

**UNIVERZITET U SARAJEVU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PEDAGOGIJU**

Stjepana Zloušić

**SLIČNOSTI I RAZLIKE U STRATEGIJAMA
SUOČAVANJA NASTAVNIKA U OSNOVNOJ
ŠKOLI I ŠKOLI U BOLNICI**

(završni magistarski rad)

Sarajevo, 2019.

**UNIVERZITET U SARAJEVU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PEDAGOGIJU**

**SLIČNOSTI I RAZLIKE U STRATEGIJAMA
SUOČAVANJA NASTAVNIKA U OSNOVNOJ
ŠKOLI I ŠKOLI U BOLNICI**

(završni magistarski rad)

Mentorica:

Prof. dr. Mirjana Mavrak

Studentica:

Stjepana Zloušić

Sarajevo, 2019.

Iskrena zahvalnost mojoj dragoj obitelji
za podršku, razumijevanje i ljubav

Za nesebičnu pomoć tijekom svih godina studiranja, za razumijevanje
i usmjeravanje pri izradi završnog rada zahvaljujem svojoj mentorici
prof. dr. Mirjani Mavrak

Za podršku, strpljenje, ustupljeno mjesto i vrijeme
za istraživanje zahvaljujem OŠ Vrhbosna

SADRŽAJ

UVOD	6
1. OSNOVNI POJMOVI.....	8
2. NASTAVNIK I HOSPITALIZACIJA DJECE.....	10
2.1. Hospitalizacija u ranom djetinjstvu	10
2.2. Škola u bolnici kao dio hospitalizacijskog kruga	14
2.3. Nastavnici u redovnoj školi i u Školi u bolnici	16
2.4. Nastavnik i priprema za hospitalizaciju.....	20
3. ZAKONSKI OKVIR: PRAVA HOSPITALIZIRANOG DJETETA I DJETETA S OBOLJENJEM.....	24
3.1. UN-ova Konvencija o pravima djeteta	24
3.2. Zakon o osnovnom odgoju i obrazovanju Kantona Sarajevo.....	25
3.3. Prava i obrazovne potrebe bolesne djece i adolescenata prema HOPE Povelji	26
3.4. Povelja o pravima djeteta u bolnici	27
4. EKOLOGIJA RAZVOJA ZDRAVOG I BOLESNOG DJETETA	32
4.1. Dinamika eko-isječka škola: nastavnik i empatijsko komuniciranje.....	37
5. BASIC PH I TEHNIKA ŠARANJA: CRTEŽI I PRIČE U NASTAVNOM RADU	39
5.1. Basic Ph i suočavanje (coping).....	40
5.2. Nastavnik i (dječji) crtež kao ekspresivna tehnika.	44
5.3. Tehnika šaranja.....	45
6. METODOLOŠKI DIO	48
6.1. Istraživanje strategija suočavanja	48
6.2. Cilj istraživanja.....	49
6.3. Zadaci istraživanja	49
6.4. Istraživačka pitanja	50
6.5. Metode istraživanja.....	50

6.6.	Tehnika istraživanja.....	51
6.7.	Instrument istraživanja	52
6.8.	Uzorak istraživanja	53
6.9.	Opis postupka	54
7.	REZULTATI I DISKUSIJA	55
7.1.	Radovi nastavnika Osnovne škole Vrhbosna	56
7.2.	Radovi nastavnika Škole u bolnici	78
7.3.	Komparacija dobivenih rezultata.....	102
7.3.1.	Profil nastavnika u redovnoj školi.....	102
7.3.2.	Profil nastavnika u školi u bolnici.....	104
7.3.3.	Usporedba profila nastavnika u redovnoj školi i u školi u bolnici.....	106
	ZAKLJUČAK	109
	LITERATURA.....	110

UVOD

Bolest je nedostatak zdravlja, bilo fizičkog ili psihičkog. Pojam „poremećaj zdravlja“ odnosi se na stanja ili bolest koja utječe na osobnu funkcionalnost (Mavrak, 2003:23). Bolest, bilo osobna bilo bolest bliskog člana porodice, prijatelja ili susjeda, svakome teško pada. Teško se pomiriti s činjenicom da je naše zdravstveno stanje ili nama nekog dragog teško narušeno. Bolest posebno teško pada malenoj djeci, jer su ona jako vezana za svoje roditelje, posebno majku. Teško im pada odvajanje od poznate okoline, tj. od svoga doma i od svojih roditelja; teško se privikavaju na novu, bolničku okolinu, na bolne i dugotrajne pretrage. Ponekad ne mogu ni shvatiti od čega zapravo boluju. Za neke bolesti postoji lijek, te liječenje traje nekada duže, nekada kraće, nekada je bolno, a nekada nije. Također, neke bolesti su i kronične, pa ih djeca „nose“ cijeli svoj život; a nažalost postoje i one bolesti koje imaju smrtnu posljedicu. Zdrava ili bolesna, djeca imaju pravo na život u svojoj punini. To podrazumijeva pravo na obrazovanje, zdravstvenu skrb, prehranu, smještaj, igru, uvažavanje, poštovanje, zaštitu od diskriminacije, iskorištavanja, nasilja itd. Zbog bolesti djeca i odrasli često moraju duže ili kraće vrijeme boraviti u bolnici. „Budući da svako dijete ima pravo na obrazovanje i za vrijeme boravka u bolnici, cilj je da učenici, kroz nastavu u bolnici, dobiju vrijedno i bogato iskustvo, koje će omogućiti nastavak školovanja, te spriječiti strah od povratka u matičnu školu nakon izbjivanja s nastave.

Škola u bolnici jedina je škola bez školskog zvona u kojoj nastavnik treba osjetiti kada je učenicima potreban odmor i kada im je pala koncentracija. Svrha škole u bolnici je da hospitaliziranoj djeci olakša odvojenost od obitelji i primarne socijalne sredine, umanjiti stres od hospitalizacije, omogućiti stalnost u usvajanju nastavnih sadržaja, dane u bolnici učini zanimljivijim, kraćim i sadržajnijim, omogućiti lakši povratak u matičnu školu nakon povratka iz bolnice, povratak djeteta u školu bez većih praznina u znanju, omogućiti djeci, koja su duže u bolnici, prelazak u viši razred bez dodatnog stresa od polaganja razrednih ispita ili gubitka razredne godine“ (Bučević-Sanvincenti, 2010:50). Dugotrajnija hospitalizacija u svrhu praćenja, otkrivanja ili liječenja bolesti ukazala je na potrebu organiziranja rada s djecom kako bi se ista, unatoč boravku u bolnici, mogla uključiti i pratiti nastavne programe u cilju kontinuirane edukacije i socijalizacije mladih pacijenata.

Rad s hospitaliziranom djecom pokazuje zahtjevnost na više načina, bilo da se radi o medicinskoj, psihološkoj ili pedagoškoj intervenciji. Svaki stručnjak unutar radnog lanca mora posjedovati istančane profesionalne kompetencije kako bi njegov doprinos bio efikasan u djetetovom oporavku, ali istovremeno treba prihvatiti i činjenicu o kontinuiranom praćenju i

informiranosti o radnim dometima drugih djelatnika u ovom radnom lancu. To zahtijeva dodatne kompetencije ne samo za profesionalni rad s djetetom nego i za brigu o sebi.

Prihvatiti takav zadatak znači težiti k osobnom napretku i usavršavanju u različitim oblastima koje bi mogle koristiti u radu s hospitaliziranom djecom. U ovom istraživanju fokus je stavljen na nastavnike koji rade u osnovnoj školi i na nastavnike koji rade u školi u bolnici. U takvu radu neminovna je prilagodba, osmišljavanje i donošenje različitih sadržaja koji će rad učiniti produktivnijim, a djeci pružiti osjećaj vrijednosti i sposobnosti za napretkom i uspjehom.

Osnovno istraživačko pitanje odnosi se na estetiku suočavanja nastavnika u osnovnoj školi i nastavnika koji rade u školi u bolnici s hospitaliziranom djecom i na posljedice koje te razlike ili sličnosti mogu imati na proces učenje-poučavanje koji u bolnici uvijek ima i svoj terapijski učinak. Teorijski okvir za istraživanje je BASIC Ph, multifaktorska teorija suočavanja koju je temeljem višedecenijskih istraživanja razvio Mooli Lahad, izraelski psiholog, a korištena je u dosadašnjim lokalnim istraživanjima o kvaliteti komunikacije sa zdravom i kronično bolesnom djecom. Istraživanje će biti urađeno na uzorku od sedam nastavnika koji rade u Osnovnoj školi Vrhbosna i sedam nastavnika zaposlenih u školi u bolnici *Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu*.

Problem ovog istraživanja je suočavanje nastavnika u osnovnoj školi i nastavnika u školi u bolnici.

Rad se sastoji od teorijskog dijela koji govori o nastavniku i hospitalizaciji djece, školi u bolnici, zakonskom okviru i pravima hospitalizirane djece, ekologiji razvoja zdravog i bolesnog djeteta, BASIC Ph teoriji i suočavanju, crtežu i šaranju kao tehnikama prikupljanja podataka o strategijama suočavanja sa životom i šestodijelnoj priči kao referentnom okviru istraživanja. Na koncu su prikazani dobiveni rezultati i njihova analiza, te poredba nastavnika u redovnoj školi i nastavnika u školi u bolnici.

1. OSNOVNI POJMOVI

Za razumijevanje ovog rada potrebno je dublje se upoznati s osnovnim pojmovima kao što su: *BASIC Ph, bolest, bolnički učitelj/nastavnik, ekspresivne tehnike, klinička metoda u pedagogiji, nastavnik, osnovna škola, škola u bolnici, suočavanje (coping), zdravlje.*

BASIC Ph je teorija izraelskog psihologa Moolija Lahada. Govori o izvorima čovjekove unutarnje snage koja pomaže pojedincu u teškim i jako stresnim životnim situacijama. „Ovaj model se koristi u radu s djecom i odraslima koji su prošli kroz teške životne situacije. Model je primjenjiv ne samo u psihoterapiji i intervenciji nakon narušene bio-psihološke ravnoteže, nego i u procesu spoznaje i samospoznaje o tome kako svatko od nas doživljava svijet u kojem živi“ (Mavrak, 2002:244).

Bolest je nedostatak zdravlja, bilo psihičko ili fizičkog. Pojam „poremećaj zdravlja“ odnosi se na stanja ili bolest koja utječe na osobnu funkcionalnost (Mavrak, 2003:23).

Bolnički učitelj/nastavnik - Nastavnici koji poučavaju u školi u bolnici se razlikuju od nastavnika u redovnoj nastavi. Oni trebaju poznavati bolest od koje boluju učenici koje poučavaju. Trebaju se dodatno educirati za rad u školi u bolnici, poznavati razne metode i tehnike koje će im pomoći u radu s učenicima koji imaju narušeno zdravlje. Nastavnici u školi u bolnici su bliski učenicima, u radu su topli i humani, te imaju stručni pristup. Nastoje umanjiti utjecaj hospitalizacije kroz brojne vidove rada nuđenjem raznovrsnih poticajnih sadržaja, usmjeravajući pozornost na djetetove emocije, kako bi se osjećali opušteno i ugodno. U školi u bolnici, nastavnici pokušavaju, također, olakšati učenicima boravak u bolnici, pomoći im pri razvijanju samopouzdanja i u prevladavanju straha od bolnice. (Bučević-Sanvincenti, 2010).

Ekspresivne tehnike olakšavaju izražavanje i komunikaciju vlastitih emocija koje inače mogu ostati skrivene zbog različitih oblika inhibicije (osjećaj srama, krivnje, straha od kritike i sl.). Neke od ekspresivnih tehnika su slobodno pisanje, crtanje, modeliranje, različito likovno izražavanje, plesanje, glazba, igre simulacije i neverbalne tehnike komunikacije (Kuterovac, 1992).

Klinička metoda u pedagogiji – metoda kliničkog proučavanja učenika bilo u cilju rješavanja njegovih razvojnih i odgojno-obrazovnih teškoća, bilo u okviru pedagoškog istraživanja sa svrhom upoznavanja zakonitosti u njegovom razvoju i u odgojno-obrazovnom procesu (Franković i dr., 1963).

Nastavnik je opći naziv za sva lica koja vrše nastavu. U prošlosti se ovaj naziv koristio za one prosvjetne radnike koji su radili u višim razredima sedmogodišnjih i osmogodišnjih obaveznih škola. Danas taj naziv označava sve prosvjetne radnike koji rade u osnovnoj školi (Franković i dr., 1963).

Osnovna škola je ustanova u kojoj se obavlja odgoj i osnovno obrazovanje učenika normalnog psihičkog i tjelesnog razvoja i učenika s poremećajima u psihičkom i tjelesnom razvoju, osnovno muzičko obrazovanje, dodatno obrazovanje nadarenih učenika i osnovno obrazovanje odraslih. Osnovna škola može biti: redovna, specijalna i paralelna (muzička) (Zakon o osnovnom odgoju i obrazovanju Bosansko-podrinjskog kantona, 2004:4).

Suočavanje (coping) je pokušaj prevladavanja teškoća snagom koja je ravna stresu. To je susret u kojem ljudi posežu za unutrašnjim resursima da bi odgovorili na problem. Lazarus (1981, prema Đapić, 1997:35) definira „coping kao napor da se upravlja spoljašnjim i unutrašnjim zahtjevima i konfliktima među njima“.

Škola u bolnici - „Svrha Škole u bolnici je da hospitaliziranoj djeci olakša odvojenost od obitelji i primarne socijalne sredine, umanju stres od hospitalizacije, omogući stalnost u usvajanju nastavnih sadržaja, dane u bolnici učini zanimljivijim, kraćim i sadržajnijim, omogući lakši povratak u matičnu školu nakon povratka iz bolnice, povratak djeteta u školu bez većih praznina u znanju, omogući djeci, koja su duže u bolnici, prelazak u viši razred bez dodatnog stresa od polaganja razrednih ispita ili gubitka razredne godine“ (Bučević-Sanvincenti, 2010:50).

Zdravlje – Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) zdravlje je definirala kao stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odustnost bolesti i iznemoglosti (Potkonjak, Šimleša, 1989:524).

2. NASTAVNIK I HOSPITALIZACIJA DJECE

Škola je druga instanca dječje socijalizacije i kao takva veoma važna za dječje osamostaljivanje i preuzimanje životnih uloga i odgovornosti. No, školi prethodi obiteljska socijalizacija u kojoj je osjećaj sigurnosti i pripadanja presudan. Kada se u životu djeteta pojavi neki zdravstveni poremećaj, ovaj se osjećaj narušava i to u cijeloj obitelji. Obitelj i škola igraju važnu ulogu u razvoju djeteta, a hospitalizacija utječe na funkcionalnost i jednog i drugog prostora socijalizacije. Nastavnik može imati i funkciju produžene roditeljske ruke, pa je tako i kada se radi o hospitalizaciji djeteta. Da bismo govorili o nastavnicima i školi, moramo najprije vidjeti što se zbiva s djetetom i roditeljima kada je hospitalizacija neminovna, a dijagnoza upućuje na loše zdravstveno stanje.

2.1. Hospitalizacija u ranom djetinjstvu

Odlazak u bolnicu osobama obično predstavlja neugodno iskustvo. To je privremeni raskid sa svakodnevnom okolinom ispunjen neugodnim doživljajima i pretežno negativnim emocijama. Samo bolničko okruženje i bolnička klima pobuđuju nelagodu. Neugodni simptomi bolesti, neizvjesnost glede ishoda bolesti, nelagoda zbog patnji drugih bolesnika, strah od boli, bolne i neugodne pretrage i liječenje, (neugodan) bolnički okoliš, obveze i dužnosti bolesnika u bolnici, gubitak ranije socijalne uloge bolesnika, izoliranost od vanjskog svijeta su neki od brojnih razloga zbog kojih je odlazak u bolnicu za mnoge ljude stresan. Među pojedincima postoje velike razlike u psihičkim, emocionalnim i ponašajnim reakcijama glede odlaska i boravka u bolnici. Te razlike su uvjetovane mnogobrojnim faktorima kao što su: razlike u dobi, spolu, osobinama ličnosti, vrsti i težini bolesti, neugodnosti simptoma, vrsti liječenja, bolničkom okolišu, trajanju liječenja, odnosu zdravstvenog osoblja prema bolesniku, posljedicama bolesti, izlječenju bolesti, odnosima s drugim pacijentima i sl. Ipak, najteže boravak u bolnici podnose malena djeca, a kod mnoge djece se nakon povratka kući pojavljuju mnogobrojne teškoće u ponašanju, socijalizaciji, privikavanju na obiteljsku dinamiku, emocionalne teškoće i sl.

Hospitalizam je opći pojam za sve psihološke i tjelesne poremećaje koji su uzrokovani dugotrajnim boravkom u bolnici ili drugoj ustanovi. U psihološkom smislu, hospitalizam je sindrom negativnih psiholoških učinaka koji se javljaju osobito kod malene djece koja borave u instituciji duže vrijeme ili odrastaju u specijalnim domovima za djecu (Havelka, 1994).

U Konvenciji o pravima djeteta (1989), pravo na zdravlje je temeljno pravo svakog djeteta. Budući da je dijete bolesno te da ima narušeno fizičko zdravlje, oporavak zahtijeva boravak

djeteta u bolnici, tj. njegovu hospitalizaciju. No, pored fizičke traume, dijete doživljava i psihičke i emocionalne traume zbog odvajanja od roditelja i zbog odlaska iz poznate okoline. Zbog teškoća koje se mogu javiti, suvremena hospitalizacija djeteta, pored medicinske skrbi bolničkog osoblja, nastoji uključiti i roditelje, kako bi što više olakšali boravak djeteta u bolnici. To se provodi tako što su omogućeni neograničeni posjeti (u Kliničkom centru Univerziteta u Sarajevu posjete su svakim danom od 15:30 do 16:30), ako stanje djeteta to omogućuje, zajednički boravak roditelja i djeteta u bolnici te ostali sadržaji koji su prihvatljivi djeci, a koji umanjuju strah od hospitalizacije. Također, pored obitelji i medicinskog osoblja, moguće je da se nastavnici koji rade u školi u bolnici druže s djecom, uče, razgovaraju i igraju, budu podrška tijekom boravka u bolnici i sl.

Svako odvajanje djeteta od njegovih roditelja za dijete je jako teško, bolno i zastrašujuće. Pritom, odlazak u bolnicu vodi do različitih promjena poput promjena u svakodnevnom načinu života djeteta, pri čemu se ne mijenja samo djetetova svakodnevna rutina, već je ona popraćena i dodatnim teškoćama koje zadaju simptomi bolesti, novo bolničko okruženje, nepoznate osobe kao i neugodni terapijski postupci.

Djeca specifično shvaćaju bolest, te je njihov odnos prema liječenju drugačiji od shvaćanja bolesti kod odraslih. Uz to, bitno se razlikuje i njihovo ponašanje tijekom liječenja. Vrlo često djeca ne mogu ni shvatiti vrstu bolesti od koje boluju, njen uzrok, terapijske postupke, posljedice bolesti i sl. Što se tiče same hospitalizacije, postoji niz čimbenika koji razlikuju hospitalizaciju djece od hospitalizacije odraslih. Reakcija djeteta na hospitalizaciju ponajviše ovisi o dobi djeteta, odnosno o stupnju kognitivnog i emocionalnog razvoja djeteta. U skladu sa svojim kognitivnim razvojem, dijete razvija i svoje poimanje bolesti, te reagira na bolest, potrebne terapije i posljedice bolesti. O dobi djeteta, također, ovisi i reakcija na odvajanje od roditelja i stupanj prilagodljivosti bolničkom okruženju.

Potrebno je dodatno educirati zdravstvene djelatnike koji su u neposrednom kontaktu s djetetom o tome kako najbolje pristupiti djetetu, kako brinuti o njemu, shvatiti njegovo emocionalno stanje, potrebe djeteta za igrom, rastom, učenjem, ali i u taj odnos znati uključiti roditelja te ga uputiti i savjetovati kako pomoći bolesnom djetetu na fizičkom, psihičkom i emocionalnom oporavku (Kosec, 2015).

Kosec (2015) navodi razloge koji predstavljaju stres djetetu prilikom hospitalizacije:

1. Odvajanje od roditelja,
2. Strah od boli,
3. Povrede tijela.

Kako bi se ublažile traume od navedenih stanja, dijete je potrebno pripremiti prije same hospitalizacije. Stresori koji dovode do traume su:

- Nepoznata okolina,
- Nejasna očekivanja i ograničenja,
- Gubitak kontrole i kompetencije,
- Simptomi bolesti,
- Neugodni dijagnostički i terapijski postupci (Kosec, 2015:13).

Vrlo malena djeca, kod koje još nije razvijeno razumijevanje svijeta što ih okružuje, imaju veoma naglašenu potrebu za sigurnošću i ljubavlju. Te i brojne druge potrebe obično zadovoljava majka ili neka druga bliska osoba. Djeca starosne dobi od jedne do četiri godine vrlo teško podnose separaciju od majke, osobito ako se kroz to vrijeme odvajanja događaju neuobičajeni, neugodni ili bolni doživljaji. Velike su razlike u reakcijama malene djece na boravak u bolnici, kao i u psihičkim posljedicama duljeg boravka u njoj. Najvažniji činitelji koji na to djeluju su duljina boravka djeteta u bolnici, tj. duljina odvojenosti od majke i ranija bliskost majke i djeteta. Zbog dugotrajne odvojenosti djeteta od majke, razvoj djeteta, i tjelesni i psihički mogu biti usporeni. Pri povratku kući djeca mogu imati različite simptome, npr. noćno mokrenje, sisanje prsta, tepanje, mucanje ili ostale simptome koji upozoravaju na emocionalne teškoće (Havelka, 19994:44). Zbog takvih posljedica odvajanja djeteta od majke preporučuje se da, kad god je moguće, majke budu u bolnici sa svojom malenom djecom.

Malena djeca se tijekom boravka u bolnici često osjećaju izgubljena, tuguju i potištena su. Mnoga djeca misle da ih je majka ostavila, zaboravila ili možda izgubila u bolnici. U početku, obično prvi dan po dolasku u bolnicu, djeca su plačljiva ili iskazuju bijes prema svojoj okolini. Ta se faza naziva *fazom protesta*. S vremenom djeca postaju apatična, gube zanimanje za svoju okolinu i teško prihvaćaju druge osobe npr. medicinske sestre ili nastavnike koji im žele pomoći i nakratko zamijeniti majku. Ta se faza naziva *fazom tugovanja*. Ako je dijete dugo u bolnici dolazi do *faze prividnog prihvaćanja*, tj. ono se počinje ponašati gotovo normalno, prihvaća bolničku okolinu i aktivno sudjeluje u njezinu životu. Međutim, to je samo privid dobrog

djetetovog psihičkog stanja, jer je upravo kod djece koja su dulje vrijeme provela u bolnici, nakon povratka kući najviše teškoća u psihičkome zdravlju (Havelka 1994:43-44).

Prema Kosec (2015) pokazatelji razdvojenosti koji se javljaju s obzirom na dob djeteta kad se dogodila hospitalizacija podijeljeni su na 3 razdoblja:

- Tijekom prve godine djeteta javlja se anaklitička depresija što pokazuje: potištenost, manja aktivnost djeteta, gubitak apetita i poteškoće kod spavanja, pad imuniteta, a često se javlja i gubitak težine. Ako se dijete brzo vrati u obiteljsko okruženje, ovi simptomi nestaju.

- Od druge do treće godine se javlja veliki protest zbog odvajanja od roditelja i obiteljskog okruženja, posebice se to javlja ako dijete odrasta u stabilnoj obiteljskoj atmosferi i okolini, a odražava se kroz neprekidan plač i uznemireno regresivno ponašanje. Kod djece koja nisu imala dobru roditeljsku brigu, ne javljaju se ove reakcije jer su djeca „naviknuta“ biti sama.

- Od treće godine i nadalje javljaju se dvije situacije, a to je da djeca imaju veću mogućnost razumnog shvaćanja njihovog trenutnog stanja i razlog zbog kojeg su hospitalizirani, ali i pokazuju veći stres prilikom odvajanja od roditelja te su osjetljiviji.

Vrlo je teško za svako dijete predvidjeti kako će reagirati na boravak u bolnici, hoće li imati problema, koliko i kako će oni biti izraženi, dugotrajni i sl. Prema pokazateljima neka su djeca osjetljivija na osnovu čega se mogu djelomično predvidjeti i reakcije djeteta. Najveće poteškoće zbog odlaska u bolnicu imaju:

- Jedinci i mlađa djeca,
- Djeca koja inače loše reagiraju na strane osobe,
- Djeca koja već imaju loša iskustva zbog prijašnje odvojenosti od majke,
- Djeca čije majke zbog njihova odlaska u bolnicu otvoreno iskazuju pretjeranu zabrinutost (Havelka, 1994:45).

Djeca posebno teško podnose odvajanje od majke. Separacija je sama po sebi jako teška i sa sobom nosi posljedice. Havelka (1994) navodi simptome koji se mogu pojaviti kao posljedica odvajanja djeteta od majke i razvrstava ih u nekoliko različitih skupina:

- Loše navike u prehrani, osobnoj higijeni, spavanju i socijalnom ponašanju;
- Poremećaji ponašanja – prkos, pobuna, napadi bijesa, laganje, nedruštvenost, okrutnost;
- Neurotske poteškoće – jaka ljubomora, poremećaji sna, noćni strah, hodanje u snu, mokrenje u snu, gubitak teka, ravnodušnost;

- Psihosomatske poremećaje – povraćanje, vrtoglavica, astma, kožne bolesti, osjećaj umora i iscrpljenosti, opća tromost;
- Poremećaje govora – tepanje i mucanje.

Za svakog su nastavnike ove informacija važne na tri načina:

- 1) Rano nasilno odvajanje od roditelja može prouzročiti teže prihvaćanje odvajanja zbog polaska u školu i kasnije u svladavanju školskih obaveza;
- 2) Što je to što nastavnik poput „roditelja u školi“, dakle, zamjenskog odgajatelja može činiti u situaciji hospitalizacije;
- 3) Kakva ponašanja nastavnik može očekivati.

2.2. Škola u bolnici kao dio hospitalizacijskog kruga

Zbog različitih bolesti djeca često moraju duži ili kraći vremenski period boraviti u bolnici. Tijekom boravka u bolnici djeca ne mogu pohađati školu. Samim time gube ne samo školsku godinu (nastavu i učenje), nego i na socijalizaciji, igri i brojnim fizičkim aktivnostima. Budući da svako dijete ima pravo na obrazovanje za vrijeme boravka u bolnici, cilj je da učenici, kroz nastavu u bolnici, dobiju vrijedno i bogato iskustvo koje će im omogućiti nastavak školovanja te spriječiti strah od povratka u matičnu školu nakon boravka u bolnici. Škola u bolnici “jedina je škola bez školskog zvona u kojoj nastavnik treba osjetiti kada je učenicima potreban odmor i kada im je pala koncentracija” (učitelj Igor Ankon, OŠ Jordanovac, Zagreb, učitelj u Specijalnoj bolnici za bolesti dišnog sustava djece i mladeži na Srebrnjaku u Zagrebu). „Svrha škole u bolnici je da hospitaliziranoj djeci olakša odvojenost od obitelji i primarne socijalne sredine, umanji stres od hospitalizacije, omogući stalnost u usvajanju nastavnih sadržaja, dane u bolnici učini zanimljivijim, kraćim i sadržajnijim, omogući lakši povratak u matičnu školu nakon povratka iz bolnice, povratak djeteta u školu bez većih praznina u znanju, omogući djeci, koja su duže u bolnici, prelazak u viši razred bez dodatnog stresa od polaganja razrednih ispita ili gubitka razredne godine“ (Bučević-Sanvincenti, 2010:50).

Škola u bolnici doprinosi djetetovom samopouzdanju i stvaranju pozitivne slike o sebi. Pored obrazovne svrhe i pomoći, škola u bolnici ima i psihološku i sociopedagošku pomoć kako bi

omogućili djeci da lakše prevladaju traumu bolesti i hospitalizacije. Školski rad i sam proces nastave u školi u bolnici je individualiziran prema specifičnosti bolesti hospitaliziranog učenika. Učenici u školi u bolnici imaju osjećaj da žive kao njihovi vršnjaci te da zbog bolesti nisu ograničeni u svojim uobičajenim aktivnostima što osnažuje bolesnog učenika u preuzimanju nadzora nad bolešću i svakodnevnim životom.

U Bosni i Hercegovini su postojale škole u bolnici prije rata (1992-1996). Glavni razlog za otvaranje škola u bolnici je bila potreba djece predškolskog uzrasta, jer su najosjetljiviji na separaciju i hospitalizaciju, za rad s bolničkim pedagogom. Ta inicijativa je prerasla u ideju škole za stariji uzrast djece. Zbog rata i ratnih stanja, ideja Škole u bolnici je potisnuta, a vratila se tek 2005. godine. „Pedagoški rad u bolnici podrazumijeva sljedeće elemente: rad po nastavnom planu i programa u skladu s djetetovom potrebom i bolešću, terapijski rad kroz upotrebu priče i likovnog izraza u komunikaciji s hospitaliziranom djecom i rad kroz igru. Nastavnik ima neizmjereno velik prostor da svojim prisustvom osnaži socioemocionalni razvoj djeteta, što je izuzetno važno za njegov povratak uobičajenom životu. Realizacija nastavnog plana i programa nije nimalo jednostavna u bolničkim uvjetima. Ako ste se kao nastavnik opredijelili da podučavate djecu u bolnici, susrest ćete se s drugačijom grupom problema negoli u razredu. Prije svega, za razliku od razreda, ovdje su sva djeca bolesna, liječe se i podvrgnuta su određenim medicinskim procedurama. To podrazumijeva posebnu psihološku atmosferu i poseban zahtjev za vremenskom organizacijom rada. Poslijepodnevni sati su najpogodniji za pedagoški rad s djecom i to nakon posjeta“ (Mavrak, 2003:68).

U Bosni i Hercegovini od 2005. godine postoji Škola u bolnici u sklopu O. Š. Vrhbosna, Sarajevo. Škola se nalazi u okviru *Kliničkog Centra Univerziteta u Sarajevu*, na odjelima *Dječija ortopedija*, *Dječija hirurgija* i *Pedijatrija*. Budući da u Kliničkom centru tijekom školske godine boravi izuzetno velik broj djece školskog uzrasta, koja ostaju od nekoliko dana, tjedana i mjeseci, ukazala se potreba za pronalaženjem mogućnosti uključivanja bolesne djece u nastavni proces zbog čega je i otvorena škola u bolnici. Trenutno u školi u bolnici pod vodstvom i koordinacijom gospođe Marije Božić-Tičić djeluje sedam nastavnika koji poučavaju sljedeće predmete: razrednu nastavu (učiteljica), Fiziku, Geografiju, Hemiju, BHS, Vjeronauk i Likovnu kulturu.

2.3. Nastavnici u redovnoj školi i u Školi u bolnici

Nastavnik je opći naziv za ona lica koja vrše nastavu. U prošlosti se ovaj naziv koristio za one prosvjetne radnike koji su radili u višim razredima sedmogodišnjih i osmogodišnjih obaveznih škola. Danas taj naziv označava sve prosvjetne radnike koji rade u osnovnoj školi (Franković i dr., 1963). Nastavnik predstavlja osobu kojoj društvo i prosvjetne vlasti priznaju da je kvalificirana za odgoj i obrazovanje djece, omladine i odraslih. Kvalifikacije za ovaj posao stječu se pohađanjem i završavanjem odgovarajućih škola za pripremanje nastavnika. Nastavnik ostvaruje društvene ciljeve i zadatke odgoja, pružajući učenicima teorijska i praktična znanja i umijeća formirajući kod njih pravilan pogled na svijet, razvijajući njihov karakter i crte ličnosti kao i društvenu aktivnost. Nastavnik treba imati široko i temeljno opće obrazovanje, treba dobro poznavati grupu kojoj predaje, poznavati psihološko-pedagoške i metodičke osnove nastave i odgoja, te posjedovati ljudske kvalitete neophodne za nastavničku profesiju (Potkonjak, 1989).

Nastavnički studiji na Univerzitetu u Sarajevu organizirani su u okviru prvog i drugog ciklusa studija (BA i MA) onako kako ih definira Bolonjska deklaracija, a postoji tendencija prema stručnoj specijalizaciji MA studija, odnosno njegovog organiziranja kao nastavničkog, dok je BA studij rezerviran za usvajanje znanja iz predmetnog sadržaja. Ova sklonost uzastopnom modelu obrazovanja nastavnika karakteristična je za gotovo sve bosanskohercegovačke univerzitete, a na UNSA, jedini izuzetak je Pedagoški fakultet, koji je organiziran prema paralelnom/simultanom modelu s praktičnim školskim iskustvom inkorporiranim u fakultetske predmete na višim godinama studija. Predmeti vezani za nastavničku profesiju, često nazivani predmetima pedagoško-psihološke i didaktičko-metodičke grupe, obuhvaćaju sve sadržaje relevantne za buduću profesiju, od uvodnih do praktičnih kurseva. Sadržajno govoreći, naglasak je na općim psihološko-pedagoškim naukama, a čak ni one nisu prisutne na svakom nastavničkom smjeru; potom dolaze didaktičke i psihološke nauke, te predmetne metodike koje, u većem ili manjem obimu, postoje u kurikulumu svakog nastavnog smjera (Abadžija, 2015).

Kompetencija se najčešće definira kao pojedinčeva vještina i sposobnost uspješnog suočavanja sa zahtjevima radne i socijalne okoline pri čemu se ne radi o urođenim sposobnostima, nego o sposobnostima koje su rezultat razvoja individue (Šagud, 2011).

Abadžija (2015) navodi sljedeće kompetencije koje bi nastavnik trebao imati:

- čvrsti okviri znanja (npr. o školskom kurikulumu, pedagoškim teorijama, ocjenjivanju), podržani efikasnim strategijama upravljanja znanjem;
- detaljno znanje o tome kako podučavati određeni predmet, povezano s digitalnim kompetencijama i strategijama učenja učenika;
- podučavanje u učionici/strategije i vještine menadžmenta;
- interpersonalne, refleksivne i vještine istraživanja, za kooperativni rad u školi kao profesionalnoj zajednici praktičara;
- kritički stav prema vlastitim profesionalnim aktivnostima, zasnovan na različitim izvorima – ishodi učenika, teoretski i profesionalni dijalog, inovacija;
- pozitivan stav prema kontinuiranom profesionalnom razvoju, kolaboraciji, različitosti i inkluziji;
- sposobnost adaptiranja planova i programa potrebama učenika u različitim kontekstima.

Muminović (2013) navodi da profil savremenog nastavnika koji će uspješno odgovoriti na pitanja aktuelne nastave sadrži sljedeće elemente: 1. Razvijene opće sposobnosti, 2. Razvijene specifične sposobnosti, 3. Opće obrazovanje, 4. Dobro stručno obrazovanje, 5. Pedagoško-psihološko obrazovanje, 6. Didaktičko-metodičko obrazovanje, 7. Fizičko i mentalno zdravlje, emocionalna zrelost i stabilnost, 8. Ljubav prema djeci i mladima, 9. Pozitivne osobine ličnosti (humanizam, otvorenost duha, altruizam, socijabilnost, moralni kvalitete, odgovornost, dosjetljivost, radinost, kreativnost...).

Nastavnici koji poučavaju u školi u bolnici se razlikuju od nastavnika u redovnoj nastavi.

Nastavnik ima odgojno-obrazovnu ulogu. Nastavnici u školi su bliski učenicima, u radu su topli i humani, te imaju stručni pristup. U školi, zbog broja djece u razredu i vremenskog ograničenja, nastavnici se ne mogu dovoljno posvetiti svakom učeniku. Nastavne sadržaje predaju cijelom razredu uz dodatna objašnjenja pojedinim učenicim ukoliko su potrebna i ukoliko za to ima vremena. Nastavnici nastavne sadržaje mogu predavati na raznovrsne načine, ovisno o potrebama razreda, posjedovanja didaktičko-metodičkih materijala i vlastite kreativnosti. Nastavnici bi trebali pohađati seminare i dodatno se educirati za rad u školi.

U školi u bolnici, nastavnici pokušavaju, također, olakšati učenicima boravak u bolnici, pomoći im pri razvijanju samopouzdanja i u prevladavanju straha od bolnice. Učenici, osim toga što uče, u školi u bolnici se druže, brže im prolazi vrijeme, razvijaju socijalizaciju, te uviđaju da

nisu sami. Nastavnici nastoje umanjiti utjecaj hospitalizacije kroz brojne vidove rada nuđenjem raznovrsnih poticajnih sadržaja, usmjeravajući pozornost na djetetove emocije, kako bi se osjećali opušteno i ugodno. Nastavnici trebaju poznavati bolest od koje boluju učenici koje podučavaju. Trebaju se dodatno educirati za rad u školi u bolnici, poznavati razne metode i tehnike koje će im pomoći u radu s učenicima koji imaju narušeno zdravlje (Bučević-Sanvincenti, 2010). U školi u bolnici nastava se izvodi u skupinama, čistim i kombiniranim odjeljenjima u učionici i individualno u bolesničkim sobama. Svakom učeniku pristupa se individualno, prilagođavajući se njegovom opsegu usvojenog školskog gradiva i njegovoj bolesti, te uvažavanjem njegovog interesa i mogućnosti u svladavanju novih sadržaja. Učenici se ispituju u bolnici u sklopu redovitog nastavnog postupka, čime se izbjegava dodatni stres kod učenika. U redovnoj školi nije moguće izvođenje individualne nastave, osim ako je to dopunska ili dodatna nastava. Također, nije moguće prilagođavati nastavni plan i program svakom učeniku, osim ako učenik nema određenu teškoću, u tom slučaju se prema stručnoj procjeni učenika pravi poseban nastavni plan i program. U školi u bolnici, zajedno s učenicima obilježavaju se prigodni dani i blagdani. Uz učenje, igru, smijeh i simpatije svi zaposlenici se trude boravak djece u bolnici učiniti ugodnijim, opuštenijim i zanimljivijim. „Jedino su u Republici Hrvatskoj i u Sloveniji, učitelji škole u bolnici zaposlenici učitelji iz najbližih osnovnih škola. U nekim europskim državama, oni su zaposlenici pripadajućih bolnica, većinom defektolozi i bolnički pedagozi, ali ne u ulozi učitelja, nego kao instruktori. Djeca nužno polažu razredne ispite u svojim matičnim školama ili ih učitelji iz matičnih škola dolaze ispitivati u bolnicu“ (Bučević-Sanvincenti, 2010:51).

Bitno je da su nastavnici i učenici motivirani za dobru komunikaciju i povezanost. Zbog lakše i bolje komunikacije potrebno je komunicirati s manjim brojem osoba. Treba uzeti u obzir da je nekim osobama teško govoriti u manjoj ili većoj grupi. Nekada u većim grupama pojedinci nisu iskreni i otvoreni za komunikaciju ili zbog prevelike grupe teško dolaze do riječi, stoga im je nekada potreban individualni razgovor koji je prepun podrške, razumijevanja i empatije. Treba razumjeti da se, zbog hospitalizacije, njihov uobičajeni život potpuno promijenio. Potrebno je poznavati osobu s kojom se komunicira, na taj način se olakšava daljnja komunikacija i interakcija. U komunikaciji treba biti strpljiv, ljubazan, topao i otvoren, treba pružiti podršku i pokušati što više razumjeti bolesnika.

Bolničko učenje za krajnji rezultat ima:

- a) Direktni kontakt s nastavnikom,
- b) Indirektni kontakt sa zdravom djecom istog uzrasta,
- c) Znanje i vježbanje misaonih procesa,
- d) Ocjene koje ministarstvo prosvjete može priznati (Mavrak, 2003:69).

Navedeni rezultati olakšavaju bolesnom djetetu boravak u bolnici i štite ga od mogućih budućih teškoća pri povratku u obitelj i školu. Jako je bitno da djeca ne gube školsku godinu zbog bolesti i hospitalizacije. Kada nastavnik održava nastavu u školi u bolnici, bolesna djeca nemaju osjećaj da su školske ocjene poklonjene ili dobijene iz sažaljenja zbog bolesti. Nastavnik u školi u bolnici može djetetu olakšati boravak, dane učiniti lakšim, bržim i sretnijim, pružati mu ne samo školsko znanje, nego i pomoć pri socijalizaciji i izgradnji slike o sebi i samopouzdanju.

Nastavnici, tijekom svakodnevnog boravka u svom kolektivu, znaju šta znači razgovor, razumijevanje i podrška kolege. Kada je riječ o suočavanju s bolesnim djetetom, kolega i njegova podrška su jako bitni. Kroz svoj rad, nastavnik pokušavati dati i pomoći što više djetetu, daje se i psihički i fizički, a zaboravlja na sebe, svoje zdravlje i potrebe, te mogućnosti u postizanju ciljeva. U tome može pomoći kolega, koji upozori nastavnika da je zaboravio na samoga sebe, te da mu je potrebna pomoć, savjet, razgovor, podrška i odmor (Mavrak, 2003). „Iako možda zbog trenutne situacije ne mogu biti izvor informacije o oboljenju ili specifičnoj metodici rada s bolesnom djecom u razredu, nastavnici mogu i moraju nastaviti s dobrom praksom međusobne razmjene emocija, stavova i iskustva koje pomaže prevenciji sindroma profesionalnog sagorijevanja. Čuvati svoje zdravlje kroz kolegijalnu podršku znači pomagati djeci, jer nastavnici su djeci potrebni u školi koliko i roditelj kod kuće“ (Mavrak, 2003:54).

2.4. Nastavnik i priprema za hospitalizaciju

Boravak u bolnici stresan je i zastrašujući za dijete. Stres uzrokovan ostankom i boravkom u bolnici ne može se izbjeći, ali pripremom djeteta na boravak u bolnici taj stres se može znatno umanjiti. Bitno je što bolje pripremiti dijete na hospitalizaciju. Istraživanja su pokazala da priprema djeteta na odlazak u bolnicu i terapije bolesti kroz koje će prolaziti znatno smanjuju tjeskobu i doživljaj boli te povećava spremnost na suradnju, a dijete se brže oporavlja i kraće ostaje u bolnici. U pripremi mogu sudjelovati različiti agensi socijalizacije, ali roditelji i nastavnici su u toj komunikaciji “najjistureniji” dio konteksta.

Nastavnik, suočen s bolešću u razredu mora biti svjestan svoga odnosa prema ovom fenomenu i svega što ga pri tom preplavljuje u susretu s bolesnim učenikom. Pitanja koja nastavnik sebi mora postaviti u ovoj situaciji odnose se na njegovo znanje, emocije i djelovanje u razredu:

1. Šta znam o oboljenju koje pominju roditelji mog učenika?
2. Šta osjećam dok mi govore o dijagnozi i prognozi za izlječenje? Na koji je način ova bolest 'moja'? Šta me plaši i zašto?
3. Šta trebam preduzeti da pomognem prvo sebi, a onda djetetu i njegovim prijateljima u razredu?

Ova pitanja ne mogu imati trenutni odgovor. Nastavnik ih postavlja i daje sebi vremena da ih proradi i na njih odgovori samostalno ili u konsultaciji sa stručnjacima i literaturom“ (Mavrak, 2003:40).

Nastavnikova priprema za hospitalizaciju djeteta može imati tri smjera:

- a) Nastavnik treba pripremiti dijete i roditelje za hospitalizaciju.

Kroz razgovor s djetetom pripremiti ga na boravak u bolnici. Objasniti mu kako bolnica izgleda i kakve medicinske pretrage bi mogao raditi. U pripremi za hospitalizaciju nastavnicima mogu pomoći i roditelji. Roditelje, također, treba pripremiti za hospitalizaciju djeteta. Roditelji ne trebaju plašiti dijete bolnicom. Pred djetetom ne trebaju pokazivati strah i preveliku zabrinutost jer se onda i dijete počinje bojati. Nastavnik može s roditeljima razgovarati o bolesti ili ponuditi svoju pomoć.

- b) Nastavnik treba pripremiti razred na hospitalizaciju njihovog prijatelja.

Nastavnik može učenicima pružiti informacije o oboljenju koje njihov prijatelj ima

(kako se bolest dobija, kako se liječi, koje posljedice ima, da li je bolest prelazna i sl.), može odgovarati na njihova pitanja, može ponuditi učenicima da održavaju komunikaciju s bolesnim učenikom pomoću pisama, crteža, mobilne komunikacije ili posjete u bolnicu i nastavnik može pripremiti razred kada se učenik bude vratio u redovnu nastavu ili ih pripremiti i razgovarati s njima u slučaju smrti učenika.

c) Nastavnik treba pripremiti samoga sebe.

Nastavnik može razmišljati o tome kako se ponašati prema ostatku razreda zbog hospitalizacije učenika, promišljati utječe li hospitalizacija učenika na njegovo ponašanje, njegove emocije i njegov odnos prema kolegama i ostalim učenicima.

Pehar i Peksin (2015) navode načine kako olakšati djetetu boravak u bolnici:

- Treba provesti primjerenu i pravovremenu pripremu za odlazak u bolnicu; ukoliko ovo nije moguće, onda treba znati kako se snaći u vremenu.
- Primjereno komunicirati s djetetom i njegovim roditeljima – roditelji su saveznici.
- Omogućiti boravak roditelja u bolnici – lobirati za ovo.
- Prilagoditi djeci bolnički okoliš.
- Organizirati odgojno-obrazovni rad s djecom u bolničkim igraonicama i sobama.
- Kod manje djece što manje mijenjati svakodnevne rutine.
- Dijete pripremiti za dijagnostičke i terapijske postupke.
- Organizirati zabavne aktivnosti i igre.

Ako je odlazak djeteta u bolnicu planiran, roditelji bi trebali ranije i polako informirati dijete o bolnici i boravku u bolnicu. Cilj je objasniti mu razloge odlaska u bolnicu te koliko dugo bi mogao boraviti tamo. Djetetu se ne trebaju davati lažna obećanja u vezi duljine boravka u bolnici, zbog toga što ono u slučaju duljeg boravka u bolnici može izgubiti povjerenje u roditelje i medicinsko osoblje, a što sa sobom povlači negativnu reakciju na prilagodbu u bolnici. Preporučuju se što detaljniji opisi bolnice, soba u kojima će boraviti, medicinskog osoblja koje će se brinuti za njega. Ako će dijete prolaziti kroz bolne postupke terapije, potrebno je iskreno ga informirati o tome. Dijete će lakše podnijeti očekivane postupke, nego one koji su mu nepoznati i neočekivani. Potrebno je opisati mu intenzitet boli, jer će ga neočekivani i veći intenzitet boli više boljeti nego što boli kada je takva bol očekivana. Kada se dijete ohrabruje, ono lakše podnosi boravak u bolnici. Potrebno je reći i koliko će ga često roditelji posjećivati i

provoditi vremena s njime. Tuga pri odlasku nakon posjete je prirodna, no daleko manja od one do koje dolazi ako roditelji ne posjećuju ili pak rjeđe posjećuju svoje dijete.

Pehar i Peksin (2015) navode što sve treba reći djetetu prilikom dolaska u bolnicu:

- O bolnici, liječenju, doktorima treba govoriti pozitivno da dijete odlazak u bolnicu ne bi shvatilo kao kaznu ili opasnost.
- Ukratko djetetu objasniti što će se s njim događati tijekom boravka, npr. vađenje krvi, mjerenje temperature, snimanje ultrazvuka i sl.
- Djetetu ne treba govoriti da ga neće ništa boljeti, nego ga treba uvjeriti da mu se želi pomoći, iako će mu nekad biti teško i iako će neki pregledi biti bolni.
- Ne preporučuje se laganje djeci o trajanju boravka u bolnici, jer dijete može izgubiti povjerenje, pa će boravak u bolnici doživjeti kao kaznu i napuštanje.

Ukoliko je odlazak djeteta u bolnicu neplaniran, nije moguće informirati dijete o tome što slijedi i što ga čeka u bolnici. Zbog toga je od velike važnosti djetetu objasniti zašto se tu nalazi. Bitno je saslušati dječje strahove i brige te mu pružati prikladnu utjehu i ohrabriti ga. Nastavnik u dogovoru s roditeljima može pomoći pri pripremanju djeteta na hospitalizaciju, može ga ohrabriti, saslušati njegove strahove, ponuditi mu utjehu i pomoć, odgovoriti na sva pitanja koja dijete ima.

Kako se ponašati dok je dijete u bolnici:

- Dijete treba posjećivati svaki dan, zato što su mu tada roditelji najpotrebniji. Redovite posjete, čak i kratke, bolje su od jednog dana bez posjeta.
- Važno je ne obećavati djetetu ono što se ne može ispuniti jer je u takim okolnostima ono na to još osjetljivije.
- Važno je ne sažalijevati dijete!
- Pohvalite dijete kad god za to ima povoda (prilike) za njegovu hrabrost, izdržljivost i sl.
- Malo dijete često burno reagira na odlazak roditelja. Ponovni dolasci će ga uvjeriti da nije ostavljeno i njegova reakcija će se uskoro promijeniti (Pehar, Peksin, 2015:154-155).

Sve što u bolnici treba činiti roditelj, može činiti i nastavnik ako ima kontakt s djetetom. Ako nastavnik u redovnoj školi ostaje u školi, njegova je uloga dodatno označena time što raditi s ostalom djecom u razredu. Treba li njih pripremiti da NN učenik koji je bolestan neće biti s njima, odgovoriti na dječja pitanja, pitati o njihovim emocijama, podržati kontakt s NN pismima, crtežima, video chatovima, mobilnom komunikacijom, posjetama i slično.

	Nastavnik
Škola	Treba pripremiti ostalu djecu da njihov prijatelj iz razreda odlazi u bolnicu, biti spreman razgovarati s učenicima o tome i pružiti im podršku. Pružiti podršku djetetu koje je u bolnici i njegovim roditeljima kroz savjetodavni razgovor (s njim ili stručnom osobom). Nastavnik poučava ostatak razreda u redovnoj školi i nastavlja odgojno-obrazovni proces. Nastavnik priprema razred za povratak bolesnog učenika ili ukoliko dođe do smrti učenika.
Bolnica	Nastavnik u bolnici pored školskih obaveza može pomoću djetetu da lakše prihvati hospitalizaciju. Nastavnik se individualno prilagođava svakom djetetu, njegovim potrebama, zdravstvenom stanju i mogućnostima, empatijski komunicira, prilagođava mjesto (školska soba/učionica ili bolnički krevet), oblik i vrijeme poučavanja, pomaže u školskim obavezama, ukoliko zna i želi nastavnik može pomoći medicinskom osoblju u zbrinjavanju bolesnog učenika,

3. ZAKONSKI OKVIR: PRAVA HOSPITALIZIRANOG DJETETA I DJETETA S OBOLJENJEM

3.1. UN-ova Konvencija o pravima djeteta

Pravo na najviši standard zdravstvene zaštite djece uređeno je člankom 24. Konvencije UN-a o pravima djeteta. Člankom 24. Konvencije UN-a o pravima djeteta propisana je obveza država stranaka da priznaju djetetu pravo na uživanje najviše moguće razine zdravlja i na olakšice u pogledu ozdravljenja i oporavka. Države stranke nastojat će osigurati da nijednom djetetu ne bude uskraćeno njegovo pravo pristupa zdravstvenim službama.

Član 24. Konvencije UN o pravima djeteta:

„1. Državne stranke priznaju djetetu pravo na uživanje najviše moguće razine zdravlja i na olakšice glede ozdravljenja i oporavka. Države stranke će nastojati osigurati da nijednom djetetu ne bude uskraćeno njegovo pravo pristupa zdravstvenim službama.

2. Države stranke će se zalagati za puno ostvarenje toga prava i osobito poduzimati odgovarajuće mjere:

- a) za smanjenje smrtnosti novorođenčadi i djece;
- b) za pružanja potrebne zdravstvene pomoći i zdravstvene njege svakom djetetu, s težištem na jačanju primarne zdravstvene zaštite;
- c) za suzbijanje bolesti i neishranjenosti u okvirima primarne zdravstvene zaštite primjenom, inter alia, lako dostupne tehnologije te osiguranjem odgovarajuće hranjive prehrane i pročišćene pitke vode, imajući na umu opasnosti i rizike od zagađenosti okoliša;
- d) za osiguranje prenatalne i postnatalne zdravstvene zaštite majki;
- e) za pružanje obavijesti, obrazovanja i potpore u korištenju temeljnih spoznaja o dječjem zdravlju i prehrani, prednostima dojenja, osobnoj higijeni i čistoći okoliša te sprječavanju nezgoda, svim slojevima zajednice, osobito roditeljima i djeci;
- f) za razvoj preventivne zdravstvene zaštite, savjetovališta za roditelje te obrazovanja i službi za planiranje obitelji.

3. Države stranke će poduzeti djelotvorne i odgovarajuće mjere za suzbijanje tradicionalnih postupaka koji štete zdravlju djece.

4. Države stranke se obvezuju da će promicati i podržavati međunarodnu suradnju u cilju postizanja punog ostvarenja prava priznatih u ovom članku. U svezi s tim, osobita pozornost posvetit će se zemljama u razvoju“ (UN, 1989:10).

3.2. Zakon o osnovnom odgoju i obrazovanju Kantona Sarajevo

O pravima učenika tijekom teže i duže bolesti ili hospitalizacije govori i „Zakon o osnovnom odgoju i obrazovanju Kantona Sarajevo“ koji je izašao u Službenim novinama 2017. godine. Član 31. nalaže da se nastava za učenike koji su na dužem liječenju može organizirati u kući ili u zdravstvenoj ustanovi te da učenik ima pravo polagati predmetne ili razredne ispite. Također, ovaj zakon nalaže da se nastava u „Školi u bolnici“ odvija prema nastavnom planu i programu koji donosi ministar, a da se nastavnici koji realiziraju odgojno-obrazovni rad u „Školi u bolnici“ trebaju dodatno stručno usavršavati.

„Član 31. Zakona o osnovnom odgoju i obrazovanju Kantona Sarajevo:

(Nastava u kući, odnosno zdravstvenoj ustanovi)

- (1) Za učenike koji zbog većih motoričkih teškoća, hroničnih i drugih bolesti ne mogu pohađati nastavu u školi, uz odobrenje Ministarstva, organizira se nastava u kući, odnosno zdravstvenoj ustanovi, ako se učenik nalazi na dužem liječenju te im se omogućava polaganje predmetnog ili razrednog ispita.
- (2) Nastava iz stava (1) ovog člana organizira se u stacionarnim uvjetima koje preuzima škola najbliža zdravstvenoj ustanovi, odnosno škola koja ima kapacitete za ovaj vid nastave u kojoj je registrirano područno odjeljenje „Škole u bolnici“.
- (3) Nastava u kući i u područnom odjeljenju „Škole u bolnici“ izvodi se po nastavnom planu i programu koji donosi ministar.
- (4) Za nastavnike koji realiziraju odgojno-obrazovni rad u „Školi u bolnici“ potrebno je osigurati dodatno stručno usavršavanje u skladu s potrebama učenika koji su smješteni u zdravstvenoj ustanovi.
- (5) Nastavnici i stručni saradnici koji izvode nastavu u stacioniranim ustanovama „Škola u bolnici“ ostvaruju pravo na stimulativne mjere, a škole na dodatne materijalne troškove za ovu namjenu, u skladu s materijalnim mogućnostim.
- (6) U stacionarnim ustanovama „Škola u bolnici“ nastavni proces realizira se na osnovu posebnog nastavnog plana koji donosi ministar, pri čemu nastavni čas traje 30 minuta dok dnevno opterećenje za učenike može biti najviše dva sata“ (Zakon o osnovnom odgoju i obrazovanju KS, 2017:36).

3.3. Prava i obrazovne potrebe bolesne djece i adolescenata prema HOPE Povelji

Povelja HOPE-a govori o Pravima i obrazovnim potrebama bolesne djece i adolescenata. Povelja je usvojena na Generalnoj skupštini HOPE, koja se održala u Barceloni 2000. godine. Povelja sadrži deset stavki koji govore o pravima i obrazovnim potrebama djece tijekom liječenja.

1. „Svako bolesno dijete i adolescent ima pravo na obrazovanje u bolnici ili kod kuće, kao i za vrijeme liječenja izvan domovine.
2. Cilj poučavanja bolesne djece i adolescenata je održavanje kontinuiteta u obrazovanju koji će im omogućiti zadržavanje uloge učenika.
3. Škola u bolnici stvara zajednicu djece i adolescenata, čime se normalizira svakodnevni život. Obrazovanje djece i adolescenata u bolnici treba organizirati u obliku nastave u razredu, rada u grupama, individualnog i poučavanja uz krevet.
4. Obrazovanje u bolnici i kod kuće treba biti prilagođeno potrebama i sposobnostima djeteta ili adolescenta u suradnji s matičnom školom.
5. Obrazovno okruženje i sredstva trebaju biti prilagođena potrebama bolesne djece i adolescenata, a upotreba komunikacijskih tehnologija je nužna kako bi se spriječila izoliranost.
6. Treba koristiti različite metode poučavanja i nastavne materijale. Obrazovni sadržaji trebaju obuhvaćati više od obveznog plana i programa uvažavajući posebnosti vezane uz bolest i hospitalizaciju.
7. Učitelji u bolnici i učitelji koji provode nastavu kod kuće moraju biti kvalificirani te se dodatno stručno usavršavati.
8. Učitelji bolesne djece i adolescenata su članovi multidisciplinarnog tima i čine poveznicu između bolesnog djeteta ili adolescenta i matične škole.
9. Roditelje treba informirati o pravu na školovanje i obrazovnom programu njihova bolesna djeteta ili adolescenta te ih uključiti kao aktivne i pouzdane partnere.
10. Treba poštovati osobnost svakog djeteta i adolescenta, uključujući pravo na povjerljivost medicinskih podataka i osobna uvjerenja“ (HOPE, 2000).

3.4. Povelja o pravima djeteta u bolnici

Povelja „Europske udruge za djecu u bolnici“ (EACH - European Association for Children in Hospital). Povelja je usvojena 1988. godine u Leidenu, u Nizozemskoj od strane „Europske udruge za djecu u bolnici“. Sadrži popis prava za svu djecu u vezi njihovog boravka u bolnici, kao i prije te nakon boravka.

„Povelja i objašnjenja imaju se razumjeti u sljedećem kontekstu:

- Sva prava iz Povelje i sve mjere poduzete ili izvedene iz Povelje imaju u prvom redu biti u najboljem interesu djece i poboljšati njihovu dobrobit.
- Prava iz Povelje primjenjuju se na svu bolesnu djecu, bez obzira na bolest ili starosti ili invalidnost, njihovo podrijetlo ili njihove društvene ili kulturne pozadine ili bilo kojeg mogućeg razloga za liječenje ili oblika ili mjesta liječenja, bilo kao bolničkog bilo kao izvanbolničkog pacijenta.
- Povelja je u skladu s odgovarajućim i obvezujućim pravima utvrđenim u Konvenciji UN-a o pravima djeteta i odnosi se na svu djecu u dobi do 18 godina“ (EACH, 1988).

Članak 1

Prema članku 1. Povelje istaknuto je kako djecu treba primiti u bolnicu jedino u slučaju kada im se zahtijevana njega ne bi mogla pružiti u dnevnoj klinici ili kod kuće. Prije no što se dijete primi u bolnicu potrebno je ispitati sve prikladne oblike njege te naći optimalno rješenje. Vrsta njege mora se redovno preispitivati. Djetetov boravak u bolnici se ne smije nepravodobno produžavati. Također, roditeljima trebaju biti pružene sve informacije, pomoć i podrška, ukoliko se dijete liječi kod kuće ili dolazi na tretman u bolnicu.

„Djecu je potrebno primiti u bolnicu samo ukoliko im se njega koju zahtijevaju, ne može jednako dobro pružiti kod kuće ili u dnevnoj klinici.

Prije zaprimanja bolesnog djeteta u bolnicu, trebaju se ispitati svi oblici prikladne njege bilo kod kuće, u dnevnoj klinici ili neki drugi način, da bi se pronašlo najpogodnije rješenje. Prava bolesne djece se trebaju poštivati, bilo da se o njima vodi briga kod kuće ili u bolnici. Trebalo bi redovito preispitivati vrstu njege s obzirom na stanje u kojem se dijete tog trenutka nalazi, tako da se nepotrebno ne produžuje djetetov boravak u bolnici. Roditeljima se trebaju pružiti sve potrebne informacije, pomoć i podrška ukoliko se dijete njeguje kod kuće ili dolazi na tretman u bolnicu“ (EACH, 1988).

Članak 2

U članku 2. Povelje stoji da hospitalizirana djeca imaju pravo tijekom svog boravka u bolnici uz sebe imati roditelja ili osobu koja ga zamjenjuje. U slučaju da roditelji ne mogu ili ne žele iskoristiti to pravo, dijete ima pravo na njegu od strane pogodne zamjenske osobe, pod uvjetom da je dijete kao takvu prihvaća. Djeca imaju pravo da uz njih budu roditelji tijekom noći, pretraga, tretmana, lokalne anestezije, kome, polusvijesti i tijekom postupka oživljavanja.

„Hospitalizirana djeca imaju pravo, tijekom cijelog boravka u bolnici uz sebe imati roditelja ili nekoga tko ga zamjenjuje.

Pravo sve djece, da imaju roditelje uz sebe cijelo vrijeme i bez ograničenja, je važan dio njege djeteta u bolnici. Ako su roditelji u nemogućnosti ili ne žele preuzeti aktivnu ulogu u njezi svog djeteta, dijete ima pravo primiti njegu od strane pogodne zamjenske osobe, koju to dijete kao takvu prihvaća. Pravo djece da imaju uz sebe roditelje svo vrijeme, uključuje sve situacije gdje oni trebaju ili bi možda mogli trebati svoje roditelje npr.:

- tijekom noći, bez obzira hoće li se dijete probuditi ili ne;
- tijekom tretmana i /ili pretraga sa ili bez lokalne anestezije, sa ili bez uspavlivanja;
- tijekom primanja anestezije i odmah nakon buđenja;
- tijekom razdoblja kome ili polusvijesti, te tijekom postupka oživljavanja kada se i roditeljima treba pružiti puna podrška“ (EACH, 1988).

Članak 3

- (1) Svim roditeljima potrebno je ponuditi smještaj, treba ih ohrabriti i pomoći da ostanu uz dijete (EACH, 1988).

Članak 4

Članak 4. naglašava kako i djeca i roditelji imaju pravo biti informirani na odgovarajući način s obzirom na godine i razumijevanje. Informacije trebaju biti jasne i razumljive, a roditelji se mogu uputiti i na izvore dodatnih informacija te odgovarajuće grupe potpore. U 2. stavku istog članka navodi se kako je potrebno smanjiti emocionalni i fizički stres na način da se poduzmu odgovarajuće preventivne mjere, prilagođene individualnim potrebama djeteta.

„(2) Potrebno je poduzeti određene korake da bi se smanjio fizički i emocionalni stres. Da bi se smanjio fizički i emocionalni stres i bol koji djeca doživljavaju, potrebno je poduzeti preventivne mjere, koje trebaju:

- biti prilagođene individualnim potrebama djeteta;

- pružiti informacije i programe da pripreme djecu i roditelje na boravak u bolnici, bilo da je planiran ili hitan;
- pružiti informacije o pripremi prije planiranih zahvata;
- poticati stalan kontakt s roditeljima, braćom i sestrama, prijateljima;
- nuditi igre i aktivnosti pogodne za dob djeteta i razvoj;
- osigurati efikasno suvremeno kontroliranje boli da bi se izbjegla ili smanjila bol prouzročena medicinskim tretmanom, bilo tijekom pretraga, zahvata ili prije- ili postoperativno;
- dati dovoljno duge periode odmora između tretmana;
- pomagati roditeljima čija djeca primaju palijativnu njegu;
- izbjeci osjećaje izoliranosti i bespomoćnosti;
- pokušati izbjeci ili smanjiti situacije i aktivnosti koje dijete opisuje stresnima;
- prepoznati strah ili zabrinutost kod djeteta bilo da ih ono eksplicitno izražava ili ne i djelovati na njih;
- biti svjestan činjenice da dijete može doživjeti izolaciju kao i stanje drugih pacijenata u sobi stresnim i poduzeti prikladne radnje;
- istaknuti postojanje mirnih i prikladno opremljenih prostorija i na taj način dozvoliti djeci i roditeljima mogućnost povlačenja;
- izbjegavati strogost.

Da bi se smanjio neizbježan fizički i emocionalni stres, bol i patnja djeci i roditeljima treba ponuditi:

- načine nošenja s bolnim situacijama ili aktivnostima koje se doživljavaju kao negativne;
- podršku roditeljima kao i mjere koje osiguravaju njihovu zaštitu od prevelikog napora dok njeguju svoje dijete;
- kontakt sa socijalnom službom, psiholozima;
- kontakt ukoliko ga zatraže s vjerskim predstavnicima, grupama za samopomoć, grupama za pomoć pacijentima i roditeljima i kulturnim grupama“ (EACH, 1988).

Članak 7

Članak 7. određuje mogućnost za igru, rekreaciju i obrazovanje koje je prikladno za njihovu dob i stanje. Okruženje se treba prilagoditi raznim dobnim skupinama, a ne biti fokusirano samo na određenu dobnu skupinu te osigurati potrebne materijale za edukativnu igru.

„Djeca će imati punu mogućnost za igru, rekreaciju i obrazovanje prikladnu za njihovu dob i stanje i biti će u okruženju koje je dizajnirano, namješteno, opremljeno i s osobljem u cilju zadovoljavanja njihovih potreba.

Djeca imaju pravo na okruženje koje će zadovoljavati potrebe djece svih godina i situacija gdje god se u bolnici skrbili za njih. Ovo se odnosi i na prostorije ili druga područja gdje se djeca liječe ili obavljaju pretrage.

Široke mogućnosti za igru, rekreaciju i obrazovanje trebaju:

- biti dostupne u obliku prikladnih igraćih materijala;
- osigurati odgovarajuća razdoblja za igru sedam dana u tjednu;
- biti prilagođene sposobnostima svih dobnih skupina na odjelu;
- inspirirati kreativne aktivnosti kod sve djece;
- dozvoliti nastavak obrazovanja od nivoa edukacije koji je već postignut.

Dostatno i kvalificirano osoblje treba biti dostupno da bi zadovoljilo potrebe djece za igrom, rekreacijom i obrazovanjem bez obzira na dob i zdravstveno stanje djece. Svo osoblje koje je u kontaktu s djecom treba imati razumijevanje potreba djece za igrom i rekreacijom. Arhitektura i unutrašnji dizajn takvog interijera treba objediniti oblike za sve dobne skupine i vrste oboljenja koja se liječe na odjelu. Okruženje se treba moći prilagoditi raznim dobnim skupinama, a ne se fokusirati samo na određenu dobnu skupinu“ (EACH, 1988).

Članak 8

Članak. 8. ističe kako će dijete biti njegovano od strane osoblja čija izobrazba i vještine omogućuju da se odgovori na emocionalne i razvojne potrebe djece i obitelji. Osoblje treba biti educirano za sve aspekte rada s djecom, pa čak i izobrazbu za slučaj smrti bliske osobe. Bitno je i da se informacije koje se odnose na smrt djeteta trebaju davati suosjećajno, osjetljivo, nasamo i osobno.

„Djecu će njegovati osoblje čija im izobrazba i vještine omogućuju da odgovore na fizičke, emocionalne i razvojne potrebe djece i obitelji.

Od osoblja koje njeguje bolesnu djecu zahtjeva se posebna profesionalna izobrazba, vještine i osjetljivost. Samo na temelju ovih kvalifikacija oni mogu izaći u susret posebnim potrebama djece i njihovih roditelja. Sve bolnice i drugi pružatelji zdravstvene skrbi koji primaju djecu bi trebali osigurati da djecu pregledava, liječi i njeguje osoblje s posebnim pedijatrijskim obrazovanjem, znanjem i iskustvom. Ako dijete treba liječiti ne-pedijatrijsko osoblje, takvo liječenje se smije provesti samo u suradnji s osobljem posebno obučenim i kvalificiranim za njegu djece.

Sposobnost i osjetljivost osoblja će se održavati na visokom nivou pravilnim vježbama i stalnim obrazovanjem. Znati i primijetiti potrebe obitelji je preduvjet za mogućnost davanja podrške

roditeljima u skrbi za njihovo dijete i ukoliko je potrebno organizirati potporu ili alternativnu njegu da se obitelji olakša stres. Kvalificirano osoblje je sposobno prepoznati i reagirati na primjeren način na sve vrste zlostavljanja. Članovi osoblja će davati podršku roditeljima i osobito im pomagati da se nose s kritičnim situacijama koje dijete treba podnijeti. Kad dijete umire ili umre, ono i njegova obitelj trebaju dobiti podršku, njegu i pomoć koja im je potrebna da se s tim nose. Osoblje bi trebalo proći pravilnu izobrazbu za slučaj smrti bliske osobe. Informacije koje se odnose na smrt djeteta treba davati suosjećajno, osjetljivo, nasamo i osobno“ (EACH, 1988).

Kao što da primjetiti, zakonom su određena prava djeteta na pružanje zdravstvene skrbi, na boravak u bolnici, na mogućnost boravka roditelja s djetetom u bolnici, na pravo pohađanje Škole u bolnici, kako dijete ne bi ponavljalo razred, opisano je kakvi obrazovni uvjeti trebaju biti ispunjeni u Školi u bolnici, bolesnom djetetu treba pružiti mogućnost i mjesto za igru i rekreaciju, razvijanje socijalizacije i rad na sebi; a osoblje koje radi s bolesnom djecom treba biti dodatno osposobljeno za ovaj vid rada.

Zakonom o osnovnom odgoju i obrazovanju Kantona Sarajevo je propisano da učenici koji borave u bolnici imaju pravo pohađati Školu u bolnici i da su položeni predmeti u Školi u bolnici ekvivalentni s predmetima u redovnoj nastavi. Ovaj članak se odnosi samo na djecu koja dolaze iz Kantona Sarajevo. Zbog razlike u planu i programu škola na kantonalnoj razini, djeca iz drugih kantona koja se liječe u Kantonu Sarajevo imaju problem s priznavanjem položenih predmeta u Školi u bolnici. Budući da ovaj problem nije riješen zakonom, nastavnici se moraju sami snalaziti s podučavanjem učenika iz drugih kantona.

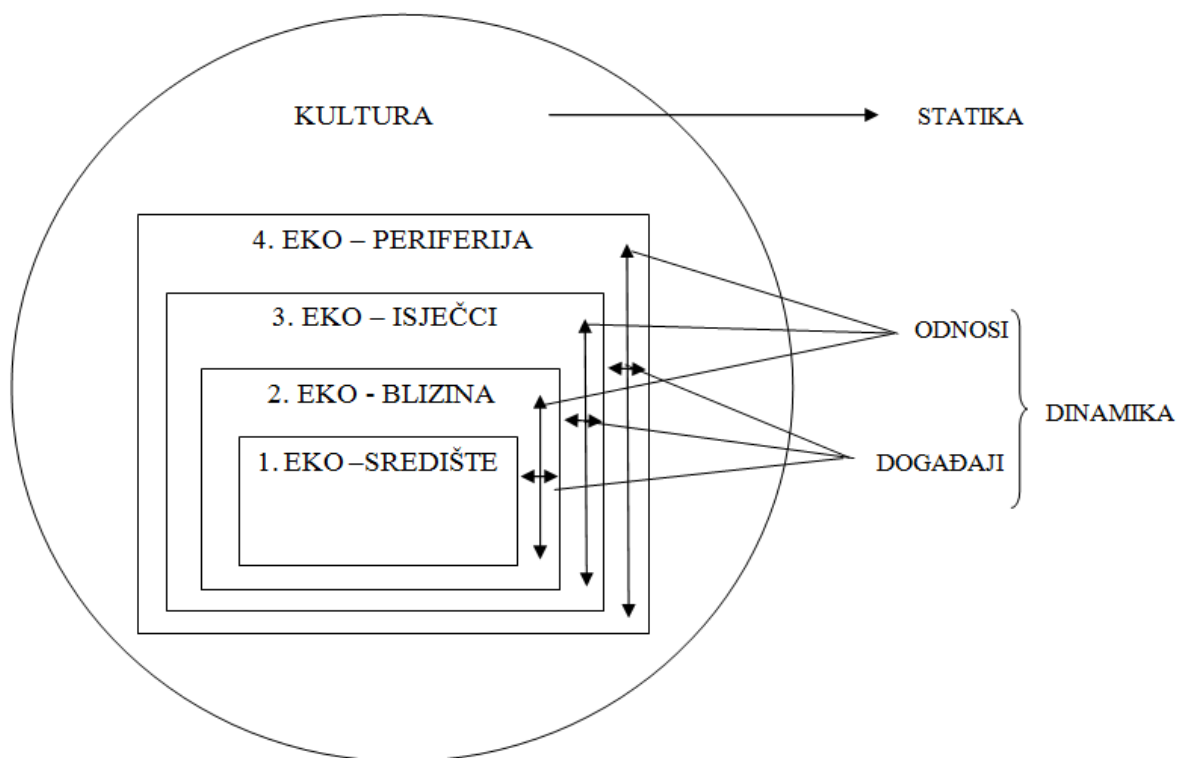
4. EKOLOGIJA RAZVOJA ZDRAVOG I BOLESNOG DJETETA

Bolest je neprijatno iskustvo. Najšire rečeno, iskustvo je vid spoznaje koji se temelji na neposrednoj interakciji čovjeka i svijeta, a koji rezultira čovjekovim odnosom prema objektu o kojem se iskustvo stječe (Potkonjak, Šimleša, 1989:289).

Poređenjem zdrave i kronično bolesne djece došlo se do podataka da su psihosocijalni problemi nešto češći i prisutniji kod bolesne djece. Ovakvo stanje je rezultat nekoliko činjenica:

1. Djeca s kroničnim oboljenjem provode značajan vremenski period izvan kuće.
2. Neophodna hospitalizacija liječi tijelo, ali ugrožava socijalne odnose s braćom i sestrama, roditeljima, vršnjacima, čineći prijateljstvo nemogućim.
3. Restrikcija fizičkih aktivnosti može djelovati obeshrabrujuće na dijete stvarajući specifičnu sliku o sebi („ne mogu“ i „ne smijem“) i tražeći dodatnu odgovornosti prema sebi od djece koja često nisu pripremana na to (Mavrak, 2003:24).

U „Rječniku američkih pojmova“ („The American Heritage Dictionary“, 2nd Ed., str. 437, prema Mavrak, 2002:122) nailazi se na dvojako poimanje ekologije, što je posebno značajno za Bronfenbrennerov koncept: 1. ekologija kao nauka o odnosima između organizama i okoline u kojoj žive i 2. ekologija kao sam odnos između organizama i okoline u kojoj žive. Pojmom ekologija ljudskog razvoja Bronfenbrenner je želio obuhvatiti ne samo ljudski razvoj kao činjenicu mijenjanja jedinke, nego i koncept događaja i odnosa u okolini koji utječu na tu promjenu ništa manje od utjecaja jedinke na mijenjanje okoline. Bronfenbrenner definira razvoj kao trajno mijenjanje načina na koji osoba opaža svoju sredinu i odnosi se prema njoj, a okruženje kao mjesta s određenim fizičkim karakteristikama na kome se učesnici uključuju u određene aktivnosti nalazeći se u određenim ulogama tijekom određenih vremenskih perioda (Mavrak, 2002:122).



Slika 1. *Dinamika i statika eko-pojaseva*, (Mavrak, 2002:123)

Mavrak (2002) u svojoj doktorskoj disertaciji *Kvaliteta komunikacije među agensima socijalizacije u pedagoškom radu sa zdravom i hronično bolesnom djecom* detaljno opisuje i objašnjava dinamiku i statiku eko-pojaseva. Tako navodi da Bronfenbrenner shvaća okruženje kao set struktura koji podsjeća na rusku „Babušku“: svaka od njih se upliće u svaku drugu, te se mogu prikazati koncentriranim krugovima. *Kultura* je najobimnija struktura i prostorno i vremenski. Ona ima najveći broj učesnika u interakciji i najveći broj raznolikih uloga. Svaki pojedinac pripada nekoj kulturi. Ako se posmatra i opisuje, kultura je jedan eko-pojas koji može biti, uvjetno rečeno, shvaćen statično. Kažemo da je statičan eko-pojas, jer ukoliko i kada se drugi pojasevi mijenjaju, njihova promjena ne utječe na promjenu kulture. Ostali eko-pojasevi su dinamični, što znači da se mogu mijenjati ovisno o pojedincu. Kultura se jako teško mijenja, a ukoliko se mijenja to je dugotrajan proces. Životna događanja jednog pojedinca ne mogu utjecati na izmjenu kulture.

Prvi eko-pojas je u središtu. On je najbliži pojedincu. Budući da je najbliži, to označava da pojedinac u njemu provodi najviše vremena. Prvi eko-pojas je neposredni prostor u kojem pojedinac najduže obitava u svakodnevnoj interakciji i komunikaciji s najbližim članovima obitelji. Dakle, prvi eko-pojas čine svi oni prostori u kojima dijete svakodnevno boravi dok je

još maleno, a to je uglavnom obitelj i obiteljski dom.

Drugi eko-pojas je eko-blizina i on je naredni pojas koji je najbliži pojedincu. Čini ga susjedstvo – prostor u kojem pojedinac prvo kroči iz obitelji kao eko-središta. Tu pojedinac uči svoje prve odnose sa svojom širom okolinom. To su sva ona mjesta na kojima se dijete igra i sklapa prijateljstva poput susjedstva i obližnjih parkova. Nakon eko-središta, u eko-blizini pojedinac provodi najviše vremena.

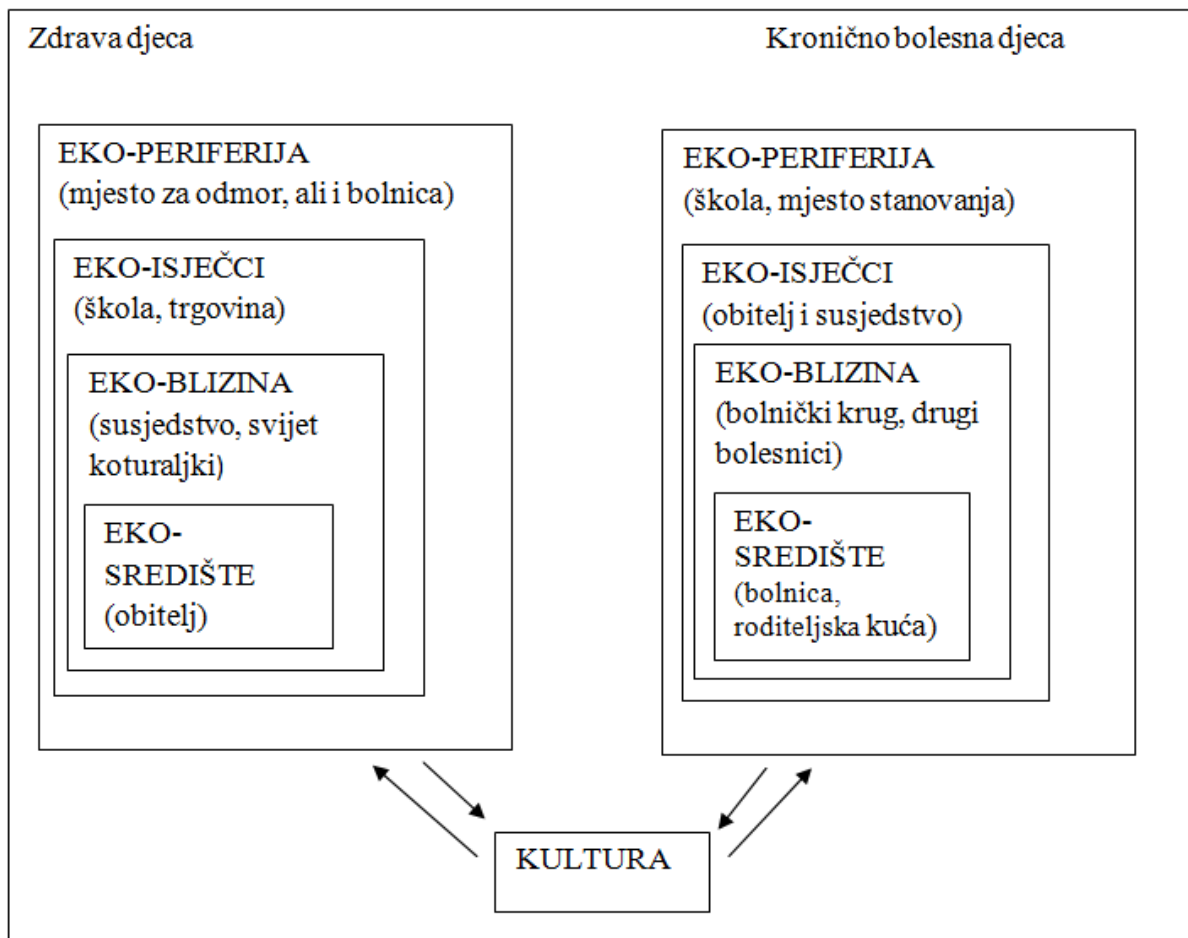
Treći eko-pojas su eko-isječci. To su svi oni prostori koji ne pripadaju samo jedinki, mogu biti dijelom njenog susjedstva, ali mogu biti i fizički udaljeniji. U eko-isječcima pojedinac usvaja određena ponašanja koja mu mogu koristiti (npr. u školu se ide s određenim ciljem, u trgovinu se ide s određenim ciljem, treniranje nekog sporta ili neki hobi također mogu biti eko-isječak itd.).

Četvrti eko-pojas je eko-periferija i to je posljednji eko-pojas. Ovaj eko-pojas je najudaljeniji od pojedinca. Budući da je najudaljeniji, to znači da ga pojedinac najrjeđe posjećuje. To može biti neko mjesto za odmor (planina, more) ili neko mjesto koje pojedinac jako rijetko posjećuje (za zdravu djecu to može biti i bolnica) ili neko mjesto koje je zabranjeno nekim pravilima (nesigurno mjesto poput dijelova šume ili neka ruševna zgrada) (Mavrak, 2002).

Razni odnosi i događaji koji postoje među subjektima unutar i van svakog eko-pojasa za posljedicu imaju dinamika eko-pojaseva. Ako bismo na osnovu ove sheme promišljali o problemima komunikacije i o ekologiji razvoje zdrave i kronično oboljele djece, mogli bismo i uporediti eko-pojaseve tih dvaju skupina. Tako bismo lako mogli uočiti sličnosti i razlike koje postoje u eko-pojasevima zdrave i kronično oboljele djece (Mavrak, 2002).

Kao što je već rečeno, prosječno zdravo dijete živi u okruženju koje nalikuje koncentrično složenim krugovima prikazanim i objašnjenim u prethodnoj shemi. Eko-središte prosječno zdravog djeteta je njegova obitelj i u tom okruženju dijete provodi najviše svoga vremena. Obitelj za njega predstavlja: sigurnost, ljubav, toplinu, razumijevanje, sreću i mjesto gdje dijete pripada i gdje je voljeno. Eko-blizinu prosječno zdravog djeteta čine susjedi i djeca s kojima se svakodnevno igra, susjedstvo koje mu je poznato i prostor u kojem postoje određeni obrasci ponašanje koje dijete s vremenom upoznaje i uči. Škola je eko-isječak. Pohađanje škole ima svoju svrhovitost, tu dijete uči i odrasta i njegova je dužnost ići u školu. Zdravo dijete uočava koja je svrha školovanja – kroz školu uči i odrasta, škola ga priprema za budućnost. Eko-isječak, također, može biti i odlazak u trgovinu. Eko-periferija je mjesto za zabavu i odmor. Za prosječno zdravo dijete eko-periferija može predstavljati putovanje, odlazak na izlet, na planinu ili na more, odlazak u posjet daljnoj obitelji i sl. Također, za prosječno zdravo dijete u eko-

periferiju ubrajamo i bolnicu, mjesto koje je jako udaljeno od svijeta prosječno zdravog djeteta i koje se jako rijetko posjećuje (Mavrak, 2003).



Slika 2. Shema eko-pojaseva zdrave i kronično oboljele djece (Mavrak, 2002:124).

Dinamika eko-pojaseva kod zdravog i bolesnog djeteta je potpuno suprotna. Bolesno, posebno kronično oboljelo dijete, živi u potpuno drugačijem okruženju. Eko-periferija zdravog djeteta, kod bolesnog ili kronično oboljelog djeteta postaje njegove eko-središte: bolnička soba zamjenjuje njegovu dječju sobu u obiteljskom domu. Pored bolničke sobe, eko-središte bolesnoga djeteta može biti i roditeljska kuća, koja pruža smještaj za oboljelu djecu i njihove obitelji. Na taj način se olakšava djetetov boravak u bolnici i umanjuju se sve popratne reakcije koje se javljaju zbog boravka u bolnici, no to još uvijek nije onaj dom iz kojeg dijete potječe. Eko-blizina umjesto susjedstva i mjesta u kojem se dijete svakodnevno igra, kod bolesnog djeteta postaje bolnica i bolnički krug ili druga bolesna djeca i njihovi roditelji u roditeljskoj kući, bolnički hodnici, druge bolničke sobe, ostali pacijenti, bolničko dvorište itd. Obitelj, djetetova primarna zajednica, u njegovoj svijesti i dalje egzistira kao eko-središte, ali u stvarnosti ona postaje eko-isječak. Kod bolesne djece škola postaje eko-periferija, za razliku od

zdrave djece kojima je škola eko-isječak. Razlog tome nije samo činjenica da dijete duži vremenski period ne pohađa školu, nego boravi u bolnici, nego i činjenica da se kod bolesne i kronično bolesne djece ne vidi svrha učenja i školovanja, jer je ta potreba potisnuta primarnom potrebom, a to je da dijete preživi hospitalizaciju. Obično je roditelj spreman tražiti poseban tretman za svoje bolesno dijete, a to onda produbljuje diskriminaciju i osjećaj manjka samopouzdanja kod djeteta (Mavrak, 2002).

Pri povratku iz bolnice, kronično oboljelo dijete se treba vratiti u svakodnevicu, koja više nije ista. Čak iako je fizički prostor ostao potpuno isti, subjekti u njemu se mijenjaju, njihov međusobni utjecaj se mijenja kao i stav i odnos prema samom djetetu koje je bolesno. Bolest je utjecala i promjenila i samo dijete, pa ni ono više nije isto kao prije. Pri povratku iz bolnice, eko-središte više nije bolnica, nego je to ponovno djetetova obitelj. Svi odnosi u djetetovom okruženju se mijenjaju, kako u njegovoj obitelji, tako i u ostalim eko-pojasevima: u školi, susjedstvu, odnosi s drugom djecom itd. Stoga je djetetu potrebno vremena da se vrati u svoj „prijasnji život“ i svakodnevicu (Mavrak, 2002).

Hardman, Drew, Egan i Wolfova (1990, prema Mavrak, 2002) govore o pet različitih faktora koji utječu na kronično oboljelo dijete i njegovu funkcionalnost:

1. Ozbiljnost bolesti i fizička kondicija oboljelog,
2. Uzrast na kome s bolest javila,
3. Podrška članova obitelji i prijatelja,
4. Kvaliteta medicinskog tretmana
5. Period stanja i prognoza (da li se stanje pogoršava ili ostaje isto).

U ovim je elementima škola bitan faktor tamo gdje potrebno obezbijediti prijateljsku podršku. Nastavnici/učitelji u redovnoj školi i školi u bolnici, pedagog i psiholog škole mogu obitelji, prijateljima i učenicima pružiti razne oblike podrške kroz individualne ili grupne razgovore, savjetodavne razgovore, razgovore sa stručnim osobama, mogu upoznati međusobno obitelji koje prolaze kroz iste ili slične situacije, mogu pružiti određenu vrstu pomoći ukoliko je roditelji traže. Škola (nastavnici i učenici) može održavati kontakt s bolesnim učenikom i tako pokazati da ga nisu zaboravili i ostavili, te da su mu podrška tijekom hospitalizacije i liječenja, učenici mu mogu pisati pisma, slati crteže, komunicirati s njime putem mobilnih telefona ili mu otići u posjetu (ukoliko to zdravstveno stanje bolesnog učenika dozvoljava). Ukoliko je potreban novac za liječenje, a roditelji ga nemaju, škola u suradnji s učenicima i roditeljima može organizirati humanitarni bazar, a prikupljeni novac dati učeniku za liječenje. Bitno je da roditelji

i bolesni učenik znaju da nisu zaboravljeni i ostavljeni, te da se mogu obratiti školi ukoliko imaju potrebu.

4.1. Dinamika eko-isječka škola: nastavnik i empatijsko komuniciranje

Komunikacija među ljudima, bilo verbalna (putem govora), bilo neverbalna (putem izraza lica, mimike, gesti i sl.) je najznačajnija za uspostavljanje odnosa među ljudima. Komunikacijom se mogu postići slaganje među ljudima, ali i prouzročiti svađe i razdore, tj. uvjetovati dobre ili loše međuljudske odnose. Komunikacija među ljudima ima posebno veliku važnost u situacijama kada čovjek traži pomoć od drugoga – to je upravo slučaj kod bolesnika koji se obraćaju za pomoć zdravstvenim djelatnicima.

Potrebno je pridonijeti boljoj komunikaciji između nastavnika i djece/učenika kako u redovnoj školi tako i u školi u bolnici. Jedan od načina da se to postigne je razvijanjem empatijskog komuniciranja između nastavnika i učenika.

Prema Bratanić (1990), empatijsko komuniciranje je jedan od stupnjeva interakcijske povezanosti u komunikaciji. Empatijsko komuniciranje podrazumijeva uživljavanje u drugoga i prilagođavanje komunikacije onima s kojima komuniciramo.

Postoji pet uvjeta za empatijsko komuniciranje i dijalog:

1. Komunicirati s malim brojem osoba.
2. Dobro poznavati osobe s kojima se komunicira.
3. Biti osjetljiv na ljudsko ponašanje.
4. Imati razvijenu empatiju.
5. Biti motiviran za uzajamnu povezanost (Bratanić, 1990:99).

Svaki je nastavnik pozvan empatijski komunicirati, ali u svim uvjetima ne postoji ista mogućnost da se ovo u cijelosti primjenjuje. Nastavnik u školi u bolnici, međutim, ima preduvjete za ovu vrstu komunikacije. Nastavnik u redovnoj nastavi ne može komunicirati samo s malim brojem osoba jer razred sačinjava veći broj učenika što onemogućava individualni rad, otežava komunikaciju, a zbog brojnosti učenika u razredu, nastavnik ih ne može sve dobro poznavati. Za razliku od redovne škole, u školi u bolnici je moguće empatijski komunicirati. Moguće je komunicirati s manjim brojem osobama i dobro poznavati osobe s

kojima se komunicira. Nastavnik može biti osjetljiv na ljudsko ponašanje i na situaciju (zdravstveno stanje) u kojoj se učenik nalazi, te imati razvijenu empatiju prema njemu. Bitno je poznavati povijest bolesti učenika. Trebamo znati da je mali bolesnik posebno osjetljiv zbog svoje bolesti i zbog boravka u bolnici, te u skladu s tim u komunikaciji biti strpljiv, topao, otvoren, pružiti podršku i razumijevanje. U ovakvim uvjetima komunikacijama između nastavnika i učenika je puno kvalitetnija nego u redovnoj nastavi.

Mavrak (2003) navodi sljedeće upute za komunikaciju s bolesnim djetetom:

- Obraćati se djetetu blažim tonom.
- Nagovijestiti mu da ćemo ga pitati.
- Pokazati bitne stavke u lekciji koje mora naučiti.
- Dozvoliti mu da izađe iz razreda po potrebi.
- Automatski pravdati izostanke.
- Posebno obilježiti njegov rođendan, ali ne i ostale rođendane u odjeljenju.
- Od ostale djece tražiti razumijevanje i zaštitu učenika od zadirkivanja.

„Saznavši dijagnozu, nastavnik vrši određenu procjenu novonastale situacije. Na osnovu informacija nastavnik stvara konstrukt o bolesnom učeniku i u skladu s tim konstruktom se ponaša. Prvobitno stvoreni konstrukt se može mijenjati u zavisnosti od nastavnikove komunikacije s roditeljima, liječnicima, samim djetetom ili literaturom koja može pomoći da se bolest bolje razumije“ (Mavrak, 2003:40).

5. BASIC PH I TEHNIKA ŠARANJA: CRTEŽI I PRIČE U NASTAVNOM RADU

Djeca i odrasli često nisu u stanju verbalizirati svoja osjećanja i misli. Stoga nam je za nesmetanu komunikaciju potreban indirektan kontakt. Crtež može biti jedan vid indirektnog kontakta. Svatko od nas drugačije vidi i doživljava svijet koji nas okružuje. Što bolje poznajemo osobu, možemo ostvariti bolju komunikaciju. Pomoću analize crteža, pismenih sastava ili omiljenih priča koje osoba bira, možemo stvoriti potpuniju sliku o odnosu pojedinca prema samome sebi i prema svijetu u kojem živi. Komunikacija s djecom ili odraslima nije uvijek jednostavna. Odrasli i djeca različito shvaćaju i vide svijet i ono što ih okružuje. Odrasli često zaboravljaju kako je to biti dijete, razmišljati kao dijete i doživljavati svijet kao dijete. Iz toga razloga im je često teško spustiti se na dječju razinu, razumjeti ih i s njima verbalno komunicirati (Mavrak, 2002).

Komunikacija i razumijevanje su otežani čak i kada je dijete zdravo i u svom prirodnom okruženju (obitelji), a dodatno se otežava kada se dijete razboli i svoje prirodno okruženje zamijeni bolničkim okruženjem. Uslijed tih događaja javlja se sve veća distanca na relaciji odrasli-dijete. Ona se može smanjiti indirektnim kontaktom koji se može upriličiti pomoću crteža, lutke, muzike, priče, igranja uloga i sl. Kroz ovakav odnos i komunikaciji, dijete se postepeno otvara i stvara se bliskiji odnos između nastavnika i djeteta (Mavrak, 2002).

Posebno je teško razgovarati o emocijama. Čak i odrasli, koji imaju daleko bogatiji i razvijeniji vokabular u odnosu na djecu, ne znaju uvijek verbalizirati svoje misli i osjećaje. U radu s djecom je otežavajuće to što djeca nemaju dovoljno bogat vokabular i ne znaju objasniti i verbalizirati jednostavnije i konkretnije dijelove stvarnosti, a kamoli svoje emocije. „Kod bolesne djece, dodatni ometajući faktor je sama činjenica kronične, dugotrajne bolesti: postoji cijeli niz stvari koje se *moraju* trpjeti i obaviti i uraditi, a preživjeti sva ta 'moranja' može se samo potiskivanjem. Djeca mjesecima potiskuju sve ono što osjećaju, potom s vremenom počnu potiskivati i sve ono što ne bi trebalo potiskivati. U pozadini njihove školske dekoncentriranosti koja uslijedi nakon bolesti ili njihovog siromašnog verbalnog izražavanja često leži emocionalna frigidnost, 'zaleđenost' koja zatvara vrata svemu što se može povrijediti. Bolesna djeca znaju šta znači 'imati, pa nemati' (ovdje se misli na zdravlje) i često nesvjesno sebe uskraćuju za različita 'imanja' kako bi preduprijedili novi gubitak. To, svakako, utječe na kvalitet njihovog života, ma koliko dug on bio“ (Mavrak, 2002:252).

Nastavnik ima potrebu smanjiti distancu i poboljšati komunikaciju. Ukoliko zna kako dijete razumije i osjeća svijet oko sebe, lakše će poučavati. No, pitanje je razumije li nastavnik sebe. Nastavnik prvo treba znati prepoznati svoje potrebe, misli i osjećaje. U tome saznavanju i upoznavanju sebe, te u komunikaciji sa sobom može pomoći teorija suočavanja, šaranje i crtež. Kada nastavnik bolje upozna sebe i svoje potrebe, ostvarivat će bolji odnos i komunikaciju s učenicima, a samim time će se smanjivati distanca.

5.1. Basic Ph i suočavanje (coping)

COPING je pokušaj prevladavanja teškoća snagom koja je ravna stresu. To je susret u kojem ljudi posežu za unutrašnjim resursima da bi odgovorili na problem. Lazarus (1981, prema Đapić, 1997:35) definira „coping kao napor da se upravlja spoljašnjim i unutrašnjim zahtjevima i konfliktima među njima“. Coping mehanizme moguće je odrediti postavljanjem direktnih pitanja i opserviranjem. Postoji više tipova ovih mehanizama zavisno od toga koji smo klasifikacijski sistem prihvatili. Dunham (1982, prema Đapić, 1997) razlikuje četiri bazična tipa resursa: personalni, interpersonalni, organizacijski i komunalni od kojih svaki ima specifične implikacije u odnosu na individualne coping profile. Personalni coping resursi uključuju radne strategije, pozitivne stavove, izvanredne aktivnosti, sve pozitivno što individua radi ili misli o sebi (uključujući stvaranje radnih planova, odmor, posremanje kuće i sl) a u cilju je redukcije stresa. Interpersonalni resursi uključuju dobivanje podrške od prijatelja ili obitelji, uživanje u socijalnom životu, diskutiranje o problemima i slično. Organizacijski izvori su rjeđe dostupni, ali ništa manje važni i odnose se na pomoć pri uklapanje u sistem kolektiva, obuku i profesionalnu podršku. Komunalni resursi se odnose na ono što zajednica može da ponudi u smislu aktivnosti van radnog kolektiva i koje interese može da razvije (Đapić i sur., 1997:35-36). Nastavni rad je moguće obogatiti i učiniti ugodnijim ako nastavnik osvijesti svoje i učenikove mehanizme copinga.

Basic Ph teorija izraelskog psihologa Moolija Lahad je priča o izvorima čovjekove unutarnje snage koja pomaže pojedincu u teškim i jako stresnim životnim situacijama. Ovaj model se posebno mnogo koristi u Izraelskoj psihološkoj školi, u Univerzitetu u Haifi i u Centru za prevenciju mentalnog zdravlja u Kiriat Shamona u Izraelu. „Ovaj model se koristi u radu s djecom i odraslima koji su prošli kroz teške životne situacije. Model je primjenjiv ne samo u

psihoterapiji i intervenciji nakon narušene bio-psihološke ravnoteže, nego i u procesu spoznaje i samospoznaje o tome kako svatko od nas doživljava svijet u kojem živi“ (Mavrak, 2002:244). Svaki pojedinac različito doživljava i shvaća svakodnevni svijet u kojem živimo. Lahadovim multidimenzionalnim modelom se može ispitati upravo taj pojedinačev način shvaćanja svijeta koji nas okružuje.

Obrambeni mehanizmi i načini nošenja s poteškoćama se mogu svrstati u različite tipove. Naglašava se značaj jedne dimenzije u personalnom sklopu ličnosti koja se bori sa životnom zbilju, u ovisnosti od ključnog stajališta različitih psiholoških škola. Postoje brojni pokušaji opisa čovjekovog psihičkog života, koji imaju odrednice različitih stajališta, te brojne prednosti i nedostatke pošto je čovjekov psihički život složeniji i nije ga moguće svesti samo na jednu ili dvije dimenzije. Originalni naziv Mooli Lahadovog modela je nastao kroz igru riječi i početnih slova. Svako slovo u modelu BASIC PH ili MASIV F ima svoje značenje u teoriji jedne psihološke škole, a u osobnom svijetu pojedinca znači jedan kanal kojim čovjek susreće svijet i suočava se sa stresom. „Dok je kognitivna škola Piageta, Brenera i Kellya podcrtavala da učenje rezultira prestrukturacijom stvarnosti, pa je u mišljenju (M) snaga koja čovjeku omogućava opstanak, Freud je isticao da afektivni izljevi (A) i sposobnost čovjeka da strukturira emocije može pomoći. Freudovi učenici, Erikson i Adler, naglasili su važnost društvenih procesa i socijalnih uloga (S) koje pojedinac ima u društvu kao determinantu njegova odnosa prema svijetu, a Jung je ovaj niz upotpunio isticanjem imaginacije i intuicije (I) kao osnovnih psiholoških procesa koji čovjeku omogućavaju opstanak. Maslow je nizu dodao sistem vjerovanja (V) i vrijednosti koje čine životnu filozofiju pojedinca i u svjetlu svoje teorije potreba smatrao je da je ovaj sistem vjerovanja i čovjekova sposobnost da se založi za svoja uvjerenja ono što mu omogućava samoaktualiziran opstanak. Konačno, čovjek nije čovjek bez svoga fizičko-fiziološkog funkcioniranja (F). Posljednji, ali ne manje važan je kanal F definiran kroz Pavlovljevu teoriju uslovljavanja, a objedinjuje sve one radnje koje se odnose na jelo, piće, fizičku aktivnost i slične užitke koji mogu čovjeku pomoći da izdrži teške trenutke“ (Mavrak, 2002:244).

„To je multidimenzionalni model čovjekovog suočavanja, odnošenja prema stvarnosti. Definiran je kompozicijom teorijskog saznanja i dugog praktičnog iskustva o stresnoj životnoj zbilji. Taj bi teorijski model mogao biti označen kao (Ma)ksimalno (SI)stematican (V)rijedan i (F)unkcionalan. Njegov originalni naziv je *Basic PH* (koji može značiti 'bazična filozofija'), a njegov prijevod najbliži našem jeziku bi bio MASIV F (koji ima značenje masivnosti i postojanosti, pa time i bazičnosti)“ (Mavrak, 2002: 243).

Drugim riječima, mi smo svi različiti i svakome od nas pomaže nešto drugo u rješavanju problema i svatko od nas se drugačije nosi s problemima i stresnim situacijama. Na primjer: netko se bavi trčanjem ili fizičkim radom, čišćenjem i pospremanjem (F), netko stukturira misli i pravi listu prioriteta (M), netko razgovara s prijateljem, a netko se zatvori u svoju sobu i plače da ga nitko ne vidi (A), nekome pomaže spoznaja da je posao koji radi veoma važan i da on ima važnu ulogu u svome poslu (S), netko svira, sluša muziku, piše pjesme ili pogleda neki film (I), dok netko nadu i utjehu i snagu traži u vjeri (V) (Mavrak, 2002). U ovome se radu pitamo o nastavničkim strategijama copinga kao o početnom koraku u razumijevanju dječjih coping strategija.

Obilježje Lahadovog pristupa je da nastoji dovesti u vezu svih šest dimenzija koje određuju coping stil svakoga pojedinca:

- ❖ **Belief** – vjerovanje i vrijednosti,
- ❖ **Affections** – emocionalna dimenzija,
- ❖ **Social** – socijalna dimenzija,
- ❖ **Imagination** – imaginativna dimenzija
- ❖ **Cognition** – mišljenje, kognitivna dimenzija,
- ❖ **Physical** – fiziološka i fizička dimenzija.

Teorija je nazvana BASIC – Ph. Radi se o multidimenzionalnom pristupu koji u jedinstvenom coping stilu svake osobe prepoznaje kombinaciju svih ovih elemenata (Đapčić i sur., 1997:36).

Neki od ovih načina reagiranja na stres i teške životne situacije su prirodene čovjeku, ali većina ovih reakcije se uči tijekom života. Ako pojedinac uvidi da je jedan oblik ponašanja u stresnim situacija nefunkcionalan, onda on odustaje od njega i traži neki drugi oblik koji će mu pomoći da prebrodi teške situacije. Nekada, ipak, nismo u prilici prepoznati taj drugi oblik. Razlog tome je nekada čovjekova nezrelost (kao u slučaju djece), izoliranost (u slučaju bolesti) ili zbog čovjekove pretjerane naviknutosti na jedan oblik ponašanja (rigidnost u slučaju odraslih). Produkt nemogućnosti pronalaženja drugog alternativnog oblika za suočavanje je uvijek isti: osjećaj neravnoteže i napetosti. Kao odrasli sudionik nastavnog procesa, nastavnik snosi veliku odgovornost za samospoznaju kako bi mogao voditi djecu ka odrastanju. U slučaju nastavnika u školi u bolnici onda je samospoznaja još važnija zbog delikatnih uvjeta u kojima se radi s djecom. Stoga držimo važnim ispitati ima li razlike u strategijama copinga nastavnika u redovnoj školi i školi u bolnici. Ovo je bitan dio ponašanja svakog nastavnika i preteča sposobnosti prilagodbe nastavnih sadržaja za rad s djecom.

Očigledno je da ljudi reagiraju kroz više ovih kanala i da svatko ima potencijal da se nosi sa stresom putem svih šest kanala, te da svaka osoba razvija vlastitu specijalnu konfiguraciju. Svatko od nas u različitim vremenskim periodima razvija odgovarajući kanal ili kanale copinga koje će ekstenzivno koristiti. Postoje različiti coping stilovi koji ovise od toga koji se ponašajni stil preferira. Tako postoje coping stilovi koji preferiraju kognitivno-ponašajni stil. Kognitivne strategije uključuju prikupljanje informacija, rješavanje problema, samousmjeravanje, unutrašnju komunikaciju ili formiranje liste aktivnosti ili preferencije. Drugi tip će preferirati emocionalni ili „afektivni“ coping stil i koristit će emocionalnu ekspresiju: plač, smijeh, razgovor s drugom osobom o vlastitim iskustvima ili će se neverbalno izraziti putem crtanja, čitanja ili pisanja. Treći tip će biti sklon socijalnom stilu copinga i primanju podrške putem pripadanj grupi, dobivanjem zadataka, preuzimanjem uloga i uključivanjem u organizaciju. Četvrti će koristiti imaginaciji, bilo da bi maskirao brutalne činjenice posezanjem za sanjarenjem, prijatnim mislima ili odvrćanjem pažnje upotrebom vođene fantazije; bilo da bi pokušao ili zamislio dodatna rješenja problema koji nadilaze stvarnu situaciju, odnosno pokušao improvizirati. Peti tip će se u situaciji krize osloniti na vjerovanja i vrijednosti. Ne misli se samo na religijska vjerovanja, nego i na političke stavove ili osjećanje misije (značenja), potrebu za samoostvarenjem i snažnom ekspresijom vlastitog „selfa“. „Ph“ tip su ljudi koji uglavnom reagiraju i nose se s krizom fizičkom ekspresijom i tjelesnim kretnjama. Njihove metode nošenja sa stresom su relaksacije, desenzitizacije, fizička vježba i aktivnosti. Trošenje energije je važna komponenta mnogih stilova copinga (Đapić i sur., 1997:36-37).

Dakle, svaki pojedinac različito reagira na stres i na stresne događaje. Netko se sa stresom nosi kroz svoja vjerovanja, kroz fizički rad, zatvaranje u sebe ili druženje. Bitno je znati prepoznati da je osoba pod stresom kao i kroz koji kanal pojedinac najviše djeluje. Važno je znati pomoći osobi da ne koristi samo jedan kanal i pomoći joj da se lakše nosi sa stresom pokazujući joj druge kanale, odnosno načine. Nastavnik koji uoči svoju osobnu jednadžbu copinga savladava tehniku uočavanja dječje jednadžbe copinga. Ovo saznanje o tome kako nastavnik i dijete susreću može uvelike olakšati nastavni proces i učenje.

U ovome radu djeca nisu mogla ući u ranije predviđeni uzorak, pa smo se koncentrirali na istraživanje realno dostupnog: copinga nastavnika u dva konteksta eko-isječka: škola i škola u bolnici.

5.2. Nastavnik i (dječji) crtež kao ekspresivna tehnika.

Zanimanje za crtež se javlja tek krajem 19. stoljeća i postaje bitno sredstvo za upoznavanje pojedinca. Psihologija dublje proučava specifičnosti dječjeg razvoja i dječje potrebe za slobodnim izražavanjem. Do tada, likovno obrazovanje se temeljilo samo na vjernom prenošenju zadanog motiva na papir. U 20. stoljeću dječje likovno izražavanje postaje jedna od važnih tema psihologije djetinjstva i mladosti. Ovo se stoljeće naziva i „stoljećem djeteta“ jer se sva važnost pridaje djetetu i njegovom psihofizičkom i likovnom razvoju. Crtanje se može definirati kao jedan od oblika dječje aktivnosti u kojoj se otkriva djetetov razvoj, sposobnost opažanja, njegove kognitivne značajke, interesi te cjelokupna osobnost. Pomoću crteža se može spoznati o dječjem iskustvu i o unutrašnjem stanju. Djeca su po prirodi spontana i emotivna, a vizualno-likovno sazrijevanje je postupno. Dječji likovni izraz je plod dječjih psihičkih mogućnosti i poticaja iz njegove okoline (Vuletić i sur, 2017:172).

Ako pravilno koristimo crteže, oni nam mogu pružiti osnovne informacije o jednoj ličnosti. Kada se crteži koriste da izazovu takav odnos u kojem npr. voditelj i dijete nešto uzajamno dijele, postiže se harmoničan odnos i dijete može biti sposobno da u svojim crtežima pronađe lična značenja kakva su unutrašnje potrebe, sukobi i emocije. Crteži su, također, sredstvo za rad s djecom koja se ne izražavaju verbalno, povučenom djecom i djecom koja imaju neprijateljski ili stav otpora, jer umjetnost postaje siguran „ventil“ za izražavanje misli i osjećanja. Crteže možemo koristiti i u radu s djecom ili odraslima koji su doživjeli neku traumu o kojoj ne govore (Đapić i sur., 1997:71).

„Upotreba crteža u odgojnoj komunikaciji s djecom ima svoje vrijedno mjesto. Crtež ispunjava nekoliko funkcionalnih zahtjeva pedagoškoga rada:

1. Olakšava spoznaju o detaljima događaja ili nekog iskustva o kome dijete teško može govoriti,
2. Aktivira perceptivni kanal koji omogućava shvaćanje na nivou konkretnog mišljenja (dijete kroz crtež vizualizira ono što osjeća i može lakše o tome govoriti, jer osjećanje postaje očigledno),
3. Otvara mogućnost razgovora o sadržaju koji je doveo ili dovodi do određene emocije, pa tako i prorada same emocije postaje moguća“ (Mavrak, 2002:251).

„Crtež u sebi sadrži konkretne i projektivne elemente koji se mogu analizirati i na taj se način može zaključivati o neurološkoj maturaciji i motornom statusu kao i strukturi unutarnjem emocionalnog aspekta osobe, konflikata i transformacijskih mogućnosti, umanjujući ulogu verbalne eksploracije problema, koja je, naročito kod djeteta, nepotpuna ili onemogućena. Boja nam otkriva djetetov emocionalni život, linije i oblici razumski dio ličnosti, a kompozicija tih elemenata na podlozi utjecaj okoline. Ovi elementi promatraju se na razini simboličkog značenja, odnosno metaforičkih slika koje predstavljaju objekte, osjećaje, iskustva, akciju i ideje. Promjena u tim vizuelnim metaforama može se odraziti kroz kreativni proces i na promjenu u samoj osobi, njezinim osjećajima i ponašanju“ (Miholić i sur. 2013: 75).

5.3. Tehnika šaranja

Poseban izazov u pedagoškom radu s kronično oboljelim djecom je „Tehnika šaranja“. M. Naumburg je 1966. godine prvi koristio slobodno crtanje (šaranja) kao terapijsko sredstvo. Slobodno crtanje najviše pomaže kada je dijete ili odrasla osoba previše zabrinuta zbog ishoda svoga crtanja. To je tehnika pedagoškog rada kao postupak koji pomaže da se besmisao pretoči u smisao. Osim toga u šaranju je uvijek prisutna ona spontanost koju u samom djetinjstvu definiramo kao „iskren i neposredan izraz“. (Đapić, 1997).

Sušтина ove tehnike je jednostavna. Djetetu ili odrasloj osobi se daje prazan papir i olovka uz uputu: „Stavi olovku na papir i zatvori oči. Ako oči ne možeš držati zatvorene, gledaj gore ili bilo gdje osim u papir. Polako diši. Opusti se. Sada lagano počni šetati olovkom po papiru. Cijeli papir je tvoj i nemaš nikakvu namjeru da bilo šta nacrtáš. Neka olovka šeta i šeta. Opusti ruku i neka ruka sama švrlja po papiru što god ona želi. Imaš veliki papir ispred sebe i na njemu puno prostora za šaranja. Slobodno se opusti i prepusti ruci da ona crta što god želi. Nemaš se čega bojati, jer ne možeš pogriješiti. Kada osjetiš da si se umorio od šaranja, možemo se lagano zaustaviti. Sada možeš otvoriti oči i pogledati svoj crtež i ono što si šarao. Sada možemo zajedno pogledati tvoj rad. Ima li nešto zanimljivo na tvome papiru? Možeš li prepoznati neki oblik? Kakav ti osjećaj izaziva to što si našarao ispred sebe? Ako prepoznaješ neki oblik, neku osobu, životinju, biljku ili neki znak na svom radu, uzmi drugu olovku i označi to što vidiš. Kako izgleda to što si označio? Tko je to? Što ono radi? Možeš li mi ispričati priču o tome obliku/osobi/životinji/predmetu koji si označio? Što mu se desilo? Kakav cilj ima taj tvoj lik i

kako će ga ostvariti? Može li netko ili nešto pomoći da se taj cilj ostvari? Što se ne kraju dogodi s tim likom?“ Verbalna komunikacija i upute pomažu da se smanji tjeskoba i olakša sam proces crtanja.

M. L. Von Franz, istraživajući razne bajke i priče, otkrila je da su ovih šest elemenata uvijek zastupljeni u bajkama širom svijeta. Von Franz kaže kako su bajke najčešće i najjednostavnije ekspresije kolektivnih nesvjesnih psihičkih procesa. Svaka slika u šestodijelnoj priči daje informaciju o načinima copinga. Ako je glavni junak npr. vila (izmišljeni lik) to sugerira upotrebu imagniacije. Cilj može biti praktičan ili imaginaran ili pak neko unutarnje uvjerenje. Prepreka može biti socijalna, imagnirana ili veoma realistična i zahtijevati rješenje. Coping se može pojaviti u svim oblicima. Zaključak može biti emocionalni, intelektualni, socijalni ili imaginarni. Stoga je jako važno obratiti pažnju i odrediti načine koje pojedinac koristi ili ne koristi, te započeti kontakt u skladu s ovim odrednicama. Najrazvijeniji oblik copinga analiziramo brojanjem učestalosti njegove pojave. Onaj koji se najčešće spominje je onaj koji se najviše primjenjuje (Đapić i sur, 1997:41).

Kada učenik priča svoju priču, potrebno je slušati na nekoliko nivoa:

1. Intonaciju kojom je priča rečena,
2. Kontekst priče i njena poruka (tema),
3. Pronalaženje dominantnog modela copinga u priči (Đapić i sur, 1997:41).

Kao kod svih ekspresivnih tehnika koje se koriste u komunikaciji s djecom i odraslima, među kojima je i crtanje, voditelj treba promatrati ponašanje osobe dok crta. Promatra se neverbalno ponašanje, verbalna komunikacija, motorna spretnost, napetost, nesigurnost, impulzivnost, potreba za pouzdanjem, tempo crtanja, uzbuđenje, komentare koje osoba daje dok crta ili dok se govore upute i sl. Sva ova ponašanja mogu pružiti mnogo podataka o djetetu, ali i o odraslima koji s djecom rade (Đapić, 1997). Tako smo u ovom radu tehniku šaranja ponudili kao sredstvo putem kojega želimo ilustrirati nastavničke stilove suočavanja ili copinga.

Mavrak (2002) navodi da tehnika šaranja, osim što opušta, ima dva efekta u radu s bolesnom djecom:

1. Poručuje im da čak i ono što urade bez ikakve namjere i zatvorenih očiju, dakle nešto sasvim besmisleno, može imati svoj oblik, svoju namjenu i smisao;
2. Odraslom pomagaču pomaže da nađe novi način razumijevanja dječjeg svijeta i prepozna prostor za pružanje pomoći.

Priča i pričanje priče se mogu koristiti kako bi pomogli pojedincu da se suoči sa stvarnošću i poboljša međusobnu komunikaciju. Pretpostavka ovoga instrumenta je da pojedincu (djetetu, adolescentu ili odrasloj osobi) neće biti lako verbalizirati i komunicirati o onome što se dogodilo i o onome što ga tišti. Pričanje projektovane priče zasnovane na elementima bajke, basne ili mita može pomoći pojedincu u otkrivanju načina na koje on sam sebe projektira u organiziranu stvarnost da bi se susreo sa svijetom. Ovaj instrument može zadovoljiti u određenoj mjeri potrebu za brzom procjenom coping modela sa svrhom da pomogne nastavniku u postizanju boljeg razumijevanja i razvijanja kontakta s učenicom. Kada nastavnik i učenik razviju kontakt i poboljšaju komunikaciju to utječe i na sam nastavni proces, čine učenje i poučavanje lakšim i efikasnijim. Ukoliko nastavnik ne razumije učenika i s njim ne ostvari kontakt i komunikaciju, nastavni proces će biti otežan.

U dosadašnjem teorijskom dijelu rada upoznali smo se s osnovnim pojmovima, govorili smo o nastavniku i hospitalizaciji djeteta, zakonskom okviru – pravima hospitaliziranog djeteta, ekologiji razvoja zdravog i bolesnog djeteta te o BASIC Ph teoriji, suočavanju i tehnici šaranja. Koje strategije suočavanja, prema BASICH Ph teoriji, koriste nastavnici u osnovnoj školi i u školi u bolnici saznajemo na osnovu dobivenih rezultata provedenog istraživanja koji slijedi u narednom dijelu ovoga rada.

6. METODOLOŠKI DIO

6.1. Istraživanje strategija suočavanja

U izradi ovoga radi koristiti ćemo *kvalitativni istraživački dizajn*.

Kvalitativna metodologija uvijek proučava aktere u njihovom povijesnom i socijalnom kontekstu nastojeći razumijeti i interpretirati smisao ili značenje njihovih radnji, doživljaja i svakodnevnog iskustva, što pristaje specifičnim modusima evaluacijskih istraživanja. Kvalitativne istraživačke studije u obrazovanju uključuju različite teorijske paradigme i strategije istraživanja kao i metode prikupljanja i analize empirijskog materijala od konstruktivizma i interpretizma, kritičke teorije, fenomenologije, etnometodologije, akcijskih istraživanja do dubinskog intervjua i sudjelujućeg promatranja (Halmi, 2013:203).

Pomoću kvalitativnog istraživanja možemo proučavati i opisati sličnosti i razlike u strategijama suočavanja nastavnika u osnovnoj školi i nastavnika u Školi u bolnici, temeljene na iskazu o nacrtanom i ispričanom sadržaju šestodijelne priče.

Prvobitni naslov teme je bio *Sličnosti i razlike u strategijama suočavanja djece i nastavnika u školi u bolnici*. Moja nakana je bila da jedan vremenski period volontiram na Pedijatrijskom odjelu Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu te da se na taj način поближе upoznam s nastavnicima i radom škole u bolnici, da pomažem djeci u njihovom svakodnevnom boravku na Pedijatrijskom odjelu, da uvidim kako se djeca nose s boravkom u bolnici i odvojenosti od roditelja i obiteljskog doma, te da pomoću šaranja i pričanja šestodijelne priče s djecom i nastavnicima ispitam koje strategije suočavanja koriste. Htjela sam ispitati koje su sličnosti i razlike u suočavanju između djece i nastavnika, koje kanale u suočavanju, prema Basic Ph teoriji, najviše ili najmanje koriste, te postoje li isti kanali koje koriste i djeca i nastavnici. Na osnovu dobivenih rezultata sam htjela dati nove preporuke ili smjernice za rad i buduća istraživanja. Nažalost od mjeseca veljače do lipnja nismo dobili nikakvu povratnu informaciju na molbu za volontiranje i provedbu istraživačkog dijela rada na Kliničkom centru Univerziteta u Sarajevu. Iz toga razloga i zbog kratkog vremenskog roka smo izmjenili naslov teme u *Sličnosti i razlike u strategijama suočavanja nastavnika u osnovnoj školi i školi u bolnici*.

6.2. Cilj istraživanja

Cilj pokazuje osnovnu nakanu ispitivanja/istraživanja. On može imati neposredno praktični, teorijski ili teorijsko-praktični smisao. Isto tako, može označava neku društvenu ili ličnu korist. Ciljem se mi jasno određujemo prema onom što i zbog čega nešto ispitujemo ili istražujemo, zbog čega radimo seminarski/diplomski rad (Slatina, 2007: 10).

Cilj ovoga rada je ispitati sličnosti i razlike strategija u suočavanju nastavnika u Osnovnoj školi Vrhbosna i nastavnika u Školi u bolnici. Rasvjetljavanjem ovog fenomena možemo doprinijeti poboljšanju empatijskog komuniciranja između nastavnika i učenika/djeteta. Prema Bratanić (1990), empatijsko komuniciranje je jedan od stupnjeva interakcijske povezanosti u komunikaciji. Empatijsko komuniciranje podrazumijeva uživljavanje u emocije drugoga i prilagođavanje komunikacije onima s kojima komuniciramo. Poznavanje strategija suočavanja nastavnika i djece doprinosi empatijskom komuniciranju, a ono, opet, kvalitetnijem procesu učenja i poučavanja. U ovom radu cilj je usporediti strategije suočavanja nastavnika kao početnog koraka u građenju boljih odnosa u relaciji s djecom.

6.3. Zadaci istraživanja

U skladu s postavljenim ciljem, postavljamo sljedeće zadatke:

1. Istražiti pedagoški, socijalni i pravni okvir unutar kojeg djeluju nastavnici u osnovnoj školi i u školi u bolnici.
2. Ispitati strategije suočavanja nastavnika u osnovnoj školi i nastavnika u školi u bolnici temeljeno na Multifaktorskoj teoriji Basic Ph kroz:
 - a) Vjerovanja (B)
 - b) Emocije (A)
 - c) Socijalizaciju (S)
 - d) Maštu (I)
 - e) Kogniciju (C)
 - f) Fizičku aktivnost (Ph).

3. Komparirati strategije suočavanja nastavnika u Osnovnoj školi Vrhbosna i nastavnika u Školi u bolnici.
4. Dati osvrt na praktičnu vrijednost ovog istraživanja u realnom sektoru (škola, obitelj).

6.4. Istraživačka pitanja

U skladu s postavljenim zadacima, postavljamo sljedeća istraživačka pitanja:

1. Postoje li dominantne strategije u suočavanju nastavnika u osnovnoj školi i nastavnika u školi u bolnici?
2. Postoje li strategije suočavanja koje se uopće ne koriste?
3. Kakve su sličnosti i razlike u strategijama suočavanja kod nastavnika u osnovnoj školi i nastavnika u školi u bolnici?
4. Što se o strategijama suočavanja i kvaliteti međusobnog komuniciranja može saznati temeljem iskaza nastavnika o nacrtanom i ispričanom sadržaju šestodijelne priče – kako se to odražava na rad s djecom?

6.5. Metode istraživanja

Deskriptivna metoda

Deskriptivna metoda u istraživanju odgoja i obrazovanja predstavlja skup znanstveno-istraživačkih postupaka s kojima se opisuju pojave u odgoju i obrazovanju, tj. ispituje se stanje, a time i njihove osobine bez obzira na njihove uzroke (Mužić, 1999:43). Deskriptivnu metodu ćemo koristiti kako bi što bolje analizirali i opisali što je odgoj i obrazovanje u kontekstu zdravlja i bolesti, što je hospitalizacija i škola u bolnici, te koje strategije suočavanja postoje kod nastavnika. Glavninu rada činit će narativi, nastavnički i istraživački, vezani uz predmet istraživanja.

Teorijska analiza

Važnost ove metode ne samo da je velika, nego je ona neophodni i sastavni dio svakog pedagoškog istraživanja. Razlika može biti jedino u razini, u dubini koju doseže ta analiza. Pri tome se ta razlika javlja u etapama istraživanja koje predhode samom sakupljanju podataka o

problemu koji se istražuje u pedagoškoj stvarnosti, a najvažniju, ulogu ima pri interpretaciji tih podataka i rezultata njihove obrade i to, opet, u okviru primjene svake metode (Mužić, 1979:64).

U ovom istraživanju ova metoda će se koristiti za: prikupljanje i analizu postojećih izvora korištenih za definiranje osnovnih pojmova, pri proučavanju pisanih izvora teorijskog značaja koji se odnose i vežu za temu istraživanja, na Zakon o odgoju i obrazovanju FBiH, te za interpretiranje podataka dobivenih istraživanjem. Teorijska analiza je ovdje orijentirana osvrću na model BASIC Ph, njegovu povijest i uporabu.

Komparativna metoda služi za uočavanje sličnosti, zajedničkih obilježja ili različitosti među događajima, pojavama ili objektima. U ovoj metodi se ističe ono što je zajedničko ili što je različito određenim fenomenima (Žugaj, 2006). Komparativnu metodu u ovom radu koristit ćemo kako bi komparirali sličnosti i razlike u strategijama suočavanja nastavnika u osnovnoj školi Vrhbosna i nastavnika u školi u bolnici. Na taj način možemo propitati stilove suočavanja, napraviti uvid u eventualne razlike koje mogu biti posljedica radnih uvjeta, te polučiti zaključke o tome treba li nešto mijenjati i u osobnim stilovima nastavnika i u raspodjeli poslova kako bi suradnja i međuljudski odnosi u svim relacijama bili bolji.

6.6. Tehnika istraživanja

Analiza sadržaja: šestodijelna priča

Analiza sadržaja je negdje tretirana kao metoda, a negdje kao tehnika za prikupljanje podataka iz informacijskog materijala: iz knjiga, časopisa, novina, radija, televizije i interneta. Pomoću nje se može analizirati verbalna i neverbalna komunikacija. Analiza sadržaja se razlikuju od teorijskog rada na literaturi i od rada na dokumentaciji. Na osnovu teorijskog rada na literaturi logički razvijamo teorijski okvir našeg istraživanja, a radom na dokumentaciji saznajemo potrebne podatke koji su drugi prikupili, a koji nama mogu poslužiti za provjranje hipoteza (Vujević, 2006:153). Ovdje analizu šestodijelne priče koristimo kao tehniku, a crtež i priču kao sredstvo prikupljanja podataka.

U terapijskom radu crteži pružaju sredstva za procjenjivanje kao i medij za angažiranje djeteta, rekonvalescenta ili odrasle osobe u samoizražavanju. No, u odgojnom radu, pravilno

iskorišteni, crteži mogu pružiti osnovne informacije o jednoj личности, važne za nastavnika. Kada se crteži koriste da izazovu takav odnos u kojem odrasli odgajatelj i dijete nešto uzajamno dijele, postiže se harmoničan odnos i dijete može biti sposobno da u svojim crtežima pronade lična značenja kakva su unutrašnje potrebe, sukobi i emocije. Crteži su također sredstvo za rad s djecom koja se ne izražavaju verbalno, povučenom djecom i djecom koja imaju neprijateljski ili stav otpora, jer umjetnost postaje siguran „ventil“ za izražavanje misli i osjećanja (Đapić i sur., 1997:71).

Slično je i s odraslima. Iako su osposobljeni za verbaliziranje emocija ili stavova, izražavanje nije lako i jednostavno. U našem radu analiziramo priče nastavnika nastale primjenom tehnike šaranja.

Pomoću šestodijelne priče temeljene na šaranju ispitat ćemo kroz koje od navedenih strategija se suočavaju nastavnici u osnovnoj školi i nastavnici u Školi u bolnici. Analiza pokazuje osobni stil suočavanja za svakog nastavnika u čemu se mogu prepoznati potrebe, sukobi i emocije.

6.7. Instrument istraživanja

Instrument koji će se koristiti u ovom istraživanju jeste matrica za analizu nastavničkih „crteža“ („šaranja“, „žvrljotina“ sa smislom, kako je mnogi nazivaju) koja sadrži različite kanale s kojima se susreće svijet (stilovi suočavanja) i frekvencije pozitivno ili negativno prisutnih pojedinih elemenata suočavanja. Za ilustraciju donosimo primjer koji navodi Đapić (1997). Šestodijelna priča je rađena s učenicom trećeg razreda koje je upućeno zbog socijalnih problema u čijoj su pozadini poteškoće u relacijama roditelj-dijete. U zagradama su naznačeni inicijali BASIC Ph. „Nekada davno bio jedan cvijet (C) koji je bio mali (Ph). Kada je porastao (Ph), imao je zadaću da dođe do drugog cvijeta (S). Imao je pomoćnika (S, Ph) koji ga je podigao i koji je imao luk i strijelu (C, I). Prepreke su bile čovjek (-S) s pištoljem i vatra (Ph) koja je okružila cvijet. Čovjek koji se brinuo za cvijet (S) ubio je (Ph) čovjeka (-S) s pištoljem, a također je imao i šmrk (C), tako da je cvijet uspio stići do drugog cvijeta (S), i na kraju je dobar čovjek (A) ponio dva (Ph) cvijeta u svoj vrt (C).

Analiziranje njegove priče prema BASIC Ph dovelo je do sljedećeg: 4C, 6Ph, 1I, 4S i 2S-, 1A. Intervju je tekao ovako: Zašto je odlučio da hoće da ode do ovog cvijeta? O: Zato što nije htio biti sam, bio je jedini cvijet, a svuda oko njega pustinja. Prvo je mislio da mu je trava prijatelj,

ali kada je porastao, primjetio je da je drugačiji i da je sam. Dok su se borili i trava je rasla, što mu je pomoglo. Mislim da trava također može pomoći čovjeku protiv pustinje, ali on je ipak htio nekoga tko mu je sličan. P: Šta mu je cvijeće reklo? O: Reklo je da je dugo čekalo i da je bez njega dosadno. Cvjetovi će biti prijatelji. P: Kako će se on osjećati ako se razdvoje? O: Ako se razdvoje? Ako se razdvoje, on će biti tužan, ali onda će otići da potraži drugi cvijet, samo ne ovdje“ (Đapčić i sur., 1997:41-42).

	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination – imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+						
–						
Σ						

Tablica 1. Analiza šestodijelne priče

6.8. Uzorak istraživanja

Istraživanje će biti provedeno na uzorcima radova sedam nastavnika Osnovne škole Vrhbosna i sedam nastavnika zaposlenih u školi u bolnici *Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu*.

Skupina nastavnika koji djeluju u školi u bolnici sastoji se dva nastavnika i pet nastavnica koji poučavaju sljedeće predmete: razrednu nastavu, Fiziku, Geografiju, Kemiju, BHS, Vjeronauk i Likovno.

Skupina nastavnika koji djeluju u Osnovnoj školi Vrhbosna sastoji se od dva nastavnika i pet nastavnica koji poučavaju sljedeće predmete: razrednu nastavu, Njemački jezik, Kulturu življenja i Matematiku.

Uzorak nastavnika koji su sudjelovali u ovome istraživanju je mali nezavisni uzorak. Mali zato što je u istraživanju sudjelovalo manje od 30 osoba, a nezavisni uzorak označava dvije

dihotomijske skupine kao mlađe – starije osobe, zdravi – bolesni, medicinska – tehnička škola, muškarci – žene itd.

6.9. Opis postupka

U ovome istraživanju smo koristili tehniku analize sadržaja šestodijelne priče. Šestodijelnu priču smo dobili na osnovu šaranja nastavnika u osnovnoj školi i školi u bolnici.

Nakon što smo se upoznali s osobljem i nastavnicima Osnovne škole Vrhbosna i objasnili im o kakvom je istraživanju riječ, nastavnici su rado pristali sudjelovati. Neki nastavnici su željeli raditi samostalno, a neki su željeli raditi u paru. Istraživanje smo provodili u školskim prostorijama Osnovne škole Vrhbosna.

Postupak istraživanja je tekao ovako. Nakon što je nastavnik sjeo i dobio olovku i papir, zamolila sam ga da zatvori oči. Laganim glasom sam govorila nastavniku da se opusti, da dopusti mislima da teku, da osjeti olovku u svojoj ruci, da osjeti papir koji je na stolu i da potom lagano spusti olovku na papir i da dopusti ruci da „hoda“ po papiru u kojem god smjeru ona hoće bez ikakve namjere da nešto nacрта. Rekla sam da mogu šarati koliko god dugo žele, a kada osjete da im je dovoljno, mogu odložiti olovku i otvoriti oči. Ovaj dio nije trajao duže od pet minuta.

Sljedeća uputa je bila da nastavnik gleda u svoj rad i označi olovkom ono što vidi, to može biti bilo koji oblik, osoba, životinja, slovo, nešto stvarno ili nestvarno. Ovaj dio nije trajao duže od pet minuta.

Nakon što bi nastavnik označio ono što vidi, mogli smo preći na sljedeći korak, a to je pričanje šestodijelne priče. Samo jedan nastavnik je pričao priču uz odobrenje da priča bude snimljena pomoću snimača na mobitelu, a ostali nastavnici su pisali priče. Postavljala sam im pitanja, a oni su odgovarali i tako smo dobili šestodijelnu priču. Ovaj dio nije trajao duže od deset minuta.

Nakon što sam završila proces istraživanja sa svim nastavnicima, naredni korak bio je skeniranje radova koji su nastavnici šarali i šestodijelnih priča, a potom njihova analiza, pravljenje tablica i grafova s dobivenim rezultatim koji su prikazani u sljedećem poglavlju.

7. REZULTATI I DISKUSIJA

U ovome poglavlju su predstavljene radovi nastavnika u redovnoj školi i u školi u bolnici, njihove šestodijelne priče i njihova analiza. U prvom podnaslovu su prikazani radovi nastavnika Osnovne škole Vrhbosna i oni su označeni brojevima, a u drugome radovi nastavnika koji predaju u školi u bolnici i oni su označeni velikim slovima. Analiza rada jednog nastavnika izgleda tako da je prvo dana slika nastavnikova šaranja i slika priče koju je nastavnik napisao, zatim slijedi ta priča napisana i analizirana, a dobiveni rezultati su prikazani u tabeli. Nakon analize svih priča, prikazani su i opisani profili nastavnika u redovnoj školi i u školi u bolnici. Pomoću prosječnih vrijednosti napravili smo jedan profil za nastavnika redovne škole i jedan profil za nastavnika iz škole u bolnici. Potom smo ta dva profila komparirali i opisali. Na koncu ovoga poglavlja dana je diskusija.

7.1. Radovi nastavnika Osnovne škole Vrhbosna

Nastavnik 1



Slika 3. Šaranje Nastavnika 1

xyž. m. c. 1047

-1* slovník říká srdce je srdce i znak ∞.
Srdce je inkretori svých emocija w mom univerzumu
živi w svakoj osobi koja dopušta ~~stvarati~~ da ljubav
vodi w njen svijet. njegov partner je ∞ jer
ljubav može biti samo bezuslovna i beskonačna
Oni izgledaju bezbrižno dijete i žive w svakome
od nas.

2* njihova misija i zadatak je da utv w svčije srdce
i žive ljubav jeru i nade do beskonačnosti. jer za
svakog od nas ~~žalosti~~ se savršen partner.

3* Oni čine sve što mogu da obave za nas. potihno ...
kuvaju w naše duše hrane nas ljubavlju i
nadom daju nam jere w bolje sutra. Nekaada kada
osoba nije spremna odv od nje čali se w jek vrata
bezuslovni su i wjek tu za nas, vas, i svijet do
nas.

4* Prepreke na njegov njihovim putešima su ...
~~zatvorena~~ srca i nepovjerenje w život.

5*

Slika 4. Šestodijelna priča Nastavnika 1 (prvi dio)

Da predw sree prepreke pomaze mlw
justw i slowo 0. kada ih sree zorne w pomoc
awto i slowo 0 datw na poziv a onda mlw
pomognw da wotw w ljudska srea izswni ih
željom ljubavi gjerom i nadom preplasi
zaženom predanih ljudskih osjećaja i pomaze
zabome od nas da žive w nama. ljubav
je pokretač života.

6° Na brojw priče sree je beskonačno
w šlo w ljudska srea beskonačno ok
Beskonačnosti bga se ne može
izmjeriti i ostavila nam prostor
da gradimo jedan novi svijet garsi
svijet za nas i naše buduće
generacije koje dolaze. ♥ ∞

Slika 5. Šestodijelna priča Nastavnika 1 (drugi dio)

Analiza šestodijelne priče Nastavnika 1.

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Glavni lik priče je srce (A, C) i znak ∞ (C). Srce (A, C) je pokretač (Ph) svih emocija (A) u mom univerzumu (C). Živi u svakoj osobi (S) koja dopušta da ljubav (A) uđe u njen svijet (C). Njegov partner (S) je ∞ (C) jer ljubav (A) može biti samo bezuslovna (B) i beskonačna (B). Oni izgledaju beskrajno (B) lijepo (A) i žive u svakome (S) od nas.

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Njihova misija i zadatak je da uđu u svačije (S) srce (A, C) i šire ljubav (A), vjeru (B) i nadu (B) do beskonačnosti (B). Jer za svakog (S) od nas nalazi se savršen partner (S).

3. Što sve čine da bi taj zadatak/misiju ispunili?

Oni čine sve što mogu da obave za nas (S), potihom (A) kucaju u naše duše (B), hrane nas ljubavlju (A) i nadom (B), daju nam vjeru (B) u bolje sutra. Nekada kada osoba nije spremna (C) odu (Ph) od nje, ali se uvijek vrate (Ph). Bezuslovni (C) su i uvijek tu za nas (S), vas (S) i svijet (S) oko nas.

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Prepreke na njihovim putevima su zatvorena srca (-A) i nepovjerenje (-B) u život.

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

Da pređu sve prepreke pomaže im auto (C) i slovo O (C). Kada ih srce (A, C) zovne upomoć, auto (C) i slovo O (C) dođu (Ph) na poziv, a onda im (S) pomognu da uđu (Ph) u ljudska (S) srca (A, C), ispuni ih željom (B, A), ljubavi (A), vjerom (B) i nadom (B). Preplavi bazenom (C) predivnih ljudskih (S) osjećaja (A) i pomaže (Ph, S) svakome (S) od nas da žive u nama. Ljubav (A) je pokretač (Ph) života (C).

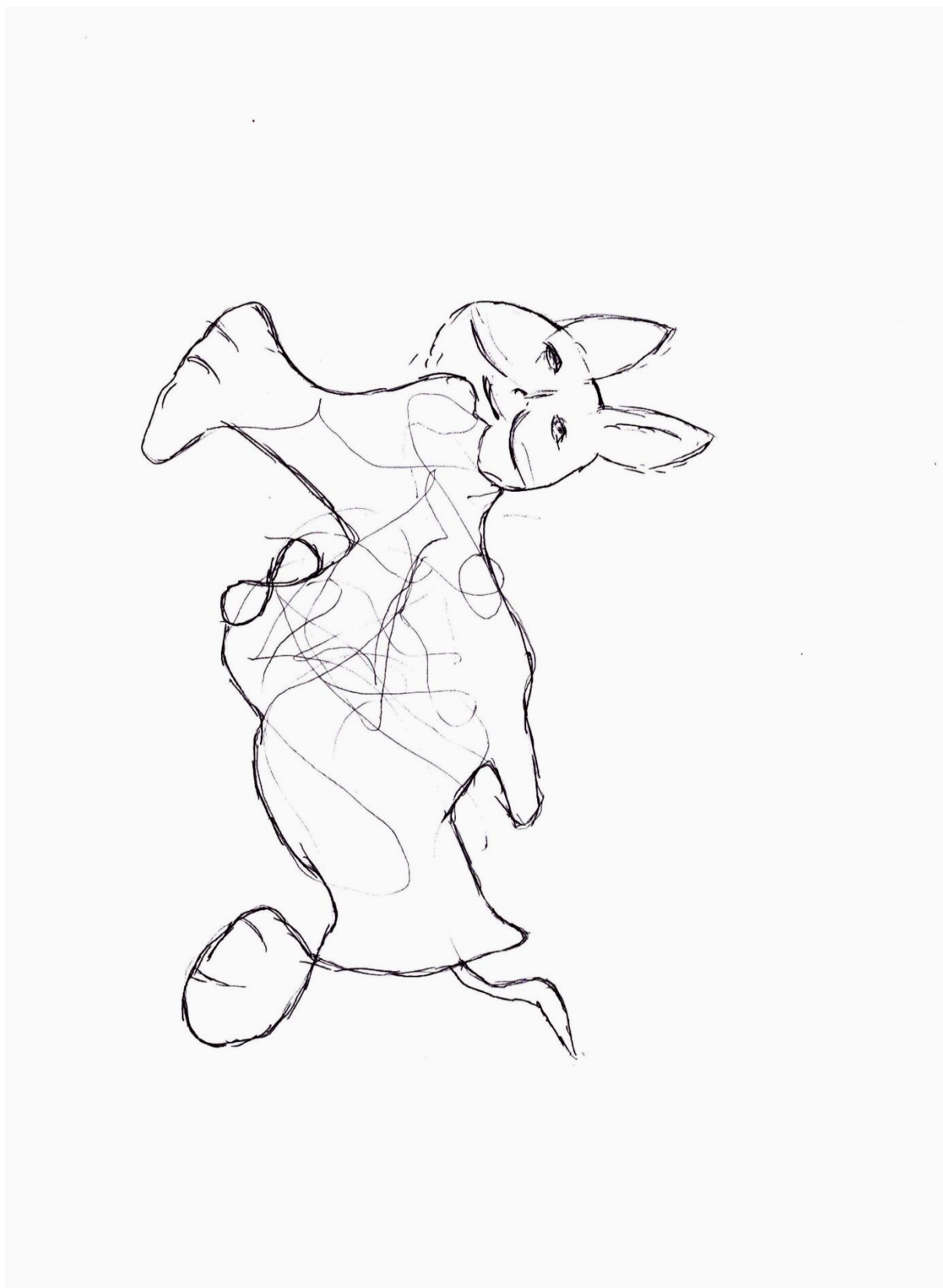
6. Kako priča završava?

Na kraju priče srce (A, C) je beskonačno (B) ušlo (Ph) u ljudska (S) srca (A, C). Beskonačno (B) od beskonačnosti (B) koja se ne može (-C) izmjeriti i ostavilo nam prostor (C) da gradimo (Ph) jedan novi svijet (C). Ljepši (A) svijet (C) za nas (S) i naše buduće generacije (S) koje dolaze.

N1	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	15	19	18	–	21	9
–	1	1	–	–	1	–
Σ	14	18	18	–	20	9

Tablica 2. Analiza šestodijelne priče Nastavnika 1.

Nastavnik 2.



Slika 6. Šaranje Nastavnika 2

PETA

Bila jedna maca skočica. Živjela je u porodici koja je imala mnogo djece. Maca se često izležavala u dječjim krevetićima i bila je njihova maza.

Njena uloga je bila da se igra sa djecom i čini njihov svijet ljepšim. Kada su tužni ona je skakala i uvijala se oko njih sve dok ne bi uspjele izmamiti osmijeh na njihovom licu usnama.

Međutim, kada su djeca bila tužna skočica nije mogla doći do njih, jer su je ignorisali i nisu se željeli igrati sa njom.

Ali, tada bi maca došla do najmlađeg djeteta i počela bi se igrati sa njim. Toliko bi skakala i trčala da bi se najmlađe dijete glasno smijalo i privuklo pažnju druge djece.

Tada bi i ostala djeca zaboravila svoje brige i pridružili bi se igri.

Analiza šestodijelne priče Nastavnik 2.

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Bila jedna maca (C) Skočica (Ph). Živjela je u porodici (S) koja je imala mnogo (S) djece (C). Maca (C) se često izležavala (-Ph) u dječjim krevetićima (C) i bila je njihova maza (A, C).

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Njena uloga je bila da se igra (Ph, I) s djecom (S) i čini njihov svijet (C) ljepšim (A).

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunio?

Kada su tužni (-A), ona je skakala (Ph) i uvijala se (Ph) oko njih sve dok ne bi uspjela izmamiti osmijeh (A) na njihovim usnama (C).

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Međutim, kada su djeca (C) bila tužna (-A), Skočica (Ph) nije mogla doći do njih, jer su je ignorirali (-A) i nisu se željeli (-A) igrati (-Ph) s njom (-S).

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

Ali, tada bi maca (C) došla do najmlađeg djeteta (C) i počela bi se igrati (I, Ph) s njim (S). Toliko bi skakala (Ph) i trčala (Ph) da bi se najmlađe dijete (C) glasno smijalo (A) i privuklo pažnju (C) druge djece (S).

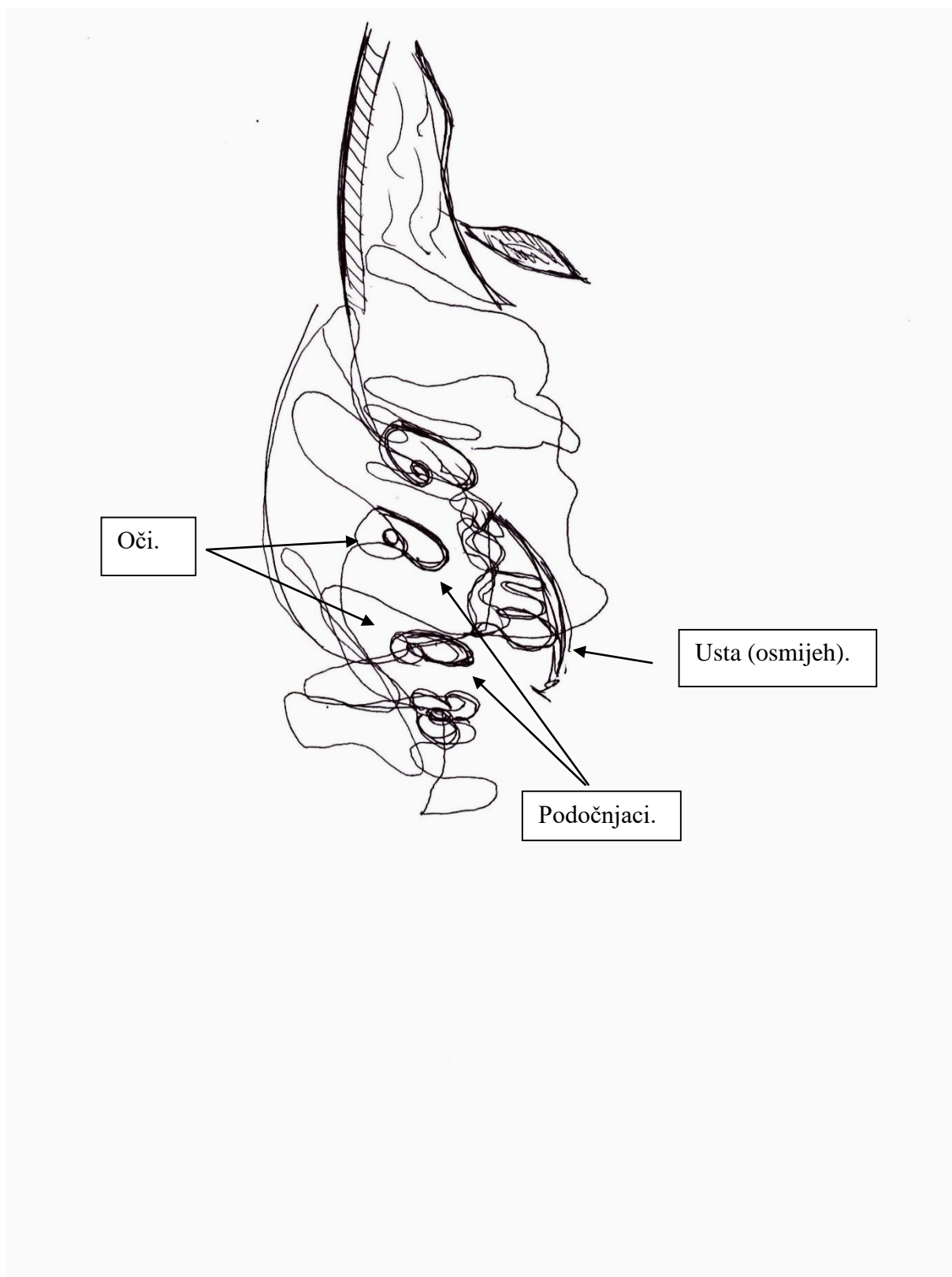
6. Kako priča završava?

Tada bi i ostala djeca (C) zaboravila (-C) svoje brige (-A) i pridružili bi se igri (Ph, I).

N2	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	–	4	5	3	12	9
–	–	5	1	–	1	2
Σ	–	-1	4	3	11	7

Tablica 3. Analiza šestodijelne priče Nastavnika

Nastavnik 3.



Slika 8. Šaranje Nastavnika 3

Analiza šestodijelne priče Nastavnik 3.

Priča je snimana pomoću snimača na mobitelu.

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Glavni lik sam ja (C), jer imam velike (Ph) podočnjake (Ph), ali i veliki (Ph) osmijeh (A) jer je kraj školske godine (C). (Na crtežu su strelicama pokazane oči, podočnjaci i osmijeh.)

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Moj primarni zadatak je da budem sretna (A) i odem (Ph) na godišnji odmor (C) i da se družim (Ph, S).

3. Što sve činite da bi taj zadatak/misiju ispunili?

Da bih ispunila svoj zadatak činim sve (Ph): završavam (C) sve (Ph) poslove, svu (Ph) papirologiju (C) i pokazujem inicijativu za druženje (S).

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Ne postoji nijedna prepreka (C) koja bi mi se mogla pojaviti u ostvarenju moga cilja.

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

U ostvarenju svoga cilja mogu pomoći najprije sama sebi (C), zatim moja porodica (S) i prijatelji (S) koji bi sa mnom realizirali moj odmor (C).

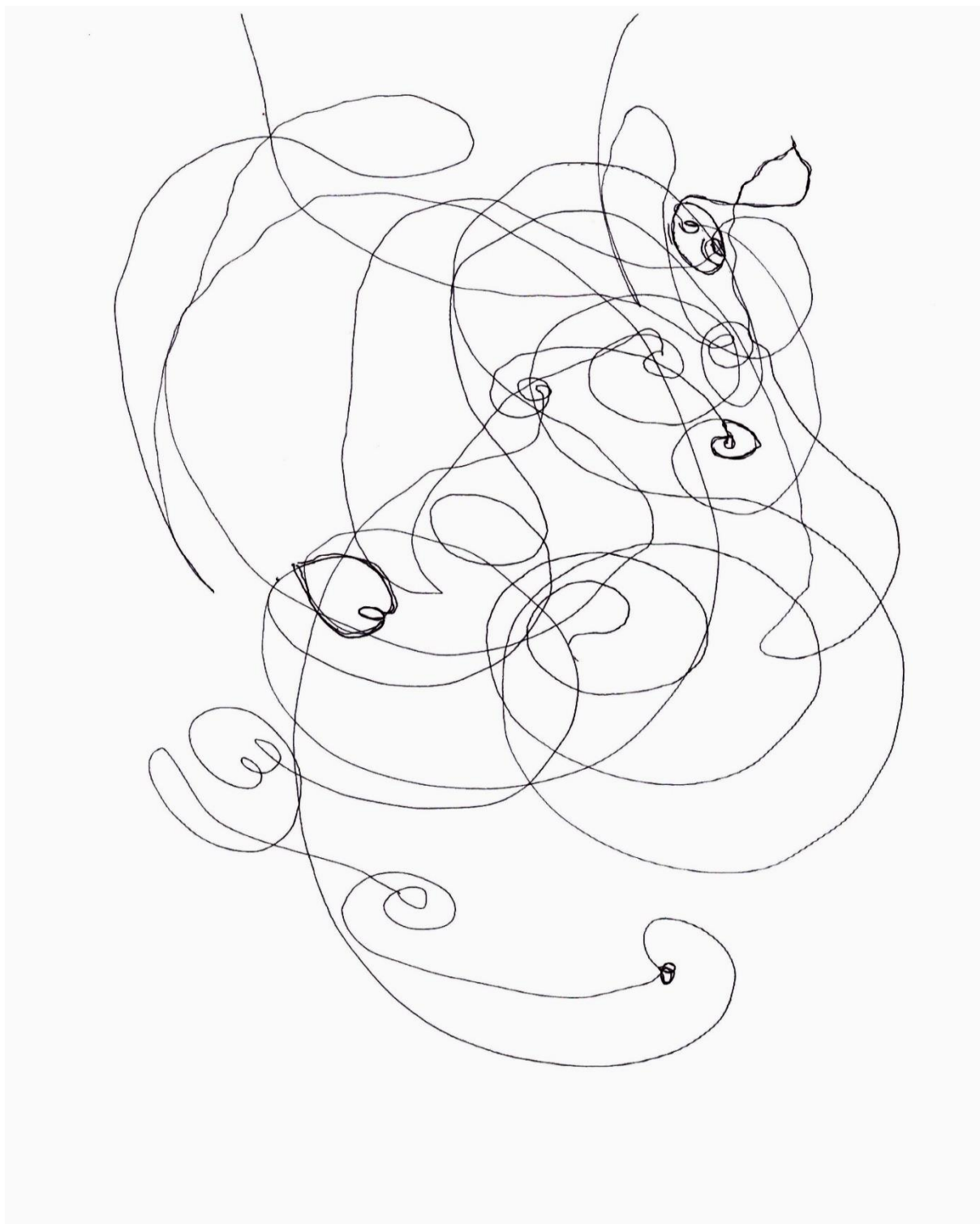
6. Kako priča završava?

Na kraju ove priče će nestati moji podočnjaci (Ph), plivat ću (Ph) u ovome jezeru, neću dobiti alergiju (Ph) na sunce (C), svi (S) ćemo se zajedno (S) družiti, jesti (Ph) i uživati (A).

N3	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination – imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	–	3	6	–	9	12
–	–	–	–	–	–	–
Σ	–	3	6	–	9	12

Tablica 4. Analiza šestodijelne priče Nastavnika 3

Nastavnik 4.



Slika 9. Šaranje Nastavnika 4

Galerija likova, ne jedan, pjevaju u jedan glas i višeglasno.
Nekada to zvuči skladno. Nekada svaki ton odzvanja izazivajući
bol.

Lutati, lutati, vrludati i otići na svij. Plavičasti sjaj i mir.

Ritam, sklad, ... harmonija, disharmonija.

Mrak.

Svježe jutro, blagi sjaj i mirisina Joplina. sve tragove
bota i mraka izbrisati. Mir i ljubav ustupite mjesto novim
drugom.

Analiza šestodijelne priče Nastavnik 4.

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Galerija (S) likova (C), ne jedan, pjevaju (I) u jedan glas (I) i višeglasno (I). Nekada to zvuči skladno (C). Nekada svaki ton (C) odzvanja izazivajući bol (-A).

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Lutati (Ph), lutati (Ph), vrludati (Ph) i otići (Ph) na cilj (B). Plavičasti sjaj (I) i mir (I).

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunio?

Ritam (I), sklad (C), ... harmonija (C), disharmonija (-C).

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Mrak (C).

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

Svježe (I) jutro (C), blagi (I) sjaj (C) i mirisna (I) toplina (Ph). Sve tragove (C) bola (-A) i mraka (C) izbrisaše (Ph).

6. Kako priča završava?

Mir (A, B) i ljubav (A) ustupiše (Ph) mjesto svemu drugome (C).

N4	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination – imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	2	2	1	9	11	7
–	–	2	–	–	1	–
Σ	2	0	1	9	10	7

Tablica 5. Analiza šestodijelne priče Nastavnika

Nastavnik 5.



Slika 11. Šaranje Nastavnika 5

~~Moja~~

Moja lopta odjednom zavrtela na ogradi
i probila se.

Ona me zbačija i duži za sklapanje
novih prijateljstava.

Uvek je uz mene i dostupna je kao drugi niko to.

Ne možemo da se družimo, jer sve je
manje vremena koje ja imam za to
druženje.

Ispravna organizacija, vreme, života...

Družiti se, ali se ne družimo!

Slika 12. Šestodijelna priča Nastavnika 5

Analiza šestodijelne priče Nastavnika 5

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Moja lopta (C) odjednom je završila (-Ph) na ogradi (C) i probola se (-Ph).

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Ona me zabavlja (A) i služi za sklapanje novih prijateljstava (S).

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunio?

Uvijek je uz mene (S) i dostupna je kada drugi nisu tu (-S).

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Ne možemo se družiti (-S), jer je sve manje vremena (-C) koje ja imam za to druženje (-S).

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

Ispravna organizacija (C) vremena (C) i života (C).

6. Kako priča završava?

Prijatelji smo (S), ali se ne družimo (-Ph).

N5	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination – imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	–	1	3	–	5	–
–	–	–	3	–	1	3
Σ	–	1	0	–	4	-3

Tablica 6. Analiza šestodijelne priče Nastavnika 5.

Nastavnik 6.



Slika 13. Šaranje Nastavnika 6

- LABUD JE NA VODI. POSEBAN JE JER IMA ŠEŠIR NA GLAVI. BEZBRIŽAN PLOVI KAO DA ŽELI DA GA SVI UIDE.
- ZAŠTO LABUD? NJEŽAN, MIRAN, UŽIVA NA VODI. KRUŽI LAGANO S JEDNOG DIJELA NA DRUGI.
- ZADATAK? NIŠTA POSEBNO ŠTO INAČE NE RADI. TO JE UOBICAJENO.
- PREPREKE? OGRANIČAVA GA OGRADA KOJOM JE OKRUŽEN TAKO DA PLIVA U JEDNOM OGRANIČENOM PROSTORU.
- MOŽDA AKO SE POMJERI OGRADA MOŽE PLIVATI ŠIRE I VIŠE. ~~ALI NIŠTA NIJE~~
- KAKO ZAVRŠAVA PRIČA?
 NASTAVI PLOVATI U SVOM PROSTORU, SRETAN MIRAN UŽIVAJUĆI U LJEPOTI VODE, ŠUME KOJOM JE OKRUŽEN.



Slika 14. Šestodijelna priča Nastavnika 6

Analiza šestodijelne priče Nastavnik 6.

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Labud (C) je na vodi poseban (I) jer ima šešir (C) na glavi. Bezbrizan (A) plovi (Ph) kao da želi da ga svi (S) vide. Nježan (A), miran (A), uživa (Ph, A) na vodi, kruži (Ph) lagano s jednog dijela na drugi.

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Zadatak? Ništa posebno (C) što inače ne radi.

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunio?

Uobičajeno (C).

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Ograničava (-Ph) ga ograda (C) kojom je okružen (Ph) tako da pliva (Ph) u jednom ograničenom (-Ph) prostoru.

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispunji svoju misiju?

Možda ako se pomjeri (Ph) ograda (C) može plivati (Ph) šire i više.

6. Kako završava priča?

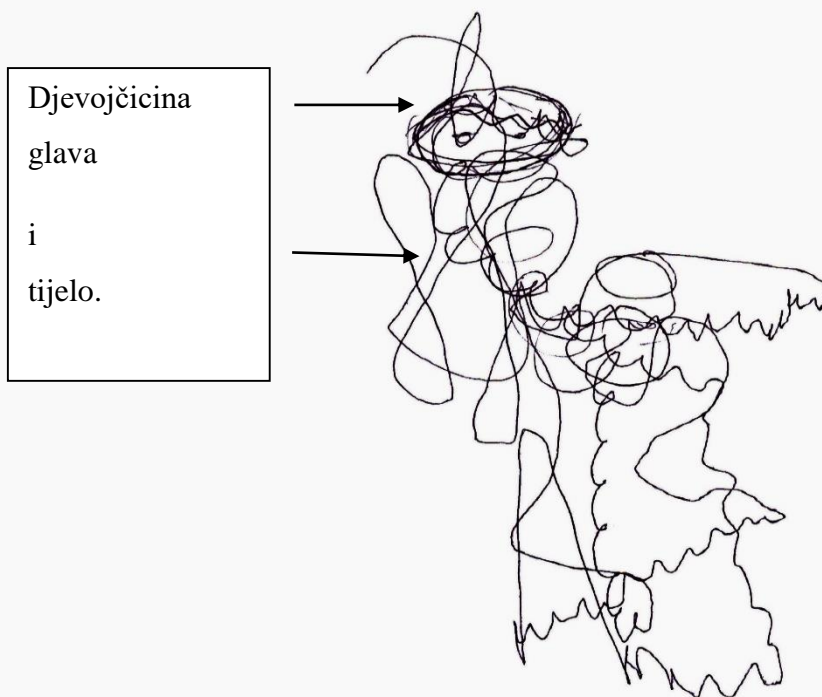
Nastavi plivati (Ph) u svom prostoru (C), sretan (A), miran (A), uživajući (A, Ph) u ljepoti vode (C, S) i šume (C, S) kojom je okružen (Ph).

N6	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination – imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	–	8	3	1	9	10
–	–	–	–	–	–	2
Σ	–	8	3	1	9	8

Tablica 7. Analiza šestodijelne priče Nastavnika 6.

Nastavnik 7.

MSP



Slika 15. Šaranje Nastavnika 7

- Dječakova na karkama je nastavi li i izgleda mi bezumno.
- Kontrolna situacija odgor, posmatrajuci se ispod.
- Neprestano posmatra situaciju i nadgleda da nešto ne smetne kontroli.
- Kao da nema prepreka u njenim nastojanjima da se drži pod kontrolom.
- Izgleda kao da joj nema potrebe pomoci u ostvarenju njene cilja.
- Na kraju je uspjehom doživljava svoju misiju.

Slika 16. Šestodijelna priča Nastavnika 7

Analiza šestodijelne priče Nastavnik 7

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Djevojčica (C) na krilima (I) je nestvarni (I) lik i izgleda mi bezbrižno (A). (Na crtežu je strelicom označena djevojčica)

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Kontrolira (C) situaciju odozgor posmatrajući (Ph) sve (C) ispod.

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunila?

Neprestano posmatra (Ph) situaciju (C) i nadgleda (C) da nešto ne izmakne (-Ph) kontroli (C).

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Kao da nema prepreke u njenim nastojanjima (C) da sve (S) drži (Ph) pod kontrolom (C).

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

Izgleda kao da joj nema potrebe pomagati (-S) u ostvarenju njenog cilja (B).

6. Kako završava priča?

Na kraju je uspješno (A, C) završila svoju misiju (C).

N7	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination – imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	1	2	1	2	10	3
–	–	–	1	–	–	1
Σ	1	2	0	2	10	2

Tablica 8. Analiza šestodijelne priče Nastavnika 7.

7.2. Radovi nastavnika Škole u bolnici

Nastavnik A



Slika 17. Šaranje Nastavnika A

1. U MNOŠTVU OBRISA I NEPRAVILNIH OBLIKA JEDAN OBRIS SE IZDVOJIO, A TO JE DRŽAVA NJEMAČKA.
2. MISIJA OVE DRŽAVE JE DA MOJOJ PORODICI PRUŽI BOJU I SIGURNIJU BUDUĆNOST, SISTEM KOJI PREPOZNAJE TRUD, ZALAGANJE I STEČENO ZNANJE.
3. NJEMAČKA DRŽAVA JE PRIHVATILA MOJU PORODICU (DJECE), I DALA IM MOGUĆNOST KOJU NISU IMALI U SVOJIM ZEMLJAMA. ZNANJE, A NE PODOBNOST U BILO KOM OBLIKU.
4. PREPREKE KOJE STOJE NA PUTU NAPREDOVANJA NA POSLU I KARIJERI SU JOŠ UVIJEK NEDOVOLJNO DOBRO ZNANJE NJEMAČKOG JEZIKA.
5. ZA ISPUNJENJE CIJLA I SNOVA ODGOVORNI SU ONI SAMI PREMA SEBI I DROŠTVU KOJE IM PRUŽA NEOGRANIČENE MOGUĆNOSTI.
6. NA KRAJU PRIČE STOJI POČETAK NOVE, BOJE, SIGURNIJE BUDUĆNOSTI.

Slika 18. Šestodijelna priča Nastavnika A

Analiza šestodijelne priče Nastavnika A

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

U mnoštvu (S) obrisa (C) i nepravilnih (Ph) oblika (C) jedan obris (C) se izdvojio (Ph), a to je država Njemačka (C).

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Misija ove države je da mojoj porodici (S, C) pruži bolju (A) i sigurniju (A) budućnost (C), sistem (C) koji prepoznaje trud (C), zalaganje (C) i stečeno znanje (C).

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunio?

Njemačka država (C) je prihvatila moju porodicu (djecu) (S, C) i dala im mogućnost (C) koju nisu imali u svojoj zemlji (C). Znanje (C), a ne podobnost u bilo kom obliku.

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Prepreke koje stoje na putu napredovanja (C) na poslu (C) i karijeri (C) su još uvijek nedovoljno (-C) dobro (-A) znanje njemačkog jezika (-C).

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

Za ispunjenje cilja (C) i snova (I) odgovorni su oni sami prema sebi i društvu (S) koje im pruža neograničene (A) mogućnosti (C).

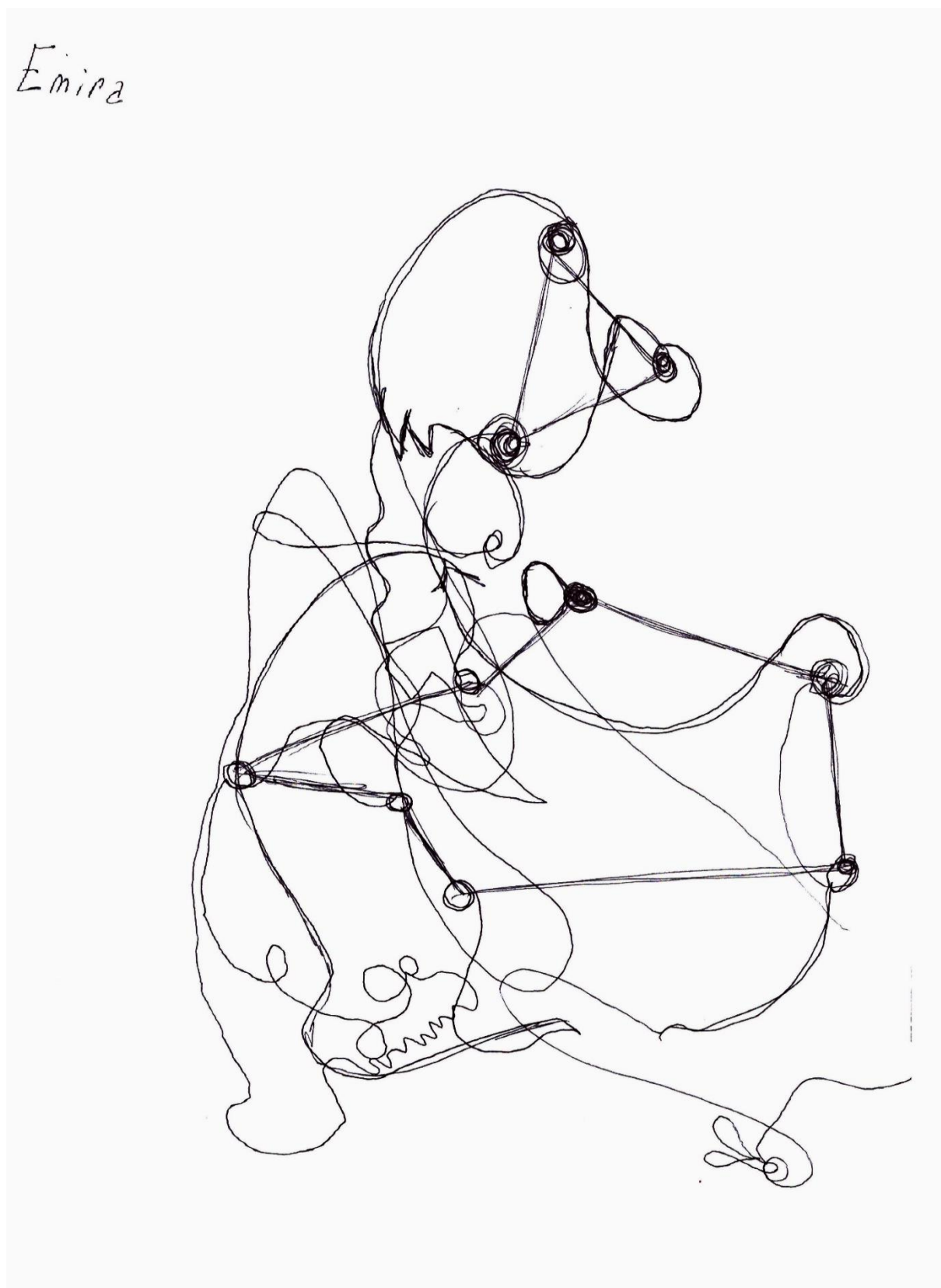
6. Kako završava priča?

Na kraju priče stoji početak nove, bolje (B), sigurnije (A) budućnosti (C).

NA	B elief – vjerovanje i vrijednosti	A ffections – emocionalna dimenzija	S ocial – socijalna dimenzija	I magination – imaginativna dimenzija	C ognition – mišljenje	P hysical – fizička dimenzija.
+	1	4	3	2	21	2
–	–	1	–	–	2	–
Σ	1	3	3	2	19	2

Tablica 9. Analiza šestodijelne priče Nastavnika A

Nastavnik B



Slika 19. Šaranje Nastavnika B

1. Korijalica. Ona putuje. Ne zna kraj puta, jer joj
joj je samo putovanje.
 2. Glavni sadržaj je svjedočenje čaroliji života
dok se kreće kroz nj.
 3. Prisutna je u svakoj etapi puta. Ono što
nazivaju "sada" postaje njen sadržaj.
 4. Mnogo je kamena; koje mora razbiti ili
preći preko nj, ali i to je dio puta
i ponekad na nekom najvišem kamenu
neko joj pruži ruku ili ona nekome
svojim oklopom pomudi ruku od
biti.
 5. Nastojnost i duboka vjera njeni su
pomagači, a oni se često provode
kroz faze koj joj potvrde da vrijedi
ići naprijed.
- Prizna ne završava, jer kraja nema.
Sva ta staza uspona "od kraja
do svijeta" i to je sve.

Emerald.

Slika 20. Šestodijelna priča Nastavnika B

Analiza šestodijelne priče Nastavnika B

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Kornjača (C). Ona putuje (Ph). Ne zna (-C) kraj puta, jer cilj (B) joj je samo putovanje (Ph).

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Glavni zadatak je svjedočenje (C) čaroliji (I) života (C) dok se kreće (Ph) kroz njega.

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunili?

Prisutna (Ph) je u svakoj etapi (C) puta. Ono što nailazi „sada“ (C) postaje njen zadatak.

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Mnogo je kamenja (C) koje mora zaobići (Ph) ili preći (Ph) preko njega, ali i to je dio puta (C) i ponekad na nekom najvišem (A) kamenu (C) netko (S) joj pruži (S) ruku ili ona nekom (S) svojim oklopom (C) ponudi zaklon (C) od kiše (Ph).

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

Ustrajnost (B) i duboka vjera (B) njeni su pomagači, a oni se često promole kroz ljude (S) koji joj potvrde da vrijedi (B) ići (Ph) naprijed.

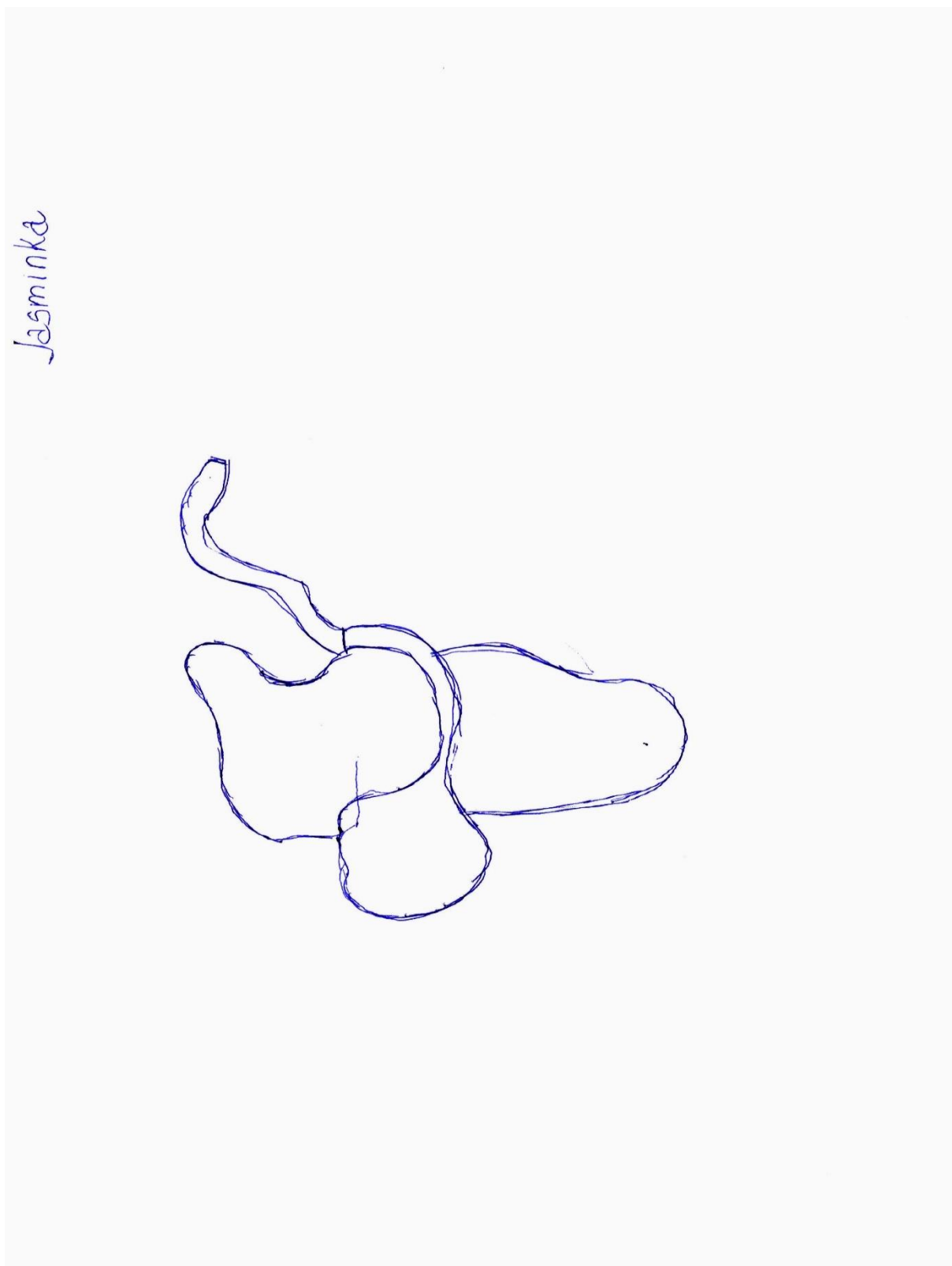
6. Kako priča završava?

Priča ne završava (I), jer kraja nema. Ima ta staza (C) uspona (Ph) „od trnja do zvijezda (B)“ i to je sve.

NB	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination – imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	5	1	4	2	11	9
–	–	–	–	–	1	–
Σ	5	1	4	2	10	9

Tablica 9. Analiza šestodijelne priče Nastavnika B .

Nastavnik C



Slika 21. Šaranje Nastavnika C

Jasminka .

Ja, penzioner. Živim na Jadranu.

2. Uživati u prirodnim ljepotama, putovati.
3. Teži ka ostvarenju cilja u teškim trenucima, ovo je motivacija.
4. Godine, maloljetna djeca...
5. Sama sebi.
6. Priča ima sretan završetak pun trenutaka u kojima ću se posvetiti sebi i članovima porodice.

Slika 22. Šestodijelna priča Nastavnika C

Analiza šestodijelne priče Nastavnika C

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Ja (C), penzioner (C). Živim (Ph) na Jadranu (C).

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Uživati (A) u prirodnim (Ph) ljepotama, putovati (Ph).

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunio?

Teži ka ostvarenju cilja (B) u teškim (-A) trenucima, ovo je motivacija (C).

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Godine (-C), maloljetna djeca (-S).

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

Sama sebi (B, C).

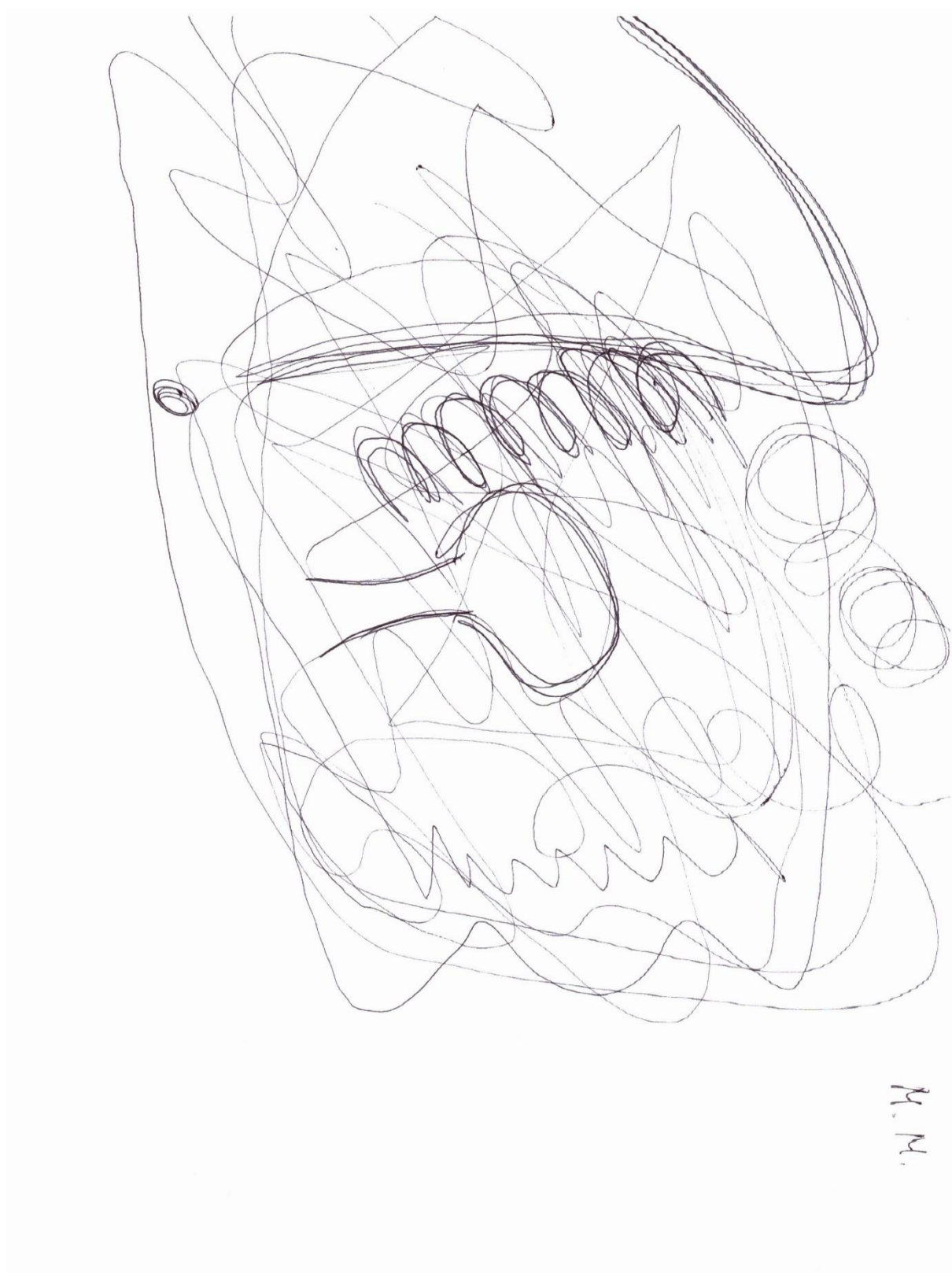
6. Kako priča završava?

Priča ima sretan (A) završetak pun trenutaka (C) u kojima ću se posvetiti (A) sebi i članovima porodice (S).

NC	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	2	3	1	–	6	3
–	–	1	1	–	1	–
Σ	2	2	0	–	5	3

Tablica 10. Analiza šestodijelne priče Nastavnika C.

Nastavnik D



Slika 23. Šaranje Nastavnika D

Kako izgleda, čime se bavi, gdje živi - glavni lik

M. M.

1. GLAVNI LIK DRVO

VISOKO, SA RAZGRANATOM KROŠNJOM, ZELENO - OLISTALO

2. Koji je glavni cilj glavnog lika, koja je njegova glavna misija, zbog čega je on tu

Drvo je tu da bi listalo, davalo plodove - jabuka je u pitanju da pruži hranu i odmor mještu zahvalnom putniku, posto se nalazi na nekoj livadi udaljenoj od naseljenog mjesta. Da nahrani djecu koja se igraju u blizini.

3. Šta čini da bi ispunio svoj zadatak?

Opstaje i na kiši i na suncu, kada ga vjetar povija.

4. Koje prepreke mu stoje da ispunji tu misiju?

U glavnom prepreka nema, možda ptice koje grizu plodove u krošnji, ili sušna godina pa jabuka ne daje plodove.

5. Ko može pomoći glavnom liku da savlada prepreke i ostvari svoj cilj?

- Priroda, vremenski uslovi, ljudi

Slika 24. Šestodijelna priča Nastavnika D (prvi dio)

6. Šta se dešava na kraju priče?

Na kraju priče drvo ispunilo sve svoje ciljeve, ljudi ubere njegove plodove, odmaraju se u njegovoj hladovini. Ali to nije kraj. Svako godišnje doba ovom drvetu daje posebnu čar, ova priča se ponavlja svake godine i svake naredne godine ono je ne ljepše i značajnije.

Slika 25. Šestodijelna priča Nastavnika D (drugi dio)

Analiza šestodijelne priče Nastavnika D

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Glavni lik je drvo (C, Ph), visoko (Ph), s razgranatom (Ph) krošnjom (C), zeleno (Ph) – olistalo (Ph).

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Drvo (C, Ph) je tu da bi listalo (Ph), davalo (Ph) plodove (C) – jabuka (C) je u pitanju, da pruži (Ph) hladovinu (C) i odmor (C) nekom zalutalom putniku (S), pošto se nalazi na nekoj livadi (Ph) udaljenoj od naseljenog (-S) mjesta. Da nahrani (Ph) djecu (S) koja se igraju (Ph) u blizini.

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunio?

Opstaje (Ph) i na kiši (Ph) i na suncu (C), kada ga vjetar (C) povija (Ph).

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Uglavnom prepreka nema, možda ptice (C) koje grizu (Ph) plodove (C) u krošnji (C) ili sušna (A) godina (C), pa jabuka (C) ne daje (-Ph) plodove (C).

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

Priroda (Ph), vremenski uslovi (Ph) i ljudi (S) mogu pomoći drvetu (C).

6. Kako priča završava?

Na kraju priče drvo (C, Ph) ispuni ove svoje ciljeve (B), ljudi (S) uberu (Ph) njegove plodove (C), odmaraju (-Ph) se u njegovoj hladovini (C). Ali to nije kraj (B). Svako godišnje doba (C) ovom drvetu (C) daje (Ph) posebnu (I) čar, ova priča se ponavlja (B) svake godine i svake naredne godine ono je sve ljepše (A) i snažnije (A).

ND	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	3	2	4	1	21	20
–	–	–	1	–	–	2
Σ	3	2	3	1	21	18

Tablica 12. Analiza šestodijelne priče Nastavnika D.

Nastavnik E



Slika 26. Šaranje Nastavnika E

- = GLAVNI LIK SAM JA ^{ESP} NASTAVNIK
PUTOVANJE NA IZLET STOLAC
- USPEŠAN PUT BEZ IZNEKADENJA,
OPUSTANJE, RELAKSACIJA, DRUŽENJE!
- = NASTOJI SVOJE KOLEGE INFORMISATI
I POJASNTI O SVIM POSTUPCIMA I
DESTINACIJAMA
- ~~TEMPERATURA~~ TEMPERTURA U HERCEGOVINI JE
EKSTREMNA I PRETALJA GLAVNU
PREPREKU, MOĆA MALA GOTOVA U
SAGORAVANJU
- POMOĆ OČEKUJEM OD SEKRETARA
NERADIVANJE JER JE OKUPIRAN
U OVU AKCIJOMI
- PRIČA SE ZAVRŠAVA TAKO DA
SE SINI, ZORAN I HORNI^{II} ZA
RAD VRAĆAMO KUĆI I OBRAVEŠTAVA

Slika 27. Šestodijelna priča Nastavnika E

Analiza šestodijelne priče Nastavnika E

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Glavni lik sam ja (C), nastavnik (C).

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Putovanje (Ph) na izlet (C) Stolac u (C). Uspješan (A) put (C) bez iznenađenja (C), opuštanje (C), relaksacija (C), druženje (S).

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunio?

Nastoji svoje kolege (S) informirati (C) i pojasniti (C) o svim postupcima (C) i destinacijama (C).

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Temperatura (C) u Hercegovini (C) je ekstremna (C) i predstavlja glavnu prepreku, možda mala (Ph) gužva (C) u saobraćaju (C).

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

Pomoć (C) očekujem od sekretara (S, C) Nerđihane (S) jer je uključena (Ph) u ovu aktivnost (C).

6. Kako priča završava?

Priča se završava tako da se živi (C) i zdravi (C, A) i „horni“ (C, A) za rad vraćamo (S) kući (C) i obvezama (C).

	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination – imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	–	3	5	–	25	3
–	–	–	–	–	–	–
Σ	–	3	5	–	25	3

Tablica 12. Analiza šestodijelne priče Nastavnika E.

Nastavnik F



Slika 28. Šaranje Nastavnika F

- 1) Abc je moj sin. To je vrlo pažljivo i dobar dječak. Ima 11 godina, ali za svoj uzrast je vrlo opješan i pametan. Njegove oči su vrlo istaknute, a njegova pogleda prijatna. Razbije je vrlo mirno za svoj uzrast. On je učenik 5. razreda.
- 2) On je moja radost, moja podrška, nešto lijepo i dobro u mom životu.
- 3) Vrlo je povratan i spreman da pomogne u svakoj situaciji.
- 4) Za svaku negativnu informaciju, ima uvijek siječi podrške, razumijevanja, pomoći...
- 5) Naravno ovom dragom liću uvijek sam ja podrška i spreman sam mu pomoći, ali ovom dragom dječaku i drugi žele pomoći zbog njegove prijatnosti i osjetljivosti, kako u razredu tako i u društvu, porodici...
- 6) Uživam sam i kad odraste da će ostati odana, povrvena, pohušna i dobra osoba kako prema sbi, tako i prema drugima.

Analiza šestodijelne priče Nastavnika F

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Abe (C, S) je moj sin (C). To je vrlo pažljiv (A) i dobar (A) dječak (C). Ima 11 godina (C), ali za svoj uzrast (C) je vrlo osjećajan (A) i pametan (A). Njegove oči (C) su vrlo iskrene (A), a njegova pojava (C) prijatna (A). Rastom (C) je vrlo visok (A) za svoj uzrast (C). On je učenik (C) 5. razreda (C).

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

On (C, S) je moja radost (A), moja podrška (A), nešto lijepo (A) i drago (A) u mom životu (C).

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunio?

Vrlo je privržen (A) i spreman (A) da pomogne (S) u svakoj situaciji (S).

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Za svaku negativnu informaciju (C), ima uvijek riječi (C) podrške (S), razumijevanja (C), pomoći (S).....

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispuni svoju misiju?

Naravno, ovom dragom (A) biću (C) uvijek sam ja (C) podrška (S) i spremna sam mu pomoći (S), ali ovom dragom (A) dječaku (C) i drugi (S) žele pomoći (C, S) zbog njegove prijatnosti (A) i osobnosti (A), kako u razredu (S) tako i u društvu (S), porodici (S)

6. Kako priča završava?

Sigurna sam (B) i kad odraste da će ostati odana (A), privržena (A), poslušna (A) i dobra (A) osoba (C, S) kako prema sebi (S), tako i prema drugima (S).

	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	1	21	16	–	21	–
–	–	–	–	–	–	–
Σ	1	21	16	–	21	–

Tablica 14. Analiza šestodijelne priče Nastavnika F

Nastavnik G



Slika 30. Šaranje Nastavnika G

1) ALADIXI JE MLAD ČOVJEK NEVJEROVATNE ENERGIJE, PRODUKTIVNOŠTI SA PUNO KREATIVNIH IDEJA ZAHUBJENIKU U ŽIVOT I ESTETIKU.

2) MIŠTA ALADINA JE DA BUDE KORISTAN OSOBA, JA JE OKRUŽI DRUGIM I PAMETNIM LJUDIMA, KOJI NEJEBIČNO DJELE ZNANJE, MUKOTRPNKO GA STIČU KAKO BI OBOGATILI SVOJU ENERGIJU.

3) ALADIXI ČITANI SVOJE URISEME I TROŠI GA KVALITETNO I KONCIZNO SA PLAKOM DA ISPUKLI SVOJE ZAMISLI.

4) PREPREKE KOJE STOJE NA PUTU TAKVOG OMA SU BORBA PROTIV NEZNANJA I SAGORJEVANJE LJENOSTI.

5) ALADIXU MOGU POMOCI DOBROKAMJERNI I UČENI LJUDI JAKOGI LIČNOG KARAKTERA SA JAŠIM DISCIPLINAMA.

6) ALADIN UZELA U SAKHANJU DA JE UČREKNOST + MUDROST + AKTIVNOST REZULTAT KVALITETNOG ŽIVOTA.....

Slika 31. Šestodijelna priča Nastavnika G

Analiza šestodijelne priče Nastavnika G

1. Tko/što je glavni lik Vaše priče? Opišite ga.

Aladin (I, C) je mlad (A) čovjek (C) nevjerovatne (A) energije (C) i produktivnosti (C) s puno kreativnih (I) ideja (C, I), zaljubljenik (A) u život (C) i estetiku (C, I).

2. Šta je misija/zadatak glavnog lika? Zbog čega postoji na ovome svijetu?

Misija Aladina (I, C) je da bude korisna (A) osoba (C), da se okruži (Ph) dragim (A) i pametnim (A) ljudima (S) koji nesebično (A) dijele (Ph, S) znanje (C) i mukotrpno (A) ga stiču (S) kako bi obogatili (A) svoju energiju (C, I).

3. Što sve čini da bi taj zadatak/misiju ispunio?

Aladin (I, C) cijeni svoje vrijeme (C) i troši ga kvalitetno (A) i koncizno (A) s planom (C) da ispunji svoje zamisli (C, I).

4. Koje prepreke stoje na putu ispunjenja misije/zadataka?

Prepreke koje stoje na putu takvog cilja su borba (C) protiv neznanja (-C) i sagorijevanje (Ph) ljenosti (A).

5. Tko/što može pomoći glavnom liku da ispunji svoju misiju?

Aladinu (I, C) mogu pomoći dobronamjerni (A) i učeni (A) ljudi (S) jakog (A) i lijepog (A) karaktera (C) s jasnim (A) disciplinama (C).

6. Kako završava priča?

Aladin (I, C) uživa (A) u saznanju (C) da je iskrenost (C) + mudrost (C) + aktivnost (Ph) rezultat kvalitetnog (A) života (C)...

	Belief – vjerovanje i vrijednosti	Affections – emocionalna dimenzija	Social – socijalna dimenzija	Imagination – imaginativna dimenzija	Cognition – mišljenje	Physical – fizička dimenzija.
+	–	19	4	10	24	4
–	–	–	–	–	1	–
Σ	–	19	4	10	23	4

Tablica 15. Analiza šestodijelne priče Nastavnika G

7.3. Komparacija dobivenih rezultata

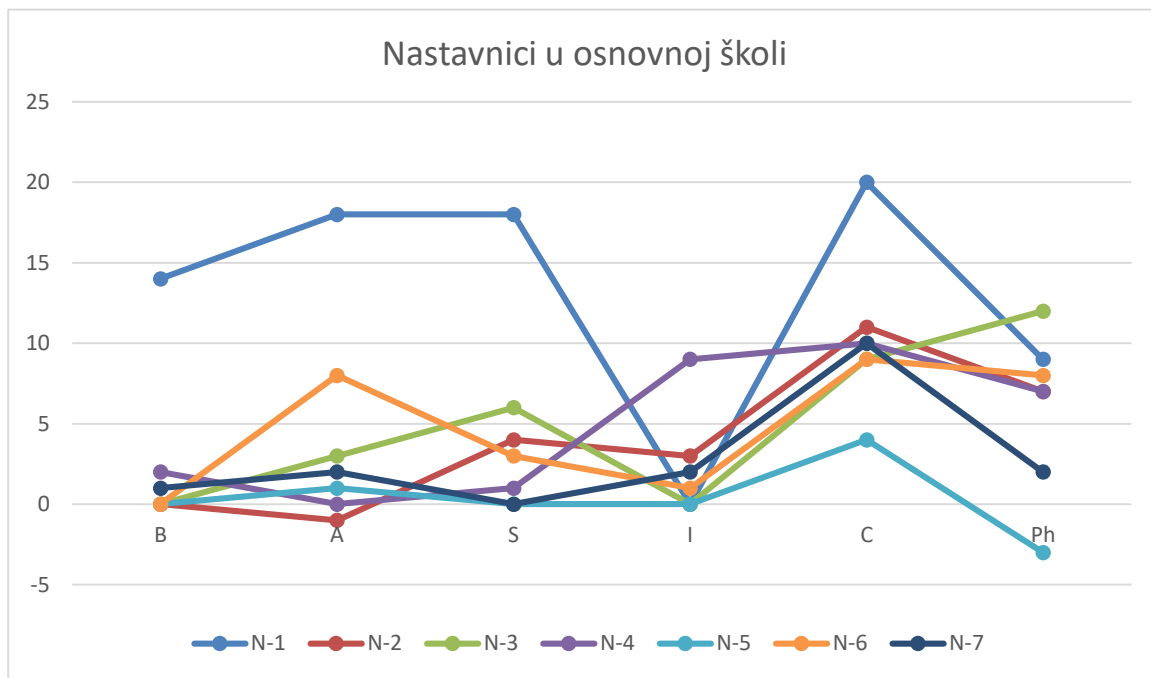
U ovome potpoglavlju predstavljen je profil nastavnika iz osnovne škole koji je dobiven računanjem prosječnih vrijednosti dobivenih rezultata nastavnika osnovne škole. Isto smo uradili i s dobivenih rezultatima nastavnika škole u bolnici. U posljednjem dijelu smo ta dva profila komparirali.

7.3.1. Profil nastavnika u redovnoj školi

U tabeli su prikazani rezultati dobiveni analizom šestodijelnih priča nastavnika iz redovne škole, a potom su ti rezultati prikazani u grafu.

NOŠ	B	A	S	I	C	PH
N-1	14	18	18	–	20	9
N-2	–	-1	4	3	11	7
N-3	–	3	6	–	9	12
N-4	2	–	1	9	10	7
N-5	–	1	–	–	4	-3
N-6	–	8	3	1	9	8
N-7	1	2	–	2	10	2
Σ	17 = 2,42	31 = 4,42	32 = 4,57	15 = 2,14	73 = 10,42	42 = 6

Tablica 16. Rezultati šestodijelnih priča nastavnika iz redovne škole



Graf 1. Nastavnici u osnovnoj školi

Prema dobivenim podacima, koji su prikazani u Tabeli 15 i na Grafu , najdominantniji kanal suočavanja je C kanal (kognitivni) čija je prosječna vrijednost 10,42. Zatim slijedi Ph kanal (fizička aktivnost) čija prosječna vrijednost iznosi 6. Potom slijede kanali S (socijalizacija) 4,57; zatim A kanal (emocije) čija je prosječna vrijednost 4,42 te B kanal (vjera, vjerovanje i stavovi) čija je prosječna vrijednost 2,42. I kanal (imaginacija) ima najmanju prosječnu vrijednost, a iznosi 2,14.

Možemo vidjeti da je jako malo razlika između kanala S (socijalizacija) 4, 57 i A kanala (emocije) 4,42; te između kanala B (vjera, vjerovanje i stavovi) 2,42 i kanala I (imaginacija) 2,14.

Jedino kod Nastavnika 2 je A kanal (emocije) negativan, a iznosi -1; dok je jedino kod Nastavnika 5 kanal Ph (fizička aktivnost) također negativan, a iznosi -3. Zanimljivo je da ima dosta „praznih“ kanala, koji se ne koriste. Kao što se može vidjeti iz dobivenih rezultata u Tabeli 15, u redovnoj školi nema nijedan nastavnik koji koristi sve kanale suočavanja. Kanal C (kognitivni) i kanal Ph (fizička aktivnost) koriste svi nastavnici.

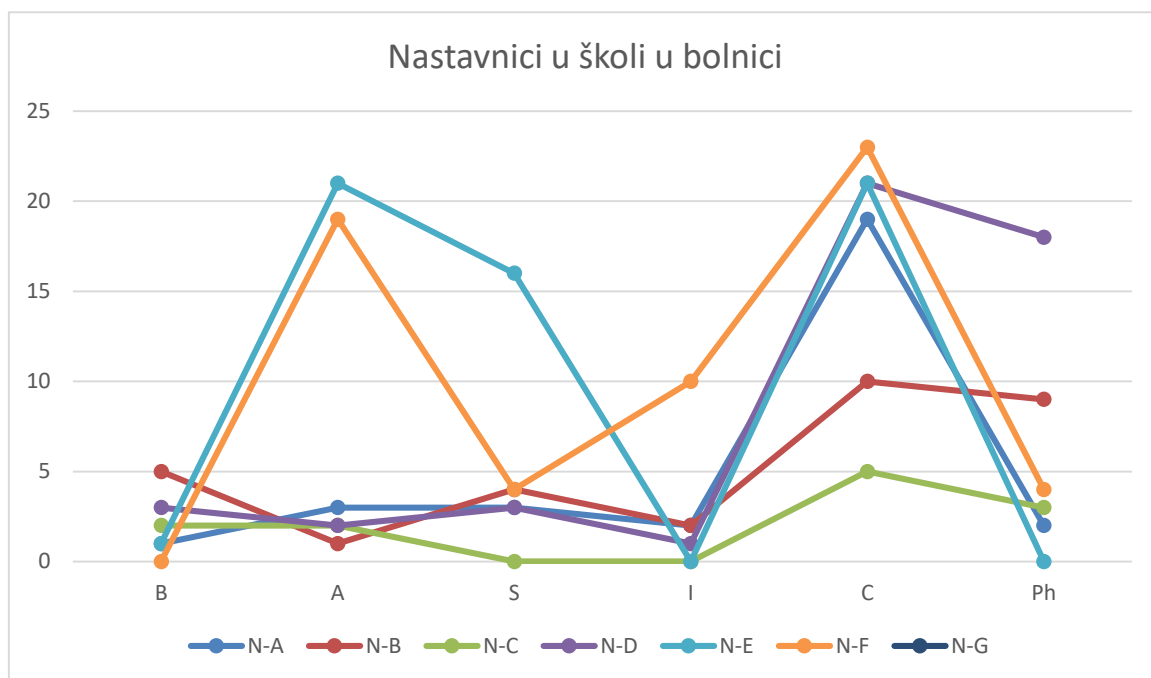
Ako bismo gledali pojedinačno svaki profil nastavnika, možemo reći da se posebno ističe Nastavnik 1, jer u svakom kanalu, osim I kanala (imaginacija), ima brojnija biranja u odnosu na ostale nastavnike. Također, kod nekih nastavnika možemo primijetiti da određene kanale koriste jako malo ili nikako, što pokazuju dobiveni rezultati u tim kanalima (0, 1, 2, 3).

7.3.2. Profil nastavnika u školi u bolnici

U tabeli su prikazani rezultati dobiveni analizom šestodijelnih priča nastavnika iz škole u bolnici.

NŠUB	B	A	S	I	C	PH
N-A	1	3	3	2	19	2
N-B	5	1	4	2	10	9
N-C	2	2	–	–	5	3
N-D	3	2	3	1	21	18
N-E	–	3	5	–	25	3
N-F	1	21	16	–	21	–
N-G	–	19	4	10	23	4
Σ	12 = 1,71	51 = 7,28	35 = 5	15 = 2,14	124 = 17,71	39 = 5,57

Tablica 17. Rezultati šestodijelnih priča nastavnika škole u bolnici



Graf 2. Nastavnici u školi u bolnici

Prema dobivenim podacima, koji su prikazani u Tabeli 16 i na Grafu 2, najdominantniji kanal suočavanja je C kanal (kognitivni) čija je prosječna vrijednost 17,71. Zatim slijedi A kanal (emocije) čija prosječna vrijednost iznosi 7,28. Potom slijede kanali Ph (fizička aktivnost) 5,57; zatim S kanal (socijalizacija) čija je prosječna vrijednost 5 te I kanal (imaginacija) čija je prosječna vrijednost 2,14. B kanal (vjera, vjerovanja, stavovi) ima najmanju prosječnu vrijednost, a iznosi 1,71.

Kao što se može vidjeti u Tabeli 16 i na Grafu 2, C kanal (kognitivni) je daleko izraženiji nego ostali kanali. Zanimljivo je da nema nijednog negativnog biranja, kao što ima u rezultatima nastavnika iz osnovne škole. U školi u bolnici tri nastavnika koriste svih šest kanala za suočavanje. Kanal C (kognitivni) i kanal A (emocije) koriste svi nastavnici.

Kod nekih nastavnika možemo primijetiti da određene kanale koriste jako malo ili nikako, što pokazuju dobiveni rezultati u tim kanalima (0, 1, 2, 3).

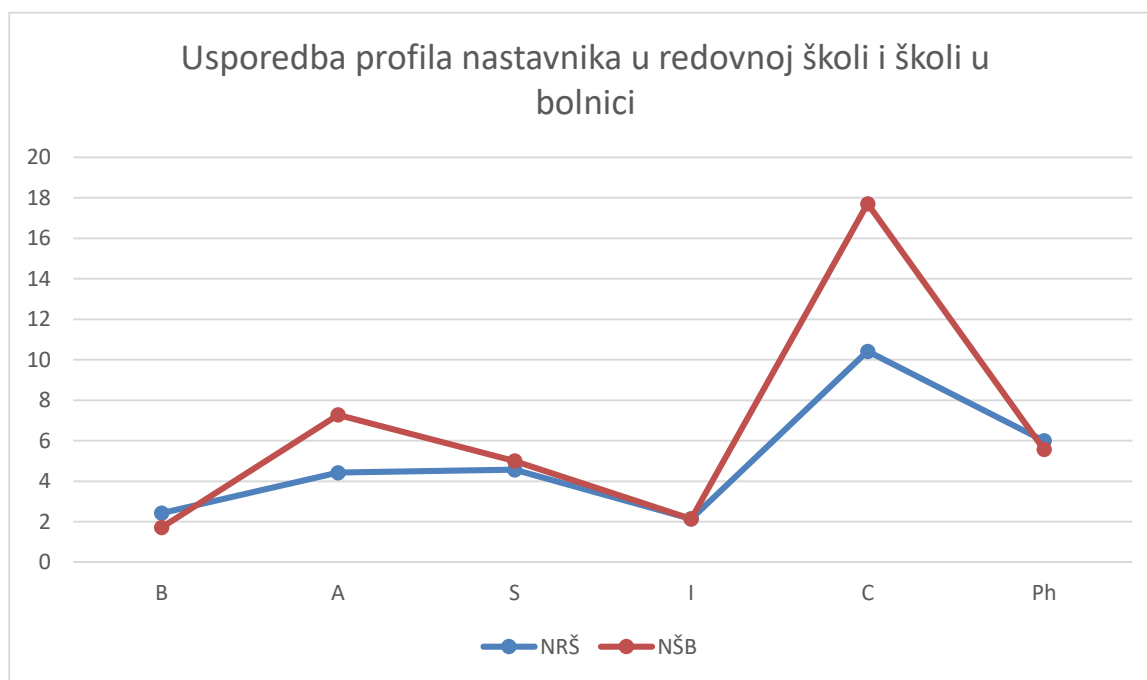
Ako bismo gledali pojedinačno svaki profil nastavnika, možemo reći da Nastavnik F ima najizraženiji rezultat u kanalima A (emocije) i S (socijalizacija), ali Nastavnik F je jedini nastavnik koji ne koristi Ph kanal (fizička aktivnost).

7.3.3. Usporedba profila nastavnika u redovnoj školi i u školi u bolnici

U tabeli su prikazani rezultati šestodijelnih priča nastavnika iz redovne škole i škole u bolnici. Navedeni rezultati su dobiveni računanjem prosječnih vrijednosti. Rezultati nastavnika iz osnovne škole su označeni skraćenicom NOŠ, a rezultati nastavnika iz škole u bolnici su označeni skraćenicom ŠuB.

	B	A	S	I	C	Ph
NOŠ	2,42	4,42	4,57	2,14	10,42	6
ŠuB	1,71	7,28	5	2,14	17,71	5,57

Tablica 18. Rezultati šestodijelnih priča nastavnika iz redovne škole i škole u bolnici



Graf 3. Usporedba nastavnika u redovnoj školi i školi u bolnici

Prema dobivenim podacima, koji su prikazani u Tabeli 17 i na Grafu 3, najdominantniji kanal suočavanja i kod nastavnika u osnovnoj školi i kod nastavnika u školi u bolnici je C kanal (kognitivni) čije je prosječne vrijednosti iznose 10,42 u osnovnoj školi i 17,71 u školi u bolnici. Kod obje skupine kanal B (vjera, vjerovanje, stavovi) ima najnižu prosječnu vrijednost, a ona iznosi 2,42 za osnovnu školu i 1,71 za školu u bolnici.

Zanimljivo je da je I kanal (imaginacija) potpuno isti kod obje skupine nastavnika. Između kanala Ph (fizička aktivnost) je jako mala razlika i to u osnovnoj školi 6, a 5,57 u školi u bolnici. Također, dobiveni rezultati u B kanalu (vjera, vjerovanje, stavovi) se malo razlikuju, a iznose za osnovnu školu 2,42 i 1,71 za školu u bolnici. Isto vrijedi i za kanal S (socijalizacija) čiji rezultati su za osnovnu školu 4,57, a 5 za školu u bolnici. Dok je A kanal (emocije) prisutniji kod bolničkih nastavnika nego kod nastavnika u osnovnoj školi.

Ako kažemo da je razlika između nastavnika u osnovnoj školi i nastavnika u školi u bolnici statistički značajna, onda smo utvrdili da ona nije slučajna, nego vjerojatno postoji i među populacijama.

Ako razlika nije statistički značajna, onda je posljedica variranja uzoraka, a vjerojatno među populacijama nema nikakve razlike.

U ovoj fazi ćemo, ipak, ostati na deskriptivnoj statistici koju smo već predstavili pomoću grafova, tablica i naracija.

Ali, za buduća istraživanja na ovu temu se može koristiti:

- a) Veći i ujednačeniji uzorak koji je reprezentativan,
- b) Izračun T-testova i T-vrijednost na ovom uzorku.

Na osnovu dobivenih rezultata možemo reći da imamo razlike o kojima se dalje može razgovarati: kako to da je C kanal dominantan i da se ističe kod obje grupe nastavnika; a da su B i I kanali kod obje grupe jako niski, a istovremeno je I kanal potpuno isti kod obje grupe; kako to su Ph i S kanali ujednačeni, a da je A kanal prisutniji kod bolničkih nastavnika? Pitamo se, budući da je I kanal nizak, koliko nastavnici sebi dozvoljavaju maštanja (imaginacije)? Recimo ako je Nastavnik A nastavnik muzike ili sporta, a njegov profil ima jako malo ili nikako imaginacije. Ako gledamo profil Nastavnika 2 možemo uočiti veliku neravnotežu između kanala B i C. Kada gledamo A kanal u profilu Nastavnika 2, vidimo da on iznosi -1. pitamo se

šta je najgore u komunikaciji s drugima? Šta se dešava kada Nastavnik 2 nešto želi uraditi s djecom, ali djeca to neće i ignoriraju nastavnika?

Nadalje, kako to da tri nastavnika u školi u bolnici koriste sve kanale suočavanja, dok nijedan nastavnik u osnovnoj školi ne koristi sve kanale suočavanja. Ovo su samo neka od pitanja koja se možemo pitati nakon dobivenih rezultata.

Važno je napomenuti da su svi prikazani podaci prikupljeni na uzorku od 14 nastavnika, te da se radi o malom uzorku. Dobivene rezultate ne možemo generalizirati, jer je riječ o manjoj grupi i određenoj skupini ljudi koji ne predstavljaju cijelu populaciju. Dobiveni rezultati mogu poslužiti u svrhu ilustracije trenutnog stanja i dijagnosticiranja potreba za dubljim analizama. Neka od prethodno navedenih pitanja nam mogu poslužiti za buduća istraživanja istih ili sličnih tema.

ZAKLJUČAK

Bolest najjednostavnije možemo definirati kao nedostatak zdravlja. Teško se nositi sa spoznajom da je netko nama drag, član porodice ili prijatelj, teško bolestan. Bolest posebno teško prihvaćaju malena djeca. Zbog bolesti osobe često moraju biti hospitalizirane. Hospitalizacija uvelike utječe na djecu zbog promjene poznate okoline i odvajanja od roditelja. Tijekom boravka u bolnici, djeca nisu u mogućnosti pohađati nastavu u matičnoj školi. Budući da djeca imaju pravo na obrazovanje, došlo se do ideje da se otvore škole u bolnici. Na taj način hospitalizirani učenici bi mogli prisustvovati nastavi, a položeni predmeti su priznati i u matičnim redovnim školama. Bolnički nastavnici prilagođavaju nastavu učeniku u skladu s njegovim zdravstvenim stanjem.

BASIC Ph je multifaktorska teorija čiji je autor Mooli Lahad. Ova teorija govori o suočavanju sa stresnim situacijama. Prema teoriji postoji šest kanala za suočavanje, a to su: vjera i vjerovanje (B), emocije (A), socijalizacija (S), imaginacija (I), kognicija (C) i fizička aktivnost (Ph). Djeca i odrasli često nisu u stanju verbalizirati svoja osjećanja i misli. Stoga nam je za nesmetanu komunikaciju potreban indirektan kontakt. Crtež može biti jedan vid indirektnog kontakta. Svatko od nas drugačije vidi i doživljava svijet koji nas okružuje. Što bolje poznajemo osobu, možemo ostvariti bolju komunikaciju. Pomoću analize crteža, pismenih sastava ili omiljenih priča koje osoba bira, možemo stvoriti potpuniju sliku o odnosu pojedinca prema samome sebi i prema svijetu u kojem živi.

U ovome istraživanju ispitali smo sličnosti i razlike strategija u suočavanju nastavnika u Osnovnoj školi Vrhbosna i nastavnika u Školi u bolnici. Uzorak je sačinjavao 14 nastavnika i to sedam nastavnika u osnovnoj školi i 7 nastavnika u školi u bolnici.

Dobiveni rezultati su pokazali da nastavnici u osnovnoj školi i nastavnici u školi u bolnici najviše koriste C kanal (kognicija), dok se najmanje koriste kanali B (vjera i vjerovanje) i I (imaginacija). Zanimljivo je da su prosječne vrijednosti za I kanal potpuno iste i u osnovnoj školi i školi u bolnici. Kod kanala S (socijalizacija) i Ph (fizička aktivnost) dobiveni rezultati se ne razlikuju mnogo, dok je A kanal (emocije) izraženiji kod nastavnika u školi u bolnici nego u redovnoj školi. Nastavnici škole u bolnici koriste više različitih kanala za suočavanje u odnosu na nastavnike u osnovnoj školi.

LITERATURA

1. Abadžija, M. (2015). *Inicijalno obrazovanje predmetnih nastavnika u BiH*. Sarajevo: CPU.
2. Ajduković, M. (1997). *Grupni pristup u psihosocijalnom radu (Group Approach to Psychosocial Work)*. Zagreb: Society for Psychological Assistance.
3. Brajša, P. (1994). *Pedagoška komunikologija*. Zagreb: Školska knjiga.
4. Brataninć, M. (1990). *Mikropedagogija. Interakcijsko-komunikacijski aspekt odgoja*. Zagreb: Školska knjiga.
5. Bučević-Sanvincenti, L. (2010), *Bolničke knjižnice i održavanje školske nastave u Zagrebu*. Zagreb: Knjižnice grada Zagreba.
6. Đapić, R. (1993). *Dječiji crtež u preventivnim i terapijskim intervencijama u školi*. Sarajevo: Filozofski fakultet.
7. Đapić, R. i sur. (1997). *Psihosocijalna pomoć učenicima i roditeljima u ratu (Zbirka tekstova i radnih materijala sa seminara i simpozija)*. Sarajevo: Ministarstvo obrazovanja, nauke, kulture i sporta.
8. Enciklopedijski rječnik pedagogije (1963). Hrvatska: Zagreb.
9. Franković, D., Predrag, Z., Šimleša, P. (1963). *Enciklopedijski rječnik pedagogije*. Zagreb: Matica Hrvatska.
10. Gudjons, H. (1994). *Pedagogija – temeljna znanja*. Zagreb: Educa.
11. Havelka, M. (1994). *Zdravstvena psihologija*. Zagreb: Školska knjiga.
12. Kosec, M. (2015). *Medicinska psihologija bolesnog djeteta, završni rad*. Varaždin: Sveučilište Sjever.
13. Kuterovac, G. (1992). *Ratni stres u djece: suzbijanje, posljedice i liječenje*. Zagreb: Ministarstvo obrane Republike Hrvatske.
14. Lahad, M., Shacham, M., Ayalon, O. (2013). *The „Basic Ph“ Model of Coping and Resiliency*. London: Jessica Knigsley Publishers.
15. Mavrak, M. (2002). *Kvaliteta komunikacije među agensima socijalizacije u pedagoškom radu sa zdravom i hronično bolesnom djecom: doktorska disertacija*. Sarajevo: Filozofski fakultet.
16. Mavrak, M. (2003). *Srcem do zdravlja - priručnik za nastavnike*. Sarajevo: ICI.

17. Miholić, D., Prstačić, M., Nikolić, B. (2013). *Art/ekspresivne terapije i sofrologija u analizi mehanizama suočavanja u djeteta s malignim oboljenjem*. Zagreb: Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, Vol 49.
18. Muminović, H. (2013). *Osnovi didaktike*. Sarajevo: DES.
19. Mužić, V. (1979). *Metodologija pedagoškog istraživanja*. „Svjetlost“, Sarajevo.
20. Mužić, V. (1999). *Uvod u metodologiju istraživanja odgoja i obrazovanja*. Zagreb: EDUCA.
21. Pedagoški leksikon (1996). Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva
22. Pehar, L., Peksin, V. (2015). *Putokazi za bolji život (upozavanje sebe i drugih)*. Fojnica: Štamparija Fojnica.
23. Potkonjak, N., Šimleša, P. (ur.), (1989). *Pedagoška enciklopedija 2*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
24. Potkonjak, N., Šimleša, P. (ur.), (1989). *Pedagoška enciklopedija 1*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
25. Šagud, M. (2011). *Inicijalno obrazovanje odgajatelja i profesionalni razvoj*. Zagreb: Filozofski fakultet.
26. Vujević, M. (2006). *Uvođenje u znanstveni rad*. Zagreb: Školska knjiga.
27. Vukasović, Ante (1988). *Pedagogija*. Zagreb: Hrvatski katolički zbor „MI“.
28. Vuletić, A., Kardum, G., Reić-Ercegovac, I. (2017). *Analiza dječjeg crteža kronično i akutno oboljele djece*. Split: Filozofski fakultet.
29. Zakon o osnovnom odgoju i obrazovanju Bosansko-podrinjskog kantona, (2004). Goražde: Službene novine Bosansko-podrinjskog kantona Goražde», broj: 02/02.
30. Zakon o osnovnom odgoju i obrazovanju KS, (2017). Sarajevo: Službene novine Kantona Sarajevo, broj 23.
31. Žugaj, M. i dr. (2006). *Temelji znanstveno-istraživačkog rada. metodologija i metodika*. Varaždin: Fakultet organizacije i informatike.

Izvori s web stranica

1. Europska udruga za djecu u bolnici, (1988). *Povelja o pravima djece u bolnici*. Leiden, Dostupno na:
http://www.kbc-rijeka.hr/docs/Povelja_o_pravima_djeteta_u_bolnici_EACH.pdf
Zadnji put gledano: ožujak, 2019.
2. Halmi, A. (2013). *Kvalitativna istraživanja u obrazovanju*. Zadar: Sveučilište u Zadru, Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?id_clanak_jezik=191497&show=clanak.
Zadnji put gledano: veljača, 2019.
3. HOPE (2000). *Prava i obrazovne potrebe bolesne djece i adolescenata*. Barcelona, Dostupno na:
https://www.hospitalteachers.eu/wpcontent/uploads/HOPECharter_2018/Charter_CRO.pdf Zadnji put gledano: ožujak, 2019.
4. Slatina, M. (2007). *Seminarski i diplomski rad u univerzitetnoj nastavi*. Izvor:
http://www.pedagogijaffsa.com/index.php?option=com_content&task=view&id=28
5. UN, (1989). *Konvencija o pravima djeteta*. Dostupno na:
https://www.ombudsmen.gov.ba/documents/ombudsmen_doc2013031807224360cro.pdf Zadnji put gledano: ožujak 2019.