



УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ

ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ



**ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ
УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА,
РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА**

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Ментор: Проф. др Јасмина Пекић

Кандидат: Драгица Ранковић

Нови Сад, 2022. године

**ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА**

**УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ**

КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАЦИЈА¹

| | |
|---|--|
| Врста рада: | Докторска дисертација |
| Име и презиме аутора: | Драгица Ранковић |
| Ментор (титула, име, презиме, звање, институција) | Проф.др Јасмина Пекић, ванредни професор |
| Наслов рада: | Значај школовања деце у болничким условима из перспективе учитеља, родитеља и здравствених радника |
| Језик публикације (писмо): | Српски (ћирилица) |
| Физички опис рада: | Унети број: Страница 125 Поглавља 8 Референци 174 Табела 15 Слика 2 Графикона - Прилога 2 |
| Научна област: | Педагогија |
| Ужа научна област (научна дисциплина): | Методика наставе |
| Кључне речи / предметна одредница: | болничко школовање, уверења средине хоспитализованог детета, интелектуално напредовање, социо-емоционално напредовање, здравствено напредовање |
| Резиме на језику рада: | Школе у болницама поред терапеутског деловања имају и функцију социјализације и реинтеграције ученика у окружење матичне школе по повратку са болничког лечења. Основни циљ ове студије био је испитати уверења наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника о значају образовања деце на болничком лечењу и његовим ефектима на здравствени и психолошки статус хоспитализоване деце. Осим тога, фокус истраживања је био и на испитивању ускустава трију категорија испитаника у погледу остварене узајамне сарадње. С обзиром на корелациони нацрт истраживања, варијабле су условно подељене на независне и зависне. Независна варијабла у истраживању је школовање деце на болничком лечењу, односно укључивање хоспитализоване деце у |

¹ Аутор докторске дисертације потписао је и приложио следеће Обрасце:

5б – Изјава о ауторству;

5в – Изјава о истовестности штампане и електронске верзије и о личним подацима;

5г – Изјава о коришћењу.

Ове Изјаве се чувају на факултету у штампаном и електронском облику и не кориче се са тезом.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

| | |
|--|--|
| | <p>образовни процес. Зависна варијабла у истраживању односи се на: 1) важност болничког школовања; 2) ефекте болничког школовања на функционисање ученика у интелектуалном, социо-емоционалном; 3) искуства о међусобној сарадњи наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника у контексту образовања хоспитализованог ученика. Од социодемографских варијабли обухваћене су: старост, образовни ниво и дужина радног стажа. Истраживање је дескриптивног, корелационог типа, а у прикупљању података је примењана адаптирана верзија Упитника уверења дететове средине о болничком школовању, (Clark & Baluch, 1997), који је по први пут преведен на српски језик за потребе овог истраживања. У истраживању је учествовао 231 испитаник, од тога 46 мушкараца и 185 жена. Од укупног броја испитаника у истраживању је учествовало 59 наставника болничких школа, 68 родитеља хоспитализованих ученика и 104 здравствена радника. Истраживање је реализовано у Београду и Новом Саду у оквиру следећих образовних и здравствених установа: ОШ „Драган Херцог“ у Београду и ОШ „Ђорђе Натошевић“ - болничко одељење у Новом Саду; Универзитетска деčја клиника у Београду, Клиника за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ у Београду, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ у Београду и Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине у Новом Саду. На основу истраживања утврђено је да наставници, родитељи и здравствени радници имају позитивна уверења о важности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес. Осим тога, све три категорије испитаника имају позитивна уверења о ефектима болничког школовања на интелектуални, социо-емоционални и здравствени аспект функционисања хоспитализованих ученика. Напослетку, родитељи и наставници болничких школа су испољили висок степен задовољства узајамном сарадњом и сарадњом са здравственим радницима, док су здравствени радници сарадњу са наставницима оценили као незадовољавајућу.</p> <p>Кључне речи: болничко школовање, уверења средине хоспитализованог детета, интелектуално напредовање, социо-емоционално напредовање, здравствено напредовање</p> |
| Датум прихватања теме од стране надлежног већа: | |
| Датум одбране: (Попуњава одговарајућа служба) | |
| Чланови комисије: (титула, име, презиме, звање, институција) | Председник: Члан: Члан: Члан: |
| Напомена: | |

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

UNIVERSITY OF NOVI SAD
FACULTY OF PHILOSOPHY

KEY WORD DOCUMENTATION²

| | |
|--|--|
| Document type: | Doctoral dissertation |
| Author: | Dragica Ranković |
| Supervisor (title, first name, last name, position, institution) | Jasmina Pekić, PhD, associate professor |
| Thesis title: | The importance of educating children in hospital conditions from the perspective of teachers, parents and medical worker |
| Language of text (script): | Serbian language (_____ cyrilic _____) (cyrillic or latin script) |
| Physical description: | Number of: Pages 125 Chapters 8 References 174 Tables 15 Illustrations 2 Graphs - Appendices 2 |
| Scientific field: | pedagogy |
| Scientific subfield (scientific discipline): | teaching methodology |
| Subject, Key words: | hospital education, environmental beliefs of the hospitalized child, intellectual progress, socio-emotional progress, health progress |
| Abstract in English language: | In addition to therapeutic activities, schools in hospitals also have the function of socializing and reintegrating students into the home school environment upon their return from hospital treatment. The main goal of this study was to examine the beliefs of hospital school teachers, parents and health professionals about the importance of educating children in hospital treatment and its effects on the health and psychological status of hospitalized children. In addition, the focus of the research was to examine the experiences of three categories of respondents in terms of mutual cooperation. Given the correlation design of the research, the variables are conditionally divided into independent and dependent. An independent variable in the research is the education of children in hospital treatment, i.e. the inclusion of hospitalized children in the educational process. The dependent variables in the research refers to: 1) the importance of hospital education; 2) the effects of hospital education on the |

² The author of doctoral dissertation has signed the following Statements:

5б – Statement on the authority,

5в – Statement that the printed and e-version of doctoral dissertation are identical and about personal data,

5r – Statement on copyright licenses.

The paper and e-versions of Statements are held at the faculty and are not included into the printed thesis.

**ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА**

| | |
|---|--|
| | <p>functioning of students in intellectual and socio-emotional domains; 3) experiences of mutual cooperation of hospital school teachers, parents and health workers in the context of the education of a hospitalized student. Socio-demographic variables include: age, educational level and length of service. The research is of a descriptive, correlative type, and an adapted version of the Child Environmental Assurance Questionnaire on Hospital Education (Clark & Baluch, 1997) was used in data collection, which was translated into Serbian for the first time for the purposes of this research. The study involved 231 respondents, of which 46 were men and 185 women. Out of the total number of respondents, 59 teachers from hospital schools, 68 parents of hospitalized students and 104 health workers participated in the research. The research was conducted in Belgrade and Novi Sad within the following educational and health institutions: Elementary School "Dragan Hercog" in Belgrade and Elementary School "Djordje Natosevic" in Novi Sad; University Children's Clinic in Belgrade; Rehabilitation Clinic "Dr Miroslav Zotovic" in Belgrade; Institute for Maternal and Child Health of Serbia "Dr Vukan Cupic" in Belgrade and the Institute for Health Protection of Children and Youth of Vojvodina in Novi Sad. According to research, teachers, parents and health workers all have positive beliefs about the importance of including hospitalized children in the educational process. In addition, all three categories of respondents have positive beliefs about the effects of hospital education on the intellectual, socio-emotional and health aspects of the functioning of hospitalized students. Finally, parents and teachers of hospital schools showed a high degree of satisfaction with mutual cooperation and cooperation with health workers, while health workers assessed cooperation with teachers as unsatisfactory.</p> <p>Key words: hospital education, environmental beliefs of the hospitalized child, intellectual progress, socio-emotional progress, health progress</p> |
| Accepted on Scientific Board on: | |
| Defended: (Filled by the faculty service) | |
| Thesis Defend Board: (title, first name, last name, position, institution) | President: Member: Member: Member: |
| Note: | |

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

ЗАХВАЛНИЦА

Срдачно се захваљујем свом ментору проф.др Јасмини Пекић на пруженим конструктивним, стручним саветима и смерницама у току писања дисертације.

Такође бих желела да се захвалим учитељима, наставницима болничких школа, здравственим радницима и родитељима хоспитализованих ученика који су учествовали у истраживачком пројекту.

Овом приликом желим да се захвалим својим родитељима и сестри за пружену подршку и веру да ћу истрајати у свом раду.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

С А Д Р Ж А Ј

| | |
|--|-----------|
| УВОД..... | 9 |
| 1. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ ИСТРАЖИВАЊА..... | 11 |
| 1.1 Теорија еколошких система..... | 13 |
| 1.2 Екологија инклузивног образовања..... | 16 |
| 1.3 Сагледавање односа микроокружења током школовања хоспитализованих ученика крз екосистемску перспективу..... | 19 |
| 1.4 Примена биопсихосоцијалног оквира у терапеутске сврхе..... | 21 |
| 1.5 Образовање из угла конструктивизма..... | 25 |
| 1.6 Конструктивистичка теорија у инклузивном образовању..... | 27 |
| 1.7 Примена конструктивистичке теорије у раду болничких школа..... | 30 |
| 1.8 Холистичи приступ образовању..... | 31 |
| 1.8.1 Улога наставника у холистичком приступу образовању | 33 |
| 2. ШКОЛА У БОЛНИЦИ..... | 35 |
| 2.1 Утицај хоспитализације на дете..... | 35 |
| 2.2 Почетак развоја болничких школа..... | 38 |
| 2.3 Болничке школе као специфичан облик образовно-васпитног рада..... | 45 |
| 2.3.1 Циљеви образовно- васпитног рада болничких школа..... | 49 |
| 2.3.2 Преглед ранијих истраживања феномена болничког школовања..... | 51 |
| 2.4 Релације школовања деце у болничким условима и различитих развојних аспеката из угла болничке педагогије..... | 54 |
| 3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА..... | 57 |
| 3.1 Проблем истраживања..... | 57 |
| 3.2 Циљеви и задаци истраживања..... | 59 |
| 3.3 Хипотезе истраживања..... | 60 |
| 3.4 Варијабле истраживања..... | 60 |
| 3.5 Метод истраживања..... | 61 |

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

| | |
|--|------------|
| 4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА..... | 65 |
| 4.1 Провера факторске структуре Упитника о уверењима дететове средине о значају болничког школовања..... | 65 |
| 4.2 Провера хипотеза истраживања..... | 67 |
| 5. ДИСКУСИЈА..... | 80 |
| 5.1 Уверења наставника, родитеља и здравствених радника о важности укључивања хоспитализоване деце у наставни процес..... | 80 |
| 5.2 Уверења наставника, родитеља и здравствених радника о ефектима болничког школовања на функционисање детета у интелектуалном, социо-емоционалном и здравственом аспекту | 84 |
| 5.3 Искуства наставника, родитеља и здравствених радника о узајамној сарадњи..... | 87 |
| 6. ЗАКЉУЧАК..... | 93 |
| 7. ЛИТЕРАТУРА..... | 96 |
| 8. ПРИЛОЗИ..... | 112 |
| Прилог 1..... | 112 |
| Инструмент истраживања -Значај наставе за децу на болничком лечењу | |
| Прилог 2..... | 121 |
| Одобрење Етичког одбора здравствених установа за реализацију истраживања | |

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

УВОД

Болест у детињству чини дете психолошки специфичном и деликатном особом због посебне пажње коју захтева услед нарушеног здравственог стања. Хронична нарушеност здравственог стања код деце подразумева болести које су трајале или се очекује да ће трајати најмање шест месеци, уз високу вероватноћу јављања рецидива или погоршања, што уз лошу прогнозу каснијег здравственог статуса детата има широк дијапазон негативних реперкусија на укупан квалитет живота (Barnett et al. 2020).

Боравак деце у болници укључује временски захтевне опсервације и медицинске анализе различите врсте, што у већини случајева доводи до искључења детета из породичног окружења и школске средине, као и до редуковања социјалних интеракција и драстичног мењања свакодневних навика живљења. Дете нагло бива премештено у непознато окружење које генерише разноврсне стресоре и пратеће негативне емоционалне реакције, а у заокупљеношћу покушајима превладавања стреса, дете неретко нема способност да дату промену перципира као кризу пролазног карактера. Боравак у болници неминовно има одраз на сваки аспект дететовог психичког живота, потенцијално компромитујући ток његовог когнитивног, емоционалног и социјалног развоја (Arango Palacio et al., 2004). Прецизирајући могуће последице изолованости детета услед болничког лечња, неки аутори наводе да одвајање од породице и школе услед честих хоспитализација има негативног одраза на самопоуздање, мотивацију за учење и друштвени живот детета (Keehan, 2021).

Када се говори о деци која се налазе на болничком лечењу, идентификована су три важна фактора која се сматрају благотворним у процесу побољшања општег стања детета (Fassam, 1982, према Clark & Valuch, 1997):

- наставак школовања,
- ублажавање једноличности слободног времена приликом дуге хоспитализације,
- позитиван утицај окружења формираног током хоспитализације.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Укључивање детета у процес болничке наставе повећава вероватноћу да дете по завршетку хоспитализације неће заостајати за другом децом у погледу својих образовних постигнућа. Осим тога, наставни процес који се спроводи у оквиру болничких школа подразумева висок степен посвећености конкретном ученику који у целости заокупља фокус наставника, што делује подстицајно не само на учеников интелектуални, већ и на социо-емоционални развој.

У иницијалној фази концептуализовања болничких школа акценат је био на разради елемената наставног процеса – место одржавања наставе, прилагођавање наставног плана и програма, обезбеђивање наставних средстава и сл. Но, након сазнања о томе да болничко школовање може имати позитивног одраза и на домене функционисања детета који нису у директној вези са образовањем и когнитивним развојем, концептуални оквир болничког школовања проширује се у правцу разматрања могућих начина подстицања и дететовог социјалног и емоционалног развоја. Ово је постигнуто кроз индивидуализовани и диференцирани приступ у реализацији наставног процеса, који је осим стандардних елемената укључивао и сарадњу наставника са родитељима, здравственим радницима и стручним сарадницима у циљу пружања свеобухватне психолошке подршке ученицима током болничког школовања (Calvo Álvarez, 2017). Наставни рад у оквиру болничких школа подразумева увођење иновативних метода рада које доприносе не само лакшем овладавању новим наставним садржајима, већ и социјализацији и побољшању општег емоционалног стања ученика. Имајући у виду претходно описану вишеструку релевантност болничког школовања, као и важност удруженог деловања различитих актера из дететовог непосредног окружења, овај рад у фокусу разматрања има перцепцију значаја болничког школовања из перспективе наставника, родитеља и здравствених радника.

1. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ ИСТРАЖИВАЊА

Једнакост у образовању, односно образовање за све, представља концепт који надилази област образовања и подлеже јединственим политичким, економским и културним факторима (Zhang et al., 2014). Општеприхваћено је становиште да право на образовање представља основно људско право појединца и све више изражену потребу друштва. Квалитетно образовање подстиче интелектуални, социјални, морални и духовни развој појединаца, али оно истовремено представља и темељ економског и културног напретка једног друштва (Maleš i sar., 2014). Право на квалитетно образовање подразумева четири димензије чија заступљеност представља предуслов његове практичне остварености (Farnell, 2012):

- *расположивост образовања* – подразумева обавезу државе да оснива довољан број адекватно опремљених образовних установа које ће бити регионално дистрибуиране, а које су појединцу стављене на располагање у смислу могућности слободног одабира одређене установе и бесплатног образовања;
- *приступачност/доступност образовања* – односи се на укидање свих препрека у процесу реализације образовања, које имплицирају повлашћеност једних, односно дискриминацију других друштвених група и појединаца. Доступност школовања, такође, подразумева физичку близину образовних установа, нарочито у категорији маргинализованих друштвених група. Отежана физичка доступност образовања региструје се се у случајевима деце са телесним/физичким потешкоћама, као и код деце која су због болести и хоспитализације принуђена да на одређено време прекину редовно школовање;
- *прихватљивост образовања* – односи се на обавезу државе да обезбеди образовање према одређеним стандардима који подразумевају слободу у избору образовања, квалитетне и датој култури саображене наставне планове и програме, одговарајуће наставне методе и технике евалуације ученичког знања, као и промоцију људских права кроз образовно и васпитно деловање школе. Изостанак ове димензије за исход може имати неодговарајући квалитет образовних исхода, те нарушавање

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

достојанства личности детета уколико се крше његова основна права, што се дешава у случајевима имплементације грубих и неодмерених дисциплинских мера;

- *прилагодљивост образовања* – односи се на обавезу државе да прилагоди образовање осетљивим категоријама деце, као што су деца са посебним потребама, односно деца која припадају мањинским и маргинализованим групама. Прилагодљивост подразумева и флексибилност образовног система у смислу његове осетљивости на индивидуалне разлике међу ученицима у погледу својстава која представљају детерминанте школског постигнућа (ученичке способности, интересовања, мотивација за учење, особине личности итд.).

Осим имплементације описаних димензија, квалитетно образовање се постиже остваривањем ефикасности наставног процеса. Ефикасност наставног процеса, између осталог, се заснива на квалитету интеракција у оквиру школског окружења. Стимулативно школско окружење се у најширем смислу огледа у подстицању комуникације и реципрочних интеракција између наставника и ученика, док се у ужем смислу под стимулативним школским окружењем мисли на опскрбљеност окружења у коме се одвија учење адекватним дидактичким средствима, што све скупа има позитивног одраза на исходе у образовању (Таушан, 2015). Наведени аспекти школског окружења различито делују на бихејвиорално, емоционално и когнитивно функционисање ученика (Wang & Eccles, 2013). У том смислу, квалитет школског окружења може се дефинисати као скуп позитивних и негативних искустава у школи, као и осталих психичких доживљаја повезаних са специфичним подручјима школског живота (Leonard, 2002; Raboteg-Šarić i sar., 2009). Из овога видимо да образовни контекст садржи потенцијал за подстицајно деловање не само на интелектуалне способности детета, већ и на његов социо-емоционални развој. Бављење социо-емоционалним развојем подразумева креирање социјалних ситуација које фаворизују двосмерну комуникацију, не само на релацији наставник–ученик, већ и међу свим актерима који посредно или непосредно делују на учениково окружење. У процесу сталне интеракције појединца са средином, заједница у којој ученик борави сматра се кључним сегментом његовог развоја. Наиме, развој индивидуе не може се посматрати ван срединског контекста. Другим речима, да бисмо боље разумели процес формирања

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

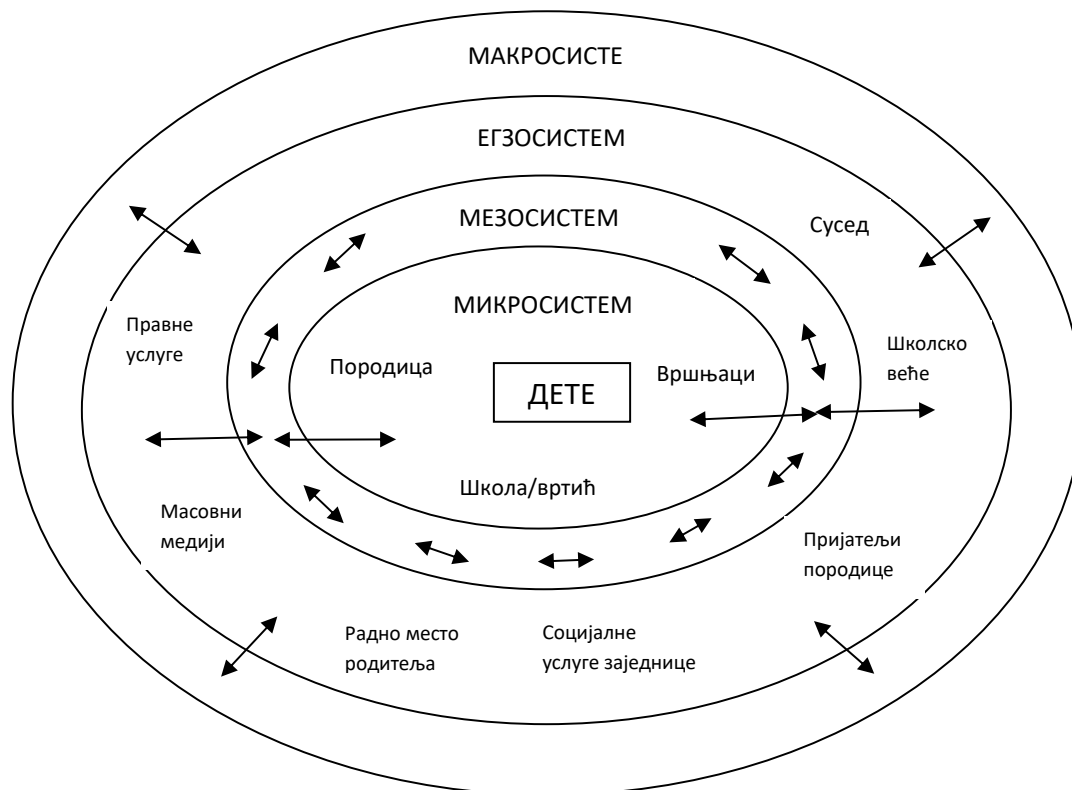
личности, неопходно је обухватно сагледати интеракцију појединца са релевантним сегментима његовог социјалног и културног окружења (Woolfolk et al., 2012).

1.1 Теорија еколошких система

Имајући у виду сазнања о важности срединског окружења за дететов целокупни психички развој, *теорија еколошких система* Јулија Бронфенбренера може се узети као најпримеренији теоријски оквир за детаљније појашњење механизма деловања друштвеног контекста на развој појединца. У оквиру поменуте теорије Бронфенбренаер (Bronfenbrenner, 1997) истиче међусобни утицај индивидуалних својстава појединца и карактеристика његовог окружења. Отуда неки аутори наводе да се појединац у Бронфенбреновој теорији „перципира као растући, променљиви, динамички ентитет“ (Маријевић, 2017, стр. 26) који се актуализује у оквиру окружења са којим ступа у сталне интеракције. У том смислу, дете и околина непрестано утичу једно на друго на начин који рефлектује двосмеран и трансакцијски однос (Hristovski, 2003; Rosa & Tudge, 2013). С тим у вези, еколошка теорија темељи се на претпоставци да је за разумевање развоја потребно сагледати међусобну интеракцију детета и његове околине која је увек двосмерна. Бронфенбренаер, дефинише комплексне и међусобно повезане „слојеве“ или системе окружења, од којих сваки има специфичан утицај на дечији развој (Paquett & Ryan, 2001). У току свог развоја дете пролази кроз низ система који на њега утичу одређеним интензитетом, зависно од његовог узраста и тренутног положаја у односу на дати систем. Ови елементи еколошког система представљени су у виду концентричних кругова у чијем се центру налази индивидуа у развоју. Системи најближи индивидуи су проксимални и имају најдиректнији утицај на њу, а што су слојеви окружења удаљенији од појединца као референтне тачке, утолико је и њихов утицај дисталан и посреднији. Прецизније речено, еколошка теорија диференцира четири елемента структуре еколошког система: *микросистем*, *мезосистем*, *егзосистем* и *макросистем* (Bronfenbrenner, 1986; Derksen, 2010).

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Слика 1. Еколошки модел развоја индивидуе (Šarac, 2020)



Микросистем представља први од елемената еколошког система који укључује породицу (родитеље и сиблинге), одељенску групу и вршњаке (Слика 1). Реч је о окружењу индивидуе које на њега најдиректније и најинтензивније утиче, те са којим појединац ступа у директне и продубљене интеракције. Према дефиницији микросистем представља „образац активности, улога и интерперсоналних односа доживљених од стране особе у развоју у датом окружењу са одређеним физичким, социјалним и симболичким карактеристикама које омогућавају или ометају укључивање у непрекидну, прогресивно усложњавајућу интеракцију са непосредним окружењем” (Bronfenbrenner, 1994, str. 39). Појединац у микросистему није пасиван објекат, већ као активан учесник развија вишеструке односе са непосредним окружењем који прати његов развој и мења се заједно са њим (Zuković, 2012). Комуникација у микросистему тече у оба смера тако да родитељи детета могу утицати на његова уверења и понашање, међутим, и дете утиче на понашања и

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

уверења родитеља (Paquette & Ryan, 2001; Zuković, 2012). Ова теорија се не задржава само на појашњењу интеракција унутар микросистема, већ га разматра у релацији са преосталим системима. С тим у вези, интеракције на спољним нивоима могу утицати на унутрашње структуре и посредно на појединца (Paquette & Ryan, 2001).

Мезосистем је систем који повезује више дететових микросистема. Другим речима, мезосистем чине односи између два или више непосредних окружења у којима особа која се развија активно учествује (Bronfenbrenner, 1997, стр. 36). Мезосистем постаје релевантан када особа у развоју ступа у ново окружење, те када је важно да се успоставе међусобне везе између родитеља, наставника, вршњачких и других група у дететовом непосредном окружењу (Zuković, 2012; Bronfenbrenner, 1997). За разлику од микросистема, мезосистем је нешто удаљенији од детета, зато што дете није директно укључено у њега, али значајно утиче на његов развој. Примера ради, наставници утичу на родитеље и родитељи на наставнике, а њихове интеракције консеквентно остварују утицај на дете (Woolfolk et al., 2012).

Систем који садржи сва социјална окружења која утичу на дете, иако дете у њима непосредно не учествује представља *егзосистем* (Bronfenbrenner, 1997). Примери егзосистема су: ресурси заједнице који се тичу здравствене заштите, верска заједница којој припада породица детета, радно место родитеља итд. (Woolfolk et al., 2012; Bronfenbrenner, 1997; Zuković, 2012). Интеракције срединских окружења на овом нивоу имају даљи и индиректан утицај на развој детета.

Макросистем је дефинисан као доследност у облицима и садржајима система нижег реда који се открива датом анализом културе или субкултуре као целине (Bronfenbrenner, 1997). Макросистем, заправо, представља ширу друштвену заједницу и њене вредности, законе, традицију, економске и социјалне услове, што све скупа остварује најпосреднији и најдаљи утицај на развој детета. Управо из тих разлога овај слој се сматра најмање транспарентним дететовим окружењем (Paquette & Ryan, 2001; Woolfolk et al., 2012).

Нешто касније, еколошка теорија је употпуњена и *хроносистемом* који обухвата димензију времена, тј. утицај времена на развој особе у околини у којој дете живи (Paquette & Ryan, 2001; Zuković, 2012). Примера ради, у зависности од дечијег узраста долази до

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

различитог реаговања на промене средине, као и од зрелости детета да дате промене препозна и прихвати (Paquette & Ryan, 2001).

Важно је истаћи да у актуелном раду мезосистем има централно место у разумевању различитих аспеката ученика на болничком школовању. При томе је потребно имати на уму да је феноменолошка перспектива коју Бронфенбренер сматра кључном за разумевање утицаја окружења на развој индивидуе замењена перспективом круцијалних елемената или „чланица“ учениковог мезосистема, попут породице, школе и болничког окружења. Прецизније речено, у актуелном раду фокус није усмерен на дететов доживљај релевантних елемената окружења, већ на узајамне односе родитеља, наставника и здравствених радника путем којих се настоји стећи увид у различите аспекте развоја ученика на болничком школовању.

1.2 Екологија инклузивног образовања

Светска декларација о „образовању за све“ истиче да „образовање може да помогне да се обезбеди сигуран, просперитетан и еколошки здрав свет, истовремено доприносиће социјалном, економском и културном напретку, толеранцији и међународној сарадњи“ (UNESCO, 1990, str. 2). У оквиру стратегије „образовање за све“ конципиран је читав низ психолошко-педагошких аспеката који представљају основу за квалитетно образовање, према савременим образовним парадигмама (Vrāšmaš, 2004, према Taušan, 2015, str. 18):

- развој детета зависи од окружења од момента рођења;
- на развој детета утичу реципрочни односи између индивидуе и његове уже и шире околине;
- стварни потенцијали за развој и учење индивидуе претварају се у способности и компетенције једино ако се позитивно стимулишу и усмеравају;
- сва деца могу да уче, једино што се разликује је шта уче и како уче;

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

- чак и ако стратегије учења корелирају са фазама развоја, постоји разноликост модела индивидуалног развоја, који је одређен индивидуалним специфичностима, темпом и стилем учења, као и интензитетом и адекватношћу утицаја средине;
- афирмисање различитих стилова учења унапређује индивидуални развој.

Бронфенбренер (Bronfenbrenner, 1997) је прилагодио еколошку теорију образовном пољу, истичући на тај начин кључне факторе који утичу на образовни процес индивидуе: први фактор који се односи на карактеристике ученика и околине која га окружује и други фактор који представља међусобне односе које ужа и шира околина ставља пред ученике (Hristovski, 2003; Kamenopoulou, 2016; Mahlo, 2013). У каснијем раду, Бронфенбренер је своју теорију реконцептуализовао као биоколошки модел људског развоја (Bronfenbrenner & Morris, 2006), где се фокус преусмерио са проучавања утицаја околине на људски развој, на развојне процесе који се доживљавају током времена. Ова разлика између две верзије Бронфенбренерове теорије је занимљива када се разматра концептуализација инклузивног образовања, јер управо карактеристике ученика детерминишу да ли ће ученик добити одговарајући образовно-васпитни третман. Међутим, окружења у којима се ученик налази, заједно са њиховим реципрочним односима, могу да утичу на образовне исходе (Radojević, 2011). Као што је већ речено, околина која окружује појединца, односно ученика, није статична већ као динамичан и променљив фактор утиче на њега. Те друштвене промене или тзв. еколошке транзиције, одигравају се читавог живота и представљају важне животне прекретнице као што су: полазак у школу, промена средине, промена посла итд. Биоколошка теорија посматра ученика у сложеном еколошком контексту који се састоји од бројних унутарпородичних и ванпородичних система који утичу на његов развој. Како би се осигурао успех инклузивног образовања, од кључног значаја јесте интегрисати појединачне и контекстуалне процесе и испитати међусобне односе међу еколошким системима (Bronfenbrenner & Morris, 2006; Karamatić Brčić, 2011).

Ученик се у највећој мери налази у језгру еколошких система шема у контексту инклузивног образовања. Све што се дешава унутар и између сваког од пет система (микросистем, мезосистем, егзосистем, макросистем и хроносистем), све одлуке и поступци који се предузимају, подлежу претпоставци о утилитарном карактеру датих акција, односно о остваривању корисних исхода по ученика (Anderson et al., 2014; Hristovski, 2003; Woolfolk

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

et al, 2011). Како истичу неки аутори (Aspin, 2007; Black-Hawkins, 2010; Booth & Ainscow, 2002; Hattie, 2012) инклузивно образовање најверодостојније описују три одреднице: учешће, постигнуће и вредност. Учесће захтева да ученик буде активно укључен у све аспекте школовања, како академски тако и друштвено, у виду социјалне партиципације. То захтева међусобну сарадњу са вршњацима и укљученост у богата и садржајна искуства учења, генерисана из датог курикулума (Evans, 2012, према Anderson et al., 2014). Постигнућа диктирају остваривање образовних циљева који задовољавају индивидуалне потребе унутар оквира курикулума (Slee, 2012). И на крају, ученике треба вредновати према њиховим способностима и могућностима које долазе до изражаја у школској средини.

Инклузивно образовање као друштвени конструкт, по дефиницији јесте процес којим су појединци укључени у социјално окружење или алтернативно из њега искључени (Mac Ruairc, 2013; Slee, 2012). С обзиром на друштвену природу, инклузивно образовање разматра односе између људи и друштвених система који су укључени у његово стварање, од појединца до националног и глобалног контекста у којима се индивидуа налази. Из перспективе еколошког развоја, деца са здравственим сметњама развијају се у сложенем друштвеном свету и неопходно је посматрати интеракције и промене које наступају током времена у контекстима различитог нивоа (Xu & Filler, 2008). Поред датих одредница инклузије, много је елемената који се налазе унутар различитих еколошких система инклузивног образовања који утичу на остваривање и реализацију концепта инклузивног образовања. Положај деце са здравственим тегобама одређен је друштвеним вредностима, ставовима и циљевима образовних и здравствених установа. Ученик са здравственим потешкоћама у свакој фази развоја има потребу за посебном заштитом и подршком које су социјално валидне и функционално утемељене. Ученик би требало да има доживљај прихваћености и уважавања, као и могућности избора и узимања учешћа у животу заједнице (Aspin, 2007). Са аспекта еколошког модела сви актери који су у узајамном и директном односу са учеником међусобно су условљени променама и интеракцијом елемената система у целини. Сходно томе, једнако као што постојање одређеног дисбаланса у породичном функционисању има негативног одраза на функционисање детета, тако и нарушено здравствено стање детета доводи до компромитовања породичне функционалности.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

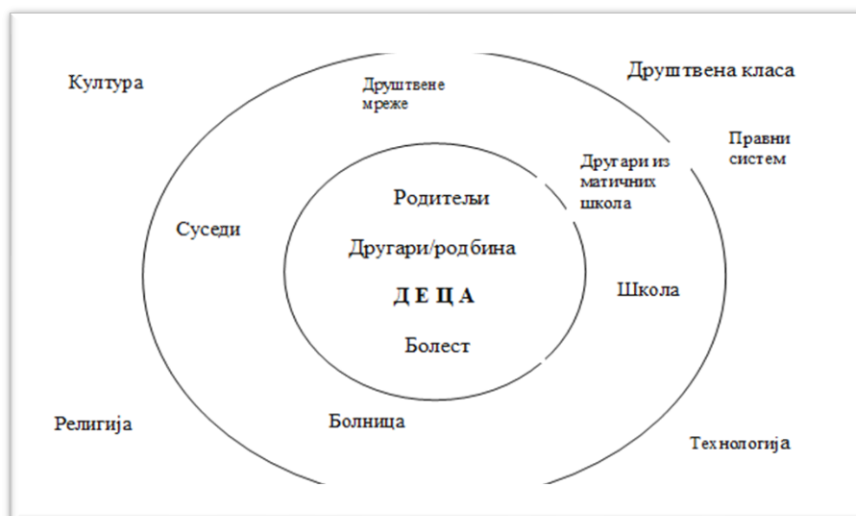
1.3 Сагледавање односа микроокружења током школовања хоспитализованих ученика кроз екосистемску перспективу

Примена еколошког модела равоја у образовном процесу довела је до тога да се већина образовних истраживања не могу ограничити искључиво на образовне установе. Прецизније речено, оно што се дешава или не дешава у образовном окружењу у великој мери зависи од догађаја и односа у другим сферама живота ученика (Bronfenbrenner, 1976). Екологија образовања се не може ограничити на услове и догађаје који се јављају у једном окружењу као што су: породица, школа, вршњачка група, радно место родитеља и сл. Наиме, на школски успех ученика утиче низ фактора који се у мањој или већој мери могу позитивно или негативно рефлектовати на школска постигнућа ученика. Дете у развоју живи и расте унутар неколико микросистема, при чему је најочљивији и најпроучаванији микросистем који се односи на породицу и њене подсистеме (Bronfenbrenner, 1979, Kazak, 2006). Имајући у виду поставке Бронфенбернерове еколошке теорије развоја, поред породице која представља примарни контекст у коме дете остварује односе са другима, важну улогу има и школа која не може да замени родитеље, али може да буде значајан фактор у дететовом развоју (Paquette & Ryan, 2001; Zuković, 2012). Бронфенбернерова еколошка теорија представља подесан референтни оквир за анализу утицаја социјалне подршке хоспитализованог детета на његов психолошки статус и развој, ток лечења и образовање у току хоспитализације. Посматрано са аспекта еколошке теорије, психолошки развој детета одвија се у контексту психосоцијалног здравственог модела (Kazak, 2006) који представља оквир за разумевање међусобних интеракција између детета, његовог здравственог статуса и породице као комплексне целине коју карактеришу бројни и разноврсни односи унутар и изван ње (Kazak & Meadows, 2000). Фокусирајући се на развој појединца у његовом социјалном контексту, Казак указује на могућност примене Бронфенбернерове еколошке теорије на специфичан развој детета са здравственим сметњама током хоспитализације. Као што се може уочити на слици 2, овако модификован еколошки модел у средишту има дете чији здравствени статус доприноси специфичности његовог непосредног окружења, у коме осим уобичајених елемената важно место заузимају

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

болница и школа (у болничким оквирима), због чега су и интеракције међу појединачним окружењима под значајним упливом дететовог здравственог стања. Окружење које у „редовним“ околностима чине другари и сиблинзи (браћа и сестре), у конкретном случају може обухватати и другу децу са којом дете са здравственим сметњама, услед дуге хоспитализације, дели свакодневицу и формира релације које по својој природи и динамици наликују односима са другарима и сиблинзима.

Слика 2. Еколошки модел примењен на развој детета са здравственим сметњама (Kazak, 2006)



Утицај непосредне средине или микросистема врло ретко је у истраживањима довођен у релацију са развојем хоспитализоване деце. Сходно томе, мало тога се зна о активностима, улогама и међусобним односима који владају у микросистему институционалног окружења, које се разликује од уобичајног развојног контекста породице и дома (Bronfenbrenner, 1997). Већина развојних истраживања која су се бавила хоспитализованом децом, односно децом из сиротишта, била су фокусирана на психолошке последице по појединца приликом дугог боравка у датим установама. Примена екосистемског приступа у проучавању ефеката болничких школа на децу која су на дужој или краћој хоспитализацији, доводи до

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

разумевања важности болничке наставе за децу на болничком лечењу у циљу повећања квалитета живота и бржег опоравка ове категорије ученика. У том смислу болничке школе своју важну учогу остварују кроз деловање различитих актера који на директан или индиректан начин могу да допринесу позитивном утицају болничког окружења на различите аспекте развоја детета током хоспитализације. Другим речима, вишеврним ефектима болничког школовања доприносе: наставници који раде у болничким школама спроводећи наставне и ваннаставне активности; министарство просвете које назначавља распон могућности за унапређење рада болничких школа; здравствене установе које нуде логистичку подршку за реализацију болничког школовања; здравствени радници који су у свакодневном контакту са хоспитализованом децом, као и здравствени психолози који спроводе саветодавни и психотерапијски рад са хоспитализованом децом и њиховим породицама; чланови породице хоспитализоване деце који проводе време са хоспитализованом децом у дозвољеним временским оквирима, али остварују и интеракцију са наставницима и здравственим радницима (Calvo Álvarez, 2017; Janin et al., 2018; Oberstein Gold, 2012; Ranković, 2019; Ratnapalan, Rayar & Crawley, 2009; Zuković i Milutinović, 2011).

1.4 Примена биопсихосоцијалног оквира у терапеутске сврхе

На основу бројних релевантних извора (Bronfenbrenner, 1997; Kazak & Meadows, 2000; Seginer, 2009; Schwartz et al., 2011; Zuković, 2012) квалитет подршке коју породица пружа деци је у корелацији са њиховим психолошким карактеристикама, у првом реду са капацитетима за суочавање са стресним околностима које болест и боравак у болници неминовно намећу. Родитељи имају централну улогу у животу детета и процесу његовог оздрављења (Bronfenbrenner, 1979; Kazak, 2006). Важност укључивања родитеља у здравствене процедуре које се тичу хоспитализоване деце, прва је увидела педијатријска здравствена нега, фокусирајући се паралелно на пружање подршке родитељима хоспитализоване деце и јачање интеракција са породицом оболелог детета (Pettoello-Mantovani et al, 2009). На основу тога, у релевантној литератури се истиче значај успостављања сарадње између педијатријске службе и родитеља хоспитализоване деце у виду пружања консултативне подршке која има терапеутски утицај на родитеље, при чему

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

се наводи да је „консултативни циљ шири него санирање одређене патологије“ (Kazak et al., 2003, str. 163). Благотворни утицај педијатријских консултација од стране здравствених радника огледа се кроз остваривање следећих циљева: 1) јачање родитељских механизма за суочавање са емоционалним изазовима приликом сазнања да им је дете хоспитализовано; 2) успостављање односа узајамног поверења како би се обезбедила успешна колаборација током трајања лечења хоспитализоване деце; 3) развој стратегије решавања конфликта унутар породице, односно између породице и других група са којима дете остварује значајне интеракције, а то су: здравствени тим и наставници болничких школа (Janin et al., 2018; Kazak et al., 2003; Zebrack, 2011).

Породични протокол за педијатријске консултације (Табела 1) представља оквир за изграђивање терапеутске тријаде (дете, породица, здравствени тим) која има за циљ да повеже пацијента, породицу и здравствени тим у процесу побољшања адаптације детета на хоспитализацију. С тим у вези, отвара се поље примене екосистемског приступа у активностима терапеутске тријаде, која се реализује кроз четири начела: придруживање, фокусирање, подстицање компетенција и сарадња (Kazak et al., 2002, str. 135-137)

Придруживање

Успостављање и одржавање терапеутског односа од суштинске је важности за сваки рад са пацијентима и њиховим породицама. У породичној терапији, процес изграђивања односа са члановима породице често се назива придруживање. Придруживање укључује пацијенте, родитеље/породицу и здравствени тим.

Фокусирање

Иако се промена очекује на нивоу породице као система, од посебне је важности да се фокус саветовања усмери на аспекте који су у тесној вези са давањем конкретних смерница и препорука од стране терапеута. Један од примера прецизних смерница гласи: „Шта конкретно може бити предузето са циљем редуковања стреса који произилази из искуства подвргавања пацијента оперативном захвату?“. Остваривање фокуса на претходно описани начин постиже се кроз формирање специфичног обрасца решавања проблема који подразумева тзв. утроугљавање пацијента, породице и здравственог система који удружено

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

делују у циљу ублажавања негативних емоционалних реакција које дете доживљава у процесу хоспитализације.

Подстицање компетенција

Начело подстицања компетенција огледа се у посматрању симптома дистреса као покушаја успостављања већег степена адаптабилности у психичком функционисању хоспитализованог детета. Другим речима, уместо тенденције патологизирања промена у понашању које се уобичајено препознају као симптоми одређених психичких сметњи, породична терапија се на овом месту бави променом перспективе на начин да се на симптоме гледа као на личне снаге или компетенције за позитивне промене у понашању. Примера ради, уколико пацијент испољава потиштеност и тугу, уместо приписивања етикете депресивности, на овакве промене се гледа као на високе потенцијале или компетенције за идентификовање личног губитка (у конкретном случају, губитак се односи на изостанак „нормалног“ живота изван болнице). Сходно томе, пацијент се подстиче да овако схваћене компетенције стави у функцију остваривања позитивних промена у психичком функционисању.

Сарадња

Сарадња је централна окосница терапијског рада. При томе се пре свега мисли на позицију консултанта/терапеута који не делује самостално, већ остварује сарадњу са породицом пацијента, са једне стране и медицинским особљем, са друге стране. Консултант постаје партнер са породицом и медицинским тимом, доприносећи промени у раду терапеутске тријаде и његова саветодавна улога у тиму (пацијент, родитељи и здравствени радници) завршава се када међусобни односи унутар дате тријаде постану адекватани и сврсисходни. Успостављањем заједничке одговорности за решавање проблема, подстиче се компетенција свих учесника у процесу проналажења решења.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Табела 1

Породични системски протокол за педијатријске консултације (Kazak et al., 2002; Lozanović i Radivojević, 2017)

| Консултативни кораци | Циљеви | Конкретни кораци |
|----------------------|--|---|
| Препорука | Дефинисати консултативна питање Формирати фокусно питање у првом консултативном кораку Одредити саветника | Планирање рада са породицом Интеракције и очекивања Идентификација терапеутске тријаде |
| Процена | Постављање хипотезе Утврђивање неопходних ресурса Фокус на решење проблема | Изградња поверења, нпр. питањем „Како вам могу бити од помоћи?“ Укључити терапеутску тријаду при дефинисању проблема |
| Сарадња | Међусобна сарадња између учесника терапеутске тријаде у доношењу решења поступака Применити активност замена улога у процесу међусобног упознавања | Дефинисати улоге и функције терапеутске тријаде Размотрити могућност да се укључе и други помагачи и пружаоци подршке |
| Исходи | Испитати мишљења родитеља, пацијената и медицинског тима о исходима терапеутских третмана и поступака. Доношење заједничких одлука о следећим корацима. | Заједно са родитељима поставити реалистичне циљеве третмана; дефинисати очекивања као и услове спровођења поступака или третмана Заједно са родитељима евалуирати план рада Осигурати сталну везу међу члановима тријаде. |

1.5 Образовање из угла конструктивизма

Осамдесетих и деведесетих година прошлог века, конструктивизам се профилисао као једна од најутицајнијих парадигми у домену учења и подучавања, односно као „скуп образовних уверења о најбољим начинима подршке учењу“ у формалном и неформалном образовном контексту (Babić, 2007, str. 221). Иако се конструктивизам одређује као самоорганизован и самоодговоран процес конструкције знања, ова теоријска позиција не искључује традиционалне методе и облике учења и подучавања (Gojkov i Stojanović, 2011). Теорија конструктивизма истиче да особе конструишу нова знања и стичу нове увиде путем сложене интеракције постојећих знања и нових идеја, догађаја и активности у које су укључени (Мушановић, 2000; Јурић i сар., 2001). Како наводе неки аутори (Gagnon & Collay, 2001) конструктивистичко становиште заговара богато и интерактивно окружење, које ученику даје потребна знања за решавање проблема (Gagnon & Collay, 2001, према Ozcan & Uzunboylu, 2015). Процес учења, према конструктивистичкој теорији, одвија се на темељима ученикове конструкције и реконструкције знања, која настаје ученичким интеракцијама са спољашњим светом у одређеном социокултурном контексту (Мушановић, 2000). У конструктивистичком дискурсу активности учења не одликује пасивност већ активан став особе која учи – укљученост у оно што се учи, истраживачке активности, решавање проблема и сарадња с другима (Мушановић, 2000). Наиме, потребно је подстаћи ученике да самостално откривају и уче, тако што дате садржаје треба претходно трансформисати у облик који је прилагођен нивоу већ стеченог и усвојеног знања (Јурчевић Lozančić i сар. 2015). Према тумачењу конструктивиста, знање се стиче активним упознавањем нових садржаја, а не опонашањем или меморисањем информација посредством механичког понављања. Дакле, знање се не може директно преносити са наставника на ученика, већ ученик мора активно да конструише знање.

Поред других значајних доприноса који произилазе из назначавња активне улоге ученика у процесу учења, конструктивизам ставља акценат и на специфичну социјално-образовну комуникацију. Наиме, у складу са поставкама ове теорије, током самог учења ученик развија своју личну образовну културу, што, посматрано из ширег аспекта,

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

доприноси развоју његове личне аутономије. Отуда, разумевање дететове личности подразумева њено сагледавање у специфичном контексту учења. Познавање ученика и његових потенцијала за учење, од стране наставника или стручних сарадника школе, представља предуслов бољег планирања образовно-васпитног рада.

У оквиру конструктивистичког приступа могуће је диференцирати неколико различитих теорија међу којима су најутицајније: Пијажеова теорија индивидуалног конструктивизма и теорија социјалног конструктивизма Лава Виготског. За развој образовних наука од кључног значаја је назначаваче одређене конструктивистичке позиције као доминантне (Jurčić i sar, 2001). На основу тога можемо рећи да је у образовним наукама највише заступљен радикални и социјални конструктивизам, због њиховог највећег утицаја на учење и подучавање.

Радикални конструктивисти тумаче учење као процес конструисања или стварања смисла о искуственом свету. У учењу и подучавању ученика „грешке” се виде као нешто позитивно, јер пружају увид у начин конструисања њиховог искуственог света (Babić, 2007). Како Ернест наводи, основна замерка радикалном конструктивизму је наглашавање индивидуалног аспекта учења, уз занемаривање социјалног (Ernest, 1999, према: Babić 2007). Социјални конструктивизам има исходиште у традиционалном пијажеовском конструктивизму који наглашава да у процесу конструкције стварности детету није могуће пренети унапред формулисано знање. Отуда радикални конструктивизам прави критички осврт на традиционалне поставке овог учења, истичућући да знање које се активно конструише зависи од структуре субјекта сазнања, те да као такво не може да буде веродостајан одраз реалног света, како је то тврдио Пијаже (Milutinović, 2011). Поред радикалног и социјалног конструктивизма, неки аутори се залажу за „умерени конструктивизам” (Weinert & Mandl, 1997) предлажући коегзистенцију између конструкције и инструкције, отуда што конструктивистички приступ учења не развија код свих ученика активне, конструктивне и самоорганизоване процесе у току учења, као и због тога што се овакав приступ не може применити на свим садржајима и циљевима учења (Gojkov i Stojanović, 2011; Jukić, 2013).

1.6 Конструктивистичка теорија у инклузивном образовању

Субјективистичко начело преиспитује схватања да је човек биће које прихвата свет као објективну стварност, истичући да *особа себе и своје окружење конструише*, односно опажа и мења у складу са јединственим мерилима своје особености (Jurić i sar., 2001, str. 22). Ово начело конструктивизма, у оквиру инклузивног образовања, значајно је јер се детету са сметњама у развоју укљученом у редовни образовно-васпитни систем омогућава да субјективно конструише стварност око себе. Осим тога, инклузивна пракса у образовном процесу омогућава ученицима да формирају, опазе и увиде значај заједничког живота, као и да прихвате различитост на свим нивоима. Конструктивистичким схватањем се потврђује значај инклузивног образовања у сагледавању интеграције деце са сметњама у развоју у подстицајну, природну средину вршњака, у оквиру редовног образовног система. Пут реализације инклузивне културе, инклузивне политике и инклузивне праксе реализује се применом следећих конструктивистичких принципа (Milutinović, 2005, str. 169):

- Према конструктивистичкој перспективи *нема стриктног придржавања прописаног курикулума*, јер се може догодити да деца неће моћи да повежу садржај учења са претходним искуствима и знањима.
- Циљ учења је вођен принципом интеракције са околином, која искључиво има за циљ да осигура *опстанак детета у систему*, тако да се развију вештине и способности које су корисне у реалном животу.
- *Окружење учења* (инструкциони материјал, радна соба, учионица, медији, помоћна средства и сама установа као организација) треба да рефлектује комплексност околине у стварном свету.
- *Учење учења* представља развој оруђа мишљења, као и генерално постојање свести о сопственом процесу мишљења и учења.
- Детету је потребна интеракција са другима, односно *кооперативно учење* за сврху успостављања консензуса са окружењем.

У контексту педагошке науке и развоја образовања указује се на потпуну укљученост и активност особе која се образује. Због тога су од велике важности ситуације

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

у којима се одвија процес учења. Деца са сметњама у развоју морају бити максимално активна у свом процесу образовања и учења, јер инклузивно образовање то налаже и омогућује. Квалитет развоја личности умногоме зависи од квалитета међуљудских односа, као и од начина и ангажовања особе у конструкцији стварности. Садржај образовања треба да буде дететово искуство, али не као скуп изолованих и засебних догађаја у његовом животу, већ као стил мишљења, степен аспирације, мотивације, стваралаштва, формираности слике о себи, укључујући и емоционална искуства (Grainger & Tod, 2013; Ranković, 2017; Velišek Braško, 2013). Педагошка пракса мора да се односи на стварање подстицајних образовних и васпитних ситуација. Таква средина својом разноврсношћу омогућава стицање различитих социјалних искустава. Подстицајна средина за учење омогућава формално и неформално учење, као и сарадничке и стимулативне такмичарске односе међу децом. У њима деца уче да препознају доминантне обрасце који утичу на мишљење и активност особе у процесу стицања социјалних искустава и успостављања социјалних односа. Развијањем квалитетних социјалних односа у подстицајној средини, постиже се социјална инклузија. Интеграција деце са сметњама у развоју у редован систем образовања отвара пут ка социјалној инклузији, која је без интеракције са околином незамислива.

Конструктивизам захтева реорганизацију у актуелној образовно-васпитној пракси како би модели конструктивистичког учења били применљиви и функционални. Једна од кључних ставки у реорганизацији рада била би и прилагођавање курикулума по мери детета, његовим потребама и могућностима (Milutinović, 2005). Курикулум, по овом схватању, обухвата дететова укупна искуства која су стицана током процеса образовања у оквиру установа за васпитање и образовање, где спадају како планиране и организоване активности, тако и непланиране активности које су пропратне појаве образовно-васпитног процеса. У инклузивном образовању, реформа у виду реорганизације је основно полазиште за реализацију инклузивне праксе, као што је и прилагођавање детету у процесу васпитања и образовања кључно када говоримо о школи по мери детета (Rado i sar. 2013). У релевантним изворима налази се на следеће основне конструктивистичке приступе учења и подучавања (Mušanović, 2000):

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

1. Конструктивистичко процесирање информација – ученици уче од наставника и из искуства, тако што знање стичу повезивањем нових информација са старим, а ако се нова идеја не уклапа у оквир разумевања морају да је реконструишу;
2. Интерактивни конструктивистички приступ прихвата могућност различитог интерпретирања стварности и погледа на свет. Учење садржи лични и јавни аспект. Особа конструише знање када је у интеракцији са физичким светом и са другим људима (јавни аспект), а знање се стиче и онда када ученик користи искуство из претходно остварене интеракције (лични аспект);
3. Социјално-конструктивистички приступ полази од претпоставке да се знање конструише кроз процес стварања консензуса групе која учи и која је у битним везама са културним вредностима и веровањима групе која учи;
4. Радикални конструктивистички приступ прихвата став питања истинитости да је ствар усклађености неког става повезана са системом интерпретативних веровања.

На основу истакнутих начела, социјално-конструктивистички и радикални конструктивистички приступи учења и подучавања за инклузивно образовање су најзначајнији. Квалитетно образовање у овом смислу повезано је са критичким осмишљавањем практичног деловања наставника и супервизијског усавршавања. Професионални развој наставника, са позиције конструктивизма, огледа се у критичкој рефлексији и мењању наставне праксе. Инклузивно образовање се може реализовати једино на аналитичан начин, јер се без критичког приступа и мотивације за мењање властите праксе наставног рада, као и професионалног усавршавања, теоријски принципи конструктивизма не могу повезати са реалним контекстом (Milutinović, i sar., 2011). У реализацији инклузије, за наставнике је значајно да поседују знања како би могли проценити јаке стране детета и утврдити најефикасније начине учења, приликом израде педагошког профила, индивидуалног образовног плана и његове реализације у настави. Способност наставника да уважава различите стилове учења код деце и да реализује диференцирану наставу усклађену са различитим приступима учењу је важна компетенција наставника за остваривање квалитетне наставе за сву децу.

Примена конструктивистичке теорије у инклузивном образовању огледа се и у креирању наставног плана и програма. Избором одговарајућих наставних метода и техника рада, омогућује боље познавање и вредновање ученикових способности, за разлику од

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

класичних модела наставног рада и оцењивања знања ученика (Ozcan & Uzunboylu, 2015). Наставник у сарадњи са тимом за инклузивно образовање треба да процени и одреди реални ниво развоја детета, да планира активности које утичу на развој оних способности и вештина код деце које су у формирању, односно у зони наредног развоја. Наставницима су потребни знање и вештине које се тичу метода учења и подучавања, стварања подстицајног амбијента и средине за учење, као и потребних материјала који могу помоћи ученицима у процесу учења и развијања сопствених способности и вештина за различите области живота.

1.7 Примена конструктивистичке теорије у раду болничких школа

Образовање деце на болничком лечењу превазилази оквире традиционалне наставе, односно треба да се базира на новој парадигми образовања која подразумева интерактивну наставу. У том контексту посебно је погодна конструктивистичка парадигма која искључује традиционалну наставу, а истиче интерактивну наставу и заговара другачији приступ активностима учења и подучавања у процесу образовања. Одређени примери конструктивистичког приступа могу се пронаћи у раду и функционисању болничких школа где је акценат на остваривању међусобног поверења наставника и ученика и неговању социјалних односа, како би се настава успешно реализовала (Jurčević Lozančić i Kudek Mirošević, 2015). У оквиру конструктивистичког приступа Вилсон (Wilson, 1997, према: Вошњак, 2009) наводи следеће стратегије подучавања: симулација социјалних односа у реалној ситуацији, играње улога, примена богатих наставних средстава, мултимедијално окружење, наративно окружење, фаворизовање учења стварањем и холистички приступ учењу. Многе од наведених стратегија подучавања имају велику примену у раду са децом на болничком лечењу.

У образовању деце на болничком лечењу, социјално-конструктивистички и радикални приступ генеришу најзначајнија начела учења и подучавања (Мушановић, 2000). Начело социјалног приступа указује на значај социјалних односа, а самим тим и *социјалне инклузије*. Социјално функционисање је кључни фактор повећања квалитета живота ученика за време хоспитализације, јер због својих здравствених потешкоћа ученици су

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

изложени социјалној изолацији и недовољној социјалној стимулацији што се негативно одражава на аспект социо-емоционалног развоја (Janin et al., 2018). Са друге стране, радикални приступ омогућава да свако дете у процесу учења има могућност генерисања идеја, решења или предлога, јер нема „привилегованих“ или „нормалних“ чија су мишљења значајнија (Мушановић, 2000). Зато образовна средина мора подстицајно деловати не само на интелектуалне способности детета, већ и на његов социо-емоционални развој. Утицај на овај аспект развоја остварује се кроз креирање социјалних ситуација које фаворизују двосмерну комуникацију, не само на релацији наставник-ученик, већ и међу свим актерима у учениковом окружењу који посредно или непосредно делују на његов психо-социјални развој. Када говоримо о успеху образовања деце на болничком лечењу пре свега је потребно имати у виду средину у којој ученик борави. На тај начин, ученик ће без страха да неће бити прихваћен од стране вршњака након дуге хоспитализације бити лакше социјално интегрисан након повратка из болнице (Janin et al., 2018; Kazak, 2006). Основни задатак болничких школа који наставници треба да остваре је адекватан интерактиван однос који подразумева холистички приступ и који олакшава одвојеност од породице, матичне школе и разлигитих сегмената учениковог социјалног окружења.

1.8 Холистички приступ образовању

Савремени изучаваоци образовних наука заступају становиште да образовање треба схватити као уметност неговања моралних, емоционалних, физичких, психолошких и духовних димензија дететовог развоја. Холистичко образовање заснива се на премиси да свака особа проналази идентитет, значење и сврху у животу кроз везе са заједницом, природним светом и духовним вредностима, као што су саосећање и мир (Kolb & Kolb, 2009; Miller, 1997). Холистичко образовање има за циљ да код ученика изазове унутрашње поштовање према животу и радозналост према учењу. То је образовање које припрема младе људе за сврсисходан, креативан и моралан живот у сложеном свету (Majethiya & Patel, 2016). Остваривост холистичког образовања огледа се у препознавању неколико важних аспеката. Прво, образовање се мора фокусирати на спознају природе ученика, односно на уважавање његових осећања, искустава, идеја и потреба. Други аспект

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

представља приступ у образовању који је подређен ученику и његовим потребама, где спада стицање знања у складу са учениковим интересовањима и животним ситуацијама унутар и изван школе, што је у функцији изграђивања доживљаја способности и мотивисаности за даље учење (Birtašević i Jančić, 2019; Miller, 2000). Индивидуа се посматра у контексту свог окружења, као и у међусобној интеракцији са системима којима припада, као што су: породица, школа, природна средина, екосистем и сл, као и у контексту времена у којем живи. С друге стране, људско биће се посматра и као целина сама по себи. У контексту образовања, холистички приступ подразумева да се сви аспекти развоја индивидуе (физички, когнитивни, емоционални, социјални, морални), као и процеси и промене између појединца и природног окружења, морају разматрати као интерактивни и узајамно повезани делови (Mahmoudi et al., 2012; Zlatanović, 2019). Холистичко образовање карактерише неколико основних принципа (Majethiya & Patel, 2016):

- брига за унутрашњи живот, за осећања и питања која сваки ученик уноси у процес учења. образовање више није пасивно примање готових информација, већ представља активну управљеност ученика ка процесу стицања знања;
- образовање које препознаје урођени потенцијал сваког ученика, интелигентно и креативно размишљање. То је образовање у част детета, јер оно поштује креативни импулс унутар дететове личности;
- холистичко образовање је у основи демократско образовање, које се бави индивидуалном слободом и друштвеном одговорношћу ученика.

Холистичко образовање је прилично нов покрет, усредсређен на међусобну повезаност искуства и стварности, који има за циљ да код ученика пробуди радозналост и љубав према учењу. Дата парадигма фокусира се на однос целине и дела објашњавајући да приступи подучавању и учењу морају бити утемељени у широј визији. Ученик је позициран као активан, партиципативан и критички настројен субјект, онај који опажа и разуме (Miller, 2010). Како истичу неки аутори (Forbes, 2003, према: Forbes & Martin, 2004; Majethiya, 2015; Miller 2000; Taggart, 2001) холистичко образовање тежи образовању ученика у свим аспектима његовог развоја, који се посматрају као целина, а не као прост скуп делова. Основна претпоставка у холистичком погледу на свет је сложеност односа између делова

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

целине. С обзиром на то да термин „холистички“ значи целовито, поред свега наведеног можемо закључити да се дати појам неретко употребљава када се говори о начину рада са децом, који укључује различите стилове учења.

1.8.1 Улога наставника у холистичком приступу образовању

Једна од основних улога у образовном процесу јесте улога наставника. Као кључни носилац образовно-васпитног рада наставник је стављен пред захтев примене иновативног, креативног и инвентивног приступа који укључује формирање могућности и ситуација које пружају оптималне услове развоја ученика, што уједно представља отворен простор за реализацију холистичког приступа (Birtašević i Jančić, 2019). Наставник се у мањој мери посматра као особа од ауторитета која води и контролише ученике, а више као пријатељ, ментор или саветник (Majethiya, 2015; Miller 2000). Школа устројена по холистичким принципима постаје место где ученици и наставници тимским радом долазе до заједничких циљева. Школе морају бити места која олакшавају целокупан развој ученика, где се подразумева отворена комуникација и толеранција различитости (Forbes & Robin, 2004). У школама које функционишу у складу са принципима холистичког образовања, поред фокуса на целовитости у образовно-васпитном раду, уважавају се и следећи важни моменти: (Majethiya, 2015; Miller 2020; Nare, 2006):

- 1) Ученик треба да учи о себи, односно да уз помоћ образовања упозна себе као целовиту личност;
- 2) Ученици треба да науче о интеракцијама на спољним нивоима, што их усмерава ка спознајама о томе како се постаје функционалан члан друштва. У складу са тим, холистичко образовање посебну важност придаје социјалној и емоционалној писмености ученика;
- 3) Ученици треба да науче да буду флексибилни, прилагодљиви и резилијентни у контакту са проблемима и препрекама, што подразумева тенденцију превазилажења потешкоћа и прихватања изазова;
- 4) Ученици треба да овладају принципима естетике, да буду способни да опажају и цене лепоту у стварности која их окружује.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Холистички приступ образовању подстиче култивисање духовности, поштовања природног окружења и осећаја социјалне правде (Mihajlović i dr, 2014). Улога наставника у том случају је да мотивише ученике да изражавају своју индивидуалност кроз различите иманентне интрапсихичке категорије, попут способности, талената, моралних својстава, али и кроз ослањање на интуицију. Применом холистичког приступа наставник код ученика изграђује и одржава радне навике и одговоран однос према обавезама и доприноси томе да се деца осећају корисно, да помажу како себи тако и другима, што има позитивног одраза на целокупан развој њихове личности. На основу тога можемо закључити да холистички мултидисциплинарни приступ промовише ангажовање широког спектра здравствених и образовних рехабилитационих професија, као и дијагностичких и терапијских интервенција. Образовање деце с тешкоћама у развоју и хроничним болестима је у корелацији са њиховим когнитивним, физичким и емоционалним развојним доменима. У раду са назначеном популацијом, битно је препознати очуване способности, интересовања и вештине код ученика и у том правцу развијати преостале биолошке, психолошке и социјалне потенцијале у циљу јачања самопоштовања и самопоуздања код датих ученика (Koprolčec i sar, 2014). Процес креативног изражавања као спона за целоживотно учење остварује се кроз реализацију образовно-рехабилитацијског приступа који обухвата следеће програме³: сензомоторичке стимулације, арт терапију, терапију музиком, технике дусања и креативне визуализације, библиотерапију и низ других слободних активности које доприносе подстицању холистичког био-психо-социјалног развоја.

³ <http://centar-odgojiobrazovanje-goljak.skole.hr/>

2. ШКОЛА У БОЛНИЦИ

2.1 Утицај хоспитализације на дете

Повеља о правима детета у болници, између осталог, истиче да је „децу потребно примити у болницу само ако им се нега коју захтевају, не може једнако добро пружити код куће или у дневној болници“ (Član 1, Povelja o pravima dece u bolnici). Овим чланом, из Повеље о правима деце у болници, наглашава се да је детету потребно омогућити облик лечења који ће имати најпозитивнијег одраза на побољшање његовог здравственог стања. Међутим, многи аутори истичу да болест и хоспитализација повлаче за собом широк репертоар негативних емоционалних реакција детета (Barnett et al., 2020; Delloso et al., 2021; Filipušić i sar., 2015). Прва реакција детета на болничко збрињавање је повезана са одвајањем од родитеља, познатог окружења, социјалних и школских активности. Налази истраживања на ову тему сугеришу да хоспитализована деца значајан део времена проводе у размишљањима о својим родитељима, пријатељима и школи (Filipušić i sar., 2015). Клиничка запажања потврђују да хоспитализација деце у великој мери утиче на дететов емоционални развој и промене у понашању (Cadman et al., 1987, према Filipušić i sar., 2015). Учесталост потешкоћа у емоционалном развоју код хоспитализоване деце достиже 20-25%, док код здраве деце преваленција ових потешкоћа износи 10-15% (Filipušić i sar., 2015). Адаптација деце на болничко окружење зависи од хронолошке доби, психомоторног развоја, врсте болести и дужине хоспитализације (Burr & Nicholson, 2001). Поред тога, неки аутори (Valdés & Flórez, 1995) нуде конкретне смернице родитељима, наставницима и здравственим радницима које се тичу пружања психолошке подршке деци током периода хоспитализације, како би негативна емоционална искуства која произилазе из ситуације боравка у болници била заступљена у што мањем степену. Реч је, наиме, о следећим супортивним интервенцијама (Durán Cotón, 2017, str. 39-40):

- разговарати са дететом о болести (отклонити сумњу или страх које су проузроковане хоспитализацијом и болешћу);
- дозволити и подржавати игру за време хоспитализације, што делује подстицајно и у аспекту изражавања дечијих страхова;

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

- родитељи би требало да учествују у медицинским процедурама (промена завоја, заједничка реализација рехабилитационих вежби и сл.);
- детету треба доносити књиге, стрипове, часописе итд., како би се што конструктивније испунило слободно време док траје хоспитализација;
- уз дозволу медицинског тима препоручује се организовање посета од стране дететових пријатеља;
- у случају да се боравак у болници продужи, потребно је охрабрити дете поклоном изненађења;
- веома је важно одржавати комуникацију детета са осталим члановима породице путем посета, телефонских позива, писама итд., како се дете не би осећало само или изоловано;
- интеракције са хоспитализованом децом изискују стрпљење и толеранцију, нарочито у односу на честе и бурне промене расположења.

Посматрање деце током боравка у болници показује да већина њих пролази кроз три фазе адаптације на болничко окружење: фазу протеста, фазу очаја и фазу привидног прилагођавања (Navelka, 1995, str. 194). У фази протеста, дете манифестује изузетно бурне реакције: вришти, плаче, опире се раздвајању и захтева присуство блиске и вољене особе (родитеља). У зависности од старости и околности у вези са здравственим стањем детета, након неколико сати или дана, дете улази у фазу очаја. У фази очаја дете се моторички смирује, активно не демонстрира одбацивање нове средине, али је често апатично. Према процени здравствених радника, ова фаза представља почетак прилагођавања на ново окружење када није препоручљиво да родитељи долазе у посету, јер се тиме ризикује регресија детета у иницијалну фазу протеста. Међутим, потребно је имати у виду и то да интервал раздвојености детета и блиских особа не сме да траје исувише дуго, како дете не би запало у стање равнодушности. У том случају дете постаје незаинтересовано за родитељске посете, а незадовољене потребе за љубављу и афективном везаношћу компензује покушајима остваривања блискости са особама из болничког окружења. Понашање детета у овој фази не мора нужно давати назнаке проблема у психичком функционисању. Међутим, након завршеног лечења евидентне су негативне последице привременог одвајања детета од породице због хоспитализације. У релевантној литератури

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

се наводи да је тешко предвидети како ће неко дете реаговати на хоспитализацију (Havelka, 1995). Сходно томе, постоје категорије деце које су повишено сензитивне на хоспитализацију, а то су: деца без браће и сестара, млађа деца, деца која лоше реагују на непознате особе, асоцијална деца, деца која су имала неку врсту трауматичног искуства, деца чије мајке показују прекомерну забринутост или пак мањак бриге, деца која негативно реагују на комуникацију са одраслима и сл. (Filipušić i sar., 2015; Havelka, 2002). Лоше прихватање хоспитализације може негативно утицати на здравствени статус детата након хоспитализације као и на различите аспекте његовог психичког развоја (Divljaković i sar., 2014). У процес идентификовања негативних последица хоспитализације поред медицинског тима, укључени су и чланови педагошко-психолошке службе који удружено раде на пружању свеобухатне подршке хоспитализованом детету.

2.2 Почетак развоја болничких школа

Двадесети век сматра се веком детета, јер је донесен низ прописа који уређују деčја права: Декларација о правима детета (1957), Конвенција Уједињених нација о правима детета (1989) која наглашава да је право на здравље једно од основних права детета, Повеља о правима детета (1986) која дефинише списак права детета у болници, а коју је усвојио Европски парламент у Стразбуру. Постоје различита акта о правима детета којима су дефинисана основна права детета на хоспитализацији (Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 1986; Konvencija o pravima deteta, 1989; Prava deteta u medjunarodnim dokumentima, 2011):

- обезбедити простор прилагођен потребама детета у погледу пружања неге и реализовања образовних и слободних активности уз поштовање безбедносних стандарда за време хоспитализације;
- наставити школовање за време хоспитализације, посебно у случају продуженог болничког лечења под условом да образовне активности не утичу на здравље, благостање и ток лечења;
- омогућити организовање наставе у случају делимичне/дневне хоспитализације или реконвалесценције⁴ (школовање у кућним условима).

Права и образовне потребе болесне деце и омладине дефинисане су у Повељи о образовању болесне деце и омладине у болници и код куће (НОРЕ, 2000):

- свако болесно дете и адолесцент има право на образовање у болници и код куће;
- циљ подучавања болесне деце и адолесцената је одржавање континуитета у образовању који ће им омогућити задржавање улоге ученика;
- школа у болници ствара заједницу деце/адолесцената, чиме се нормализује њихов свакодневни живот. Образовање деце и адолесцената у болници треба организовати

⁴ Реконвалесценција је временски период постепеног опоравка организма болесника након прележане болести.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

у виду разредне наставе, рада у групама, индивидуалног рада и подучавања уз кревет;

- образовање у болници и код куће треба прилагодити потребама и способностима детета или адолесцената у сарадњи са матичном школом;
- образовно окружење и наставна средства морају бити прилагођена потребама болесне деце и адолесцената, а употреба информационо-комуникационих технологија је нужна како би се спречила социјална изолација;
- треба користити различите методе подучавања, као и наставне материјале. Образовни садржаји треба да уважавају посебности у вези са болешћу и хоспитализацијом детета или адолесцента;
- наставници који предају у болници односно реализују кућну наставу, морају бити адекватно обучени за овакав вид школовања, што подразумева додатна стручна усавршавања;
- наставници који предају деци и адолесцентима на лечењу су чланови мултидисциплинарног тима и чине везу између болесног детета или адолесцената и матичне школе;
- родитеље морају бити обавештени о правима на образовање током хоспитализације детета и прихватити улогу одговорних партнера који сарађују са наставницима у процесу образовно-васпитног рада;
- интегритет личности детета или адолесцента током хоспитализације се мора поштовати, укључујући медицинску дискрецију и поверљивост изнетих података психолошке природе.

Прве дечије болнице основане су почетком 19. века (León Simón, 2017). Медицинско-педагошки покрет почиње са Маријом Монтесори и њеним радом у здравственим институцијама и прихватилиштима за децу. Због дужине хоспитализације опоравак се није могао постићи само медицинским путем. Из тих разлога Монтесори оснива Ортофреничку школу, посвећену образовању и нези деце са инвалидитетом и здравственим тегобама (Vosna, 2015). У оквиру политике усмерене на заштиту здравља деце у време велике епидемије туберкулозе, организовани су први кораци у правцу образовно-васпитног деловања у болничким условима под називом „Школе на отвореном“, који су

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

имплементирани у Француској, крајем Првог светског рата. Након тога долази до учесталијег организовања образовног-васпитног рада у оквиру болница што се везује за период после Другог светског рата (Gajić, 2009; Joksimović, 1995). Стварање првих наставних одељења у оквиру болница, одразило се на формирање прописа о правима детета за време хоспитализације, који педијатријску здравствену установу обавезују на реализацију образовних активности. Наиме, мере које су предузеле различите владе европских земаља од Другог светског рата наомамо, биле су усмерене на постизање образовне интеграције деце са неком врстом инвалидитета, хроничним и другим здравственим тегобама (Arango Palacio et al., 2004). Настава за ученике на болничком и кућном лечењу код нас је регулисана Законом о основном образовању и васпитању Републике Србије (2013) члан 37. у коме се прецизира да школа може да организује образовно-васпитни рад као посебан облик рада за ученике на дужем болничком лечењу уз сагласност Министарства просвете, науке и технолошког развоја. За ученике који због акутних здравствених проблема или хроничних болести не могу да похађају наставу дуже од три недеље, настава се организује у здравственој установи или код куће. Родитељи су у законској обавези да обавесте матичну школу детета о овој врсти потребе (Закон о основном образовању и васпитању, 2013).

Проблеме у вези са непостојањем образовног-васпитног процеса услед хоспитализације детета, односно негативне последице овог феномена на пацијенте школског узраста, први су запазили лекари, који су уједно били и иницијатори увођења системског школског рада у болницама (Gajić, 2009; Joksimović, 1995). Иако је фокус ангажовања лекара на побољшању здравственог стања хоспитализоване деце, ова категорија стручњака је прва уочила и аргументовала неопходност увођења болничког школовања, позивајући се на следеће позитивне ефекте овакве врсте наставног рада (Gajić, 2009, str. 9):

- 1) болничко школовање омогућује континуитет у образовању, предупређује нагомилавање наставног градива и појаву „празнина“ у знању, што су последице које се тешко могу отклонити уколико изостане правовремена и адекватна реакција образовног система (већина деце је остајала у болници и по више месеци).

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

- 2) школовање има позитивно дејство у аспекту побољшања здравственог стања хоспитализоване деце, отуда што наставак школовања ублажава доживљај изопштености из познате стварности, одржавајући утисак повезаности са школом и посредно са вршњачком групом, што је од посебне важности у периоду адолесценције.

Историјат постанка и развоја идеје о образовању хоспитализованих ученика најбоље се може сагледати кроз различите типове болничких школа (Трнавац, 1995, str. 13)

- прве облике образовних активности организовали су сами лекари, ангажовањем хонорарних или сталних учитеља;
- организованија форма болничког школовања, које је подразумевала институционализовани формат рада, појавила се када су болнице обезбедиле материјалну и логистичку подршку у реализацији наставног рада у болницама;
- у иницијалној фази конципирања болничког школовања, овом врстом образовно-васпитног рада била су обухваћена само деца нижег основношколског узраста, да би у каснијем периоду делокруг рада био проширен и на наставни процес у који су били укључени и старији ученици;
- формирање прелазних решења у форми консултативног и инструктивног рада, у циљу лакше интеграције и укључивања ученика у школске обавезе након завршене хоспитализације;
- болничка одељења су формирана по принципу територијалне припадности најближим матичним школама, а одељења су функционисала тако што се настава реализовала у просторијама здравствене установе, док су се провере знања у форми разредних испита обављале пред комисијама;
- потпуна институционализација и засебност школа при болницама јавља се оснивањем установа које имају одељења у појединим болницама, али делују у складу са наставним планом и програмом редовних основних школа, при чему су овакве установе биле познате под називом Основне школе за децу са специјалним здравственим проблемима;

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

- развијенији и аутономнији тип школе је посебна школа која делује на основу посебних законских решења, нормативних аката, програма и организационих решења у више подваријанти.

Ако се осврнемо на историјски развој настанка идеје о школовању деце на болничком лечењу, можемо уочити да је најчесталији тип ових школа заступљен у виду болничких одељења која организационо припадају територијално најближим основним школама. Други тип организације болничких школа јесу специјализоване школе за децу на болничком лечењу које бележе пуну институционализацију и имају аутономију у раду (Гајић, 2009; Јоксимовић, 1995; Трнавац, 1995). На основу претражених база података о школама које образују децу на болничком лечењу можемо рећи да сви већи педијатријски болнички центри у оквиру своје институционалне организације имају болничке школе као саставни део клинике или приступају сарадњи са основним школама како не би дошло до дисконтинуитета у образовању деце на хоспитализацији (Бућевић-Sanvincenti, 2010; Duran Coton, 2017; Godišnji plan rada OŠ „Dr Dragan Hercog“, 2014; Јоксимовић, 1995; Bolničko odeljenje, 2013; Povijest škole u bolnici, 2017; Zašto škola u bolnici?, 2017; Zver, 2016).

Поред разлика у образовном и организационом функционисању, болничке школе се узајамно разликују и по опремљености савременим дидактичким средствима (рачунари, пројектори, платформе за рад које се ослањају на информационо-комуникационе технологије), односно по стандардима опремљености просторија у којима се реализују наставне и ненаставне активности. Наиме, опремљеност једне болничке учионице најчешће зависи од економских могућности здравствених установа у којима се реализује настава за ученике на болничком лечењу. У табели 2 приказане су карактеристике болничких школа у неколико важних аспеката са циљем бољег упознавања са специфичностима њиховог функционисања, као и са узајамним сличностима и разликама болничких школа у различитим европским државама. Уколико обратимо пажњу на прилике у болничким школама у Србији у односу на иностране болничке школе, уочава се да је овдашње болничко школовање устројено по типу специјализованих школа за децу на хоспитализацији, које је ограничено само на ниво основношколског образовања, са нешто слабијом расположивошћу савремених техничких средстава у настави.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Табела 2

Упоредни приказ школа за образовање деце на болничком лечењу у различитим европским државама (Ranković, 2016)

| | Краљевина Шведска, Шпанија Француска | Р. Словенија | Р. Хрватска | Р. Србија |
|---|---|--|--|---|
| Седиште школе | Саставни део клинике. | У саставу основне школе, основана је болничка школа | Школовање мора организовати најближа територијално, припадајућа основна школа. Поједине школе у сардњи са здравственим установама организују наставу у оквиру болнице. | Специјализована основна школа за децу која су на хоспитализацији. Поједине школе у сардњи са здравственим установама организују наставу у оквиру болница или школа. |
| Оснивач | Здравствена установа | Образовна установа | Образовна установа | Образовна установа |
| Узраст | Основно и средње образовање | Основно и средње образовање | Основно и средње образовање | Основно образовање |
| Организација наставе | Настава се одвија према државном наставном плану. Заступљен је облик учења на даљину. | Наставници су учествовали у изради новог школског курикулума за образовни рад у болници. Заступљен је облик учења на даљину. | Настава се реализује по програму матичне школе из које долази ученик. Заступљен је облик учења на даљину. | Настава се реализује по програму матичне школе из које долази ученик. Заступљен је облик учења на даљину. |
| Заступљеност савремених техничких средстава | Да | Да | Да | Да/Не (Зависи од опремљености и сарадње здравствене установе и болничких школа). |
| Наставни и ненаставни објекти | Болничке учионице и просторије за реализацију ваннаставних активности. | Болничке учионице, болничке собе. | Болничке учионице, болничке собе. | Болничке учионице и собе. |
| Сарадња са родитељима и здравственим радницима | Обавезна | Обавезна | Обавезна | Обавезна |

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Стручни тимови треба да изграде већи број хипотетичких модела школа за рад са децом на болничком лечењу, при чему је потребно имати у виду различите услове и различите категорије ученика – сталне и повремене, потпуне и непотпуне, са „чистим“ и комбинованим одељењима, у адаптираним и посебно уређеним просторијама у болничком кругу (Trnavac, 1995). У том смислу, овакав тип школа захтева стручно-организациону самосталност у решавању питања која се односе на конципирање, планирање и организацију наставе и осталих образовно-васпитних активности, радно ангажовање наставника и стручних сарадника, формирање ученичких група итд. (Vučević-Sanvincenti, 2010; Trnavac, 1995). Резултати студије коју су спровели Стеинк и сарадници (Steinke et al., 2016) потврђују становишта о томе да у болничким школама не треба да постоји крута стандардизација која се односи на структуру, организацију и финансирање. Специфичност болничких школа не огледа се само у начину организовања наставе већ и у погледу тога да ли припадају ресору здравственог и/или образовног сектора, када је реч о њиховом финансирању (Breitweiser & Lubker, 1991; Oberstein Gold, 2012).

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

2.3 Болничке школе као специфичан облик образовно-васпитног рада

Термин „болничке школе” односи се на пружање и организовање наставе у оквиру болница у складу са прописаним наставним планом и програмом (Filipišić et al., 2015). Нешто опширнија дефиниција болничких школа дата је у Педагошком лексикону где се наводи да је дата институција

„организован облик васпитања и образовања болесне (основношколске) деце у болницама где се под стручним надзором наставника и специфичним облицима рада савладава наставно градиво, задржавајући континуитет школских обавеза које су деца имала и пре болничког лечења, како не би заостајала у настави кад изађу из болнице. Настава се у начелу организује уз помоћ и сарадњу најближе школе” (Pedagoški leksikon, 1996, str. 218).

Школа за дете представља најпознатије окружење, после породице. Када се дете разболи, то утиче на његово окружење, појављују се нови аспекти који нису у потпуности покривени здравственим услугама. Нега пацијента припада задацима медицинског тима, али и другим професионалцима који морају да сагледају природу неге пацијента/детета, као што су наставници и стручни сарадници болничких школа. У болници дете се осећа као ученик ако може да извршава образовне задатке, који не само да доприносе наставку образовног процеса, већ представљају фактор који олакшава адаптацију на боравак у болници, кроз континуитет школских активности (Cabezas, 2008; Hawrylak, 2000). На основу тога, приступ наставника и сарадника захтева другачије извођење наставе од оног који би се реализовало у учионици матичне школе. Из тог разлога, учионица мора бити отворен и флексибилан простор, прилагођен потребама детета које је хоспитализовано, а коме је дата могућност да се несметано укључи у наставни процес у оквирима могућности које дефинише његово здравствено стање (Бућевић-Sanvincenti, 2010; Calvo Álvarez, 2017; Трнавац, 1995). С друге стране, наставници који су ангажовани у болничким одељењима морају узети у обзир све околности које прате хоспитализацију детета: тескоба, стрепња, страх, низак степен или потпуно одсуство мотивације за учење, доживљај досаде и незаинтересованост за наставне садржаје итд. Све те околности су потенцијални извор препрека у реализацији наставног процеса. С тим у вези, да би се негативан утицај

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

неповољних пратећих појава хоспитализације редуковао, наставници у свом раду примењују приступ чији је циљ подстицање креативности, укључивање ученика у активности које ангажују његове практичне вештине и манипулативне способности (Pérez García, 2016).

Табела 3

Разлике између болничке и редовне школе, (Serrano & Prendes, 2011).

| Матична школа | Болничка школа |
|---|---|
| Помоћ од стране групе/одељења. | Индивидуализована подршка која се добија од стране наставника. |
| Одељења су хомогена- групе у погледу узраста ученика. | Одељења су хетерогена- групе коју чине ученици различите старосне доби (комбиновано одељење). |
| Одељења су групе које имају сталну структуру. | Стална промена ученика. |
| Наставне активности произилазе из наставног плана и програма | Наставне активности су подређене здравственом стању ученика и медицинским процедурама. |
| Реализација распореда часова и наставног процеса према унапред утврђеном плану. | Реализација распореда часова и наставног процеса подређена је здравственом стању ученика и медицинским процедурама. |
| Велики број наставника. | Мањи број наставника. |
| Учионице су пројектоване на сличан начин и имају униформни изглед. | Болничка учионице се разликују од школских учионица и најчешће их чине заједничке просторије или болничке собе. |
| Заступљеност физичких/спортских активности. | Физичке и спортске активности су просторно условљене и подређене здравственом стању ученика и медицинским процедурама. |
| Ученици су доброг здравственог стања. | Здравствено стање ученика је нарушено, што је праћено и сметњама у психичком функционисању (стања апатије, депресије, анксиозности). |
| Социјализација ученика се одвија на очекиван начин и очекиваном динамиком. | Ученици могу бити искључиво изложени интеракцијама са одраслим особама или имати доживљај изолованости у односу на вршњачку групу, што има негативног одраза на процес социјализације и социо-емоционални развој. |
| Родитељи нису присутни за време наставе. | |

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Родитељи могу бити присутни за време наставе.

Без обзира на разлог хоспитализације или колико дуго она може трајати, болничка школа ученицима даје могућност да остваре своје право на образовање, али у тим околностима ученик није у обавези да искористи дато право, што је једна од базичних разлика између болничких и редовних школа. Широки дијапазон специфичности функционисања болничких школа приказан је у табели 3. Евидентно је да је образовни процес прилагођен индивидуалним потребама ученика и да је настава креирана по мери сваког појединачног ученика. Наставници који предају у болничким школама морају у сваком моменту бити свесни болести кроз коју ученик пролази. Здравствено стање ученика и медицинске процедуре диктирају оквире реализације наставног плана и програма. Полазећи од констатације да је сваки дан у болничкој учионици другачији, потребно је адаптирање наставника на сваког ученика уз неопходност пружања што веће педагошке подршке која им је потребна (Serradas, 2015). Међутим, упркос свему што је до сада речено, постоји низ „непроменљивих“ или основних аспеката рада које наставник мора да оствари, а који се тичу аспеката учениковог функционисања на које нужно треба утицати и организације наставног процеса у болничкој учионици (Serradas, 2015). Образовно-васпитни рад у болничкој установи реализује се индивидуално у болничким собама и групно, у просторијама продуженог боравка који је неретко кутак за опуштање и разоноду. Приликом избора облика рада наставник се преваходно руководи психофизичким стањем ученика, условима рада и тек напослетку, наставном јединицом коју је потребно обрадити, не заборављајући да је наставни процес у функцији не само образовања, већ и побољшања социо-емоционалног стања ученика. Неретко се наставни садржаји сажимају како би се задовољили минимални стандарди усвојеног знања, односно како наставни процес не би довео у питање здравствени статус и ток лечења хоспитализованих ученика. Наставник помаже ученику да што самосталније обради нове наставне садржаје усмеравањем, праћењем и пружањем психолошке подршке. На тај начин се код ученика остварује континуитет образовног процеса и самосталност у решавању проблема, што има за циљ

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

оснаживање личности. Приликом реализације наставних планова и програма води се рачуна о следећим особеностима ученика (Csinády, 2015; Serradas, 2003; Serradas, 2015):

- **психофизичком стању** ученика где се уважава стручно мишљење педагошко-психолошке службе болнице и лекара, а како се ученици не би оптерећивали изнад оних могућности које њихово психофизичко стање дозвољава;
- **нивоу усвојености знања**, с обзиром на то да су у питању ученици који су пре хоспитализације често изостајали са редовне наставе. Из тих разлога се дешава да не поседују довољну количнину знања из одређених тематских целина;
- **дужини боравка на болничком лечењу**, што представља фактор који утиче на то да се програмски садржаји изучавају поступно и селективно, уз настојање да се ученици не ставе пред захтев савладавања наставног градива непримереног обима и сложености.

Образовни концепт у болничким школама условљен је временским интервалом хоспитализације било да се ради о акутном или хроничном процесу (Hopkins, 2014; Hopkins et al., 2014). Ако је реч о акутном процесу, настава се реализује у виду допунског облика рада у односу на дужу хоспитализацију, где се приступа корективном облику рада. У случају корективног облика рада обим и дубина обраде програмских садржаја утврђују се у сарадњи са наставницима матичне школе (школа из које дете долази), лекарима, родитељима и педагошко-психолошком службом (González et al., 2002).

Важан чинилац у реализацији наставног плана и програма представља и степен сарадње са матичном школом ученика, посредством које се утврђује која тематска подручја треба обрадити у току болничког лечења ученика, а да се при томе изврши повезивање градива и обезбеди континуитет у стицању знања. У сарадњи са матичном школом утврђује се ко врши оцењивање и на који начин се оно реализује. У складу са свим наведеним факторима, утврђује се облик рада (групни или индивидуални) и ствара посебан индивидуални план рада. Нарочито се води рачуна о одмерености захтева, као и о стимулисању и мотивисању ученика за рад у специфичним болничким условима (Školski dokument, Osnovna škola „Đorđe Natošević“). Образовање деце у болници представља процес који захтева сараднички однос између професионалаца у областима здравственог и образовног система. Ова врста образовања постаје могућа када здравствено-педагошки тим

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

препозна значај интердисциплинарне сарадње, кроз разне програме подршке и обуке ради реализације концепта образовања хоспитализованих ученика. Успостављање међусобне сарадње између здравственог и педагошког тима болничке школе огледа се кроз (Caballero Soto, 2007; Csinády, 2015):

- успостављање квалитетне комуникације и поверења између болничких наставника и медицинских радника на болничком одељењу, у циљу превазилажења препрека (упознавање наставника са здравственим стањем ученика, планиране дневне промене и интервенције, потенцијални проблеми или посебности у успостављању сарадње са дететом или породицом);
- заједничко планирање дневног распореда рада хоспитализованог ученика, поштујући планиране медицинске и педагошке активности које се реализују у оквиру болничког одељења;
- пружање основне обуке болничким наставницима на тему здравствене заштите хоспитализованих ученика, као нпр. спровођење мера за спречавање ширења болничких инфекција;
- сарадња између управе школе и управе болнице ради постизања процеса хуманизације дечјих болница/одељења, спровођење додатних образовних програма за хоспитализоване ученике, планирање и обезбеђивање потребне опреме и образовног материјала итд.

2.3.1 Циљеви образовно- васпитног рада болничких школа

Општи циљ образовно-васпитног процеса који се реализује у оквиру болничког лечења ученика је обезбеђивање континуираног образовно-васпитног процеса. Шире схваћени циљеви поред образовних фокусирају се на учениково суочавање и превазилажење различитих ситуација које се могу десити током хоспитализације, а то су (Školski dokument, Osnovna škola „Đorđe Natošević“):

- пружање помоћи ученику да се integriше у болничку средину;
- смањење личних проблема психичке природе (учење, понашање, емоционално функционисање);
- ублажавање социјалних проблема (усамљеност, одбаченост, социјална изолација);

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

- редуковање проблема због сметњи у телесном, душевном и социјалном развоју;
- задовољавање развојних потреба деце и младих;
- поспешивање психофизичког и социјалног развоја хоспитализованих ученика;
- добра комуникација;
- опуштање и разонода;
- стварање услова за повратак у редовну школу и наставак школовања после болничког лечења;
- боље схватање животних искустава, стицање продубљених увида о себи и животу уопште;
- обликовање етичких и социјалних вредности, њихово дубље схватање и остваривање (алтруизам, искреност, хуманост, стрпљивост, друштвена одговорност и сл.).

Сходно томе, постоји читав низ основних принципа који се морају поштовати за време хоспитализације ученика (Muñoz, 2013; Muñoz, 2016 према, Duran Coton, 2017; Calvo Álvarez, 2017):

- индивидуализована настава у контексту болничког школовања представља процес који је прилагођен индивидуалним потребама ученика. При томе, неопходно је прилагодити наставне садржаје, методе и задатке сваком појединачном ученику ослањајући се на његове индивидуалне могућности, потребе и интересовања (Lazarević, 2014). Услови средине, когнитивне способности, здравствено стање ученика представљају само неке од бројних фактора који утичу на индивидуалне разлике између ученика и њихово образовно постигнуће. Ученик на хоспитализацији мора наставити своје школовање са циљем да се адекватно интегрише у своју матичу школску средину након хоспитализације. То значи да су наставници и одговарајући педагошки и здравствени сарадници у болничким учионицама једнако одговорни у планирању и реализацији наставе, а све са циљем да се оптимално изађе у сусрет различитим здравственим и образовним потребама сваког појединачног ученика;
- хоспитализација има негативан утицај не само на образовна постигнућа ученика који похађају болничку школу, већ и на њихов емоционални развој и социјалну интеграцију. Стимулисање социјалног развоја појединца односи се на подстицање социјалних, емоционалних и когнитивних вештина неопходних за квалитетну социјалну адаптацију. Поједини аутори (Howe & Matheson, 1992) социјалну

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

компетенцију дефинишу као скуп понашања и спознаја који се огледа кроз успешну социјалну интеракцију са вршњацима. Подстицање социјалне интеракције између хоспитализованих ученика има за циљ да се ученик не осећа друштвено изолованим у односу на вршњаке из матичних школа;

- игра је неизоставни део дететовог свакодневног живота и као таква је врло важна у процесу адаптације детета на болничку средину. Осим ублажавања негативних емоција, игра подстиче бољу комуникацију и интеракцију између ученика и здравствено-педагошког тима. Такође, болничка учионица/соба није само место у коме ученик учи, већ и место где се ученик може играти и реализовати рекреативне активности;
- промовисање уважавања разлика које постоје међу људима, при чему се различитост доживљава као прилика за усвајање нових знања и вредности. Уважавање различитости од стране свих актера учениковог окружења у току хоспитализације доприноси да: а) свако дете има осећај припадности групи, б) свако дете има осећај да се његова личност уважава, и в) деца са вољом уче једна од других (Vranješević i sar., 2019).

2.3.2 Преглед ранијих истраживања феномена болничког школовања

Преглед релевантне литературе упућује на закључак да се досадашња истраживања болничког школовања нису бавила само питањима како и где организовати наставни рад и да ли је овакав вид образовања потребан деци са здравственим проблемима, него и тиме који се проблеми јављају у процесу реализације наставног процеса (Бућевић-Sanvincenti, 2010; Farrelland Harris, 2003; Joksimović, 1995; Landy & Colburn, 1995; Reyhani et al., 2016; Trnavac, 1995; Wiles, 1987). Узимајући у обзир место реализације наставе, као и нарушено здравствено стање ученика као отежавајуће факторе за спровођење истраживања у овој области, не изненађује податак да емпиријски корпус налаза који расветљавају проблематику болничког школовања није нарочито опсежан. У наставку рада се нуди преглед истраживања која су се заокупљала питањима важности постојања образовних установа за децу на болничком лечењу, потешкоћа са којима се наставници сусрећу у

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

оваквом облику педагошког рада као и специфичностима и ефектима образовања хоспитализоване деце.

Кад је реч о истраживањима ширег значаја болничког школовања, истраживања показују да похађање болничких школа редукује негативне последице хоспитализације (Irwin & Elam, 2011). Бујишић (Бујишић, 2005) наводи да су најчешће реакције деце школског узраста на хоспитализацију агресивно понашање, ноћне море, пркос, вербална агресија, доживљавање болнице као казне, повлачење итд. Одвојеност од породице, школе, пријатеља и познатог окружења за децу представља трауматично искуство (Filipušić i sar., 2015). Важни ефекти школе у болници, на основу налаза студије које је спровео Фасам (Fassam, 1982, према Clark & Baluch, 1997), огледају се у ублажавању монотоније периода хоспитализације и поспешивању конструктивног и сврсисходног провођења расположивог времена. Одређен број испитаника који су учествовали у истраживању на тему намене постојања болничких школа, одговорио је да је циљ постојања школа при дечијим клиникама континуитет у образовању хоспитализованих ученика, док је нешто мањи број испитаника као главни циљ навео поштовање дечијих права на образовање (Fassam, 1982, према Clark & Baluch, 1997). Мањкавост овог истраживања је та што поред родитеља хоспитализоване деце и медицинских сестара на дечијем одељењу, у узорак истраживања нису били укључени наставници и лекари (Fassam, 1982, према Clark & Baluch, 1997).

Проширена студија (Clark & Baluch, 1997) укључила је у свој нацрт докторе, наставнике болничких школа и медицинске сестре. На основу резултата ове узорком проширене студије, утврђено је да наставници и медицински радници имају исти став по питању укључивања деце у образовни процес. Њихов заједнички став о ефектима школовања деце на хоспитализацији ставља акценат на пружање додатне пажње и подршке овој категорији ученика, као и на адекватно излагање у сусрет потребама ученика за наставком образовања, што је утолико израженије што је период хоспитализације деце дужи. Но, и поред уједначених ставова, неретко се дешава да због различитог здравственог стања и образовног нивоа ученика долази до неслагања наставника и здравствених радника у домену одређивања листе приоритета која обухвата образовне интервенције и медицинске процедуре, што може довести до конфликтних ситуација и недостатка координације између важних актера у болничком окружењу. Налази поменуте студије нису указали на постојање колизије између наставног процеса и медицинских процедура, што отвара простор за

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

преиспитивање разлога доста честог неслагања наставника и здравствених радника по питању одређивања приоритета у контексту старања за добробит хоспитализованог детета. (Clark & Valuch, 1997). У прилог овом истраживању иде и запажање Меклејна (McLean, 1990, према Clark & Valuch, 1997) да конфликтне ситуације између здравствених радника и наставника у највећој мери настају због различитог виђења здравственог стања хоспитализованог детета. Наиме, приоритет здравственим радницима је сам опоравак хоспитализованог детета тј. праћење здравственог стања детета. С друге стране, наставници имају холистички приступ у раду, односно наставни процес гледају и као терапеутско средство које нема само функцију преношења знања, већ се позитивно одражава на различите аспекте дететовог целокупног психолошког развоја. С тим у вези, нарочито се наглашава важност интеракције ученика са родитељима, наставницима и здравственим радницима.

Неки аутори (Farrell & Harris, 2003) истичу круцијалну улогу наставника у пружању подршке деци и младима који се налазе на болничком школовању. Међутим, поједине студије су указале на забрињавајуће ниску информисаност наставника о историји болести хоспитализованих ученика као и на недостатак вештина које се тичу приступа хоспитализованом ученику уважавајући његово здравствено стање (Бучевић-Sanvincenti, 2010; Irwin & Elam, 2011; Lynch et al., 1992, према Farrell & Harris, 2003).

Истраживање новијег датума (Filipušić i sar., 2015) показује да су ученици који похађају школу у болници генерално задовољни образовним процесом који се спроводи у болничким условима. Наиме, налази ове студије упућују на закључак да није било статистички значајне повезаности између времена проведеног у болници и укупног задовољства ученика образовним процесом који се спроводи у болничким условима. Међутим, постоји ниска негативна корелација између старости ученика и задовољства болничком школом/средином у којој се одвија учење. Наиме, са повећањем старосне доби испитаника, њихово задовољство болничким школама показује тенденцију опадања што је, додуше, карактеристично и за ученике у редовним основним школама који су на старијим узрастима извештавали о нижем степену задовољства школом, него на нижим узрастима. Имајући у виду специфичне услове и организацију рада болничких школа, као и задовољство ученика образовним процесом, овакав резултат указује да је болничка школа прилагођена потребама ученика (Filipušić i sar., 2015).

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

2.4 Релације школовања деце у болничким условима и различитих развојних аспеката из угла болничке педагогије

Болничка педагогија као грана специјалне педагогије, покушава објективно да сагледа наставак образовног процеса у болничком окружењу. Јавља се као педагошка дисциплина са фокусом на образовање хоспитализованих ученика. На основу дефинисања поља истраживања и проучавања, као и правца практичног деловања, болничка педагогија се реализује под окриљем здравствених институција ради остваривања циљева који су у вези са образовним, али и разнородним психолошким потребама хоспитализованих ученика (León Simón, 2017). Нарочито је битна подршка како би се избегли бројни поремећаји који настају услед болести и хоспитализације, као што су: несигурност, анксиозност и немогућност похађања матичних школа (Hernández & Rabadán, 2013). образовање са аспекта болничке педагогије усмерено је на образовање које негује оне вредности, навике, ставове, склоности и знања које омогућавају ученицима суочавање са новонасталом ситуацијом, као што су болничко окружење и болест.

Многи аутори (Calvo Álvarez, 2017; Guillén & Mejía, 2002; Hernández & Rabadán, 2013; Ortiz, 1994; Ortiz, 1999; Pérez, 2016) су покушали да утврде основне циљеве болничке педагогије, које она мора обухватити како би се могло сматрати да је хоспитализовано дете адекватно и свеобухватно збринуто и да његова хоспитализација, колико год била трауматично искуство, постане прихватљива. На основу тога, најзначајнији циљеви болничке педагогије усмерени су на следеће аспекте учениковог развоја: когнитивни/интелектуални, афективни и социјални аспект (табела 4). Другим речима, присуство и интервенције педагошких сарадника у болничкој соби, доприносе смањеном нивоу анксиозности и дистреса уз постизање вишег степена емоционалне стабилности, као и бољој адаптивности ученика на болничко окружење. Из овога је јасно видљиво да болничка педагогија задире у аспекте емоционалног и социјалног развоја хоспитализованих ученика, што ултимативно припрема ученике за интеграцију у токове свакодневног живота након отпуштања из болнице. Напоследку, могло би се закључити да болничка педагогија као краткорочне циљеве назначавача редуковање акутних негативних последица хоспитализације у домену емоционалног и социјалног функционисања ученика, док

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

дугорочније посматрано стимулише емоционални и социјални аспект развоја имајући у фокусу учениково интегрисање у социјално окружење након хоспитализације.

Табела 4

Циљеви болничке педагогије (Ortiz, 2001, prema, Duran Coton, 2017).

| Когнитивни/интелектуални аспекти | Афективни аспекти | Социјални аспекти |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Осигурати континуитет подучавања/учења. ● Обезбедити ефикасан образовни процес. ● Успостављање позитивних односа у непознатом окружењу ● Конструктивно испуњавање времена структурираним активностима. ● Прилагођавање наставног плана и програма према потребама ученика. ● Изграђивање радних навика. | <ul style="list-style-type: none"> ● Прихватање болести ● Организовање терапијских интервенција и саветодавних активности са циљем редуковања доживљаја изолованости и тескобе код ученика. ● Смањити анксиозност и негативна емоционална искуства који настају као резултат болести и хоспитализације. ● Пружити емоционалну подршку ученику услед смањења интеракција са блиским особама из којих ученик уобичајено црпи овакав вид подршке. | <ul style="list-style-type: none"> ● Плански вођено структурисање слободног времена. ● Олакшати социјалну интеграцију нових ученика у контекст болничких школа који је за њих непознаница. ● Промовисати успостављање социјалних односа са вршњацима. ● Реализовати рекреативне и едукативне активности. ● Неговати контакте из спољне средине – пријатељи, уја и шира фамилија. |

Здравствени проблеми код деце и младих могу имати значајан утицај на њихове способности за учење, и консеквентно, обазовна постигнућа. Истраживања показију да 1.6% деце и младих на глобалном нивоу због хроничног здравственог стања имају повећан ризик од нижих академских, социјалних и емоционалних домета у развоју (Shaw & McCabe, 2008). Ово је нарочито изражено код хоспитализоване деце, у ситуацији када их поредимо са здравим вршњацима из редовних школа. У том смислу од изузетне је важности елиминисати предрасуде да болесно дете или адолесцент није у стању да због

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

болести/хоспитализације реализује своје образовне активности прилагођене његовом узрасту (Caballero Soto, 2007). Из тих разлога, већина педијатријских болница у развијеним земљама у оквиру својих здравствених услуга ставља фокус на јачање свести хоспитализованих ученика у вези са њиховим способностима за учење које нису компромитоване услед хоспитализације (Barnett et al. 2020).

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1 Проблем истраживања

Обавеза школе је да ученицима кроз наставу омогући да стичу знања, вештине и навике у складу са прописаним наставним планом и програмом. Постојање школе у болницама сматра се важним механизмом пружања помоћи ученицима у аспетку наставка формалног образовања, али и у аспекту ефикаснијег превладавања стресних ситуација узрокованих болешћу, хоспитализацијом и измештањем ученика из познатог окружења. (Ratnapalan et al., 2009). Основаност спровођења овог истраживања препознаје се у барем три групе разлога. Као прво, преглед релевантне литературе указује на генерално оскудан корпус емпиријских налаза који разматрају проблем образовања деце у болничким условима, а нарочито су дефицитарне студије које у фокусу истраживања имају све релевантне актере срединског окружења хоспитализованог детета, где спадају родитељи, наставници и здравствени радници. Ефикасно функционисање образовних установа као што су школе у болници огледа се у тимском раду и сарадњи наставника, стручних сарадника, здравствених радника, родитеља и ученика. Успех тимског рада и сарадње одразиће се на здравствени, образовни и психолошки напредак хоспитализованих ученика који је предуслов за поновно укључивање ученика у свакодневни живот и интеграцију у друштвену средину након хоспитализације. Надање, у релевантној литератури се истиче да су школе које се баве образовањем хоспитализоване деце још увек маргинализоване и недовољно препознатљиве у систему образовања, што је додатни разлог за реализовање истраживања које би расветлило значај оваквих школа (Бућевић-Sanvincenti, 2010; Farrell & Harris, 2003; Joksimović, 1995; Trnava, 1995;). И напоследку, анализа актуелних студијских програма за образовање наставника разредне наставе у Србији показала је недовољну заступљеност наставних садржаја који би будуће наставнике адекватно припремили за рад са хоспитализованом децом, како у домену реализације наставног рада у болничким условима, тако и у домену познавања механизма остваривања сарадње наставника са родитељима и здравственим радницима. Отуда истраживања на тему болничког школовања не само да су значајна за унапређење болничке педагогије из академског угла, кроз

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

проширивање фондуса научних сазнања о овом феномену већ остварују и изузетно важну повезницу са реализацијом болничког школовања у пратичном аспекту.

Имајући у виду претходно изнета сазнања, актуелно истраживање претендује да прошири сазнања о важности и ефектима болничког школовања на здравствени и психолошки статус хоспитализованих ученика, узимајући у обзир перспективу свих важних актера из непосредног окружења хоспитализованих ученика. Прецизније речено, истраживање преваходно настоји да прибави одговор на питање каква су уверења наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника о значају образовања деце на болничком лечењу и његовим ефектима на здравствени и психолошки статус хоспитализованих ученика. У намери детаљније експлорације овог проблема, истраживање ставља фокус и на испитивање искустава наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника у погледу њихове узајамне сарадње.

Евидентно је да актуелно истраживање има упориште у сегменту Бронфенбренерове теорије еколошких система који назначават утицај мезосистема на развој појединца, у конкретном случају, ученика на болничком школовању. При томе је потребно имати на уму да је феноменолошка перспектива коју Бронфенбренер сматра кључном за разумевање утицаја окружења на развој индивидуе замењена перспективом круцијалних елемената или „чланица“ учениковог мезосистема, попут породице, школе и болничког окружења. Прецизније речено, у актуелном раду фокус није усмерен на учеников доживљај релевантних елемената срединског окружења, већ на узајамне односе родитеља, наставника и здравствених радника путем којих се настоји стећи увид у различите аспекте развоја ученика на болничком школовању.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

3.2 Циљеви и задаци истраживања

Главни циљ истраживања је испитати уверења наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника о значају образовања деце на болничком лечењу и његовим ефектима на здравствени и психолошки статус хоспитализованих ученика.

Из овако формулисаног главног истраживачког циља произилазе следећи задаци истраживања:

1. Испитати уверења наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника о важности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес;
 - 1.1 утврдити да ли социодемографске карактеристике трију група испитаника (старост испитаника, дужина радног стажа, ниво образовања) остварују релацију са њиховим уверењима о важности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес;
2. Испитати уверења наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника о ефектима болничког образовања на функционисање ученика у интелектуалном, социо-емоционалном и здравственом аспекту;
 - 2.1 утврдити да ли социодемографске карактеристике трију група испитаника остварују значајне релације са њиховим уверењима о ефектима болничког образовања на функционисање ученика у интелектуалном, социо-емоционалном и здравственом аспекту.

Додатни циљ истраживања односи се на испитивање искустава наставника, родитеља и здравствених радника у погледу њихове узајамне сарадње и као такав представља референтни оквир за извођење следећих истраживачких задатака:

- 3.1 Испитати искуства родитеља хоспитализованих ученика у погледу сарадње са наставницима болничких школа и здравственим радницима;
- 3.2 Испитати искуства здравствених радника у погледу сарадње са наставницима болничких школа и родитељима хоспитализованих ученика;
- 3.3 Испитати искуства наставника болничких школа у погледу сарадње са родитељима хоспитализованих ученика и здравственим радницима.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

3.3 Хипотезе истраживања

У складу са постављеним циљевима уобличене су следеће хипотезе истраживања:

1. очекује се да наставници болничких школа, родитељи и здравствени радници имају позитивна уверења о важности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес;
 - 1.1 очекује се да ће социодемографске варијбле (старост, дужина радног стажа, ниво образовања испитаника) позитивно корелирати са уверењима о важности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес;
2. очекује се да ће све три групе испитаника истаћи позитивне ефекте болничког образовања на интелектуални, социо-емоционални и здравствени аспект функционисања хоспитализованих ученика;
 - 2.1 очекује се да ће социодемографске варијбле испитаника (старост, дужина радног стажа, ниво образовања испитаника) позитивно корелирати са уверењима о ефектима болничког образовања на интелектуални, социо-емоционални и здравствени аспект функционисања хоспитализоване деце;
3. очекује се да родитељи хоспитализоване деце имају позитивна искуства о сарадњи са наставницима болничких школа и здравственим радницима;
4. очекује се да здравствени радници имају позитивна искуства о сарадњи са родитељима хоспитализованих ученика и наставницима болничких школа;
5. очекује се да наставници болничких школа имају позитивна искуства о сарадњи са родитељима хоспитализованих ученика и здравственим радницима.

3.4 Варијабле истраживања

У складу са одређењем проблема истраживања нацртом је предвиђено неколико варијабли које се разликују по свом статусу. С обзиром на корелациони нацрт истраживања, варијабле су условно подељене на независне и зависне. Независна варијабла у истраживању је школовање деце на болничком лечењу, односно укључивање хоспитализоване деце у образовни процес. Зависна варијабла у истраживању односи се на уверења наставника

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

болничких школа, здравствених радника и родитеља у односу на три важна аспекта болничког школовања: 1) важност болничког школовања; 2) ефекти болничког школовања на функционисање ученика у интелектуалном, социо-емоционалном и здравственом аспекту; 3) искуства о међусобној сарадњи наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника у контексту образовања хоспитализованог ученика. У настојању да се прва два циља истраживања додатно продубе (важност и ефекти болничког школовања), анализом су обухваћене следеће социодемографске варијабле:

- за наставнике разредне наставе/предметне наставе: старост и дужина радног стажа;
- за здравствене раднике: старост, ниво образовања, дужина радног стажа;
- за родитеље хоспитализованих ученика: старост, ниво образовања.

3.5 Метод истраживања

Процедура истраживања

Спроведено истраживање конципирано је у складу са принципима корелационог нацрта истраживања, а прикупљање података обављено је применом писменог анкетирања или упитничком методом. Процедура прикупљања података је започета 2020. године, непосредно по укидању ванредног стања проглашеног услед пандемије COVID-19, уз поштовање прописаних епидемиолошких мера, а ова фаза реализације истраживања трајала је до децембра 2020. године. Истраживање је одобрено је од стране Етичког одбора следећих клиника: Универзитетска дечја клиника у Београду, Клиника за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ у Београду, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ у Београду и Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине у Новом Саду. Пре почетка истраживања, директори Основне школе „Др Драган Херцог“ у Београду и Основне школе „Ђорђе Натошевић“ у Новом Саду дали су пристанак путем информативне сагласности да се испитивање наставника болничких школа и родитеља хоспитализованих ученика одвија у матичним школама, као и могућност постављања упитника на званичну „Фејсбук“ страницу Основне школе „Др Драган Херцог“ у Београду, односно достављање упитника електронским путем. Дакле, наставници и родитељи хоспитализоване деце имали су могућност избора једног од три начина

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

попуњавања упитника: 1) у просторијама матичне школе, где је администрирана папир-оловка верзија упитника; 2) попуњавање упитника електронским путем, тако што је упитник достављен мејлом или путем Вајбер апликације; 3) приступање упитнику на званичној „Фејсбук“ страници (односи се само на родитеље и наставнике Основне школе „Др Драган Херцог“ у Београду). Испитивање здравствених радника обављено је уз посредовање главних медицинских сестара појединачних одељења, у просторијама здравствених установа у папир-оловка форми администрирања инструмента. Све категорије испитаника су претходно информисане о циљевима истраживања, а прикупљање података је гарантовало анонимност испитаника, као и могућност њиховог одустајања од истраживања у било ком моменту.

Опис коришћеног инструмента

За испитивање уверења наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника о значају организовања наставе за децу на болничком лечењу коришћена је адаптирана верзија Упитника уверења дететове средине о значају болничког школовања, који су конструисали Кларк и Балух (Clark & Baluch, 1997), а који је по први пут преведен на српски језик за потребе овог истраживања. Коришћен је поступак двоструког превода од стране професора енглеског језика који ради у сектору образовања. Инструмент се састоји из три дела: први део упитника односи се на добијање социодемографских података за све три групе испитаника; други део инструмента представља адаптирану верзију упитника аутора Кларка и Балуха (Clark & Baluch, 1997) који се састоји од 13 тврдњи са петостепеном скалом одговора Ликертовог типа, којима се испитују уверења о значају болничког школовања у категорији наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника. У оквиру трећег дела инструмента тврдње су исте за све три групе испитаника, а односе се на следеће аспекте истраживачког проблема:

- испитивање уверења наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника о ефектима болничког образовања на функционисање ученика у интелектуалном, социо-емоционалном и здравственом аспекту. Све три категорије ученика одговарале се на пет питања затвореног типа.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

- испитаивање искуства сваке од три групе испитаника у погледу међусобне сарадње. Овај део инструмента садржи три питања – једно отвореног типа и два питања затвореног типа, која су конструисана за потребе актуелног истраживања и у погледу формулација су прилагођена свакој појединачној категорији испитаника. Питање отвореног типа односи се на могућност давања препорука за побољшање развоја и напредовања хоспитализоване деце, од стране наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника.

Узорак истраживања

Узорак истраживања је пригодан, а обухватао је 231 испитаника, од тога 46 мушкараца (19.9%) и 185 жена (80.1%). Од укупног броја испитаника у истраживању је учествовало 59 наставника болничких школа (14.3% наставника предметне наставе; 6.9% наставника разредне наставе и 4.3% дефектолога), 68 родитеља хоспитализованих ученика (испитан је само један од родитеља хоспитализованих ученика) и 104 здравствена радника (19% медицинских сестара/техничара, 19.5% струковних медицинских сестра, 5.2% доктора медицине са специјализацијом и 1.3% психолога). Овакав избор испитаника произилази из ранијих истраживања која су показала да постоје разлике у ставовима у зависности од улоге коју појединац има у контексту болничког школовања (Clark & Valuch, 1997).

Просечна старост испитаника износила је 42.29 година (SD=9.66). Појединачно гледано за сваку групу испитаника просечна старост износила је: за наставнике 48.05 година; за родитеље 40.38 година; за здравствене раднике 40.35 година. Просечан радни стаж здравствених радника и наставника износио је 18.15 година, док просечан радни стаж родитеља није мерен јер се није сматрао варијаблом од интереса. Од укупног броја испитаника 205 (88.7%) су високо образовани, 24 (10.4%) има завршено средње образовање, док 2 (0.9%) има завршено само основно образовање.

На основу увида у релевантна документа, установљено да просечна дужина хоспитализације деце у Србији бележи пад током последње деценије (Gradski zavod za javno zdravlje Beograd, 2008; Gradski zavod za javno zdravlje Beograd, 2014). Примера ради, 2013. године просечна дужина хоспитализације деце је износила 71.91 дан. У спроведеном истраживању просечна дужина хоспитализације је нешто дужа и износи 164.84 дана, а

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

просечан временски период похађања наставе износи 128.41 дан. Објашњење неусаглашености добијених података са општим трендом регистрованим на нивоу државе, могуће је утемељити на чињеници да су актуелним истраживањем обухваћени само родитељи чија су деца стални ученици болничких школа.

Анализа података

Прикупљени подаци анализирани су применом статистичког пакета SPSS for Windows, верзија 25. Сходно назначеним циљевима и хипотезама истраживања, примењене су следеће статистичке анализе: израчунавање дескриптивних показатеља, Хи-квадрат тест, т-тест за један узорак, т-тест за независне узорке, једносмерна анализа варијансе, корелациона анализа. За потребе провере факторске структуре примењеног инструмента спроведена је експлоративна факторска анализа, која припада групи мултиваријатних статистичких техника.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

4.1 Провера факторске структуре Упитника о уверењима дететове средине о значају болничког школовања

У циљу провере латентне структуре Упитника уверења дететове средине о значају болничког школовања примењена је експлоративна факторска анализа. Оправданост примене ове статистичке технике лежи у чињеници да се ради о инструменту који се први пут примењује на српском говорном подручју, а о чијој структури се генерално врло мало зна.

Табела 1

Факторска структура Упитника уверења дететове средине о значају болничког школовања

| Ставке | Први фактор | Други фактор |
|---|-------------|--------------|
| Настављање образовања током боравка у болници олакшава поновну интеграцију детета у редовну школу. | .80 | |
| Школовање хоспитализоване деце има важну улогу у одржавању континуитета свакодневних активности. | .80 | |
| Школа помаже у отклањању досаде током боравка у болници. | .75 | |
| Болничке школе могу помоћи у подстицању бржег опоравка. | .72 | |
| Образовање помаже у побољшању квалитета живота, и према томе требало би да буде доступно без обзира на здравствено стање детета. | .70 | |
| Похађање школе у болници може помоћи у развијању здравих друштвених односа са вршњацима. | .68 | |
| Учење нових вештина током болничког школовања је важно, јер деца имају прилику да се осете успешним. | .67 | |
| Рутинске процедуре попут рендгена и физикалне терапије треба да се одвијају пре или после школских часова, како би деца провела што више времена у школи. | .59 | .47 |

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

| | |
|--|-----|
| Школовање у болници често подразумева одвајање од родитеља, што се може негативно одразити на целу породицу. | .73 |
| Похађање школе у болници поред болести, ствара непотребан додатни стрес код детета. | .68 |
| Похађање болничке школе подразумева дужи боравак деце у болници. | .62 |
| Школовање може сметати медицинским процедурама | .57 |
| Маштовит практични рад који је занимљив важнији је од „рада с књигом“ у болничком окружењу. | .26 |

Као критеријум за одређивање броја фактора, коришћен је Хорнов метод паралелне анализе, који је указао на оптимално двофакторско решење. Резултати анализе главних компоненти приказани су у Табели 1. Први изоловани фактор обухвата индикаторе који се односе на бенефите школовања на болничком лечењу, попут побољшања квалитета живота, развијања социјалних вештина, структурисања слободног времена и бржег опоравка. У складу са садржајем тих ставки, први фактор је назван *Позитивна уверења дететове средине о болничком школовању* ($\alpha = .84$; 34.45% објашњене варијансе).

Други изоловани фактор одређен је ставкама које школовање у болничким условима дефинишу као реметећи фактор, односно фактор који доприноси дисфункционалности детета у периоду трајања хоспитализације. У складу са тим, други фактор је назван *Негативна уверења дететове средине о болничком школовању* ($\alpha = .64$; 14.22% објашњене варијансе). Све ставке су оствариле факторска засићења виша од .30, осим ставке „*Маштовит практични рад који је занимљив важнији је од „рада с књигом“ у болничком окружењу*”, чије је засићење било ниже у односу на прихваљиве вредности и у складу са тим ова ставка је искључена из даљих анализа. Добијени фактори међусобно остварују значајну негативну корелацију ($r = -.24$, $p < .01$). На основу вредности Кронбахових α коефицијената могуће је закључити да субскала позитивних уверења дететове средине о болничком школовању има нешто бољу поузданост типа интерне конзистенције, у односу на субскалу негативних уверења дететове средине о болничком школовању, премда су обе вредности задовољавајуће и указују на добре метријске карактеристике коришћеног инструмента.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Дескриптивни показатељи варијабли истраживања

Увидом у Табелу 2 може се установити да се обе компоненте Упитника уверења дететове средине о болничком школовању дистрибуирају према нормалној расподели – коефицијенти закошености (скјунис) и спљоштености (куртозис) су нижи од 3. На основу вредности аритметичких средина приметно је да су средње вредности одговора целокупног узорка више на субскали позитивних уверења о значају болничког школовања, у односу на субскалу негативних уверења.

Табела 2

Дескриптивни показатељи екстрахованих фактора уверења дететове средине о болничком школовању

| Уверења о важности болничког школовања | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>Sk</i> | <i>Ku</i> |
|--|----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|
| Позитивна уверења | 4.20 | 0.66 | 2 | 5 | -1.05 | 0.70 |
| Негативна уверења | 2.51 | 0.91 | 1 | 5 | 0.14 | -0.67 |

Напомена. *M* – аритметичка средина; *SD* – стандардна девијација; *Min* – минимална вредност; *Max* – максимална вредност; *Sk* – коефицијент закошености; *Ku* – коефицијент спљоштености.

4.2 Провера хипотеза истраживања

ХИПОТЕЗА 1 – Очекује се да наставници, родитељи и здравствени радници имају позитивна уверења о важности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес.

У циљу испитивања прве хипотезе примењен је т-тест за један узорак (one-sample t-test), који служи за поређење емпиријске аритметичке средине са теоријски претпостављеном аритметичком средином, како би се утврдило да ли се израженост ставова родитеља, наставника и здравствених радника статистички значајно разликује од претпостављене вредности аритметичке средине ставова популације (Табела 3).

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Табела 3

Поређење теоријске и емпиријске аритметичке средине у односу на подзорке испитаника

| Узорак испитаника | Уверења о важности болничког школовања | M_e | M_t | t |
|---------------------|--|-------|-------|---------|
| Родитељи | Позитивна уверења | 4.22 | 3.00 | 19.15** |
| | Негативна уверења | 2.51 | 3.00 | -5.04** |
| Наставници | Позитивна уверења | 4.64 | 3.00 | 30.08** |
| | Негативна уверења | 2.22 | 3.00 | -6.29** |
| Здравствени радници | Позитивна уверења | 3.95 | 3.00 | 13.36** |
| | Негативна уверења | 2.69 | 3.00 | -3.38** |

Напомена. M_e – емпиријска аритметичка средина; M_t – теоријска аритметичка средина; t – вредност т-теста. ** $p < .01$.

Увидом у резултате т-теста за један узорак, може се установити да су родитељи, наставници, као и здравствени радници имали значајно позитивнија уверења о болничком школовању деце на болничком лечењу, као и значајно ниже изражена негативна уверења о школовању деце на болничком лечењу, у односу на претпостављене теоријске вредности аритметичких средина. Додатним анализама (хи-квадрат тестом) утврђено је да родитељи ($\chi^2 = 56.53$; $p < .01$; 95.6% одговорило са ДА), наставници ($\chi^2 = \infty$; $p < .01$; сви испитаници одговорили са ДА) и здравствени радници ($\chi^2 = 56.47$; $p < .01$; 86.7% одговорило са ДА) сматрају да хоспитализована деца треба да буду укључена у образовни процес. У складу са добијеним резултатима закључује се да је прва хипотеза потврђена, односно да сва три подзорка испитаника имају позитивна уверења о важности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес који се реализује у болничким условима.

Како би се утврдило која од наведених група испитаника има најизраженија позитивна, односно негативна уверења о болничком школовању, спроведена је једносмерна анализа варијансе (ANOVA), са групом испитаника (родитељ/наставник/здравствени радник) као независном варијаблом и два типа уверења према школовању деце на болничком лечењу као зависном варијаблом (Табела 4). Као метода поређења група

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

коришћен је Бонферијев тест контрастирања. Увидом у Табелу 4 закључује се да наставници имају знатно израженија позитивна уверења о важности школовања деце током хоспитализације, у односу на родитеље и здравствене раднике, а да и сами родитељи имају позитивнија уверења када се пореде са здравственим радницима. Када се говори о негативним уверењима, резултати ANOVA указали су на то да здравствени радници имају значајно израженија негативна уверења у вези са важношћу укључивања хоспитализоване деце у образовни процес у поређењу са наставницима. Разлике између осталих група испитаника нису биле статистички значајне.

Табела 4

Поређење група према изражености позитивних и негативних уверења о болничком школовању

| Уверења о болничком школовању | Родитељи | | Наставници | | Здравствени радници | | Поређење група |
|-------------------------------------|----------|-----------|------------|-----------|---------------------|-----------|---|
| | (1) | | (2) | | (3) | | |
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | |
| Позитивна уверења | 4.22 | 0.52 | 4.64 | 0.42 | 3.95 | 0.71 | $F(2, 228) = 25.34^{**}$ $2 > 1, 3$ $1 > 3$ |
| Негативна уверења | 2.51 | 0.75 | 2.22 | 0.95 | 2.69 | 0.94 | $F(2, 228) = 5.31^{**}$ $3 > 2$ |

Напомена. *M* – аритметичка средина; *SD* – стандарда девијација; *F* – вредност Ф-теста.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

ХИПОТЕЗА 1.1 – Очекује се да ће мерене социодемографске варијбле (старост, ниво образовања, дужина радног стажа) позитивно корелирати са уверењима о важности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес.

У циљу испитивања повезаности социодемографских варијабли са уверењима дететове средине о важности болничког школовања коришћена је корелациона анализа. У случају старости и дужине радног стажа коришћен је Пирсонов коефицијент корелације, док је у случају нивоа образовања родитеља коришћен Спирманов коефицијент корелације (Табела 5). Радни стаж родитеља хоспитализованих ученика није мерен зато што се није сматрао варијаблом од интереса.

Табела 5

Повезаност социодемографских карактеристика са уверењима о важности болничког школовања

| Социодемографске варијабле | Позитивна уверења | Негативна уверења |
|--|-------------------|-------------------|
| Старост | .21** | -.11 |
| Дужина радног стажа (наставници и здравствени радници) | .04 | -.05 |
| Ниво образовања | .03 | .06 |

Напомена. ** $p < .01$.

Имајући у виду добијене резултате на целокупном узорку, закључује се да само старост испитаника остварује значајне позитивне корелације са позитивним уверењима о важности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес, док преостале социодемографске варијабле нису оствариле значајне релације са позитивним и негативним уверењима о школовању деце у болничким условима. Дакле, што су испитаници старији, уједно су и склонији позитивнијим уверењима у вези са укључивањем хоспитализоване деце у образовни процес. Резултати мултипле регресионе анализе указали су на то да се помоћу социодемографских варијабли не могу значајно предвидети позитивна ($F(2, 55) = 0.40$; $R^2 = .01$; $p = .67$), односно негативна уверења ($F(2, 55) = 1.50$; $R^2 = .05$; $p = .23$) наставника, а исти случај се јавља када се говори о позитивним ($F(2, 102) = 0.22$; $R^2 = .05$; $p = .07$) и негативним уверењима ($F(2, 102) = 0.16$; $R^2 = .00$; $p = .85$) здравствених радника. Када се говори о

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

родитељима, предикција позитивних ($F(2, 65) = 5.83; R^2 = .15; p < .01$) и негативних уверења ($F(2, 65) = 3.41; R^2 = .10; p < .05$) о укључивању хоспитализоване деце у образовни процес на основу социодемографских варијабли била је статистички значајна. Као значајан предиктор позитивних уверења код родитеља се издвојила старост ($\beta = .38; t = 3.28; p < .01$) и то у позитивном смеру, док се у случају негативних уверења као значајан предиктор издвојио ниво образовања ($\beta = .25; t = 2.07; p < .05$), такође у позитивном смеру, док је негативни ефекат старости био маргинално значајан ($\beta = -.24; t = 1.95; p = .054$). Дакле, са старашћу родитеља се јављају позитивнија уверења о укључивању хоспитализоване деце у образовни процес, а уједно се смањују негативна уверења у вези са истим феноменом. С друге стране, виши ниво образовања родитеља доприноси томе да негативна уверења према укључивању хоспитализоване деце у образовни процес буду израженија. У складу са добијеним резултатима може се закључити да је наведена хипотеза само делимично потврђена.

ХИПОТЕЗА 2 - Очекује се да ће све три групе испитаника истаћи позитивне ефекте болничког образовања на интелектуални, социо-емоционални и здравствени аспект хоспитализоване деце.

Испитивање позитивних ефеката које болничко образовање има на интелектуални, социо-емоционални и здравствени аспект хоспитализоване деце извршено је кроз два корака. Прво је хи-квадрат тестом утврђено да родитељи ($\chi^2 = 64.06; p < .01; 98\%$ одговорило са ДА), наставници ($\chi^2 = \infty; p < .01$; сви испитаници одговорили са ДА) и здравствени радници ($\chi^2 = 48.01; p < .01; 80.7\%$ одговорило са ДА) сматрају да болничко образовање остварује значајан ефекат на образовно напредовање деце која се налазе на болничком лечењу. У другој етапи анализирани су одговори све три групе испитаника за три аспекта напредовања деце која се налазе на болничком лечењу (интелектуално, социо-емоционално и здравствено напредовање). У Табели 6 приказани су резултати т-теста за један узорак, како би се утврдило да ли испитиване групе сматрају болничко школовање ефикасним у случају сва три аспекта напредовања.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Табела 6

Испитивање ефеката болничког школовања на интелектуално, социо-емоционално и здравствено напредовање хоспитализованих ученика

| Узорак испитаника | Домени напредовања | M_e | M_t | t |
|---------------------|-------------------------------|-------|-------|---------|
| Родитељи | Интелектуално напредовање | 2.50 | 2.00 | 7.37** |
| | Социо-емоционално напредовање | 2.50 | 2.00 | 8.19** |
| | Здравствено напредовање | 2.43 | 2.00 | 6.67** |
| Наставници | Интелектуално напредовање | 2.74 | 2.00 | 12.78** |
| | Социо-емоционално напредовање | 2.72 | 2.00 | 10.55** |
| | Здравствено напредовање | 2.66 | 2.00 | 9.69** |
| Здравствени радници | Интелектуално напредовање | 2.10 | 2.00 | 1.68 |
| | Социо-емоционално напредовање | 2.28 | 2.00 | 4.62** |
| | Здравствено напредовање | 2.00 | 2.00 | 0.00 |

Напомена. M_e – емпиријска аритметичка средина; M_t – теоријска аритметичка средина; t – вредност т-теста. ** $p < .01$.

Резултати анализе указују на то да родитељи и наставници сматрају да су ефекти болничког школовања значајни за сва три аспекта напредовања детета које је хоспитализовано. Сви значајни ефекти који су добијени у анализи су позитивног предзнака што говори у прилог томе да се болничко школовање перципира као протективни фактор за напредовање хоспитализованог детета. С друге стране, здравствени радници сматрају болничко школовање значајним само када се говори о социо-емоционалном функционисању

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

детета које је хоспитализовано. Дакле, истицање позитивних ефеката болничког школовања на напредовање детета које је хоспитализовано је значајно за сва три аспекта напредовања када се говори о родитељима и наставницима, док здравствени радници напредак виде само у социо-емоционалном функционисању детета, чиме је постављена хипотеза потврђена.

Како би се додатно утврдило која од наведених група има најизраженија уверења о значајним ефектима болничког школовања на напредовање детета, спроведена је једносмерна анализа варијансе (ANOVA), са групом испитаника (родитељ/наставник/здравствени радник) као независном варијаблом и перцепцијом напредовања детета на болничком лечењу као зависном варијаблом (Табела 7). Као метода поређења група коришћен је Бонферонијев тест контрастирања.

Табела 7

Поређење група према перцепцији ефеката болничког школовања на напредовање деце у три аспекта

| Аспекти напредовања детета | Родитељи (1) | | Наставници (2) | | Здравствени радници (3) | | Поређење група |
|-------------------------------|--------------|-----------|----------------|-----------|-------------------------|-----------|---|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | |
| Интелектуално напредовање | 2.50 | 0.56 | 2.74 | 0.44 | 2.10 | 0.58 | $F(2, 228) = 28.96^{**}$ $2 > 1, 3$ $1 > 3$ |
| Социо-емоционално напредовање | 2.50 | 0.50 | 2.72 | 0.52 | 2.28 | 0.61 | $F(2, 228) = 12.26^{**}$ $1, 2 > 3$ |
| Здравствено напредовање | 2.43 | 0.53 | 2.66 | 0.52 | 2.00 | 0.65 | $F(2, 228) = 26.15^{**}$ $1, 2 > 3$ |

Напомена. *M* – аритметичка средина; *SD* – стандардна девијација; *F* – вредност F-теста.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Поређењем група установљено је да родитељи и наставници, у поређењу са здравственим радницима, у већој мери сматрају да болничко школовање има значајан ефекат на социо-емоционално и здравствено напредовање детета. Када се говори о интелектуалном напредовању, наставници имају израженија уверења од родитеља и здравствених радника у вези са тиме да болничко школовање остварује значајне ефекте и на овај аспект дететовог функционисања, док и сами родитељи имају израженија уверења о томе да болничко школовање значајно доприноси интелектуалном напредовању детета у поређењу са уверењима здравствених радника.

ХИПОТЕЗА 2а - Очекује се да ће мерене социодемографске варијабле испитаника (старост испитаника, дужина радног стажа, ниво образовања испитаника) позитивно корелирати са уверењима о ефектима болничког образовања на интелектуални, социо-емоционални и здравствени аспект развоја хоспитализоване деце.

У циљу испитивања повезаности социодемографских варијабли са ставовима о ефектима болничког образовања на напредовање детета коришћена је корелациона анализа. У случају старости и дужине радног стажа коришћен је Пирсонов коефицијент корелације, док је у случају нивоа образовања родитеља коришћен Спирманов коефицијент корелације (Табела 8).

Табела 8

Повезаност социодемографских карактеристика са уверењима о вежности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес

| Социодемографске варијабле | Интелектуално напредовање | Социоемоционално напредовање | Здравствено напредовање |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Старост | .19** | .16* | .28** |
| Дужина радног стажа (наставници и здравствени радници) | .06 | .09 | .16* |
| Ниво образовања | -.12 | -.07 | -.09 |

*Напомена. * $p < .05$. ** $p < .01$.*

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Резултати корелационе анализе указали су на то да је старост испитаника позитивно повезана са уверењима о позитивним ефектима болничког школовања са сва три аспекта напредовања детета, док је дужина радног стажа значајно и позитивно повезана само са перцепцијом здравственог напредовања. Дакле, са старошћу испитаника се јавља израженије уверење о томе да болничко школовање остварује значајан ефекат на напредовање детета, док је дужи радни стаж значајан корелат само у случају перцепције здравственог напредовања. Овим налазима се делимично потврђује постављена хипотеза да социодемографске карактеристике остварују позитивну корелацију са аспектима напредовања деце која се налазе на болничком школовању. Додатно, резултати мултипле регресионе анализе указали су на то да се помоћу социодемографских варијабли не може значајно предвидети перцепција ефеката болничког школовања на интелектуално напредовање ($F(2, 65) = 1.66; R^2 = .05; p = .20$), социо-емоционално функционисање ($F(2, 65) = 1.22; R^2 = .04; p = .30$) и здравствено напредовање ($F(2, 65) = 2.91; R^2 = .08; p = .06$) детета, када се говори о родитељима. Ниједан значајан резултат се није добио ни у случају када су здравствени радници процењивали ефекте болничког школовања на интелектуално ($F(1, 103) = 2.16; R^2 = .02; p = .14$), социо-емоционално ($F(1, 103) = 1.47; R^2 = .01; p = .23$) и здравствено напредовање ($F(1, 103) = 2.44; R^2 = .02; p = .12$) ученика. У случају наставника, значајни резултати су добијени само у случају процене ефеката болничког школовања на здравствено напредовање детета ($F(1, 56) = 4.56; R^2 = .08; p < .05$), док су овакви налази изостали када се говори о интелектуалном напредовању ($F(1, 56) = 1.10; R^2 = .02; p = .30$) и социоемоционалном функционисању ($F(1, 56) = 0.20; R^2 = .00; p = .66$). Код наставника се издвојила старост као значајан предиктор процене ефеката болничког школовања на здравствено напредовање детета, ($\beta = .27; t = 2.14; p < .05$) и то у позитивном смеру. Дакле, са старошћу наставника се јавља то да они ефекте болничког школовања процењују као значајне када се говори о здравственом напредовању детета.

ХИПОТЕЗА 3 - Очекује се да родитељи хоспитализоване деце имају позитивна искуства о сарадњи са наставницима болничких школа и здравственим радницима

Анализа података који су били примарни извор информација за верификацију ове хипотезе подразумевала је примену т-теста за један узорак на питања: „Здравствени радници уважавају моје мишљење о развоју и напредовању детета на болничком

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

школовању“ и „Наставник уважава моје мишљење о развоју и напредовању детета на болничком школовању“, као и два питања која се односе на генерално задовољство сарадњом родитеља са наставницима и здравственим радницима (Табела 9). Т-тестом за један узорак анализирано је да ли постоје разлике у добијеним одговорима у односу на претпостављену аритметичку средину популације.

Табела 9

Анализа позитивних искустава родитеља током сарадње са наставницима и здравственим радницима

| Искуства о узајамној сарадњи | M_e | M_t | t |
|--|-------|-------|--------|
| Уважавање мишљења – здравствени радници | 2.27 | 2.00 | 3.43** |
| Уважавање мишљења – наставници | 2.46 | 2.00 | 6.17** |
| Задовољство сарадњом – здравствени радници | 2.18 | 2.00 | 2.34* |
| Задовољство сарадњом – наставници | 2.56 | 2.00 | 9.21** |

Напомена. M_e – емпиријска аритметичка средина; M_t – теоријска аритметичка средина; t – вредност т-теста. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Увидом у резултате анализа може се установити да су родитељска искуства током сарадње са наставницима и здравственим радницима искључиво позитивна, како у случају уважавања њиховог мишљења током болничког школовања детета, тако и у случају задовољства самом сарадњом са друге две групе испитаника. Позитивна уверења родитеља према укључивању хоспитализоване деце у процес образовања ($F(4, 62) = 4.27$; $R^2 = .22$; $p < .01$) значајно је предвиђала само сарадња са наставником болничке школе ($\beta = .32$; $t = 2.20$; $p < .05$). Дакле, што су родитељи били задовољнији сарадњом са наставником болничке школе, утолико су имали позитивнија уверења према болничком школовању. Негативна уверења родитеља била су одређена сарадњом са друге две групе испитаника ($F(4, 62) = 3.71$; $R^2 = .19$; $p < .01$). Конкретније, једино је нижи ниво сарадње са здравственим радницима ($\beta = -.30$; $t = -2.01$; $p < .05$) значајно и негативно допринео испољавању негативних уверења код родитеља о болничком школовању деце. Имајући у виду ове резултате, закључује се да је постављена хипотеза потврђена.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

ХИПОТЕЗА 4 - Очекује се да здравствени радници имају позитивна искуства о сарадњи са родитељима хоспитализованих ученика и наставницима болничких школа.

Анализа података који су били примарни извор информација за верификацију ове хипотезе подразумевала је примену т-теста за један узорак у случају питања: „Родитељи хоспитализоване деце уважавају моје мишљење о развоју и напредовању детета на болничком школовању.“ и „Наставник уважава моје мишљење о развоју и напредовању детета на болничком школовању“, као и два питања која се односе на генерално задовољство сарадњом здравствених радника са наставницима и родитељима хоспитализоване деце (Табела 10). Т-тестом за један узорак анализирано је да ли постоје разлике у добијеним одговорима у односу на претпостављену аритметичку средину популације.

Табела 10

Анализа позитивних искустава здравствених радника током сарадње са наставницима и родитељима

| Искуства о изајамној сарадњи | M_e | M_t | t |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|
| Уважавање мишљења – родитељи | 2.02 | 2.00 | 0.35 |
| Уважавање мишљења – наставници | 2.08 | 2.00 | 1.11 |
| Задовољство сарадњом – родитељи | 2.12 | 2.00 | 2.12* |
| Задовољство сарадњом – наставници | 1.93 | 2.00 | -1.04 |

Напомена. M_e – емпиријска аритметичка средина; M_t – теоријска аритметичка средина; t – вредност т-теста. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Увидом у резултате који се налазе у Табели 10, закључује се да су здравствени радници једино задовољни генералном сарадњом са родитељима. Уважавање мишљења од стране родитеља и наставника није значајно више у односу на претпостављене просечне вредности, док се генерално задовољство сарадњом са наставницима перципира, иако статистички незначајно, као нешто ниже у односу на претпостављени просечни ниво. Информисаност здравствених радника о образовном напредовању детета током болничког школовања није била на завидном нивоу, с обзиром на то да је већина здравствених радника изјавила да није била информисана о томе ($\chi^2 = 74.29$; $p < .01$; 75%). Позитивна уверења

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

здравствених радника према укључивању хоспитализоване деце у процес образовања ($F(4, 100) = 3.24$; $R^2 = .12$; $p < .05$) значајно је предвиђало само уважавање мишљења од стране родитеља о развоју и напредовању детета током болничког лечења ($\beta = .27$; $t = 2.52$; $p < .05$). Дакле, што су родитељи више уважавали мишљење медицинских радника о напредовању у развоју детета током хоспитализације, медицински радници су имали позитивнија уверења према болничком школовању. Негативна уверења нису била одређена сарадњом са друге две групе испитаника ($F(4, 100) = 0.27$; $R^2 = .01$; $p = .90$). Имајући у виду добијене резултате, закључује се да је постављена хипотеза само делимично потврђена.

ХИПОТЕЗА 5 - Очекује се да наставници болничких школа имају позитивна искуства о сарадњи са родитељима хоспитализованих ученика и здравственим радницима.

Анализа података који су били примарни извор информација за верификацију последње хипотезе подразумевала је примену т-теста за један узорак у односу на питања: „Родитељи хоспитализоване деце уважавају моје мишљење о развоју и напредовању детета на болничком лечењу.“ и „Здравствени радници уважавају моје мишљење о развоју и напредовању детета на болничком лечењу“, као и два питања која се односе на генерално задовољство сарадњом наставника са родитељима хоспитализоване деце и здравственим радницима (Табела 11). Т-тестом за један узорак анализирано је да ли постоје разлике у добијеним одговорима у односу на претпостављену аритметичку средину популације.

Табела 11

Анализа позитивних искустава наставника током сарадње са здравственим радницима и родитељима

| Искуства о узајамној сарадњи | M_e | M_t | t |
|--|-------|-------|---------|
| Уважавање мишљења – родитељи | 2.71 | 2.00 | 10.86** |
| Уважавање мишљења – здравствени радници | 2.57 | 2.00 | 7.66** |
| Задовољство сарадњом – родитељи | 2.36 | 2.00 | 4.99** |
| Задовољство сарадњом – здравствени радници | 2.36 | 2.00 | 4.99** |

Напомена. M_e – емпиријска аритметичка средина; M_t – теоријска аритметичка средина; t – вредност т-теста. * $p < .05$. ** $p < .01$.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Увидом у резултате анализа може се установити да су наставничка искуства током сарадње са родитељима хоспитализоване деце и здравственим радницима искључиво позитивна, како у случају уважавања њиховог мишљења током дететове хоспитализације, тако и у случају задовољства самом сарадњом са друге две групе испитаника. Информисаност наставника о здравственом напредовању детета током болничког школовања је била на завидном нивоу, с обзиром на то да је већина наставника изјавила да је била информисана у погледу овог питања ($\chi^2 = 21.97$; $p < .01$; 94.83% одговорило да има те информације). Позитивна уверења наставника према укључивању хоспитализоване деце у процес образовања ($F(4, 53) = 5.61$; $R^2 = .30$; $p < .01$) значајно је предвиђало уважавање мишљења од стране здравствених радника о развоју и напредовању детета током болничког лечења ($\beta = .43$; $t = 2.73$; $p < .01$). Дакле, што су здравствени радници више уважавали мишљење наставника о напредовању у развоју детета током болничког школовања, наставници су имали позитивније ставове према болничком школовању. Негативна уверења нису била одређена индикаторима сарадње са друге две групе испитаника ($F(4, 53) = 2.49$; $R^2 = .15$; $p = .06$). Имајући у виду ове резултате, закључује се да је последња хипотеза у потпуности потврђена.

5. ДИСКУСИЈА

5.1 Уверења наставника, родитеља и здравствених радника о важности укључивања хоспитализоване деце у наставни процес

Главно полазиште актуелног истраживања односи се на испитивање уверења наставника, родитеља и здравствених радника о важности образовања хоспитализованих ученика. Прелиминарне анализе провере латентног простора мерења Упитника уверења дететове средине о значају болничког школовања, указале су на јасну двофакторску структуру коришћеног инструмента, која се може описати у терминима позитивних и негативних уверења средине хоспитализованог ученика о важности болничког школовања. Фактор који је назван *Позитивна уверења дететове средине о болничком школовању*, окупља тврдње које се односе на перцепцију болничког школовања као процеса који има позитивног одраза на широк распон дететових психолошких својстава, као што су социјалне вештине, (реинтеграција детета у редовну школу, подстицање социјалних интеракција са вршњацима), емоционална стања (отклањање досаде, давање прилике детету да се осети успешним) и општи психички статус детета који потпомаже његовом бржем здравственом опоравку. Други изоловани фактор, именован као *Негативна уверења дететове средине о болничком школовању*, у највећој мери засићују ставке које болничко школовање виде као неку врсту оптерећења за дете, како у смислу генерисања додатног стреса, тако и у смислу ометања тока спровођења медицинских процедура. Због смислене структуре и јасно одређеног значења, ова два фактора су у даљим анализама фигурисала као засебне варијабле. Осим што се показао добрим у аспекту латентног простора мерења, примењени инструмент има и добра психометријска својства, односно показује задовољавајући степен поузданости типа интерне конзистенције у случају обеју субскала, што га препоручује за примену у будућим истраживањима поменутих конструката.

Применом главних статистичких анализа добијени су резултати који говоре у прилог постојања позитивних уверења трију категорија испитаника о важности болничког школовања, чиме је прва хипотеза истраживања добила своју емпиријску потврду. Слични резултати добијени су и у другим истраживањима. Примера ради, студија Кларка и Балуха

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

(Clark & Baluch, 1997) нуди емпиријско сведочанство о постојању позитивних уверења о болничком школовању у категорији наставника болничких школа и здравствених радника. Осим тога, студија која је важност болничког школовања испитивала само на узорку родитеља, такође је установила заступљеност позитивних уверења о важности укључивања њихове деце у образовни процес током периода хоспитализације (Fassam, 1982).

Ипак, у настојању да се уверења наставника, родитеља и здравствених радника упореде у степену изражености позитивних, односно негативних уверења о болничком школовању, утврђене су значајне разлике које диктирају следећи поредак – наставници болничких школа имају израженија позитивна уверења о болничком школовању, како у односу на родитеље, тако и у односу на здравствене раднике, док родитељи имају израженија позитивна уверења у погледу овог питања у односу на здравствене раднике. Другим речима, наставници болничких школа у највећој мери позитивно вреднују значај болничког школовања, што је саображено њиховој професионалној улози, док су уверења здравствених радника о значају болничког школовања, премда позитивна, заступљена у најмањем степену. Родитељска позитивна уверења о важности укључивања деце у образовни процес током трајања хоспитализације, налазе се негде између ове две категорије, али ипак ближе уверењима здравствених радника. Ово закључујемо на основу резултата који указују да се родитељи и здравствени радници не разликују у степену изражености негативних уверења о болничком школовању, док су наставници у најмањем степену склони оваквој врсти перцепције болничког школовања. Објашњење налаза који сугеришу да здравствени радници имају значајно израженија негативна уверења у односу на наставнике, али не и у односу на родитеље, треба тражити у домену одређивања приоритета од стране трију категорија испитаника. Наиме, здравствени радници и родитељи показују тенденцију да здравственом статусу хоспитализованог детета дају значајну предност у односу на наставак школовања, при чему оваква стремљења здравствених радника произилазе из захтева њихове професије, док су родитељи вођени мотивима емоционалне природе, као што је забринутост за дететову добробит. Оваква запажања кореспондирају са закључцима других студија који истичу да се приоритети здравствених радника превасходно назначавaju у сфери праћења и побољшања здравственог стања хоспитализованог детета (Clark & Baluch, 1997). У прилог овоме иде и запажање Меклејна (McLean, 1990, према Clark & Baluch, 1997) да конфликтне ситуације између здравствених

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

радника и наставника у највећој мери настају због различитог виђења здравственог стања хоспитализованог детета. Са друге стране, наставници заузимају холистички приступ у сагледавању статуса хоспитализованих ученика, обухватно се осврћући на функционисање детета у различитим психолошким аспектима, које је могуће унапредити укључивањем хоспитализованог детета у образовни процес. Другим речима, наставници су склони да на наставни процес гледају као на својеврсно терапеутско средство које нема само функцију отклањања празнина у знању, већ се позитивно одражава и на различите аспекте дететовог целокупног психолошког развоја. На овој линији промишљања о важности болничког школовања су и аутори који истичу да праћење наставе током трајања хоспитализације нема искључиво функцију усвајања нових знања, већ представља важан фактор који олакшава адаптацију детета на боравак у болници кроз континуитет у школским активностима као важном повезницом са дететовим „нормалним“ животом, пре хоспитализације (Cabezas, 2008; Nawrylak, 2000).

У намери да се главни истраживачки проблем додатно продуби, уверења о важности болничког школовања испитана су и у релацији са социодемографским карактеристикама трију категорија испитаника – старост, ниво образовања и дужина радног стажа. С тим у вези, установљено је да на нивоу целокупног узорка једино старост испитаника позитивно корелира са позитивним уверењима о важности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес. Добијени резултат нам, заправо, сугерише да што су испитаници старији утолико су код њих израженија позитивна уверења према школовању деце на болничком лечењу. Преостале две социодемографске варијабле (ниво образовања и дужина радног стажа) нису оствариле значајне релације са позитивним, односно са негативним уверењима о школовању хоспитализоване деце, када се ове релације разматрају на целокупном узорку.

Залазећи још дубље у природу релација између поменутих социодемографских варијабли и уверења о важности болничког школовања, спроведене су мултипле регресионе анализе, засебно за сваку од три групе испитаника. Резултати који су добијени у овом сегменту спроведеног истраживања указују на постојање статистички значајне повезаности између социодемографских варијабли и уверења о болничком школовању само у категорији родитеља хоспитализоване деце. Прецизније речено, старост родитеља се издвојила као значајан предиктор њихових позитивних уверења о болничком школовању и то у позитивном смеру, док образовање родитеља позитивно предвиђа њихова негативна

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

уверења о болничком школовању. Дакле, са старошћу родитеља се јављају позитивнија уверења о укључивању хоспитализоване деце у образовни процес. Са друге стране, виши ниво образовања родитеља доприноси томе да негативна уверења о укључивању хоспитализоване деце у образовни процес буду израженија. У складу са добијеним резултатима може се закључити да је подхипотеза у оквиру прве хипотезе само делимично потврђена.

Могуће објашњење налаза који старост родитеља истичу као значајан предиктор позитивних уверења о образовању деце у болничким условима, може се довести у везу са резултатима ранијих истраживања који сугеришу да тзв. конзервативне вредности, у које спадају окренутост ка традицији, комформирање социјалним нормама и осигуравање властите егзистенције, постају израженије са старењем (Robinson, 2013). С обзиром на то да се образовање, нарочито основношколско, може сматрати вредношћу која се усваја кроз комформирање појединца социјалним нормама, а на коју се гледа као на средство којим се прибавља финансијска/егзистенцијална сигурност појединца, добијени налаз не делује изненађујуће. Кад је реч о дискусији налаза који упућује на тенденцију веће изражености негативних уверења родитеља о болничком школовању са порастом њиховог образовног нивоа, објашњење би могло ићи у правцу размишљања да су образованији родитељи склонији да се подробно информишу о дететовој дијагнози, што кореспондира са налазима да су појединци вишег образовног нивоа много пријемчивији за самостално и целоживотно учење које представља неформални облик усвајања нових информација у складу са личним интересовањима појединца (Tough, 1971, према Andrilović, 2001). То, надаље, значи да образованији родитељи располажу већом количином знања о току болести и медицинским третманима, због чега су више фокусирани на здравствени статус детета, а наставак образовања могу сматрати дистрактором који потенцијално може ометати спровођење медицинских процедура и као такав, потиснути побољшање здравственог стања детета у други план. Осим тога, сасвим је могуће да родитељи који су темељније упознати са здравственим стањем детета заузимају протективнији и попустљивији став у односу на дете, не желећи да га оптерете наставаком школовања у фази трајања болести. Оваква промишљања о добијеним резултатима налазе потврду у једном новијем страном истраживању чији налази показују да су родитељи деце којима је дијагностификована нека од тежих болести стављали фокус на здравствено стање детета, док је укљученост детета у

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

образовни процес била сведена на нужни минимум, иако су уверења родитеља о важности наставка образовања у начелу била позитивна (Dellosa et al., 2021).

5.2 Уверења наставника, родитеља и здравствених радника о ефектима болничког школовања на функционисање детета у интелектуалном, социо-емоционалном и здравственом аспекту

Друга упоришна тачка спроведеног истраживања односи се на испитивање уверења наставника, родитеља и здравствених радника о ефектима болничког школовања на различите аспекте дететовог функционисања. Прецизније речено, у другом кораку истраживања, истраживачки интерес је био усмерен на разматрање уверења о ефектима болничког школовања трију категорија испитаника у односу на интелектуално, социо-емоционално и здравствено функционисање хоспитализованих ученика. Добијени резултати упућују на закључак да наставници, родитељи и здравствени радници имају позитивна уверења о ефектима болничког школовања на различите аспекте функционисања хоспитализованих ученика, на основу чега можемо закључити да је друга хипотеза истраживања потврђена. Но, премда су све три групе испитаника мишљења да болничко школовање има шири оквир позитивног деловања од оног који се уобичајено везује за наставак школовања и превазилажење празнина у знању, приметно је да су родитељи и наставници болничких школа склони да бенефите болничког школовања назначавашу у сва три испитивана аспекта дететовог функционисања, за разлику од здравствених радника чије је перспектива нешто рестриктивнија и своди се само на перцепцију побољшања социо-емоционалног аспекта дететовог функционисања. Другим речима, родитељи и наставници перципирају болничко школовање као својеврстан протективни фактор у контексту општег функционисања хоспитализованог детета, док су, са друге стране, здравствени радници склони уверењу да је болничко школовање делотворно само када се говори о социо-емоционалном функционисању хоспитализованих ученика. Потенцијално објашњење оваквих налаза могло би се тицати боље упућености наставника и родитеља у опште функционисање детета, услед фреквентнијих и продубљенијих интеракција које са њим остварују на свакодневном нивоу. Са друге стране, здравствени радници немају увид у

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

интелектуални аспект дететовог функционисања, због чега се њихово позитивно вредновање ефеката болничког школовања везује само за својства која су подложна њиховој свакодневној процени, а која се тичу плана социјалних интеракција и емоционалних стања хоспитализованих ученика. Ипак, оно што на први поглед уноси извесну дозу конфузије је налаз да здравствени радници, за разлику од наставника и родитеља, не уочавају назнаке здравственог побољшања хоспитализованих ученика услед похађања болничких школа. Објашњење оваквог резултата могло би се тицати склоности здравствених радника да здравствени напредак хоспитализоване деце стриктно везују за конвенционалне медицинске процедуре, за разлику од наставника који заузимају холистички приступ у сагледавању болничког образовања и његових ефеката. Што се тиче родитеља, њихова широка перспектива у сагледавању позитивних ефеката болничког школовања, која обухвата и здравствено напредовање детета, могла би се довести у везу са нешто већим упливом афективних фактора у процене ове врсте, у смислу повишене сензитивности за сваку врсту дететовог напредовања, која показује тенденцију широког генерализовања.

У настојању да се темељније испитају разлике у уверењима трију категорија испитаника, обављене су додатне анализе којима је установљено да родитељи и наставници, у поређењу са здравственим радницима, у већој мери сматрају да болничко школовање има значајан ефекат на социо-емоционално и здравствено напредовање детета. Када се говори о интелектуалном напредовању, наставници имају израженија уверења од родитеља и здравствених радника у вези са тиме да болничко школовање остварује значајне ефекте и на овај аспект дететовог функционисања, док и сами родитељи имају израженија уверења о томе да болничко школовање значајно доприноси интелектуалном напредовању детета, у поређењу са уверењима здравствених радника. На основу оваквих налаза можемо закључити да су родитељи и наставници потпуно уједначени када говоримо о њиховом схватању ефеката болничког школовања на социо-емоционални и здравствени статус детета. Међутим, када се говори о интелектуалном напредовању, наставници имају израженија уверења о позитивним ефектима болничког школовања на овај домен функционисања ученика, у односу на родитеље и здравствене раднике, што је прилично очекиван налаз, имајући у виду чињеницу да су наставници најкомпетентнији да систематски прате и евалуирају интелектуално напредовање ученика болничких школа.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

И у овом кораку истраживања разматран је допринос социодемографских варијабли у контексту вредновања ефеката болничког школовања на функционисање хоспитализованих ученика. Применом поступка корелационе анализе установљено је да је старост испитаника позитивно повезана са уверењима о позитивним ефектима болничког школовања на сва три аспекта функционисања хоспитализованих ученика. Другим речима, што су наставници, родитељи и здравствени радници старији, утолико ће имати израженија уверења да болничко школовање позитивно утиче на сва три домена напредовања хоспитализованих ученика. Добијени налаз би се могао довести у везу са резултатима ранијих истраживања који сугеришу позитивну повезаност између старости и пријемчивости за тзв. селф-трансцендентне вредности, у које спада и беневољентност или вредновање добробити других појединаца, нарочито оних до којих нам је нарочито стало (Robinson, 2013). Другим речима, све три групе испитаника са старењем подлежу тенденцији да више вреднују општу добробит хоспитализованих ученика, због чега се и позитивни ефекти болничког школовања сагледавају у ширем опсегу. Поред старости и радни стаж (наставника и здравствених радника) се показао значајно позитивно повезаним са уверењима о позитивним ефектима болничких школа, али само у аспекту здравственог напредовања хоспитализованих ученика. Наиме, у овом сегменту налаза уочава се да наставници који имају дужи радни стаж нису били склони да сматрају да се болничко школовање одражава позитивно на интелектуално и социо-емоционално напредовање, већ само на оно у здравственом аспекту. Дискусија оваквих резултата може се повезати са одређеним особеностима професије болничког наставника. Наиме, наставници који раде у болничким школама изложени су знатно учесталијим и интензивнијим стресорима који се тичу нарушеног здравственог стања ученика, неретко са неизвесном прогнозом исхода лечења, због чега су знатно подложнији тзв. синдрому сагоревања или изгарања на радном месту, јер се околности у којима се посао обавља сматра једним од главних окидача изгарања ове врсте (Lee & Ashforth, 1996). Осим тога, стресори који произилазе из стања физичке и психолошке патње ученика стављају наставнике пред захтев примене механизма суочавања са стресом који се уобичајено срећу код здравствених радника (Benigno & Fante, 2020). Имајући у виду сазнања о већој подложности наставника синдрому изгарања у функцији година радног стажа, могуће је разумети разлоге због којих наставници током година слабије уочавају бенефите болничког школовања у области интелектуалног и социо-

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

емоционалног напредовања ученика, усмеравајући свој фокус на здравствени статус хоспитализованих ученика. Са друге стране, сличност у домену примењених стратегија суочавања са стресом у случају наставника и здравствених радника, може послужити као референтни оквир објашњења њиховог једнаког вредновања ефеката болничког лечења, у смислу да се обе категорије испитаника са годинама радног стажа фокусирају све више на здравствени статус ученика. Осим тога, и наставници и здравствени радници припадају тзв. хуманистичким професијама које су усмерене на пружање помоћи другим особама, што чини још једну повезницу њихових уверења која позитивне ефекте болничког школовања везује за област здравственог напредовања ученика. На основу свега изнетог, можемо рећи да је у овом сегменту истраживања прибављена делимична потврда подхипотезе у оквиру друге истраживачке хипотезе.

5.3 Искуства наставника, родитеља и здравствених радника о узајамној сарадњи

Родитељи и наставници имају низ заједничких задатака за чије остварење је потребна добра узајамна сарадња. Они се удружено старају о томе да дете изгради позитиван однос према школовању да одговорно приступа својим школским обавезама, да постиже што бољи успех у школи, да усваја широк репертоар васпитних правила током процеса социјализације и сл. Када је реч о болничком образовању значај сарадње наставника и родитеља постаје још већи, због деликатности образовно-васпитног процеса који се реализује у болничким условима. У релевантној литератури се наводи да су бенефити болничког образовања оствариви само у условима у којима постоје јасни и отворени канали комуникације између наставника, родитеља и здравствених радника (Keehan, 2021). Једнозначна и транспарентна комуникација између важних актера у окружењу хоспитализованог детета, предуслов је његовог општег благостања, ефикасног учења и успешне социјализације. У овом сегменту истраживања, испитиван је квалитет односа ученикових микросистема – родитељи, наставници болничких школа и здравствени радници, односно квалитет односа у учениковом мезосистему који има значајне реперкусије на његов психолошки развој. Наиме, као што је у теоријском делу рада објашњено, мезосистем постаје релевантан када особа у развоју ступа у ново окружење, те

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

када је важно да се успоставе међусобне везе између родитеља, наставника, вршњачких и других група у дететовом непосредном окружењу (Zuković, 2012; Bronfenbrenner, 1997).

Анализа искустава родитеља током сарадње са наставницима и здравственим радницима

Увидом у резултате анализа које се тичу провере допунских циљева истраживања, може се установити да су родитељска искуства током сарадње са наставницима и здравственим радницима искључиво позитивна, како у случају уважавања њиховог мишљења током болничког школовања детета, тако и у случају задовољства самом сарадњом са друге две групе испитаника. Међутим, подробнијом анализом овог сегмента налаза установљено је да позитивна уверења родитеља о укључивању хоспитализоване деце у процес образовања значајно предвиђа само сарадња са наставником болничке школе. Дакле, што су родитељи били задовољнији сарадњом са наставником болничке школе, утолико су имали позитивнија уверења о болничком школовању. Негативна уверења родитеља била су одређена сарадњом са друге две групе испитаника. Конкретније, једино је нижи ниво сарадње са здравственим радницима значајно и негативно допринео испољавању негативних уверења родитеља о болничком школовању деце. Имајући у виду ове резултате, закључује се да је постављена хипотеза потврђена.

Налази који говоре у прилог веће важности сарадње са наставницима из перспективе родитеља, у односу на сарадњу са здравственим радницима, у складу су са резултатима раније студије у којој се наводи да квалитет сарадње родитеља и наставника болничких школа у највећој мери доприноси формирању позитивних, односно негативних ставова родитеља према болничком школовању (Keehan, 2021). Пошто је у актуелном истраживању адекватна сарадња са наставницима значајан чинилац формирања позитивних уверења родитеља о болничком школовању, можемо закључити да родитељи болничко школовање перципирају као протективни фактор који доприноси побољшању квалитета живота детета, развијању његових социјалних вештина, бољем структурисању слободног времена и бржем опоравку, добрим делом због тога што наставници са родитељима остварују висок ниво сарадње и уважавају њихово мишљење у вези са образовањем хоспитализованог детета. Овакав резултат није изненађујући имајући у виду чињеницу да је наставник главни протагониста образовно-васпитног процеса који се одвија у болничким

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

условима, те да су родитељи доминантно упућени на интерекције са наставником приликом формирања уверења о болничком школовању.

Међутим, родитељима хоспитализованих ученика такође је важан и квалитет сарадње са здравственим радницима који, уколико није задовољавајући, доприноси формирању негативних уверења родитеља о болничком школовању. Другим речима, уколико здравствени радници не сарађују у довољној мери са родитељима, родитељи су склони да болничко школовање перципирају као неку врсту оптерећења за дете, како у смислу генерисања додатног стреса, тако и у смислу ометања тока спровођења медицинских процедура. Овакви резултати могу да указују на то да родитељи имају тенденцију заузимања исувише протективног односа према детету, те да га растерећују у аспекту наставка школовања, отуда што су због лоше сарадње са здравственим радницима преокупирани бригом о здравственом стању детета. Другим речима, да би родитељи на болничко школовање гледали благонаклоно, неопходно је да располажу довољном количином информација о дететовом здравственом стању, току лечења и медицинским процедурама, односно да процењују да су и сами активно инволвирани у све важне аспекте дететовог лечења, кроз сарадњу са здравственим радницима. У противном, родитељи ће се осећати искључено и недовољно упућено у процес излечења детета, због чега ће имати утисак да је једина могућа равн њиховог деловања одређена заузимањем претерано заштитничког односа према детету, који подразумева негативна уверења према болничком школовању.

Анализа искустава здравствених радника током сарадње са наставницима и родитељима

Резултати добијени у овом сегменту истраживања сугеришу да су здравствени радници једино задовољни генералном сарадњом са родитељима. Информисаност здравствених радника о образовном напредовању детета током болничког школовања није била на завидном нивоу, с обзиром на то да је већина здравствених радника изјавила да није била информисана о овом аспекту. Позитивна уверења здравствених радника према укључивању хоспитализоване деце у процес образовања значајно је предвиђало само уважавање њиховог мишљења од стране родитеља, које се тиче напредовања детета током болничког лечења. Дакле, што су родитељи више уважавали мишљење медицинских

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

радника о напредовању детета током хоспитализације, медицински радници су имали позитивнија уверења према болничком школовању. Негативна уверења нису била одређена сарадњом са друге две групе испитаника. Имајући у виду добијене резултате, закључује се да је постављена хипотеза само делимично потврђена.

Добијени налази указују да, за разлику од родитеља, позитивна уверења здравствених радника о болничком школовању нису одређена сарадњом са наставницима, која је процењена као незадовољавајућа, већ са самим родитељима. Оваква тенденција се може манифестовати отуда што наставници професију здравствених радника перципирају као прилично удаљену од феномена учења и подучавања, због чега изостаје комуникација између ове две стране у образовно-васпитном домену, односно адекватна повезаност ова два микросистема. Са друге стране, родитељи у односу на здравствене раднике не наступају из оквира професионалне улоге, већ се интеракција остварује на мање формалном нивоу, због чега су здравствени радници превасходно упућени на родитеље у формирању позитивних уверења о болничком школовању.

Анализа искустава наставника болничких школа током сарадње са родитељима и здравственим радницима

Кад је реч о искуствима наставника у односу на сарадњу са родитељима и здравственим радницима, добијени резултати сугеришу да су наставничка искуства током сарадње са родитељима хоспитализоване деце и здравственим радницима искључиво позитивна, како у случају уважавања њиховог мишљења током дететове хоспитализације, тако и у случају задовољства самом сарадњом са друге две групе испитаника. Позитивна уверења наставника према укључивању хоспитализоване деце у процес образовања значајно је предвиђало уважавање мишљења од стране здравствених радника о развоју и напредовању детета током болничког лечења. Дакле, што су здравствени радници више уважавали мишљење наставника о напредовању у развоју детета током болничког школовања, наставници су имали позитивније ставове према болничком школовању. Имајући у виду овакве резултате, закључује се да је последња хипотеза у потпуности потврђена.

У овом сегменту истраживања добијен је врло занимљив налаз који указује на важност сарадње наставника са здравственим радницима. Наиме, за разлику од здравствених

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

радника који ниско оцењују квалитет сарадње са наставницима, наставници су врло задовољни квалитетом остварене сарадње са здравственим радницима, која се показује као важан чинилац формирања наставничких позитивних уверења о болничком школовању. Овакви налази кореспондирају са сазнањима на која се наилази у релевантној литератури, а која упућују на закључак да је честа препрека у реализацији наставног процеса у болничким школама управо то што наставници не располажу довољном количином информација о здравственом стању ученика (Duran Coton, 2017; Farrell & Harris, 2003). У једном новијем истраживању је установљено да низак ниво интеграције наставника у активности старања о здравственом стању хоспитализованог детета, може довести до тога да се наставници осећају као уљези чије присуство мора да се толерише (Benigno & Fante, 2020). Сарадња са здравственим радницима је од изузетне важности за ову категорију наставника отуда што они нису наставници у регуларним, већ болничким школама, које намећу императив холистичког приступа ученику. Другим речима, наставници у болничким школама показују тенденцију да на наставни процес гледају као на својеврсно терапеутско средство које нема само функцију отклањања празнина у знању, већ се позитивно одражава и на различите аспекте дететовог општег благостања. Због тога здравствени радници представљају важне сараднике у остваривању циљева болничких школа.

Обједињени осврт на искуства наставника, родитеља и здравствених радника о узајамној сарадњи

Сумирајући налазе који се односе на искуства сваке од три категорије испитаника у вези са узајамном сарадњом, можемо рећи да су родитељи подједнако повољно оценили сарадњу и са наставницима и са здравственим радницима, али су наставнике издвојили као важнији фактор у формирању позитивних уверења о болничком школовању. Сарадња са преостале две категорије испитаника процењена је као најлошија од стране здравствених радника, који су при формирању позитивних уверења о болничком школовању више упућени на родитеље. Наставници су, као и родитељи, високо вредновали сарадњу и са родитељима и са здравственим радницима, али су здравствене раднике таргетирали као много важнији фактор у формирању позитивних уверења о болничком школовању. На основу овога се може закључити да мезосистем ученика на болничком школовању одликује

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

задовољајући ниво сарадње међу круцијалним микросистемима, али и да постоји доста простора за побољшање квалитета односа међу њима, нарочито кад су у питању здравствени радници који су испољили најнижи степен задовољства односима са преостала два микросистема.

С обзиром на то да су наставници, родитељи и здравствени радници на крају инструмента имали могућност давања одговора на једно питање отвореног типа, које је предвиђало спецификовање препорука за унапређење рада болничких школа, спроведена је анализа садржаја на добијеним одговорима. Сходно томе, одговори испитаника класификовани су у три групе:

- одговори у којима се истиче да настава у болничким школама треба бити боље временски организована тако да више узима у обзир специфичне потребе ученика нарушеног здравственог стања;
- одговори у којима се истиче да болничке школе изискују бољу логистичку подршку и већи простор за извођење наставних и ненаставних активности;
- одговори у којима се истиче да би болничке школе могле да буду унапређене у домену техничке опремљености болничких учионица (употреба информационо-комуникационих технологија у настави).

6. ЗАКЉУЧАК

Широм света школе за образовање хоспитализованих ученика су настале са једним циљем – да поред континуитета у образовању омогуће и пружање свестране подршке деци у процесу адаптације на хоспитализацију, суочавања са различитим стресорима и поновне интеграције у друштвени живот након изласка из болнице. Због изузетне важности овог облика формалног образовања, као и недовољне емпиријске разматраности проблема болничког школовања у релевантној литератури, спроведено истраживање је претендовало да расветли овај феномен из угла уверења наставника, родитеља и здравствених радника у погледу важности и ефеката болничког школовања, као и искустава трију категорија испитаника о узајамној сарадњи. Реализацијом назначених циљева истраживања, добијени су следећи резултати:

- наставници болничких школа, родитељи и здравствени радници имају позитивна уверења о укључивању хоспитализоване деце у процес болничког школовања. Наставници имају знатно израженија позитивна уверења о важности школовања деце током хоспитализације, у односу на родитеље и здравствене раднике, док родитељи имају позитивнија уверења када се пореде са здравственим радницима. Када се говори о негативним уверењима, резултати сугеришу да здравствени радници имају значајно израженија негативна уверења у вези са важношћу укључивања хоспитализоване деце у образовни процес у поређењу са наставницима;

- на нивоу целокупног узорка једино старост испитаника позитивно корелира са позитивним ставовима о важности укључивања хоспитализоване деце у образовни процес. Када се посматра релација социодемографских варијабли са уверењима о важности укључивања деце у болничко школовање у свакој од три групе испитаника засебно, резултати указују на постојање статистички значајне повезаности ових варијабли само у категорији родитеља хоспитализоване деце. Старост родитеља се издвојила као значајан предиктор њихових позитивних уверења о болничком школовању и то у позитивном смеру, док образовање родитеља позитивно предвиђа њихова негативна уверења о болничком школовању;

- наставници, родитељи и здравствени радници имају позитивна уверења о ефектима болничког школовања на различите аспекте функционисања хоспитализованих ученика.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

При томе, родитељи и наставници болничких школа су склони да бенефите болничког школовања назначавају у сва три испитивана аспекта дететовог функционисања, за разлику од здравствених радника чије је перспектива нешто рестриктивнија и своди се само на перцепцију побољшања социо-емоционалног аспекта учениковог функционисања;

- старост испитаника је позитивно повезана са уверењима о позитивним ефектима болничког школовања у сва три аспекта функционисања хоспитализованих ученика. Поред старости и радни стаж (наставника и здравствених радника) се показао значајно позитивно повезаним са уверењима о позитивним ефектима болничких школа, али само у аспекту здравственог напредовања хоспитализованих ученика;

- родитељи су подједнако повољно оценили сарадњу и са наставницима и са здравственим радницима, али су наставнике издвојили као важнији фактор у формирању позитивних уверења о болничком школовању. Сарадња са преостале две категорије испитаника процењена је као најлошија од стране здравствених радника, који су при формирању позитивних уверења о болничком школовању највише упућени на родитеље. Наставници су, као и родитељи, високо вредновали сарадњу и са родитељима и са здравственим радницима, али су здравствене раднике таргетирали као много важнији фактор у формирању позитивних уверења о болничком школовању.

Резултати истраживања се могу посматрати као допуна постојећем корпусу сазнања о различитим аспектима феномена болничког школовања, али представљају и референтни оквир за извођење важних педагошких импликација. У том смислу треба истаћи да је укључивање хоспитализоване деце у болничко школовање у актуелном истраживању препознато као изузетно важно и благотворно од стране кључних сегмената дететовог непосредног (болничког) окружења, односно од стране три круцијална микросистема, што је изузетно важан аргумент за становиште о нужности реализације болничког образовања у Србији, као и његовог унапређења. При томе је важно имати на уму да се циљеви болничких школа могу успешно реализовати једино кроз удружено деловање наставника болничких школа, родитеља и здравствених радника. С обзиром на то да је узајамна сарадња била најниже вреднована у категорији здравствених радника, добијени резултати сугеришу да би родитељи, а нарочито наставници морали повести рачуна о томе да здравствене раднике више укључе о образовно-васпитни процес и на тај начин поспеше квалитет односа у датом мезосистему. Наиме, школовање деце на хоспитализацији представља много више од

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

трансмисије знања, а најважнији бенефити овог облика наставног рада препознају се у некогнитивним и неакадемским аспектима, попут адаптације деце на хоспитализацију, минимизирања утицаја стресора и реинтеграције деце у друштвени живот по изласку из болнице. Здравствени радници, као припадници помагачке професије, свакако би требало да буду у вишем степену инволвирани у облик школовања који производи поменуте ефекте. Напоследку, испитаници су понудили и конкретне препоруке за побољшање рада болничких школа, које делују врло смислено и усклађене су са сазнањима из релевантне литературе по којима болничко школовање у Србији треба унапредити у аспекту боље логистичке подршке и увођења савремених технологија у наставни рад.

Иако пружа незанемарљив допринос у разумевању феномена болничког школовања, спроведено истраживање није лишено извесних мањкавости. Као прво, спровођење истраживања коинцидирало је са наступањем пандемије COVID-19, која је поставила бројне препреке у реализацији наставног рада, како у регуларним, тако и у болничким школама. Отуда се основано поставља питање утицаја оваквих прилика на процене важности и ефикасности болничких школа, нарочито у категорији наставника, који су највише трпели због драстично измењеног контекста реализације наставних активности. Друго, иако је истраживање у фокусу имало уверења важних актера болничког образовања који представљају микро- односно мезосистем хоспитализованог ученика, проблем истраживања би умногоме добио на значају да је узорак обухватао и ученике болничких школа. Треће, део примењеног инструмента који се односио на процену уверења о ефектима болничког школовања, садржи мали број питања која не нуде додатно појашњење, односно операционализацију појмова „интелектуално“ и „социо-емоционално напредовање“. Отуда се поставља питање уједначености разумевања ових израза од стране испитаника, нарочито оних нижег образовног нивоа.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Anderson, J., Boyle, C. & Deppeler, J.(2014). The ecology of inclusive education: reconceptualising Bronfenbrenner. In H. Zhang, P. Chan and C. Boyle (eds), *Equality in Education: Fairness and Inclusion*, (pp. 23–34). Sense Publishers.
2. Andrilović, V. (2001). *Samostalno učenje*. Naklada Slap.
3. Álvarez, I., C. (2017). The key Hospital Pedagogy in the care of the sick and hospitalized child and their right to education. *Aula*, 23, 33-47.
<http://dx.doi.org/10.14201/aula2017233347>
4. Arango Palacio, L.M., Castaneda Goez, M.D., Henao Zapata, C. M., Jaramillo Posada, C.J., Londono Restrepo, M. M., Patino Garcia, N. E., Ruiz Morales, B. E. & Tamayo Castrillon, A.L. (2004). *Fundamentación teórico práctica de la pedagogía hospitalaria y estrategias metodológicas para la intervención con el niño hospitalizado*. Universidad de Antioquia Facultad de Educacion.
5. Aspin, D. (2007). The ontology of values and values education. In D. N. Aspin, & J. D. Chapman (Eds.), *Values Education and Lifelong Learning. Principles, Policies, Programmes* (pp. 27 - 47). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6184-4>
6. Babić, N. (2007). Konstruktivizam i pedagogija. *Pedagojska istraživanja*, 4(2), 217-227.
7. Barnett, T., Goldfeld, S. & Kelaher, M. (2020). Evaluating the Effectiveness of Education Support Programs for Hospitalized Students With Chronic Health Conditions: Protocol for a Feasibility Study of a Controlled Trial. *Continuity in Education*, 1(1), 126–135.
<https://doi.org/10.5334/cie.10>
8. Bay, E., Ilhan, M., Aydın, Z., Kinay, I, Yiğit, C., Kahramanoğlu, R., Kuzu, S., & Özyurt, M. (2014). An Investigation of Teachers' Beliefs about Learning. *Croatian Journal of Education*, 16(3), 55-90. <https://doi.org/10.15516/cje.v16i0.643>
9. Beaupaire, H., & Paccault, T. (2008). Quelle prise en charge scolaire des enfants et adolescents malades. *Société Française de Pédiatrie*, 15(5), 800-801.
10. Bečan, T., Babnik, T., Bricelj, D., Leban Dervišević, M., Marenče, M., Mavrič, P., Nemanič Dujmović, I., Podjavoršek, N., Prevec, A., Topić, M., & Kolenec, F.M. (2013).

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Koncept vzgojno-izobraževalnega dela za učenke in učence ter dijakinje in dijake, ki so na zdravljenju v bolnišnici. Ministrstvo RS za izobraževanje, znanost in šport, Zavod RS za šolstvo. Retrieved Decembar 19, 2016 from:

http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/os/devetletka/program_drugo/Koncept_bolnisnicni_oddelki.pdf

11. Benigno, V., & Fante, C. (2020). Hospital School Teachers' Sense of Stress and Gratification: An Investigation of the Italian Context. *Continuity in Education*, 1(1), 37–47. <https://doi.org/10.5334/cie.14>
12. Birtašević, M. i Jančić, A. (2019). Primena holističkog pristupa u nastavi. U M. Đuričković (Ur.), *Doprinos predškolsva ostvarivnju ciljeva obrazovanja i vaspitanja. Zbornik radova sa Četrnaeste konferencije „Vaspitač u 21. veku“* (str. 65-71). Visoka škola za vaspitače strukovnih studija u Aleksincu.
13. Black-Hawkins, K. (2010). The framework for participation: a research tool for exploring the relationship between achievement and inclusion in schools. *International Journal of Research and Method in Education*, 33(1), 21-40.
14. *Bolničko odeljenje*. Osnovna škola "Đorđe Natošević" Novi Sad. Preuzeto Jun 11, 2013 from: [www:http://www.djordje-natosevic.edu.rs/](http://www.djordje-natosevic.edu.rs/)
15. Booth, T., Ainscow, M. (2002). *Index for Inclusion: Developing Learning and Participation in Schools*. Centre for Studies on Inclusive Education.
16. Bosna, V. (2015). Maria Montessori: a different children glance. *Foro de educación*, 13(18), 37-50.
17. Bošnjak, Z. (2009). Primjena konstruktivističkog poučavanja i kritičkog mišljenja u srednjoškolskoj nastavi sociologije: pilot-istraživanje. *Revija za sociologiju*, 40-39(3-4), 257-277.
18. Branković, D. (2011). Teorijsko-istorijski aspekti inkluzivnog obrazovanja. U M. Oljača (Ur.), *Inkluzivno obrazovanje: od pedagoške koncepcije do prakse: tematski zbornik* (str. 91-107). Filozofski fakultet, Odsek za pedagogiju.
19. Breitweiser, S. S. & Lubker, B. B. (1991). Hospital schools: a primer on management models and policy implications. *Health care management review*, 16(3), 27–36.
20. Brkić, P. (2009). Škola pred sudom savesti (aposteriori). U J. Gajić (Ur.), *Naših prvih 40 godina* (str. 93-94). Osnovna škola „Dr Dragan Hercog” u Beogradu.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

21. Bronfenbrenner, J. (1997). *Ekologija ljudskog razvoja, prirodni i dizajnirani eksperimenti*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
22. Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International encyclopedia of education* (Vol. 3, 2nd. ed.). Elsevier.
23. Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22 (6), 723-742.
24. Bronfenbrenner, U. (1976). The Experimental Ecology of Education. *Educational Researcher*, 5(9), 5-15.
25. Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2006). The Bioecological model of human development. In Richard M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of Child Psychology- Volume 1: Theoretical Models of Human Development* (pp. 793–828). John Wiley & Sons.
26. Brown. T., (1999). Introduction to the Mini-Series: Promoting School Success in Children With Chronic Medical Conditions. *School Psychology Review*, 28(2), 175-181.
27. Bučević-Sanvincenti, L. (2010). Bolničke knjižnice i održavanje školske nastave u Zagrebu. *Vjesnik bibliotekara Hrvatske*, 53(2), 47-54.
28. Burr, S. & Nicholson, S. (2001). Child friendly healthcare (Standards for the delivery of care and the psychological and emotional wellbeing of children in healthcare facilities). En D. Southall, B. Coulter, C. Ronald, S. Nicholson, S. Parke (Ed.), *International Child Health Care: a practical manual for hospitals worldwide*. BMJ Publishing Group.
29. Caballero Soto, A. M. (2007). Aula hospitalaria. El aula hospitalaria, un camino a la educación inclusiva. *Investigación educativa*, 11(19), 153-161.
30. Cabezas, A. (2008). *Las aulas hospitalarias. Innovación y experiencias educativas*. Retrieved April 15, 2019 from <https://reddedalo.files.wordpress.com/2012/03/aulas-hospitalarias.pdf>
31. Calvo Álvarez, M.I. (2017). La pedagogía hospitalaria: clave en la atención al niño enfermo y hospitalizado y su derecho a la educación. *Aula*, 23, 31-32.
32. Clark, J., & Bahman, B. (1997). Hospital education: effective or disruptive? *Education and Health*, 15(3), 33-36.
33. Christensen, J. (2016). A critical reflection of Bronfenbrenner s development ecology model. *Problems of Education in the 21st Century*, 69(1), 22-28.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

34. Csínády, V. R. (2015). Hospital Pedagogy, a Bridge Between Hospital and School. *Hungarian Educational Research Journal*, 5(2), 49-65.
<https://doi.org/110.14413/herj.2015.02.04>
35. *Curriculum for primary school teachers education*. Preuzeto Avgust 6, 2018 sa:
<http://www.uf.bg.ac.rs/wp-content/uploads/2018/01/CURRICULUM-FOR-PRIMARY-SCHOOL-TEACHERS-EDUCATION-sa-sadrzajima-na-ENGLE...-1.pdf>
36. Dellosa, S., Gannoni, A. & Roberts, R. M. (2021). Maintaining Schooling for Children With Cancer During and Post Treatment: Parents' Perspectives of a Theory- Based Program. *Continuity in Education*, 2(1), 26–41. <https://doi.org/10.5334/cie.24>
37. Derksen, T., (2010). In Influence of Ecological Theory in Child and Youth Care: A review of the literature. *International Journal of Child, Youth, and Family Studies*, 1(3/4), 326–339.
38. Divljaković, K., Lang Morović, M., Kraljević, M., Matijević, V. i Maček Trifunović, Z. (2014). Terapija glazbom i ritmičke slušne stimulacije u radu s hospitaliziranom djecom. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 26 (1-2), 1-11. Preuzeto May 20, 2019 sa <https://hrcak.srce.hr/134996>
39. Duran Coton, M.A. (2017). *Origen, evolución y perspectivas de futuro de la pedagogía hospitalaria*. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Sevilla.
40. Eret, L. (2012). Odgoj i manipulacija: razmatranje kroz razvojnu teoriju ekoloških sustava. *Metodički ogledi*, 19(1), 143-161.
41. Evans, P.R. (1970). A Hundred Years of Children's Hospitals: The Centenary of the Evelina Hospital for Sick Children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 46, 8-11.
42. *EVROPSKA ASOCIJACIJA ZA BRIGU O DECI U BOLNICAMA*, preuzeto May 20, 2019 sa
<http://www.umsts.org/umst/uploaded/POVELJA%20O%20PRAVIMA%20DECE%20U%20BOLNICI%20EACH%20PREVOD.pdf>
43. Fassam, M. (1982). *Education for Children in Hospital*. National Association for the Welfare of Children in Hospital.
44. Farnell, T. (2012). Jednake prilike u obrazovanju u globalnoj perspektivi. U: L. Kiš-Glavaš (ur.), *Studenti s invaliditetom, Opće smjernice* (15-34). Sveučilište u Zagrebu.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

45. Farrell, P. & Harris, H. (2003). *Access to Education for Children with Medical Needs A Map of Best Practice-Educational Support and Inclusion Research and Teaching Group*, Faculty of Education, The University of Manchester. Retrieved February 16, 2018. from: http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/24/accesstoeducationforchildrenwithmedicinalneeds_ amapofthebestpractices.pdf
46. Filipušić, I., Opić, S. i Krešić, V. (2015). Some Specificities of Students' Satisfaction with Hospital School. *Croatian Journal of Education*, 17(1), 97-111.
<https://doi.org/10.15516/cje.v17i0.1578>
47. Forbes, S & Martin S. (2004). *What Holistic Education Claims About Itself: An Analysis of Holistic Schools Literature*. Retrieved from <http://www.holisticeducation.net/articles/research04.pdf>
48. Forrest, B. C., Bevans, B. K., Riley, W. A., Crespo, R., & Louis, A. T. (2011). School Outcomes of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics*, 128(2), 303-312.
49. Gabbay, M. B., Cowie, V., & Kerr, B. (2000). Too ill to learn: Double jeopardy in education for sick children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93, 114-117.
50. Gajić, J. (2009). Osnivanje škole. U J.Gajić, (Ur.), *Naših prvih 40 godina* (str. 9-11). Osnovna škola "Dr Dragan Hercog" u Beogradu.
51. *Godišnji plan rada OŠ "Dr Dragan Hercog"*, za period od 01.09.2012. do 31.08.2013. godine. Osnovna škola "Dr Dragan Hercog" u Beogradu.
52. Gojkov, G., i Stojanović, A. (2011). *Participativna epistemologija u didaktici*. Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača "Mihailo Palov"-Vršac.
53. Grainger, T., & Tod, J. (2013). *Inclusive Educational Practice: Literacy*. David Fulton.
54. Guillén, M. & Mejía, A. (2002). *Actuaciones educativas en Aulas Hospitalarias*. Narcea.
55. Gvozdrenović, S. (2011). Obrazovanje i drugi srodni pojmovi. *Sociološka luča*, 5(2), 82-93.
56. Hare, J. (2006). Toward an understanding of holistic education in the middle years of education. *Journal of Reasrch in International Education*, 5(3), 23-25.
<http://dx.doi.org/10.1177/1475240906069453>
57. Hattie, J. (2012). *Visible Learning for Teachers: Maximizing Impact on Learning*. Routledge.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

58. Hadžić, V. (1995). Specifičnosti vaspitno-obrazovnog rada u bolničkim uslovima. U M. Nedeljković (Ur.), *Škola za sve školovanje u bolnici i kućnim uslovima*, zbornik radova (str. 47-48). Osnovna škola „Dr Dragan Hercog” u Beogradu.
59. Havelka, M. (2002). *Zdravstvena psihologija*. (2nd ed.). Naklada Slap.
60. Hawrylak, F.M. (2000). La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario. *Tabanque: Revista pedagógica*, 15, 140-148.
61. Hernández, E. & Rabadán, J. A. (2013). La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. *Perspectiva educacional*, 52(1), 167-181.
62. HOPE-prava i obrazovne potrebe bolesne dece i adolescenata. Preuzeto June 18, 2019 from <https://www.hospitalteachers.eu/who/hope-charter>
63. Hopkins, L. (2014). Schools and adolescent mental health: education providers or health care providers? *Journal of Public Mental Health*, 13(1), 20-24.
<https://doi.org/10.1108/JPMH-07-2013-0050>.
64. Hopkins, L., Green, J., Henry, J., Edwards, B. & Wong, S. (2014). Staying Engaged: The role of teachers and schools in keeping young people with health conditions engaged in education. *Australian Educational Researcher*, 41(1), 25-41.
<https://doi.org/10.1007/s13384-013-0096-x>.
65. Howes, C. & Matheson, C.C. (1992). Sequences in the Development of Competent Play With Peers: Social and Social Pretend Play. *Developmental Psychology* 28(5), 961-974
66. Hristovski, D., (2003). Ekološka perspektiva v razvoju. *Socialna pedagogika*, 3(7), 315–338.
67. Irwin, M. K., & Elam, M. (2011). Are We Leaving Children with Chronic Illness Behind? Physical Disabilities. *Education and Related Services*, 30(2), 67-80.
68. Janin, M. M. H., Ellis, S. J., Lum, A., Wakefield, C. E., & Fardell, J. E. (2018). Parents’ perspectives on their child’s social experience in the context of childhood chronic illness: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 10–18.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.010>
69. Joksimović, A. (1995). Osnovna škola “Dr Dragan Hercog”-jedinствена školska ustanova za rad sa decom na bolničkom lečenju i decom sa telesnim smetnjama u razvoju. U M.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

- Nedeljković (Ur.), *Škola za sve školovanje u bolnici i kućnim uslovima, zbornik radova* (str. 18-22). Osnovna škola „Dr Dragan Hercog“ u Beogradu.
70. Jurić, V., Mušanović, M., Stančić, S. i Vrgoč, H. (2001). *Koncepcija razvojne pedagoške djelatnosti stručnih suradnika*. Ministarstvo prosvjete i sporta, RH.
71. Jurčević Lozančić, A., i Kudek Mirošević, J. (2015). Konstruktivizam u savremenom inkluzivnom odgoju i obrazovanju. *Školski vjesnik*, 64(4), 541-560.
72. Jukić, R. (2013). Konstruktivizam kao poveznica poučavanja sadržaja prirodosnanstvenih i društvenih predmeta. *Pedagogijska istraživanja*, 10 (2), 241 – 263
73. Kazak, A. E. (1989). Families of chronically ill children: A systems and social-ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 25–30.
74. Kazak, A., Simms, S., & Rourke, M. (2002). Family systems practice in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 133–143.
75. Kazak, A., Rourke, M., & Crump, T. (2003). Families and other systems in pediatric psychology. In M. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (3rd ed., pp. 159–175). Guilford Press
76. Kazak, A. E. (2006). Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM): Research, practice, and collaboration in pediatric family systems medicine. *Families, Systems & Health*, 24(4), 381-395.
77. Kazak, A., Meadows, A. (2000). Integrating Psychosocial Research and Practice in a Pediatric Hospital. in Drotar D (ed): *Handbook of Research in Pediatric and Clinical Child Psychology* (pp 511-528). Kluwer Academic, Plenum
78. Karamatić Brčić, M. (2011) Svrha i cilj inkluzivnog obrazovanja. *Acta Iadertina*, 8, 39-47
79. Keehan, S. (2021). Continuing Education in Irish Hospital Schools: Provision for and Challenges for Teachers. *Continuity in Education*, 2(1), 42–59. DOI: <https://doi.org/10.5334/cie.25>
80. Kolb, Y.A. & Kolb, A.D. (2009). *Experiential Learning Theory: A Dynamic, Holistic Approach to Management Learning, Education and Development*. S. Armstrong & C. Fukami (Eds.). The SAGE handbook of management learning, education and development (pp. 42–68). SAGE.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

81. *Konvencija o pravima deteta*, pruzeto August 24, 2019 sa
<https://www.unicef.org/serbia/media/3186/file/Konvencija%20o%20pravima%20deteta.pdf>
82. *Knjiga predmeta-studijski program učitelj*. Preuzeto Avgust 02, 2018 sa:
<http://www.pfu.kg.ac.rs/files/Fakultet/Akreditacija/Kniga%20pred%20i%20nas/Ucitelj/Priilog%205.2%20U.pdf>
83. *Knjiga predmeta- OAS Učitelj*. Preuzeto Avgust 02, 2018 sa:
<http://pefja.kg.ac.rs/osnovne-akademske-studije-ucitelj/>
84. *Knjiga predmeta-diplomirani učitelj*. Preuzeto Avgust 02, 2018 sa:
<http://www.pef.uns.ac.rs/index.php/2015-03-31-06-44-10/studijski-programi/18-osnovne-studije/26-diplomirani-ucitelj>
85. Kamenopoulou, L. (2016). Ecological Systems Theory: a valuable framework for research on Inclusion and Special Educational Needs/Disabilities. *Pedagogy: Bulgarian Journal of Educational Research and Practice*. Retrieved from http://www.globi-observatory.org/wp-content/uploads/2016/04/Pedagogy_Leda_4_2016.pdf
86. Mojži Koproščec, J., Slaviček, I. i Lovelos Slovinac, H. (2014): Holistički pristup učenju i kreativnosti u edukacijskoj rehabilitaciji. U A. Žic Ralić i Z. Bukvić (Ur.) *Poticajno okruženje za cjeloživotno učenje. Zbornik sažetaka i radova 10. kongresa edukacijskih rehabilitatora s međunarodnim sudjelovanjem* (str. 241). Savez edukacijskih rehabilitatora Hrvatske
87. Landy, M., & Colburn, C. (1995). Preventing under achievement: time to shine a light on education in hospitals. *British Journal of Special Education*, 22(4), 169-173.
88. Lazarević, V. (2005). Individualizovana nastava. *Obrazovna tehnologija*, 2, 47-60.
89. Lazor, M., Nikolić, S., i Marković, S. (2008). *Priručnik za rad sa decom sa smetnjama u razvoju*. Novi Sad: Novosadski humanitarni centar (NSHC). Preuzeto Jun 20, 2016. sa:
[www:http://www.milance.edu.rs/file.php/1/kutak/files/prirucnikzaradsadecom.pdf](http://www.milance.edu.rs/file.php/1/kutak/files/prirucnikzaradsadecom.pdf)
90. Lee, R., & Ashworth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123–133.
91. Leonard, C. (2002), *Quality of school life and attendance in primary school*. Australian Digital Thesis Program

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

92. León Simón, M. (2017). El valor de las actuaciones pedagógicas en el ámbito hospitalario. *Aula*, (23), 49-70.
93. Lozanović, D., Radivojević, D. (2017). *Podrška uzajamnom odnosu porodice i deteta u ranom detinjstvu*. Vodič za zdravstvene radnike i saradnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Udrženje pedijatara Srbije.
94. Lum, A., Wakefield, C. E., Donnan, B., Burns, M. A., Fardell, J. E., & Marshall, G. M. (2017). Understanding the school experiences of children and adolescents with serious chronic illness: a systematic meta-review. *Child: care, health and development*, 43(5), 645–662.
95. Mac Ruairc, G. (2013). Including who? Deconstructing the discourse. In G. Mac Ruairc, E. Ottensen & R. Precey (Eds) *Leadership for inclusive education: values, vision and voices*. Sense Publishers.
96. Majethiya, V.H. & Patel, M.J. (2016). *What Holistic Education Claims About Present Scenario In Education?*. Retrieved January 23, 2020 from https://www.researchgate.net/profile/Heman_Majethiya/publication/308967043_WHAT_HOLISTIC_EDUCATION_CLAIMS_ABOUT_PRESENT_SCENARIO_IN_EDUCATION/links/57fb433408ae280dd0bf9cd5/WHAT-HOLISTIC-EDUCATION-CLAIMS-ABOUT-PRESENT-SCENARIO-IN-EDUCATION.pdf
97. Maleš, D. Kušević, B., Širanović, A. (2014): Child participation in family-school cooperation. *CEPS Journal*, 4(1), 121-136.
98. Marić Jurišin, S., Klemenović, J., i Marković, B. (2012). Stavovi nastavnika prema inkluzivnom obrazovanju osoba sa razvojnim teškoćama i invaliditetom. U M. Đukić (Ur.). *Inkluzivno obrazovanje: obrazovanje za sve, tematski zbornik* (str. 43-58). Filozofski fakultet, Odsek za pedagogiju.
99. Mahlo, D. (2013). Theory and practice divide in the implementation of the inclusive education policy: Reflections through Freire and Bronfenbrenner's lenses. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4(13), 163 - 170. Retrieved from <https://www.mcser.org/journal/index.php/mjss/article/view/1500>
100. Mahmoudi, S., Jafari, E., Nasrabadi, H. A., and Liaghatdar, M. J. (2012). Holistic Education: An Approach for 21 Century. *International Education Studies*, 5(3):178 -186. Retrieved from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/ies/issue/view/507>

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

101. Marojević, J. (2017). Od ekološke ka bioekološkoj teoriji ljudskog razvoja-čovjek i okruženje u dijalogu. *Teme*, 61(1), 23-38 <https://doi.org/10.22190/ТЕМЕ17010>
102. Marri, S. R., & Buchman, A. L. (2005). The education and employment status of patients with inflammatory bowel diseases. *Inflammatory bowel diseases*, 11(2), 171–177. <https://doi.org/10.1097/00054725-200502000-00011>
103. Mihajlović, Lj., Mihajlović, M., Mihajlović, N. (2014). Holistički pristup vaspitno-obrazovnom procesu-kontradiktornost sa opštom postavkom života. *Sinteze*, 6, 37-47. <https://doi.org/10.5937/Sinteze1406037M>
104. Miller, J. (2021). *Key Instances of Holistic Curriculum as an Alternative to National Curriculum*. In *The Oxford Encyclopedia of Curriculum Studies*.: Oxford University Press. Retrieved 20 Jun. 2020, from <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780190887988.001.0001/acref-9780190887988-e-1144>.
105. Milutinović, J. (2005). Konstruktivizam i promene u školstvu. U R. Grandić (Ur.), *Savremene koncepcije, shvatanja i inovativni postupci u vaspitno-obrazovnom i nastavnom radu i mogućnosti primene u savremenoj školi* (str. 167–174). Savez pedagoških društava Vojvodine.
106. Milutinović, J. (2011). Socijalni konstruktivizam u oblasti obrazovanja i učenja. *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja*, 43(2), 177-194. <https://doi.org/10.2298/ZIPI1102177M>
107. Milutinović, J. (2015). Kritički konstruktivizam-koncepcija i mogućnosti u oblasti obrazovanja. *Nastava i vaspitanje*, 64(3), 437-451. <https://doi.org/10.5937/nasvas1503437M>
108. Milutinović, J., Zuković, S., Lungulov, B. (2011). Socijalni konstruktivizam kao teorijski okvir prakse inkluzivnog obrazovanja. *Pedagogija*, 66(4), 552-561.
109. Miller, R. (1997). *What Are Schools For? Holistic Education in American Culture*. Holistic Education Press.
110. Miller, R. (2000). Beyond Reductionism: The Emerging Holistic Paradigm in Education. *The Humanistic Psychologist* .28(1-3), 382-393. <http://dx.doi.org/10.1080/08873267.2000.9977003>

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

111. Milton, B., Whitehead, M., Holland, P., & Hamilton, V. (2004). The social and economic consequences of childhood asthma across the lifecourse: a systematic review. *Child: care, health and development*, 30(6), 711–728. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00486.x>
112. Mušanović, M. (2000). Konstruktivistička teorija i obrazovni proces. U M. Kramar i M. Duh (Ur.), *Didaktični in metodični vidiki nadaljnega razvoja izobraženja* (str.28-35). Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta Mariboru.
113. Nedeljković, M. (1995). Osposobljavanje nastavnika za nastavni rad u bolnici i kućnim uslovima. U M. Nedeljković (Ur.), *Škola za sve školovanje u bolnici I kućnim uslovima*, zbornik radova (str. 27-35). Osnovna škola „Dr Dragan Hercog” u Beogradu.
114. Oberstein Gold S. (2012). *Hospital-based educational services and the well-being of children with chronic illness: a self-study*. Retrieved August 15, 2019 from: https://via.library.depaul.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=soe_etd
115. *Organizacija rada - škola u bolnici*. Osnovna škola Ivana Gorana Kovačića Zagreb. Preuzeto Januar 28, 2017 sa: [www:http://os-igkovacic-zg.skole.hr/organizacija-bolnica](http://os-igkovacic-zg.skole.hr/organizacija-bolnica)
116. Ortiz, M^a C. (1994). Pedagogía Hospitalaria. *Revista Siglo Cero*, 25(5), 41-45.
117. Ortiz, M^a C. (1999). Formación de los profesionales del contexto hospitalario. *Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado*, 3(2), 1-13.
118. Ozcan, D., & Uzunboylu, H. (2015). Training of special education teachers about curriculum. *Andragoški glasnik*, 19(1-2), 23-37. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED566249.pdf>
119. Paquette, D., & Ryan, J. (2001). *Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory*. Retrieved October 30, 2015 from: http://www.floridahealth.gov/alternatesites/cms-kids/providers/early_steps/training/documents/bronfenbrenners_ecological.pdf
120. Pérez García, B.J. (2016). Investigación e innovación en Pedagogia Hospitalaria. *EDHOSPI. Revista divulgativa sobre educación hospitalaria*, 4, 4-7.
121. Pešikan, A. (2010). Savremeni pogled na prirodu školskog učenja i nastave: socio-konstruktivističko gledište i njegove praktične implikacije. *Psihološka istraživanja*, 13(2), 157-184. <https://doi.org/10.5937/PsIstra1002157P>

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

122. Pettoello-Mantovani, M., Campanozzi, A., Maiuri, L. & Giardino, I. (2009). Family-oriented and family-centered care in pediatrics. *Italian Journal of Pediatrics*, 35(12). <https://doi.org/10.1186/1824-7288-35-12>.
123. *Povijest škole u bolnici*. Osnovna škola Ivana Gorana Kovačića Zagreb. Preuzeto Januar 28, 2017 sa: [www:http://os-igkovacic-zg.skole.hr/Povijest-bolnica](http://os-igkovacic-zg.skole.hr/Povijest-bolnica)
124. Potkonjak, N. (1996). *Pedagoški leksikon*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva
125. Pratt, D.D. (2006). Dobro poučavanje: Jedno rješenje za sve. *Edupoint*, 6(47-48), 29-36 Retrieved February 25, 2019 from <http://edupoint.carnet.hr/casopis/48/clanci/5.html>
126. *Prava deteta u medjunarodnim dokumentima* (2011). preuzeto February 21, 2019 sa https://www.unicef.org/serbia/sites/unicef.org.serbia/files/201808/Prava_deteta_u_medjunarodnim_dokumentima.pdf
127. Pšunder, M., i Ribič Hederih, B. (2010). The Comparison between the Behavioural and Constructivist learning and teaching. *Informatologia*, 43(1), 34-38.
128. Rado, P., Čaprić, G., Najdanović, J., Đelić, J., Jeremić, J., i Jovanović, V. (2013). *Koliko je inkluzivna naša škola? Priručnik za samoevaluaciju i spoljašnju evaluaciju inkluzivnosti škole*. Centar za obrazovne politike.
129. Radojević, T., (2011). Značaj komunikacije u procesu inkluzivnog obrazovanja. U: Pejčić, *Vaspitanje za humane odnose- problemi i perspektive*, 327-328. Filozofski fakultet- Univerzitet u Nišu.
130. Ranković, L. D. (2019). Obrazovno-vaspitni rad škola za decu na bolničkom lečenju. *Sinteze - časopis za pedagoške nauke, književnost i kulturu*, 15, 67-78. <https://doi.org/10.5937/sinteze8-18387>
131. Ranković, D. i Jovčić, Lj. (2016). Školovanje dece na bolničkom lečenju. U. N. Kregar Velikonja (Ur.), *Celostna obravnava pacijenta* (str. 410-416). Fakulteta za zdravstvene vede. Retrieved from https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV%20simpozij%202015/zbornik_prispevkov_fzv_konferencija_2017.pdf
132. Ratnapalan, S., Rayar, M. S., & Crawley, M. (2009). Educational services for hospitalized children. *Paediatrics & child health*, 14(7), 433-436. <https://doi.org/10.1093/pch/14.7.433>

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

133. Raboteg-Šarić, Z., Šakić, M., Brajša-Žganec, A. (2009.). Kvaliteta života u osnovnoj školi: povezanost sa školskim uspjehom, motivacijom i ponašanjem učenika. *Društvena istraživanja*, 18(4-5), 697-716. Preuzeto sa <https://hrcak.srce.hr/42593>
134. Reyhani, T., Aemmi, S. Z., & Emami Zeydi, A. (2016). The effect of teacher's presence at children's bedside on the anxiety of mothers with hospitalized children: A randomized clinical trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(4), 436-440. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.185610>
135. Robinson O. C. (2012). Values and adult age: findings from two cohorts of the European Social Survey. *European journal of ageing*, 10(1), 11–23. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0247-3>
136. Rose, R., & Tilstone, C. (2003). *Strategies to Promote Inclusive Practice*. Routledge.
137. Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, 5(4), 243–258. <https://doi.org/10.1111/jftr.12022>
138. Santrač, J. (2016). *Pedagoški pristupi u radu sa učenicima na bolničkom lečenju*, (doktorska disertacija). ACIMSI–Asocijacija centara multidisciplinarnih i interdisciplinarnih studija i istraživanja.
139. Schwartz, L. A., Tuchman, L. K., Hobbie, W. L. & Ginsberg, J. P. (2011). A social-ecological model of readiness for transition to adult-oriented care for adolescents and young adults with chronic health conditions. *Child: care, health and development*, 37(6), 883–895. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01282.x>
140. Shaw, S. R., & McCabe, P. C. (2008). Hospital-to-school transition for children with chronic illness: Meeting the new challenges of an evolving health care system. *Psychology in the Schools*, 45(1), 74–87. <https://doi.org/10.1002/pits.20280>
141. Seginer, R. (2006) *Parents' Educational Involvement: A Developmental Ecology Perspective*, *Parenting: Science and Practice*, 6:1, 1-48, https://doi.org/10.1207/s15327922par0601_1
142. Serradas, M. (2003). La Pedagogía Hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Revista de Pedagogía*, 24, (71), 447-468.
143. Serradas, M. (2015). La pluridimensionalidad del rol docente hospitalario. *Educación en contexto*, 1(2), 38-55.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

144. Serrano, J. L. & Prendes M. P. (2011). *Mejora educativa en las aulas hospitalarias. Proyecto Alter.Edutec 2011*. Retrieved December 12, 2020 from <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/37463/1/72471416-Mejora-educativa-en-las-aulas-hospitalarias-Proyecto-ALTER.pdf>
145. Slee, R. (2011). *The irregular school: Exclusion, schooling and inclusive education*. Routledge
146. *Specifikacija predmeta-obrazovanje učitelja*. Preuzeto Avgust 10, 2018 sa: http://www.pfvr.ni.ac.rs/dokumenti/tekstovi/7_2_Silabusi_2008_Ucitelji.pdf
147. Stojnov, D. B. (2001). Konstruktivistički pogled na svet - predstavljanje jedne paradigme. *Psihologija*, 34(1-2), 9-48.
148. *Stručno uputstvo o organizovanju nastave za učenike na kućnom lečenju ili bolničkom lečenju (2006)*. Ministarstvo prosveta i sporta br. 610-00-401/2006-07.
149. Steinke, S., Elam, M., Irwin, M. K., Sexton, K., & McGraw, A. (2016). Pediatric Hospital School Programming: An Examination of Educational Services for Students who are Hospitalized. *Physical Disabilities: Education and Related Services*, 35(1), 28-45. <https://doi.org/10.14434/pders.v35i1.20896>
150. Stepanović-Ilić, I., Videnović, M., & Lazarević, L. B. (2015). Odustajanje od školovanja - analiza studija slučaja iz ugla ekološkog pristupa. *Nastava i vaspitanje*, 64(3), 453-468. <https://doi.org/10.5937/nasvas1503453S>
151. Šarac, N. (2020). *Program za razvoj socio-emocionalnih kompetencija djece*. Save the Children za sjeverozapadni Balkan.
152. *Program rada bolničkog odeljenja*. Školski dokument, Osnovna škola „Đorđe Natošević“ u Novom Sadu.
153. Taggart, G. (2001). Nurturing Spirituality: a rationale for holistic education. *International Journal of Children's Spirituality*, 6(3), 325-339 <http://dx.doi.org/10.1080/13644360120100496>
154. Tăușan, L. (2015). Optimization of educational environment for students. *Research in Pedagogy*, 5(2), 17–24. <https://doi.org/10.17810/2015.12>
155. Trnavac, N. (1995). Transformacija školskog sistema i novi položaj škola za decu na bolničkom lečenju. U M. Nedeljković (Ur.), *Škola za sve školovanje u bolnici I kućnim uslovima, zbornik radova* (str. 9-16). Osnovna škola „Dr Dragan Hercog“ u Beogradu.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

156. UNESCO (1990): *World Declaration on Education for All and Framework for Action to Meet Basic Learning Needs*, Paris: UNESCO. Retrieved December 12, 2020 from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127583>
157. Valdés, C. A. & Flórez, J. A. (1995). *El niño ante el hospital. Programas para reducir la ansiedad hospitalaria*. Universidad de Oviedo.
158. Vance, Y. H., & Eiser, C. (2002). The school experience of the child with cancer. *Child: care, health and development*, 28(1), 5–19. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2002.00227.x>
159. Velišek Braško, O. (2013). Konstruktivistički prikaz inkluzije polazišta kvalitetnog obrazovanja. *Krugovi detinjstva*, (1), 17-25.
160. Vranješević, J., Kalezić Vignjević, A., Zlatarović, V., Koruga, D., Jerković, D., Belenzada, M. i Lakićević, O. (2019). *Vrtić kao sigurno i podsticajno okruženje za učenje i razvoj deteta, priručnik za vaspitače*. Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije
161. Wakefield, C. E., McLoone, J., Goodenough, B., Lenthen, K., Cairns, D. R., & Cohn, R. J. (2010). The psychosocial impact of completing childhood cancer treatment: a systematic review of the literature. *Journal of pediatric psychology*, 35(3), 262–274. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp056>
162. Wang, M., & Eccles, J.S. (2013). School context, achievement motivation, and academic engagement: A longitudinal study of school engagement using a multidimensional perspective. *Learning and Instruction*, 28, 12-23.
163. Wiles, P. (1987). The schoolteacher on the hospital ward. *Journal of Advanced Nursing*, 12(5), 631-640.
164. Woolfolk, A., Hughes, M., & Walkup, V. (2012). *Psychology in education*. Pearson Education.
165. Xu, Y., & Filler, J. (2008). Facilitating family involvement and support for inclusive education. *School Community Journal*, 18(2), 53-72.
166. Žitinski, M. (2006). Obrazovanje je moralni pojam. *Naše more*, 53(3-4), 140-147.
167. *Zakon o osnovnom obrazovanju i vaspitanju* (2013). Službeni glasnik Republike Srbije. Br.55/2013.

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

168. *Zašto škola u bolnici?* Preuzeto Januar 28, 2017 sa: [www:http://os-igkovacic-zg.skole.hr/Zasto-bolnica](http://os-igkovacic-zg.skole.hr/Zasto-bolnica)
169. Zebrack B. J. (2011). Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. *Cancer*, 117(10), 2289–2294. <https://doi.org/10.1002/cncr.26056>
170. Zhang, H., Chan, P. W. K. & Boyle, C. (2014). *Equality in education: Fairness and inclusion*. Sense Publishers.
171. Zlatanović, Lj. (2019). Razvoj ličnosti iz holističke perspektive. U M. Đuričković (Ur.), *Doprinos predškولstva ostvarivanju ciljeva obrazovanja i vaspitanja. Zbornik radova sa Četrnaeste konferencije „Vaspitač u 21. veku“* (str. 118-130). Visoka škola za vaspitače strukovnih studija u Aleksincu.
172. Zuković, S. (2012). *Porodica kao sistem-funkcionalnost i resursi osnaživanja*. Pedagoško društvo Vojvodine.
173. Zuković, S., & Milutinović, J. (2011). Razvoj porodice: ekosistemska perspektiva; u O. Gajić (ur.): *Kvalitet obrazovnog sistema Srbije u evropskoj perspektivi: zbornik radova. Knj. 1, Ka uspostavljanju vrednosnih okvira i standarda kvaliteta: odabrani teorijsko-metodoloski koncepti = The quality of education system in Serbia from European perspective: proceedings of papers. Vol. 1, Towards establishing a framework of values and standards of quality: selected* (197–206). Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu.
174. Zver, T. (2016). *Analiza vprašalnikov za matične šole*. Retrieved August 05, 2018 from: www.bolnisnicna-sola.si/files/2016/04/Analiza-vprasanlikov-za-maticne-sole.pdf

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

8. ПРИЛОЗИ

Прилог 1

Инструмент истраживања -Значај наставе за децу на болничком лечењу

Упитник за родитеље

Поштовани родитељи,

Овим упитником желимо испитати ваше мишљење о школама за децу на болничком лечењу, о њиховом утицају на ваше дете за време хоспитализације, као и квалитет сарадње са учитељима и здравственим радницима.

Прочитајте сваку тврдњу пажљиво и заокружите број испред одговора са којим сте сагласни или на предвиђено место у упитнику напишите тражени одговор. Упитник је анониман те вас молимо да одговорите на све тврдње. Прикупљени подаци ће бити коришћени искључиво у научне сврхе.

Пол: а) мушки б) женски

Године старости: а) мајка _____ б) отац _____

Степен стручне спреме:

| Мајка | отац |
|---------------------------|---------------------------|
| а) Основна школа | а) Основна школа |
| б) Средње образовање | б) Средње образовање |
| в) Више/Високо образовање | в) Више/Високо образовање |
| г) Магистеријум/Докторат | г) Магистеријум/Докторат |

Број чланова у породици: _____

Број деце у породици: _____

Дужина хоспитализације вашег детета: _____

Временски период похађања наставе у болничкој школи: _____

**ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА**

| Бр. | Тврдња | Уопште се не слажем | Углавном се не слажем | Нисам сигуран | Углавном се слажем | Потпуно се слажем |
|------------|--|----------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. | Школовање хоспитализоване деце има важну улогу у одржавању континуитета свакодневних активности. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Школа помаже у отклањању досаде током боравка у болници. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Образовање помаже у побољшању квалитета живота, и према томе требало би да буде доступно без обзира на здравствено стање детета. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Похађање болничке школе подразумева дужи боравак деце у болници. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Настављање образовања током боравка у болници олакшава поновну интеграцију детета у редовну школу. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Похађање школе у болници може помоћи у развијању здравих друштвених односа са вршњацима. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Похађање школе у болници поред болести, ствара непотребан додатни стрес код детета. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Болничке школе могу помоћи у подстицању бржег опоравка. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Маштовит практични рад који је занимљив важнији је од „рада с књигом“ у болничком окружењу. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Учење нових вештина током болничког школовања је важно, јер деца имају прилику да се осете успешним. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Рутинске процедуре попут рендгена и физикалне терапије треба да се одвијају пре или после школских часова, како би се деца провела што више времена у школи. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Школовање у болници често подразумева одвајање од родитеља, што се може негативно одразити на целу породицу. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Школовање може сметати медицинским процедурама. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

14. Да ли сматрате да деца на болничком лечењу треба да буду укључена у образовни процес током хоспитализације?
1) ДА 2) НЕ
15. Да ли сте информисани о образовном напредовању детета током хоспитализације?
1) Немам информације
2) Информишу ме у довољној мери
3) Сасвим сам информисан(а)
16. Да ли сте информисани о здравственом аспекту детета током хоспитализације?
1) Немам информације
2) Информишу ме у довољној мери
3) Сасвим сам информисан(а)
17. Здравствени радници уважавају моје мишљење о развоју и напредовању детета на болничком лечењу.
1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери
18. Наставник уважава моје мишљење о развоју и напредовању ученика на болничком лечењу.
1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери
19. Да ли болничко школовање има ефекта на образовно напредовање деце на болничком лечењу?
1) ДА 2) НЕ
20. По Вашем мишљењу, болничко школовање се одражава на **интелектуално напредовање** деце на болничком лечењу:
1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери
21. По Вашем мишљењу, болничко школовање се одражава на **социо-емоционално функционисање** деце:
1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери
22. По Вашем мишљењу, болничко школовање се позитивно одражава на **здравствено напредовање** деце:
1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери
23. По Вашем мишљењу, примарани значај укључивања деце у образовни процес болничких школа огледа се у:
1) интелектуалном напредовању
2) социо-емоционалном напредовању
3) здравственом напредовању
24. По Вашем досадашњем искуству, сарадња са наставником болничких школа је:
1) на ниском нивоу 2) задовољавајућем 3) на високом нивоу
25. По Вашем досадашњем искуству, сарадња са здравственим радницима је:
1) на ниском нивоу 2) задовољавајућем 3) на високом нивоу
26. Које су Ваше препоруке за унапређење развоја и напредовања деце на болничком лечењу?
-

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Упитник за здравствене раднике

Поштовани,

Овим упитником желимо испитати ваше мишљење о школама за децу на болничком лечењу, о њиховом утицају на ученике за време хоспитализације, као и квалитет сарадње са родитељима и учитељима.

Прочитајте сваку тврдњу пажљиво и заокружите број испред одговора са којим сте сагласни или на предвиђено место у упитнику напишите тражени одговор. Упитник је анониман те Вас молимо да одговорите на све тврдње. Прикупљени подаци ће бити коришћени искључиво у научне сврхе.

Пол: а) мушки б) женски

Године старости: _____

Године радног стажа: _____

Стручна спрема:

а) доктор медицине субспецијалиста

б) доктор медицине специјалиста

в) доктор медицине

г) психолог специјалиста,

д) психолог,

ђ) струковна/ виша медицинска сестра

е) медицинска сестра техничар

ж) _____

**ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА**

| Бр. | Тврдња | Уопште се не слажем | Углавном се не слажем | Нисам сигуран | Углавном се слажем | Потпуно се слажем |
|------------|--|----------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. | Школовање хоспитализоване деце има важну улогу у одржавању континуитета свакодневних активности. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Школа помаже у отклањању досаде током боравка у болници. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Образовање помаже у побољшању квалитета живота, и према томе требало би да буде доступно без обзира на здравствено стање детета. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Похађање болничке школе подразумева дужи боравак деце у болници. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Настављање образовања током боравка у болници олакшава поновну интеграцију детета у редовну школу. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Похађање школе у болници може помоћи у развијању здравих друштвених односа са вршњацима. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Похађање школе у болници поред болести, ствара непотребан додатни стрес код детета. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Болничке школе могу помоћи у подстицању бржег опоравка. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Маштовит практични рад који је занимљив важнији је од „рада с књигом“ у болничком окружењу. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Учење нових вештина током болничког школовања је важно, јер деца имају прилику да се осете успешним. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Рутинске процедуре попут рендгена и физикалне терапије треба да се одвијају пре или после школских часова, како би се деца провела што више времена у школи. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Школовање у болници често подразумева одвајање од родитеља, што се може негативно одразити на целу породицу. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Школовање може сметати медицинским процедурама. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

14. Да ли сматрате да деца на болничком лечењу треба да буду укључена у образовни процес током хоспитализације?

- 1) ДА 2) НЕ

15. Да ли сте информисани о образовном напредовању детета током хоспитализације?

- 1) Немам информације
2) Информишу ме у довољној мери
3) Сасвим сам информисан(а)

16. Родитељи хоспитализоване деце уважавају моје мишљење о развоју и напредовању детета на болничком лечењу.

- 1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери

17. Наставник уважава моје мишљење о развоју и напредовању деце на болничком лечењу.

- 1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери

18. Да ли болничко школовање има ефекта на образовно напредовање деце на болничком лечењу?

- 1) ДА 2) НЕ

19. По Вашем мишљењу, болничко школовање се одражава на **интелектуално напредовање** деце на болничком лечењу:

- 1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери

20. По Вашем мишљењу, болничко школовање се одражава на **социо-емоционално функционисање** деце:

- 1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери

21. По Вашем мишљењу, болничко школовање се позитивно одражава на **здравствено напредовање** деце:

- 1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери

22. По Вашем мишљењу, примарани значај укључивања деце у образовни процес болничких школа огледа се у:

- 1) интелектуалном напредовању,
2) социо-емоционалном напредовању,
3) здравственом напредовању

23. По Вашем досадашњем искуству, сарадња са наставником болничких школа је:

- 1) на ниском нивоу 2) задовољавајућа 3) на високом нивоу

24. По Вашем досадашњем искуству, сарадња са родитељима хоспитализоване деце је:

- 1) на ниском нивоу 2) задовољавајућа 3) на високом нивоу

25. Које су Ваше препоруке за унапређење развоја и напредовања деце на болничком лечењу?

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Упитник за наставнике болничких школа

Поштовани,

Овим упитником желимо испитати ваше мишљење о школама за децу на болничком лечењу, о њиховом утицају на ученике за време хоспитализације, као и квалитет сарадње са родитељима и здравственим радницима.

Прочитајте сваку тврдњу пажљиво и заокружите број испред одговора са којим сте сагласни или на предвиђено место у упитнику напишите тражени одговор. Упитник је анониман те Вас молимо да одговорите на све тврдње. Прикупљени подаци ће бити коришћени искључиво у научне сврхе.

Пол: а) мушки б) женски

Године старости: _____

Године радног стажа: _____

а) наставник разредне наставе

б) наставник предметне наставе

в) _____

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

| Бр. | Тврдња | Уопште се не слажем | Углавном се не слажем | Нисам сигуран | Углавном се слажем | Потпуно се слажем |
|-----|--|---------------------|-----------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| 1. | Школовање хоспитализоване деце има важну улогу у одржавању континуитета свакодневних активности. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Школа помаже у отклањању досаде током боравка у болници. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Образовање помаже у побољшању квалитета живота, и према томе требало би да буде доступно без обзира на здравствено стање детета. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Похађање болничке школе подразумева дужи боравак деце у болници. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Настављање образовања током боравка у болници олакшава поновну интеграцију детета у редовну школу. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Похађање школе у болници може помоћи у развијању здравих друштвених односа са вршњацима. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Похађање школе у болници поред болести, ствара непотребан додатни стрес код детета. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Болничке школе могу помоћи у подстицању бржег опоравка. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Маштовит практични рад који је занимљив важнији је од „рада с књигом“ у болничком окружењу. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Учење нових вештина током болничког школовања је важно, јер деца имају прилику да се осете успешним. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Рутинске процедуре попут рендгена и физикалне терапије треба да се одвијају пре или после школских часова, како би се деца провела што више времена у школи. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Школовање у болници често подразумева одвајање од родитеља, што се може негативно одразити на целу породицу. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Школовање може сметати медицинским процедурама. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

14. Да ли сматрате да деца на болничком лечењу треба да буду укључени у образовни процес током хоспитализације?

- 1) ДА 2) НЕ

15. Да ли сте информисани о здравственом стању (историји болести) ученика током хоспитализације:

- 1) Немам информације
2) Информишу ме у довољној мери
3) Сасвим сам информисан(а)

16. Родитељи хоспитализоване деце уважавају моје мишљење о развоју и напредовању ученика на болничком лечењу.

- 1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери

17. Здравствени радници уважавају моје мишљење о развоју и напредовању ученика на болничком лечењу.

- 1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери

18. Да ли болничко школовање има ефекта на образовно напредовање деце на болничком лечењу?

- 1) ДА 2) НЕ

19. По Вашем мишљењу, болничко школовање се позитивно одражава на **интелектуално напредовање** деце на болничком лечењу:

- 1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери

20. По Вашем мишљењу, болничко школовање се позитивно одражава на **социо-емоционално функционисање** деце:

- 1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери

21. По Вашем мишљењу, болничко школовање се позитивно одражава на **здравствено напредовање** деце:

- 1) нимало 2) у средњој мери 3) у великој мери

22. По Вашем мишљењу, примарани значај укључивање ученика у образовни процес болничких школа огледа се у:

- 1) интелектуалном напредовању,
2) социо-емоционалном напредовању,
3) здравственом напредовању

23. По Вашем досадашњем искуству, сарадња са родитељима хоспитализованих ученика је:

- 1) на ниском нивоу 2) задовољавајућа 3) на високом нивоу

24. По Вашем досадашњем искуству, сарадња са здравственим радницима је:

- 1) на ниском нивоу 2) задовољавајућа 3) на високом нивоу

25. Које су Ваше препоруке за унапређење развоја и напредовања деце на болничком лечењу?

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Прилог 2

Одобрење Етичког одбора здравствених установа за реализацију истраживања



UNIVERZITETSKA DEČJA KLINIKA

Telefon: 011/ 20 60 652

Faks: 011/ 26 84 672

klinika@udk.bg.ac.rs

Beograd

Tiršova 10

Na osnovu odredaba Zakona o lekovima i medicinskim sredstvima (Sl. Glasnik RS br. 25/2019.), Zakona o pravima pacijenata (Sl. Glasnik RS br. 45/13), Zakona o zaštiti podataka o ličnosti Sl. Glasnik RS br. 97/2008, 104/2009, idr. zakon, Zakona o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva Sl. Glasnik RS br. 123/2014, 106/2015, 105/2017), Pravilnika o sadržaju zahteva, odnosno dokumentacije za odobrenje kliničkog ispitivanja leka i medicinskog sredstva, kao i načina sprovođenja kliničkog ispitivanja leka i medicinskog sredstva Sl. Glasnik RS br. 64/2011, 91/2013, 60/2016 i 9/2018), postupajući u skladu sa Smernicama dobre kliničke prakse (GCP) u kliničkom ispitivanju - Sl. Glasnik RS br. 108/2017, Poslovnika o radu Etičkog odbora Univerzitetske dečje klinike, Etički odbor Univerzitetske dečje klinike u sastavu:

Prof. dr Brankica Spasojević, pedijatar, predsednik

Prof. dr Nada Krstovski, pedijatar, član

Prof. Dr Dragana Čirović, pedijatar, član

Prof. dr Milica Bajčetić, klinički farmakolog, član

Asist. dr Igor Stefanović, pedijatar, član

Vukašin Čobeljić, psiholog, član

odlučujući o zahtevu Dragice Ranković, na svojoj elektronskoj sednici održanoj dana 19.08.2020. godine, doneo je jednoglasno sledeću

ODLUKU

ODOBRAVA SE sprovođenje istraživanja pod nazivom: „Značaj školovanja dece u bolničkim uslovima iz perspektive učitelja, roditelja i zdravstvenih radnika.“

Podnosilac zahteva je Dragica Ranković.

Mentor u istraživanju: Prof. dr Jasmina Pekić.

Dostaviti

-Službi za opšte i pravne poslove

- podnosiocu zahtev

- a/a

UNIVERZITETSKA DEČJA KLINIKA
ZA ETIČKI ODBOR

PREDSEDNIK

Doc. dr Brankica Spasojević

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

КЛИНИКА ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЈУ
„ДР МИРОСЛАВ ЗОТОВИЋ“
БЕОГРАД, СОКОБАЊСКА 13
Број: 03-1700/1
Датум: 08.07.2020. год.
АС

На основу чл. 15 и 17. Правилника о раду Етичког одбора и чл. 36. Статута Клинике за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“, поступајући по молби кандидата Драгице Ранковић, Етички одбор је на редовној седници одржаној дана 12.06.2020. године донео:

ОДЛУКУ

Дана 28.02.2020. године, Драгица Ранковић доставила је молбу под бројем 03-718/1, која се тиче спровођења студије, ради израде докторске тезе под називом: „Значај школовања деце у болничким условима из перспективе учитеља, родитеља и здравствених радника“.

Чланови Етичког одбора су размотрили молбу именоване, као и достављену пратећу документацију, сагласни да се студија може спровести.

Наведено истраживање ће се изводити у Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ у Београду, на „Д“ одељењу под надзором начелника др Србислава Стевановића.

Кандидату је предочено да мора имати негативан тест на Corona virus.

У складу са горе наведеним, чланови Етичког одбора донели су позитивну одлуку.

Етички одбор ради у складу са принципима Добре клиничке праксе.

ПРЕДСЕДНИЦА ЕТИЧКОГ ОДБОРА


Асс. др сци мед. Синиша Родић

Доставити:

- Кандидату
- Председници Етичког одбора
- У предмете/архиву Етичког одбора

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА



ИНСТИТУТ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ
ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ ВОЈВОДИНЕ

Број _____

Наш знак _____

Ваш знак _____

Датум _____

Етички одбор Института

Број: 2211-1

Датум: 17.06.2020. год.

Етички одбор Института за здравствену заштиту деце и омладине Војводине у саставу: проф. др Нада Константиnidис, председник Етичког одбора и чланови проф. др Слободан Спасојевић, доц. др Анна Урам Бенка, и адвокат Ивана Белић на четвртој седници у 2020. години, по претходно прибављењој Сагласности помоћника директора за образовну и научноистраживачку делатност (дел.број:530 од 04.02.2020.), једногласно су донели

ОДЛУКУ

Даје се сагласност на Молбу дел.број: 17-11/2020 Драгице Ранковић, студенткиње докторских студија Филозофског факултета у Новом Саду, Одсек Методика наставе, за дозволу истраживања на тему: "Значај школовања деце у болничким условима из перспективе учитеља, родитеља и здравствених радника" у циљу израде докторске дисертације.

Учесници по принципу добровољног пристанка: здравствени радници Института и родитељи (или други законски заступници) хоспитализоване деце која похађају „школу у болници“.

Ментор: Проф. др Јасмина Пекић, Филозофски факултет Нови Сад

Истраживач је дужан да истраживање спроводи у координацији са Одсеком за образовну и научноистраживачку делатност Института и поштујуће све прописане епидемиолошке мере заштите.

Податке о личности пацијента-ученика у „школи у болници“ истраживач је дужан чувати у складу са законом.

Доставити:
x 2 Драгица Ранковић
x 1 Архива

ПРЕДСЕДНИК ЕТИЧКОГ ОДБОРА:
Проф. др Нада Константиnidис



21000 Нови Сад, Хајдук Вељкова 10

Телефон: (централа) 021 4880 444, (директор) 021 452 487, Факс: 021 420 452
Жиро рачун: 840-523661-60; ПИБ: 100455063; Матични број: 8008353; Шифра делатности: 86.10

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА



**INSTITUT ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU
MAJKE I DETETA SRBIJE**

"Dr VUKAN ČUPIĆ" NOVI BEOGRAD

Ul. Radoja Dakića 8, tel. 011/3108-207

Del.br.8/7

Datum: 26.03.2020.godine



Etički odbor Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“

Etički odbor Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta je na svom redovnom sastanku 26.03.2020. g. razmatrao molbu Dragice Ranković za sprovođenje istraživanja pod nazivom: „Značaj školovanja dece u bolničkim uslovima iz perspektive učitelja, roditelja i zdravstvenih radnika“.

Na sednici su bili prisutni sledeći članovi Etičkog odbora:

- Ass. dr sc. med. Aleksandar Sovtić, specijalista pedijatrije – pulmolog, zaposlen u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, predsednik Etičkog odbora
- Prim. mr sc. med. Ljubica Nikolić, specijalista pedijatrije, zaposlena u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, član Etičkog odbora
- Prim. mr sci. med. Dragan Mičić, specijalista pedijatrije, zaposlen u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, član Etičkog odbora
- Mr. sc. med. Dr Predrag Ilić, specijalista ginekologije i akušerstva, zaposlen u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, član Etičkog odbora
- Mr. sci. med. Maja Šujica, specijalista anestezije sa reanimacijom, zaposlena u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, član Etičkog odbora
- Jasmína Roskić, diplomirani pravnik, zaposlena u Ministarstvu spoljne trgovine Republike Srbije, član Etičkog odbora

Etički odbor Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta je osnovan i radi u skladu sa principima dobre kliničke prakse, odredbama Zakona o lekovima i medicinskim sredstvima ("Sl. glasnik RS", br. 30/2010, 107/2012 i 113/2017 – dr. Zakon) i Pravilnikom o sadržaju zahteva, odnosno dokumentacije za odobrenje kliničkog ispitivanja leka i medicinskog sredstva, kao i način sprovođenja kliničkog ispitivanja leka i medicinskog sredstva ("Službeni glasnik RS", br. 64/2011, 91/2013, 60/2016 i 9/2018).

ЗНАЧАЈ ШКОЛОВАЊА ДЕЦЕ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ
УЧИТЕЉА, РОДИТЕЉА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Članovi Etičkog odbora su jednoglasno saglasni da se u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“ sprovodi istraživanje pod nazivom: „Značaj školovanja dece u bolničkim uslovima iz perspektive učitelja, roditelja i zdravstvenih radnika“, autora Dragice Ranković.

Istraživanje može biti započeto po ukidanju vanrednog stanja, proglašenog usled pandemije COVID-19 infekcije.

Novi Beograd,

26.03.2020.god.

Predsednik Etičkog odbora

Ass.dr sci. med. Aleksandar Sovtić

