 3 и 4.

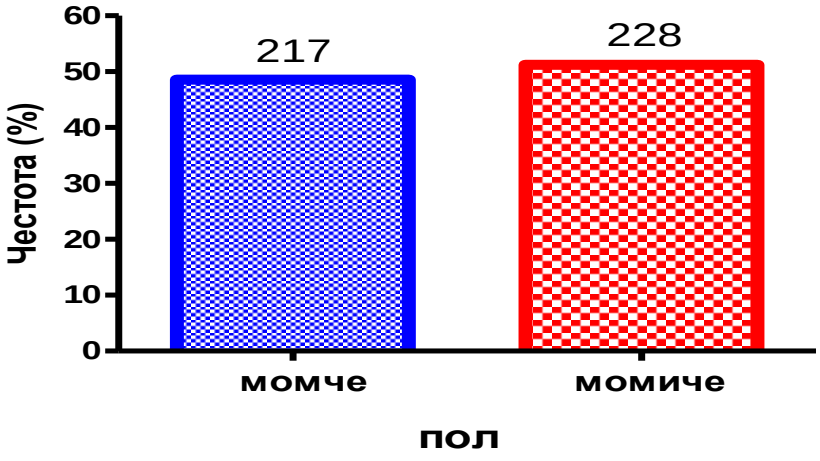
- отговор 3 са дали 12 анкетирани, като 4 от тях са посочили и отговор 2, 3 – отговор 4 и 1 – отговор 5.
- отговор 4 са дали 8 анкетирани, като 3 от тях са посочили и отговор 3, а 1 – отговор 2.
- отговор 5 са дали 13 анкетирани, като по 1 от тях са посочили и отговор 1, 2 и 3.

Малка част (10%) от анкетираните смятат, че информацията в медийното и публичното пространство за това как децата да се грижат за зъбите си е напълно достатъчна; 40% (27) от ЛДМ казват, че тази информация стига до родителите и децата основно по време на кампании; 12% (8) мислят, че този тип информация достига до хората чрез реклами; 38% (26) посочват, че информацията е недостатъчна.

2. Резултати по втора задача

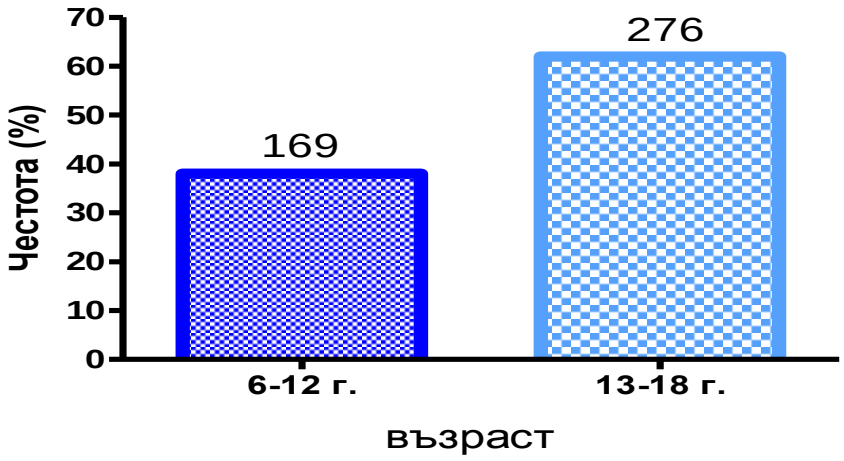
По задача 2 - да се установи денталния статус на учениците, тяхното ниво на информираност, хигиенни навици и интерес към лечение и профилактика в училище, беше регистриран зъбен статус и бяха анализирани резултатите от анкетите на включените в изследването деца.

В изследването са включени 217 момчета и 228 момичета. Това са всички прегледани ученици от трите училища в трите общини в центъра на град София. На Фиг. 4 е представена структурата на извадката:



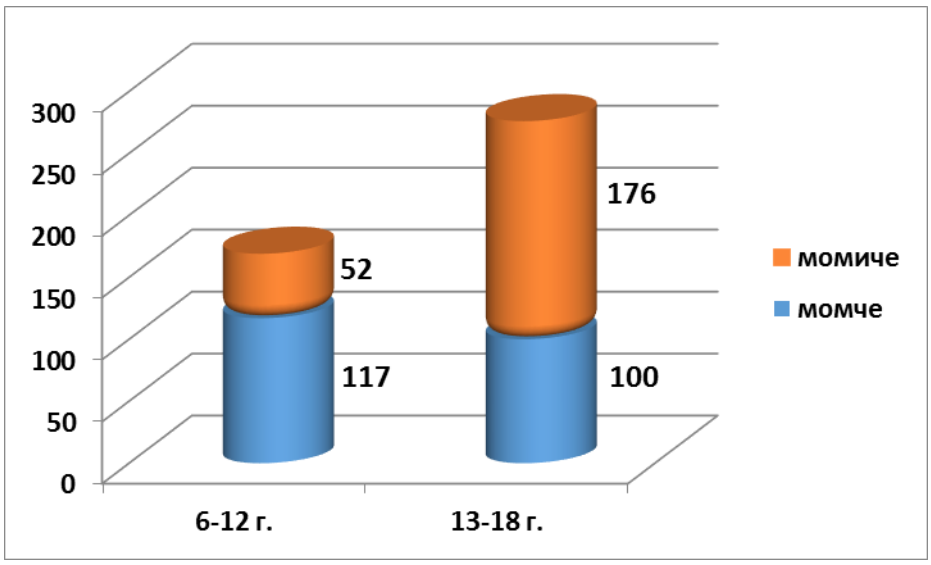
Фиг. 4. Ученици по пол в брой и %

Фиг. 5 представя броя прегледани в изследването ученици разпределени в две възрастови групи - 6-12 години и 13-18 години. Във възрастовата група 6-12 години са прегледани 169 ученици в трите училища; във възрастовата група 13-18 години са прегледани 276 ученици в трите училища.



Фиг. 5. Ученици по възрастови групи в брой и %

От Фиг. 6 се вижда разпределението по пол и възраст и представя нагледно съотношението между пола и възрастта на прегледаните ученици. Във възрастовата група 6-12 години са прегледани 117 момчета и 52 момичета; във възрастовата група 13-18 години са прегледани 100 момчета и 176 момичета.



Фиг. 6.Съотношение между пол и възраст на учениците

2.1. Резултати от денталния преглед на учениците:

В таблица 12 са показани получените резултати за епидемичност на кариеса по лица (Ep). Вижда се, че Ep при момчетата в двете възрастови групи е с еднаква стойност. При момичетата Ep при 6-12 годишните е с по-висока стойност от тази при 13 -18 годишните. Това означава, че повече момичета на възраст между 6 и 12 години са засегнати от кариес в сравнение с момчетата в същата възрастова група.

Таблица 12. Разпределение на кариеса по лица (Ep) по възраст и пол

Прегледани ученици	Ep за 6-12 г.	Ep за 13-18 г.
Момчета	53.00%	53.00%
Момичета	56.00%	53.00%
Общо	54,50%	53.00%

В таблица 13 са показани броя зъби, установен при прегледите в двете възрастови групи ученици, както и засегнатите от кариес постоянни зъби. От таблицата се вижда, че процентът на засегнатите от кариес постоянни зъби в двете възрастови групи не е с близки стойности. При 6 -12 годишните средният процент е 6,5%, а при 13-18 годишните е 12,1%. При тези стойности на Et може да се отчете тенденцията, че с увеличаване на възрастта броят на засегнатите от кариес зъби се увеличава.

Таблица 13. Разпределение на кариеса по зъби (Et) по възраст и пол

Прегледани ученици	**Брой зъби 6-12 г**	**Брой кариеси (D) 6-12**	**Брой зъби13-18 г.**	**Брой кариеси (D) 13-18**	**% засегнати от кариес зъби 6-12г.**	**% засегнати от кариес зъби 13-18 г**
Момчета	2851	187	2892	402	6,60%	13,90%
Момичета	1302	84	5088	524	6,40%	10,30%
Общо	4153	271	7980	926	6,50%	12,10%

В таблица 14 е представен интензитета I(D) на кариеса. Резултатите в таблицата показват, че стойността на I(D) във възрастовата група 13 -18 години е два пъти по - висока от стойността на показателя при 6 -12 годишните. Това ясно показва тенденцията за влошаване на състоянието на учениците с увеличаване на възрастта.

Таблица 14. Интензитет на кариеса I(D)

Прегледани ученици	Брой 6-12 г. ученици	Брой 13-18 г. ученици	Брой зъби с кариес (D) при 6-12 г.	Брой зъби с кариес (D) 13-18	I(D) 6-12г.	I(D) 13-18 г.
Момчета	117	100	178	423	1,5	4,23
Момичета	52	176	118	524	2,26	2,98
Общо	169	276	296	947	1,88	3,6

Таблица 15 показва стойността на DMFT при прегледаните 12 годишни ученици в настоящото изследване – 1,7. За сравнение**,** стойността на DMFT при 12 годишните ученици прегледани в рамките на Националната програма за профилактика 2009 - 2014 година е 5,65. В рамките на тази програма са прегледани 360 деца от София - град разпределени в три прицелни групи по 120 деца – 6 годишни, 12 годишни и 18 годишни. Броят на прегледаните деца на 12 години е 120 (60 момичета и 60 момчета). Прегледите са извършени през 2010 година. Подборът на децата е на случаен принцип от всички райони на град София. Вижда се голямата разлика в стойностите при прегледаните ученици в настоящото изследване, проведено в центъра на София и стойностите получени при прегледите на 12 годишните от всички 24 общини в София град - 1,7/5,6. Това показва, че в централните райони на София, които са изследвани, DMFT при 12 годишните е около три пъти по-нисък спрямо стойността, получена при изследването в София – град.

Таблица 15. Индекс DMFT при 12 годишните ученици от собствен материал в София-център

Прегледани ученици	Брой кариеси(D)	Брой обтурации (F)	Брой липсващи поради кариес зъби (M)	Стойност на DMFT
94	90	71	0	1,7

В таблица 16 е изчислена стойността на DMFT при 14 годишните прегледани за целта на настоящото изследване. Между броя кариеси на 12 годишните ученици и броя кариеси на 14 годишните ученици съществува статистически значима разлика, $p<0,001$. Това показва тенденцията за повишаване на DMFT с възрастта.

Таблица 16. Индекс DMFT при 14 годишните ученици от собствен материал в София - център

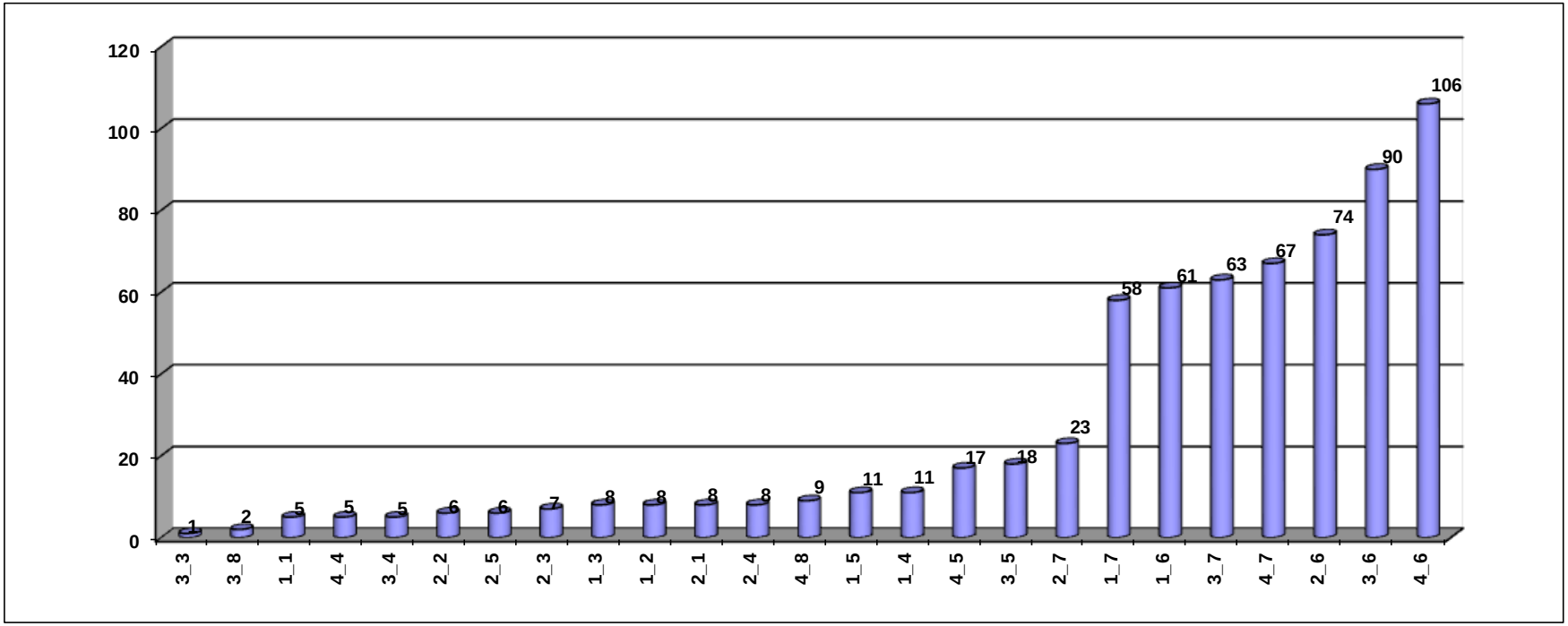
Прегледани ученици	Брой кариеси (D)	Брой обтурации (F)	Брой липсващи поради кариес зъби (M)	Стойност на DMFT
121	268	219	2	4,0

Съотношението на DMFT при 14 / 12 – годишните ученици в настоящото изследване е 2,35.

Таблица 17 показва брой и процент свободни от кариес ученици, описани по възрастови групи и прицелни възрасти – 12 и 14 годишни ученици. Прави впечатление, че повече от половината 12 и 14 годишни ученици са здрави, като процентът свободни от кариес 14 годишни е по-малък от процента свободни от кариес 12 годишни. Този факт потвърждава тенденцията за влошаване на оралното здраве с възрастта**.** Високият процент здрави 12 и 14 годишни ученици според нас също показва, че патологията по зъби е съсредоточена в по - малък брой високо рискови деца.

Таблица 17. Относителни дялове свободни от кариес ученици по възраст

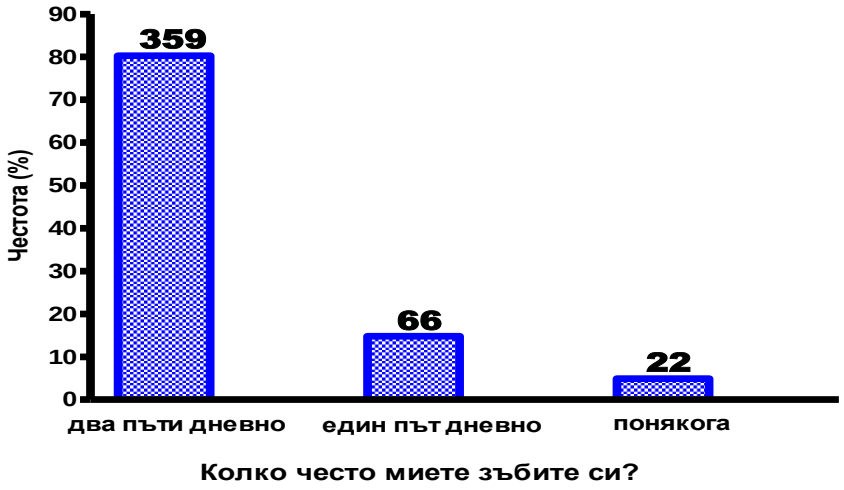
Възраст	Брой прегледани ученици	Брой свободни от кариес ученици	Процент свободни от кариес ученици от всички прегледани в съответната възраст
6 -12 год.	169	56	33.00%
13 -18 год.	276	83	30.00%
12 год.	94	61	64.00%
14 год.	121	67	55.00%



Фиг. 7 Честота на проявление на кариеса при прегледаните ученици по зъби

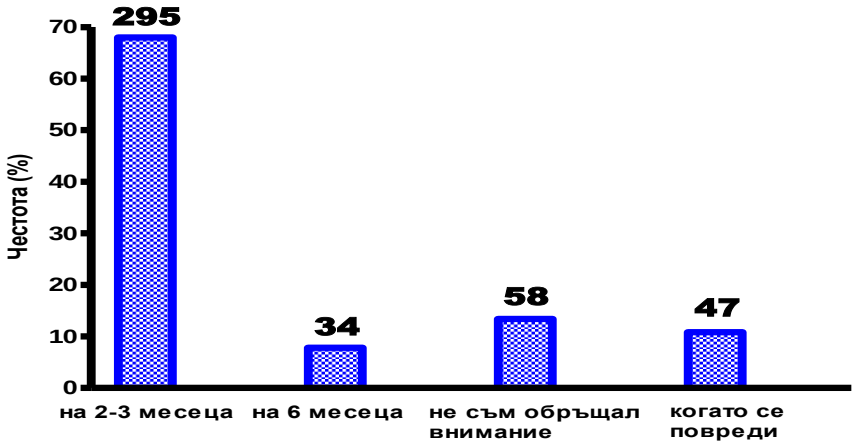
2.2.*Разпределението на отговорите на въпросите в анкетите относно оралната хигиена на учениците показват:*

Повече от ¾ (80.3%) мият зъбите си два пъти дневно, 14.8% (62) веднъж дневно и 4.9% (22) от време на време.



Фиг. 8. Честота на миене на зъбите

Отговорите на въпроса „Колко често сменяте четката за зъби?“ дават следните резултати: 66.1% (295) сменят четката за зъби на всеки 3 месеца, 7.6% (34) на всеки 6 месеца, 13% (58) отговарят че не обръщат внимание на периода на смяна, а 10,5% (47) я сменят когато се „повреди“.



Фиг. 9. Честота на смяна на четката за зъби

Потърсена е връзка между честотата на смяна на четката за зъби и информираността на децата за значението на различните движения на четката (**Таблица 18**).

Таблица 18. Честотата на смяна на четката за зъби и Информираност на децата

Отговори на:	**Информираност за движение на четката за зъби и качеството на измиване**	
Честота на смяна на четката за зъби	**Знам**	**Не знам**
На 3 месеца	97,3%	2,7%
На 6 месеца	73,5%	26,5%
Не обръщам внимание	93,1%	6,9%
Когато се повреди	83%	17%

Изчисленията показват, че между относителните дялове на отговорите на двата въпроса има статистически значима връзка, $p<0.001$ или предположението, че децата, които често сменят четката си за зъби знаят и как да я използват**,** е потвърдено.

Над ¾ (76%) от анкетираните ученици искат да се научат да мият правилно зъбите си с помощта на ЛДМ, когото посещават, 16.4% (73) от децата искат да се научат да мият правилно зъбите си, но казват, че не знаят кой може да ги научи.

Резултатите от анкетите показват, че 91.7% (405) от децата знаят, че в аптеките се продават разтвори за жабурене, а 8.3% (37) не знаят. 37.9% (169) използват разтвори за жабурене, 32.5% (144) не използват профилактично разтвори за жабурене и 29.6 % (131) използват, но не редовно.

Повечето деца (67.5%) са ползвали разтвори, подобен процент (66.1%) сменят четката на всеки 3 месеца. 80.3% мият зъбите си два пъти дневно. 92,6% знаят, че начинът на движение на четката има значение за доброто почистване на зъбите.

Повече от ¾ (76.5%) от децата правят връзка между развалените зъби и консумацията на захар.

2.3. Групата въпроси, свързани с обучението на децата по дентално здраве в училище се свързва с въпроси относно оралната хигиена на

учениците, с тяхната възраст, с наличието на кариес (D) при 14 годишните ученици, както следва:

Потърсена бе връзка между честотата на миене на зъбите и наученото в училище за оралната хигиена:

Таблица 19. Честотата на миене на зъбите и Наученото за денталното здраве в училище

Отговори на:	**Честотата на миене на зъбите**		
Наученото за денталното здраве в училище	**Два пъти дневно**	**Един път дневно**	**Понякога**
Да, от там знам доста неща	31,1%	24,2%	22,7%
Не, не сме учили	68,9%	75,8%	77,3%

Изчисленията показват, че между относителните дялове на отговорите на двата въпроса няма статистически значима връзка, p>0.05, т.е. обучението в училище не влияе върху честотата на миене на зъбите. Парадоксален е резултатът от сравнението между прегледите и анкетите, който показва, че наученото в училище за денталното здраве не води до подобряване на оралната хигиена. Причините вероятно са свързани с липсата на практически занятия в училище и факта, че няма програми за ангажиране на ЛДМ, които да провеждат практическо обучение в училищата.

Потърсена бе връзка между възрастта на учениците и наученото в училище за денталното здраве:

Таблица 20. Наученото в училище за денталното здраве и Възрастови групи

Отговори на:	**Възрастови групи**		
Наученото за денталното здраве в училище	**6 -12 годишни**	**13 -18 годишни**	**Средно**
Да, от там знам доста неща	41,2%	22,8%	32%
Не, не сме учили	58,8%	77,2%	68%

От децата във възрастовата група 6-12 години 58,8% (98) отговарят, че не са обсъждали проблеми свързани със зъбите в училище. Съответно 41,2% (69) казват, че са научили много от училище.

От учениците във възрастовата група 13-18 години 77,2% (212) отговарят, че нямат информация за оралното здраве от училище, а 22,8% (63) са говорили и научили доста неща по въпроса.

Без да се отчита възрастта процентът на информираните от училище е 32.00%, а на тези, които не са участвали в дискусии за денталното здраве в училище е 68.00%.

Изчисленията показват, че между относителните дялове на отговорите на двата въпроса има статистически значима връзка, $p<0.001$, а корелационният коефициент (по Spearman) на връзката между възрастта на децата и наученото за зъбите в училище е статистически значим и е равен на 0.195. Това означава, че предположението, че колкото са по-големи учениците, толкова повече са научили за денталното здраве от училище е отхвърлено.

Потърсена бе и връзка между зъбния статус на 14 годишните ученици и оценката им за наученото от тях за денталното здраве в училище.

Таблица 21 показва, че между броя кариеси установени в зъбния статус на учениците и наученото за денталното здраве в училище няма статистически значима връзка $p>0.05$, т.е. наученото за денталното здраве не се отразява на зъбния статус на децата.

Таблица 21. Говорили ли сте в училище за денталното здраве и Кариес(D) при 14 годишните

Кариес при 14 годишните	**Говорили ли сте в училище за денталното здраве?**			**Общо**
		Да	**Не**	
от 0 до 3 кариеса	**Брой**	27	61	88
	% от кариеси	30.7%	69.3%	100.0%
4 и повече от 4 кариеса	**Брой**	11	21	32
	% от кариеси	34.4%	65.6%	100.0%
Общо	**Брой**	38	82	120

- Отговорилите на въпроса: Говорили ли сте в училище за денталното здраве? с Да и с от 0 до 3 кариеса са 30.7% от 88 случая.
- Отговорилите на въпроса: Говорили ли сте в училище за денталното здраве? с Да и с 4 и повече от 4 кариеса са 34.4% от 32 случая.

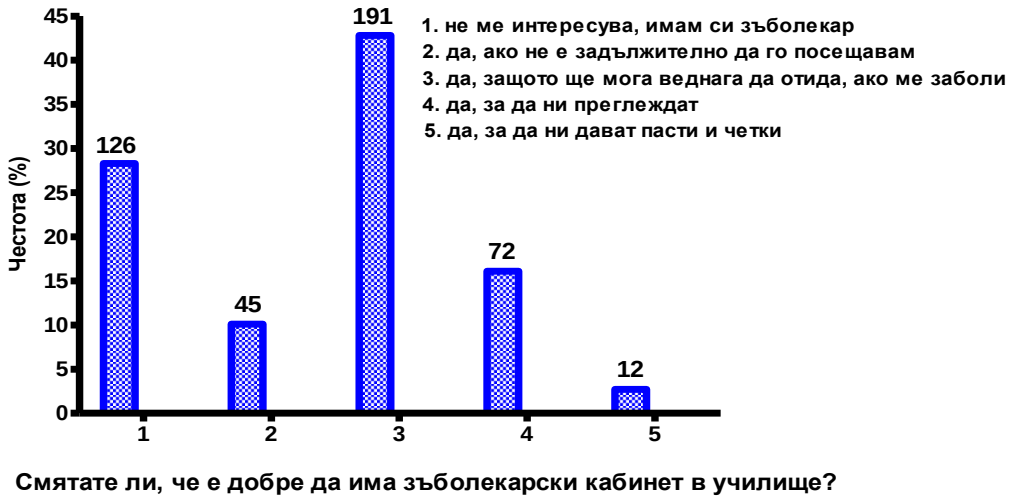
2.4. Какво мислят учениците за съществуването на дентални кабинети в училищата?

42.8% (191) от децата предпочитат да има дентален лекар в училище, защото ще могат да го посетят веднага ако имат болка (74.2% от анкетираните ученици казват, че са имали зъбобол).

16.1% (72) казват, че ще ходят в училищния кабинет само за преглед.

28.3% (126) не се интересуват, защото имат личен ЛДМ.

10.1% (45) приемат да има ЛДМ в училище, но искат да го посещават само по тяхно желание.



Фиг. 10. Мнение на учениците за съществуването на дентален кабинет в училище

Потърсена бе връзка между обективната нужда от грижа за зъбите на децата и желанието им да има дентален кабинет в тяхното училище. **Таблица 22** показва, че 58,2% (258) от анкетираните ученици, които оценяват, че имат проблеми със зъбите биха посетили денталния кабинет в училище ако имат болка. Показателен е и процентът на желание за посещение на тези кабинети с цел преглед - 61.1% (271). Изчисленията показват, че между относителните дялове на отговорите на двата въпроса има статистически значима връзка, $p<0.01$ и предположението, че децата с дентални проблеми ще оценят наличието на кабинет в училище е потвърдено.

Таблица 22. Нужда от грижа и желание за дентален кабинет в училище

Отговори на:	**Нужда от грижа и желание за дентален кабинет в училище**			
Имате ли проблеми със зъбите	**Не, имам си зъболекар**	**Да, ако не е задължително**	**Да, ще отида ако ме заболи**	**Да, за прегледи**
Да	20,4%	5,1%	58,2%	12,2%
Не, нямам проблем	57,9%	13,3%	44,4%	61,1%

Таблица 23 показва причините за първото посещение в денталния кабинет: 17.3% (75) от учениците посещават за първи път дентален кабинет поради болка, 18.8% (82) са ходили за първи път за вадене на млечен зъб, 7% (31) от учениците не са посещавали ЛДМ въобще, а 23.1% (101) от децата са били с родителите си специално за преглед.

Таблица 23. Причина за първо посещение при ЛДМ

ПРИЧИНА ЗА ПЪРВО ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ ЛДМ	**БРОЙ**	**%**
Бях с родителите си и прегледаха и мен	40	9.00
Не си спомням, но съм ходил	110	24.90
Когато ме заболя зъб	76	17.30
За вадене на млечен зъб	83	18.80
Специално за профилактичен преглед	102	23.10
Не съм ходил на зъболекар	31	7.00

Една пета (22,0%) от децата смятат, че имат проблеми със зъбите, 23,3% (102) не могат да преценят състоянието си, а 53,8% (240) мислят, че нямат проблем със зъбите.

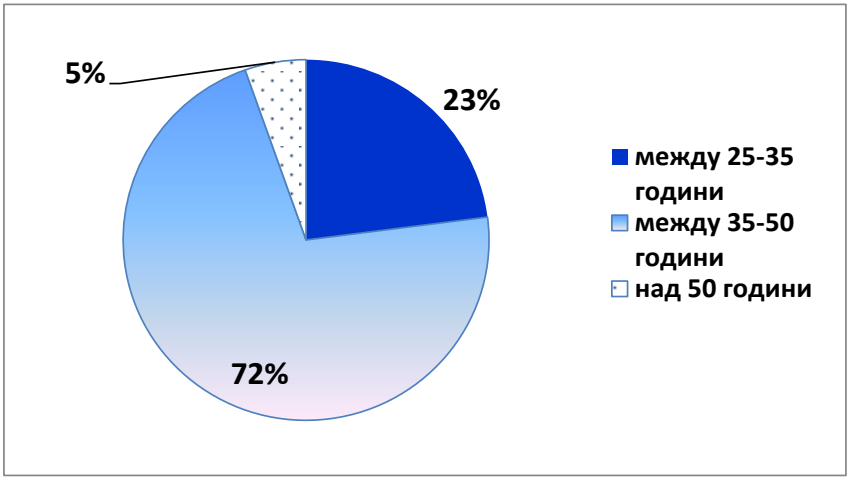
Посещението при ЛДМ рядко се обсъжда със съученици и приятели – 9.0% (40), 30.3% (134) говорят за това при интересна или неприятна случка в кабинета и 59.9% (266) не го обсъждат.

Повече от три–четвърти (76%) от учениците отговарят, че не се страхуват при посещение при ЛДМ, а 22.2% (98) ги е страх.

Над ¾ (74.2%) са изпитвали болка от зъб, 24.9% (111) казват, че не ги е болял зъб.

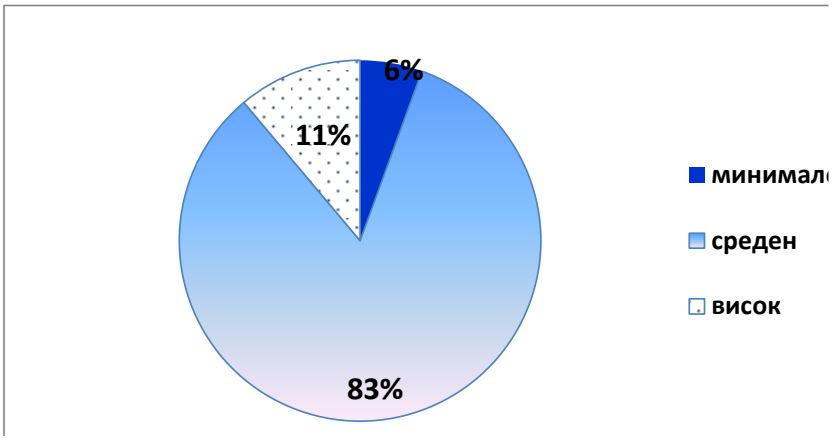
3. Резултати по трета задача

По задача 3 - да се изучи нивото на знания на родителите за денталното здраве, както и мнението им за възстановяване на дейността на училищните дентални кабинети са анкетирани родители, разпределени в следните възрастови групи:



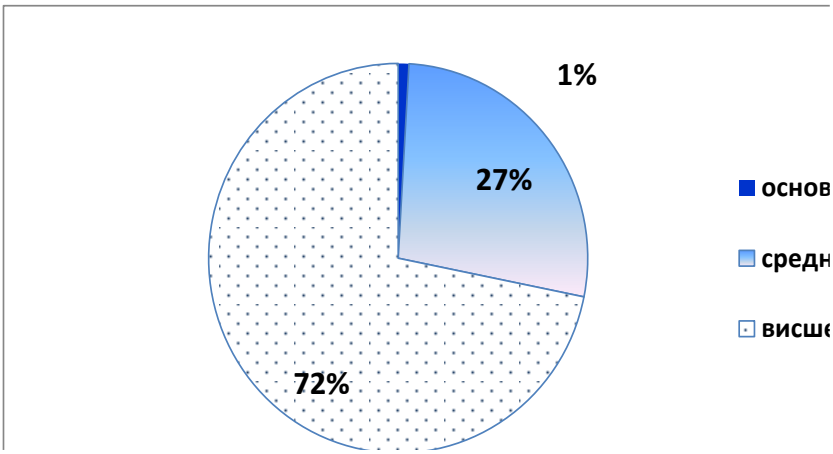
Фиг. 11. Възраст на родителите

Социално - икономическият статус (СИС) на родителите в изследването е разделен на три категории – минимален, среден и висок. 83% (369) от анкетираните родители определят своя СИС като среден.



Фиг. 12. Социално-икономически статус на родителите

В анкетите родителите са запитани за тяхното ниво на образование. 72% (320) от тях са с висше образование, 27% (120) със средно и 1% (5) с основно.



Фиг. 13. Степен на образование на родителите

3.1.Разпределението на отговорите на групата въпроси, свързани със знанията на родителите относно причините за появата на кариес, лечението на млечните зъби и някои факти, свързани с първия постоянен молар показват:

Анкетираните родители определят причините за поява на зъбния кариес както следва: 6,3% (27) определят като причина „някои общи заболявания“, 58,6% (258) определят микроорганизмите като основна причина за развитието на зъбен кариес; 36,5% (160) посочват сладкишите като фактор за развитие на кариеса; 84,2% (374) определят лошата хигиена за първопричина. Сумата от процентите при отговора на този въпрос е по-голяма от 100%, защото позволява повече от един отговор.

На въпроса как да се предпазим от зъбен кариес 37,6% (165) отговарят, че за тази цел трябва да се подобри хигиената; 16,5% (72) мислят, че ходенето периодично на преглед е с най–голямо значение; 42,7% (191) определят намаляването на консумацията на захар като по-добра защитна мярка пред добрата хигиена и редовните прегледи; флуорът остава на последно място като предпазно средство с 3,2% (14).

На въпроса трябва ли да се лекуват млечните зъби 66,2% (294) отговарят „винаги“; 12% (53) - само при болка; 4,2% (19) ако периода до пробив на постоянния зъб е достатъчно дълъг и 17,1% (76) казват, че няма смисъл да се лекуват.

Относно въпроса до каква възраст има млечни зъби в устата отговорите са: 14,7% (65) - до 6-7 годишна възраст; 35,9% (160) - 8-9 годишна възраст;

49,3% (218) до 11-12 годишна възраст.

Сравнително малък процент (37%) от родителите знаят, че той е първият постоянен зъб, който пробива в устата; 29,8% (129) знаят, че той пробива на 6 годишна възраст; 56,4% (249) знаят, че той пробива зад последните млечни кътници; 1,1% (5) отговарят, че лесно се разваля. Сумата от процентите е повече от 100, защото на този въпрос е даван повече от един отговор.

Потърсена бе връзка между установения зъбен статус на 14 годишните ученици и нивото на знания на родителите им за денталното здраве. Избрана е групата на 14 годишните, защото при тях DMFT е 4,0 и прегледаните 14 годишни ученици са повече от 12 годишните. В **таблици 24, 25 и 26** са показани резултатите от отговорите на 3 въпроса за първия постоянен молар.

Между зъбният статус на 14 годишните ученици и знанията на родителите им за първия постоянен молар (**таблица 24)** няма статистически значима връзка p>0.05, т.е. зъбният статус на учениците не зависи от знанията на родителите им.

Таблица 24. Знанията на родителите и Кариес(D) при 14 годишните

Кариес при 14 годишните		**Първият постоянен молар е първият постоянен зъб, който пробива в устата**		**Общо**
		Не знаят	**Знаят**	
от 0 до 3 кариеса	**Брой**	46	30	76
	% от кариеси	60.5%	39.5%	100.0%
4 и повече от 4 кариеса	**Брой**	18	12	30
	% от кариеси	60.0%	40.0%	100.0%
Общо	**Брой**	64	42	

- Родителите на деца с от 0 до 3 кариеса, които отговарят на Първият постоянен молар е първият постоянен зъб, който пробива в устата с Не знаят са 60.5% от 76 случая, а 39.5% от 76 случая отговарят Знаят.
- Родителите на деца с 4 и повече от 4 кариеса, които отговарят на Първият постоянен молар е първият постоянен зъб, който пробива в устата с Не знаят са 60.0% от 30 случая, а 40.0% от 30 случая отговарят Знаят.

Таблица 25. Знанията на родителите и Кариес(D) при 14 годишните. Двете променливи са статистически значимо независими, p>0.05

Кариес при 14 годишните		Първият постоянен молар пробива на 6 годишна възраст		Общо
		Не знаят	Знаят	
от 0 до 3 кариеса	Брой	55	21	76
	% от кариеси	72.4%	27.6%	100.0%
4 и повече от 4 кариеса	Брой	20	10	30
	% от кариеси	66.7%	33.3%	100.0%
Общо	Брой	75	31	106

- Родителите на деца с от 0 до 3 кариеса, които отговарят на Първият постоянен молар пробива на 6 годишна възраст с Не знаят са 72.4% от 76 случая, а 27.6% от 76 случая отговарят Знаят.
- Родителите на деца с 4 и повече от 4 кариеса, които отговарят на Първият постоянен молар пробива на 6 годишна възраст с Не знаят са 66.7% от 30 случая, а 33.3% от 30 случая отговарят Знаят.

Таблица 26. Знанията на родителите и Кариес(D) при 14 годишните. Двете променливи са статистически значимо независими, p>0.05

Кариес при 14 годишните		Първият постоянен кътник пробива зад последните млечни кътници		Общо
		Не знаят	Знаят	
от 0 до 3 кариеса	Брой	32	44	76
	% от кариеси	42.1%	57.9%	100.0%
4 и повече от 4 кариеса	Брой	15	15	
	% от кариеси	50.0%	50.0%	30
Общо	Брой	47	59	100.0%

- Родителите на деца с от 0 до 3 кариеса, които отговарят на Първият постоянен кътник пробива зад последните млечни кътници с Не знаят са 42.1% от 76 случая, а 57.9% от 76 случая отговарят Знаят.
- Родителите на деца с 4 и повече от 4 кариеса, които отговарят на Първият постоянен кътник пробива зад последните млечни кътници с Не знаят са 50.0% от 30 случая и 50.0% от 30 случая отговарят Знаят.

3.2.Резултатите от връзките между въпросите относно образованието на родителите и кариес (D), СИС на родителите и кариес (D), СИС на родителите и използване на средства за орална хигиена, СИС на родителите и източниците на информация за оралното здраве са както следва:

Потърсена бе връзка между образованието на родителите и зъбният статус на техните деца, които са 14 годишни ученици включени в изследването. Резултатите показват, че между образованието на родителите и зъбният статус на техните деца **(таблица 27)** няма статистически значима връзка p>0.05, т.е. децата на родителите с висше образование не са с по-малко кариеси от децата на родителите със средно образование.

Таблица 27. Образование на родителите и Кариес(D) при 14 годишните

Кариес при 14 годишните		**Вашето образование е:**		**Общо**
		Средно	**Висше**	
от 0 до 3 кариеса	**Брой**	27	61	88
	% от кариеси	30.7%	69.3%	100.0%
4 и повече от 4 кариеса	**Брой**	11	21	32
	% от кариеси	34.4%	65.6%	100.0%
Общо	**Брой**	38	82	120

- Родителите на деца с от 0 до 3 кариеса със средно образование са съответно 30.7% от 88 случая, а 69.3% от 88 случая са с висше образование.
- Родителите на деца с 4 и повече от 4 кариеса с висше образование са съответно 34.4% от 88 случая, а 65.6% от 32 случая са с висше образование.

Потърсена бе връзка между зъбния статус на 14 годишните ученици и СИС на родителите им. **В таблица 28** в първата колона логиката на разделяне на 14 годишните ученици в две групи – до 3 кариеса и 4 и повече кариеси е свързана с установената стойност на DMFT в тази възраст (4.0). Процентите, които се получават в четвъртата колона (Висок СИС) показват, че няма статистически значима връзка между СИС на родителите и зъбният статус на децата им, p>0.05. Високият СИС на родителите не води до по-добро дентално здраве на децата.

Таблица 28. СИС и Кариес (D) при 14 годишните

Кариес при 14 годишните	**Определяте социалният си статус като:**			**Общо**
	Минимален	**Среден**	**Висок**	
от 0 до 3 кариеса	**Брой**	4	75	9	88
	% от кариеси	4.5%	85.2%	10.2%	100.0%
4 и повече от 4 кариеса	**Брой**	2	25	4	31
	% от кариеси	6.5%	80.6%	12.9%	100.0%
Общо	**Брой**	6	100	13	119

- Родителите на деца с от 0 до 3 кариеса и с минимален социален статус са съответно 4.5% от 88 случая; със среден социален статус са 85.2% от 88 случая и с висок социален статус са 10.2% от 88 случая.
- Родителите на деца с 4 и повече от 4 кариеса са съответно 6.5% от 31 случая с минимален социален статус; 80.6% от 31 случая със среден социален статус и 12.9% от 88 случая с висок социален статус.

Потърсена бе и връзката между СИС на родителите и източниците за тяхната информираност за денталното здраве. Двете променливи са статистически значимо независими, p>0,05. От **таблица 29** се вижда, че медиите като източник на информация за денталното здраве се използват в малък процент от всички изследвани групи. Социалният статус не влияе върху избора на източник на информация.

Таблица 29. Социално-икономически статус на родителите и Източници на информация

Информираност на родителите / **Социално - икономически статус**				**Общо**
		От различни източници	**От медиите**	
Минимален	**Брой отговорили**	18	4	22
	%	81,8%	18,2%	100,0%
Среден	**Брой отговорили**	292	62	354
	%	82,5%	17,5%	100,0%
Висок	**Брой отговорили**	38	6	44
	%	86,4%	13,6%	100,0%
Общо	**Брой**	348	72	420

В таблица 30 се изследва връзката между СИС на родителите и ЛДМ като източник на информация за денталното здраве. Двете променливи са статистически значимо зависими, p<0,05. Вижда се, че 90,9% от родителите с висок СИС черпят информация от ЛДМ. Съответно 83,1% от родителите със среден СИС се информират от ЛДМ и 63,6% от родителите с нисък СИС също разчитат на денталния лекар. Между двете променливи съществува статистически значима връзка, т.е. предположението, че високият СИС предполага информираност от специализирани източници е потвърдено.

Таблица 30. Социално-икономически статус и Източници на информация

Информираност на родителите / Социално –икономически статус				Общо
		От различни източници	От ЛДМ	
Минимален	**Брой отговорили**	8	14	22
	%	36,4%	63,6%	100,0%
Среден	**Брой отговорили**	60	294	354
	%	16,9%	83,1%	100,0%
Висок	**Брой отговорили**	4	40	44
	%	9,1%	90,9%	100,0%
Общо	**Брой**	72	348	420

Потърсена бе връзка между социалния статус на родителите и използването на разтвори за жабурене от децата им. Двете променливи са статистически значимо независими, p>0.05.

Таблица 31. Използване на флуорни разтвори за жабурене и Социален статус на родителите

Отговори на:	**Използвате ли разтвори за жабурене?**	
Социален статус на родителите	**Да**	**Не**
Нисък	1,4%	4,2%
Среден	17,7%	**65,6%**
Висок	3,7%	7,4%

Изчисленията показват, че между относителните дялове на отговорите на двата въпроса няма статистически значима връзка, p>0,05. Високият социално-

икономически статус на родителите не води до използването на повече средства за орална хигиена.

3.3.Какви са средствата за орална хигиена, които учениците използват според техните родители?

На въпрос към родителите колко често децата им мият зъбите си, се получават следните отговори: 73,5 % (325) казват два пъти дневно, 21,5 % (94) един път дневно, 3,1% (14) отговарят, че децата им мият зъбите си 1-2 пъти в седмицата и 1,3% (6) посочват, че децата им не мият зъбите си.

На въпроса на какъв период от време трябва да се сменя четката за зъби 91,4% (405) отговарят „на всеки три месеца“, 7,3% (31) - на всеки 6 месеца и 1,4% (6) - на повече от 6 месеца. 68,2 % (303) от родителите посочват, че децата им ползват флуорна паста за зъби, 18.2% (80) не използват флуорна паста, а 13.6% (60) не знаят каква паста за зъби използват.

Една пета (22,5%) от родителите казват, че децата им използват вкъщи разтвор за жабурене като профилактично средство, а 77,5% (345), че не използват.

Голяма част (40,1%) от родителите са започнали да мият зъбите на децата си веднага след пробива на първите млечни зъби; 35,6% (158) не помнят точно, но са започнали много рано; 22,5% (100) казват, че са се грижили за хигиената „когато е имало зъби в устата“; само 1,8% (8) не са мили зъбите на децата си.

Над ¾ (78,4%) казват, че детето им е започнало само да мие зъбите си към 4 годишна възраст; 18,5% (82) посочват, че децата им започват да мият зъбите си сами във възрастта между първи и втори клас; 1,4% (6)не си спомнят кога е станало това.

Повече от половината (55.6%) от родителите подсещат децата си да мият зъбите си, 44.4% (196) не го правят.

Малък процент (9,9%) от родителите казват, че редовно помагат на децата си при миенето на зъбите, 4,1% (18) помагат „поне веднъж дневно“, 66,2 % (294) мислят, че децата им са достатъчно големи да се справят сами.

Различни са процентите при отговора на въпроса колко често проверяват как детето си е измило зъбите. 22,1% (98) проверяват редовно, 8,6% (38) поне

веднъж дневно, 30,2% (133) поглеждат от време на време, а 39,2% (174) смятат, че децата им са достатъчно големи, за да бъдат проверявани.

Повече от половината от анкетираните родители (59,9%) редовно подсещат децата си да мият зъбите си; 19,4% (85) го правят, но не редовно и 20,7% (90) смятат, че не е необходимо подсещане.

На въпрос дали водят детето си на профилактичен преглед, 56,8% (253) отговарят, че го правят редовно (между 3 и 6 месеца) ; 36,9% (164) водят децата си, но не редовно и 6,3% (28) никога не са посещавали дентален кабинет с детето си.

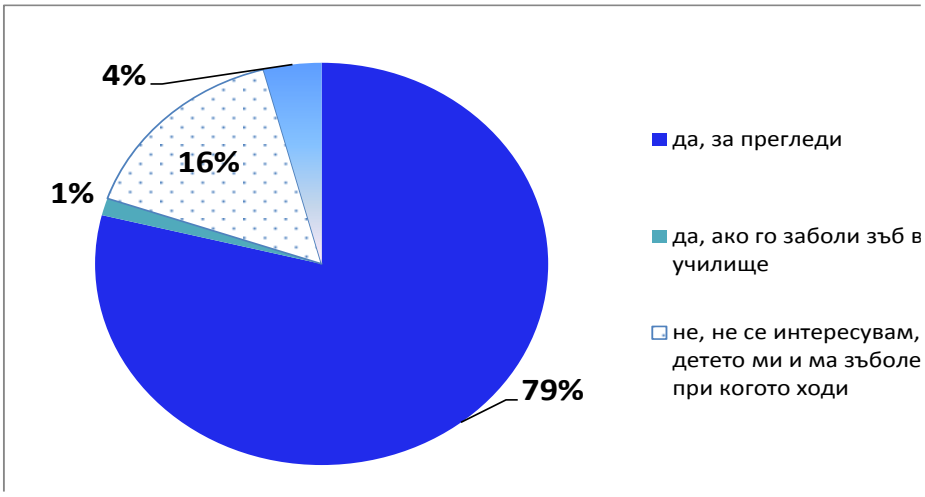
Процентите при отговора на въпроса колко често посещават за преглед денталния кабинет с децата си са: 15% (67) - на всеки три месеца; 35% (156) на всеки 6 месеца; 32,7% (145) веднъж годишно;16,8% (75) посещават при насрочен преглед от ЛДМ.

Половината (49,3%) посещават детски дентален лекар за консултация, а 50,7% (223) не са посещавали ЛДМ със специалност „детска дентална медицина“.

Повече от половината (54,1%) от родителите, които са водили детето си при специалист са получили препоръката кой специалист да посетят от общопрактикуващия ЛДМ, когото посещават, но 40,6% (178) разчитат на свои познати да препоръчат специалист. 2,3% (10) са намерили специалист по препоръка на други родители от класа на детето си.

3.4. Какво е мнението на родителите за съществуването на дентални кабинети в училищата?

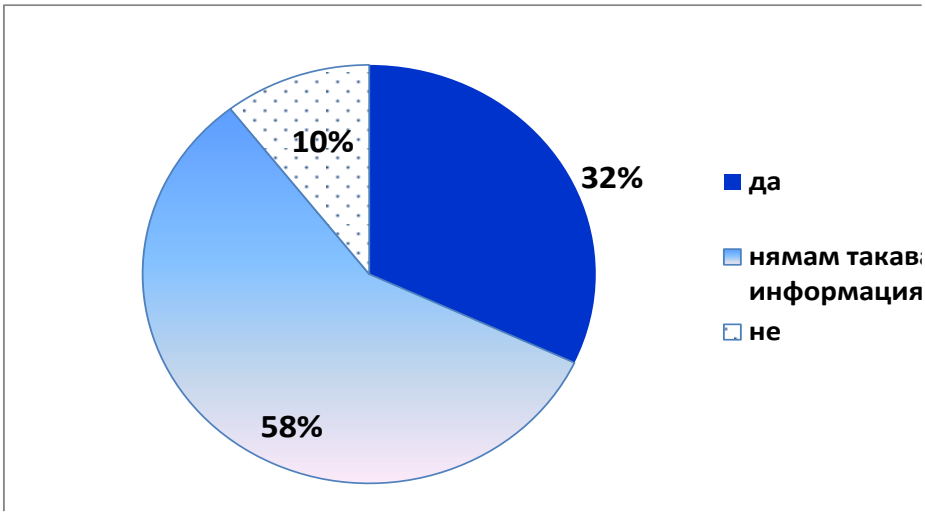
Повече от ¾ (78,9%) мислят, че ще е добре да има такъв кабинет и в него да се извършват прегледи на зъбите; само 1,4% (6) ще разчитат на кабинета за лечение; 15,6% (69) не се интересуват, защото има при кого да водят детето си и не биха го пуснали в училищния кабинет; 4,1% (18) смятат, че времето за осъществяване на профилактика и лечение в училище е отминало и не бива да има “връщане назад“. Тези резултати са представени на Фиг. 14.



Фиг. 14. Мнение на родителите за съществуването на дентален кабинет в училище

3.5.Какво са научили децата за денталното здраве от училище, според техните родители?

Анкетираните родители преценяват наученото за денталното здраве в училище както следва: 32% (161) от анкетираните потвърждават, че децата им имат нужната информация и знания от училище; 10,5% (45) обаче твърдят, че децата им не са научили нищо от училище по този въпрос, а 57,5% (256) не са получили информация от децата си за това, т.е. не са се интересували. Тези резултати са представени на Фиг. 15.



Фиг. 15. Мнение на родителите за наученото в училище

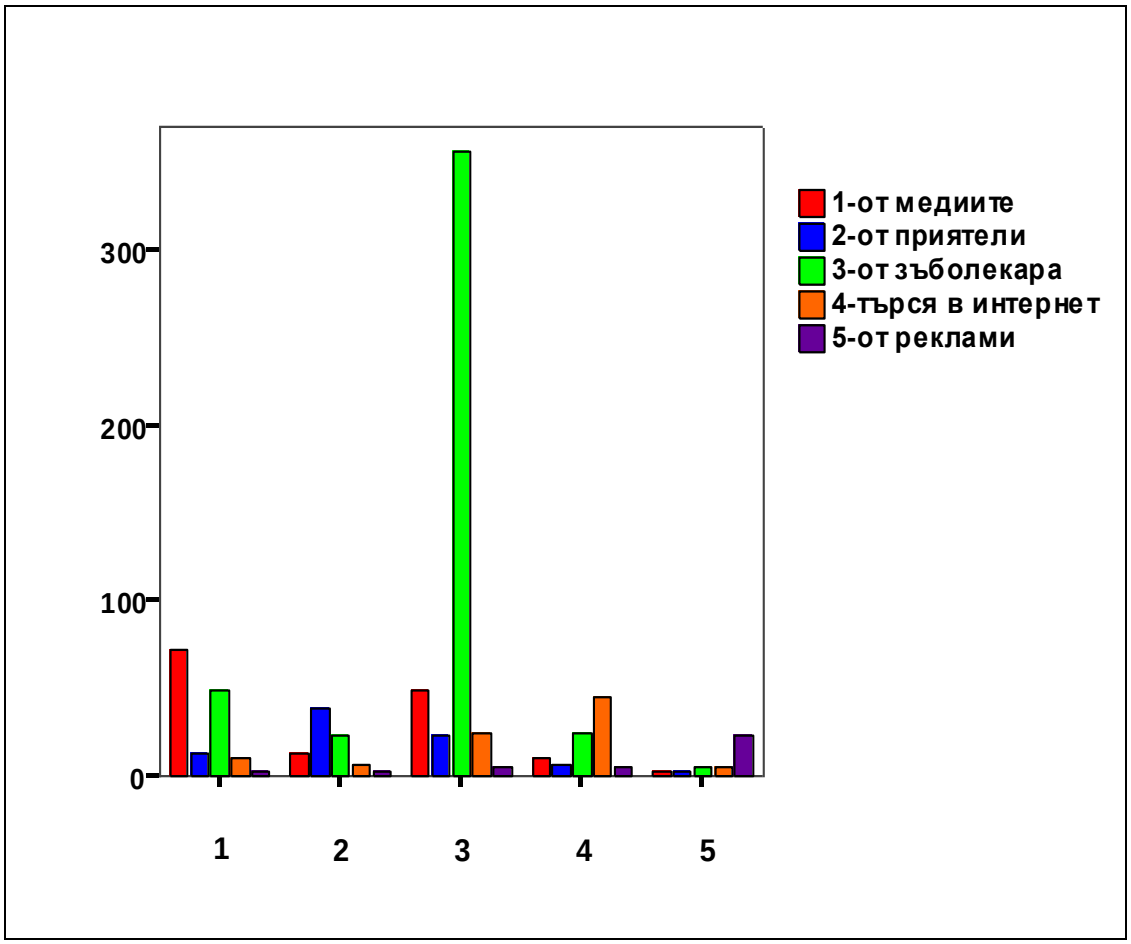
Процентът на родителите, които не се интересуват какво са научили децата им в училище по здравни теми е 58.00%.

Фиг.16 показва източниците на информация, които най-често се използват от родителите: 16,7% (73) се информират от медиите, 8,8% (39) - от приятели, 82,9% (369) от ЛДМ, когото посещават, 10,2% (45) от интернет и 5,1% (23) от реклами. Сумата от процентите е по- голяма от 100%, защото въпроса позволява повече от един отговор (Фиг. 16).

Резултатите показват, че основен фактор и основна роля за знанията на родителите има ЛДМ.

На въпросите колко деца има в семейството, на каква възраст са и помагат ли им при отглеждането на децата са отговорили по-малко от 10% от анкетираните, така че тези въпроси не са взети под внимание в изследването.

Откъде родителите се информират за оралното здраве?



Фиг. 16. Източниците на информация за денталното здраве

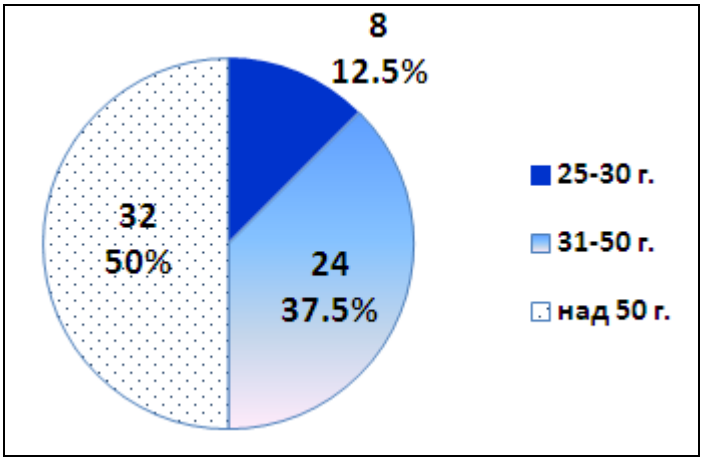
4. Резултати по четвърта задача

По задача 4 - да се изучи мотивацията на учителите за сътрудничество в обществено базирани дентални програми и тяхното мнение за поддържане на училищни дентални кабинети, са анкетирани 66 учители.

Около една трета (29,5%) от анкетираните в изследването учителите преподават на ученици от първи до четвърти клас, 21,3% (14) преподават от пети до осми клас и 39,3% (26) преподават в гимназиален курс. 9,9% (10) от учителите от основен курс преподават и в прогимназиален курс.

Повече от половината (53%) от отговорилите 63 преподаватели са класни ръководители, 44% (28) не са класни ръководители.

Фиг. 17 показва как са разпределени учителите по възраст:



Фиг. 17. Възраст на анкетираните учители

Таблица 32 показва по какви предмети преподават анкетираните учители.

Таблица 32. Предмет на преподаване на анкетираните учители

Преподавам по	**Брой**	**%**
Начален учител	14	21,2
Английски език.	3	4.5
БЕЛ	13	19.7
Биология	5	7.6
География	2	3.0
Детска градина	3	4.5
История	1	1.5
Математика	2	3.0
Физика	2	3.0
Философия	3	4.5
Химия	4	6.1

4.1. На групата въпроси, свързана с комуникацията на учителите с родители и ученици са получени следните резултати:

На въпроса по какъв повод разговарят с учениците за денталното здраве 55% (36) отговарят, че това се е случвало в „часа на класа“, за 13,3% (9) повод е била провеждана кампания, на 3,3% (2) се е случвал инцидент с ученик, 23,3% (15) не са имали повод да разговарят по тази тема с учениците, но биха го направили, а 5% (3) мислят, че не е необходимо.

Половината (49,2%) от учителите са разговаряли с родителите по въпрос, засягащ денталното здраве, когато се е налагало детето да бъде освободено от час за лечение; 12,7% (8) когато е било необходимо да се извинят отсъствия по повод посещение при ЛДМ; 30,2% (20) от учителите искат да разберат какво е отношението на родителите по проблемите на денталното здраве на децата им; за 23,8% (16) не се е налагал такъв разговор. Въпросът позволява повече от един отговор.

Повече от половината (56,3%) от анкетираните са се срещали с родителите при инцидент, свързан със зъбите на децата им; 39,3% (26) са

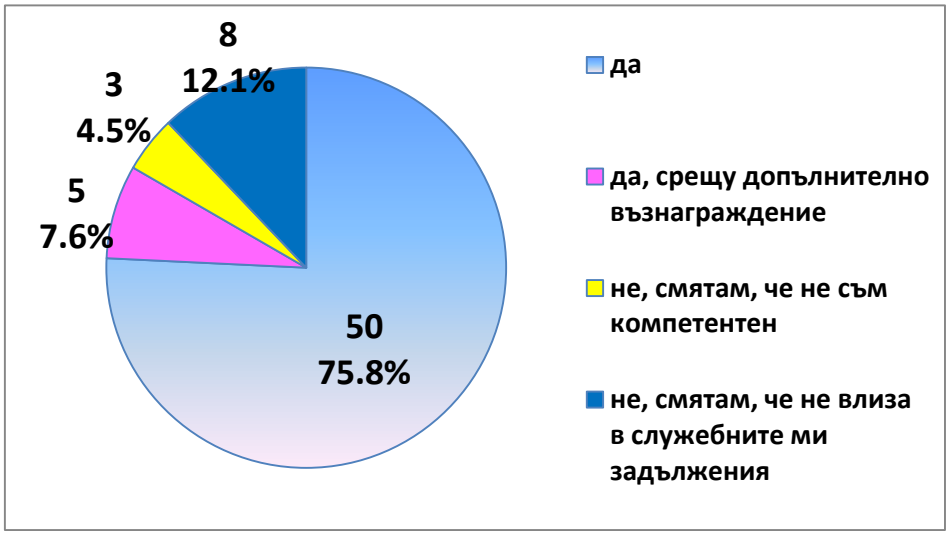
контактували с родителите по време на кампания; 7,8% (5) контактуват регулярно, 4,7% (3) не са разговаряли с родители по тези въпроси.

4.2. На въпросите за оценката на знанията и желанието да сътрудничат:

Много висок процент (90,5%) от учителите биха организирали в часа на класа да се обсъжда тема свързана с денталното здраве. 9,5% (7) ще го направят „ако е задължително“. В този час 62,1% (41) от учителите биха поканили родител зъболекар, 19,7%(13) ще поканят ЛДМ, когото посещават; 27,3% (18) ще търсят ЛДМ, за когото знаят, че работи по програма; 36,4% биха поканили специалист по детска дентална медицина; 9,1% (6) ще се допитат до ръководството на училището.

Повече от половината (59,1%) от учителите смятат, че те могат да помогнат при изграждане на доверие между ЛДМ и учениците; 10,6% (7) мислят, че това е по-скоро работа на родителите и 16,7% (11) са категорични за основната роля на родителите. 59,1% (39) от анкетираните учители мислят, че са способни с личните си познания и умения да повлияят на децата, с които работят да подобрят хигиенните си навици; 27,3% (18) мислят, че ще се справят, но с помощта на ръководството на училището и 13,6% (9) не искат да се занимават с това.

Над ¾ (75,8%) отговарят, че ще сътрудничат в програми в училище; 7,6% (5) ще сътрудничат срещу допълнително заплащане; 4,5% (3) не се чувстват компетентни за такава дейност; 12,1% (8) нямат желание да се включат.



Фиг. 18. Желание за участие в програми за съвместна работа между деца, учители, родители и ЛДМ

Половината (50%) от учителите отговарят категорично, че биха сътрудничили за организирането на профилактични програми в тяхното училище. Другите 50% (33) потвърждават участие, но със съдействието на ръководството на училището. Нито един от анкетираните не отказва сътрудничество за организационна дейност.

Почти всички (96,7%) учители, които са родители оценяват участието учителите, които преподават на децата им при обучение за денталното здраве.

4.3. *На въпросите за съществуване на дентални кабинети в училище*:

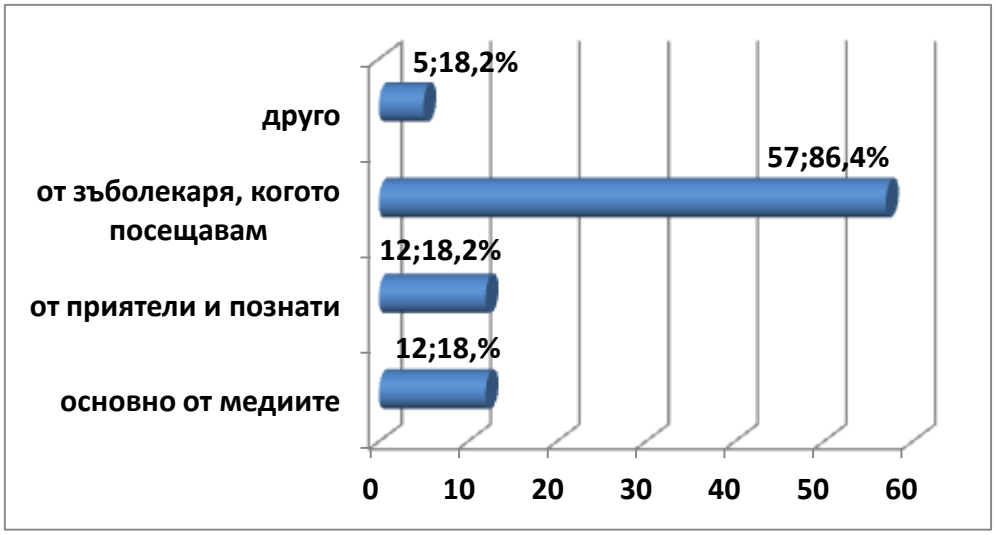
Една трета (30,3%) отговарят, че в тяхното училище има кабинет, 69,7% (46), че няма дентален кабинет в училището, в което преподават. 84,1% (39) от тези, които казват, че няма кабинет в тяхното училище (от горните 46) смятат, че би било полезно да има кабинет в училище, 4,8% (3) от учителите нямат мнение и 11,1% (7) казват, че няма нужда от такъв.

В тази връзка на въпрос какво биха направили ако дете има болка по време на час 42,9% (28) от учителите биха изпратили ученика в училищния кабинет, ако има такъв; 14,3% (9) първо ще се обадят на родителите и после ще изпратят детето в кабинета; други 42,9% (28) ще се обадят на родителите и ще освободят детето от час.

Висок процент (85,7%) от учителите не се притесняват, че ученика ще пропусне учебен час заради лечение или профилактика на зъбите; 11,1% (7) не са склонни да освобождават от час заради профилактика.

4.4. На въпроса за информацията за денталното здраве, която достига до тях:

Повече от половината (56,1%) от учителите смятат, че информацията за денталното здраве, която достига до тях от общественото пространство е недостатъчна. 33,3% (22) мислят, че такава информация има, но „може и повече“ и 10,6% (7) отговарят, че е достатъчна. Тези резултати са представени на Фиг. 19.



Фиг. 19. Източници на информация за денталното здраве

Глава IV: Обсъждане

В съответствие с радикалната реформа на здравната система в България организацията на грижите за децата и учениците се нуждае от ясно дефиниране на субектите и механизмите за осигуряване на достъп, обем и контрол на лечебната и профилактичната дейност. Законодателството би трябвало да създава предпоставки за участието на гореизброените фактори, като вземе предвид и нуждата от участие на държавата в този сектор [8].

В последните години скринингите и масовата профилактика на оралните заболявания останаха на заден план, като акцентът на осигурения от държавата пакет дейности за деца до 18 години е поставен върху лечението. Проблем е и липсата на обществено базирани профилактични програми за деца. Така от 1990 до 2009 година в България липсва организация на масовата профилактична дейност за деца в денталната сфера. Съществуващите в момента 46 дентални кабинети, ситуирани в общинските училища в град София и възможността за разкриване на нови такива, е предпоставка за реализиране на идеите и препоръчаните стъпки в този научен труд.

Целта на този труд е да опише вариантите за контакт и взаимодействие между ЛДМ от една страна и учениците и техните родители и учители от друга страна. Важно е да се установи ролята на лекаря по дентална медицина в този процес - дали е водеща или второстепенна. Дали е възможно активната работа на ЛДМ, работещ в кабинет в училище и/или в собствената си практика, да повлияе така на децата, техните родители и учители, че учениците да имат повече информация за оралната хигиена, профилактика и лечение, което да доведе до по-добро дентално здраве на децата в училищна възраст. Оказва се, че само дейността на ЛДМ, без съдействието на заобикалящата учениците среда – техните семейства и училището като институция, не би могла да подсигури необходимата превенция. Въпреки това обаче резултатите показват потенциалната водеща роля на ЛДМ.

Необходимо да се обединят усилията на изучаваните групи, като се работи за утвърждаване на водещата роля на ЛДМ.

Задача 1 е формулирана, за да се определи ролята на ЛДМ в целия процес на обучение и информираност на децата, родителите и учителите им.

Задачата включва и проучване на мнението на ЛДМ за въвеждане на дентална услуга в училищата.

Задача 2 има за цел да се установи денталният статус на учениците в съответствие с биологичните фактори – възраст, пол и социалните фактори - ниво на информираност на учениците, социален статус и ниво на информираност на родителите, условията за получаване на знания в училище, както и мнението им за необходимостта от училищни дентални кабинети. Задачата включва и наблюдение и анализ на причината за първото посещение в денталния кабинет и регулярността на посещения за преглед и лечение, установяване на хигиенните навици на прегледаните деца в училищна възраст, оценяване на наученото за денталното здраве в училище от гледна точка на учениците, оценка на желанието на учениците за съществуването на дентален кабинет в училище.

Задача 3 цели да се изучи нивото на знанията на родителите относно факторите, които обуславят денталното здраве на децата, участието им в изграждане на ефективна орална хигиена на децата, както и да се проучи мнението на родителите за въвеждането на училищни дентални кабинети.

Задача 4 е поставена с цел да разберем дали учителите биха сътрудничили активно и при какви условия ако в училищата, в които преподават се работи по профилактични програми.

1. Обсъждане по първа задача

В получените резултати от собственото изследване се установява, че над 75% (50) от анкетираните в изследването ЛДМ са с над 11 години трудов стаж, над 60% (40) работят като общопрактикуващи, над 70% (47) работят основно с възрастни. Над 58% (39) от всички анкетирани ЛДМ са склонни да отделят време за разговор с родителите по време на посещението в денталния кабинет – да разясняват цялостния план на лечение, да показват правилния начин на миене на зъбите, начините за контрол на плаката, да настояват за необходимото лечение на временните зъби. Прави впечатление, че около 4 % (3) са категорични, че комуникацията с родителите и децата няма никакво значение за подобряване на денталното здраве. Според нас този процент е

нисък и може да бъде още намален чрез предложените модели за комуникация между изследваните групи.

Интересен въпрос, който сме пропуснали да включим в анкетите за ЛДМ е „Колко време от своя работен ден ЛДМ отделят за профилактика?“ Националните рамкови договори (НРД) определят времето за извършване на прегледа (15 мин.), времето за изработване на обтурация, за екстракция на временни и постоянни зъби [28]. Времето, отделяно за профилактика при децата и подрастващите, би трябвало да бъде разписано в организационни стандарти или в НРД, както за специалистите по детска дентална медицина, така и за общопрактикуващите ЛДМ.

Директната комуникация с ЛДМ е най - ефективния подход сравнен с други два индиректни подхода - обучението да достигне до учениците чрез учителите или чрез доброволци от социални организации [45].

По-малко от половината от анкетираните ЛДМ, проявяват интерес за контакт с ръководствата на училищата и с учителите. ЛДМ смятат, че ролята на родителите е определяща и училището и учителите няма да допринесат значително за подобряване на денталното здраве на учениците. Тези резултати не съвпадат с тенденциите описани в литературния обзор, от които става ясно, че обучението в училище чрез участието на учителите и съдействието на здравния персонал са много ефективни за подобряване на оралното здраве. Следвайки учебната програма, децата показват значително увеличаване на знанията за денталното здраве. Така и учителите са мотивирани да работят и по този начин се намаляват разходите, сравнено с разходите, които училищата биха имали ако поканят ЛДМ за такива обучения [46].

Резултатите показват, че ЛДМ, които имат договор със здравната каса оценяват пакета като недостатъчен по обем и вид дейности. По – малко от половината от тях обаче (46%) смятат, че към него трябва да се добавят профилактични дейности.

Като се има предвид, че осигуреният от обществения фонд пакет е съставен изцяло от лечебни дейности, показателен е фактът, че повече от половината анкетирани предпочитат той да се разшири отново за лечебни дейности. Това показва, че повечето от ЛДМ нямат нагласа за профилактична работа с деца. Тогава възможно ли е на този етап ЛДМ да бъде водещ в

процеса на подобряване на денталното здраве на децата чрез профилактика? Необходим ли е период на преосмисляне на приоритетите и разбиранията на колегите? Достъпът до лечение е сравнително лесен, държавата е осигурила лечебен пакет за децата, лечението носи повече приходи от профилактиката - води ли всичко това до неглижиране на превенцията?

Обикновено възприятието на обществото е, че зъбният кариес не е здравен проблем. Възможността за бърз достъп до ЛДМ и бързата реакция за лечение решава всичко. Все още не се разбира, че да се предпазим от кариес е по-важно, отколкото да го лекуваме [125].

ЛДМ биха участвали в здравното възпитание и очакват това да подобри ефективността на профилактиката. Изследвания показват, че при децата посетили ЛДМ на възраст 1 година, цената на здравната грижа в последващи години се редуцира с 50 % и повече в сравнение с децата, посетили дентален лекар след 3-годишна възраст. Ранните посещения намаляват и броя на необходимите процедури при лечение [34].

Неочакван резултат в анкетите при децата е, че повече от децата са ходили за пръв път при ЛДМ за преглед без оплаквания спрямо процента ученици, посетили кабинета поради болка. Децата не изпитват страх при посещение за преглед. Това е един позитивен сигнал за подобрена здравна култура и стремеж към посещение с цел превенция.

Става ясно, че едва 1/5 (89) от децата посещават редовно дентален лекар, а останалите нямат изграден стереотип за посещения.

Абсолютно необходимо е да се ангажират голям брой общопрактикуващи лекари по дентална медицина, които да прилагат превантивен подход при учениците [84].

Основен фактор и основна роля за знанията на родителите според анкетите имат ЛДМ. Това е една положителна тенденция и показва, че се разчита на личния контакт с ЛДМ и че неговата компетентност се избира пред другите „анонимни“ източници на информация. Тези резултати доказват, че ЛДМ може да има водеща роля за подобряване на знанията на родителите.

Нивото на знание на родителите за оралното здраве е ниско и те очакват информация и контрол от страна на учителите и ЛДМ. Учителите не са подготвени, но биха работили, ако проблемът се реши административно.

Необходимо е да се намерят ангажиращи методи за консултиране на родителите, чрез които да се подобрят навиците на децата [99].

Много висок процент учители, анкетирани изследването, желаят сътрудничество и се чувстват компетентни по въпросите на денталното здраве. Вижда се, че 90% (60) от учителите поемат като самоинициатива действията, които ще предприемат за организация на час на класа или друга форма на обучение за денталното здраве. Това говори, че при наличие и възможност за провеждане на профилактични програми в училище, болшинството от учителите ще съдействат и по този начин ще улеснят процеса на провеждане на профилактичната програма.

Въвличането на здравния персонал в училищата и на учителите в обучения по орално здраве е осъществим и устойчив подход [62].

Всичко това показва необходимостта от търсене на модели за подобряване на кооперацията между ЛДМ, родителите и учителите и потвърждава една от хипотезите, че недостатъчната информация и знания по въпросите на денталното здраве води до липса или намалена мотивация на децата да подобрят оралната си хигиена. Координацията и сътрудничеството подобряват възможностите за придобиване на адекватни знания и усвояване на навици за орална хигиена.

Получените резултати в изследването и доказателствата за потенциалната водеща роля на ЛДМ, доведе до създаване на модели за подобряване на комуникацията между изследваните групи, представени в глава Приноси.

1.1 Позиция на изследваните групи за съществуването на дентални кабинети в училищата

Половината от анкетираните ЛДМ в изследването са против въвеждането на дентална услуга в училищата, другата половина принципно подкрепят, като 31% (21) от тях са напълно убедени, че от тази стъпка ще има полза. Прегледът на литературата показва, че наличието на специализиран здравен персонал в училищата доказано влияе положително върху денталното здраве на учениците. В слабо и средно развитите държави този персонал обучава учениците по орална хигиена със съдействието на учителите. Във високо развитите държави в училищата, освен обучение се осъществява и

силанизиране и базисно лечение. „Медицинските екипи в училищата работят паралелно с медицинските специалисти от първичната помощ за осигуряване на обучение по орално здраве, скрининги, диагностика, оценка на нуждите, превантивна грижа, лечение, регулярен мониторинг и при по-усложнени случаи осигуряват контакт с други медицински специалисти“(Kwan & Petersen 2005).

В България, въпреки съществуващата наредба на МЗ за прегледите и диспансеризациите, в училищата не се осъществява контрол на денталното здраве на децата. Наредбата изисква ежегодно учениците да представят попълнена карта за преглед на зъбите на медицинската сестра или лекаря, работещ в училището [24].

57% (38) от анкетираните ЛДМ смятат, че в училищните кабинети би трябвало да работят само специалисти по детска дентална медицина. Спрямо различните образователни системи по света изискванията за това са различни – в кабинетите в училищата могат да работят и хигиенисти, които разбира се не изпълняват лечебни манипулации.

Повече от половината ЛДМ (58%) признават, че би било по-лесно да се реализира профилактична програма ако има кабинети в училищата, другите 42% (28) са категорични, че и в момента няма проблем да се работи по профилактични програми. Всички анкетирани обаче отговарят, че биха работили в такъв кабинет, като избират различните варианти на предложените отговори в анкетата. Най - голям процент биха работили в училищен кабинет, защото обичат да работят с деца, но и по други причини – по - лесното набиране на пациенти и осигуреното заплащане от здравната каса. Повечето анкетирани поставят и условието за допускане и на „външни“ пациенти. Резултатите показват, че въпреки принципно негативното отношение на половината ЛДМ, участващи в изследването всички биха използвали възможността за допълнителна работа по време на криза. Тук се установява противоречие в позициите. Причината за това според нас е несигурността на ЛДМ в моментната ситуация – на финансовата и икономическа криза, в която се намират и България и Европа.

Става ясно, че на този етап има желаещи за работа в кабинети, ситуирани в училищата. Проблем за осигуряване на дентална услуга в училищата остава осигуряването на необходимият финансов ресурс.

Необходимият материален ресурс, според нас, не е извън възможностите на държавата и общините. Трябва да се има предвид и неоспоримият факт, че масовата превенция и първична профилактика, провеждана в училищата ще доведе до сериозно намаляване на разходите на държавата за лечение в един предстоящ период. Нека тази евентуална стъпка не се възприема като ограничаване на частната инициатива и пазарните взаимоотношения. От прегледа на литературата става ясно, че такава е практиката в най-развитите държави с установени най-ниски стойности на DMFT при децата [79,136,145].

Прегледът на литературата показва, че в кабинетите в училищата работят не само магистри по дентална медицина, но и по – ниско квалифицирани кадри (спрямо образователната система в различните държави), които провеждат скринингни и клинична орална хигиена [152]. Резултатите от изследването показват желанието на колегите, в кабинетите в училищата, да имат право да работят специалисти по детска дентална медицина (56,9%), което според нас отново показва склонността за извършване на повече лечебни процедури, отколкото профилактични.

Много висок е процентът на родителите, които одобряват съществуването на дентални кабинети в училищата с цел преглед. Родителите биха разчитали на ЛДМ, работещи в училищата за установяване и регистриране на зъбния статус на децата им и това би ги улеснило като им спести време за посещение в денталния кабинет на личния им ЛДМ. Това показва, че въпреки „опита“ на родителите със съществуващите преди реформата стоматологични кабинети в училищата те оценяват възможността за въвеждане на тази услуга в училище в новата среда на пазарни взаимоотношения.

Една малка част от учителите - 1/10 (7) отричат нуждата от дентален кабинет в училище. Същия процент от анкетираните не са склонни да освобождават от час заради профилактика. Само 10% (7) от запитаните имат негативно отношение към профилактичната дейност в училищата. Отношението и желанието за съдействие от страна на учителите би улеснило процеса на обучение и преглед на учениците в училищата.

Прегледът на литературата в този аспект показва, че учителите са ангажирани с проблемите на денталното здраве и те имат своята роля за възпитаване на навици и тяхното утвърждаване.

До момента в училищата в България все още има лекарски кабинети, а в някои от тях и дентални кабинети. В малко на брой училища в страната има дентални кабинети, в които ЛДМ работят под наем към съответната община. В София град има 176 общински училища и в тях има 39 действащи и 7 нефункциониращи дентални кабинети. Всъщност, под наем се отдават помещения в училищата, които лекарят по дентална медицина ремонтира и оборудва сам и по тази причина в тези кабинети се обслужват не само децата от училището, но и други външни пациенти [6]. Това е причината повечето директори да избягват разкриването на дентален кабинет в училището, което управляват.

Особено важна е организацията и управлението на ежедневната дейност на ЛДМ с особен акцент върху мениджмънта на времето и по-прецизното определяне на структурата на неговия работен ден. Тук имаме предвид фиксиране на време за профилактични дейности при деца и подрастващи в нормативните документи [27]. В НРД за дентални дейности за 2013 година, в раздел „Качество и показатели за ефективност на дейностите в извънболничната дентална помощ“ са посочени показатели за качеството и ефективността на лечебната дейност в денталната медицина [28]. Няма посочени критерии и показатели за профилактична дейност.

2. Обсъждане по втора задача

Висок е процентът на учениците, които мият зъбите си два пъти дневно - 80% (356), сменят четката за зъби на всеки три месеца - 66% (294) и използват разтвори за жабурене - 68% (303) и това показва, че на хигиената на зъбите се обръща внимание и мнозинството от учениците спазват основните правила за орална хигиена. Ежедневното четкане на зъбите с флуорна паста под наблюдение е метод, чрез който успешно се контролира появата на кариес при децата [76].

Изследване проведено в контролна (обучение веднъж годишно) и експериментална групи (обучение на всеки три месеца) за срок от 15 месеца за

деца на 6 години, за ефекта от обучение за четкане на зъби и насоки за орална хигиена показва, че индивидуалното обучение води до значително намаляване на индексите dmf и DMFT, както и плак индекса в експерименталната група. Индивидуалното обучение в тази възраст е за предпочитане [56,154]. Раздаването на подаръци стимулира добра хигиена и намаляването на плак индекса при деца между 4 и 16 години [57].

Децата ни растат в добра среда и усилията би следвало да се насочат към увеличаване честотата на посещенията при ЛДМ, за да постигнем посещения с цел профилактика, а не посещения с цел лечение на кариеса и неговите усложнения. Разбира се, тази честота на посещенията зависи най - вече от родителите, но не трябва да се подценява ролята на лекарите по дентална медицина. Тяхна задача е да търсят начини децата да получават информация относно важността на посещенията при ЛДМ и възможността за предотвратяване на появата на кариес. Анализът на данните от анкетата за родители показва, че по-висок е процентът на родителите, които не контролират децата си кога и как са измили зъбите си. Прави впечатление, че голям процент от родителите са започнали да мият зъбите на децата си в много ранна възраст, също, че над 75% (334) от децата са били учени от родителите сами да мият зъбите си още от 4 годишна възраст.

Намаляване на честотата на поява на кариес се постига с ранно започване на четкането – преди първата година, два пъти дневно със задължителната помощ на родителите [111].

Въпросът относно СИС на родителите и денталният статус на децата им е поставен в литературата. Ниският СИС може да служи като маркер за повишен риск от кариес. Учениците с нисък СИС трябва да ползват по-чести и по-интензивни превантивни услуги, обучения и дейности по здравна промоция [53]. Резултатите от нашето изследване не показват ясна корелация между СИС на родителите и денталния статус на децата им. Вероятно причината за това са по-добрата жизнена среда и по-добрите условия за грижа за денталното здраве в централните райони на град София. ¾ (334) от родителите определят социалния си статус като „среден“. Резултатите от изследването показват, че състоянието на денталното здраве на 14 годишните ученици, чиито родители се определят с „висок“ СИС не е по-добро от състоянието на учениците, чиито родители определят своя СИС като „среден“.

Резултатите от изследването показват, че висок процент от анкетираните ученици познават различните методи и средства за орална хигиена. Учениците биха посещавали дентален кабинет в училище с цел обучение по орална хигиена. Според тях ЛДМ е този, който може да ги научи как да използват правилно четката за зъби.

Резултатите също показват липсата на връзка между честотата на миене на зъбите и наученото по този въпрос в училище. В прегледа на литературата в различни изследвания [47,50,128] се посочва, че обучението в училищна среда значително подобрява навиците за орална хигиена. Парадоксален е резултатът от сравнението между прегледите и анкетите, който показва, че наученото в училище за денталното здраве не води до подобряване на оралната хигиена. Причините вероятно са свързани с липсата на практически занятия в училище и факта, че няма програми за ангажиране на ЛДМ, които да провеждат практическо обучение в училищата.

Разгледана бе и връзката между обективната нужда от грижи за зъбите на децата и желанието им за създаване на дентални кабинети в училище. 58,2% от анкетираните ученици, които оценяват, че имат проблеми със зъбите биха посетили денталния кабинет в училище ако имат болка. Дентална услуга в училище, включваща и базисно лечение, съществува в някои развити държави в Европа и света - Дания, Шотландия, Сингапур [80]. В училище се акцентира основно на обучение, предписание на подходяща диета, скрининги и прегледи, четкане на зъби и използване на флуорни разтвори на място в училище [77].

3. Обсъждане по трета задача

„През последното десетилетие се наблюдава намаляване на кариес заболеваемостта при децата във високо развитите страни. В тези държави проблемите са концентрирани в социално слабата част от обществото“ (Whelton and O’Mullane, 2007).

Неравенства в оралния статус и достъпа до услуги се наблюдават и при децата и при всички възрастови групи в повечето държави (Petersen 2005). В много страни по света големи групи деца са лишени от достъп и не са адекватно обхванати от превенция и здравна промоция в контекста на обществени здравни програми (Kwan and Petersen, 2010). Училището би

трябвало да осигурява поставяне на флуорни лакове и силанти на високо рисковите деца [77]. Поставянето на такива покрития дава много добри резултати в редица държави като Австралия, САЩ, Ирландия и Франция (Armfield and Spencer, 2007).

Честотата на четкане на зъбите значително се различава при различните социално-икономически групи в Северна Ирландия, Уелс, Чехия, Шотландия, Полша и Русия. Изследваните групи с нисък СИС четкат зъбите си по-рядко [70].

Анализът на резултатите от анкетите на родителите показва, че родителите нямат достатъчно информация и знания за денталното здраве. Най-слаби са резултатите от отговорите на въпроса за първия постоянен молар. Въпреки това над 56% (249) знаят, че той пробива зад последните млечни кътници, а над 35% (156) знаят, че той е постоянен зъб.

Над 80% (356) от анкетираните родители определят лошата хигиена за първопричина за появата на зъбния кариес и над 42% (187) свързват консумацията на захар с появата му. Над 66% (294) от родителите знаят, че млечните зъби се лекуват.

Анализ на склонността на високо-рискови деца към кариес показва, че факторите, от които зависи децата да нямат кариес са: започване на миене на зъбите преди навършване на 1 година и четкане два пъти дневно задължително с участието на родителите. Наличието/липсата на кариес зависи основно от отношението и знанията на родителите за оралната хигиена [111].

Образователните програми за орално здраве са ефективни по отношение на изграждането на навици за устна хигиена и грижи сред децата в училищна възраст, както и за повишаването на информираността на техните родители по въпросите на оралното здраве [61, 101].

Родителите не знаят и не се интересуват какво научават децата им за денталното здраве в училище [101]. Резултатите от изследването показват, че липсва отношение от страна на родителите за това дали училището предоставя условия за здравно образование на децата. Данните от литературата показват, че родителите са активна страна в процеса на взаимодействие между институциите, които имат отношение към здравето на децата като цяло [121,151].

Според резултатите от анкетите за родителите, основен и предпочитан

източник на информация за денталното здраве е ЛДМ.

Освен, че разчитат на ЛДМ за информация, родителите биха разчитали на ЛДМ, работещ в училище и за установяване състоянието на децата им, за обучение по орална хигиена и за съвети, свързани с храненето.

Социално-икономическият статус на родителите определя търсенето на информация и заинтересуваността им относно денталното здраве. Изследването показва, че колкото по-високо са родителите в социалната стълбица, толкова повече и по-специализирана информация изискват най-вече от ЛДМ, когото посещават. Прегледът на литературата потвърждава тази тенденция [44,84,98,102].

Голям проблем и на развитите общества е състоянието на оралното здраве на децата от ниско ситуираните социални слоеве [54,122,137]. В България всички деца до 18 години са здравно осигурени. Проблемът не е толкова в липсата на достъп до услугата, а в това, че родителите неглижират състоянието на децата си и се обръщат към ЛДМ при вече усложнено състояние. Решение на този проблем би могло да се намери и при наличие на пряка комуникация между личните лекари и ЛДМ, както и чрез по-чести и по-продължителни обществено базирани програми, обхващащи и деца и родители.

4. Обсъждане по четвърта задача

Учениците прекарали повече време в училище (тези на възраст между 13-18г.) са научили за оралната хигиена и профилактиката по - малко от учениците на възраст между 6 -12 години, имайки предвид информацията, която са получили само от училище. Без да се отчита възрастта процентът на информираните от училище е 32%, а на тези, които не са участвали в дискусии за денталното здраве в училище е 68%. На пръв поглед е логично да се очаква по-големите ученици да знаят повече и това знание да е придобито именно в училище. Резултатите показват обратното и то със статистическа значимост, което може да означава поне две неща: здравните знания са били много скоро въведени за малките класове и по-големите „са изпуснати”, или обичайното

„неглижиращо правилата" тийнейджърско поведение включва и игнориране на здравните знания от училище.

Въпреки тези резултати, обаче, учителите биха участвали (90%) в координиране на провеждани в училище профилактични програми. Тези програми могат да бъдат свързани с теоретични обучения по орално здраве, с практическо обучение за четкане на зъбите и използване на флуорни разтвори на място в училище, с поставяне на силанти във функциониращи дентални кабинети в училищата. Половината от анкетираните учители ще участват в тези дейности само ако ръководствата на училищата, в които преподават подкрепят такива инициативи.

Промоцията на здравето не е отговорност единствено на здравния сектор. Осъществяването й изисква специфични компетентности от лица в различни професионални сфери, лична и обществена отговорност и позитивно отношение към здравето в неговото физическо, психическо и социално измерение [1]. 30% от учителите търсят контакт с родителите на своите ученици, за да разберат тяхното отношение към денталното здраве. Добре би било този процент да се увеличава, като се стимулира активност и от страна на родителите.

Създаването на училища, в които се работи по промоция на здравето, означава нов начин на мислене. Това означава търсене на възможности за развитие на политики, практики и създаване на структури, които включват промоция на здраве и всичко, което се прави в училището и обществото с цел да се работи в екип с всеки, който изразява идеи и мнения с цел колаборация за общи цели. В слабо развитите и средно развитите държави в тези училища се осъществява промоция на здравето под формата на обучения, скрининги и прегледи, а лечение не се прилага поради финансови затруднения [77].В някои от тези държави лечението на оралните заболявания е частично субсидирано от държавата или от проекти. Основните дейности, извършвани в училище са обучение, четкане на зъбите и използване на флуорни разтвори, прегледи и осигуряване на базисно лечение [77].

Програмите за обучение по орално здраве (ООЗ) дават резултат за подобряване на хигиенните навици на учениците, както и увеличават знанията на майките и учителите. 40% от анкетираните учители са имали повод за разговор с родители за оралното здраве на децата им по време на провеждана

кампания. Това означава, че кампаниите са начин за осъществяване на комуникация между тези две групи (учители и родители). Не се наблюдава значителен ефект от програмите за обучение по орално здраве върху появата и наличието на кариес [109, 132, 140]. ООЗ чрез аудиовизуални средства е ефективен метод срещу орални заболявания причинени от зъбна плака [64].

Програмите за обучение по дентално здраве (ОДЗ) са по-ефективни, когато се прилагат в по-кратки периоди – например на всеки 3 седмици сравнено с ефекта им при периоди с прекъсвания за повече от 4 седмици [128]. Изследвания правени 5 години след прилагане на профилактична програма в училище показват, че и други фактори освен знанията са важни за здравословните навици. Добри навици могат да се постигнат в ранното юношество и без прилагане на специални програми [89].

Специфичните образователни активности, като ОДЗ в училище водят до позитивни ефекти върху оралната хигиена и нивото на информираност. Не винаги обаче добре информираните ученици могат да приложат на практика наученото [50].

Прави впечатление високият процент учители (90%), които се чувстват компетентни по въпросите на оралното здраве и биха проявили самоинициатива за организиране на мероприятия, свързани с денталното здраве в училище. Необходимо е по-интензивно обучение на учителите по проблеми на денталното здраве и по-продължително приложение на профилактичните програми в училищата [47]. Глобално проучване от 2012 година показва, че учителите са най – посочвани в анкетата на въпрос „коя група е най – полезна в работата по активности в училище, свързани с оралното здраве?“ – 93 %, след тях са денталния персонал – 83 %, родителите – 59 % и училищните медицински сестри – 46 % [77].

Провежданите обучения от ЛДМ са по – ефективни, но по-малко интересни за учениците сравнено с обучения, провеждани от по-големи техни съученици. [81]. Прилагането на ролеви модели подобрява комуникацията и преодолява културни бариери при осъществяване на програми за ООЗ при мултинационални групи ученици [119]. Във Финландия е установено, че децата могат да подобрят навиците, свързани с оралното здраве чрез обучения по орална хигиена, чрез консултации по хранене или чрез подход на комбинацията им в рамките на програма за промоция на оралното здраве [138].

В България, с оглед на получените резултати по задача 4, е необходимо да се използва наличният човешки ресурс (желанието и мотивацията на учителите да участват), който съчетан с въвеждане и реализиране на ефикасни профилактични програми в училищата на регионално и национално ниво да доведе до подобряване на денталното здраве на учениците.

Глава V: Заключение

Научният проблем, разглеждан в дисертационния труд е с обхват, засягащ денталната медицина, системата на образованието, социалната система и взаимодействието помежду им. Състоянието на оралното здраве, в частност денталното здраве, е част от общото здравословно състояние на всеки индивид. Затова оралното здраве е включено в „Общия план за действие срещу хроничните заболявания в Европа".

Чрез проведеното изследване и последователно извършените стъпки в процеса на работа става ясно, че всички изследвани групи - ученици, родители, учители и лекари по дентална медицина биха сътрудничили в един по-ясно структуриран процес на работа за справяне с проблема с организацията и прилагането на мерки за профилактика и превенция на денталното здраве. Тук следва да се зададе въпросът: „Кой би трябвало да координира тези действия?" И най - логичният отговор е: държавата чрез създаване на механизми за координация, които включват всички посочени участници.

Проблемът в нашата страна, на първо място, идва от факта, че в пакета за деца, осигурен от обществения фонд (НЗОК), липсват профилактични дейности. Така профилактичните дейности са достъпни за сравнително малък брой деца, а повечето деца във възрастта, когато най-много се нуждаят от превенция, не я получават. Липсва обсъждане на правилата за орална хигиена в денталния кабинет, защото пациентът посещава кабинета с цел лечение и времето, отделено за профилактика, е малко или изобщо липсва. Така децата и техните родители не разбират напълно смисъла на профилактиката и ползата от нея.

На второ място, степента на грижа за денталното здраве на децата и учениците зависи от общата здравна култура, възпитанието, примера в семейството, социалния статус и степента на образование на родителите. Здравното възпитание на децата е процес, който се осъществява и извън семейството под влиянието на техните учители още в детските ясли и детските градини, в училището, в средата, в която общуват.

Изследването, проведено за да се представи идеята на този труд, търси отговори на въпросите за мотивацията на учители, родители и ЛДМ да работят заедно по поставения проблем. За неговото разрешаване е необходима

здравно-просветна дейност, обучение на децата и учениците на приложими знания и умения за опазване на денталното здраве чрез образователни беседи, листовки, брошури, медийна политика и др. Обучението, мотивацията и възпитанието биха могли да се извършат чрез групова и индивидуална работа с учениците, с участието и помощта на учителите заедно с ЛДМ.

Резултатите се интерпретират в посока на търсене на алгоритъм на влияние на социалните фактори от семейната и училищната среда; оценка на нуждите от обществен ресурс по поставената цел и задачи; описание на модел за установяване на сътрудничество между семейство, дете, училище и ЛДМ.

От анализа на получените резултати по задача 1 следва, че усилията трябва да се насочат основно към подобряване на комуникацията между ЛДМ и учителите. Резултатите също показват, че повечето от ЛДМ нямат нагласа за профилактична работа с деца.

Повечето ЛДМ приемат своята роля като лечители, но в много малка степен и като здравни възпитатели и медиатори на здравни знания към семейството и училището чрез:

- разговор с родителите по време на лечението на децата в кабинета;
- разясняване на основните правила за орална хигиена на родителите, за да помагат и насочват децата си;
- обясняване на необходимостта временните зъби да се лекуват;
- разбиране на нуждата от цялостна санация, която включва и намесата на специалисти.

Като основна причина за незадоволителното дентално здраве на децата обаче, ЛДМ посочват неразбирането от страна родителите на нуждата от първична и вторична профилактика. Така се получава едно противоречие в твърденията – независимо, че не отделят достатъчно време за профилактика и промоция, ЛДМ оценяват като основна причина за лошата хигиена незаинтересуваността на родителите.

Резултатите от анкетите проведени сред ЛДМ показват, че въпреки принципно негативното отношение на половината ЛДМ относно наличието на дентална услуга в училищата, всички биха използвали възможността за допълнителна работа по време на криза**.**

От получените резултати по задача 2 може да се направи изводът, че вероятно условията за грижа за денталното здраве в централните столични общини са по-добри спрямо останалите райони на София-град.

Вероятните причини за увеличаване стойността на DMFT с увеличаване на възрастта на учениците биха могли да бъдат свързани с: влошаване на хигиената в периода на пубертета; еднообразното хранене; неглижирането на наученото за оралната хигиена в тази възраст; липсата на теоретично обучение и практика в училище, свързани с оралната хигиена; липсата на контрол от страна на родителите; липсата на контрол на зъбния статус в училище, въпреки изискванията на наредбата на МЗ за прегледите и диспансеризациите; липсата на координация между родителите, учителите и ЛДМ; липсата или малкото информация, която достига до учениците по проблемите на денталното здраве.

Получените при собственото изследване стойности на DMFT и изброените по-горе възможни причини за влошаване на състоянието на учениците с увеличаване на възрастта показва необходимостта от прилагане на профилактични мерки в съответната възраст - между 12 и 14 години.

Положителна тенденция е предпочитанието на трите изследвани групи да избират личния контакт с ЛДМ и неговата компетентност пред другите „анонимни“ източници на информация.

Оказва се, че на практика обучение по дентално здраве в училищата липсва. Нормативната база, свързана с детското и училищното здравеопазване изисква периодично (веднъж годишно) обучение на педагогическия персонал по различни здравни проблеми, като тук трябва да се подчертае, че колкото и да бъде обучаван един учител, той не би могъл да достигне компетентността на ЛДМ. В нормативната уредба не са описани практически изисквания за обучение и методи на обучение по орално здраве в училищата.

Резултатите показват, че повечето ученици биха посещавали училищния кабинет ако не е задължително и биха търсили контакта с ЛДМ, работещ в него и за преглед и за лечение. Тук е много важно да се отбележи, че поведението и методите на работа на ЛДМ биха стимулирали по - чести посещения на децата в кабинета с незадължителен характер**.**

Анализът на резултатите по задача 3 показва, че родителите обръщат внимание на хигиената на зъбите на децата си, но нямат достатъчно информация и знания за денталното здраве. ЛДМ следва да разясняват повече

на родителите причините за появата на зъбния кариес и начините за предпазване от него. Родителите също биха разчитали на ЛДМ, работещи в училищата за установяване и регистриране на зъбния статус на децата им .

Анализът на резултатите по задача 3 също показва, че е необходимо да се потърси модел за подобряване на комуникацията между училището и семейството**.**

Анализът на резултатите по задача 4 показват, че при наличие и възможност за провеждане на профилактични програми в училище, учителите ще съдействат и по този начин ще улеснят процеса на координация и комуникация между родителите на учениците и ЛДМ, работещи по програмата**.** Важно е да се предприемат необходимите действия за включване в учебната програма на часове и начини за представяне на здравни теми. Имайки предвид заетостта в рамките на една запълнена учебна програма, някои учители могат да се окажат твърде натоварени с други извънкласни дейности. С цел насърчаване на образованието по орално здраве и включването му в учебните програми, е наложително правителството и здравните професионалисти да оказват трайна подкрепа под формата на техническа помощ, финансиране и/или предоставяне на обучителни материали. Подобна подкрепа ще улесни учителите при вземането на решение за включване на обучението по орално здраве в учебните програми.

Очевидно е, че прилагането на програма за профилактика, включваща обучение за деца и родители, и профилактични мерки – прегледи и практически консултации, може да повлияе положително върху превенцията на кариеса и по този начин да предотврати значимо медицинските и социално-икономическите последици от него.

Българското общество е изправено пред предизвикателството на промяната. Промяната в детското и училищно здравеопазване е необходима в посока повече превенция и профилактика. Тази промяна ще доведе както до подобряване състоянието на денталното здраве на учениците, така и до преразпределяне на заложените ресурси за детско дентално здраве.

Глава VI: Изводи

1.Тенденцията за увеличаването на стойността на DMFT, с увеличаване на възрастта на учениците, съответства на тенденцията за запазване на незадоволителното ниво на информираност в по-горните класове.

2.Незадоволителното ниво на знанията на родителите по проблемите на оралното здраве на техните деца и недостатъчната комуникация и сътрудничеството между ЛДМ и родителите са взаимно обусловени.

3.Липсата на комуникация между ЛДМ и учителите по проблемите на денталното здраве е свързана не толкова с личната мотивация и интерес на ЛДМ и учителите, колкото с липсата на ясна дефиниция за позицията на училищните ръководства за организацията и провеждането на профилактични програми за орално здраве в училищата.

4.Всички заинтересовани за оралното здраве на учениците приемат водещата роля на ЛДМ, но техните очаквания са по-скоро за доближаване на денталната грижа (лечение) до децата, отколкото за предоставяне на профилактични грижи на място в училище.

5.Твърде умерените нагласи на ЛДМ към профилактична работа с деца и ученици е логичен резултат от липсата на профилактични дейности в пакета на НЗОК за лица до 18 години.

6.Учениците, родителите и учителите одобряват идеята за наличие на дентален кабинет в училищата, но имат различни очаквания.

7.Мотивацията на ЛДМ за работа в училищен кабинет с деца и ученици се свързва основно с желанието за работа с деца, но се влияе и от възможността за предоставяне на повече лечебни услуги, тъй като няма регламентирани индивидуални и групово базирани профилактични дейности при работа в тези кабинети.

Глава VII: Приноси

1.С настоящия труд за първи път е направен опит да се **анализира ролята на частно практикуващия лекар по дентална медицина като фактор за обединяване на усилията** на родителите и учителите за осигуряване на масова и индивидуална дентална грижа (профилактика и лечение) за децата и учениците.

2.Направена **е комплексна оценка на факторите**, които влияят върху денталното здраве и здравното поведение на децата в училищна възраст, като анализът е обективизиран и чрез снетия дентален статус на изследваните деца.

3.Установеното влияние на социалния статус на семейството върху здравното поведение на децата **насочва към планиране на адекватни обществено базирани мерки** за преодоляване на социално-обусловените разлики в достъпа на децата до грижи и превенция.

4.Установените взаимоотношения между учители, родители и лекари по дентална медицина и възможностите за използване на съществуващата инфраструктура **аргументират разширяване на медицинския стандарт „Детска дентална медицина“** с два раздела: – „Комуникация с родители” и „Здравна просвета в училище”.

5. Обоснована е необходимостта от разработване на **критерии и показатели** за профилактична дейност в раздел „Качество и показатели за ефективност на дейностите в извънболничната дентална помощ“ в Националния рамков договор (НРД).

6.Обоснована е необходимостта и предпоставките за **разработване на модели за подобряване на комуникацията между изследваните групи:**

- Модел за подобряване на комуникацията между училището и семейството;
- Модел за сътрудничество между училището и ЛДМ;

- Модел за подобряване на комуникация между родителите и ЛДМ.

7.Доказана е целесъобразността от **разработване на „Проект за въвеждане на дентална услуга в училищата“**, който включва участието на министерството на здравеопазването, министерството на труда и социалната политика, столична община и БЗС.

1. Научно – приложни приноси

1.1 Модел за подобряване на комуникацията между училището и семейството

1. Да се организират „дни на денталното здраве“ в училищата.

2. Да се канят родителите на „ дните на денталното здраве “ в училище.

3. Да се осигурят игри или пъзели свързани с денталното здраве, които децата да носят вкъщи.

4. Да се стимулират децата да събират информация за денталното здраве у дома от източници препоръчани от родителите им.

5.Да се изпращат на родителите писма с покана за регистрация на зъбен статус на децата им, ако в училището има дентален кабинет. Необходимо е към тези писма да бъдат предложени и бланки за информирано съгласие.

6. Учениците да „интервюират семействата“ и родните си за знанията им и отношението им към денталното здраве.

1.2 Модел за реализиране на контакт между училището и ЛДМ

1. Да се въведат часове по здравно образование в гимназиалния курс (DMFT се повишава с възрастта, като най – високи са стойностите при 18 годишните), като в часовете по орално здраве да участват ЛДМ. Часовете по здравно образование да бъдат отделни, а не в рамките на други предмети. Процесът да се финансира по програми и проекти.

2. Да се онагледи визуално важността на добрата орална хигиена и естетика, като се показват филми, мултимедия и фотографии.

3. При осигурена дентална услуга в училищата, скринингите да се извършват и от студенти по дентална медицина след завършен четвърти курс с

цел обучение за попълване на картите за преглед и придобиване на опит при калибровка на екипите.

4. Ако съществуват кабинети, в които ще се извършва и базисно лечение, тези кабинети да бъдат база за провеждане на стажовете на завършилите семестриално студенти по дентална медицина с цел адаптация и мотивация за работа с деца (малък процент от общопрактикуващите ЛДМ работят с деца).

1.3 Модел за подобряване на комуникация между родителите и ЛДМ

1. Да се осигури дентална услуга в училищата с цел скрининги и прегледи. Така до съсловната организация и до родителите ще достига необходимата информация за състоянието на децата.

2. Да се провеждат срещи в „дните на денталното здраве“ между родители и ЛДМ, поканени специално от ръководството на училището. Контактът между директорите на училищата и ЛДМ да се осъществява като се използва регистъра на БЗС на работещите в съответната община ЛДМ. БЗС да подпомага и съдейства за осъществяването на комуникацията, като предложи на МЗ и МОН възможности за финансиране на тази дейност.

3. Грижата за профилактичните кампании да се повери на частно практикуващите лекари по дентална медицина, като държавата предвиди средства за създаване на мрежа от кабинети, както и за система за контрол на качеството. Така ролята на ЛДМ работещ в пазарни условия ще бъде водеща.

1.4 роект за въвеждане на дентална услуга за социално слаби деца в училищата

За осъществяване на такъв проект е необходима оценка на нуждите от обществен ресурс и възможностите за ефективното му разпределение и контрол. Резултатите от изследването показват, че необходимият човешки ресурс за осигуряване на дентална услуга в училищата е наличен. Неизяснен остава въпросът за нужния материален ресурс за въвеждане на такава услуга в училищата в град София.

Един от приносите на дисертационния труд е предложеният проект за въвеждане на дентална услуга в училищата, който включва участие на Министерството на здравеопазването, Министерството на труда и социалната политика, Столична община и БЗС. Идеята е във всеки от 24-те района в град

София да се създаде по един кабинет по дентална медицина, който да обслужва високо рискови деца, ситуиран в едно от училищата в съответната община. В тези кабинети да работят специалисти по детска дентална медицина. В кабинетите да се лекуват само деца, като се използва пакета осигурен от НЗОК за деца до 18 години. Когато този пакет не е достатъчен, санирането на пациентите да се доплаща от държавата. В кабинетите да не се изисква допълнително заплащане от родителите или настойниците.

Ангажимент на държавата:

- да осигури заплащането на специалистите;
- да осигури допълнителният финансов ресурс за саниране на децата.

Ангажимент на общината:

- да подготви общ проект за промяна на предназначението и въвеждане в експлоатация на 24 дентални кабинета – по един във всяка община;
- да финансира ремонта на кабинетите;
- да съдейства за мотивация на ръководствата на училищата за осъществяване на дейността;
- да популяризира наличието на такава услуга.

Ангажимент на съсловната организация:

- да съдейства за определяне на специалистите, които ще работят в денталните кабинети в училищата;
- да подпомогне обзавеждането на кабинетите;
- да дава необходимата информация с цел контрол на РЗИ София и СЗОК;
- да популяризира наличието на такава услуга.

Ангажимент на лекарите по дентална медицина:

- да зареждат кабинетите с необходимите материали и консумативи;
- да имат договор със СЗОК;
- да повишават квалификацията си.

2. Научно – теоретични приноси

1. Изучена е връзката между денталния статус на прегледаните 14 годишни ученици и СИС на техните родители, както и връзката между

зъбния статус и образованието, и знанията за денталното здраве на родителите.

2. Определянето на денталния статус на учениците доведе до определяне на нуждата от обществен ресурс за покриване на необходимостта от дентални грижи**.**

3. Прави се компетентна оценка на факторите (посещаемост, обективен дентален статус, социални фактори, чувство на болка и самооценка от страна на учениците), които влияят върху денталното здраве.

Глава VIII: Приложения

Приложение 1 Индивидуална карта за снемане на зъбен статус

Код училище
Код клас
Код паралелка
Номер на ученика в класа

Момче □ Момиче □

6-12 г. □ 13-18 г.□

Възраст:

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Мед																
Окл																
Дист																
Вест.																
Лингв.																
○																

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Мед.																
Окл.																
Дист.																
Вест.																
Лингв.																

Кодове за попълване на зъбната схема

С – кариес

О - обтурация

О+С - обтурация и кариес

Р - пулпит

G – периодонтит

Е – липсващ зъб

Приложение 2 Бланка за информирано съгласие

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният

……

Декларирам, че съм съгласен синът ми/дъщеря ми……

……..

от ……клас на …….училище да бъде преглеждан и лекуван при училищния зъболекар в рамките на пакета осигурен от НЗОК.

Дата……..

Подпис……..

Приложение 3 Въпросник за ЛДМ

Въпросник за ЛДМ с основни разпределения на отговорите

1 Вие сте:

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Общопрактикуващ	40	59.7	59.7
2 Специалист, който работи като общопрактикуващ	13	19.4	79.1
3 Специалист, който работи по специалност	14	20.9	100.0
Общо	67	100.0	

2 Вашият трудов стаж е:

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 От 1 до 5 години	6	9.0	9.0
2 Между 6 и 10 години	9	13.4	22.4
3 Между 11 и 20 години	25	37.3	59.7
4 Над 20 години	27	40.3	100.0
Общо	67	100.0	

3.Вие работите:

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Основно с възрастни	43	66.2	66.2
2 Основно с деца	13	20.0	86.2
3 Само с деца	5	7.7	93.8
4 Само с възрастни	4	6.2	100.0
		100.0	
Общо	65		

4.Имате ли договор с НЗОК?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Да, общопрактикуващ	47	70.1	70.1
2 Да специалист ДДМ	8	11.9	82.1
3 Да специалист хирургия	2	3.0	85.1
4 Не	10	14.9	100.0
Общо	67	100.0	

5. Смятате ли, че договореният с НЗОК пакет е достатъчен?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Да, по обем	15	22.4	22.4
2 Да, по дейности	7	10.4	32.8
3 Да, по обем и дейности	5	7.5	40.3
4 Не, по обем и дейности	40	59.7	100.0
Общо	67	100.0	

6. Как според вас трябва да се оптимизира договореният пакет на НЗОК за деца?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Да отпаднат ограниченията по брой и вид дейности	23	34.8	34.8
2 Да се добавят профилактични дейности	28	42.4	77.3
3 Да се добавят лечебни дейности	9	13.6	90.9
4 Да се заменят едни за сметка на други	2	3.0	93.9
5 Не е нужно да се променя	4	6.1	100.0
Общо	66		

7. Ако не работите с НЗОК, защо?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Не се заплаща веднага	20	33.3	33.3
3 Цените не съответстват на материалите	20	33.3	66.7
5 Пациентите са с нереалистични очаквания	21	33.3	100.0
		100.0	
Общо	61		

По категории 2 и 4 няма отбелязани отговори

8.Как определяте цените, по които НЗОК заплаща договорените дейности? повече от 1 отговор

Категория 1	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0 Без отговор	57	89.1	89.1
1 Отговарящи на стандарта на живот	7	10.9	100.0
		100.0	
Общо	64		

Категория 2	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0 Без отговор	64	100.0	100.0
1 Близки до пазарните	3		
Общо	67		

Категория 3	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0 Без отговор	27	42.2	42.2
1 По-ниски от пазарните	37	57.8	100.0
Общо	64	100.0	
Липсващи	3		
Общо	67		

Категория 4	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0 Без отговор	47	73.4	73.4
1 Недостатъчни за лечебен ефект	17	26.6	100.0
Общо	64	100.0	
Липсващи	3		
Общо	67		

Категория 6	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0 Без отговор	59	92.2	92.2
1 Недостатъчни за осигуряване на достъп	5	7.8	100.0
Общо	64	100.0	
Липсващи	3		
Общо	67		

Категория 7	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0	64	100.0	100.0
1 Друго	3		
Общо	67		

9. Когато работите с деца, родителите присъстват ли в кабинета по време на лечението?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Да, винаги	11	16.9	16.9
2 Зависи от възрастта	22	33.8	50.8
3 Зависи от поведението	20	30.8	81.5
4 Предпочитам да не присъстват	9	13.8	95.4
5 Не	3	4.6	100.0
Общо	65	100.0	
Липсващи	2		
Общо	67		

10. Обсъждате ли с родителите цялостен план за успешното саниране на детето?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Да, винаги	37	58.7	58.7
2 Ако родителите се интересуват	17	27.0	85.7
3 Когато е нужен специалист	7	11.1	96.8
5 Не	2	3.2	100.0
Общо	63	100.0	
Липсващи	4		
Общо	67		

За Категория 4 няма посочени отговори

11. Държите ли родителите да разберат ясно, че млечните зъби се лекуват?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Да	54	81.8	81.8
2 Обяснявам ако ме попитат	9	13.6	95.5
3Не, не отделям време	3	4.5	100.0
Общо	66	100.0	
Липсващи	1		
Общо	67		

12. Мислите ли, че Вашият разговор с родителите ще допринесе за тяхното по-осъзнато отношение към денталното здраве на децата им?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Да	36	54.5	54.5
2 Да, в повечето случаи	27	40.9	95.5
3 Бих, но нямам време	1	1.5	97.0
4 Не, няма смисъл	2	3.0	100.0
Общо	66	100.0	
Липсващи	1		
Общо	67		

13. Няма въпрос с този номер

14. Обяснявате ли на родителите основни правила за зъбна хигиена?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Да, понякога	33	50.8	50.8
2 Само при нужда	28	43.1	93.8
3 По скоро не	4	6.2	100.0
Общо	65	100.0	
Липсващи	2		
Общо	67		

15. Бихте ли си сътрудничили по въпросите на зъбното здраве с учители в училище?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Да при покана+	30	46.2	46.2
2 Да, в кампания	14	21.5	67.7
3 Да ще отида сам	5	7.7	75.4
4 Не	16	24.6	100.0
Общо	65	100.0	
Липсващи	2		
Общо	67		

16. Кой, според Вас играе основната роля във възпитанието на детето по темите на денталното здраве, освен зъболекарите?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Родителите	29	44.6	44.6
2 Родители и учители	10	15.4	60.0
3 Родители, учители и специалисти в рамките на програма	26	40.0	100.0
Общо	65	100.0	
Липсващи	2		
Общо	67		

17 Смятате ли, че е правилно да бъдат възстановени зъболекарските кабинети в училищата?

Категории	**Честота**	**Процент**	**Кумулативен Процент**
Не. Смятам, че достъпът до зъболекар е свободен и няма нужда да се връщаме назад	21	32.3	32.3
Не. Това противоречи на правото на пациента на свободен избор	11	16.9	49.2
Принципно да , но да се решава индивидуално във всяко училище, според нуждите и условията	13	20.0	69.2
Да, напълно подкрепям	20	30.8	100.0
Валидни	65	100.0	
Липсващи	2		
Общо	67		

18.Кой според Вас би трябвало да може да работи в тези кабинети?

Категории	**Честота**	**Процент**	**Кумулативен Процент**
Всеки зъболекар (общопрактикуващ дори и без специалност)	25	43.1	43.1
Само специалисти по детска дентална медицина	33	56.9	100.0
Валидни	58	100.0	
Липсващи	9		
Общо	67		

19 Ако има държавна политика за възобновяване на денталните кабинети в училищата, бихте ли работили в такъв?

	Да, защото обичам да работя с деца	Да, защото няма да ми се налага да набирам пациенти за своята практика	Да, защото НЗОК заплаща по-високи цени за лечението на деца	Да, защото профилактичните програми дават повече възможности в периода на криза	Да, ако имам право да работя с пациенти извън училището	Общо
Да, защото обичам да работя с деца	20	0	0	0	1	20
Да, защото няма да ми се налага да набирам пациенти за своята практика	0	13	4	1	1	13
Да, защото НЗОК заплаща по-високи цени за лечението на деца	0	4	12	3	1	12
Да, защото профилактичните програми дават повече възможности в периода на криза	0	1	3	8	0	8
Да, ако имам право да работя с пациенти извън училището	1	1	1	0	13	13
Общо	20	13	12	8	13	56

21 Смятате ли, че отварянето на кабинетите в училищата ще създаде по-добри условия за реализиране на профилактичните програми?

Категории	**Честота**	**Валиден Процент**	**Кумулативен Процент**
Не, и сега няма проблем	8	16,0	16,0
Не, защото и там трябва съгласието на родителите, а това усложнява нещата	4	8,0	24,0
Не съм много сигурен	9	18,0	42,0
Зависи от сътрудничеството на ръководството	18	36,0	78,0
Напълно съм убеден	11	22,0	100.0
Валидни	50	100.0	
Липсващи	17		
Общо	67		

21. Когато работите с деца какъв подход използвате?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Казвам, показвам, правя	45	90.0	90.0
2 Работя без да обяснявам	5	10.0	100.0
Общо	50	100.0	
Липсващи	17		
Общо	67		

22. Обяснявате ли на децата основните правила на зъбната хигиена?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 Да, при първото посещение	27	55.1	55.1
2 Ако има нужда	16	32.7	87.8
3 Не	1	2.0	89.8
4 Зависи от възрастта	5	10.2	100.0
Общо	49	100.0	
Липсващи	18		
Общо	67		

23. Получават ли, според Вас, децата и техните родители достатъчно информация в медийното и общественото пространство, за това как да се грижат за зъбите си?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1Да, напълно достатъчно	5	10.0	10.0
2 Не достатъчна по обем и вид	9	18.0	28.0
3 По време на кампании	20	40.0	68.0
4 Основно от реклами	6	12.0	80.0
5 Не	10	20.0	100.0
Общо	50	100.0	
Липсващи	17		
Общо	67		

24 въпрос е представен под формата на Фиг. в глава Резултати

Приложение 4 Въпросник за деца

Въпросник за деца с основни разпределения на отговорите

1.Аз съм:

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 Момче	217	48.8	48.8
	2 Момиче	228	51.2	100.0
	Общо	445	100.0	
Липсващи		1		
Общо		446		

2. Аз съм на възраст:

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 между 6-12 г.	169	38.0	38.0
	2 между 13-18 г.	276	62.0	100.0
	Общо	445	100.0	
Липсващи		1		
Общо		446		

3. За пръв път посетих зъболекарски кабинет когато:

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 ме заболя зъб	76	17.2	17.2
	2 за вадене на млечен зъб	83	18.8	36.0
	3 бях с родителите си и прегледаха и мен	40	9.0	45.0
	5 бях специално за преглед	102	23.1	68.1
	6 не си спомням, но съм ходил	110	24.9	93.0
	7 не съм ходил в зъболекарски кабинет	31	7.0	100.0
	Общо	442	100.0	
Липсващи		4		
Общо		446		

По категория 4 няма посочени отговори

4. Често ли ходите сам или с родителите си на профилактичен преглед?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 когато трябва	266	59.6	59.6
2 редовно	88	19.7	79.4
3 никога не съм ходил	84	18.8	98.2
4 не знам какво е профилактичен преглед	8	1.8	100.0
Общо	446	100.0	

5. Смятате ли, че имате проблеми със зъбите?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да	98	22.2	22.2
	2 не знам, не ме е болял зъб	104	23.5	45.7
	3 не, нямам проблеми	240	54.3	100.0
	Общо	442	100.0	
Липсващи		4		
Общо		446		

6. Колко често миете зъбите си?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 2 пъти дневно	358	80.3	80.3
2 1 път дневно	66	14.8	95.1
3 понякога	22	4.9	100.0
Общо	446	100.0	

По категория 4 няма посочени отговори

7. Проверява ли някой вкъщи как са измити зъбите ви?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да, често	110	25.3	25.3
	2 да, понякога	91	21.0	46.3
	3 не	233	53.7	100.0
	Общо	434	100.0	
Липсващи		12		
Общо		446		

8. Колко често сменяте четката за зъби?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 на 2-3 месеца	295	68.0	68.0
	2 на 6 месеца	34	7.8	75.8
	3 не обръщам внимание	58	13.4	89.2
	4 когато се повреди	47	10.8	100.0
	Общо	434	100.0	
Липсващи		12		
Общо		446		

9. Знаете ли, че има разтвори за жабурене?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 да	409	91.7	91.7
2 не	37	8.3	100.0
Общо	446	100.0	

10. Използвате ли разтвор за жабурене?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 да	169	37.9	37.9
2 не	145	32.5	70.4
3 понякога	132	29.6	100.0
Общо	446	100.0	

11. Според вас има ли връзка между развалените зъби и количеството бонбони и сладкиши, които децата ядат?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да	341	77.9	77.9
	2 не знам	78	17.8	95.7
	3 не	19	4.3	100.0
	Общо	438	100.0	
Липсващи		8		
Общо		446		

12. Родителите подсещат ли ви да си миете зъбите?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 да	248	55.6	55.6
2 не	198	44.4	100.0
Общо	446	100.0	

13. Страх ли ви е от зъболекар**?**

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да	99	22.6	22.6
	2 не	339	77.4	100.0
	Общо	438	100.0	
Липсващи		8		
Общо		446		

14. Болял ли ви е някога зъб?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да	331	74.9	74.9
	2 не	111	25.1	100.0
	Общо	442	100.0	
Липсващи		4		
Общо		446		

15. Обсъждате ли със съученици и приятели посещението си при зъболекар?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да	40	9.0	9.0
	2 понякога	135	30.5	39.6
	3 не	267	60.4	100.0
	Общо	442	100.0	
Липсващи		4		
Общо		446		

16. Чували ли сте, че начинът на движение на четката има значение за доброто измиване на зъбите?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 да	413	92.6	92.6
2 не	33	7.4	100.0
Общо	446	100.0	

17. Искате ли да се научите да миете правилно зъбите си?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 да	339	76.0	76.0
2 да, но не знам кой да ме научи	73	16.4	92.4
3 не	34	7.6	100.0
Общо	446	100.0	

18.Говорили ли сте някога в училище за нещо свързано със зъбите?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да, от там знам доста неща	131	29.6	29.6
	2 не, не сме	311	70.4	100.0
	Общо	442	100.0	
Липсващи		4		
Общо		446		

19. Смятате ли, че е добре да има зъболекарски кабинет в училище?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 не се интересувам, имам си зъболекар	126	28.3	28.3
2 да, ако не е задължително да го посещавам	45	10.1	38.3
3 да, защото ще мога да отида ако ме заболи	191	42.8	81.2
4 да, за да ни преглеждат	72	16.1	97.3
5 да, за да ни дават пасти и четки	12	2.7	100.0
Общо	446	100.0	

Приложение 5 Въпросник за родители

Въпросник за родители с основни разпределения на отговорите

1.Колко често детето ви мие зъбите си?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 2 пъти дневно	328	73.5	73.5
2 1 път дневно	96	21.5	95.1
3 1-2 пъти в седмицата	14	3.1	98.2
4 понякога, когато се напомни	2	.4	98.7
5 не си мие зъбите	6	1.3	100.0
Общо	446	100.0	

2. Детето ви използва ли флуорна паста за зъби?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да	300	68.2	68.2
	2 не	80	18.2	86.4
	3 не знам	60	13.6	100.0
	Общо	440	100.0	
Липсващи		6		
Общо		446		

3. Детето ви използва ли разтвор за жабурене?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да	100	22.5	22.5
	2 не	344	77.5	100.0
	Общо	444	100.0	
Липсващи		2		
Общо		446		

4. Какво знаете за първия постоянен кътник?(посочете всеки верен отговор)
код 0 - без отговор, код 1 – посочен отговор

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0 без отговор	228	63.0	63.0
	1 той е първия постоянен зъб, който пробива в устата	134	37.0	100.0
	Общо	362	100.0	
Липсващи		84		
Общо		446		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0 без отговор	254	70.2	70.2
	1 пробива на 6 годишна възраст	108	29.8	100.0
	Общо	362	100.0	
Липсващи		84		
Общо		446		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0 без отговор	158	43.6	43.6
	1 пробива зад последните млечни кътници	204	56.4	100.0
	Общо	362	100.0	
Липсващи		84		
Общо		446		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0 без отговор	358	98.9	98.9
	1 лесно се разваля	4	1.1	100.0
	Общо	362	100.0	
Липсващи		84		
Общо		446		

5.Какви са причините за поява на зъбния кариес?/ посочете два отговора, които според вас са определящи/
код 0 – без отговор, код 1 – посочен отговор

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0 без отговор	416	93.7	93.7
	1 някои общи заболявания	28	6.3	100.0
	Общо	444	100.0	
Липсващи		2		
Общо		446		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0 без отговор	184	41.4	41.4
	1 микроби	260	58.6	100.0
	Общо	444	100.0	
Липсващи		2		
Общо		446		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0 без отговор	282	63.5	63.5
	1 сладкиши	162	36.5	100.0
	Общо	444	100.0	
Липсващи		2		
Общо		446		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0 без отговор	70	15.8	15.8
	1 лоша хигиена	374	84.2	100.0
	Общо	444	100.0	
Липсващи		2		
Общо		446		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0 без отговор	444	100.0	100.0
Липсващи		2		
Общо		446		

6. Как можем да се предпазим от зъбен кариес?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 като подобрим хигиената	164	37.6	37.6
	2 като ходим периодично на преглед	72	16.5	54.1
	3 като намалим консумацията на захар	186	42.7	96.8
	4 като приемаме допълнително флуор	14	3.2	100.0
	Общо	436	100.0	
Липсващи		10		
Общо		446		

7. Според вас колко често трябва да се сменя четката за зъби?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 на всеки 3 месеца	402	91.4	91.4
	2 на всеки 6 месеца	32	7.3	98.6
	3 на повече от 6 месеца	6	1.4	100.0
	Общо	440	100.0	
Липсващи		6		
Общо		446		

8. На каква възраст започнахте да миете зъбите на детето си?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 веднага след пробива на млечните зъби	178	40.1	40.1
	2 много рано, но не помня точната възраст	158	35.6	75.7
	3 когато вече имаше зъби в устата	100	22.5	98.2
	4 не съм мил зъбите на детето си	8	1.8	100.0
	Общо	444	100.0	
Липсващи		2		
Общо		446		

9. Кога детето ви само започна да мие зъбите си?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 към четвъртата година	348	78.4	78.4
	2 първи-втори клас	82	18.5	96.8
	3 по-късно	8	1.8	98.6
	4 не си спомням	6	1.4	100.0
	Общо	444	100.0	
Липсващи		2		
Общо		446		

10.Колко често помагате на детето си при миене на зъбите?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 редовно	44	9.9	9.9
	2 поне веднъж дневно	18	4.1	14.0
	3 понякога	88	19.8	33.8
	4 той/тя е достатъчно голям	294	66.2	100.0
	Общо	444	100.0	
Липсващи		2		
Общо		446		

11. Колко често проверявате как детето ви е измило зъбите си?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 редовно	98	22.1	22.1
	2 поне веднъж дневно	38	8.6	30.6
	3 понякога	134	30.2	60.8
	4 той/тя е достатъчно голям	174	39.2	100.0
	Общо	444	100.0	
Липсващи		2		
Общо		446		

12. Подсещате ли детето си да мие своите зъби?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 редовно	266	59.9	59.9
	2 понякога	86	19.4	79.3
	3 той/тя е достатъчно голям	92	20.7	100.0
	Общо	444	100.0	
Липсващи		2		
Общо		446		

13. Водите ли детето си на профилактичен преглед?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 редовно	252	56.8	56.8
	2 понякога	164	36.9	93.7
	3 не, но смятам, че трябва	28	6.3	100.0
	Общо	444	100.0	

14. Колко често водите детето си на профилактичен преглед?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 на 3 месеца	64	15.0	15.0
	2 на 6 месеца	150	35.0	50.0
	3 веднъж годишно	140	32.7	82.7
	4 както зъболекарят определи	72	16.8	99.5
	5 не го водя без проблем	2	.5	100.0
	Общо	428	100.0	
Липсващи		18		
Общо		446		

15. Трябва ли според вас да се лекуват млечните зъби?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 винаги	286	66.2	66.2
	2 да ако има болка	52	12.0	78.2
	3 да ако зъбите ще стоят дълго в устата	18	4.2	82.4
	4 по скоро не	74	17.1	99.5
		2	.5	100.0
	Общо	432	100.0	
Липсващи		14		
Общо		446		

16. До каква възраст има млечни зъби в устата на детето?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 до 6-7 години	64	14.7	14.7
	2 до 8-9 години	156	35.9	50.7
	3 до 11-12 години	214	49.3	100.0
	Общо	434	100.0	
Липсващи		12		
Общо		446		

По категория 4 няма достатъчно отговори

17. Смятате ли, че ще бъде полезно и удобно да има зъболекарски кабинет в училището на детето ви?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да, за прегледи	344	78,9	78,9
	2 да, ако го заболи зъб в училище	6	1,4	80,3
	3 не се интересувам, имаме зъболекар	68	15,6	95,9
	4 не, това време отмина	18	4,1	100,0
	Общо	436	100,0	
Липсващи		10		
Общо		446		

18. Освен общопрактикуващ зъболекар посещавали ли сте специалист с детето си?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	2 да, за консултация	216	49.3	49.3
	3 не, не се е налагало	222	50.7	100.0
	Общо	438	100.0	
Липсващи		8		
Общо		446		

По категория 1 няма дадени отговори

19.Ако сте били при специалист, кой ви го препоръча?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 зъболекарят, когото посещаваме	144	54.1	54.1
	2 мои познати	108	40.6	94.7
	3 родители от класа на детето	6	2.3	97.0
	4 по обява	2	0.8	97.7
	5 най-близкия до дома кабинет	6	2.3	100.0
	Общо	266	100.0	
Липсващи		180		
Общо		446		

20.Научило ли е нещо детето ви по въпросите на зъбното здраве от училище?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да	140	32.0	32.0
	2 нямам такава информация	252	57.5	89.5
	3 не	46	10.5	100.0
	Общо	438	100.0	
Липсващи		8		
Общо		446		

21. Откъде черпите информация по отношение на зъбното здраве?
код 0 – без отговор, код 1 – посочен отговор

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0	360	83.3	83.3
	1 от медиите	72	16.7	100.0
	Общо	432	100.0	
Липсващи		14		
Общо		446		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0	394	91.2	91.2
	1 от приятели	38	8.8	100.0
	Общо	432	100.0	
Липсващи		14		
Общо		446		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0	74	17.1	17.1
	1 от зъболекаря, когото посещавам	358	82.9	100.0
	Общо	432	100.0	
Липсващи		14		
Общо		446		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0	388	89.8	89.8
	1 търся в интернет	44	10.2	100.0
	Общо	432	100.0	
Липсващи		14		
Общо		446		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0	410	94.9	94.9
	1 от реклами	22	5.1	100.0
	Общо	432	100.0	
Липсващи		14		
Общо		446		

22. Вие сте на възраст:

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 между 25-35 години	102	23.0	23.0
	2 между 35-50 години	318	71.6	94.6
	3 над 50 години	24	5.4	100.0
	Общо	444	100.0	
Липсващи		2		
Общо		446		

23. Вашето образование е:

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 основно	4	0.9	0.9
	2 средно	120	27.3	28.2
	3 висше	316	71.8	100.0
	Общо	440	100.0	
Липсващи		6		
Общо		446		

24. Вие определяте социалния си статус като:

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 минимален	24	5.6	5.6
	2 среден	360	83.3	88.9
	3 висок	48	11.1	100.0
	Общо	432	100.0	
Липсващи		14		
Общо		446		

Приложение 6 Въпросник за учители

Въпросник за учители с основни разпределения на отговорите

1.Преподавате на ученици от:

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 първи до четвърти клас	18	29.5	29.5
		2		32.8
	2 пети до осми клас	13	21.3	54.1
		4		60.7
	3 след осми клас	24	39.3	100.0
	Общо	61	100.0	
Липсващи		5		
Общо		66		

2.Вашата възраст е:

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 между 25-35 години	8	12.5	12.5
	2 между 35-50 години	24	37.5	50.0
	3 над 50 години	32	50.0	100.0
	Общо	64	100.0	
Липсващи		2		
Общо		66		

3. Посочете по какви предмети преподавате:

Преподавам по	Честота	Процент
начален учител	14	21,2
английски език.	3	4.5
БЕЛ	13	19.7
биология	5	7.6
география	2	3.0
детска градина	3	4.5
история	1	1.5
математика.	2	3.0
физика	2	3.0
философия.	3	4.5
химия	4	6.1
липсващи	14	21,2
Всичко	66	100.0

4. Класен ръководител ли сте?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да	35	54.7	54.7
	2 не	29	45.3	100.0
	Общо	64	100.0	
Липсващи		2		
Общо		66		

5.Случвало ли се е във ваши часове да разговаряте с децата по въпроси за зъбното здраве?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да, в часа на класния	33	55.0	55.0
	2 да, по време на кампания	8	13.3	68.3
	3 да, при инцидент с дете	2	3.3	71.7
	4 не, но бих говорил	14	23.3	95.0
	5 не, няма такава възможност	3	5.0	100.0
	Общо	60	100.0	
Липсващи		6		
Общо		66		

6. Случвало ли се е да разговаряте с родители по въпросите на зъбното здраве на децата им?/ повече от един отговор/ код 0 – без отговор, код 1 – посочен отговор

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0	32	50.8	50.8
	1 да, за да освободя дете от час	31	49.2	100.0
	Общо	63	100.0	
Липсващи		3		
Общо		66		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0	55	87.3	87.3
	1 да, за да извиня отсъствия, поради лечение	8	12.7	100.0
	Общо	63	100.0	
Липсващи		3		
Общо		66		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0	44	69.8	69.8
	1 да, за да разбера тяхното отношение към проблема	19	30.2	100.0
	Общо	63	100.0	
Липсващи		3		
Общо		66		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0	54	85.7	85.7
	1 да, по друг повод	9	14.3	100.0
	Общо	63	100.0	
Липсващи		3		
Общо		66		

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	0	48	76.2	76.2
	1 не	15	23.8	100.0
	Общо	63	100.0	
Липсващи		3		
Общо		66		

7. При какви случаи имате контакт с родителите по отношение на зъбното здраве на техните деца?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 регулярно	5	7.8	7.8
	2 инцидентно	36	56.3	64.1
	3 при кампания	20	31.3	95.3
	4 няма такъв случай	3	4.7	100.0
	Общо	64	100.0	
Липсващи		2		
Общо		66		

8. Смятате ли че учителят би могъл да играе роля в общуването между учениците и зъболекарите?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 да, за доверие	39	59.1	59.1
2 да, да повлияе страха	9	13.6	72.7
3 работа е на родителите	7	10.6	83.3
4 не	11	16.7	100.0
Общо	66	100.0	

9. Смятате ли, че вие като учител можете да повлияете на децата да подобрят навиците си свързани с оралното здраве?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 да, ако ръководството съдейства	18	27.3	27.3
2 да, защото лично смятам, че съм способен	39	59.1	86.4
3 не, това е работа на родителите	9	13.6	100.0
Общо	66	100.0	

10. Ако има разработени програми за съвместна работа между деца, учители, родители и зъболекари, бихте ли участвали?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 да	50	75.8	75.8
2 да, срещу допълнително заплащане	5	7.6	83.3
3 не, смятам, че съм некомпетентен	3	4.5	87.9
4 не, смятам, че не влиза в служебните ми задължения	8	12.1	100.0
Общо	66	100.0	

11.Като застанете от позицията на родител, бихте ли оценили помощта на учителите за възпитанието на децата ви?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да	58	96.7	96.7
	2 не	2	3.3	100.0
	Общо	60	100.0	
Липсващи		6		
Общо		66		

12. Мислите ли, че информацията за зъбния кариес се разпространява достатъчно в общественото пространство?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 да	7	10.6	10.6
2 да, но може и повече	22	33.3	43.9
3 не, не е достатъчно	37	56.1	100.0
Общо	66	100.0	

13. Откъде черпите информация за поддържане на зъбното здраве?/ повече от един отговор/ код 0 – без отговор, код 1 – посочен отговор

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0	54	81.8	81.8
1 основно от медиите	12	18.2	100.0
Общо	66	100.0	

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0	54	81.8	81.8
1 от приятели и познати	12	18.2	100.0
Общо	66	100.0	

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0	9	13.6	13.6
1 от зъболекаря, когото посещавам	57	86.4	100.0
Общо	66	100.0	

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0	61	92.4	92.4
1 друго	5	7.6	100.0
Общо	66	100.0	

14. Бихте ли посветили един час на класа на проблемите на зъбната хигиена?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да, ако има интерес	57	90.5	90.5
	2 да, ако е задължително	6	9.5	100.0
	Общо	63	100.0	
Липсващи		3		
Общо		66		

15. Кого бихте поканили в този час?/ повече от един отговор/ код 0 – без отговор, код 1 – посочен отговор

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0	25	37.9	37.9
1 родител зъболекар	41	62.1	100.0
Общо	66	100.0	

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0	53	80.3	80.3
1 зъболекарят, когото посещавам	13	19.7	100.0
Общо	66	100.0	

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0	48	72.7	72.7
1 зъболекар, работещ по програма	18	27.3	100.0
Общо	66	100.0	

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0	42	63.6	63.6
1 детски зъболекар	24	36.4	100.0
Общо	66	100.0	

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
0	60	90.9	90.9
1 ще попитам ръководството на училището	6	9.1	100.0
Общо	66	100.0	

16. Има ли зъболекарски кабинет във вашето училище?

Категории	Честота	Процент	Кумулативен Процент
1 да	20	30.3	30.3
2 не	46	69.7	100.0
Общо	66	100.0	

17. Ако няма зъболекарски кабинет, смятате ли, че би било полезно да има?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да	53	84.1	84.1
	2 не	7	11.1	95.2
	3 нямам мнение	3	4.8	100.0
	Общо	63	100.0	
Липсващи		3		
Общо		66		

18. Ако дете има болка по време на ваш час какво ще направите?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 ще го изпратя в кабинета на училището	27	42.9	42.9
	2 ще се обадя на родителите и тогава ще го изпратя	9	14.3	57.1
	3 ще се обадя на родителите и ще го освободя от час	27	42.9	100.0
	Общо	63	100.0	
Липсващи		3		
Общо		66		

19. Притеснява ли ви че децата могат да пропуснат час във връзка с лечение или профилактика?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да, ако става въпрос за профилактика	7	11.1	11.1
	2 да, ако става въпрос за лечение	2	3.2	14.3
	3 не	54	85.7	100.0
	Общо	63	100.0	
Липсващи		3		
Общо		66		

20. Бихте ли сътрудничили за организиране на профилактични програми?

Категории		Честота	Процент	Кумулативен Процент
	1 да, ако мога	32	50.0	50.0
	2 да, ако знам какво се изисква от мен	32	50.0	100.0
	Общо	64	100.0	
Липсващи		2		
Общо		66		

Приложение 7 Отговорни институции за здравната политика

Политики	Ангажирани институции											
	МЗ	**Други министерства**	**Общини**	**Национални центрове**	**РЗИ**	**МУ**	**НЗОК**	**ОПЛ**	**Специализирана медицинска помощ**	**ЛЗБП**	**Спешна медицинска помощ**	**НПО**
Политика 1: Ефективно управление (ръководство) на здравеопазването за успешно постигане на стратегическите цели	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		**x**		
Политика 2: Реформиране на финансовата система на здравеопазването за увеличаване на финансовите ресурси и тяхното ефективно управление	**x**	**x**	**x**				**x**					
Политика 3: Осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването, които да могат да удовлетворят нарастващите настоящи и бъдещи здравни потребности на хората	**x**		**x**	**x**		**x**					**x**	
Политика 4: Осигуряване на равен достъп на хората до качествени здравни дейности адекватни на техните здравни потребности												
Политика 5: Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус на хроничните незаразни болести	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		**x**
Политика 6: Осигуряване на ефективна грижа на уязвими групи от населението												
Политика 7: Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		**x**	**x**	**x**	**x**		**x**
Политика 8: Регионална здравна политика основана на доказателства	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		**x**					**x**
Политика 9: Здравни технологии, иновации и инвестиции	**x**			**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
Политика 10: Развитието на електронно здравеопазване	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**

Приложение 8 Бюджет за дентална помощ

Година	**Годишен бюджет за дентална помощ**
2002	няма самостоятелен бюджет, бюджетът за дентална помощ е част от общия бюджет, който е 478 000 000 млн. лв.
2003	39 800 000 млн. лв.
2004	49 000 000 млн. лв.
2005	57 800 000 млн. лв.
2006	59 823 000 млн. лв.
2007	61 500 000 млн. лв.
2008	67 500 000 млн. лв.
2009	91 363 000 млн. лв.
2010	91 000 000 млн. лв.
2011	94 000 000 млн. лв.
2012	101 394 000 млн. лв.
2013	106 500 000 млн. лв.
2014	116500 000 млн. лв.

Източник: сайт на НЗОК, Национални рамкови договори (http://www.nhif.bg/web/guest/57)

Приложение 9 Нормативна уредба за упражняване на частна медицинска практика след 1991 г.

1*. Закон за народното здраве,* последно обновен в ДВ, бр. 88 от 6.11.1973 г., в сила от 1.01.1974 г., (отменен 01.01.2005 г.). Правната уредба на частната медицинска практика се съдържа в чл. 25а - 25и от Закона за народното здраве (отменен). Разпоредбите на чл.25а - 25и от Закона за народното здраве са отменени по силата на § 9, т. 7 от преходните и заключителни разпоредби на Закона за лечебните заведения.

2**.** *Наредба № 5 от 22.04.1991 г. за условията и реда за упражняване на частна медицинска практика* (отменена)**,** издадена от министъра на здравеопазването, обновена., ДВ, бр. 37 от 10.05.1991 г., изм. и доп., бр. 47 от 14.06.1991 г., доп., бр. 97 от 26.11.1991 г., с отпаднало основание, бр. 62 от 9.07.1999 г. Тази наредба е издадена на основание § 2 от заключителните разпоредби във връзка с чл. 25а, ал. 4 от Закона за народното здраве (отменен).

3**.** *Правилник за образуване на цени на зъботехнически дейности, извършвани от медицински специалисти на частна практика и от частни здравни заведения,* издаден от министъра на здравеопазването, обновен, ДВ, бр. 50 от 25.06.1991 г. Този правилник е издаден на основание § 2 от заключителните разпоредби във връзка с чл. 25д от Закона за народното здраве (отменен) и е предложен от Съюза на зъботехниците в България**.**

4. *Правилник за образуване на цени на стоматологични дейности, извършвани от стоматолози, работещи на частна практика, и от частни здравни заведения*, издаден от министъра на здравеопазването, обновен., ДВ, бр. 52 от 2.07.1991 г. Този правилник е издаден на основание § 2 от заключителните разпоредби във връзка с чл. 25д от Закона за народното здраве (отменен) и е предложен от Българския стоматологичен съюз.

5. *Правилник за образуване на цени на медицинските дейности, извършвани от медицински специалисти с висше образование на частна практика и частни и кооперативни здравни заведения,* издаден от министъра на здравеопазването, обновен, ДВ, бр. 80 от 27.09.1991 г., изм., бр. 42 от 18.05.1993 г., бр. 57 от 2.07.1993 г., попр., бр. 63 от 23.07.1993 г. Този правилник се издава на основание § 2 от заключителните разпоредби във връзка с чл. 25д от Закона за народното здраве (отменен).

Библиография

1. Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска. Социална медицина, 2013, глава VI, 457
2. Георгиева, М., Н. Тонева, П. Бакърджиев, М. Пенева, С. Търгова. Познания на родителите на деца в училищна възраст за орална хигиена, хранителни навици и флуорна профилактика. Проблеми на денталната медицина, 2013, 39, 22-26
3. Георгиева, С., А. Велкова. Промоция на здравето за персонала в училище. Здравна политика и мениджмънт 13, 2013, 48-52
4. Закон за здравето, в сила от 01.01.2005, изм. и доп. ДВ. бр.1 от 3 Януари 2014
5. Закон за здравното осигуряване, отразена деноминацията от 05.07.1999, изм. и доп. ДВ. бр.18 от 4 Март 2014
6. Закон за общинската собственост, в сила от 01.06.1996, отразена деноминацията от 05.07.1999, изм. ДВ. бр.109 от 20 Декември 2013
7. Караманова, А., Л. Василева, Б. Александрова и др. Поведение и здраве при деца в училищна възраст. София, 2008, ISBN 978-954-92156-6-3
8. Катрова, Л. Стоматологична помощ за децата и учениците в различни модели на здравеопазване-организационни аспекти. Социална медицина (7), 1999; 4:29-32 ISSN: 1310-1757
9. Катрова, Л. Обществено дентално здраве, дентална професия, дентална практика, WINI 1893, София, 2011
10. Катрова, Л. Стоматологичната професия, състояние и перспективи. София, 1998 ISBN 954-90363-1-6
11. Комитов, Г., С. Генев. Здравното осигуряване в България и в света. София, 2013 ISBN 978-954-390-087-9
12. Кондева, В., М. Куклева, С. Петрова. Динамика на оклузалния кариес на премоларите при деца от 9 до 14 години. Дентална медицина, 90, 2008, 4-8
13. Кондева, В., М. Куклева, С. Петрова, Динамика на оклузалния кариес при постоянни молари на деца от 7 до 14 години. Зъболекарски преглед, 89, 2007, 163 -169

14. Конституция на Република България. В сила от 13.07.1991 г. Обн. ДВ. бр.56 от 13 Юли 1991, изм. ДВ. бр.12 от 6 Февруари 2007
15. Куклева, М., В. Кондева. Сравнително изследване на поларизацията на зъбния кариес при 7, 12 и 14 годишни деца от гр. Пловдив. България Folia Medica, XLI, 3, 1999, 65-70
16. Куклева, М., В. Кондева. Сравнително изследване на появата и проявлението на зъбния кариес при 12 годишни деца от гр. Пловдив. Folia Medica, XXXXI, 2, 1999, 44-47
17. Матеева, Христина Тодорова . Caries incipiens в детска възраст. Клинико-епидемиологични, морфологични и профилактично-лечебни аспекти. Дисертация. Пловдив, 1995.
18. Матеева, Х., Е. Крумова, Р. Стоилова. Честота на кариеса на постоянните зъби по видове зъбни повърхности на инцизивите (I1,I2) при деца от 7-14 год. от гр. Пловдив. Детска стоматология.
19. Матеева, Х., Е. Крумова, Р. Стоилова. Сравнително проучване на честотата на кариеса по видове зъбни повърхности (Is) на 14 годишни деца от гр. Пловдив. Детска стоматология.
20. Матеева, Х., Е. Крумова, Р. Стоилова. Честота на кариеса на постоянните зъби по видове зъби при деца от 7-14 год. от гр. Пловдив. Детска стоматология.
21. Министерски съвет на Република България. Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0-18 години в Република България 2009-2014, приета с протокол №15/16.04.2009
22. Министерство на здравеопазването на Република България. Национална здравна стратегия 2014-2020 година. София, 2013
23. Министерство на здравеопазването на Република България. Национално епидемиологично проучване за установяване състоянието на оралния статус на деца в три възрастови групи. София, 2011
24. Министерство на здравеопазването на Република България. Наредба № 39 от 16 ноември 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.
25. Министерство на здравеопазването на Република България. Наредба №3 за здравните кабинети в детските заведения и училищата от 27 април 2000 г.

26. Министерство на здравеопазването на Република България. Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването.
27. Министерство на здравеопазването на Република България. Наредба №51 от 26.11.2010г. за утвърждаване на медицински стандарт „Детска дентална медицина“, обн. ДВ. бр.95 от 3 Декември 2010г.
28. Национален рамков договор за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2013 г.
29. Пенева, Милена Димитрова. Пътят за преминаване от оперативно към неоперативно превантивно лечение на зъбния кариес. Дисертация. София, 2008
30. Пенева, М., Е. Цолова, Р. Кабакчиева, М. Рашкова. Профилактика на оралните заболявания. Учебник по детска дентална медицина. София, Изток-Запад, 2007, 6, 80-97.
31. Цанев, И., Ст. Попов, М. Атанасова. Клиничните проучвания. Какво трябва да знаем за тях. Министерство на здравеопазването. Брошура, София, 2007, 30 -31
32. Цоков, К., Л. Катрова. Демографските процеси и структурата на денталните практики – предпоставки за развитие на пазара на денталните услуги в България. Проблеми на денталната медицина, 2011, 37, 61-65
33. Цолова, Елка Василева. Управление на поведението на деца от три до шестгодишна възраст в стоматологична среда. Дисертация. София, 1989
34. American Academy of Pediatrics, Committee on Native American Child Health, Canadian Pediatric Society, First Nations, Inuit and Metis Committee. Early childhood caries in indigenous communities. Review Pediatrics, 127, 2011, № 6, 1190-1198.
35. American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs.Policy on mandatory school-entrance oral health examinations. Pediatric Dentistry, 30, 2008- 2009, 7 Suppl., 26-27.
36. American Association for Community Dental Programs. A model framework for community oral health programs, 2006

37. Beiruti N. Views on oral health care strategies. East. Mediter. Health J., 11, 2005, № 1-2, 209-216.
38. Bordoni N. et al. Teachers' perception of oral health status. Design and validation of an evaluation instrument. Acta Odontol. Latinoamer., 19, 2006, № 2, 67-74.
39. Borutta A., M. Wagner, S. Kneist. Early childhood caries: A Multi-factorial disease.OHDMBSC – Vol.IX – No. 1- March, 2010
40. Bourgeois, D., J.C. Llodra, L. Boge et al. Oral health interviews and clinical surveys: Guidelines. EGOHID II, 2008, 62-63
41. Bourgeois, D., L. Ottolenghi. Health Surveillance in Europe, 2008. Oral Health Interviews and Clinical Surveys: Overviews, EGOHID II, 70-75
42. Bratthall D. Dental caries: intervened-interrupted-interpreted. Concluding remarks and Cariography. Eur J Oral Sci 1996; 104: 486-491
43. Brown LJ, TP Wall, V. Lazar. Trends in caries experience: permanent and primary teeth. J Am Dent Assoc. 2000 Feb;131(2):223-31.
44. Butani, Y., SA Gansky, JA Weintraub. Parental perception of oral health status of children in mainstream and special education classrooms. Special Care in Dentistry. 29(4):156-62, 2009 Jul-Aug
45. Chachra, S., P Dhawan, T Kaur, AK Sharma. The most effective and essential way of improving the oral health status education. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2011 Jul-Sep;29(3):216-21
46. Chapman, A., SJ Copestake, K Duncan. An oral health education programme based on the National Curriculum. Int J Paediatr Dent. 2006 Jan;16(1):40-4
47. Conrado, C.A., SM Maciel, MR Oliveira. A school-based oral health educational program: the experience of Maringa- PR, Brazil. J Appl Oral Sci. 2004 Mar;12(1):27-33
48. Da Silva, K. A role for the family in children's oral health. N. Y. State Dent. J., 73, 2007, № 5, 55-57.
49. Davis, T.C., DD Fredrickson, CL Arnold, et al. Childhood vaccine risk/benefit communication in private practice office settings: a national survey. Paediatrics. 2001 Feb;107(2):E17
50. De Farias, I.A., GC de Araújo Souza, M. Ferreira. A health education program for Brazilian public schoolchildren: the effects on dental health

practice and oral health awareness. J Public Health Dent. 2009 Fall;69(4):225-30

51. Dental health foundation. Ireland. Schools oral health promotion program for 7 to 8 year olds. Report, 2002
52. Dugdill, L.,C.M. Pine. Evaluation of international case studies of 'Live. Learn. Laugh.' An unique global public-private partnership to promote oral health. International Dental Journal. 61 Suppl 2:22-9, 2011 Aug.
53. Dumitrache, M., R. Sfeatcu, C. Buzea. Socio-economic status and caries experience in primary teeth among schoolchildren of 1-st grade in Bucharest. OHDMBSC – Vol. VII – No 2 – June, 2008
54. Edelstein, B.L. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. Ambul. Pediatr. 2002 Mar-Apr; 2(2 Suppl):141-7
55. Egger, G., R. Spark, R.Lawson. Health Promotion Strategies and Methods. Australia, 2005. ISBN: 9780074715000
56. Esfahanizadeh, N. Dental health education programme for 6-year-olds: a cluster randomised controlled trial. Eur J Paediatr Dent. 2011 Sep;12(3):167-70
57. Ferrazzano, G.F., T. Cantile, G. Sangianantoni, A. Ingenito. Effectiveness of a motivation method on the oral hygiene of children. Eur J Paediatr Dent. 2008 Dec;9(4):183-7.
58. French union for oral health survey. The oral health of 6- and 12- year-olds in France in 2006, summary report.
59. Frencken JE, Peters MC, Manton DJ, Leal SC, Gordan VV, Eden E. Minimal intervention dentistry for managing dental caries - a review: report of a FDI task group. Int Dent J. 2012 Oct;62(5):223-43
60. Gill, P., I.G. Chestnutt, D. Channing. Opportunities and challenges to promoting oral health in primary schools. Community Dental Health. 26(3):188-92, 2009 Sep
61. Gunay, H., K. Dmoch-Bockhorn, Y. Gunay. Effect on caries experience of a long term preventive program for mothers and children starting during pregnancy. Clin Oral Investing. 1998 Sep;2(3):137-42
62. Hartono, S.W., SE Lambri, W.H.van Palenstein Helderman. Effectiveness of primary school-based oral health education in West Java, Indonesia. Int Dent J. 2002 Jun;52(3):137-43

63. Health care system in transition, United Kingdom report. European observatory on health care systems, 1999
64. Hebbal, M., A. Ankola, D. Vadavi, K. Patel. Evaluation of knowledge and plaque scores in school children before and after health education. Dent Res J (Isfahan). 2011 Oct;8(4):189-96
65. Heidmann, J., S. Poulsen, F. Mathiassen. Evaluation of fissure sealing program in Danish public Child Dental Service. Community Dent Health, 1990 Dec;7(4):379-88
66. Helm, S. Recording system for the Danish Child Dental Health Services. Community Dent Oral Epidemiol. 1973;1(1):3-8
67. Hescot P., E. Roland. Dental Health in France 1993 - DMF score for 6-, 9- and 12-year-olds. Publication of the French Union for Oral Health, 1994. 1-128
68. Hobdell M., Petersen P.E., Clarkson J., Johnson N. Global goals for oral health 2020. International Dental Journal (2003) 53, 285-288
69. Holloway, Ph., A. Blinkhorn. A method of assessing dental health education material. Int.J.Health education Vol. 35 No.1 1997 4-6
70. Honkala, E., L. Kannas, J.Rise. Oral health habits of schoolchildren in 11 European countries. Int. Dent. J.1990, Aug; 40(4):211-7
71. Hosseinpoor, A., L. Itani, P. Petersen. Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey. J Dent Res 91(3):275-81, 2012
72. Hunter, P.B. A study of pit and fissure sealing in the School Dental Service. N Z Dent J. 1988 Jan;84(375):10-2
73. Jipa, I., C. Amariei. Oral Health Status of Children Aged 6-12 Years From the Danube Delta Biosphere Reserve. OHDM – Vol. 11 – No 1 – March, 2012
74. Jones, C.M.,N. Tinanoff, B.Edelstein. Creating partnerships for improving oral health of low-income children. Journal of Public Health Dentistry. 60(3):193-6, 2000
75. Jones, R.D., et al. A model framework for community oral health programs. National Association of City and County Health Officers, USA, 2006
76. Jundi, S.H., M. Hammad, H. Alwaeli. The efficacy of a school-based caries preventive program: a 4-year study. Int J Dent Hyg. 2006 Feb;4(1):30-4.

77. Jürgensen, N., P. Petersen. Promoting oral health of children through schools: Results from a WHO global survey in 2012. Community Dental Health (2013) 30, 204–218 © BASCD 2013
78. Kalaajieh, W.K., A. Rima. Oral health behavior in students in north Lebanon. Eastern Mediterranean Health Journal. 6(5-6):987-92, 2000 Sept - Nov
79. Kallesta, C., N. Wang, P. Petersen. Caries- preventive methods use for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden. Community Dent Oral Epidemiol.1999 Apr;27(2):144-51
80. Kwan, S., P. Petersen, C. Pine et al. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. Bulletin of the WHO, September 2005,83(9)
81. Laiho, M., E. Honkala, V. Nyyssönen. Three methods of oral health education in secondary schools. Scand J Dent Res. 1993 Dec;101(6):422-7
82. Levine, S. Scientific basis of dental health education. British Dental Journal 193, 99 - 103 (2002)
83. Lewis, C.W., D. Grossman, P, Domoto. The role of the pediatrician in the oral health of children: a national survey. Pediatrics.2000 Dec;106(6):E84
84. Lewis, C.W., K. Linsenmayer, A. Williams. Wanting better: a qualitative study of low-income parents about their children's oral health. Pediatric Dentistry. 32(7):518-24, 2010 Nov-Dec
85. Loc Giang Do, A.J.Spencer, K. Roberts-Thomson. Oral health status of Vietnamese children: findings from the National Oral Health Survey of Vietnam 1999. Asia-Pacific Journal of Public Health. 23(2):217-27, 2011 Apr
86. Mahesh Kumar, P., Joseph T, Varma RB, Jayanthi M. Oral health status of 5 years and 12 years school going children in Chennai city: An epidemiological study. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2005;23:17-22.
87. Mc Combs, G.B. et al. Dental hygienists' contributions to improving the nation's oral health through schoolbased initiatives from 1970 through 1999. J. Dent. Hyg., 81, 2007, № 2, 52
88. Macek, M.D., Wagner ML, Goodman HS et al. Survey of Oral Health Status of Maryland Schoolchildren, 2000-2001. Pediatr. Dent. 2004 Jul-Aug;26(4):329-36.
89. Mayer, M.P., de Paiva Buischi Y, de Oliveira LB, Gjermo O. Long-term effect of an oral hygiene training program on knowledge and reported behavior. Oral Health Prev Dent. 2003;1(1):37-43

90. McDonald, S.P., Sheiham A. The distribution of caries on different tooth surfaces at varying levels of caries-a compilation of data from 18 previous studies. Community Dent Health.1992 Mar;9(1):39-48
91. Medina-Solis, C.E., Villalobos-Rodelo JJ. Socioeconomic inequalities in the use of dental services: a study of Mexican schoolchildren aged 6 to 12 years Marquez-Corona 25(12):2621-31, 2009 Dec.
92. Mertz, E., Mouradian WE. Addressing children's oral health in the new millennium: trends in the dental workforce Academic pediatrics. 9(6):433-9, 2009 Nov-Dec
93. Miller, E. et al. Impact of caregiver literacy on children's oral health outcomes. Pediatr. Dent., 32, 2010, № 7, 518-524
94. Mouatt, B. What do we know about Oral health for families? Journal of Family Health Care. 14(3):67-8, 70, 2004.
95. Mouradian, W.E. The face of a child: children's oral health and dental education. Journal of Dental Education. 65(9):821-31, 2001 Sep
96. Mouradian, W.E., Wehr E, Crall JJ. Disparities in childrens oral health and access to dental care. JAMA 2000;284:2625-31
97. Muratbegovic, AA., Markovic N. Zukanovic A. Oral health related to demographic features in Bosnian children aged six. Collegium Antropologicum. 34(3):1027-33, 2010 Sep
98. Naidu, R. S., Davis L. Parents' views on factors influencing the dental health of Trinidadian pre-school children. Commun. Dent. Health, 25, 2008, № 1, 44-49.
99. Navarro, D.S. New study shows schools' impact on children's dental health. Influence increases as family income decreases. School Nurse News, 27, 2010, № 2, 9, 12-13.
100. Navarro, D.S. Getting students excited about dental health. School Nurse News, 25, 2008, № 1, 9-10.
101. National Committee for Oral Health. The second national oral health survey. Beijing: Remnin Weisheng Publisher; 1999
102. Nuca, C., Amariei C. et al. Relationships between Constanta (Romania)12 year-old children’s oral health status and their parents’ socioeconomic status, oral health knowledge and attitudes. OHDMBSC – Vol. VIII – No 4 – Dec, 2009

103. Nuttall, N.M., Pitts NB, Fyffe HE. Assessment of reports by dentists of their restorative treatment thresholds. Community Dent and Oral Epidemiol.1993 Oct:21(5):273-8

104. Olejaz, M. Birk, H. O., Nielsen, A. Integrated care: a Danish perspective. BMJ, 345 (2012). p. 4451. ISSN 1756-1833

105. Patel, R. The State of Oral Health in Europe. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe, 2012

106. Petersen, PE. Improvement of global oral health--the leadership role of the World Health Organization. Community Dental Health. 27(4):194-8, 2010 Dec

107. Petersen, P.E., Z. Esheng. Dental caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, People's Republic of China. Int. Dent. J., 48, 1998, № 3, 210-216.

108. Petersen, P.E., Bourgeois D., Bratthall D. et al. Oral health information systems-towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. Bulletin of WHO, 2005, Sep, 83(9)

109. Petersen, P.E., Peng B., Tai B., Bian Z. Effect of a school-based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China. Int Dent J. 2004 Feb;54(1):33-41

110. Pierce, K.M., Rozier R.G., Vann F.W. Jr. Accuracy of pediatric primary care providers' screenings and referral for early childhood caries . Pediatrics 2002 May; 109(5); E 82-2

111. Pine, C.M., Adair P.M., Petersen P.E. Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. Community Dental Health 2004 Mar; 21:86-95

112. Piovesan, C., Antunes J.L., Guedes R.S. Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren. Brazilian Oral Research. 25(2):143-9, 2011 Apr.

113. Pitts, N.B., Boyles J., Nugent Z.J. et al. The dental caries experience of 14-year old children in England and Wales. Surveys coordinated by the British Association for the Study of Community Dentistry in 2002-2003. Community Dent Health.2004 Mar;21(1):45-57

114. Poulsen, S., Beiruti N., Sadat N. A comparison of retention and the effect on caries of fissure sealing with a glass-ionomer and a resin-based sealant. Community Dent Oral Epidemiol.2001 Aug;29(4):298-301

115. Public health in Austria. Federal Ministry of Health and Women, 2005

116. Rajab, L.D., Petersen P.E., Bakaeen G., Hamdan M.A. What do we know about Oral health for families? International Journal of Paediatric Dentistry. 12(3):168-76, 2002 May

117. Rechel, B., Spencer N., Blackburn C., Holland R. Impact of health reforms on child health services in Europe: the case of Bulgaria**.** Eur J Public Health ; 2009 Jun;19(3):326-30

118. Reich, E. Trend in caries and periodontal health epidemiology in Europe. International Dental Journal(2001) 51, 392-398

119. Reinhardt, C.H., Löpker N., Noack MJ, Rosen E., Klein K. Peer teaching pilot program for caries prevention in underprivileged and migrant populations. Int J Paediatr Dent. 2009 Sep;19(5):354-9

120. Robert Wood Johnson Foundation. National Preventive Dentistry Demonstration Program: special report. Princeton(NJ): 1983

121. Rossow, I. Developing health behavior, 1993 ISBN 82-91226-01-6

122. Rozier, R.G., Sutton B.K., Bawden J.W. et al. Prevention of early childhood caries in North Carolina medical practicies: implications for research and practice. J Dent Edu.2003 Aug; 67(8):876-85.

123. Rozier, R.G. The impact of recent changes in the epidemiology of dental caries on guidelines for use of dental sealants: epidemiologic perspectives. J Public Health Dent. 1995;55(5 Spec №):292-301

124. Sagheri D., Hahn P. Assessing the oral health of school-age children and the current schoolbased dental screening programme in Freiburg (Germany). Int. J. Dent. Hyg., 5, 2007, № 4, 236-241.

125. Sato, K., Oda M. Analysis of the factors that affect dental health behaviour and attendance at scheduled dental check-ups using the PRECEDE-PROCEED Model. Acta Med. Okayama, 65, 2011, № 2, 71-80.

126. Seale, N.S., McWhorter A.G. Dental education's role in improving children's oral health and access to care. School Nurse News, 27, 2010, № 2, 9, 12-13.

127. Seppa, L., Karkkainen S., Hausen H. Caries trends 1992-1998 in two low-fluoride Finnish towns formerly with and without fluoridation. Caries Res. 2000 Nov-Dec; 34(6):462-8

128. Shenoy, R.P., Sequeira P.S. Effectiveness of a school dental education program in improving oral health knowledge and oral hygiene practices and status of 12- to 13-year-old school children. Indian J Dent Res. 2010 Apr-Jun;21(2):253-9

129. Shirk, C. Oral health checkup: progress in tough fiscal times. NHPF Issue Brief. (836):1-18, 2010 Mar 29

130. State Childrens' Health Insurance program. Dental health care services [updated Dec 1999]. National Conference of State Legislatures (US); c 2007. Available from:http://www.ncsl.org/programs/health/dental.htm

131. Stecksen-Blicks C, Gustafsson L. Impact of oral hygiene and use of fluorides on caries increment in children during one year. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 1986, 14:185-189.

132. Tai BJ, Jiang H, Du MQ, Peng B. Assessing the effectiveness of a school-based oral health promotion programme in Yichang City, China. Community Dent Oral Epidemiol. 2009 Oct;37(5):391-8

133. Texas Dental Association. Building better oral health: a dental home for all Texans. Texas Dental Journal. Suppl:1-56, 2008

134. The cost of delay. State dental policies fail one in five children. The PEW center on the states. U.S. survey, 2010

135. Thomas, S., Tandon S, Nair S. Effect of dental health education on the oral health status of a rural child population by involving target groups. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2000 Sep;18(3):115-25

136. Tickle, M., Milsom KM, King D. The influences on preventive care provided to children who frequently attend the UK General Dental Service. Br. Dent J. 2003 Mar 22; 194(6):329-32; discussion 318

137. Tiemann, B., Klingenberger D., Weber M. The system of dental care in Germany. ISBN 3-934280-63-3, p. 266-267

138. Tolvanen, M., Lahti S, Poutanen R, Seppä L, Pohjola V, Hausen H. Changes in children's oral health-related behavior, knowledge and attitudes during a 3.4-yr randomized clinical trial and oral health-promotion program. Eur J Oral Sci. 2009 Aug;117(4):390-7.

139. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of Surgeon General.

140. Vanobbergen, J., Declerck D, Mwalili S, Martens L. The effectiveness of a 6-year oral health education program for primary schoolchildren. Community Dent Oral Epidemiol. 2004 Jun;32(3):173-82

141. Veerkamp, J.S., van Amerongen WE., Blanksma NG. Principles of oral health care for children Nederlands. Tijdschrift voor Tandheelkunde. 117(6):315-20, 2010 Jun

142. Vigild, M., Skougaard M., Hadi R. An oral health program for schoolchildren in Kuwait 1986-97. Community Dental Health. 16(2):102-6, 1999 Jun

143. W o r l d Health Organization. Oral health surveys: Basic methods. 4th ed. Geneva, W.H.O. Library Cataloguing in publication data, 1997.

144. Wang, NJ., Aspelund GO. Children who break dental appointments. European Archives of Paediatric Dentistry: Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry. 10(1):11-4, 2009 Jan

145. Wang, NG., Kalletstal C., Petersen PE. Caries preventive services for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden: strategies and resourses allocation. Community Dent Oral Epidemiol. 1998 Aug; 26(4):263-71

146. Wang, NJ., Riordan PJ. Recall intervals, dental hygienists and quality in child dental care. Community Dent Oral Epidemiol. 1995 Feb;23(1):8-14

147. Weintraub, JA, Stearns SC, Burt BA et al. A retrospective analysis of the cost-effectiveness of dental sealants in a childrens' health center. Soc Sci Med. 1993 Jun;36(11):483-93

148. WHO Information series on school health, document 11. Oral health promotion through schools, 2003

149. WHO, Global status report on noncommunicable diseases 2010

150. WHO, Health systems financing. The path to universal coverage, 2010

151. WHO, Local action Creating Health Promoting Schools, 2000

152. Widstrom, E., Jarvinen S. Caries prevalence and use of dental sevices in Finnish children and adolescents in 2009

153. Yee, R., Sheiham A. The burden of restorative dental treatment for children. International dental journal 2002;52:1-9

154. Zanin, L., Meneghim MC, Assaf AV, Cortellazzi KL, Pereira AC. Evaluation of an educational program for children with high risk of caries. J Clin Pediatr Dent. 2007 Summer;31(4):246-50

Curriculum vitae

Джема М. Грозданова

Образование

Национална Природо - Математическа Гимназия Акад. Л. Чакалов 1989-1993

Медицински Университет София, ФДМ, магистър по стоматология 1993-1999

Професионални признания и награди

Награда от БАД (Българска асоциация диабет) за нормативно решаване на част от проблемите със самоконтрола на диабета в България

Участие в международни комисии и организации

Вицепрезидент на Парламентарната Асамблея на Съвета на Европа (ПАСЕ), Страсбург Франция 2009-2011

Член на комисията по мониторинг в ПАСЕ 2009 до момента

Член на комисията по социални въпроси, здравеопазване и устойчиво развитие на ПАСЕ 2009-2013

Член на комисията по политически въпроси в ПАСЕ 2013 – до момента

Участие в комисии в Национални институции

Член на комисията по здравеопазване в 41 Народно Събрание (НС) на РБ 2009-2013г

Член на комисията по Европейски въпроси и контрол на европейските фондове (КЕВКЕФ) в 41 НС на РБ 2011-2013

Председател на КЕВКЕФ в 41 НС на РБ 2013

Член на комисията по здравеопазването в 42 НС на РБ 2013 – до момента

Член на комисията по външна политика в 42 НС на РБ 2013 – до момента

Участие в организационни комитети

Световен Конгрес по военна история, София 2012г.

Участие в професионални организации

Член на БЗС

Владее английски, руски и немски език

Контакти

е mail адрес j_grozdanova@abv.bg

мобилен тел. +359889239477

Благодарности

Благодаря на научния ми ръководител проф. д-р Лидия Катрова, дм за насоките, съветите и подкрепата през целия период на изследователската дейност, за настойчивостта и умението да мотивира.

Благодаря на г-жа Юлияна Илиева – главен асистент във Факултет по обществено здраве към МУ София за професионализма и добронамерeността.

Благодаря на д-р Глинка Комитов – експерт по здравно осигуряване, на д-р Лилия Дойчинова, доктор – главен асистент в катедра Детска дентална медицина във ФДМ София и на г-жа Стефани Михайлова – IT специалист.