МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ

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

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор"

Научна специалност: „Обществено дентално здраве"

Научен ръководител:

Проф. Д-р Лидия Георгиева Катрова, дм

Рецензенти:

Проф. Д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн

Доц. Д-р Елка Василева Цолова, дм

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

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен „ Доктор"

Научна специалност: „Обществено дентално здраве"

Научен ръководител:

Проф. Д-р Лидия Георгиева Катрова, дм

Рецензенти:

Проф. Д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн

Доц. Д-р Елка Василева Цолова, дм

София, 2014

Дисертационният труд съдържа 172 страници и е онагледен с 32 таблици и 19 фигури.

Библиографията включва 154 източника, от които 33 на кирилица и 121 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита на разширен катедрен съвет на Катедра „Обществено дентално здраве“ към ФДМ – София, Медицински Университет – София.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 29.09.2014 г. от 13.30 часа в Първа аудитория на ФДМ – София, бул. “Св. Георги Софийски“ № 1, съгласно чл. 76 и чл. 77 от Правилника за условията и реда на придобиване на научни степени и звания и заемане на академични длъжности в МУ – София и заповед № РК36-1201/11.07.2014г. на Ректора на МУ – София, на открито заседание на **научно жури** в състав:

Председател

Проф. Д-р Лидия Георгиева Катрова, дм – вътрешен член

Членове:

Проф. Д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн – вътрешен член и рецензент

Проф. Д-р Веселин Борисов Василев, дмн – външен член

Доц. Д-р Елка Василева Цолова, доктор – външен член и рецензент

Доц. Д-р Петър Александров Цонов, дм – външен член

Материалите по защитата са на разположение в Катедрата по „Обществено дентално здраве“ на ФДМ – София и са публикувани на интернет страницата на МУ – София.

Забележка: Номерата на таблиците и фигурите в автореферата не отговарят на номерата на таблиците и фигурите в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ 3

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ..... 6

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ 7

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....14

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 42

ИЗВОДИ.....47

ПРИНОСИ.....49

СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД..... 51

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БЗС	- Български Зъболекарски съюз
ЛДМ	- Лекар по дентална медицина
МЗ	- Министерство на здравеопазването
МТСП	- Министерство на труда и социалната политика
СЗО	- Световна здравна организация
СИС	- Социално икономически статус
СО	- Столична община
СРК	- Столична районна колегия
DMFT	- Decayed, Missing, Filled Teeth (Кариозни, екстрахирани поради кариес и обтурирани зъби)

ВЪВЕДЕНИЕ

Отговорността за оралното здраве на децата и учениците в България през последните няколко десетилетия е оставена единствено на родителите. За съжаление, децата от 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 страна на семейството. От друга страна, дори и да проявяват отговорност и активност, родителите трудно биха се справили сами с предизвикателства като: информация за лечебни методи и профилактични мероприятия, съответни за възрастта на децата им; преценка на периодите за посещение при ЛДМ с цел профилактика; изграждане 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 ефективни лечебни и профилактични грижи за отделните деца, но не и за подрастващото поколение като цяло.

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 достъпни и достатъчни по обем и вид лечебни и профилактични грижи, както и от контрол при използване на обществения ресурс.

Опитът на развитите страни показва, че грижата за здравето на децата и грижата за 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 търсене на обратна връзка, която регистрира процесите и тенденциите на заболеваемостта, търсенето и потребяването на дентална помощ.

Прегледът на литературата и действащата нормативна база в България показват, че денталната помощ за деца и ученици, въпреки че е включена в политиките за интегрирана профилактика и лечение на хроничните заболявания, както и в политиките за майчино и детско здраве, до този момент не е показала ефективност. Сферата, в която се наблюдава най-сериозно изоставане е организацията на провеждане на масови профилактични прегледи и прилагане на обществено-базирани профилактични програми.

Лекарят по дентална медицина, дори и в качеството на специалист, без съдействието на заобикалящата учениците среда – техните семейства и училището като институция, трудно би могъл да осигури сам нужните условия за профилактика и промоция на оралното здраве .

Промяна в подходите и стратегиите за орално здраве може да се очаква след задълбочен комплексен анализ на ситуацията, който да привлече политическа подкрепа и мобилизиране на обществен ресурс – материален и човешки, с компетентното участие на професионалната общност на лекарите по дентална медицина.

Като изхождаме от важността на изложените по-горе проблеми и тяхната обществена значимост, се насочихме към изучаването на наличните условия и предпоставки за постигане на адекватна среда за

по-добро орално здраве, по-ефективна обществена подкрепа и мотивирано професионално участие на лекарите по дентална медицина.

Хипотези

1. Основни хипотези:

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

1.2. Ефективното сътрудничество предполага определено ниво на знания, добра комуникация, както и добри условия за трансфер на знания от ЛДМ към децата, родителите и учителите.

1.3. Сътрудничеството се основава на взаимно доверие, подкрепа от училищните ръководства и методично ръководство от специалисти.

2. Помощни хипотези:

2.1. 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.

2.2. По-големите ученици са по - добре информирани относно оралното здраве и имат по - добра орална хигиена.

2.3. Учениците, които имат повече дентални проблеми биха настоявали за наличие на дентален кабинет в училище.

2.4. По - образованите родители имат повече познания за денталното здраве и търсят по-активно денталния лекар.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

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.

За реализиране на така поставената цел бяха формулирани следните изследователски задачи

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.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект на изследването е 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, семейство, училище, професия.

Предмет на изследването е нивото на взаимодействие между лекари по дентална медицина, родители, учители и как техните нагласи, мотивация и ниво на знания се свързват със здравния статус и нивото на знания на учениците.

МАТЕРИАЛ

Изследването обхваща 2 типа проучвания: епидемиологично и социологическо, проведени с четири групи: ученици, родители, учители и ЛДМ, дефинирани от съответната генерална съвкупност.

1. Генерална съвкупност

1.1. Население (родители и деца)

Броят на населението в трите наблюдавани общини възлиза на 147 044 души, от които деца на възраст от 6 до 18 г. – 14 938 души;

1.2. Училища (учители)

Броят на училищата в тези общини е 29; броят на ЦДГ – 19; общият брой на учителите – 1642;

1.3. Ученици

Броят на учениците от първи до дванадесети клас, записани в трите изследвани училища е 3773;

1.4. Лекари по дентална медицина

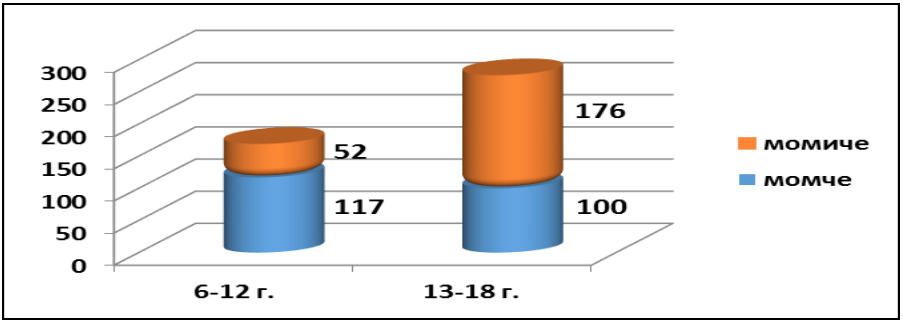
Броят на регистрираните в регистъра на СРК ЛДМ в трите общини е 356.

2.Представителни извадки

Представителната извадка е съставена от 445 прегледани и анкетирани ученици от три училища в три общини (Възраждане, Средец и Лозенец) в централната част на град София, 445 анкетирани родители (по един родител на изследвано дете), 66 анкетирани учители и 67 ЛДМ.

2.1. Извадка ученици

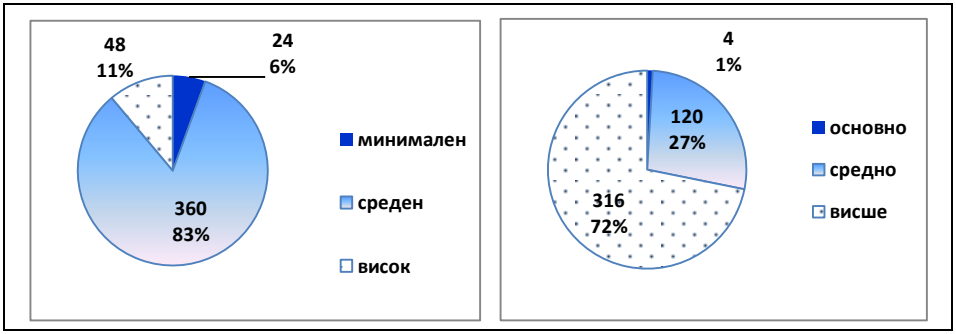
Епидемиологичното и социологическото проучвания включват 445 ученици на възраст между 6 и 18 години, разпределени в две подгрупи: от 6 до 12 години - 117 момчета и 52 момичета; от 13 до 18 години - 100 момчета и 176 момичета *(Фиг. 1)*;



Фиг. 1. Извадка „ученици". Разпределение по пол и възраст

2.2. Извадка родители

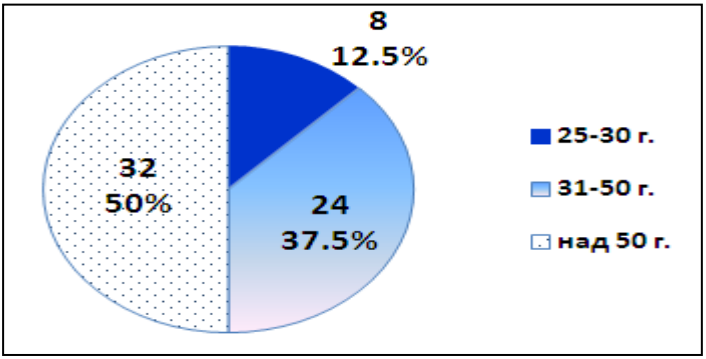
Включените 445 родители са разпределени по социално-икономически статус и ниво на образованост (Фиг. 2);



Фиг. 2. Разпределения по социално-икономически статус и образование на родителите

2.3. Извадка учители

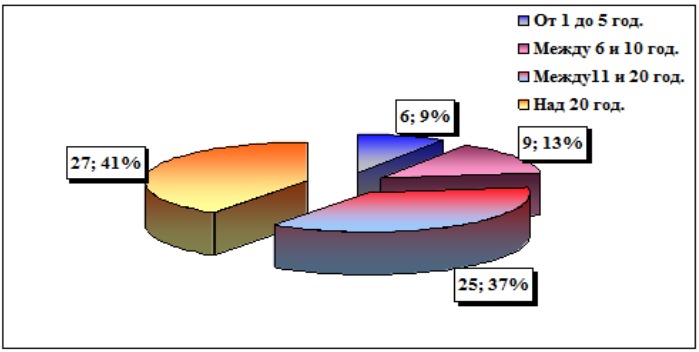
Групата на учителите включва 29 учители, работещи във включените в изследването училища (32 СОУ, 12 СОУ и 35 СОУ) и 37 учители, работещи в други училища на същите общини, избрани на случаен принцип, (Фиг. 3.);



Фиг. 3. Извадка учители. Разпределение по възраст

2.4.Извадка ЛДМ

В групата на ЛДМ са включени 67 лекари по дентална медицина (ЛДМ), регистрирани в Софийска районна колегия на БЗС, избрани на случаен принцип, (Фиг. 4).



Фиг. 4. Извадка ЛДМ. Разпределение по трудов стаж

Периодът на изследването, включително прегледите на учениците и попълване на въпросниците от всички анкетирани групи, продължава от месец октомври 2011 г. до месец май 2012 година.

Единици на наблюдение:

Логическа единица е всяко изследвано лице от групите на учениците, родителите, учителите и лекарите по дентална медицина.

За епидемиологичното проучване логическа единица е прегледаното лице и прегледаният зъб.

Техническа единица е училището, в което се провежда изследването и училищният кабинет по дентална медицина.

На всички ученици, участвали в изследването, е раздадена форма за информирано съгласие (декларация), която е подписана от родителите.

МЕТОДИ

1. Методи за набиране на информацията

1.1. Клиничен преглед на учениците

Прегледите за установяване на зъбния статус бяха извършени лично от автора в денталните кабинети, намиращи се в трите училища. Използвани бяха еднократни стерилно-опаковани огледало и сонда и стерилни ръкавици, съгласно стандартите за контрол на инфекциите, под оптимална смесена светлина. При регистриране на находката от прегледа бяха съблюдавани критериите на СЗО за диагностициране и запис на състоянието на твърдите зъбни тъкани (WHO Oral Health Surveys Basic Methods Geneva, 1997). Наличието на кариеси бе диагностицирано с гладкото рамо на сондата и огледало, без рентгенография.

Бяха изчислени показателите Епидемичност по лица (Ep) за постоянните зъби, Епидемичност по зъби (Et) за постоянните зъби и интензитета на кариеса I (D) при двете възрастови групи, както и индекса DMFT при 12 и 14 годишните ученици.

1.2.Пряка анкета

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

Въпросници с 24 въпроса бяха раздавани на родителите на прегледаните деца. Предаването на въпросниците на родителите беше осъществено чрез децата им, които получиха анкетите при прегледа в денталния кабинет.

Въпросници с 20 въпроса бяха раздадени на 29 случайно избрани учители от трите училища и на още 37 произволно избрани учители от други училища в трите посочени общини.

Въпросници с 24 въпроса бяха раздадени на 67 случайно избрани ЛДМ, членове на Софийската районна колегия.

2. Статистически методи за обработка на информацията и проверка на хипотезите

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

Бяха приложени следните статистически методи:

2.1. Дескриптивен анализ

Разпределенията на стойностите на променливите като абсолютни и относителни честоти са представени таблично и графично.

2.2. Тестове на Kolmogorov-Smirnov и Shapiro-Wilk

Проверка на хипотези за различия между разпределенията на изучаваните съвкупности и нормалното разпределение. С тези тестове са сравнени резултатите за Ep, Et при 12 и 14 годишните.

2.3. Тест на Mann-Whitney

Приложен за установяване на статистически значима разлика между DMFT при 12 и 14 годишните ($p<0.001$).

2.4.Крос таблици

Приложени за изследване на зависимости между качествени променливи: кариес при 14 годишните и СИС на родителите им; информираност на учениците и честота на миене на зъбите; наученото за денталното здраве в училище и възраст на учениците; субективна оценка за денталното здраве на учениците и мнение за наличие на дентален кабинет в училище; образование на родителите и информираност за денталното здраве и др.

2.5. χ^2 тест и Fisher exact тест

Приложен за проверка на хипотези за независимост.

2.6.Корелационен анализ

Коефициенти на Pearson и Spearman, корелограми, приложени за изследване на връзки като: възраст на децата и наученото за зъбите в училище, образование на родителите и информираност за денталното здраве и др.

2.7. 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

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. Резултати по първа задача

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.

1.1.Комуникация на ЛДМ с родителите

Почти всички анкетирани (95.40%) смятат, че „разговор с родителите ще допринесе за тяхното по - осъзнато отношение към денталното здраве на децата им", като 54.50% са категорични, а 40.90% смятат, че биха били полезни в „повечето случаи" (въпрос № 12).

Повече от половината ЛДМ винаги „обсъждат с родителите цялостен план за успешното саниране на детето" (58.70%), около 1/3 от тях (27.00%) правят това, „ако родителите се интересуват" и 11.00% само когато е нужен специалист. Само 3.00% от ЛДМ съобщават, че не обсъждат цялостен план за лечение с родителите (въпрос № 10).

Едва 3.00% от анкетираните ЛДМ смятат, че комуникацията с родителите и децата няма никакво значение за подобряване на денталното здраве (въпрос №12).

Половината от анкетираните съобщават, че „обясняват на родителите основни правила за зъбна хигиена" (51.00%), „при нужда"-43.00%, и „по-скоро не обясняват" при 6.00% (въпрос №14).

1.2.Комуникация на ЛДМ с учителите и училището

На въпроса „Бихте ли си сътрудничили по въпроси на денталното здраве с учители в училище?" ЛДМ отговарят така:

Почти половината от анкетираните ЛДМ (46.00%) проявяват интерес за контакт с ръководствата на училищата и с учителите „при покана" и още една пета (21.00%) са готови да се включат „в кампании". Едва 8.00% биха проявили самоинициатива и биха се обърнали към ръководството с предложения. Една четвърт (25.00%) не биха проявили активност (въпрос №15).

Тези резултати могат да се приемат за твърде окуражаващи, като се има предвид професионалната насоченост на анкетираните: над 60.00% работят като общо практикуващи и над 70.00% работят основно с възрастни. От друга страна, над ¾ (75.00%) от анкетираните в изследването ЛДМ са с над 11 години трудов стаж, което показва професионална подготвеност (въпроси №1,2,3).

В отговорите на следващия въпрос се разкрива виждането на ЛДМ за сътрудничеството с училището „през инициативата на родителите". На въпроса „Кой, според Вас играе основната роля във възпитанието на детето по темите на денталното здраве, освен ЛДМ?" 45.00% от анкетираните ЛДМ отговарят, че ролята на родителите е определяща. Само 15.00% смятат, че училището и учителите биха допринесли значително за подобряване на денталното здраве на учениците. Показателно е, че „родители, учители и специалисти в рамките на програма" е предпочетеният отговор от 40.00% от анкетираните (въпрос №16).

1.3.Активност на ЛДМ по отношение на профилактика, лечение и здравно възпитание на децата и учениците

Резултатите от изследването показват, че над половината от анкетираните ЛДМ са склонни да отделят време за разговор с родителите по време на посещението в денталния кабинет за разясняване на цялостния план на лечение, за демонстриране на правилния начин на миене на зъбите, за препоръки относно контрола на плаката и необходимостта от лечение на временните зъби.

На въпроса дали „кабинетите в училище дават по-добри възможности за реализиране на профилактичните програми" 22.00% отговарят убедено положително, докато 36.00% обвързват отговора си с евентуалното сътрудничество с ръководството на училището. Отрицателните отговори, които съставляват общо 42.00% се разделят между тези, които смятат, че и извън училище могат без проблем да провеждат профилактика (16.00%), 18.00% не са сигурни, а 8.00% смятат, че няма разлика тъй като и в този случай е необходимо информирано съгласие от родител, което усложнява процедурата (въпрос №20).

Лекарите по дентална медицина, които съобщават, че имат договор със здравната каса, оценяват пакета от предплатени дейности за лица до 18 години като недостатъчен по обем и номенклатура (въпрос №5). Почти половината от тях (46.00%) смятат, че към него трябва да се добавят профилактични дейности, останалите очакват да се увеличи броят и номенклатурата на лечебните дейности. Като се има предвид, че договореният с НЗОК пакет е съставен изцяло от лечебни дейности, и повече от половината анкетирани предпочитат той да се разшири отново

с лечебни дейности, трябва да приемем, че нагласата на ЛДМ за профилактична работа с децата е по-слаба, отколкото се очаква.

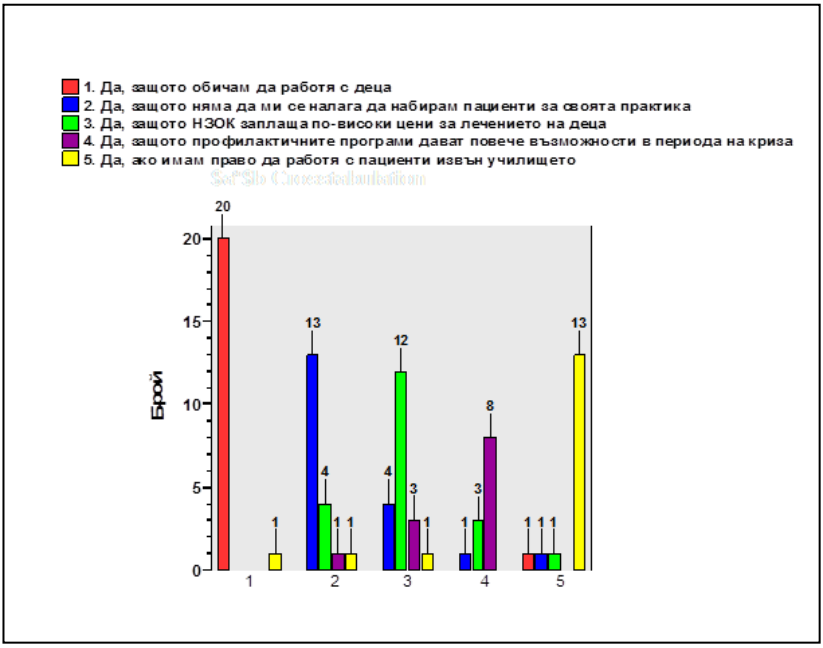
1.4.Мнение на ЛДМ за възстановяване на денталните кабинети в училищата

На въпроса, свързан с проучване мнението на ЛДМ за въвеждане на дентална услуга в училищата, половината от анкетираните отговарят отрицателно. От тях 32.30% са против защото „достъпът до ЛДМ е свободен и няма нужда да се връщаме назад" и 16.90% защото, според тях, „това противоречи на правото на пациента на избор". Другата половина от анкетираните принципно е съгласна, „но да се решава индивидуално във всяко училище, според нуждите и условията" - 20.00% и „напълно подкрепя" - 30,80% (въпрос №17).

Мнението на денталните лекари по въпроса „кой да практикува в училищните дентални кабинети" се разделя на 56.90% в полза на специалистите по детска дентална медицина срещу 43.10% в полза на всички, включително дентални лекари без призната специалност (въпрос №18).

Факторите, които биха мотивирали избора на ЛДМ да работят в училищен дентален кабинет, са представени на Фиг.5.

Основният фактор при избора на ЛДМ за работа в училищен дентален кабинет е „защото обичам да работя с деца"(20 отговора), с допълнение в един от случаите с условието да се работи с пациенти извън училище.



Фиг. 5. Мотивиращи фактори за работа в училищен кабинет

Вторият по честота отговор е „защото няма да ми се налага да набирам пациенти за своята практика" (13 отговора), като 4 посочват и втора причина „заплащането е по-високо от НЗОК", 1 е посочил „повече възможности в период на криза" и 1 – условие да приема и пациенти извън училище.

Преобладаващ отговор „защото НЗОК заплаща по-високи цени" са дали 12 анкетирани, като 4 от тях са посочили и отговор „защото няма да ми се налага да набирам пациенти за своята практика", 3 – отговор „повече възможности в период на криза" и 1 – условие да приема и пациенти извън училище.

Преобладаващ отговор „повече възможности в период на криза" са дали 8 анкетирани, като 3 от тях са посочили и „защото НЗОК заплаща по-високи цени" а 1 – „защото няма да ми се налага да набирам пациенти за своята практика".

Основно условие „да приема и пациенти извън училище" са поставили 13 от анкетираните, като по 1 от тях са посочили и отговорите „защото обичам да работя с деца", „защото няма да ми се налага да набирам пациенти за своята практика" и „защото НЗОК заплаща по-високи цени".

1.5.Професионален интерес и отговорност

Според отговорите на отворения въпрос "Кой според Вас е основният проблем за незадоволителното дентално здраве при децата?" може да се приеме, че социалните аспекти на денталното здраве, обусловени и евентуално контролирани от семейството, са водещи за становището на денталните лекари. Културата, финансовите възможности и заинтересоваността на родителите са много по-важни за денталните лекари от факторите на социалната организация и управление, като здравната политика или комуникацията **(Таблица 1).**

Тази позиция на ЛДМ много добре илюстрира естеството на професията в реалната среда на либерализиран пазар. ЛДМ оценяват важността на институционалната подкрепа, но знаят, че могат да разчитат само на своята професионална компетенция, респективно на разбирането, доверието и търсенето от страна на населението.

Таблица 1. Основни фактори за незадоволителното дентално здраве на децата (въпрос №24)

Отговори	Брой	Процент
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 и ниска култура	7	24.10
хранене	1	3.40

От една страна този факт повдига въпроса относно готовността на ЛДМ, към настоящия момент, да поемат водещата роля в процеса на подобряване на денталното здраве на децата чрез профилактика. От друга страна, позицията и поведението на ЛДМ не би трябвало да ни изненадва, тъй като държавата осигурява достъп за всички деца от 0 до 18 години до лечебни дейности и това носи реални приходи на ЛДМ, докато от профилактика би могло да се очаква индиректна полза за разширяване на пазара на дентални грижи към неопределен бъдещ момент. Естествено, тези противоречиви данни трябва да бъдат интерпретирани отново след задълбочени изследвания върху ефективността на профилактичните мерки и насочена работа с ЛДМ за преосмисляне на приоритетите и разбирането за мястото на

профилактиката в обществено, в групово и в индивидуално базиран план.

2. Резултати по втора задача

Да се установи денталният статус на учениците, тяхното ниво на информираност, хигиенни навици и интерес към лечение и профилактика в училище.

2.1.Оценка на денталния статус на учениците

Оценката на денталния статус на учениците, за целите на изследването, е направена на базата на зъбен статус, регистриран по време на денталните прегледи, извършени на място в училищата.

Дентален кабинет в 12 СОУ «Цар Иван Асен II»

Резултатите от денталните прегледи на учениците са представени на **Таблици 2, 3, 4, 5.**

Таблица 2. Индекс DMFT при 12 годишните ученици

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

Таблица 3. Индекс DMFT при 14 годишните ученици

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

Таблица 4. Относителен дял свободни от кариес ученици във възрастовите групи 6-12 години и 13-18 години

Възраст	Брой прегледани ученици	Брой здрави ученици	Процент здрави ученици от всички прегледани в съответната възрастова група
6 -12 год.	169	56	33.00%
13 -18 год.	276	83	30.00%

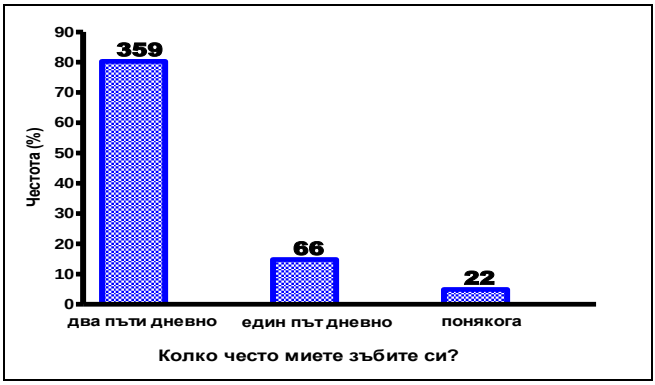
Таблица 5. Относителен дял свободни от кариес ученици във възрастите 12 и 14 години

Възраст	Брой прегледани ученици	Брой здрави ученици	Процент здрави ученици от всички прегледани в съответната възраст
12 год.	94	61	64.00%
14 год.	121	67	55.00%

Стойностите на DMFT се променят от 1,7 за 12 годишните на 4.0 за 14 годишните. Нарастването е статистически значимо (p<0,001). Съотношението на DMFT при 14 / 12 – годишните ученици е 2,35. От **таблица 5** е видно, че за 2 години между 12 и 14 годишна възраст нараства не само средният брой кариеси на едно прегледано лице, но и броят на засегнатите от кариес лица. До 18 годишна възраст групата на свободните от кариес намалява двойно и достига до 30.00%.

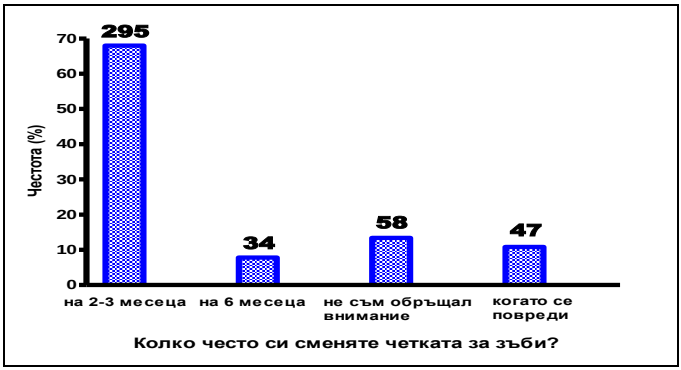
2.2. Хигиенни навици на учениците

Над ¾ от анкетираните ученици (80.30%) съобщават, че мият зъбите си два пъти дневно, 14.80% веднъж дневно и само 4.90% от време на време (въпрос№ 6).



Фиг. 6. Честота на миене на зъбите

Над 2/3 от учениците (66.10%) отговарят, че сменят четката за зъби на всеки 3 месеца, 7.60% - на всеки 6 месеца, 13.00% не обръщат внимание на периода на смяна, а 10.50% я сменят когато се „повреди“ (въпрос №8).



Фиг. 7. Честота на смяна на четката за зъби

Висок е процентът на учениците, които мият зъбите си два пъти дневно – 80.00%, сменят четката за зъби на всеки три месеца – 66.00% и използват разтвори за жабурене – 68.00% и това показва, че на хигиената на зъбите се обръща внимание и мнозинството от учениците спазват основните правила за орална хигиена. Това е предпоставка за въвеждане на доказали ефикасността си методи за групова профилактика чрез контролирано четкане на зъбите с флуорна паста под наблюдение.

2.3. *Ниво на информираност на учениците*

Над ¾ (76.50%) от децата правят връзка между развалените зъби и консумацията на захар (въпрос № 11).

Над ¾ (76.00%) от анкетираните ученици искат да се научат да мият правилно зъбите си с помощта на ЛДМ, когото посещават.

Останалите (16.40%) също искат да се научат да мият правилно зъбите си, но казват, че не знаят кой може да ги научи (въпрос №17).

Много висок процент (92,60%) знаят, че начинът на движение на четката има значение за доброто почистване на зъбите (въпрос №16).

Почти всички от децата знаят (91.70%) , че в аптеките се продават флуорирани разтвори за жабурене (въпрос №9).

Повечето деца мият зъбите си два пъти дневно (80.30%), сменят четката си за зъби на всеки 3 месеца (67.50%), ползвали са флуорирани разтвори (66.10%).

Може да се приеме, че децата и учениците имат разнообразни, разностранни и разнопосочни знания по отношение на зъбите и тяхното здраве. В повечето случаи тези знания са фрагментарни и не водят задължително до профилактично насочено здравно поведение или последователно спазване на хигиената. Това потвърждава необходимостта от целенасочено обучение и възпитание, а не просто информираност. Много е окуражително, че децата съзнават необходимостта от познаването на „правилното" миене на зъбите и повечето от тях очакват именно денталният лекар да ги научи как се прави това.

2.4.Роля на училището за усвояване на хигиенни и здравни навици

От представените в **таблица 6** разпределения съответно признаците „научено в училище" и „честота на миене на зъбите" се вижда незначително влияние. Двете променливи са статистически

значимо независими, p>0.05. На пръв поглед изглежда парадоксално, че наученото в училище за денталното здраве не води до подобряване на зъбната хигиена.

Таблица 6. Връзка между честота на миене на зъбите и получени знания 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	31,10%	24,20%	22,70%
Не, не сме учили	68,90%	75,80%	77,30%

Липсата на практически занятия в училище и на програми за ангажиране на ЛДМ, които да провеждат практическо обучение по орална хигиена в училищата, затруднява превръщането на знанията в умения, а уменията в навици.

Потърсена бе връзка и между възрастта на учениците и наученото в училище за оралното здраве. Двете променливи показват статистическа значима зависимост, p<0.001 (**Табл. 7**).

Таблица 7. Връзка между възрастта и наученото в училище

Отговори на:	**Възрастови групи**		
Наученото за денталното здраве в училище	**6-12 годишни**	**13-18 годишни**	**Средно**
Да, от там знам доста неща	41,20%	22,80%	32,00%
Не, не сме учили	58,80%	77,20%	68,00%

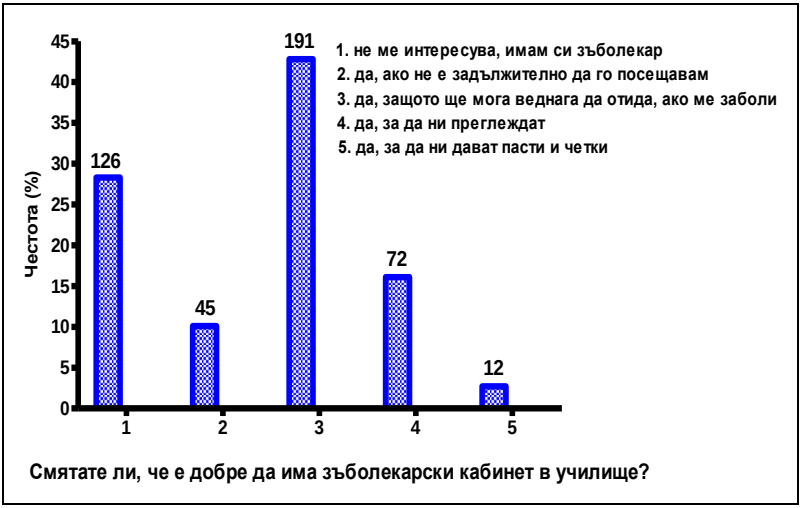
Логично е да се очаква по-големите ученици да знаят повече и това знание да е придобито именно в училище. Таблицата показва обратното, и то със статистическа значимост, което може да означава поне две неща: здравните знания са били много скоро въведени за малките класове и по-големите „са изпуснати", или обичайното „неглижиращо правилата" тийнейджърско поведение включва и игнориране на здравните знания от училище.

На **таблица 8** е показано, че наученото за оралното здраве в училище не се отразява на зъбния статус на учениците. Двете променливи са статистически значимо независими, p>0.05.

Таблица 8. Обучение в училище 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 ученици**	27	61	88
	% с кариеси	30.70%	69.30%	100.00%
4 и повече от 4 кариеса	**Брой ученици**	11	21	32
	% с кариеси	34.40%	65.60%	100.00%
Общо	**Брой**	38	82	120

2.5. Интерес към лечение и профилактика в училище



Фиг. 8. Мнение на учениците за възстановяване на дейността на денталните кабинети в училищата (въпрос №19)

Приблизително половината от учениците (42.80%) предпочитат да има ЛДМ в училище, защото ще могат да го посетят веднага когато имат болка. Три четвърти (74.20%) от учениците съобщават, че са имали случай да ги боли зъб.

Около 1/5 (16.10%) казват, че биха ходили в училищния кабинет само за преглед.

Малък процент ученици (10.10%) приемат да има ЛДМ в училище, но биха го посещавали само по свое желание.

Около една трета от анкетираните ученици (28.30%) съобщават, че не се интересуват, защото имат личен ЛДМ.

Таблица 9. Причини за първото 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

От **таблица 9** се вижда, че повече от учениците са посетили за пръв път ЛДМ за профилактичен преглед (23.00%) без да са имали оплаквания. Това може да се приеме като позитивен сигнал за подобрена здравна култура (въпрос №3).

От друга страна, установено е, че едва 1/5 от децата посещават редовно ЛДМ, а останалите нямат изграден стереотип за посещения или техните родители не предприемат необходимите стъпки (въпрос №4).

Разбира се, решението за търсене на дентална помощ за децата е в компетенцията на техните родители, но не трябва да се подценява ролята на лекарите по дентална медицина за разпространяване на информация и мотивиране на децата и подрастващите за търсене на дентална помощ в началото на болестния процес - предотвратяване на появата на кариес или прекъсване на процеса когато кариесът е още в начална фаза.

3.Резултати по трета задача

Да се изучи нивото на знания на родителите за денталното здраве, както и мнението им за възстановяване на дейността на училищните дентални кабинети.

3.1. Знания на родителите за денталното здраве на децата

Изследвано е нивото на знания на родителите относно причините за появата на кариес (въпрос №5), необходимостта от лечение на млечните зъби (въпрос №15) и някои факти, свързани с пробива на първия постоянен молар (въпрос № 4).

Анкетираните родители определят причините за поява на зъбния кариес както следва: 6,30% смятат, че това са „някои общи заболявания“, 58,60% определят микроорганизмите като основна причина за развитието на зъбен кариес, 36,50% посочват въглехидратите като фактор за развитие на кариеса, 84,20% определят за първопричина лошата хигиена (въпрос №5).

На въпроса „как да се предпазим от зъбен кариес” 37,60% от родителите отговарят, че за тази цел трябва да се подобри хигиената, 16,50% мислят, че периодичното ходене на преглед е с най–голямо значение, 42,70% определят намаляването на консумацията на захар като по-важна мярка за превенция и защита от добрата хигиена и редовните прегледи. Флуорът, като предпазно средство, остава на последно място с 3,20% (въпрос №6). Не трябва да се забравя, че около

приложението на флуора и флуорните препарати в продължение на десетилетия се водят спорове „за” и ”против”.

На въпроса „трябва ли да се лекуват млечните зъби” 66,20% отговарят „винаги”, 12,00% „само при болка”, 4,20% „ако периодът до пробив на постоянния зъб е достатъчно дълъг” и 17,10% смятат, че „няма смисъл да се лекуват”. Вижда се, че повечето родители смятат лекуването на млечните зъби за важно (въпрос №15).

Знанията на родителите относно първия постоянен молар, като се има предвид спецификата на проблема са твърде бегли. Въпреки това, над 56,00% от тях знаят, че той пробива зад последните млечни кътници и че той е постоянен зъб (35,00%)/ (въпрос №4).

Над ¾ (80,00%) от анкетираните родители определят лошата хигиена за първопричина за появата на зъбния кариес.

Резултатите показват също, че е висок процентът на родителите, които не контролират и подсещат децата си как и кога мият зъбите си (44.40%). Висок процент от родителите са започнали да мият зъбите на децата си в много ранна възраст - над 75.00% от децата са били учени от родителите сами да мият зъбите си още от 4 годишна възраст (въпрос №9).

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. 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.

Резултатите от **таблица 10** показват, че децата на родителите с висше образование не са с по-малко кариеси от децата на родителите със средно образование. Двете променливи са статистически значимо независими, p>0.05.

Таблица 10. 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	30.70%	69.30%	100.00%
4 и повече от 4 кариеса	**Брой**	11	21	32
	% от кариеси	34.40%	65.60%	100.00%
Общо	**Брой**	38	82	120

Таблица 11 показва връзката между СИС на родителите и броя установени кариеси при прегледаните 14 годишни ученици. Двете променливи са статистически значимо независими, p>0.05 Високият СИС на родителите не води до по-добро дентално здраве на децата им.

Таблица 11. Разпределение на променливите СИС на родителите 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	4.50%	85.20%	10.20%	100.00%
4 и повече от 4 кариеса	**Брой**	2	25	4	31
	% от кариеси	6.50%	80.60%	12.90%	100.00%
Общо	**Брой**	6	100	13	119

Потърсена бе връзка между социалния статус на родителите и използването на флуорни разтвори за жабурене от децата им. Двете променливи са статистически значимо независими, p>0.05 **Таблица 12** показва, че СИС на родителите не определя използването на разтвори, съдържащи флуор от техните деца. Високият социално-икономически статус на родителите не води до използването на повече различни средства за орална хигиена.

Таблица 12. Използване на разтвори за жабурене и СИС на родителите

Отговори на:	**Използвате ли разтвори за жабурене?**	
Социален статус на родителите	**Да**	**Не**
Нисък	1,40%	4,20%
Среден	17,70%	65,60%
Висок	3,70%	7,40%

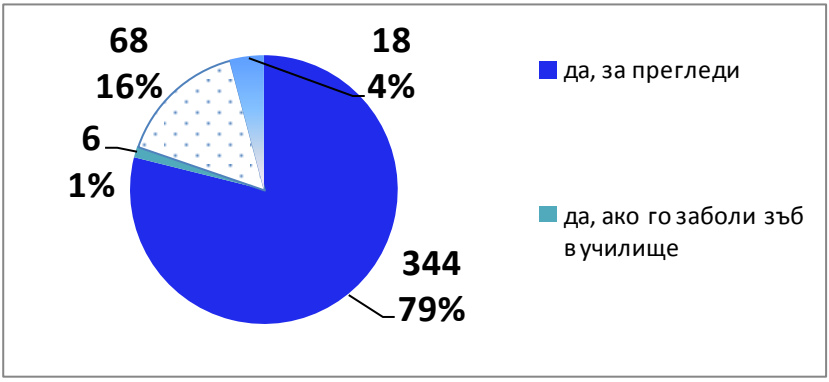
В таблица 13 се изследва връзката между СИС на родителите и ЛДМ като източник на информация за денталното здраве. Двете променливи са статистически значимо зависими, p<0,05. Вижда се, че 90,90% от родителите с висок СИС черпят информация от ЛДМ. Съответно 83,10% от родителите със среден СИС се информират от ЛДМ и 63,60% от родителите с нисък СИС също разчитат на ЛДМ.

Таблица 13. Социално-икономически статус и източници на информация

Информираност на родителите / Социално –икономически статус		Източник на информация		Общо
		От различни източници	От ЛДМ	
Нисък	**Брой отговорили**	8	14	22
	%	36,40%	63,60%	100,00%
Среден	**Брой отговорили**	60	294	354
	%	16,90%	83,10%	100,00%
Висок	**Брой отговорили**	4	40	44
	%	9,10%	90,90%	100,00%
Общо	**Брой отговорили**	72	348	420

Между двете променливи съществува статистически значима връзка, т.е. предположението, че високият СИС предполага информираност от специализирани източници е потвърдено**.**

3.2. Мнение на родителите за възстановяване дейността на училищните дентални кабинети



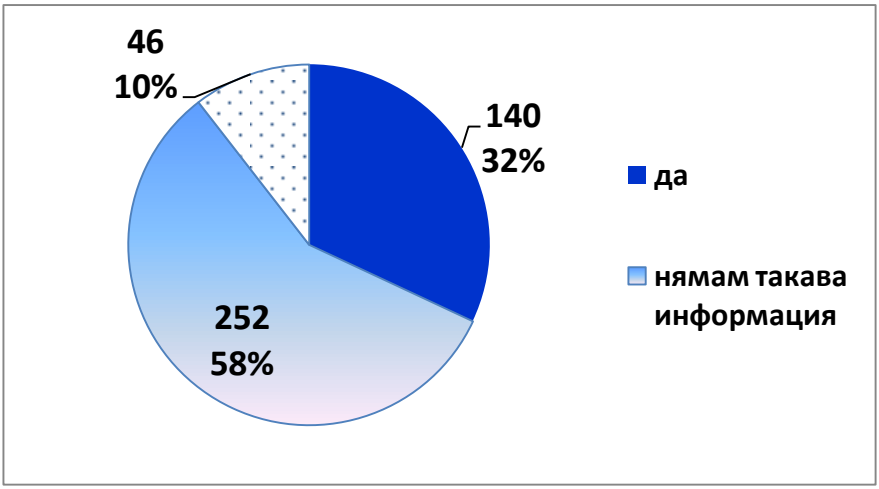
Фиг. 9. ***Мнение на родителите за съществуването на дентални кабинети в училище***

От представеното на Фиг. 9 се вижда, че повечето родители (78,90%) мислят, че ще е добре да има такъв кабинет и в него да се извършват прегледи на зъбите. Много малко от тях (1,40%) ще разчитат на кабинета за лечение, а 15,60% не се интересуват, защото има при кого да водят детето си и не биха го пуснали в училищния кабинет. От друга страна, твърде малко са тези, които смятат, че времето за осъществяване на профилактика и лечение в училище е отминало и не бива да има "връщане назад" (4,10%).

3.3. Какво са научили децата в училище за денталното здраве според техните родители?

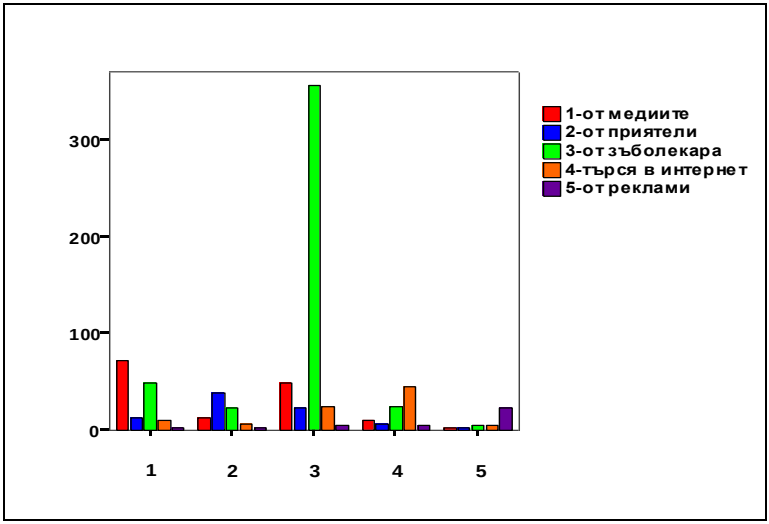
Анкетираните родители преценяват наученото за денталното здраве в училище както следва: 32.00% от анкетираните потвърждават,

че децата им имат нужната информация и знания от училище; 10,50% твърдят, че децата им не са научили нищо от училище по този въпрос, а 57,50% не са получили информация от децата си за това, т.е. не са се интересували. Процентът на родителите, които не се интересуват какво са научили децата им в училище по здравни теми е 58.00% (Фиг. 10).



Фиг.10. Мнение на родителите за наученото в училище

Разпределението на отговорите на въпроса „ Откъде черпите информация за денталното здраве?“ показва, че ЛДМ е най-честият източник (83.00%). Това е една положителна тенденция и показва, че родителите разчитат основно на личния контакт с ЛДМ и, че неговата компетентност е предпочитана пред другите „анонимни“ източници на информация. Тези резултати доказват, че ЛДМ може да има водеща роля и да се превърне в основен фактор за повишаване на техните здравни знания (Фиг. 11).



Фиг. 11. Източници на информация за родителите

4.Резултати по четвърта задача

Да се изучи мотивацията на учителите за сътрудничество в обществено базирани дентални програми и тяхното мнение за поддържане на училищни дентални кабинети.

4.1. Комуникацията на учителите с родители и ученици

Половината от учителите (49,20%) са разговаряли с родителите по въпрос, засягащ денталното здраве, когато се е налагало детето им да бъде освободено от час за лечение. Други 12,70% съобщават за такъв контакт при необходимост да се извинят отсъствия по повод посещение при ЛДМ. В 30,20% от случаите учителите са се интересували от отношението на родителите към проблемите на денталното здраве на техните деца (въпрос №6).

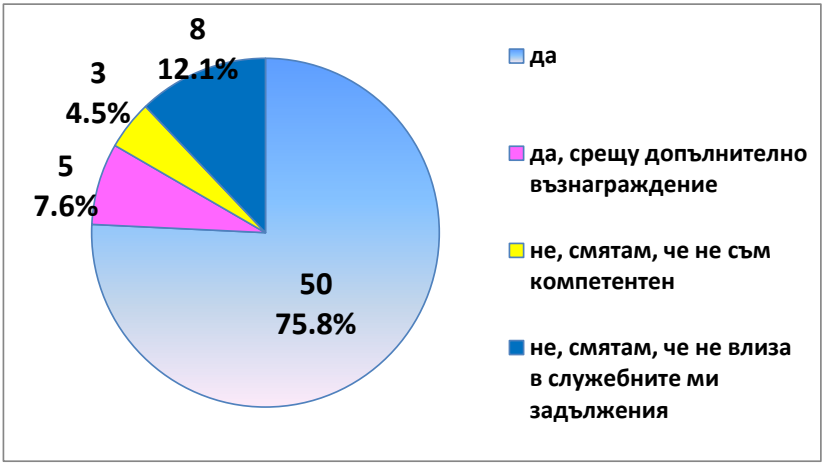
Повече от половината от анкетираните учители (56,30%) са се срещали с родителите при инцидент, свързан със зъбите на децата им; 39,30% са контактували с родителите по време на кампания; 59,10% от учителите смятат, че могат да помогнат при изграждане на доверие между ЛДМ и учениците; 10,60% мислят, че това е по-скоро работа на родителите, а 16,70% са категорични за основната роля на родителите. 30,2% от учителите искат да разберат какво е отношението на родителите по проблемите на денталното здраве на децата им.

4.2.Сътрудничество в обществени дентални програми

На въпроса по какъв повод разговарят с учениците за денталното здраве 55,00% от учителите отговарят, че това се е случвало в „часа на класа“, а за 13,30% от тях повод е била провеждана кампания.

Повече от половината от анкетираните учители (59,10%) мислят, че са способни с личните си познания и умения да повлияят на децата, с които работят да подобрят хигиенните си навици, 27,30% мислят, че ще справят, но с помощта на ръководството на училището и само 13,60% не искат да се занимават с това.

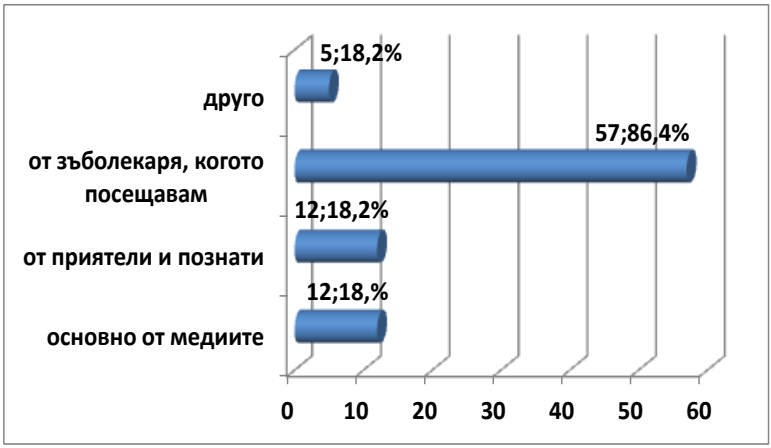
На Фиг. 12 се виждат, кои са основанията на учителите за участие в програми и мотивацията им за това. Три четвърти от учителите (75,80%) биха сътрудничили без други условия, 7,60% биха сътрудничили срещу допълнително заплащане. Причината за отказ е самооценката като некомпетентни (4,50%) или липсата на желание (12,10%).



Фиг. 12. Желание на учителите за съвместна работа в профилактични програми

Половината от учителите (50,00%) изразяват пълна готовност да сътрудничат за организирането на профилактични програми в тяхното училище. Другите 50,00% биха участвали, но със съдействието на ръководството на училището. Нито един от анкетираните не отказва сътрудничество за организационна дейност (въпрос №10).

Повече от половината (56,10%) от учителите смятат, че информацията за денталното здраве, която достига до тях от медиите в общественото пространство е недостатъчна, 33,30% споделят, че такава информация има, но „може и повече“ и само за 10,60% информацията е достатъчна (Фиг. 13).



Фиг. 13. Източници на информация за денталното здраве

Много висок процент учители желаят сътрудничество и се чувстват компетентни по въпросите на денталното здраве. Вижда се, че 90,00% от учителите поемат като самоинициатива действията, които ще предприемат за организация на час на класа или друга форма на обучение по орално 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.

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. Въвличането и на учителите в обучения по орално здраве е осъществим и устойчив подход.

Всичко това показва необходимостта от търсене на модели за подобряване на сътрудничеството между ЛДМ, родителите и учителите за по-добро дентално здраве на децата и подрастващите.

4.3. Мнение на учителите за поддържане на училищни дентални кабинети.

Много висок процент от тези, които казват, че няма кабинет в тяхното училище смятат, че би било полезно да има такъв кабинет (84,10%); 4,80% нямат мнение и 11,10% смятат, че няма нужда от такава дейност в училище.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С този дисертационен труд потърсихме отговори на основните въпроси, свързани с готовността и желанието на учители, родители и ЛДМ да работят заедно по проблемите на организацията на профилактиката и лечението на децата и учениците. Получените резултати потвърдиха, че за разрешаването на повечето от тях е необходима здравно просветна дейност, обучение на децата и учениците на приложими знания и умения за опазване на денталното здраве, като се прилагат всички форми за въздействие с близък контакт и продължителна и целенасочена комуникация. 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.

Количественият анализ, основан върху получените данни, предлага материал за разработване на алгоритъм за влиянието на социалните фактори от семейната и училищната среда върху приложимостта и ефективността на мерките и ефикасността на вложените ресурси. Това, от своя страна, би подпомогнало разработването на адекватни модели за установяване на сътрудничество, както вътре в семейството, така и между семейството, училището и лекарите по дентална медицина.

Получените резултати по задача 1 показват, че има още много да се работи за подобряване на комуникацията между лекарите по дентална медицина и учителите.

Все още значителна част от лекарите по дентална медицина нямат нагласа за профилактична работа с деца и недооценяват своята роля за подобряване на денталното здраве на децата. Повечето 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 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 приеме, че и за учениците в изучаваните училища е в сила твърдението, че в пубертета хигиената се влошава и когато липсва адекватна разяснителна работа и насочване, резултатите са влошен зъбен статус. 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 зъбната 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 стойности на DMFT и изброените по-горе възможни причини за влошаване на зъбния статус на учениците с увеличаване на възрастта, подкрепят тезата, че е необходимо прилагането 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.

На практика обучение по орално 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 база не са описани практически изисквания за обучение и методи на обучение по орално здраве в училищата.

Резултатите от изследването 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 разяснява повече на родителите причините за появата на зъбния кариес и начините за предпазване от него. Родителите също биха разчитали на ЛДМ, работещ 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.

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.

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.

СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Научни публикации

1.Грозданова Дж. Денталното здраве на учениците – резултат от пряко взаимодействие между родители, учители и лекари по дентална медицина. Здраве и наука; 2012:(8):21-26.

2.Грозданова Дж., Л. Катрова Ролята на училището и учителите за по-добро дентално здраве на децата и подрастващите. Медицински мениджмънт и здравна политика; 2014:(3)32-40.

3.Грозданова Дж., Ю. Илиева Мотивация и нагласи на лекарите по дентална медицина за работа с деца в училищна възраст. Здравна политика и мениджмънт; 2014:(1)9-14.

Участия в научни форуми

1.Грозданова Дж. Денталното здраве на учениците – резултат от пряко взаимодействие между родители, учители и лекари по дентална медицина. Научна сесия „20-та годишнина от основаването на Катедра „Обществено дентално здраве" във ФДМ – София". Май, 2012г. (доклад).

2.Грозданова Дж. Училището като институция и ролята на учителите за подобряване на оралното здраве на учениците. Юбилейната научна конференция "Обществено здравеопазване – традиции и перспективи" МУ – Варна. Май, 2014 г. (доклад).