



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Magistrsko delo
študijskega programa druge stopnje
PROMOCIJA ZDRAVJA

**MNENJA MEDICINSKIH SESTER,
ZOBOZDRAVNIKOV IN UČITELJEV O
USTNEM ZDRAVJU OTROK V GORENJSKI
REGIJI – OPISNA KVALITATIVNA
RAZISKAVA**

**ORAL HEALTH OF CHILDREN IN THE
GORENJSKA REGION OF SLOVENIA –
OPINIONS OF NURSES, DENTISTS, AND
TEACHERS: A DESCRIPTIVE QUALITATIVE
STUDY**

Mentorica: doc. dr. Saša Kadivec

Kandidatka: Barbara Zmerzlikar

Ljubljana, junij, 2026

ZAHVALA

»Najboljša dela ne nastanejo sama od sebe – začnejo se kot ideja posameznika, ki jo mentor prepozna kot potencial ter jo pomaga strokovno razviti in uresničiti.«

Mentorici doc. dr. Saši Kadivec se iskreno zahvaljujem za strokovno vodenje in predanost. Njena dostopnost, jasnost in zavezanost h kakovosti so bile ključne pri nastajanju tega magistrskega dela. Hvaležna sem za njeno neposrednost ter za to, da je v pravem trenutku znala biti hkrati izziv in zelo jasno vodilo.

Zahvaljujem se recenzentkama doc. dr. Jerneji Farkaš-Lainščak in izr. prof. dr. Sadini Kalender Smajlović za strokovne usmeritve in dragocene pripombe.

Iskreno se zahvaljujem vsem medicinskim sestram, učiteljicam in zobozdravnicam, ki so s svojo pripravljenostjo za sodelovanje pomembno prispevale k izvedbi fokusnih skupin, ge. Simoni Napotnik za vso pomoč pri izvedbi raziskave ter lektorici Ani Kovač, prof. slov. in angl.

Posebno zahvalo namenjam svoji družini, ki mi je ves čas stala ob strani, verjela vame ter me s podporo in spodbudami spremljala na poti do zaključka magistrskega dela.

POVZETEK

Izhodišča: Ustno zdravje predstavlja pomemben del splošnega zdravja ter kakovosti življenja otrok in mladostnikov. Šolsko okolje ima pri tem ključno vlogo pri oblikovanju zdravih vedenjskih navad.

Cilj: Namen magistrskega dela je raziskati razumevanje, izkušnje in pomen vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov pri medicinskih sestrah, učiteljih in šolskih zobozdravnikih v Gorenjski regiji.

Metoda: Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop. Podatke smo pridobili z delno strukturiranimi fokusnimi skupinami. V raziskavo je bilo vključenih 18 udeležencev iz treh strokovnih skupin: medicinske sestre oziroma izvajalci programa, učitelji razrednega pouka in zobozdravniki v šolskih ambulantah. Podatke smo analizirali z metodo kvalitativne vsebinske analize, ki je vključevala kodiranje, združevanje kod v kategorije in oblikovanje tem.

Rezultati: Identificirali smo 125 kod, 24 kategorij in 7 tem: pomen vzgoje za ustno zdravje, izkušnje z izvedbo in medpoklicnim sodelovanjem, izvajanje v šolah za otroke s posebnimi potrebami, ovire pri izvajanju, obravnava ustnega zdravja v drugih vsebinah, možnosti vključitve v učni načrt ter predlogi za razvoj programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Rezultati kažejo, da program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov prispeva k izboljšanju znanja, vedenja in odnosa otrok do ustnega zdravja. Kot ključni dejavniki uspešnosti so se izkazali praktično delo, ponavljanje in podajanje povratnih informacij, medtem ko so glavne ovire organizacijske, kadrovske in sistemske narave.

Razprava: Ugotovitve kažejo, da je vzgoja za ustno zdravje strokovno prepoznana kot pomembna, vendar njeno izvajanje ni enotno in je v veliki meri odvisno od organizacijskih pogojev. Rezultati potrjujejo potrebo po sistematični, kontinuirani in medpoklicno podprti vključitvi programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v šolski prostor ter po njegovi formalnejši umestitvi v vzgojno-izobraževalni sistem.

Ključne besede: ustno zdravje, zdravstvena vzgoja, osnovna šola, preventivni programi, otroci

SUMMARY

Background: Oral health represents an important component of overall health and quality of life in children and adolescents. The school environment plays a key role in the development of healthy habits and health-related behaviours.

Goals: The goal of this master's thesis was to explore the understanding, experiences, and perceived importance of oral health education for children and adolescents among nurses, teachers, and school dentists in the Gorenjska region of Slovenia.

Methods: A qualitative research design was employed. Data were collected through semi-structured focus groups. The study included 18 participants from three professional groups: nurses or programme implementers, primary school teachers, and dentists working in school dental clinics. The data were analysed using qualitative content analysis, which included coding, categorisation of codes, and theme development.

Results: A total of 125 codes, 24 categories, and seven themes were identified, relating to the importance and implementation of oral health education, interprofessional collaboration, barriers to implementation, curriculum integration, and programme development. The findings indicate that the programme contributes to improved knowledge, behaviour, and attitudes towards oral health among children. Practical activities, repetition, and feedback were identified as key factors for successful implementation, while the main barriers were organisational, staffing-related, and systemic.

Discussion: The findings indicate that oral health education is professionally recognised as important; however, its implementation is inconsistent and largely dependent on organisational conditions. The results confirm the need for a systematic, continuous, and interprofessionally supported integration of the oral health education programme for children and adolescents into the school setting, as well as for its more formal incorporation into the educational system.

Key words: oral health, health education, primary school, preventive programmes, children

KAZALO

1 UVOD	1
2 PREGLED LITERATURE	3
2.1 ZDRAVSTVENA VZGOJA OTROK IN MLADOSTNIKOV	3
2.2 VZGOJA ZA USTNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV	3
2.3 PROGRAMI VZGOJE ZA USTNO ZDRAVJE V ŠOLSKEM OKOLJU	4
2.4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI VZGOJI ZA USTNO ZDRAVJE	5
2.5 VLOGA UČITELJEV PRI VZGOJI ZA USTNO ZDRAVJE	6
2.6 VLOGA ŠOLSKIH ZOBOZDRAVNIKOV PRI VZGOJI ZA USTNO ZDRAVJE	6
2.7 MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ŠOLSKEM OKOLJU.....	7
2.8 OVIRE IN PRILOŽNOSTI PRI IZVAJANJU VZGOJE ZA USTNO ZDRAVJE...	7
3 RAZISKAVA	9
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	9
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	10
3.3 METODE RAZISKOVANJA	10
3.3.1 Načrt raziskave	10
3.3.2 Instrument raziskave.....	12
3.3.3 Udeleženci raziskave	13
3.3.4 Potek raziskave in soglasja	14
3.3.5 Obdelave podatkov	16
3.4 REZULTATI	17
3.4.1 Opisi izrečenega in oblikovanje kod	17
3.4.2 Razumevanje pomena vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov.....	18
3.4.3 Izkušnje z izvedbo ter sodelovanje med vpletenimi poklicnimi skupinami v okviru programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov	24
3.4.4 Izvajanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v šolah za otroke s posebnimi potrebami.....	29
3.4.5 Izzivi in ovire pri izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov	30
3.4.6 Obravnava teme ustnega zdravja v okviru drugih programov ali vsebin	37

3.4.7 Možnost vključitve programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v kurikulum osnovnih šol	39
3.4.8 Ideje in predlogi razvoja programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v prihodnosti	43
3.5 RAZPRAVA.....	45
4 ZAKLJUČEK	53
5 LITERATURA	55
6 PRILOGE	

SEZNAM KRAJŠAV

CKZ	Center za krepitev zdravja
COVID-19	koronavirusna bolezen 2019
EU	Evropska unija
GDPR	General Data Protection Regulation – Splošna uredba o varstvu podatkov
LDN	letni delovni načrt osnovnih šol
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
VUZOM	Vzgoja za ustno zdravje otrok in mladostnikov
WHO	World Health Organization
ZVC	zdravstvenovzgojni center

1 UVOD

Ustno zdravje predstavlja neločljiv in pomemben sestavni del splošnega zdravja posameznika ter pomembno vpliva na telesno, duševno in socialno dobrobit skozi celotno življenjsko obdobje. Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju WHO, 2022) ustno zdravje opredeljuje kot stanje, ki posamezniku omogoča normalno prehranjevanje, govor in socialno interakcijo ter odsotnost bolečin, nelagodja in bolezni v ustni votlini. Kljub napredku sodobne medicine bolezni ustne votline po ugotovitvah Peres, et al. (2020) še vedno sodijo med najpogostejše nenalezljive bolezni, kar predstavlja pomemben javnozdravstveni izziv.

Med najpogostejšimi boleznimi ustne votline pri otrocih in mladostnikih izstopa zobni karies, ki ga Peres, et al. (2020) opredeljujejo kot eno najpogostejših kroničnih bolezni v otroštvu. Posledice slabega ustnega zdravja ne vključujejo le bolečin in funkcionalnih težav, temveč pomembno vplivajo tudi na kakovost življenja, samopodobo in socialno vključevanje otrok. Težave pri prehranjevanju, motnje govora, estetske spremembe ter kronične bolečine lahko vodijo v slabšo samopodobo, socialno izključenost in celo slabšo šolsko uspešnost. WHO (2022) opozarja tudi na širše psihosocialne posledice slabega ustnega zdravja ter poudarja, da imajo nezdravljene bolezni ustne votline lahko dolgoročne posledice, ki se prenašajo tudi v odraslo dobo in povečujejo tveganje za razvoj drugih kroničnih bolezni.

Razvojno obdobje otroštva in mladostništva ima pri oblikovanju zdravstvenih navad ključno vlogo, saj Peres, et al. (2020) ugotavljajo, da se vedenjski vzorci, povezani z ustno higieno in prehrano, oblikujejo že zelo zgodaj in se pogosto ohranijo tudi v odraslosti. Hkrati Nasser, et al. (2021) opozarjajo, da zgolj informiranje ni dovolj, temveč morajo biti intervencije ponavljajoče, praktično usmerjene in vključene v vsakdanje okolje otroka.

Šolsko okolje ima pri tem posebno vlogo, saj WHO (2021) poudarja, da šole omogočajo sistematično izvajanje zdravstvene vzgoje in doseganje široke populacije otrok, hkrati pa opozarja, da številni programi ostajajo organizacijsko in finančno omejeni. V Sloveniji

Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ, 2023) ugotavlja, da ima ob vstopu v osnovno šolo zdrave zobe le približno tretjina otrok, kar dodatno potrjuje potrebo po učinkovitejših preventivnih pristopih.

Šolska medicinska sestra ima v procesu promocije zdravja posebno in edinstveno vlogo, saj WHO (2021) poudarja, da deluje na presečišču zdravstvenega in vzgojno-izobraževalnega sistema ter predstavlja pomemben povezovalni člen med obema področjema. Maida, et al. (2022) ugotavljajo, da lahko s svojim strokovnim znanjem, neposrednim stikom z otroki, mladostniki in njihovimi starši ter dobrim poznavanjem šolskega okolja pomembno prispeva k načrtovanju, izvajanju in vrednotenju preventivnih aktivnosti, tudi na področju ustnega zdravja.

WHO (2021) dodatno poudarja, da so šolske zdravstvene službe ključne za celostno obravnavo zdravja otrok, saj omogočajo zgodnje prepoznavanje tveganj in izvajanje preventivnih ukrepov v vsakodnevnem šolskem okolju. Kljub temu Maida, et al. (2022) opozarjajo, da vloga šolskih medicinskih sester pogosto ni enotno sistemsko opredeljena, kar se odraža v neenotni implementaciji preventivnih programov ter pomanjkanju raziskav na specifičnih področjih, kot je ustno zdravje otrok in mladostnikov.

Namen magistrskega dela je raziskati razumevanje, izkušnje in pomen vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov pri medicinskih sestrah, učiteljih in šolskih zobozdravnikih v Gorenjski regiji.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 ZDRAVSTVENA VZGOJA OTROK IN MLADOSTNIKOV

Zdravstvena vzgoja predstavlja pomemben del promocije zdravja, saj vpliva na oblikovanje znanja, stališč in vedenjskih vzorcev. WHO (2021) poudarja, da šolsko okolje omogoča sistematičen dostop do otrok in povezovanje zdravstvenih ter izobraževalnih ciljev, vendar formalna prisotnost programov sama po sebi ne zagotavlja njihove učinkovitosti. Peres, et al. (2020) opozarjajo na pomen zgodnjih izkušenj pri oblikovanju dejavnikov tveganja za kronične bolezni, Nasser, et al. (2021) pa poudarjajo pomen ponavljanja, podpornega okolja in aktivnega vključevanja otrok pri spreminjanju vedenja.

Sodobni pristopi zdravstveno vzgojo povezujejo z zdravstveno pismenostjo, ki jo WHO (2021) opredeljuje kot sposobnost razumevanja in uporabe zdravstvenih informacij. Bröder, et al. (2021) poudarjajo razvoj širših kompetenc, Dadaczynski, et al. (2020) pomen vključevanja zdravstvenih vsebin v kurikulum, Maida, et al. (2022) pa opozarjajo, da je zdravje v praksi še vedno pogosto obravnavano kot dodatna dejavnost.

Bröder, et al. (2021) poudarjajo vpliv zdravstvene pismenosti staršev na zdravstvene odločitve družine, Vann, et al. (2010) pa nižjo zdravstveno pismenost povezujejo s slabšimi navadami ustne higijene, večjim tveganjem za karies in slabšim ustnim zdravjem otrok. Učinkovitost zdravstvene vzgoje je zato odvisna predvsem od načina izvajanja, kontinuitete in medpoklicnega sodelovanja.

2.2 VZGOJA ZA USTNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV

Vzgoja za ustno zdravje predstavlja pomemben del zdravstvene vzgoje in je povezana s splošnim zdravjem ter kakovostjo življenja. WHO (2022) opozarja na visoko razširjenost bolezni ustne votline, Peres, et al. (2020) pa jih uvrščajo med najpogostejše nenalezljive bolezni ter poudarjajo vpliv socialnih neenakosti. Nasser, et al. (2021) izpostavljajo pomen dolgoročnosti, ponavljanja in umeščenosti preventivnih programov v vsakdanje

okolje otrok, Atif, et al. (2024) pa pomen aktivnega in praktičnega vključevanja otrok. Peres, et al. (2022) in WHO (2022) poudarjajo tudi vpliv socialno-ekonomskih dejavnikov na dostop do preventive, pri čemer šolsko okolje predstavlja pomembno priložnost za zmanjševanje neenakosti.

V Sloveniji je vzgoja za ustno zdravje vključena v preventivne programe, kar NIJZ (2023) prepozna kot pomembno prednost, vendar Bramantoro, et al. (2021) opozarjajo, da formalna umeščenost še ne zagotavlja enotne in učinkovite izvedbe. Pomemben primer sistematične preventive predstavlja program Tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani, ki od leta 1979 povezuje šolsko okolje, preventivno delovanje ter sodelovanje zdravstvenih in pedagoških strokovnjakov, njegova uspešnost pa se kaže tudi v širjenju programa v Estonijo in na Hrvaško.

Peres, et al. (2020) in Watt, et al. (2020) poudarjajo, da vzgoja za ustno zdravje zahteva interdisciplinarni pristop, Bramantoro, et al. (2021) in Maida, et al. (2022) pa opozarjajo na razkorak med teoretičnimi izhodišči in prakso. Ranfl, et al. (2015) pri tem izpostavljajo pomen zgodnje preventive, praktičnih aktivnosti, ponavljanja in aktivnega vključevanja otrok pri razvijanju odgovornosti za lastno zdravje.

2.3 PROGRAMI VZGOJE ZA USTNO ZDRAVJE V ŠOLSKEM OKOLJU

V Sloveniji se program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov izvaja v okviru preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladine ter vključuje zdravstvenovzgojno delo, preventivne zobozdravstvene preglede, prikaze ustne higiene in spodbujanje zdravih navad. NIJZ (2023) poudarja, da je njegov namen zmanjševanje bolezni ustne votline, zgodnje prepoznavanje tveganj ter krepitev skrbi za ustno zdravje otrok in mladostnikov.

Program temelji na sodelovanju medicinskih sester, zobozdravnikov, učiteljev in drugih strokovnjakov. Markočič-Tadič, et al. (2016) poudarjajo pomen kontinuiranega dela, praktičnih prikazov in medpoklicnega sodelovanja, Bramantoro, et al. (2021) pa ugotavljajo, da šolski preventivni programi izboljšujejo ustno higieno, zmanjšujejo karies ter povečujejo ozaveščenost o pomenu ustnega zdravja.

WHO (2021) opozarja na razkorak med priporočili in izvedbo programov v praksi, Nasser, et al. (2021) pa poudarjajo, da je učinkovitost programov odvisna predvsem od načina izvajanja. Aljafari, et al. (2021) izpostavljajo pomen vključevanja kliničnih elementov in sodelovanja različnih strokovnjakov, Atif, et al. (2024) pa kombinacijo izobraževanja, praktičnega dela, ponavljanja in vključevanja staršev. Bramantoro, et al. (2021) poudarjajo tudi večjo učinkovitost večkomponentnih pristopov, ki pa zahtevajo več organizacijskih virov.

NIJZ (2023) poudarja pomen organizacijskega okvira programa, medtem ko Bramantoro, et al. (2021), Atif, et al. (2024) in WHO (2022) opozarjajo, da so kakovost, enotnost in učinkovitost izvajanja v praksi še vedno odvisne predvsem od ustrezne implementacije, medsektorskega sodelovanja ter organizacijskih in kadrovskih pogojev.

2.4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI VZGOJI ZA USTNO ZDRAVJE

Medicinske sestre imajo v šolskem okolju pomembno vlogo pri promociji ustnega zdravja, saj izvajajo zdravstveno vzgojo ter povezujejo otroka, družino, šolo in zdravstveni sistem. WHO (2021) poudarja pomen šolskih zdravstvenih služb pri preventivnih dejavnostih, hkrati pa opozarja na organizacijske omejitve njihovega dela.

Maida, et al. (2022) izpostavljajo njihov prispevek k zdravstveni vzgoji, zgodnjemu prepoznavanju težav in svetovanju, Nasser, et al. (2021) ter Bramantoro, et al. (2021) pa poudarjajo pomen kontinuiranega spremljanja otrok in ponavljanja vsebin za doseganje trajnejših vedenjskih sprememb.

Maida, et al. (2022) in Bröder, et al. (2021) medpoklicno sodelovanje opredeljujejo kot pomemben pogoj za razvoj zdravstvene pismenosti, Atif, et al. (2024) in Bramantoro, et al. (2021) pa izpostavljajo učinkovitost praktičnega dela, ponavljanja in večkomponentnih pristopov. Kljub temu Akera, et al. (2023) in Maida, et al. (2022) opozarjajo, da delo medicinskih sester pogosto omejujejo pomanjkanje časa, virov, usposabljanja in organizacijske podpore.

2.5 VLOGA UČITELJEV PRI VZGOJI ZA USTNO ZDRAVJE

Učitelji imajo pomembno podporno vlogo pri vzgoji za ustno zdravje, saj WHO (2021) poudarja njihov prispevek k utrjevanju zdravstvenih navad, hkrati pa opozarja na pomanjkanje specifičnega usposabljanja. Chen, et al. (2023) ugotavljajo, da učitelji pomen ustnega zdravja prepoznavajo, vendar odgovornost pogosto pripisujejo zdravstvenim strokovnjakom, Nasser, et al. (2021) pa poudarjajo pomen ponavljanja in kontinuirane podpore, ki jo učitelji omogočajo zaradi vsakodnevne prisotnosti.

Njihovo učinkovitost pogosto omejujejo pomanjkanje časa, gradiv in strokovnega znanja. Ahonen, et al. (2023b) in Maida, et al. (2022) poudarjajo pomen medpoklicnega sodelovanja, dodatne strokovne podpore in vključevanja vsebin ustnega zdravja v obstoječe učne predmete. Ahonen, et al. (2023b) opozarjajo, da sodelovanje pogosto ni sistematično organizirano, Chen, et al. (2023) in Ahonen, et al. (2023b) pa učinkovitost učiteljev povezujejo predvsem z ustreznim usposabljanjem, organizacijsko podporo in interdisciplinarnim sodelovanjem.

2.6 VLOGA ŠOLSKIH ZOBOZDRAVNIKOV PRI VZGOJI ZA USTNO ZDRAVJE

Šolski zobozdravniki imajo pomembno vlogo pri vzgoji za ustno zdravje, saj povezujejo klinično znanje, zgodnje prepoznavanje tveganj in preventivno delovanje. WHO (2022) poudarja, da so bolezni ustne votline večinoma preprečljive, vendar so sistemi še vedno pogosto usmerjeni predvsem v zdravljenje. Aljafari, et al. (2021) in Bramantoro, et al. (2021) ugotavljajo, da so učinkovitejši programi, ki poleg izobraževanja vključujejo tudi klinične elemente in kontinuirano spremljanje otrok. Atif, et al. (2024) dodatno poudarjajo pomen vključevanja zobozdravnikov v izobraževanje, podporo in spremljanje otrok, ne le v diagnostične dejavnosti.

Kljub pomembni vlogi Bramantoro, et al. (2021) in Akera, et al. (2023) opozarjajo, da je sodelovanje zobozdravnikov v praksi pogosto omejeno zaradi organizacijskih dejavnikov

in nesistematičnega medpoklicnega povezovanja. WHO (2022) zato poudarja pomen interdisciplinarnega pristopa in sistemske podpore. Učinkovitost zobozdravnikov pri izvajanju preventivnih programov je tako v veliki meri odvisna od strukturiranega sodelovanja, jasne organizacije in ustreznih pogojev dela.

2.7 MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ŠOLSKEM OKOLJU

Medpoklicno sodelovanje predstavlja pomemben del sodobne promocije zdravja v šolskem prostoru. WHO (2021), Maida, et al. (2022) in Ahonen, et al. (2023b) poudarjajo, da vzgoja za ustno zdravje zahteva sodelovanje različnih strokovnjakov, Chen, et al. (2023), Maida, et al. (2022) in Atif, et al. (2024) pa izpostavljajo komplementarnost vlog učiteljev, medicinskih sester in zobozdravnikov.

Bramantoro, et al. (2021), Nasser, et al. (2021) in Atif, et al. (2024) ugotavljajo, da so najučinkovitejši večkomponentni programi, ki vključujejo različne deležnike in širše socialno okolje, medtem ko Akera, et al. (2023) in Ahonen, et al. (2023b) opozarjajo na nejasno organizacijo sodelovanja in možnost podvajanja nalog.

Pomembno vlogo imajo tudi starši, medicinske sestre pa pri tem delujejo kot povezovalni člen med šolo in družino. Po ugotovitvah Ahonen, et al. (2023a), Maida, et al. (2022) in Bramantoro, et al. (2021) je učinkovitost medpoklicnega sodelovanja pri vzgoji za ustno zdravje v veliki meri odvisna od jasno opredeljenih vlog, strukturirane komunikacije ter ustrezne sistemske podpore, podobno pa poudarja tudi WHO (2022).

2.8 OVIRE IN PRILOŽNOSTI PRI IZVAJANJU VZGOJE ZA USTNO ZDRAVJE

Izvajanje vzgoje za ustno zdravje v šolskem okolju je odvisno predvsem od organizacijskih, strokovnih in sistemskih pogojev. WHO (2021; 2022) poudarja, da so preventivni programi pogosto podfinancirani, neenakomerno dostopni in še vedno manj prednostno obravnavani kot kurativni pristopi.

Akera, et al. (2023) in Chen, et al. (2023) ugotavljajo, da glavne ovire predstavljajo pomanjkanje časa, financiranja, usposabljanja in jasnih organizacijskih usmeritev. Bramantoro, et al. (2021) opozarjajo na razkorak med formalno prisotnostjo programov in njihovo dejansko kakovostjo, pri čemer so učinkovitejši večkomponentni in kontinuirani pristopi, ki vključujejo različne deležnike.

Atif, et al. (2024) in Nasser, et al. (2021) poudarjajo, da celostni programi zahtevajo več virov in koordinacije, Ahonen, et al. (2023b) pomen sistematičnega medpoklicnega sodelovanja, Bramantoro, et al. (2021) vključevanje staršev, WHO (2022) pa sistemsko podporo in stabilno organizacijo. Akera, et al. (2023) in Maida, et al. (2022) kljub omejitvam ugotavljajo, da strokovnjaki razvijajo prilagoditvene strategije, kar kaže, da so ovire predvsem sistemske in ob ustrezni podpori premagljive.

Ahonen, et al. (2023b) in Bramantoro, et al. (2021) poudarjajo, da so programi učinkovitejši v okoljih z jasno opredeljenimi vlogami, interdisciplinarnim sodelovanjem ter kontinuirano podporo vodstva in zdravstvenega sistema.

3 RAZISKAVA

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je raziskati razumevanje, izkušnje in pomen vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov pri medicinskih sestrah, učiteljih in šolskih zobozdravnikih v Gorenjski regiji. Želimo ugotoviti, s katerimi ovirami se soočajo medicinske sestre, učitelji in šolski zobozdravniki. Zanimali nas bodo dostopnost, negativne in pozitivne izkušnje medicinskih sester, učiteljev in šolskih zobozdravnikov ter odnos do izvajanja vzgoje za ustno zdravje v šolskem okolju.

Raziskava je usmerjena v proučevanje dejavnikov, ki vplivajo na izvajanje in učinkovitost vzgoje za ustno zdravje v šolskem okolju, ter v prepoznavanje ovir in spodbud za medpoklicno sodelovanje med omenjenimi strokovnimi skupinami. Poseben poudarek je namenjen razumevanju vloge posameznih strok ter njihovemu medsebojnemu sodelovanju pri načrtovanju in izvajanju preventivnih dejavnosti.

Na osnovi opredeljenega namena so bili oblikovani naslednji cilji raziskave:

C1: Razumeti pomen različnih perspektiv o vzgoji za ustno zdravje otrok in mladostnikov med medicinskimi sestrami, učitelji in šolskimi zobozdravniki na Gorenjskem.

C2: Odkriti izkušnje medicinskih sester, učiteljev in šolskih zobozdravnikov pri načrtovanju in izvajanju vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v osnovnih šolah na Gorenjskem.

C3: Prepoznati najpogostejše ovire in dejavnike, ki jih zaznavajo medicinske sestre, učitelji in šolski zobozdravniki pri izvajanju vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v osnovnih šolah na Gorenjskem.

C4: Ugotoviti priložnosti za širše vključevanje preventivnega programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v kurikulum osnovnih šol.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Za proučevanje dejavnikov, ki vplivajo na izvajanje in učinkovitost vzgoje za ustno zdravje v šolskem okolju, ter prepoznavanje ovir in spodbud za medpoklicno sodelovanje med omenjenimi strokovnimi skupinami smo si na osnovi opredeljenih ciljev zastavili štiri raziskovalna vprašanja:

RV1: Kako medicinske sestre, učitelji in šolski zobozdravniki razumejo pomen vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov?

RV2: Kakšne izkušnje imajo medicinske sestre, učitelji in šolski zobozdravniki pri načrtovanju in izvajanju vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v osnovnih šolah na Gorenjskem?

RV3: Katere ovire in kateri dejavniki vplivajo na izvajanje vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v osnovnih šolah na Gorenjskem?

RV4: Katere priložnosti medicinske sestre, učitelji in šolski zobozdravniki prepoznavajo za širšo vključitev vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v kurikulum osnovnih šol?

3.3 METODE RAZISKOVANJA

3.3.1 Načrt raziskave

Uporabili smo opisno kvalitativno metodo. Podatke smo pridobili s polstrukturiranimi skupinskimi intervjuji v obliki fokusnih skupin, ki omogočajo poglobljeno razumevanje izkušenj, stališč in pogledov sodelujočih ter hkrati spodbujajo interakcijo med udeleženci. Takšen način zbiranja podatkov omogoča vpogled v razumevanje raziskovanega problema v realnem okolju ter primerjavo različnih strokovnih perspektiv.

Ker je o raziskovalnem problemu v našem okolju na voljo malo podatkov, sta bila pomembna njegovo opisovanje ter prepoznavanje značilnosti v izbrani populaciji. Streubert in Carpenter (2011) zato za raziskovanje manj raziskanih področij priporočata uporabo eksplorativnega kvalitativnega raziskovalnega načrta. Intervju predstavlja namensko obliko komunikacije, usmerjeno v pridobivanje določenih informacij, in se po svoji strukturi razlikuje od vsakodnevnega pogovora (Pyo, et al., 2023). Polstrukturirana oblika intervjuja je omogočila usmerjeno razpravo ob hkratni prilagodljivosti vprašanj in poglobljanju odgovorov sodelujočih.

Dokaze in druge informacije o raziskovalnem problemu smo pridobili s pomočjo domačih in tujih strokovnih ter znanstvenih literarnih virov, ki smo jih iskali v podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, Wiley Online Library in PubMed ter dodatno v iskalniku Google Učenjak in vzajemni bibliografsko-kataložni bazi Virtualne knjižnice Slovenije (COBIB.SI).

Iskanje literature je potekalo v obdobju od decembra 2025 do aprila 2026, pri čemer smo zaradi zagotavljanja aktualnosti vključili predvsem vire, objavljene v zadnjih petih letih. Pri iskanju smo uporabili kombinacije ključnih besed v slovenskem in angleškem jeziku, kot so: »ustno zdravje otrok«, »zdravstvena vzgoja v osnovni šoli«, »preventivni programi v zobozdravstvu«, »oral health«, »children«, »school-based health education«, »oral health promotion«, »school programs«, »preventive dentistry« in »interprofessional collaboration«.

Ključne besede smo med seboj povezovali z Boolovimi operatorji AND in OR, pri čemer smo uporabljali iskalne nize, kot so: (oral health AND children AND school), (oral health promotion AND school-based programs), (preventive dentistry AND children AND education), (interprofessional collaboration AND school health).

Vključitveni kriteriji so zajemali znanstvene in strokovne članke, sistematične preglede, pregledne članke ter relevantne institucionalne dokumente, ki obravnavajo vzgojo za ustno zdravje otrok in mladostnikov, šolske preventivne programe ter medpoklicno sodelovanje. Vključeni so bili viri v slovenskem ali angleškem jeziku, dostopni v

celotnem besedilu. Zavrnitveni kriteriji so vključevali vire, starejše od petih let (razen temeljnih teoretičnih del), članke brez dostopa do celotnega besedila, nerecenzirane vire, vsebine, ki niso neposredno povezane z obravnavano tematiko, ter raziskave, ki se niso nanašale na populacijo otrok in mladostnikov ali na šolsko okolje.

3.3.2 Instrument raziskave

Vodič za fokusne skupine je bil delno strukturiran in je temeljil na raziskovalnih ciljih ter teoretičnih izhodiščih, ki izhajajo iz koncepta zdravstvene pismenosti in modela šol kot okolij za promocijo zdravja, kot ga opredeljuje WHO (2021), ter sodobnih pristopov k preventivnemu ustnemu zdravju in medpoklicnemu sodelovanju, kot jih opisujejo Bröder, et al. (2021) in Bramantoro, et al. (2021). Takšna teoretična izhodišča so omogočila oblikovanje vprašanj, usmerjenih v raziskovanje pomenov, izkušenj ter zaznanih ovir in priložnosti pri vzgoji za ustno zdravje v osnovni šoli. Vodič je zajemal 13 glavnih odprtih vprašanj, ki so bila reflektivna in namenjena raziskovanju pomenov, izkušenj ter prepoznanih ovir in priložnosti pri vzgoji za ustno zdravje v osnovni šoli:

- (1) Kako v vaši stroki razumete pomen vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter kakšno vlogo ji pripisujete v šolskem prostoru?
- (2) Kako po vašem mnenju vzgoja za ustno zdravje vpliva na otroke in kakšne bi bile posledice, če tak program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ne bi obstajal?
- (3) Kako so preventivne vsebine ustnega zdravja vključene v vaše delo in katere izkušnje pri tem izstopajo kot najpomembnejše?
- (4) Kako poteka izvajanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v praksi in katere razlike ali posebnosti opazate?
- (5) Katere vzgojno-preventivne metode ali pristopi se v vašem okolju izkažejo kot najučinkovitejši pri spodbujanju ustnega zdravja pri učencih?
- (6) Kakšna je vloga ponavljanja, praktičnega dela in povratnih informacij pri učenju ustne higiene?
- (7) Kakšne učinke programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov opazate pri otrocih (npr. znanje, vedenje, ustna higiena, odnos do zdravja)?

- (8) Kako se ti učinki kažejo čez čas ali v vaši praksi?
- (9) Katere ključne ovire zaznavate pri izvajanju vzgoje za ustno zdravje v osnovni šoli?
- (10) S katerimi najpogostejšimi izzivi se srečujete pri načrtovanju ali izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov?
- (11) Kateri podporni dejavniki ali okoliščine po vašem mnenju omogočajo učinkovitejše izvajanje preventivnih dejavnosti?
- (12) Kako poteka sodelovanje med vašo stroko in drugimi strokovnimi skupinami ter kateri elementi ga najbolj podpirajo ali omejujejo?
- (13) Katere priložnosti vidite za izboljšanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov in za njegovo učinkovitejšo vključitev v šolski kurikulum?

3.3.3 Udeleženci raziskave

Zaradi specifičnosti ciljne skupine smo uporabili namensko vzorčenje (angl. convenience sampling) (Bowling, 1997, p. 395). V raziskavo smo ustno povabili tri strokovne skupine, s katerimi poteka medpoklicno sodelovanje na področju vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov: medicinske sestre oziroma izvajalce programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter zobozdravnike v šolskih ambulantah, zaposlene v Osnovnem zdravstvu Gorenjske, ter učitelje razrednega pouka iz različnih gorenjskih osnovnih šol.

Fokusne skupine so bile oblikovane kot triangulacija virov podatkov, saj so v vsaki sodelovali predstavniki treh poklicnih skupin: medicinske sestre oziroma izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje, učitelji razrednega pouka in zobozdravniki v šolskih ambulantah. Triangulacija prispeva k večji verodostojnosti in poglobljenosti podatkov, saj omogoča neposredno primerjanje različnih strokovnih perspektiv (Streubert & Carpenter, 2011). Število izvedenih skupin je bilo prilagojeno načelu tematske zasičenosti.

Oblikovane so bile fokusne skupine s šestimi udeleženci, ki imajo več kot pet let delovne dobe in neposredne izkušnje pri vzgoji za ustno zdravje otrok in mladostnikov v šolskem okolju (po dva predstavnika iz vsake poklicne skupine). Medicinske sestre oziroma

izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so bili izbrani na osnovi izkušenj s preventivnimi dejavnostmi na področju ustnega zdravja v vzgojno-izobraževalnem okolju. Učitelji razrednega pouka so bili izbrani glede na izkušnje izvajanja vsebin, povezanih z ustnim zdravjem, v okviru pouka ali drugih šolskih aktivnosti. Zobozdravniki v šolskih ambulantah so bili izbrani na osnovi izkušenj s programom vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter sodelovanja s šolami.

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Fokusne skupine smo izvajali po odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomska in podiplomska zaključna dela ter po prejetih soglasjih za raziskavo vodstva Osnovnega zdravstva Gorenjske in vseh sodelujočih osnovnih šol. Pisna soglasja vseh sodelujočih zavodov so shranjena pri raziskovalki. Pri izvajanju raziskave in pisanju magistrskega dela smo upoštevali Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2024) ter Helsinško deklaracijo Svetovnega zdravniškega združenja (World Medical Association, 2024).

Udeleženci so bili predhodno seznanjeni z namenom in potekom raziskave, zagotovljena pa sta jim bila anonimnost in varstvo osebnih podatkov. Sodelovanje je bilo prostovoljno, na osnovi pisnega soglasja. Za zagotavljanje kakovosti raziskave smo uporabili več mednarodno priznanih postopkov, ki jih kot ključne strategije za zagotavljanje verodostojnosti kvalitativnega raziskovanja opredeljujejo Nowell, et al. (2017) ter Braun in Clarke (2021):

- preverjanje pri udeležencih (angl. member checking), ki omogoča potrditev pravilnosti interpretacij,
- triangulacija virov, ki vključuje različne skupine udeležencev (medicinske sestre, učitelje in zobozdravnike),
- reflektivni zapiski, ki omogočajo sprotne beleženje dinamike skupine in vpliva raziskovalca,
- revizijska sled (angl. audit trail), ki zagotavlja transparentnost vseh faz raziskave,

- debriefing moderatorjev, ki omogoča primerjavo opažanj in dodatno refleksijo po vsakem srečanju, kot poudarjajo Nowell, et al. (2017), ki izpostavljajo pomen sistematičnega dokumentiranja in refleksije v kvalitativnih raziskavah.

Ti postopki so okrepili kredibilnost, odvisnost, potrdljivost in prenosljivost rezultatov (Mesec, 2023).

Sledili smo cilju, da bi se udeleženci počutili varne. Fokusne skupine smo izvedli januarja in februarja 2026 v popoldanskem času. Potekale so v prostorih Zdravstvenega doma Kranj, v sejni sobi Centra za krepitev zdravja. Časovno fokusnih skupin nismo omejevali. Povprečna dolžina ene fokusne skupine je bila 1,5 ure. Pisne privolitve v raziskavo so shranjene pri raziskovalki. Mason (2010) ugotavlja, da se smernice o potrebni velikosti vzorca med avtorji razlikujejo, obenem pa dodaja, da mora večina kvalitativnih raziskav slediti konceptu nasičenosti izrečenega. Zasičenost podatkov v naši raziskavi smo dosegli po tretji fokusni skupini.

Vsem sodelujočim smo predhodno predstavili namen raziskave, način njene izvedbe in možnost odstopa od sodelovanja. Nato smo jim predstavili privolitev v raziskavo, ki jo je podpisalo vseh 18 udeležencev s svojim imenom in priimkom. Udeleženci so bili obveščeni o anonimnosti obdelave podatkov in prostovoljnosti sodelovanja.

Privolitev je vsebovala tudi soglasje, da se strinjajo s snemanjem povedanega. Nihče od udeležencev snemanja ni zavrnil. Udeleženci so imeli možnost postavljanja vprašanj o raziskavi pred izvedbo fokusne skupine in tudi po njej. Vse fokusne skupine so bile s pisnim privoljenjem udeležencev zvočno posnete in kasneje dobesedno prepisane. Ko se je snemanje začelo, smo udeležence na to opozorili. Po končanem prepisu so bili vsi posneti pogovori izbrisani. Zaradi varovanja osebnih podatkov in ohranjanja anonimnosti udeležencev smo iz besedila odstranili lastna imena ter druge podatke, ki bi lahko kakor koli razkrili identiteto udeležencev.

3.3.5 Obdelave podatkov

Zvočne posnetke vseh treh fokusnih skupin smo dobesedno prepisali. Analizirane fokusne skupine v pisni obliki so zajemale 57.297 besed oziroma 316.381 znakov s presledki. Po prepisu je bil izveden začetni pregled gradiva za razumevanje konteksta in izkušenj udeležencev. Besedilo smo večkrat prebrali in izbrisali vse navedbe, ki bi lahko ogrozile anonimnost vključenih, kot so za posameznikov govor značilna mašila ipd.

Uporabili smo tematsko analizo besedila, pri kateri gre za proces analize podatkov v skladu s podobnostmi, povezavami in razlikami med podatki (Gibson & Brown, 2009). Pri obdelavi podatkov smo sledili pristopu tematske analize besedila po avtorjih Gomm (2008) ter Green in Thorogood (2004). Pri tem pristopu obdelave raziskovalec išče skupne vsebine v celotnem naboru podatkov in teme oblikuje na osnovi primerjav ter nasprotij v povedanem udeležencev. Raziskovalec se odloči, kaj bo štelo kot dokaz za oblikovanje tem. Pri tem je potrebna reflektivna drža raziskovalca (Skela-Savič, 2017).

Obdelava podatkov je potekala v več korakih:

- kodiranje: prepisi so bili razčlenjeni na pomenske enote, iz katerih smo z induktivnim pristopom oblikovali kode,
- tematska analiza: kode smo združevali v teme in podteme skladno s postopki Braun & Clarke (2006): seznanjanje z gradivom, oblikovanje kod, iskanje, pregled in poimenovanje tem ter poročanje,
- interpretacija: iz tem smo oblikovali razlage o razumevanju, izkušnjah in sodelovanju strokovnih skupin. Interpretacije so podprte z anonimnimi citati udeležencev,
- poročanje: rezultati so predstavljeni v obliki tematske razprave brez identifikacijskih podatkov.

Enota kodiranja je bila izrečena misel, stališče ali izkušnja posameznega udeleženca raziskave. Če je sodelujoči govoril o več temah, smo vsebino kodirali ločeno glede na posamezne pomenske enote. Pri analizi smo uporabili tehniko tematskega kodiranja (Gomm, 2008; Skela-Savič, 2017), pri kateri smo kode oblikovali večbesedno z namenom

čim natančnejšega opisa ključne vsebine povedanega, kar predstavlja odprto opisno kodiranje.

V nadaljevanju smo sorodne kode združevali v kategorije, kategorije pa v širše teme. Takšen pristop je omogočil sistematično vsebinsko organizacijo podatkov ter oblikovanje ključnih ugotovitev raziskave na osnovi prepoznanih tematskih vzorcev (Skela-Savič, 2017).

Sledil je premislek o oblikovanju kod, kategorij in tem, ki so predstavljale zaključna spoznanja raziskave. Analiza je potekala sekvenčno po vsaki fokusni skupini, kar je omogočilo postopno tematsko zasičenost in sprotno prilagajanje nadaljnjih razprav. Pri organizaciji in analizi smo uporabili program Atlas, ki omogoča sistematično kodiranje, shranjevanje in pregledovanje podatkov. Raziskovalec je imel dejavno vlogo pri razumevanju konteksta, socialnih dinamik in pomenov, ki oblikujejo izkušnje udeležencev (Mesec, 2023).

Udeleženci so označeni po strokovnih skupinah: medicinske sestre oziroma izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov (MS1, MS2), učitelji razrednega pouka (U1, U2) in zobozdravniki v šolskih ambulantah (DR1, DR2) ter po zaporedni fokusni skupini (FS1, FS2, FS3), kar omogoča primerjavo med skupinami ob hkratnem zagotavljanju anonimnosti.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Opisi izrečenega in oblikovanje kod

V tem poglavju predstavljamo rezultate fokusnih skupin, s katerimi smo želeli pridobiti poglobljen vpogled v razumevanje pomena vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter izkušnje z izvajanjem programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. V raziskavo so bili vključeni predstavniki treh poklicnih skupin: medicinske sestre oziroma izvajalci vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov (v nadaljevanju: izvajalci

programa), učitelji razrednega pouka (v nadaljevanju: učitelji) ter zobozdravniki v šolskih ambulantah (v nadaljevanju: zobozdravniki).

Rezultati so predstavljeni po vsebinskih temah ter prikazujejo različne poglede, izkušnje in zaznane izzive posameznih poklicnih skupin pri načrtovanju in izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Analiza je omogočila primerjavo stališč med izvajalci programa, učitelji in zobozdravniki ter prepoznavanje skupnih in specifičnih vsebinskih poudarkov posameznih skupin.

Na osnovi navedb v treh fokusnih skupinah in večfaznega postopka kvalitativne analize smo oblikovali 125 kod, ki smo jih v nadaljevanju združili v 24 kategorij. Iz kategorij smo nato oblikovali sedem glavnih tem, ki predstavljajo osrednje ugotovitve raziskave:

- razumevanje pomena vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov,
- izkušnje z izvedbo ter sodelovanje med poklicnimi skupinami v okviru programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov,
- izvajanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v šolah za otroke s posebnimi potrebami,
- izzivi in ovire pri izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov,
- obravnava teme ustnega zdravja v okviru drugih programov ali vsebin,
- možnosti vključitve programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v kurikulum osnovnih šol,
- ideje in predlogi razvoja programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v prihodnosti.

Teme in (pod)kategorije so predstavljene v nadaljevanju, ugotovitve pa so podkrepljene s tipičnimi citati. Vse tabele s prikazom kod in (pod)kategorij so prikazane med prilogami.

3.4.2 Razumevanje pomena vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov

V okviru teme Razumevanje pomena vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov smo identificirali tri kategorije: a) organizacijske značilnosti programa vzgoje za ustno zdravje

otrok in mladostnikov, b) vzgojno-podporno vlogo programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter c) učinki programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Znotraj vsake kategorije smo identificirali več podkategorij. Proces razumevanja s kodami in (pod)kategorijami podrobneje predstavlja tabela 1 v prilogi.

Zanimalo nas je, kako izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, učitelji ter zobozdravniki razumejo pomen vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter ali je to razumevanje med poklicnimi skupinami enotno ali pa so med njihovimi pogledi zaznane razlike. Ugotovitve kažejo, da je splošno razumevanje pomena programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov med vsemi tremi poklicnimi skupinami v veliki meri enotno. Razlike so se pokazale predvsem v posameznih poudarkih, ne pa v temeljnem dojemanju programa in njegovega pomena. V sklopu razprave o pomenu programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so sodelujoči izpostavili različne prednosti, ki jih je mogoče razvrstiti v tri širše vsebinske sklope oziroma kategorije:

- *organizacijske značilnosti programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov,*
- *vzgojno-podporno vlogo programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov,*
- *učinke programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov.*

V sklopu *organizacijskih značilnosti programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov* so sodelujoči izpostavili, da program predstavlja pomembno obliko sistematične skrbi za preventivo, saj se v slovenskih šolah izvaja že vrsto let: *»Izvaja se sistematično. To je ena velika prednost. To, da se v bistvu že zelo, zelo dolgo časa izvaja. Mislim, da že ves čas, odkar sem jaz učiteljica, se to izvaja.« (U2FS3).* Izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov in zobozdravniki so izpostavili, da program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov služi kot dodaten komunikacijski kanal o pomenu zdravja ustne votline in ustrezne higijene. Ta vidik je posebej cenjen med zobozdravniki, ki jim v okviru redne ambulantne obravnave pogosto primanjkuje časa za poglobljeno preventivno vzgojo: *»Meni se zdi ta prednost, da v bistvu podprejo tudi nas. Ker mi v ambulantni predajamo to znanje, da ga še kje drugje slišijo. Ker se lažje sprejme. Velikokrat so v svojem svetu in te dostikrat sploh ne slišijo.« (DR1FS3).* Vsi sodelujoči

so se strinjali, da eno ključnih prednosti programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov predstavlja njegova kontinuirana izvedba med celotnim šolskim letom. Redni in pogostejši stiki omogočajo bolj realističen vpogled v dejansko stanje otrokove ustne higijene kot občasni (pol)letni zobozdravstveni pregledi, ki so napovedani in se nanje otrok lahko pripravi: *»Tle imajo nenapovedano, pri men pa imajo datum. In že en teden preden imajo pri meni datum, ful težijo starši za umivanje in otroc en teden ful drgnejo.«* (DR1FS3). Med prednostmi je bila izpostavljena tudi kontinuiteta programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov od predšolskega obdobja dalje. Sogovorniki so poudarili pomembnost zgodnjega ozaveščanja o pomenu ustnega zdravja in higijene, saj so predšolski otroci zelo dojemljivi, z zgodnjo in ponavljajočo izpostavljenostjo pa poskrbimo za večjo ponotranjenost predstavljenih vsebin ter prispevamo k zgodnjemu oblikovanju ustreznih navad: *»Zlo zlo pomembno je to, da se ... Mi govorimo zdej sicer o šolskem prostoru. Jaz ko hodim po vrtcih, tud pri tamalih že, ko imamo mešane skupine. In recimo pokrivamo eno področje, kjer je vrtec zraven šole, pol te iste otroke, ko gredo v šolo naprej. In je res zelo, zelo vidno, če si bil ti že, ko so bli mlajši, pri njih. Tudi če še včasih ščetke ne znajo prijet, ampak jaz vidim že potem v 1. razredu, kakšna razlika je pri rokovanju s ščetkami, pri potegih s ščetko po zobni ploskvi.«* (MS1FS1). Kot pomembno prednost programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov sodelujoči izpostavljajo tudi njegovo izvajanje v (pred)šolskem okolju, ki omogoča doseganje otrok iz različnih socio-demografskih okolij. To ocenjujejo kot zelo pomembno, saj vsi sodelujoči pri otrocih iz socialno bolj ogroženih okolij zaznavajo več težav: *»O socialnem in socialno-ekonomskem statusu pacienta, ker je vse skupaj povezano. Kako se uči, kako naloge dela, kakšno higieno ima. Bolj zdrava hrana/sveža hrana je tudi malo dražja. Zdaj se tudi to pozna, da tisti, ki so res bolj na socialnem dnu, se pozna, da tam je več prigrizkov. In to neverjetno vpliva.«* (DR1FS1). Zobozdravniki pa so prednost umeščenosti v (pred)šolsko okolje povezali tudi z dejstvom, da se program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov izvaja v otroku poznanem okolju, zato so posledično bolj sproščeni. Sami namreč opažajo, da obisk zobozdravnika za številne otroke predstavlja določeno mero stresa, posledično so med obiskom bolj zadržani, napeti in manj dovzetni za posredovane informacije: *»Če nekdo poznan pa bolj na tak človeški/pristen način pristopi k njim, kot mi tam v ambulantih s tisto masko pa v uniformi, se jih verjetno majčken bolj dotakne. Tako da super.«* (DR1FS1).

Ključno prednost programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov sodelujoči vidijo v njegovi *vzgojno-podporni vlogi*, znotraj katere osrednje mesto zavzema praktičen prikaz pravilne tehnike čiščenja zob. V okviru obiskov izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov otrokom demonstrirajo pravilno tehniko umivanja zob ter jih pri izvajanju sprti usmerjajo in po potrebi tudi popravljajo: *»Da je zelo pomembno to, kar počnete. Ker v bistvu se marsikdo ne bi naučil pravilno zob umivat. Pa tud velikokrat slišim, da že predšolskim otrokom dajo ščetko in umiva sam. In se mi zdi zelo pomembno, da je nekdo usposobljen za to, da otroka pravilno nauči.« (U2FS1).* Kot primer dobre prakse je bila izpostavljena možnost individualnih delavnic, na katere so otroci skupaj s starši napoteni bodisi s strani zobozdravnikov bodisi izvajalcev programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Delavnice omogočajo individualiziran pristop k poučevanju ter intenzivnejši prenos znanja in veščin: *»Meni so zelo všeč te delavnice, ki ste jih uvedli – individualne. To mi je res, res, res zelo dobro. In se tudi pozna na izboljššanem čiščenju zob. Res je zelo dobro.« (DRIFS2).* V okviru teh delavnic se izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov posvečajo tudi prikazu pravilne uporabe zobne nitke, ki predstavlja pomemben sestavni del ustrezne ustne higiene. Vzgojno-podporna komponenta programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov se nanaša tudi na ozaveščanje o pomenu zdravja ustne votline, ki je v okviru širšega ozaveščanja o zdravstvenih temah pogosto zapostavljeno: *»To, da se že kot otroci ozavestijo, koliko je v bistvu ustno zdravje pomembno. Pa ne samo zaradi zob, ampak da to vpliva pol na celotno zdravje.« (MS2FS2).* Tretji vidik vzgojno-podporne vloge se nanaša na spodbujanje zdravih navad in odgovornosti za lastno zdravje. Kontinuiranost oziroma pogostost stikov pomeni tudi pogostejšo izpostavljenost informacijam in demonstraciji pravilne ustne higiene, kar sodelujoči povezujejo z večjo verjetnostjo osvojitve ustreznih znanj in tehnik: *»Samo itak vemo, da človek se največ nauči, če ponavlja. Posebno te stvari, ki so rutina, rutina, rutina.« (MS2FS1).* Cilj programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov je, da se s kontinuiranim izvajanjem in ponavljanjem postopkov ustne higiene oblikuje trajna vsakodnevna rutina: *»V bistvu vsak mesec je rutina. Vsak mesec sliši eno in isto, saj se skozi ponavljamo. Ampak lahko bi še petkrat več povedali, petkrat na mesec, pa bi mogoče še majčken več zraven ostalo. Res je pomembna ta rutina pa sistematičnost, da je to res vsak mesec.« (MS1FS3).* Program

vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov želi posredno otrokom privzgojiti splošne zdrave navade in skrb zase: »In glih danes sem imela enega najstnika (18 let starega) in sem rekla: 'No, kako bi pa tebi približali, če ne bi bil navajen ščetkat ali kakor koli?' In mi je prav tako odgovoril: 'Men se zdi, da če to nisi iz otroštva navajen, potem pač ne gre.' In tako je pač on osemnajstletnik odgovoril. Mislim, da je veliko težje, ne nemogoče, ampak veliko težje.« (DR2FS3). Po oceni sodelujočih je vzgojno-podporna vloga toliko pomembnejša, saj staršev ne dojemajo kot dovolj kompetentnih za poučevanje ustrezne ustne higiene. Omenjali so, da starši pogosto posedujejo pomanjkljivo teoretično in praktično znanje. Med pomembnejšimi zmotnimi prepričanji staršev so sodelujoči izpostavili tudi njihovo nenaklonjenost uporabi zobnih past s fluoridom: »In pol seveda imaš starše, ki so proti fluoridom, kar preberejo na Facebooku. In maš cel problem na koncu.« (DR1FS1). Prav tako vsi ugotavljajo, da starši pogosto precenjujejo otrokovo sposobnost samostojnega umivanja: »Starši mislijo, da otrok, star 6/7 let, zna umivat sam. In res ponosno povejo: 'Ja, naš si pa sam umiva'.« (DR2FS2). Ne zaznavajo jih kot dovolj usposobljene za učenje pravih tehnik čiščenja zob, posebej uporabe zobne nitke, ki jo pogosto zanemarijo: »In se mi zdi, da starši v resnici ne obvladajo tehnik ščetkanja za otroke.« (U1FS3). Opozorili so, da starši otrokom pogosto kupijo neustrezne pripomočke za ustno higieno: »Bodo električno krtačko pri štirih letih dali, zato da bodo čim prej frej. Potem jim kupujejo tiste krtačke s Temuja, ki se levo pa desno drgne in ni za nikamor. Pa razne gumijaste krtačke, k so zdej moderne.« (MS2FS2). Sodelujoči so si tudi enotni, da nekateri starši zobni higieni otrok ne namenjajo dovolj pozornosti: »So pa starši, ki jih ne prebiješ nikakor. Mu kažeš tam, je otrok na stolu. 'Sej umiva zobe.' Pa vzameš sondo pa takole podrgneš. 'Ja no, danes jih je pa malo slabše'. Eni so čist v lastnem zanikanju.« (DR2FS1). Nekateri med njimi so celo izpostavili, da imajo občutek, da starši odgovornost za stanje otrokovih zob vse pogosteje prelagajo na zobozdravnike ali izvajalce programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov: »Jaz imam mogoče bolj včasih občutek, da se od mene pričakuje, da imam čarobno palčko. Jaz pri triletniku, ki ima zgnite vse petice, ko si ne predstavljam niti dat anestezije, ker me za roko vleče, pol težko nekaj naredim. Včasih pa imam občutek ... On ima zdaj tle en ogromen karies ali pa 4 ogromne kariese, zdaj smo ga pripeljali, vi pa nekaj naredite. Jaz z veseljem naredim, če lahko, sam tle je ful en velik vidik sodelovanja otroka.« (DR1FS3).

Vsi sodelujoči so si bili enotni glede pomembnih pozitivnih učinkov programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Te učinke je mogoče zaznati tako na družbeni kot individualni ravni. Vsi so poudarili splošno izboljšanje ustnega zdravja (pred)šolskih otrok, pri čemer so ta vidik posebej izpostavili zobozdravniki, saj imajo najbolj neposreden vpogled v stanje ustnega zdravja otrok in mladostnikov. Izpostavili so, da ustrezna ustna higiena in preventivno delovanje zmanjšujeta potrebo po kurativnih posegih: *»Jaz vam lahko tako povem. Iz svoje dolge zgodovine ... Ko sem jaz začela delat, to je blo skor pred 40 leti. Vsak teden sem sigurno spulila eno šestico – tam v 3., 4. razredu. Tega zdej skor ni več. Jaz v bistvu pulim samo še stalne zobe zaradi ortodontskega stanja. Preventiva je res naredila čudeže pri nas v Sloveniji. To kar ne morš verjet. In to ste naredili največ vi. Ta preventiva.« (DR2FS1).* Manjša potreba po invazivnih zobozdravstvenih obravnavah omogoča, da otroci obisk zobozdravnika pogosteje doživljajo v prijetnem in neogrožujočem okolju, kar prispeva k oblikovanju bolj pozitivnega odnosa do zobozdravstvenih pregledov v prihodnosti: *»Kar si želimo s tem, ko bodo imeli dobro ustno higieno, bodo mogoče manjši imeli strah pred zobozdravniki. S tem ko imajo dobro ustno higieno, zmanjšujemo neprijetne izkušnje, ko so pri zdravniku.« (U2FS3).* Izpostavljen je bil tudi ekonomski vidik. Ustrezna preventiva je v negativni korelaciji s potrebo po kurativnih posegih, kar posledično prispeva k zniževanju stroškov zdravstvenega sistema na področju zobozdravstvenih storitev: *»Kar konec koncev podraži s stališča zavarovalnice, s stališča čakalnih dob (se podaljšajo, ker je več dela). Tudi za celotno populacijo je dobro, da preventiva laufa.« (DR2FS2).*

Vsi sodelujoči so soglasno poudarili, da se je družbeni pomen programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov posebej jasno pokazal med epidemijo covida-19 oziroma ob povratku otrok v šole, ko se je ustno zdravje otrok in mladostnikov izrazito poslabšalo: *»Sej to nam je covid pokazal. Dejansko po tistem covidnem obdobju (sej to znajo zobozdravniki povedat), sem jaz govorila z našimi zobozdravniki. Kar je zelo v tistem kratkem času, se je karies neverjetno razširil. Ker dejansko so bili cel dan v pižami, ni bilo reda, kdaj se vstane, kdaj se jé, kdaj se umiva.« (MS1FS1).* Omenjen pa je bil tudi pozitiven vpliv programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov na posameznikovo samozavest, saj lahko ustno zdravje oziroma predvsem njegovo

pomanjkanje negativno vpliva na raven posameznikove samozavesti: »Da vpliva na njihovo samopodobo, samozavest. Kot že estetika, komuniciranje, nasmeh.« (DR2FS2).

3.4.3 Izkušnje z izvedbo ter sodelovanje med vpletenimi poklicnimi skupinami v okviru programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov

V okviru magistrskega dela nas je zanimalo, kakšne so izkušnje izvajalcev programa, učiteljev ter zobozdravnikov z izvajanjem in sodelovanjem v okviru programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Sodelujoči so omenili različne vidike, ki so skupaj s kodami in (pod)kategorijami podrobneje prikazani v tabeli 2 v prilogi.

Zanimalo nas je, kako posamezne poklicne skupine razumejo vlogo vsake od vključenih skupin v program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter kakšne so njihove izkušnje z medpoklicnim sodelovanjem. Ugotovili smo, da sta vlogi izvajalcev programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter učiteljev s strani vseh vpletenih poklicnih skupin jasno in enoznačno razumljeni. V nasprotju s tem pa je vloga zobozdravnikov manj jasno opredeljena in razumljena, tako z vidika zobozdravnikov samih kot z vidika drugih dveh poklicnih skupin.

Izvajalci vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so prepoznani kot izvajalci programa, zato zasedajo osrednjo in ključno vlogo: »Kar se tiče samega programa, se mi zdi, da smo tako rečeno preventivne medicinske sestre ključne. Smo le nosilke tega programa. Mi ga izvajamo. Imamo v bistvu res največ besede pri tem, največjo moč pri tem. Če nam le okoliščine dopuščajo, imamo tudi vse vajeti, kako bomo in na kakšen način bomo to izvedle.« (MS2FS1). Predstavljajo strokovnjake na področju preventive in ustne higijene, predvsem za učitelje: »Ima več strokovnega znanja. Jaz vem, da ima toliko znanja, da bi tudi znala precenit, česa ni treba povedati in kaj mora povedat.« (U1FS3). Sodelujoči zelo jasno in enoznačno razumejo tudi vlogo razrednih učiteljev in jo povezujejo predvsem z nudenjem aktivne podpore programu vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, ki se odraža skozi njihovo vedenje (npr. pozitiven odnos do obiskov in pozitivna naravnost med samim obiskom, spodbujanje otrok, pogovor o rezultatih): »Seveda je tudi odvisno, kako mi rečemo. Če bi jaz rekla: 'O, spet ti zobje.'

Če pa rečem: 'Evo, sestra (xy) je prišla!' Daš nek pomen dogodku. Da jih mi tudi motiviramo. Pa je dosledno. Se pravi tudi, da prinesejo nazaj te kartončke, ki jih imajo.» (U1FS1). Kot primer dobre prakse so bili omenjeni tudi primeri aktivnega sodelovanja učitelja pri učenju pravilnega ščetkanja: *»Tudi medicinska sestra lahko pove, kadar ona pride, tudi jaz z njimi ščetkam. Priznam, da sem tudi že o tabletki razmišljala. Sam mi jo doma hčerka da, ker je mlada zobozdravnica. Pa reče: 'Mami, tole je blo pa čist prehiter.' Mogoče pa v prihodnost kdaj tudi.» (U2FS3).* Podporo programu vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov in preventivi pa učitelji zagotavljajo tudi z obveščanjem ter vključevanjem vsebin o pomenu ustnega zdravja in ustrezne higiene v šolski vsakdan otrok: *»Mi smo mogoče poleg staršev tisti prvi stik k spodbudi pa nekem vzgledu glede ustnega zdravja. Marsikdaj še mogoče učitelji bolj kot starši. Predvsem je pomembno, da jih s tem spodbujamo in poveš, kaj je vpliv tega. Kaj/zakaj s tem doprineseš njemu? Zakaj je to pomembno?« (U1FS1).*

Manj jasno opredeljena in razumljena pa je vloga zobozdravnikov. To je tesno povezano z ugotovitvijo, da so zobozdravniki s programom vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov slabo seznanjeni, njihova vključenost pa je odvisna predvsem od osebne angažiranosti posameznikov, bodisi zobozdravnikov bodisi izvajalcev programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Vključeni zobozdravniki so sicer izpostavili, da program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov podpirajo, vendar so izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov izrazili željo po aktivnejši podpori programu vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov (npr. aktivno poizvedovanje o dosežkih otroka na preventivnih pregledih, pogostejše napotitve na individualne obravnave, prenos pomembnejših anamnestičnih podatkov o otroku, ki bi lahko vplivali na izvedbo). Ob tem smo zaznali, da izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov zobozdravnike zaznavajo kot pomembne strokovne sogovornike, s katerimi bi si želeli pogostejše izmenjave mnenj oziroma možnosti posveta, bodisi o splošnih temah bodisi glede stanja konkretnih učencev.

Zanimale so nas tudi izkušnje sodelujočih na področju medpoklicnega sodelovanja v okviru programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. V okviru programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov je v večini primerov zelo dobro

vzpostavljeno sodelovanje med izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov in učitelji. Izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov poudarjajo, da je sodelovanje z učitelji večinoma pozitivno ter da negativne izkušnje predstavljajo bolj izjemo kot pravilo. Pozitivne izkušnje sodelovanja z izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so izpostavili tudi učitelji, tako v okviru rednih obiskov v razredu kot pri organizaciji predavanj za starše. Tako izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov kot učitelji so pri pogovoru o medsebojnem sodelovanju izpostavili tudi pristope, ki prispevajo k njegovi večji učinkovitosti in kakovosti. Kot primer dobre prakse je bila omenjena možnost napovedanih obiskov, saj ta učiteljem omogoča pravočasno prilagoditev poteka pouka, izvajalcem programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov pa olajša izvedbo aktivnosti ter zmanjšuje možnost slabe volje ali celo zavrnitve obiska. Časovni okvir vnaprejšnje napovedi se razlikuje, od popolne uskladitve urnikov obiskov za celotno šolo že ob začetku šolskega leta do sprotnega mesečnega prilagajanja: *»Moram reči, da na šolah, ki jih pokrivam, se dogovarjam. S podružnico, z učiteljicami, vodjo se dogovorim, kdaj bom naslednji mesec prišla. In takrat učitelji vejo in tisto dopoldne sem jaz njihova. Jaz sem se pač naučila. Sem rekla: 'Povej, kdaj lahko pridem.' In mi je v redu. Ker takrat vem, da sem zaželen in vem, da si takrat lahko privoščim celo šolsko uro al pa še mal več.«* (MS1FS1). Stališča do napovedanih obiskov so med deležniki, ne glede na poklicno skupino, deljena. Nekateri jim nasprotujejo, saj menijo, da učitelji informacijo delijo tudi z učenci, kar lahko zaradi večje pripravljenosti otrok privede do izkrivljene ocene dejanskega stanja ustne higiene, ki predstavlja eno ključnih prednosti celotnega programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov: *»Moja predhodnica je hodila točno ob četrtkih na to šolo, takrat je bila točno na tej pa na tej šoli. Določene dneve. Otroci so naštudirali v nulo, kdaj je hodila in so si tisti teden zobe bolj umivali, ostale pa ne. In jaz sem jih že tudi presenetila. Pa sem prišla zadnji teden v mesecu, pa sem prišla že prvi teden v mesecu. 'Kako? Sej ste glih bli?'; 'Ja, sam sej je nov mesec.' Jaz vidim prednost v nenapovedanih. Verjamem, da je za kakšnega učitelja to malo bolj moteče, ampak jaz mislim, da je to prednost za prave cilje tega programa.«* (MS1FS3). Nasprotno pa zagovorniki tega pristopa poudarjajo, da otroci v večini primerov o pregledu niso predhodno obveščeni, obenem pa opozarjajo, da lahko otroci vzorec obiskov prepoznajo tudi v primerih, ko ti sicer niso formalno napovedani, a si vseeno sledijo določeni ustaljeni

shemi. Dodatno so opozorili, da umivanje zob neposredno pred pregledom ne spremeni dejanskega stanja zobnih oblog: »Sam a veste, kako je. Pr men otroc tudi nagruntajo. Glede na proces dela se je velikokrat zgodilo, da prideš ta tretji teden na isti dan, ker imamo pač proces dela, kot je. Pa so me otroc videli, ko sem parkirala, pa so si šli zobe umiti. Ampak zaradi tega niso bili čisto nič boljši rezultati. Kot prvič so umivali tako kot doma oziroma ker je bilo še bolj na hitro. Rezultati so bili isti. In potem sva obe z učiteljico rekli: 'Zdaj morajo bit (mi imamo smeškote) sami smeškoti.' Ja ne, niso bili. In potem so bili še bolj razočarani. 'No, vidite, to je pa zato, ker umivate površno. Pol ure nazaj ste umili. Niste dobro umili.'« (MS2FS2).

Sodelovanje med vključenimi izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter zobozdravniki je pozitivno, vendar je treba poudariti, da so zobozdravniki, ki so sodelovali v fokusnih skupinah, programu vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov naklonjeni in posledično vanj nekoliko bolj vključeni, zato teh rezultatov ne moremo posplošiti. Kljub naklonjenosti programu vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov je tudi med sodelujočimi zobozdravniki mogoče opaziti razmeroma nizko stopnjo vključenosti v njegovo izvajanje. Sodelovanje se v največji meri omejuje na napotitve otrok na individualne delavnice, pri čemer je treba opozoriti, da pri tem praviloma ni vzpostavljenega mehanizma povratne informacije o dejanski udeležbi otroka: »Vpleteni smo toliko, kolikor pošiljamo na individualne delavnice, drugače dost več ne.« (DR2FS2). Opisana sta bila ločena primera dobre prakse, kjer sta zobozdravnik in izvajalec programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov organizirala skupen sistematski pregled, ki je vključeval tako pregled kot demonstracijo pravilnega čiščenja zob: »Je bila ena medicinska sestra tolk pripravna in je zmeraj prišla takrat, ko smo imeli prve razrede sistematiko. Takrat sva delale z mojo sestro popoldne in sva naročile 5 otrok naenkrat, s starši vred. In jim je vsem dala (ta preventivna sestra) tabletko za obloge in pol je vsem razložila, kaj je zajček, kaj je polžek, kaj je tisti črviček. In se mi zdi, da je bilo tisto tolk uspešno. Pa kako se umivajo. V bistvu petim. Pet jih lahko obvladaš. Tist je blo res dobro.« (DR2FS1). V določenih primerih pa med izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter zobozdravniki prihaja tudi do izmenjave informacij o učencih: »To na primer, ko smo vsi skupaj v istem okolju. Učiteljice v šoli, zobozdravnik na tej šoli in potem še mi pridemo na šolo. To je top

kombinacija. Jaz lahko, predno začnem, grem k zobozdravnici. Jaz sem tle, če bo kar koli, si potrkamo. Ni sicer tega tok full, ampak občasno pa, sploh kadar med delom pride do kšnih odstopanj pri kakšnem otroku.» (MS2FS1).

Sodelovanje oziroma celo zgolj interakcija med zobozdravniki in učitelji je prej izjema kot pravilo. Pojavlja se le v redkih primerih, predvsem kadar šolski zobozdravnik deluje v okviru osnovne šole. Tudi v teh primerih je vzpostavitev sodelovanja praviloma odvisna predvsem od pobude zobozdravnika, ki se angažira pri organizaciji skupinskih sistematskih pregledov. Zaznati je bilo, da je aktivnega sodelovanja premalo, čeprav si ga želijo več: *»Jaz bi rekla, da je to zlo od tima zobozdravstvenega. Zdaj če tim ne bo proaktiven. Prejšnji tim na moji šoli sploh ni imel preventivnih pregledov, sistematskih pregledov celih razredov. Preventivna sestra je hodila po razredih, zobozdravstvena ambulanta pa sploh ni organizirala sistematike.« (DR1FS1).* Učitelji se na zobozdravnike z vprašanji glede ustne higiene učencev načeloma ne obračajo: *»V prvem razredu vedno predstavimo, da je na šoli zobozdravnica xy. Zmeraj povemo, kje jo najdejo.« (U1FS2).*

Na osnovi odgovorov sodelujočih je mogoče sklepati, da medpoklicno sodelovanje v okviru obravnavanega programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v veliki meri temelji na kakovosti medosebnih odnosov med vključenimi deležniki. Medpoklicno sodelovanje ni sistemsko urejeno, temveč se v veliki meri vzpostavlja in ohranja na ravni osebnih odnosov. V tem kontekstu je posebej pomembna osebna angažiranost izvajalcev programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, ki predstavljajo osrednje deležnike tega sodelovanja. Uspešnost medpoklicnega sodelovanja je tako v pomembni meri odvisna od njihove osebne zavzetosti, motiviranosti in pripravljenosti povezovanja z drugimi strokovnjaki na eni strani: *»Ja, tle je osebna angažiranost kar $\frac{3}{4}$. V vseh teh preventivnih programih se marsikdo lahko tudi skrije in mogoče ne dela, kot je namen tega programa.« (MS2FS3),* ter pozitivnega odnosa do programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov učiteljev in zobozdravnikov na drugi: *»Sam te stvari so na osebni inštanci. Maš v hiši (ko smo majhni) 3–4 zobozdravnike. S tremi maš krasno komunikacijo, se dobimo tudi v kuhinji, kdaj ob malici pa ob kavi predebatiramo stvari. Konkretno ena zobozdravnica pa je posebna. Ne pride ne v kuhno, nikamor, nikamor.« (MS1FS1).*

Z vidika sistemske ureditve na medpoklicno sodelovanje v okviru programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ugodno vpliva prisotnost zobozdravstvene ambulante v sklopu osnovne šole, saj takšna prostorska umestitev pomembno zmanjšuje logistične ovire sodelovanja. Prostorska bližina vseh vključenih akterjev ter dejstvo, da večina učencev obiskuje istega zobozdravnika, omogočata lažje usklajevanje, hitrejšo izmenjavo informacij in bolj kontinuirano izvajanje sodelovalnih aktivnosti: *»Jaz, če sem na šoli pa ima zobozdravnica na šoli prostore, grem med odmorom do zobozdravnice pa kakšno informacijo že izmenjava. Sigurno olajša sodelovanje. Je drugače, kot če bi bila zobozdravnica čisto na drugem koncu.«* (MS1FS2). Izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so omenili tudi razlike v stopnji sodelovanja med posameznimi šolami, pri čemer je raven sodelovanja po njihovih navedbah v precejšnji meri odvisna tudi od odnosa vodstva oziroma ravnateljev in učiteljev do programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Omenili so tako manj ugodne izkušnje, v katerih so šole sodelovanje omejevale: *»Napovedani obiski v nekaterih šolah so nujni, vsi ne želijo sodelovati pri aktivnem ščetkanju, lahko maš samo kakšna redka predavanja med razredno uro.«* (MS2FS3), kot tudi primere dobre prakse, kjer je bila pomembnost programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov za vzgojno-izobraževalno ustanovo jasno prepoznana in podprta: *»V xy je bla ful zagreta podravnateljica. Je še ujela tik pred gradbenim dovoljenjem, da je dosegla, da so to res trije ogromni umivalniki pred wc-ji, kar prej ni bilo.«* (MS1FS3).

3.4.4 Izvajanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v šolah za otroke s posebnimi potrebami

Trije izvajalci vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so poročali o izkušnjah z izvajanjem programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov tudi v šolah za otroke s posebnimi potrebami, zato smo jih prosili, da opišejo podobnosti in razlike pri izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v tem šolskem okolju.

Analiza kod in (pod)kategorij, prikazana v tabeli 3 v prilogi, kaže, da so izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov povedali, da se postopek pregleda ustne higiene zob ne razlikuje od postopka, ki se izvaja v klasičnih osnovnih

šolah: »Glede izvajanja pregleda čistosti zob ne vidim večje razlike.« (MS2FS3). Razlike pa se kažejo v drugih vidikih izvajanja programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, v splošnem stanju ustne higiene otrok s posebnimi potrebami ter v sodelovanju med izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov in drugimi vključenimi deležniki. Omenili so, da je ustna higiena otrok s posebnimi potrebami praviloma slabša: »Stanje ustne higiene pri teh otrocih večinoma slabše.« (MS2FS3). Razlikuje se tudi postopek izvajanja programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Poudarili so potrebo po večjem prilagajanju specifičnim potrebam in značilnostim otrok, saj pri marsikaterem zaznajo težave s sodelovanjem. Ti otroci pogosto potrebujejo več spodbude in motivacije: »Tam rabimo malo več spodbude, malo več nadzora.« (MS1FS2). Zaradi nižjega normativa in posebnih potreb otrok tem obiskom namenijo več časa, saj delo temelji na individualnem pristopu: »Tam je na splošno precej manj učencev v razredu. Pa tam se res dela ena na ena. Ali pa mogoče 2 učenca pa z njima delam, ne pa 10, ker to ne bi šlo.« (MS1FS2). Razliko zaznavajo tudi na področju sodelovanja z vpletenimi deležniki. Na eni strani izpostavljajo večjo vpletenost učiteljev, saj prihaja do pogostejših izmenjav informacij o učencih: »Mogoče učitelj tukaj kakšno malenkost reče. Na osnovnih šolah res praktično ne vem nič o družinah, razen če jih mogoče sama poznam. Tukaj je mogoče v smislu kakšne socialne težave. Drugače pa tudi njihovih družin ne poznam, samo kar s strani učiteljic čisto spotoma. Niso pa to kakšne poglobljene debate o tem.« (MS2FS2), na drugi strani pa še slabšo kooperativnost staršev: »Glih na tej šoli za otroke s posebnimi potrebami sem mela, kjer je pa tudi udeležba staršev bila zelo slaba. Ne zaradi mene, ampak učiteljice na splošno pravijo, da na teh roditeljskih sestankih je zelo slaba udeležba.« (MS1FS2).

3.4.5 Izzivi in ovire pri izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov

Zanimalo nas je, s katerimi izzivi in ovirami se pri izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov soočajo vključene poklicne skupine. Udeleženci so opisovali ovire in izzive, povezane tako z lastno poklicno skupino kot tudi z delom drugih vključenih strokovnjakov. Splošne organizacijske in izvedbene ovire so sodelujoči zaznavali podobno, razlike pa so se pokazale predvsem pri specifičnih izzivih posameznih

poklicnih skupin. Podrobnejši prikaz kod ter (pod)kategorij je predstavljen v tabeli 4 v prilogi.

Izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov se pri svojem delu soočajo z različnimi izzivi in ovirami. Sami so med ključnimi izzivi izpostavili predvsem izzive, vezane na organizacijski vidik programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Poudarili so pomanjkanje kadra, ki pomembno določa možnosti za obseg izvajanja programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, tako glede pogostosti obiskov v šolah in vrtcih: *»Kadrovski primanjkljaji, populacija je vedno večja. Naši kadrovski normativi so še kar iz dvainosemdesetega leta postavljeni – koliko je enga kadra na neko okolje.« (MS2FS1)*, kot glede obsega izvedbe dodatnih aktivnosti, kot so individualne delavnice ali različna dodatna predavanja za otroke ali starše: *»Če bi hotele več individualnih delat (kar ne gre), bi rabili še več kadra. Da bi bila še ena dodatna, da bi pol res večkrat lahko se individualno posvečale učencem.« (MS2FS2)*. Kot zelo pomemben izziv so dodatno izpostavili organizacijski poseg NIJZ za umestitev programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov pod Center za krepitev zdravja. Gre za reorganizacijo in odcep obstoječih delovnih mest izpod okrilja zobozdravstva, ki ji vključeni izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov odločno nasprotujejo, saj po njihovem mnenju izvajanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v okviru Centra za krepitev zdravja zmanjšuje pozornost, namenjeno vsebinam ustnega zdravja, ker morajo hkrati obravnavati tudi druge zdravstvenovzgojne teme, povezane s splošnim zdravjem, pogosto celo različne populacije od otrok do odraslih: *»Manj možnosti, časa se posvečati ustni tematiki – po domače povedano, ne boš se toliko poglobil v specifično ustnega zdravja, če si razcepljen na več programov, delovišč in tematik, v katere se ravno tako moraš poglobiti.« (MS2FS3)*. Negativne posledice te organizacijske spremembe se po mnenju nekaterih izvajalcev programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov odražajo tudi v odnosih in sodelovanju med njimi in zobozdravniki, saj zaznavajo, da so se odnosi po reorganizaciji poslabšali: *»Zobozdravniki nas ne jemljejo več kot svoje sodelavce. Predvidevamo, da je težava izpred cca. 5 let, ko smo vzgojo za ustno zdravje prevzele medicinske sestre iz Zdravstveno vzgojnega centra oziroma zdaj Centra za krepitev zdravja, in od takrat je odnos čisto drugačen, s tem pa predvidevamo, da tudi njihovo (ne)sodelovanje.« (MS2FS3)*. V okviru

razprave o organizacijskih izzivih je bilo poudarjeno, da sodelovanje šole in učiteljev temelji na prostovoljnih odnosih, kar pomeni, da imajo učitelji pravico do zavrnitve vstopa. V tovrstnih primerih pa se izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov soočajo s tveganjem, da zaradi izgubljenega časa ne bodo dosegli zahtevane realizacije programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov za polno plačilo s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije: *»Jaz sem zdej ravno zaradi tega šla v napovedano, ker je bilo tega preveč in potem ti čas gre. Ne moreš. Ti imaš pač program. Ti moraš program in tud druga področja pokriti in tebi recimo potem dan gre. Pa ti gre en dan pa drug dan.« (MS1FS1).* Tako izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov kot predstavniki drugih poklicnih skupin so se strinjali, da se izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov soočajo z naraščajočimi delovnimi obremenitvami, ki so povezane predvsem s strukturo razredov. Izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter učitelji so poudarili velike normative v razredih, zaradi česar so primorani posameznemu otroku nameniti manj časa in pozornosti, kot bi si želeli: *»Pa sama velikost oddelkov/razredov. Če jih je notri 28 pa da morš ti to stlačit v 1 šolsko uro. Seveda bo to mal pospešeno. Če jih maš pa ti 18/20 je pa to še vedno 8 otrok manj. Se pozna na času/posvetitvi.« (U1FS1).* K dodatni delovni obremenitvi doprinese tudi naraščajoče število otrok s specifičnimi potrebami, bodisi otrok s posebnimi potrebami bodisi otrok s pomanjkljivim znanjem slovenskega jezika: *»Jaz bi rekla tudi recimo ... ne vem, če se bo to grdo slišalo ... ampak slovensko prebivalstvo ali če je veliko priseljencev, tudi vpliva na splošno. Več kot je priseljencev – oni so načeloma malo manj dovzetni za kakšne te nove informacije pa tudi dosledno ustno higieno. Če je v razredu, kako bi rekla, 10 slovenskih otrok pa 10 drugih narodnosti, se že vidi razlika.« (U2FS1).* Izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so med izzivi izpostavili tudi neustrezne delovne pogoje, ki na marsikateri osnovni šoli niso optimalni. V največji meri so opozarjali na pomanjkanje umivalnic, nekateri celo na odsotnost tople vode: *»Pa so šole, ki imajo umivalnice, pa so šole, ki nimajo umivalnice.« (MS1FS1), »Imamo šolo xy, imamo pa tudi šolo xy, kjer je samo ena pipa pa še tam samo mrzla voda teče. Včasih pač delaš s tistim, kar imaš. Zdaj res te idealne pogoje čakati ... Se prilagodiš.« (MS1FS3).* Omenjeno je bilo tudi pomanjkanje ustreznih didaktičnih pripomočkov: *»Pol je tudi pomanjkanje didaktičnih pripomočkov. So didaktični pripomočki, ki so totalno iztrošeni, ki ga res ne moreš več uporabljati – za*

nove pa ni denarja.« (MS2FS2). Izvajalci so med pomembnimi izzivi izpostavili tudi pridobivanje strokovnega znanja in usposobljenosti. Tako na področju strokovnega znanja kot pedagoških pristopov se pogosto opisujejo kot samouki. Poudarili so pomanjkanje formalnih izobraževanj s področja pedagoških kompetenc: »Ker mi nismo pedagoško usposobljeni. Nimamo ne teh pedagoško-andragoških, smo samo samouki pa si med sabo ... pa glede na to, kaj se obnese, glede na starostno skupino ... Potem skozi leta se že naučiš, je pa na začetku, ko začneš, kar stresno. To bi bilo ful dobrodošlo, da bi takrat dobila ene take informacije.« (MS2FS2). Odvisnost od lastne samoiniciativnosti so izpostavili tudi pri pridobivanju strokovnega znanja, saj tem vsebinam v programih vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v formalnem izobraževanju ni namenjene zadostne pozornosti: »Morte vedet, da tudi na Visoki šoli za zdravstvo tega ni. In Srednji zdravstveni. Tudi vse me, ki smo prišle ... ki smo diplomirane sestre pa smo šle skozi vso to bazo izobraževanja, mi smo se dejansko vse priučile zobozdravstva. Jaz, ko sem to začnjal, sem se to mogla čisto sama vse ... sem delala takrat še na prosojnice (to je bilo res toliko let nazaj). Vso literaturo in vse sem dobivala, sem delala sama. Hvala bogu, da saj zdaj, ko prihajajo za nami, obstajajo neka gradiva, neka literatura, specialna znanja.« (MS1FS1), »Znanje iščeš sam. Mi smo prva generacija, ki imamo specialna znanja, ostalo iščeš sam ali pa izveš od predhodnic. Nekih izobraževanj pač ni.« (MS1FS3).

Izzive, s katerimi se v okviru programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov soočajo učitelji, so vse tri poklicne skupine zaznale zelo podobno, razdelimo pa jih lahko v tri podkategorije: a) vpliv na učni proces, b) individualne značilnosti učiteljev ter c) vprašanja, povezana z varstvom osebnih podatkov (GDPR) in pravicami otrok. Ne glede na poklicno skupino so sodelujoči izzive učiteljev povezovali predvsem z vplivom izvajanja programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov na potek učnega procesa. Učni kurikulum je obsežen, zato se učitelji soočajo s časovno stisko pri obravnavi predpisanih vsebin. Izvajanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov posega v ustaljeno organizacijo dela in zmanjšuje obseg učnih ur, ki bi sicer bile namenjene podajanju učnih vsebin: »Če govorim zdaj s strani učiteljice, naš cilj je, da pouk speljemo tako, kot smo si ga zamislile. Včasih res pride tako, da imaš najprej prvo uro in ti en bruha in se ukvarjaš s tem. Začneš pouk, okej, zvoni. Druga ura pišemo, tretja ura malica, polijejo mleko po celemu razredu in zato potegneš v tretjo uro. Takrat

pa pride še medicinska sestra zobke pogledat in takrat ti je res odveč.« (U2FS1). Nekateri izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so dodatno izpostavili, da lahko izvajanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov zaradi neustrezno urejenih delovnih pogojev (npr. izvajanje na hodniku) moti izvajanje pouka: »Tudi ta neprimeren prostor vpliva. Ponekod tudi sred hodnika umivamo, hrup ustvarjamo in motimo delo v učilnicah. Pol so fokusirani: 'Kaj pa je zdaj zunaj?' Vzamemo torej pozornost učiteljici pa tko ... Je kar nekaj stvari, ki jih pač povzročimo z našim prihodom.« (MS2FS1). Kot enega izmed pomembnih izzivov, ki so ga omenjali tako učitelji kot izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, so izpostavili tudi individualne značilnosti učiteljev. Opozorili so na razlike v njihovi prilagodljivosti, saj se razlikujejo v odprtosti za nenadne spremembe v poteku pouka: »Na eni izmed centralnih šol so učiteljice, ki rečejo 'Prid, kadar hočeš. Zarad mene, če jih imaš cel dopoldne.' So pa učiteljice, ko rečejo 'Joj, ne, ne moreš.'« (MS1FS1). Stopnja učiteljeve prilagodljivosti je odvisna tako od njegovih osebnostnih značilnosti kot delovnih izkušenj oziroma delovne dobe: »Meni, vsaj na začetku, ko sem bila še bolj zelena učiteljica ... Sem se držala tistih učnih načrtov in me je to zmotilo. Zdaj, ko pa že imaš malo vse v levi roki, pa lahko spremeniš/prilagodiš.« (U1FS2). Pomembno pa k učiteljevi kooperativnosti v programu vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov prispeva njegov odnos do programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Omenjeno je bilo, da je učiteljeva naklonjenost programu vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v tesni povezavi z njegovim splošnim razumevanjem pomena ustne higijene: »In vem, da je to za marsikatero učiteljico, ker ne prepozna, ker tudi sama nima dobre higijene, to zmoti. Reče: 'Zakaj je to treba, itak ne umivajo. Itak imajo polže pa briga jih.'« (U2FS1). Vsi sodelujoči so v okviru razprave o izzivih, s katerimi se pri izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov soočajo učitelji, izpostavili tudi posledice uveljavitve Splošne uredbe o varstvu osebnih podatkov (GDPR), ki jo je sprejela Evropska unija leta 2016 in ki uvaja strožje zahteve glede obdelave osebnih podatkov, zlasti pri otrocih kot posebej varovani skupini. V šolskem okolju to pomeni dodatne omejitve pri zbiranju, posredovanju in uporabi podatkov o učencih, kar lahko vpliva na organizacijo in izvajanje preventivnih programov vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, hkrati pa poudarja tudi krepitev pravic otrok v okviru osnovnošolskega izobraževanja. V skladu z zahtevami GDPR se otrokovi rezultati

beležijo na karton, do katerega ima učitelj dostop zgolj ob otrokovi privolitvi: »Jaz sploh ne upam več tega, ker sem že naletela od učenca: 'Kaj pa vas to briga?' Zdaj v bistvu sploh ne vem, kaj lahko in kaj ne?« (U2FS2), posledično pa so lahko z rezultati otrok slabše seznanjeni. Učitelji so ob tem izpostavili, da odločitev staršev o nesodelovanju otroka v programu vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov načeloma spoštujejo, ne da bi jo postavljali pod vprašaj ali starše skušali prepričati v drugačno odločitev, saj gre praviloma za posameznike z jasno in trdno oblikovanimi stališči: »Jaz ne. Sej to že z nastopom takim pridejo, da so odločeni proti cepivu, proti vsemu.« (U1FS2).

Manj aktivna vloga zobozdravnikov v programu vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov se je odražala tudi pri prepoznavanju izzivov, povezanih z njihovim delovanjem. Učitelji njihove vloge in posledično z njo povezanih izzivov niso poznali, medtem ko so zobozdravniki in izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov kot ključni problem izpostavili njihovo pomanjkljivo poznavanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Sodelujoči zobozdravniki so priznali, da vsebin programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov sploh ne poznajo: »Če se sam mal na prej navežem, eno vprašanje. Ali vi tudi kaj o higieni potem predavate pa o prehrani ali bolj samo higieno pokrijete?« (DR1FS1). Pomanjkanje vključenosti v program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov zobozdravniki vidijo predvsem v pomanjkanju časa: »Časovno smo vsi vpeti.« (DR1FS2). Izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so kot pomembno oviro izpostavili tudi odnos nekaterih zobozdravnikov do programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Poročali so o negativnih izkušnjah pri sodelovanju z določenimi zobozdravniki, saj naj bi bilo sodelovanje z njimi oteženo, nekateri pa naj bi izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov celo aktivno nasprotovali: »Ena zobozdravnica pa 100-procentno negira našo delo in tudi starše in otroke, ne vem, kako naj to rečem, prepričuje, da jih izpisujejo iz programa. Da to, kar mi pregledamo, to ni res, da mi smo samo sestre. Da ne učimo prave tehnike, pravih pripomočkov in tukaj pa pol prihaja do zmede v celem okolju.« (MS2FS1).

Sodelujoči so v sklopu pogovora o izzivih omenili tudi izzive, ki se nanašajo na program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov kot celoto. Zlasti zobozdravniki in izvajalci

programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so opozorili, da program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ne vključuje dovolj aktivno mladostnikov. Zaradi kadrovske podhranjenosti in potrebe po zagotavljanju kontinuitete obravnave znotraj določenega segmenta populacije je program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v osnovnih šolah aktivno usmerjen predvsem na razredno stopnjo, torej na učence od 1. do 5. razreda: *»Saj to nam zmanjka, od šestega naprej bi rabil še vedno. Ampak na žalost nekje mormo en fokus imet. More biti nekje ta kontinuiteta. Ne da smo raztreščene. Pa dvakrat v drugega, dvakrat do petega. Ne veš na koncu, kaj bi bilo boljše. Ampak mi, če govorim za naše okolje, smo fokusirani do petega razreda, da smo res vsak mesec aktivno pa vsi ščetkajo.«* (MS2FS1). Pri tem so izpostavili, da mladostniki predstavljajo pomembno ciljno skupino, saj najstniki svoji osebni higieni samoiniciativno ne namenjajo zadostne pozornosti: *»To pubertetno obdobje. Je treba vedeti, ker svoje prinese. Tudi to, da se ne umivajo, da že malo smrdijo – to govorimo že tudi tam sedmi, šesti razred. Kar naenkrat nehajo in zobe umivati in pod tuš ne hodjo več (itak je vse brez veze). Ampak jaz še vedno rečem, če smo jim dal takrat neke dobre temelje, upajmo, da bomo zdržali in se čez ene 2 leti spet nazaj povrnili. Do takrat bodo pa 'smrdeli'.«* (MS2FS1).

Pomemben izziv programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, za katerega ocenjujejo, da se s časom stopnjuje, predstavlja tudi odnos staršev in posledično otrok do samega programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Vsi sodelujoči zaznavajo naraščajoč delež staršev z odklonilnim odnosom tako do programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov kot tudi drugih (zobo)zdravstvenih priporočil: *»Tudi ko delamo kontrolo plaka, se zlo hitro zgodi, posebej pri teh zaščitniških starših, da dobimo obvestilo, da pač od tega dne naprej otroci ne bodo več sodelovali pri teh stvareh.«* (MS1FS1). Pri nekaterih starših so prisotna prepričanja, ki niso skladna s strokovnimi smernicami zobozdravstva, na primer negativen odnos do fluorida ali napačno razumevanje sestave tablet za prikaz zobnih oblog: *»Slabo mu je po tabletki, pa en ma kao zdaj za to flekaste zobe.«* (MS2FS1). Neustrezní odnos staršev se prenaša na otroke, kar se kaže v njihovem odzivu na opozorila o pomanjkljivi ustni higieni, ki jim pogosto ne namenjajo zadostne pozornosti: *»Je pa res, to kar ste vi rekli, res jih tudi ne gane več toliko, kot jih je včasih. Včasih, če je bil polž, kaj šele črv, je bilo groza. So otroc*

jokal, bli žalostni. Zdaj pa. 'Eh, pač. Sej mi mami ne bo nič rekla'.« (U2FS1). Kot enega pomembnejših izzivov celotnega programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, ki so ga izpostavili izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, pa predstavlja pomanjkljivo sodelovanje med izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov in zobozdravniki. Medtem ko je sodelovanje med izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov in učitelji dobro, na področju vključevanja zobozdravnikov zaznavajo še precej prostora za izboljšave: »Tukaj jaz malo pogrešam to sodelovanje medicinske sestre in šolske ambulante. Ta anamneza nam včasih manjka. Zakaj je nekje, kot je. So nam lahko v pomoč učiteljice, pa tud one potlej vse ne vejo. Bi mogoče terapevt pol nam tukaj bolj pomagal. Tle je mogoče tisti mejčken manjko. Na konc koncev ... če enga členu od teh ne bi blo, bi bla zadeva bistveno težja za doseg tega cilja.« (MS2FS1).

3.4.6 Obravnava teme ustnega zdravja v okviru drugih programov ali vsebin

V okviru pogovora nas je zanimalo, ali in v kolikšni meri so otroci in starši vsebinam, povezanim z ustnim zdravjem, izpostavljeni izven programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Podrobnejši prikaz kod in (pod)kategorij je predstavljen v tabeli 5 v prilogi.

Vsi sodelujoči so si enotni, da je temam, povezanim z ustnim zdravjem otrok in mladostnikov, v osnovni šoli, razen v sklopu preventivnega programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, namenjenega razmeroma malo časa, podane informacije pa so zelo splošne in površinske. Tema se najpogosteje obravnava v sklopu predmeta Spoznavanje okolja, vendar praviloma zelo splošno: »Pri spoznavanju okolja, kadar imamo temo zdravje, telo, higiena. Takrat sigurno je to ena izmed množičnih tem, tako da si je ne poglobimo tok zelo.« (U2FS2). V učni načrt je tema eksplicitneje vključena v 4. razredu osnovne šole: »V 4. razredu je človeško telo. Pogovarja se o ščetkanju zob (jaz nisem nikol zob ščetkala z otroki), o zobni higieni, o številu zob, zakaj so pomembni.« (U1FS3). Učitelji lahko vsebine, povezane z ustno higieno, obravnavajo tudi v okviru naravoslovnih dni. Nekateri sodelujoči učitelji so ob tem izpostavili, da v takšnih primerih k sodelovanju povabijo izvajalce programa vzgoje za ustno zdravje otrok in

mladostnikov: »Za starejše imamo enkrat v šolskem letu – v obliki dan za zdravje ali kot naravoslovne dneve.« (MS2FS1). Zaznati pa je, da sta pogostost in poglobljenost obravnave ustne higijene v veliki meri odvisni od osebnega interesa učitelja, saj lahko temo, če želi, spontano vključi v različne predmete, zlasti v prvi triadi: »Imamo pa jutranje, sploh prvi, drugi razred, se zjutraj kaj pogovarjamo. Razne spodbude. Vsak dan kakšno temo načnemo. Recimo, danes pride okrog tisti, ki je zjutraj postlal posteljo ali pa o zobeh kej ... Se večkrat tega dotakneva. Velikokrat tudi zobki izpadajo pa pridemo zopet na to temo. Ali pa imajo zobobole.« (U1FS2). Zobozdravniki so izpostavili, da vsebine, povezane s preventivo in ustno higieno, otrokom in spremljajočim staršem predstavijo v okviru sistematskih ter rednih pregledov. Tudi v tem primeru pa sta obseg in poglobljenost obravnave teme pogosto odvisna od interesa posameznega zobozdravnika, vsi pa so hkrati poudarili, da je čas, namenjen preventivi, zaradi časovne stiske omejen: »Ko pacient pride na stol. Ko ga pogledam pod lučko s stolom, sondico, res točno vidim, katera področja še niso – ko bi s tabletko mogoče zgledal okej. Tako da bolj specifično pol lahko pri vsakem pacientu posebej. To opažam, da predvsem najstniki po dlesnih nič ne podrgnejo. Tako da to vsakemu posebej še razložim (pol ščetke na rdečem pol na belem). Mal jim pokažem tudi kakšno medzobno krtačko in nitko. Tako da bolj lahko specifično. Ker če vidim, da ima nekdo zelo tesne kontakte, mu povem 'ti imaš pa tukaj bolj tesno zobe skup. Moraš še toliko bolj v tem področju biti pozoren'.« (DR1FS1).

Starši naj bi se z informacijami, povezanimi s preventivo in ustno higieno, prvič srečali v šoli za starše, vendar se med posameznimi izvajalci programov vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov pojavljajo precejšnje razlike v obsegu pozornosti, namenjene tej temi: »Sam žal še vedno te teme ni v vseh šolah za bodoče starše. Zelo odvisno od tistega, ki organizira šolo za bodoče starše. Tlele imaš kot organizator tega neko avtonomijo. Kar je temu, ki je vodja šole za starše, mogoče pomembno – te pomembnejše vsebine da noter.« (MS1FS1). Na pomen preventive in ustrezne ustne higijene starše opozarjajo tudi zobozdravniki v okviru sistematskih pregledov otrok. Dodatno pa se tematika občasno vključuje tudi v roditeljske sestanke, ki jih organizira šola, vsebine pa predstavijo izvajalci vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Tudi v teh primerih so učitelji in izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov izpostavili pomembnost osebne angažiranosti vpletenih: »Smo že imeli na roditeljskih. Je prišla medicinska sestra.

Tudi letos sva se nekaj dogovarjali pa časovno ni šlo skoz. Smo vse razrede skupaj dali v večnamenski prostor, celo generacijo. In potem je bilo predavanje o ščetkanju, o postopku, kot ga ona izvaja v razredu. Zdajle sem pa jaz čisto tako rekla: 'Ni tolk problematičen razred. Kaj če bi še psihologinjo ali ...? Kaj pa če bi medicinsko sestro po parih letih, mogoče naslednje leto.'« (U1FS2).

3.4.7 Možnost vključitve programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v kurikulum osnovnih šol

V sklopu magistrskega dela nas je zanimalo, kako sodelujoči dojemajo možnost vključitve preventivnega programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v kurikulum osnovnih šol. Sodelujoči so opredelili tako prednosti kot izzive pri implementaciji tovrstne rešitve, ki so skupaj s kodami in (pod)kategorijami podrobneje predstavljeni v tabeli 6 v prilogi.

Poudariti je treba, da je bila možnost vključitve programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v šolski kurikulum na vseh treh fokusnih skupinah predlagana spontano ter s strani različnih vključenih poklicnih skupin. Omenjena sta bila sicer dva alternativna predloga na osnovi preteklih izkušenj. Program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov je lahko vključen v letni delovni načrt osnovnih šol, ki predstavlja temeljni dokument za načrtovanje in organizacijo vzgojno-izobraževalnega dela na ravni posamezne šole. Letni delovni načrt je okvirne narave, saj določa predvidene aktivnosti, programe in vsebine, ki jih šola načrtuje v posameznem šolskem letu, vendar hkrati omogoča določeno stopnjo fleksibilnosti glede njihove dejanske izvedbe. V praksi to pomeni, da je vključitev programa vzgoje za ustno zdravje v veliki meri odvisna od prioritet posamezne šole, organizacijskih zmožnosti ter angažiranosti strokovnih delavcev. Na osnovi ugotovitev iz fokusnih skupin je mogoče sklepati, da šole, ki program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov aktivno izvajajo, praviloma vključujejo njegove vsebine v letni delovni načrt, bodisi kot del preventivnih dejavnosti, projektov ali sodelovanja z zunanjimi zdravstvenimi službami. Hkrati pa izvedba programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ni nujno enotna, saj se lahko med šolami razlikuje glede obsega, pogostosti in načina vključevanja v pedagoški proces:

»Mi imamo tudi v letnem delovnem načrtu. Zakonsko bi mogli, v kurikulum pa zakonsko (Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja). Ker pol se drži učitelj te vsebine, mora najti cilje znotraj načrtov.« (U2FS3). En izvajalec programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov pa je možnost videl v umestitvi programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov pod okrilje izbirnih predmetov. Pri tem se je skliceval na predhodno pozitivno izkušnjo sodelovanja z eno izmed osnovnih šol, v okviru katere je bil v preteklosti uspešno uveden predmet s področja prve pomoči: »Tako sva midva z enim bivšim ravnateljem iz ene izmed naših šol naredila kot izbirni predmet prvo pomoč. To je bilo noro. To sva imela otrok, da ne rečem kolk. Ampak tu sva bla oba mal entuziasta. To sem dobila uro pa pol. Odlično. Meni je bil to tudi izziv. Bila sem res nekaj mlajša, ampak mi je bilo pa noro dobro. Tud otroke to zelo zanima.« (MS2FS1).

Vsi sodelujoči so si enotni, da najustreznejšo rešitev predstavlja umestitev programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v kurikulum, saj bi s tem program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov pridobil obvezni in ne več prostovoljni značaj: »Čisto poenostavljeno – zdi se nam, da bi program dobil veliko večjo težo, če ne bi bil doživljan kot nekaj prostovoljnega, dodatnega ali občasnega, ampak kot nekaj, kar je naraven del šolskega vsakdana. Zelo dobra ideja se nam zdi uvedba dodatnih ur, namenjenih ustnemu zdravju, ki bi jih razredniki namenili temu programu. To bi omogočilo.« (MS2FS3).

Sodelujoči so navedli več prednosti tovrstne rešitve. Ključno prednost zaznavajo v tem, da bi program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov z umestitvijo v kurikulum pridobil večjo formalno težo, kar bi lahko prispevalo k temu, da bi ga starši, posledično pa tudi otroci, dojemali bolj resno: »Verjetno bi tudi starši malo drugače dojemali. Ker starši so zelo zagrizeni, da je otrok dosleden v šoli. Če je to del programa, pol bodo vse še kakor tolk.« (DR1FS1), »Bolj bi jih resno vzeli – starši in otroci. To je zdaj tako zabava.« (U1FS2). Ob tem so izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov in učitelji poudarili, da bi bilo temi ustnega zdravja namenjene več pozornosti, saj po njihovih ocenah obstoječa obravnava tega področja ni zadostna: »Mogoče bi prinesli tudi eno širino temu programu, bolj umirjeno delo, da mi lahko večkrat na leto gremo za celo uro tja teoretično vsebino podpret. Zdaj imamo na voljo le

kakšen naravosloven dan in tako. Da bi bilo več ur. Da je nekje zapisano, da nam to pripada. Da tudi učitelj potlej lahko da kljukico, to smo v razredu naredili/to imamo pokrit. Zdaj tega nikjer ni, da mora bit.» (MS2FS3). V sklopu pogovora so nekateri sodelujoči omenili tudi možnost vrednotenja vsebin s šolskimi ocenami, vendar so takoj opozorili, da gre za kompleksno vprašanje, ki zahteva dodaten premislek: *»Če bi bila namesto zajčkov petka v redovalnici, bi bil tudi drugačen odnos.« (DR2FS2).* Posamezni izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so kot eno izmed prednosti navedli tudi večje strokovno priznanje izvajalcem programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov: *»Bolj jasno opredeljeno vlogo in večjo strokovno težo.« (MS2FS3).* Z vidika same izvedbe programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov kot pomemben pozitiven učinek omenili tudi večje poenotenje izvedbe programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Trenutna realizacija programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov je namreč po njihovem mnenju na eni strani odvisna od razlik v organizaciji in sodelovanju med zdravstvenimi domovi ter osnovnimi šolami, na drugi strani pa tudi od osebne angažiranosti posameznih izvajalcev programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov: *»Poenotenost, boljša kontinuiteta.« (MS2FS3).* Sodelujoči se jasno zavedajo kompleksnosti umestitve programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v kurikulum, zato so izpostavili različne izzive, povezane s tem procesom. Ti izzivi so se nanašali na vsebinski vidik programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, na opredeljevanje pristojnosti in odgovornosti vpletenih deležnikov ter na organizacijske vidike njegove implementacije. Poudarili so, da je treba vsebino programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov zelo natančno opredeliti (npr. obseg učnih ur, vsebinske sklope, razmerje med teoretičnim in praktičnim delom): *»Definitivno bi moglo biti jasno zapisano, koliko ur aktivne metode in koliko ur teoretičnih vsebin.« (UIFS1).*

Predlagana je bila tudi umestitev programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja ter v letni delovni načrt osnovnih šol (LDN). *»Jaz imam srečo, da je napisan v LDN-ju, moral pa bi biti v Zakonu o šolstvu, da bi veljal za vse in povsod enako.« (MS1FS3).* Izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov in učitelji so izpostavili, da pomemben izziv

predstavlja tudi jasno določanje pristojnosti in odgovornosti vpletenih deležnikov, predvsem vloga vsake od teh dveh poklicnih skupin. Zastavljala so se vprašanja, kdo bi program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov vsebinsko izvajal, ali bi to bili učitelji ali zunanji izvajalci, ter v kolikšnem obsegu bi posamezni deležniki prevzemali posamezne naloge: »Ampak konkretno. 5 ur sodeluj s temi pa temi zdravstvenimi delavci. Ne kot mi, kot učitelji, to samostojno odvodiš 5 ur.« (U2FS1). Učitelji so v tem kontekstu izrazili skrb, da bi končna odgovornost za izvedbo programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v praksi lahko v celoti prešla nanje: »In kdo to izvaja? Pa spet bi blo to na učitelju.« (U2FS1). Dodatno so se porajala tudi vprašanja glede potencialnega ocenjevanja, kako bi to potekalo in kdo bi zanj nosil odgovornost: »Dobro bi bilo, če bi bilo to tak (kurikulum), da bi tudi potem medicinska sestra dala oceno. Ker drugače je pol spet na nas.« (U2FS2). Izzive so predvideli tudi pri sami organizaciji programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov so opozorili, da bi bilo v primeru vključitve programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v kurikulum treba ustrezno nasloviti pomanjkanje kadra: »Pogoj pa je, da nas bi bilo več (ker to je zelo težko). Recimo ... pol bo pa rekla ena učiteljica na osnovni šoli xy: 'K meni lahko takrat pa takrat'. Pol bo rekla ena na xy šoli: 'K meni tudi takrat pa takrat.' Ti si pa pol samo en človek. Tako da to je problem, ti kadrovski normativi.« (MS1FS1). Vsi sodelujoči pa so izpostavili izzive pri usklajevanju pristojnih organov, saj na osnovi dosedanjih izkušenj ocenjujejo, da je njihovo medsebojno usklajevanje počasno in zahtevno; različne iniciative se pogosto ustavijo ravno na točki, ko bi bilo treba zagotoviti sistemsko ureditev: »To, da pri nas pričakujejo, da se lahko v nekem hitrem času nekaj zgodi, kar potrebuje sodelovanje dveh ali treh ministrstev. Ne vem, če lahko to računamo ... Če je zdej problem ta seznam, ali lahko učitelj dobi seznam učencev ali ne, traja že 3 leta.« (DR2FS3). S strani izvajalcev programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov pa je bil izpostavljen tudi izziv določanja plačila izvajalcev vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, saj se plačni razredi v zdravstvenem stebru ter v stebru vzgoje, izobraževanja, znanosti in kulture med seboj razlikujejo: »V tem primeru to pomeni, da bi absolutno mi mogli biti del šolskega kolektiva. To je prva stvar, da si del šolskega kolektiva (tje se bom pa ustavilo spet pri plačilu). Vi imate svoje stebre, mi imamo svoje stebre. In če se medicinska sestra (ne glede na izobrazbo zaposli v šolskem prostoru), si v bistvu sodelavec. Že po teh plačnih

razredih padeš zelo dol. Toliko je nekih stvari. In potem boš razmislila, a boš šla za 5 razredov manj pa da boš v šolskem prostoru. Ker tam boš mela drugačen status, kakor ga imaš trenutno v nekem zdravstvenem domu.» (MS1FS1).

3.4.8 Ideje in predlogi razvoja programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v prihodnosti

Poleg umestitve programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v osnovnošolski kurikulum so sodelujoči navedli še druge vidike potencialnih izboljšav programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v prihodnosti, ki se nanašajo na različne vsebinske in izvedbene vidike programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Rezultate s kodami in (pod)kategorijami prikazuje tabela 7 v prilogi.

Vsi sodelujoči so se strinjali, da je za še večjo uspešnost programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov treba okrepiti medpoklicno sodelovanje: *»Na konec koncev, tako kot sem že čisto uvodoma rekla. Noben ni manj pomemben, ker vsi dajemo tlele noter to lego kocko, da pol vse skupaj stoji. Jaz bi rekla, da smo me tista češnja na vrhu, ki pa spodaj brez teh podpornih stebrov čisto same definitivno ne bi mogle. Brez stroke ne bi mogle, brez učiteljic in vzgojiteljic, na drugi strani pa je nemogoče to sploh izvajati.« (MS2FS1).* Hkrati pa je bilo jasno zaznati, da je treba okrepiti predvsem sodelovanje med medicinskimi sestrami in zobozdravniki, kar sta poudarili obe poklicni skupini: *»Pa to sodelovanje, da bi ga moglo še več bit. Zdej se bom takoj pri medicinski sestri najavila.« (DR2FS2).* Sodelujoči sicer poudarjajo, da bi bilo sodelovanje smotrno urediti na sistemski ravni ob podpori pristojnih organov in institucij, a se hkrati zavedajo vseh potencialnih ovir za hitro implementacijo tovrstnih sprememb. Zato poudarjajo pomen lastne iniciative ter potrebo, da zobozdravniki in izvajalci vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov sami bolj sistematično vzpostavijo redna srečanja in organizirane oblike izmenjave informacij: *»Neki redni sestanki. Tako kot sta vidve zmenjeni, da še kafe skup spijeta. Da bi nekako bilo to na urniku. Ker vedno boš imel še 20 stvari, ki jih ne boš imel časa naredit. In če to ni nujna stvar, pač ne bo prišla na urnik. Če bi se res dogovoril, ne vem oh, lahko je to samo dvakrat letno ena kava. Bo že to razlika.« (DR1FS1).*

Možnost za večjo vključenost zobozdravnikov izvajalci programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter zobozdravniki prepoznajo tudi v aktivnem poudarjanju pomena programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov s strani zobozdravnikov (npr. spodbuda otrokom, naj prinesejo kartonček, zobozdravniki bi lahko sodelovali na predavanjih). Kot je bilo že omenjeno, zobozdravniki otroke sicer napotijo na individualne delavnice, a povratnih informacij o obisku ne prejmejo. Tako so zobozdravniki v sklopu intenzivnejšega sodelovanja izpostavili tudi željo po povratni informaciji o otrokovi udeležbi: *»Jaz bi recimo to, da bi dobila seznam, kdo je bil poslan na individualno delavnico, ker ful ne prinesejo podpisa nazaj (če jim jaz tam to ali dobiš ali pa ne).« (DR2FS2).* Kot nekoliko skrajnejši ukrep, ki so ga omenili predvsem zobozdravniki, je bila navedena tudi uvedba sankcij v primeru slabe ustne higiene, bodisi zavrnitev pregleda bodisi plačljivost storitev: *»Recimo konkretno ortodonti. Ortodonti so pa zdaj zelo, zelo striktni in dejansko, če je ustna higiena slaba, otrok ortodonta ne dobi. In kaj se zdaj dogaja? Ti itak spremljaš otroka. Je ortodontinja rekla: 'Zdaj pa tako. Če se ne bo naučila ščetkat, če ne bo imela poščetkanih zob, aparata ne bo'.« (MS1FS1).* Ob tem so zobozdravniki takoj poudarili, da tovrstni ukrepi zaradi zagotavljanja pacientovih pravic niso izvedljivi v praksi: *»Jaz sem še napisala odvrčanje odgovornosti. Meni se zdi to taka potuha, da že misli vsak: 'Eh, sej mi bodo že počistili, če bo luknja.' Pa še plačat ni treba. Sicer tega ne naredim. Nekateri zobozdravniki tako naredijo. Če so umazana usta, danes ne bova delala, nov termin, naslednjič jih umij. Sam na koncu bo to spet name padlo. Ker preko zavarovalnice, če je pri meni opredeljen, ima pravico priti kadar koli ga boli. Tako da me itak bo ta problem počakal. Na papirju imajo vse možne pravice in to spodbuja lenobo. Veliko predavanj in tega pol v bistvu seže do tistih, ki se že tako sekirajo, tistim, ko jim je pa vseeno, jim je pa tak vseeno. In vejo, da bo sistem za njih poskrbel, če bodo imeli težave. Ja, jaz bi vračala odgovornost.« (DR1FS1).* Vsi sogovorniki zagovarjajo aktivnejši pristop k predaji znanja. Učitelji bi lahko kot vzorniki sodelovali tudi pri ščetkanju zob, saj sogovorniki s tovrstnimi izkušnjami poročajo o veliki uspešnosti takšnega pristopa: *»Jaz vsakič ščetkam z njimi. To je odlična praksa. Jaz sem tudi vodja podružnice. Sem to posredovala pomočnici ... moramo narediti korak tudi pri učiteljih.« (U2FS3).* Zobozdravniki so opozorili tudi na pomembnost ustrezne ustne higiene pri mladostnikih, saj so v primeru neustrezne higiene njihovi zobje zelo dovzetni za karies in druge bolezni: *»Problem je pri najstnikih, ko to ful hitro napreduje.*

Kasneje se to ful ustavi, po 20. letu. Takrat, ko v bistvu najbolj hitro napreduje, jih mi izgubimo, saj se ne izvajajo ti programi sistematično z aktivno obliko ščetkanja.» (DR2FS3).

Kot pa je bilo že prej omenjeno, sodelujoči staršev ne dojemajo kot dovolj strokovno usposobljenih za učinkovito poučevanje otrok o pravilni ustni higieni. Zato so poudarili pomen večje vključenosti staršev, zlasti pri izobraževanju o ustreznih tehnikah čiščenja zob, ki bi jih nato skupaj z otroki utrjevali in izvajali v domačem okolju: *»Pr nas imam tako prakso, da ko pridejo na individualno, naj bi prišel zraven starš. Ker moraš naučiti starša.» (MS1FS1).*

Sodelujoči ugotavljajo, da bi lahko na otroke spodbudno deloval tudi zgled starejših učencev oziroma morebitni celo zgled t. i. vplivnežev: *»Vključitev mladostnikov kot ambasadorjev ustnega zdravja. Ja, zdaj, ko veliko sodelujemo (jaz kot drugi razred) s četrtim, petim. Koliko bolj lahko njih poslušajo za isto stvar.» (UIFS1).* Med sistemskimi ureditvami pa so še enkrat poudarili pomembnost vključitve mladostnikov ter možnost vzpostavitve posebnih, samostojnih in ustrezno opremljenih ordinacij za izvajalce vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, kjer bi bile vse potrebne informacije, povezane z ustnim zdravjem in preventivo, ves čas dostopne.

3.5 RAZPRAVA

V raziskavi smo s kvalitativnim pristopom in metodo fokusnih skupin proučevali mnenja medicinskih sester, učiteljev razrednega pouka in zobozdravnikov o pomenu, organizaciji ter izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Takšen pristop omogoča poglobljeno razumevanje izvajanja preventivnih programov v realnem okolju, kjer formalne smernice pogosto niso v celoti prenesene v prakso. Green in Thorogood (2021) poudarjata, da kvalitativne metode omogočajo razumevanje družbenih interakcij, profesionalnih identitet in organizacijskih kontekstov, ki pomembno vplivajo na uspešnost izvajanja zdravstvenih programov.

Rezultati raziskave kažejo, da vsi vključeni udeleženci vzgojo za ustno zdravje prepoznavajo kot pomemben javnozdravstveni ukrep, kar odgovarja na prvo raziskovalno vprašanje. Poudarjajo, da ustno zdravje presega preprečevanje zobnih bolezni ter pomembno vpliva na splošno zdravje, socialno funkcioniranje in kakovost življenja. Takšno razumevanje je skladno s sodobnimi javnozdravstvenimi koncepti biopsihosocialnega modela zdravja. Peres, et al. (2020) opozarjajo na povezanost ustnega zdravja s socialno-ekonomskim statusom, dostopom do zdravstvenih storitev in zdravstveno pismenostjo, WHO (2022) pa poudarja njegov vpliv na prehranjevanje, komunikacijo, samopodobo in socialno vključenost, kar potrjujejo tudi ugotovitve naše raziskave.

V kontekstu prvega raziskovalnega vprašanja, kjer smo ugotavljali, kako medicinske sestre, učitelji in šolski zobozdravniki razumejo pomen vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter kakšne so razlike med njimi, je pomembno, da udeleženci vzgojo za ustno zdravje razumejo kot dolgoročen proces, ki se mora začeti že v zgodnjem otroštvu. Nasser, et al. (2021) poudarjajo, da se osnovne higienske navade oblikujejo v zgodnjem življenjskem obdobju in imajo dolgoročne posledice za zdravje. Tudi Kay in Locker (2020) ugotavljata, da so preventivni programi učinkoviti le, če so kontinuirani in sistematično vključeni v izobraževalni proces. Naši rezultati to potrjujejo, saj udeleženci izpostavljajo potrebo po rednem ponavljanju vsebin in dolgoročnem spremljanju otrok.

Pomemben vidik drugega raziskovalnega vprašanja, ki se nanaša na izkušnje deležnikov pri načrtovanju in izvajanju vzgoje za ustno zdravje, je način izvajanja programa. Udeleženci poudarjajo učinkovitost aktivnega sodelovanja otrok, praktičnih prikazov in interaktivnih pristopov. Takšne ugotovitve potrjujejo Atif, et al. (2024), ki interaktivne metode povezujejo z boljšim razumevanjem in trajnejšimi vedenjskimi spremembami, ter Nakre in Harikiran (2022), ki poudarjata pomen praktičnega učenja za večjo motivacijo otrok in razvoj odgovornega odnosa do zdravja.

Kljub splošnemu soglasju o pomenu programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov rezultati raziskave razkrivajo razlike v zaznavanju posameznih strokovnih skupin, kar je povezano s tretjim raziskovalnim vprašanjem o ovirah pri izvajanju

programa. Medicinske sestre poudarjajo preventivni in vzgojni vidik, zobozdravniki klinične vidike in zgodnje odkrivanje bolezni, učitelji pa predvsem organizacijske in pedagoške izzive. Chen, et al. (2023) ugotavljajo, da učitelji zdravstveno vzgojo pogosto dojemajo kot dodatno obremenitev, medtem ko jo zdravstveni delavci razumejo kot pomemben del svoje poklicne vloge.

Te razlike lahko vodijo v neenotno izvajanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, kar potrjujejo tudi Jourdan, et al. (2021), ki poudarjajo, da je za uspešnost šolskih zdravstvenih programov ključna usklajenost med deležniki. Naši rezultati kažejo, da takšna usklajenost ni vedno dosežena, kar lahko vpliva na kakovost in učinkovitost programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. S tem se odpira pomembno vprašanje interdisciplinarnega sodelovanja, ki je ključno za celostno obravnavo zdravja otrok.

Mednarodne primerjave kažejo, da so v skandinavskih državah, zlasti na Švedskem in Norveškem, programi ustnega zdravja vključeni v javni zdravstveni sistem in šolski kurikulum z jasno opredeljenimi vlogami deležnikov. Widström in Eaton (2020) poudarjata, da takšni sistemi temeljijo na preventivi, univerzalnem dostopu in interdisciplinarnem sodelovanju, kar prispeva k boljšim zdravstvenim izidom. Tudi program »Childsmile« v Združenem kraljestvu s sistematičnim sodelovanjem šol, zdravstvenih služb in družin dokazano zmanjšuje pojavnost kariesa pri otrocih (Macpherson, et al., 2020).

V primerjavi s temi sistemi naši rezultati kažejo na večjo odvisnost od individualne pobude posameznikov, kar predstavlja pomembno sistemsko pomanjkljivost. Fixsen, et al. (2021) poudarjajo, da so programi, ki temeljijo na individualni motivaciji, manj stabilni in težje vzdržni na dolgi rok. V mednarodnih sistemih je ključna institucionalna podpora, ki zagotavlja standardizacijo, financiranje in stalno usposabljanje izvajalcev.

Pomemben vidik četrtega raziskovalnega vprašanja, ki se nanaša na možnosti širše vključitve deležnikov, predstavlja tudi vloga staršev. Udeleženci poudarjajo, da starši pogosto ne namenjajo dovolj pozornosti ustnemu zdravju otrok, kar potrjujejo tudi

Vichayanrat, et al. (2022), ki nizko zdravstveno pismenost staršev povezujejo s slabšimi higijenski navadami otrok. Peres, et al. (2020) dodatno opozarjajo na vpliv socialno-ekonomskih dejavnikov na slabše ustno zdravje otrok.

V mednarodnem kontekstu je vključevanje staršev ključni element uspešnih programov. Watt, et al. (2020) poudarjajo, da sodobni javnozdravstveni pristopi temeljijo na sodelovanju skupnosti, kar vključuje aktivno vlogo staršev. Programi v Skandinaviji in Združenem kraljestvu sistematično vključujejo starše prek izobraževanj, svetovanj in sodelovanja z zdravstvenimi delavci, kar povečuje učinkovitost intervencij.

Naši rezultati kažejo, da je ta vidik v slovenskem prostoru še premalo razvit, kar predstavlja pomembno priložnost za izboljšave. S tem se ponovno potrjuje povezava z raziskovalnimi vprašanji, saj pomanjkanje sodelovanja staršev vpliva na učinkovitost programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov.

Z vidika drugega in tretjega raziskovalnega vprašanja rezultati kažejo, da imajo medicinske sestre ključno vlogo pri izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Maida, et al. (2022) poudarjajo njihov pomen pri izvajanju preventivnih programov, rezultati naše raziskave pa kažejo, da njihova vloga pogosto presega formalno opredeljene naloge, kar lahko vodi v preobremenjenost.

V mednarodnih sistemih je ta problem rešen z bolj jasno razdelitvijo vlog in večjim številom kadra. Bramantoro, et al. (2021) poudarjajo, da interdisciplinarni timi omogočajo učinkovitejše izvajanje programov, saj vsak strokovnjak prispeva svoje specifično znanje. V Sloveniji pa sodelovanje ni sistematično urejeno, kar zmanjšuje učinkovitost programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov.

Pomembna ugotovitev, ki se je pokazala v naši raziskavi, je tudi prisotnost številnih sistemskih ovir, ki se navezujejo na naše tretje raziskovalno vprašanje. Udeleženci izpostavljajo pomanjkanje časa, kadra, finančnih sredstev in organizacijske podpore. Aarons, et al. (2021) poudarjajo, da so organizacijski dejavniki ključni za uspešno

implementacijo programov, medtem ko Akera, et al. (2023) opozarjajo, da pomanjkanje virov vodi v zmanjšano kakovost izvajanja.

V primerjavi z mednarodnimi sistemi je razlika očitna, saj imajo države z uspešnimi programi jasno opredeljene strategije, financiranje in podporne mehanizme. Svetovna zdravstvena organizacija (2022) poudarja, da so trajnostni programi tisti, ki imajo sistemsko podporo na nacionalni ravni.

Naši rezultati razkrivajo tudi pomemben paradoks: kljub visoki motiviranosti izvajalcev program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji ni ustrezno sistemsko podprt. Durlak in DuPre (2021) poudarjata, da motivacija posameznikov sicer prispeva k uspešnosti programov, vendar brez sistemske podpore ne more zagotoviti dolgoročne stabilnosti.

Rezultate raziskave je treba interpretirati tudi v širšem kontekstu preventivnega zobozdravstvenega varstva v Sloveniji. Program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov se izvaja v okviru preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladine ter je usmerjen v preprečevanje bolezni ustne votline, oblikovanje zdravih navad in zmanjševanje neenakosti v ustnem zdravju. Program vključuje zdravstvenovzgojno delo, preventivne preglede, prikaze ustne higiene ter aktivnosti za spodbujanje zdrave prehrane in skrbi za ustno zdravje, pri njegovem izvajanju pa sodelujejo različni strokovnjaki zdravstvenega in vzgojno-izobraževalnega sistema (NIJZ, 2023). Ranfl, et al. (2015) in Markočič-Tadič, et al. (2016) pri tem poudarjajo pomen kontinuiranega, razvojno prilagojenega, praktično usmerjenega dela ter medpoklicnega sodelovanja.

Rezultate je treba razumeti tudi v luči epidemioloških značilnosti ustnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji. Kljub izboljšanju kazalnikov ustnega zdravja v zadnjih desetletjih karies še vedno predstavlja eno najpogostejših kroničnih bolezni otrok in mladostnikov, socialno-ekonomske razlike pa pomembno vplivajo na dostopnost preventivnih dejavnosti, ustnohigienske navade ter pojavnost bolezni ustne votline. Sodelujoči v raziskavi so tudi sami zaznavali več težav pri otrocih iz socialno bolj

ranljivih okolij, kar dodatno potrjuje pomen sistematičnih in univerzalno dostopnih preventivnih programov v šolskem prostoru.

Raziskava hkrati kaže na pomemben razkorak med strokovno opredeljenimi cilji programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ter njegovo dejansko izvedbo v praksi. Čeprav strokovne smernice jasno poudarjajo pomen kontinuiranega, sistematičnega in razvojno prilagojenega dela z otroki in mladostniki (Ranfl, et al., 2015; Markočič-Tadič, et al., 2016), rezultati raziskave kažejo, da je izvajanje programa pogosto odvisno predvsem od kadrovskih možnosti, organizacijskih pogojev in osebne angažiranosti posameznih izvajalcev. Posledično prihaja do neenotnosti izvajanja, omejenega vključevanja mladostnikov ter razlik med posameznimi okolji, kar zmanjšuje potencial programa za dolgoročno izboljševanje ustnega zdravja populacije.

Rezultati raziskave se ujemajo z ugotovitvami strokovne literature, ki poudarja pomen zgodnje, kontinuirane in sistematične vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Markočič-Tadič, et al. (2016) poudarjajo, da so za uspešno izvajanje preventivnih programov ključni praktična usmerjenost, prilagajanje razvojni stopnji otrok ter sodelovanje različnih strokovnjakov. Tudi v naši raziskavi so sodelujoči poudarjali pomen praktičnih prikazov, ponavljanja vsebin in dolgoročnega dela z otroki.

Podobno Ranfl, et al. (2015) izpostavljajo, da zdravstvenovzgojno delo ne temelji zgolj na posredovanju informacij, temveč predvsem na oblikovanju trajnih vedenjskih vzorcev in razvijanju odgovornosti za lastno zdravje. Rezultati raziskave kažejo, da izvajalci program vzgoje za ustno zdravje razumejo predvsem kot proces dolgoročnega oblikovanja navad in odnosa do ustnega zdravja, pri čemer pomembno vlogo pripisujejo šolskemu okolju.

Raziskava je hkrati pokazala, da kljub strokovno jasno opredeljenemu pomenu preventivne dejavnosti izvajanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v praksi pogosto ni enotno in je v veliki meri odvisno od organizacijskih pogojev, podpore vodstva šol ter osebne angažiranosti posameznih izvajalcev. To potrjuje ugotovitve

literature, da formalna umeščenost preventivnih programov sama po sebi še ne zagotavlja njihove enotne in kakovostne izvedbe.

V zaključku lahko ugotovimo, da rezultati raziskave jasno odgovarjajo na vsa raziskovalna vprašanja in hkrati odpirajo pomembna izhodišča za nadaljnji razvoj programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Ključni izzivi vključujejo potrebo po večji sistemski podpori, izboljšanju interdisciplinarnega sodelovanja, večji vključenosti staršev ter zagotavljanju ustreznih virov.

Kritična primerjava z mednarodnimi sistemi dodatno potrjuje, da je za uspešnost programov ključna integracija na sistemski ravni, kar vključuje jasne smernice, financiranje, usposabljanje in spremljanje kakovosti. Le s takšnim pristopom je mogoče zagotoviti dolgoročno izboljšanje ustnega zdravja otrok in mladostnikov ter zmanjšanje neenakosti v zdravju.

3.5.1 Omejitve raziskave

Pri interpretaciji rezultatov je treba upoštevati več omejitev raziskave.

Prva omejitev izhaja iz uporabljenega kvalitativnega raziskovalnega pristopa. Ta omogoča poglobljeno razumevanje stališč in izkušenj sodelujočih, ne omogoča pa statističnega posploševanja ugotovitev na širšo populacijo.

Druga omejitev je povezana z vzorcem sodelujočih. V raziskavo so bili vključeni predstavniki treh strokovnih skupin, vendar vzorec ni bil reprezentativen, zato ugotovitve odražajo predvsem izkušnje sodelujočih.

Tretja omejitev se nanaša na način zbiranja podatkov. Podatki temeljijo na samooceni sodelujočih, zato odražajo subjektivna zaznavanja, pri čemer ni mogoče izključiti vpliva socialno zaželenih odgovorov.

Četrta omejitev je povezana z uporabo fokusnih skupin. Skupinska dinamika je sicer omogočila poglobljeno razpravo, vendar je lahko vplivala tudi na izražanje posameznih mnenj.

Kljub navedenim omejitvam raziskava omogoča poglobljen vpogled v razumevanje vzgoje za ustno zdravje v šolskem prostoru ter izpostavlja vloge strokovnjakov, organizacijske izzive in možnosti nadaljnjega razvoja programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov.

4 ZAKLJUČEK

Raziskava potrjuje, da medicinske sestre, učitelji in šolski zobozdravniki vzgojo za ustno zdravje otrok in mladostnikov razumejo kot pomemben in nujen del preventivnega delovanja v šolskem prostoru. Med strokovnjaki ni bistvenih razlik v temeljnem zaznavanju pomena programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, temveč predvsem v poudarkih, ki izhajajo iz njihovih profesionalnih vlog. To kaže na visoko stopnjo strokovne usklajenosti glede ciljev programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, hkrati pa razkriva, da ta usklajenost ni ustrezno podprta z jasno opredeljenimi sistemskimi rešitvami.

Rezultati poudarjajo, da so za učinkovito izvajanje ključni sistematičnost, kontinuiteta in zgodnji začetek delovanja, saj šolsko okolje omogoča dolgoročno oblikovanje zdravstvenih navad. Program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ima po ocenah izvajalcev večplastne pozitivne učinke, ki presegajo zgolj izboljšanje ustnega zdravja in vključujejo tudi vpliv na odnos otrok do lastnega zdravja, samozavest in zmanjševanje strahu pred zobozdravstveno obravnavo. Kljub temu ti učinki niso enakomerno doseženi, saj je njihova izvedba v veliki meri odvisna od konkretnega okolja, v katerem se program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov izvaja.

Raziskava jasno pokaže, da je vloga medicinskih sester osrednja in nosilna, saj združuje izvedbeni, organizacijski in povezovalni vidik programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov. Vloga učiteljev ostaja predvsem podporna, medtem ko je vloga zobozdravnikov sicer strokovno ključna, vendar v praksi premalo sistematično vključena. Takšna razporeditev vlog razkriva strukturno neravnovesje, ki vpliva na celovitost in kakovost izvajanja. Medpoklicno sodelovanje je sicer prepoznano kot nujno, vendar v praksi pogosto ostaja neformalno, nepovezano in odvisno od posameznikov, kar zmanjšuje njegovo učinkovitost in trajnost.

Ključne ovire, ki jih raziskava identificira, niso presenetljive, vendar so izrazito sistemske narave: pomanjkanje kadra, časovne omejitve, neustrezni prostorski in didaktični pogoji ter neenotna organizacijska podpora. Dodatno problematiko predstavljata omejena

vklučenost zobozdravnikov in težje vključevanje mladostnikov, kar kaže na pomanjkanje razvojno prilagojenih pristopov. Pomemben dejavnik neenotnosti je tudi variabilna podpora vodstev šol in staršev, kar pomeni, da program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ni enakovredno dostopen vsem ciljnim skupinam.

Najpomembnejša ugotovitev raziskave je, da temeljni problem programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ni v njegovi vsebinski ali strokovni neustreznosti, temveč v pomanjkljivi sistemski umeščenosti. Program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov se pogosto izvaja kakovostno, vendar neenotno, saj je v veliki meri odvisen od osebne angažiranosti izvajalcev in lokalnih organizacijskih pogojev. Takšna odvisnost od posameznikov pomeni, da program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov nima zagotovljene stabilnosti, predvidljivosti in enake ravni kakovosti na vseh lokacijah.

Kritično gledano to pomeni, da obstoječi model ne omogoča polnega izkoriščanja preventivnega potenciala vzgoje za ustno zdravje. Dokler program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov ne bo jasno umeščen v sistem z opredeljenimi standardi, pristojnostmi in kadrovskimi normativi, bo ostajal razdrobljen in neenakomeren. Trenutno stanje tako kaže na izrazit razkorak med tem, kar program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov lahko doseže, in tem, kar dejansko dosega v praksi.

Za preseganje teh omejitev je nujna sistemska nadgradnja, ki vključuje formalizacijo programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov, jasno opredelitev vlog vseh vključenih strokovnjakov, krepitev medpoklicnega sodelovanja ter zagotovitev ustreznih pogojev za izvajanje. Brez teh sprememb obstaja tveganje, da bo program vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov kljub visoki strokovni utemeljenosti ostal odvisen od individualnih prizadevanj in lokalnih okoliščin, kar dolgoročno zmanjšuje njegov vpliv na zdravje populacije.

Zaključimo lahko, da vzgoja za ustno zdravje otrok in mladostnikov v šolskem prostoru predstavlja pomembno javnozdravstveno priložnost, katere učinkovitost bo v prihodnje odvisna predvsem od prehoda iz delno fragmentiranega in neformalnega modela v jasno strukturiran, sistemsko podprt ter dolgoročno vzdržen program.

5 LITERATURA

Aarons, G.A., Sklar, M., Mustanski, B., Benbow, N. & Brown, C.H., 2021. Scaling-out evidence-based interventions to new populations or new health care delivery systems. *Implementation Science*, 16(1), p. 34.

Ahonen, E., Suominen, A.L. & Virtanen, J.I., 2023a. School nurses' involvement in oral health promotion: A Finnish cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 23, p. 101.

Ahonen, E., Suominen, A.L. & Virtanen, J.I., 2023b. Teachers' collaboration with health professionals in school-based health promotion: A qualitative study. *BMC Public Health*, 23, pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15688-3>.

Akera, P., Kennedy, S.E., Schutte, A.E., Richmond, R., Hodgins, M. & Lingam, R., 2023. Perceptions of oral health promotion in primary schools among health and education stakeholders: A qualitative study. *PLOS One*, 18(11), e0293761.

Aljafari, A., Gallagher, J.E. & Hosey, M.T., 2021. Impact of school-based oral health programmes on children's dental health and school performance: A systematic review. *Community Dental Health*, 38(1), pp. 5-12.

Atif, M., Tewari, N., Saji, S., Srivastav, S. & Rahul, M., 2024. Effectiveness of various methods of educating children and adolescents for the maintenance of oral health: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 34(3), pp. 229-245.

Bowling, A., 1997. *Research methods in health: Investigating health and health services*. Buckingham: Open University Press.

Bramantoro, T., Santoso, C.M., Hariyani, N., Setyowati, D., Zulfiana, A.A., Nor, N.A.M., Nagara, G. & Irmalia, W.R., 2021. Effectiveness of the school-based oral health

promotion programmes from preschool to high school: A systematic review. *PLOS One*, 16(8), e0256007.

Braun, V. & Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101.

Braun, V. & Clarke, V., 2021. *Thematic analysis: A practical guide*. London: Sage Publications.

Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T.M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K. & Pinheiro, P., 2021. Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), pp. 1-25. 10.1186/s12889-017-4267-y.

Chen, D., Li, C. & Gao, X., 2023. Teachers' perceptions of their role in promoting oral health in Chinese primary schools: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), p. 3021

Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M. & Rathmann, K., 2020. Health literacy and education: A systematic review of school-based interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), p. 8797.

Durlak, J.A. & DuPre, E.P., 2008. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), pp. 327-350.

Fixsen, D.L., Blase, K.A. & Van Dyke, M., 2021. *Implementation practice and science*. [online] Available at: <https://nirn.fpg.unc.edu> [Accessed 7 April 2026].

Gibson, W.J. & Brown, A., 2009. *Working with qualitative data*. London: Sage Publications.

Gomm, R., 2008. *Social research methodology: A critical introduction*. 2nd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Green, J. & Thorogood, N., 2004. *Qualitative methods for health research*. London: Sage Publications.

Jourdan, D., Mannix McNamara, P., Simar, C. & Geary, T., 2021. School health promotion: Theoretical and practical developments. *Global Health Promotion*, 28(2), pp. 5-13.

Kay, E. & Locker, D., 2020. Effectiveness of oral health promotion: A review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 48(2), pp. 85-95.

Macpherson, L.M.D., Anopa, Y., Conway, D.I. & McMahon, A.D., 2020. National supervised toothbrushing program and dental decay in Scotland. *Journal of Dental Research*, 99(4), pp. 1-8.

Maida, C.A., Hasan, H. & Spolsky, V.W., 2022. Investigating perceptions of teachers and school nurses on oral health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), p. 5460.

Markočič-Tadič, I., Čok, M. & Pucelj, V., 2016. *Vsakodnevna skrb za ustno zdravje: Usmeritve za izvajanje zobozdravstvene vzgoje in preventive v okviru preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Mason, M., 2010. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 11(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-11.3.1428>.

Mesec, B., 2023. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Morgan, D.L., 2023. *Basic and advanced focus groups*. Thousand Oaks: Sage.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2023. *Program zobozdravstvena vzgoja in preventiva za otroke in mladostnike*. [online] Available at: <https://nijz.si/programi/vzgoja-za-ustno-zdravje-otrok-in-mladostnikov/> [Accessed 7 April 2026].

Nakre, P.D. & Harikiran, A.G., 2022. Effectiveness of oral health education methods among children. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 12(2), pp. 123-130.

Nasser, M., Tellez, M. & Ismail, A., 2021. Effectiveness of oral health promotion in schools: A systematic review. *Journal of School Health*, 91(5), pp. 361-370.

Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D.E. & Moules, N.J., 2017. Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16, pp. 1-13.

Peres, M.A., Macpherson, L.M.D., Weyant, R.J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M.R., Listl, S., Celeste, R.K., Guarnizo-Herreño, C.C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P. & Watt, R.G., 2019. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), pp. 249-260.

Pyo, J., Lee, W., Choi, E.Y. & Jang, S.G., 2023. Qualitative research in healthcare: Necessity and characteristics. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 56(1), pp. 12–20.

Ranfl, M., Oikonomidis, C., Kosem, R. & Artnik, B., 2015. *Vzgoja za ustno zdravje: prehrana in higiena. Strokovna izhodišča*. [pdf] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/vzgoja_za_ustno_zdravje_pop_17_03_2017.pdf [Accessed 29 May 2026]

Skela-Savič, B., 2017. *Kvalitativno raziskovanje v zdravstveni negi*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Streubert, H.J. & Carpenter, D.R., 2011. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Vann, W.F., Lee, J.Y., Baker, D. & Divaris, K., 2010. Oral health literacy among female caregivers: Impact on oral health outcomes in early childhood. *Journal of Dental Research*, 89(12), pp. 1395-1400.

Vichayanrat, T., Steckler, A. & Tanasugarn, C., 2022. Barriers and facilitators to implementing school-based oral health programs. *BMC Oral Health*, 22, p. 123.

Watt, R.G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L.M.D., Venturelli, R., Listl, S., Weyant, R.J., Mathur, M.R., Guarnizo-Herreño, C.C., Celeste, R.K., Kearns, C. & Benzian, H., 2020. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *The Lancet*, 394(10194), pp. 261-272.

Widström, E. & Eaton, K.A., 2020. Oral healthcare systems in Europe. *Oral Health and Preventive Dentistry*, 18(1), pp. 1-10.

World Health Organization (WHO), 2021. *WHO guideline on school health services*. [online] Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029392> [Accessed 7 April 2026].

World Health Organization (WHO), 2022. *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*. [online] Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484> [Accessed 7 April 2026].

World Medical Association, 2024. *Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human participants*. [online] Available at:

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [Accessed 7 May 2026].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2024. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

Spoštovani,

sem študentka podiplomskega študija Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, smer Promocija zdravja. Prosim vas za sodelovanje v raziskavi, ki jo opravljam v sklopu magistrskega dela pod mentorstvom doc. dr. Saše Kadivec. V magistrskem delu opravljam raziskavo o vzgoji za ustno zdravje otrok in mladostnikov v osnovnih šolah na Gorenjskem. Želimo ugotoviti, s katerimi ovirami se soočajo medicinske sestre, učitelji in šolski zobozdravniki. Zanimali me bodo dostopnost, negativne in pozitivne izkušnje medicinskih sester, učiteljev in šolskih zobozdravnikov ter odnos do izvajanja vzgoje za ustno zdravje v šolskem okolju. Raziskava želi osvetliti, kako omenjeni strokovnjaki doživljajo svojo vlogo pri spodbujanju ustnega zdravja otrok in mladostnikov, kako ocenjujejo medpoklicno sodelovanje ter katere priložnosti prepoznavajo za izboljšanje in širšo vključitev teh vsebin v šolski kurikulum.

Barbara Zmerzlikar

Izjava o prostovoljni privolitvi k sodelovanju v raziskavi

Spodaj podpisani _____ se strinjam s sodelovanjem v raziskavi.

Podpis:

DEMOGRAFSKI PODATKI

Izobrazba:

Delovno mesto:

Starost (v letih):

Delovna doba (v letih):

VPRAŠANJA

1. Razumevanje vloge stroke pri vzgoji za ustno zdravje

- Kako v vaši stroki razumete svojo vlogo pri vzgoji za ustno zdravje otrok in mladostnikov v šolskem okolju?
- Kako pomembna se vam zdi vloga vaše poklicne skupine pri spodbujanju ustnega zdravja v osnovni šoli?
- Katere kompetence vaše stroke so po vašem mnenju ključne za učinkovito izvajanje preventivnih dejavnosti na področju ustnega zdravja?

2. Sodelovanje med poklicnimi skupinami

- Kako ocenjujete sodelovanje med šolami, zdravstvenim osebjem in šolskimi zobozdravniki pri izvajanju vzgoje za ustno zdravje?
- Kateri vidiki medpoklicnega sodelovanja se vam zdijo najbolj učinkoviti?
- Kje vidite največje priložnosti za izboljšanje sodelovanja med strokovnimi skupinami?

3. Vsebine, metode in implementacija preventive v šolski praksi

- Katere vsebine in metode se po vašem mnenju najučinkoviteje uporabljajo pri ozaveščanju otrok in mladostnikov o ustnem zdravju?
- Kako pogosto ter na kakšen način je tematika ustnega zdravja vključena v redne dejavnosti šolskega procesa na vaši šoli (npr. naravoslovni dnevi, delavnice, dnevi zdravja, aktivne metode učenja ščetkanja, kontrole čistoče zob)?
- Katere pristope ali didaktične metode bi bilo po vašem mnenju treba okrepiti ali uvesti?

4. Izzivi, ovire in dejavniki učinkovitosti

- S katerimi ključnimi izzivi se srečujete pri izvajanju vzgoje za ustno zdravje v šolskem prostoru?
- Katere ovire (kadrovske, organizacijske, motivacijske, časovne) najbolj vplivajo na izvajanje preventivnih dejavnosti?
- Katere dejavnike prepoznate kot podporne pri izboljševanju ustnega zdravja otrok in mladostnikov?
- Kaj bi po vašem mnenju lahko pomembno prispevalo k večji ozaveščenosti in boljši usposobljenosti učencev za izvajanje ustne higiene?

5. Priložnosti za razvoj in kurikularno vključevanje preventive

- Katere priložnosti prepoznate za izboljšanje ali širitev preventivnih programov ustnega zdravja v osnovnih šolah?
- Kako bi si predstavljali učinkovitejšo vključitev vsebin ustnega zdravja v šolski kurikulum?
- Kako bi lahko okrepili vlogo medicinskih sester pri vzgoji za ustno zdravje v osnovnih šolah?

6.2 TABELE REZULTATOV

Tabela 1: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Razumevanje pomena vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov

kategorija	podkategorija	koda
organizacijske značilnosti programa	sistematično organizirana preventivna skrb	sistematična skrb za preventivo
		pomanjkanje časa za učenje ustne higiene v sklopu obravnave v zobni ambulanti
		ponavljanje enakih informacij na različnih stičnih točkah
	kontinuiranost preventive	skozi celotno šolsko leto
		od predšolskega obdobja naprej
	dostopnost in umeščenost v (pred)šolsko okolje	doseg otrok iz vseh socio-demografskih okolij
vzgojno-podporna vloga programa	učenje ustreznih veščin ustne higiene	učenje pravilne tehnike čiščenja zob
	ozaveščanje o pomenu zdravja ustne votline	pomembnost ozaveščanja o pomenu zdravja ustne votline
	spodbujanje zdravih navad in odgovornosti za lastno zdravje	učenje rutine
		vzgoja zdravih navad in skrbi zase
	nezadostna kompetentnost staršev za poučevanje ustne higiene	pomanjkljivo teoretično in praktično znanje o ustni higieni
		izbira neprimernih pripomočkov za ustno higieno
		nezadostno posvečanje pozornosti ustni higieni
		prelaganje odgovornosti za ustno higieno na druge osebe
	družbena raven	izboljšanje ustnega zdravja (pred)šolskih otrok
		manjši strah otrok pred zobozdravniki
		prihranek zavarovalnic
		negativne posledice pandemije covida-19 na ustno zdravje otrok in mladine
učinki programa	individualna raven	vpliv na pozitivno na samopodobo in samozavest

Tabela 2: Kategorije, podkategorije in kode teme Izkušnje sodelovanja med vpletenimi poklicnimi skupinami v okviru programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov

kategorija	podkategorija	koda
vloge vpletenih	izvajalci vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov	izvajalec programa
		strokovnost/znanje
		aktivni podporniki programa

kategorija	podkategorija	koda
	učitelji razrednega pouka	splošno ozaveščanje o pomenu ustnega zdravja in higiene
	zobozdravniki v šolski ambulanti	strokovni sodelavci
		aktivni podporniki programa
izvajalci vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov – učitelji razrednega pouka	prisotnost medsebojnega sodelovanja	večinoma pozitivne izkušnje
	poudarjanje pomena preventive	izobraževanja na roditeljskih sestankih
		organizacija delavnic čiščenja zob za starše (in otroke)
	olajšanje medsebojnega sodelovanja	napovedanost obiskov za učitelje
izvajalci vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov – zobozdravniki v šolski ambulanti	prisotnost medsebojnega sodelovanja	večinoma pozitivne izkušnje
		izvajalci programa izrazili željo po bolj intenzivnem sodelovanju
	poudarjanje pomena preventive	napotitev otrok na individualne delavnice
		združitev sistematskega pregleda in delavnice čiščenja zob
zobozdravniki v šolski ambulanti – učitelji razrednega pouka	izmenjava informacij	izmenjava informacij
	prisotnost medsebojnega sodelovanja	redka interakcija
	organizacija skupinskih sistematskih pregledov	organizacija skupinskih sistematskih pregledov
dejavniki, ki vplivajo na sodelovanje deležnikov v programu	individualna raven	dobri medosebni odnosi med vpletenimi
		osebna angažiranost izvajalcev vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov
	sistemska raven	prisotnost zobozdravstvene ambulante na OŠ
		razlike v pripravljenosti šol za sodelovanje

Tabela 3: Kategorije, podkategorije in kode teme Izvajanja programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v šolah za otroke s posebnimi potrebami

kategorija	podkategorija	koda
enako		postopek pregleda zob
razlika	stanje ustne higiene	splošna slabša ustna higiena otrok s posebnimi potrebami
	postopek izvajanja programa	večje prilagajanje specifičnim potrebam/lastnostim otrok
		potrebne več spodbude
		časovna komponenta (več časa na posameznega otroka)
	sodelovanje z drugimi deležniki	več informacij o otroku s strani učiteljev
		slabša odzivnost med starši

Tabela 4: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Izzivi in ovire pri izvajanju programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov

kategorija	podkategorija	koda
izzivi za izvajalce vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov	organizacijski vidik	pomanjkanje kadra
		izzivi zaradi umestitve programa pod Center za krepitev zdravja
		tveganje nedoseganja normativov v primeru nekooperativnosti učiteljev
	delovni pogoji	neustrezni pogoji za izvajanje programa
		pomanjkanje didaktičnih pripomočkov
	delovne obremenitve	časovna stiska pri izvajanju programa
		veliki normativi v razredih
		večja zahtevnost dela zaradi raznolikih potreb otrok (npr. priseljenci, otroci s posebnimi potrebami)
	znanje in usposobljenost	pomanjkanje izobraževanj na področju pedagoških kompetenc
		pomanjkljivo strokovno izobraževanje na tem področju v času formalnega izobraževanja
	priznavanje in podpora programu	nezadostna podpora programu s strani vključenih deležnikov
izzivi za učitelje razrednega pouka	vpliv na učni proces	časovna stiska zaradi obsežnosti učnega programa
		izvajanje programa lahko moteče vpliva na pozornost drugih učencev
	individualne značilnosti učiteljev	razlike v prilagodljivosti učiteljev
		razlike v naklonjenosti učiteljev programu
	GDPR in pravice otrok	slabša seznanjenost učiteljev z rezultati učencev
		starševskih stališč praviloma ne poskušajo spreminjati
izzivi za zobozdravnike v šolski ambulant	poznavanje programa vzgoje za ustno zdravje otrok	slaba seznanjenost z vsebino programa
	ovire za večjo vključenost v program	pomanjkanje časa
	odnos zobozdravnikov do programa	nenaklonjenost določenih zobozdravnikov programu
izzivi programa na splošno	izključenost mladostnikov	odsotnost obiskov od 6. razreda naprej
		splošna nižja zainteresiranost najstnikov za ustno higieno
	odnos staršev	odklonilen odnos določenih staršev
		izrazita, a strokovno neustrezna stališča
	odnos otrok	otrok obvestila o slabi ustni higieni ne obremenjujejo
	pomanjkanje sodelovanja med vpletenimi	pomanjkanje sodelovanja med izvajalci programa, sestrami in zobozdravniki

Tabela 5: Kategorije, podkategorije in kode teme Obravnava teme ustnega zdravja v okviru drugih programov ali vsebin

kategorija	podkategorija	koda
stik otrok	informiranje s strani učiteljev	naravoslovni dnevi in delavnice
		obrnava teme telesa v 4. razredu
		vsebine v okviru predmeta Spoznavanje okolja
		spontani pogovori, odvisni od interesa in pobude učitelja
	informiranje s strani zobozdravnikov	sistematski pregledi otrok v šoli
		informiranje o pomenu preventive v okviru sistematskih pregledov
stik staršev	informiranje s strani zobozdravnikov/izvajalcev programa	šola za starše
		informiranje o pomenu preventive v okviru sistematskih pregledov v zgodnjem otroštvu
	informiranje s strani izvajalcev programa	roditeljski sestanki

Tabela 6: Kategorije, podkategorije in kode teme Možnost vključitve programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v kurikulum osnovnih šol

kategorija	podkategorija	koda
možnosti sistemske vključitve v načrt dela šole	alternativne možnosti	vključenost v letni delovni načrt šole
		vključenost v obliki izbirnega predmeta
	predlog ureditve v prihodnosti	vključenost v kurikulum
prednosti	večja formalna teža programa	starši bi programu pripisali večji pomen
		otroci bi programu pripisali večji pomen
		večji poudarek na temi ustnega zdravja
		večje strokovno priznanje izvajalcev vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov
		možnost vrednotenja programa z oceno
	izvedba programa	poenotenje izvajanja na šolah
		obveza za učitelje
izzivi	vsebinski vidik	potreba po natančnem definiranju zaradi kompleksnosti
		nejasnosti glede izvajalcev programa in obsega dela
	pristojnosti in odgovornosti	nejasnosti glede nosilca ocenjevanja programa
		pomanjkanje izvajalcev vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov za izvedbo programa
	organizacijski vidik	težave pri usklajevanju pristojnih organov
		izzivi pri definiranju plačila izvajalcev vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov

Tabela 7: Kategorije, podkategorije in kode teme Ideje in predlogi razvoja programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov v prihodnosti

kategorija	podkategorija	koda
krepitev sodelovanja med vsemi deležniki		intenziviranje medpoklicnega sodelovanja
		ureditev sodelovanja med deležniki na sistemski ravni
	poudarjanje pomena programa vzgoje za ustno zdravje otrok in mladostnikov s strani zobozdravnikov	prinašanje kartončka k zobozdravniku
		zobozdravniki prejmejo povratne informacije o individualni delavnici
poudarjanje pomena preventive	morebitne sankcije v primeru slabe ustne higiene	vključenost zobozdravnikov v predavanja na osnovnih šolah
		zavrnitev pregleda v primeru slabe higiene
		plačljivost storitev
aktivnejši pristop k predaji znanja	vpletenost učiteljev	vzor prek aktivnega sodelovanja pri čiščenju
	vpletenost staršev	aktivno učenje pravilnega čiščenja zob
	vpletenost vrstnikov	vzorniki med vrstniki
sistemska ureditev programa		vzpostavitev posebnih ordinacij za izvajalce programa
		razširitev programa na mladostnike