

**PEDAGOŠKE STRATEGIJE VZGOJITELJIC V
BOLNIŠNIČNEM ODDELKU PRI DELU S
HOSPITALIZIRANIMI PREDŠOLSKIMI OTROKI**

Raziskovalna naloga

Slovenj Gradec, februar 2026

Simona Jamnikar,
mag. prof. inkl. ped.

KAZALO VSEBINE

POVZETEK	2
ABSTRACT	2
1 UVOD	3
1.1 Opredelitev raziskovalnega področja	3
1.2 Namen in cilji raziskovalne naloge	3
1.3 Raziskovalna vprašanja in omejitve pri obravnavanem problemu	4
1.4 Raziskovalna metoda	4
2 TEORETIČNI DEL	6
2.1 Hospitalizacija predšolskega otroka	6
2.1.1 Pojem hospitalizacije in njen pomen v predšolskem obdobju	6
2.1.2 Otrokov oživljanje bolezni in bolnišničnega okolja	6
2.1.3 Čustveni in vedenjski odziv predšolskega otroka	7
2.1.4 Pomen varnosti, rutine, odnosa in igre v času hospitalizacije	7
2.1.5 Vpliv hospitalizacije na otrokovo počutje in razvoj	7
2.1.6 Pravice hospitaliziranega predšolskega otroka in vloga staršev	8
2.2 Bolnišnični vrtec in koncept dela v bolnišničnem oddelku	8
2.2.1 Opredelitev bolnišničnega vrtca in bolnišničnega oddelka	9
2.2.2 Cilji bolnišnične vzgoje	9
2.2.3 Pomen kontinuitete vzgojno-izobraževalnega procesa	9
2.2.4 Posebnosti pedagoškega dela v bolnišnici	10
2.2.5 Sodelovanje z zdravstvenim osebjem in starši	10
2.2.6 Inkluzija v bolnišničnem vrtcu in šoli	10
2.2.7 Organizacijski vidik bolnišničnega vrtca in šole	11
2.2.8 Razlike in povezave med bolnišničnim vrtcem in bolnišnično šolo	11
2.3 Vloga bolnišnične vzgojiteljice pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki	12
2.3.1 Vloga in naloge vzgojiteljice v bolnišničnem oddelku	12
2.3.2 Strokovne in osebnostne kompetence bolnišnične vzgojiteljice	12
2.3.3 Odnos, komunikacija in empatija v bolnišničnem okolju	13
2.3.4 Vzgojiteljica kot podpora in povezovalna oseba	13
2.3.5 Prilagajanje pedagoškega dela otrokovemu zdravstvenemu stanju	13
2.3.6 Komunikacija, atravmatski pristop in profesionalna vloga bolnišnične vzgojiteljice	13
2.4 Pedagoške strategije pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki	14
2.4.1 Pedagoške strategije v predšolski vzgoji	14
2.4.2 Pedagoške strategije v bolnišničnem okolju	15
2.4.3 Pedagoške strategije v luči Kurikuluma za vrtce	16
2.4.3.1 Učenje skozi igro	16
2.4.3.2 Izkusveno učenje	17
2.4.3.3 Individualizacija	18

2.4.3.4	Sodelovalno učenje	18
2.4.3.5	Projektno učenje	19
2.4.3.6	Ustvarjalno izražanje	20
2.4.3.7	Učenje z zgledom	21
2.5	Teoretična izhodišča raziskave	21
3	EMPIRIČNI DEL	23
3.1	Raziskovalni pristop in metoda	23
3.2	Raziskovalne hipoteze	23
3.3	Vzorec raziskave	24
3.4	Instrument	24
3.5	Postopek zbiranja podatkov	24
3.6	Načrt analize podatkov	25
4	REZULTATI	26
4.1	Najvišja dosežena stopnja izobrazbe vzgojiteljic	26
4.2	Delovna doba vzgojiteljic na področju predšolske vzgoje	26
4.3	Trajanje dela vzgojiteljic v bolnišničnem oddelku	27
4.4	Starostne skupine hospitaliziranih otrok, s katerimi vzgojiteljice najpogosteje delajo	28
4.5	Pogostost neposrednega stika s hospitaliziranimi otroki	29
4.6	Pedagoške strategije v bolnišničnem oddelku	30
4.7	Zaznana učinkovitost pedagoških strategij	31
4.8	Analiza odprtih vprašanj	32
4.8.1	Najpogosteje uporabljene pedagoške strategije pri delu s hospitaliziranimi otroki	33
4.8.2	Prilagajanje pedagoških strategij glede na otrokovo zdravstveno stanje in trenutno počutje	34
4.8.3	Primeri posebej učinkovitih pedagoških dejavnosti in strategij	35
4.8.4	Najpogostejši izzivi pri izvajanju pedagoških strategij v bolnišničnem okolju	36
4.8.5	Vpliv omejitev bolnišničnega okolja na pedagoško delo	37
4.8.6	Prispevek pedagoških strategij k dobremu počutju in doživljanju hospitalizacije	38
4.8.7	Predlagane izboljšave za kakovostnejše pedagoško delo v bolnišničnem oddelku	39
4.9	Sintezni povzetek rezultatov raziskave	41
5	RAZPRAVA	42
5.1	Pedagoške strategije pri delu s hospitaliziranimi otroki	42
5.2	Prilagajanje pedagoških strategij glede na zdravstveno stanje in trenutno počutje otroka	43

5.3	Zaznana učinkovitost pedagoških strategij pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki	44
5.4	Izzivi pri načrtovanju pedagoških strategij v bolnišničnem oddelku	45
5.5	Izvirni prispevek k praksi	46
6	SKLEP	47
7	VIRI IN LITERATURA	49
8	PRILOGA – ANKETNI VPRAŠALNIK	51

KAZALO GRAFOV IN TABEL

Graf 1: Najvišja dosežena stopnja izobrazbe vzgojiteljic	26
Graf 2: Delovna doba vzgojiteljic na področju predšolske vzgoje	27
Graf 3: Trajanje dela vzgojiteljic v bolnišničnem oddelku	28
Graf 4: Starostne skupine hospitaliziranih otrok, s katerimi vzgojiteljice najpogosteje delajo	29
Graf 5: Pogostost neposrednega stika s hospitaliziranimi otroki	30
Graf 6: Pedagoške strategije v bolnišničnem oddelku	31
Graf 7: Zaznana učinkovitost pedagoških strategij.....	32
Tabela 1: Najpogosteje uporabljene pedagoške strategije pri delu s hospitaliziranimi otroki	33
Tabela 2: Prilagajanje pedagoških strategij glede na otrokovo zdravstveno stanje in trenutno počutje.....	34
Tabela 3: Primeri posebej učinkovitih pedagoških dejavnosti in strategij	35
Tabela 4: Najpogostejši izzivi pri izvajanju pedagoških strategij v bolnišničnem okolju	36
Tabela 5: Vpliv omejitev bolnišničnega okolja na pedagoško delo	37
Tabela 6: Prispevek pedagoških strategij k dobremu počutju in doživljanju hospitalizacije....	38
Tabela 7: Predlagane izboljšave za kakovostno pedagoško delo v bolnišničnem oddelku	40

POVZETEK

Raziskava obravnava pedagoške strategije vzgojiteljic pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki v bolnišničnem oddelku. Namen raziskave je bil ugotoviti, katere strategije vzgojiteljice najpogosteje uporabljajo, kako jih prilagajajo glede na zdravstveno stanje in počutje, katere strategije zaznavajo kot najbolj učinkovite ter s katerimi izzivi se pri tem srečujejo.

Uporabljen je bil neeksperimentalni deskriptivni pristop z anketnim vprašalnikom, ki je vključeval vprašanja odprtega in zaprtega tipa. V raziskavi je sodelovalo štirinajst bolnišničnih vzgojiteljic.

Rezultati so pokazali, da vzgojiteljice najpogosteje uporabljajo učenje skozi igro, individualizacijo in strategije čustvene podpore. Pedagoško delo pomembno prispeva k otrokovi čustveni stabilnosti in občutku varnosti, kljub organizacijskim in časovnim omejitvam bolnišničnega okolja.

Ključne besede: bolnišnična vzgojiteljica, bolnišnični oddelek vrtca, hospitaliziran predšolski otrok, pedagoške strategije

ABSTRACT

The study examines the pedagogical strategies used by educators when working with hospitalized preschool children in hospital wards. The purpose of the study was to determine which strategies educators use most often, how they adapt them to the health status and well-being of the children, which ones they perceive as most effective, and what challenges they face in doing so.

A non-experimental descriptive approach was used with a questionnaire that included open-ended and closed-ended questions. Fourteen hospital educators participated in the study.

The results showed that educators most often use learning through play, individualisation and emotional support strategies. Pedagogical work contributes significantly to children's emotional stability and sense of security, despite the organisational and time constraints of the hospital environment.

Keywords: hospital educator, hospital kindergarten department, hospitalized preschool child, pedagogical strategies

1 UVOD

1.1 Opredelitev raziskovalnega področja

Hospitalizacija za predšolskega otroka predstavlja pomemben poseg v njegovo vsakdanje življenje, saj je otrok za krajši ali daljši čas ločen od domačega okolja, vrstnikov ali ustaljene rutine. Bivanje v bolnišnici je pogosto povezano s strahom, negotovostjo, bolečino ter čustvenim stresom, kar lahko vpliva na otrokovo počutje, vedenje in razvoj. V takšnem okolju ima vzgojiteljica v bolnišničnem oddelku pomembno vlogo, saj s svojim pedagoškim delovanjem prispeva k humanizaciji hospitalizacije ter k zagotavljanju občutka varnosti, sprejetosti in kontinuitete vzgojno-izobraževalnega procesa.

Pedagoško delo v bolnišničnem oddelku se bistveno razlikuje od dela v rednem vrtcu, saj zahteva ostalo prilagajanje pedagoških strategij glede na otrokovo zdravstveno stanje, trenutno počutje, dolžino hospitalizacije ter organizacijske in prostorske omejitve bolnišničnega okolja. Kljub temu so pedagoške strategije vzgojiteljic v bolnišničnih oddelkih v strokovni in raziskovalni literaturi manj sistematično obravnavane, še posebej z vidika praktičnih izkušenj vzgojiteljic, njihovega zaznavanja učinkovitosti posameznih strategij ter izzivov, s katerimi se srečujejo pri svojem delu. Kljub pomembni vlogi vzgojiteljic je njihovo pedagoško delovanje v bolnišničnem okolju v strokovni literaturi še vedno razmeroma slabo raziskano.

1.2 Namen in cilji raziskovalne naloge

Namen raziskave je bil poglobljeno proučiti pedagoške raziskave, ki jih vzgojiteljice uporabljajo pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki v bolnišničnem okolju ter osvetliti načine njihovega prilagajanja specifičnim razmeram bolnišničnega okolja. Z raziskavo smo želeli pridobiti vpogled v izkušnje vzgojiteljic, njihovo zaznavanje učinkovitosti posameznih pedagoških strategij ter izzive, s katerimi se srečujejo pri izvajanju pedagoškega dela v bolnišnici. Namen raziskave je bil tudi prispevati k boljšemu razumevanju vloge vzgojiteljice v bolnišničnem oddelku ter poudariti pomen poglobljenih pedagoških strategij za podporo otrokovemu počutju, razvoju in lažjemu soočanju s hospitalizacijo.

Cilji raziskave:

1. Ugotoviti, katere pedagoške strategije vzgojiteljice uporabljajo pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki v bolnišničnem oddelku;
2. raziskati, kako vzgojiteljice prilagajajo pedagoške strategije glede na otrokovo zdravstveno stanje, počutje in individualne potrebe;

3. ugotoviti, katere pedagoške strategije vzgojiteljice zaznavajo kot najbolj učinkovite pri delu s hospitaliziranimi otroki;
4. identificirati izzive, s katerimi se vzgojiteljice srečujejo pri načrtovanju in izvajanju pedagoških strategij v bolnišničnem okolju;
5. prispevati k boljšemu razumevanju vloge vzgojiteljice v bolnišničnem oddelku ter pomena prilagojenih pedagoških strategij za dobro počutje in razvoj hospitaliziranih predšolskih otrok.

1.3 Raziskovalna vprašanja in omejitve pri obravnavanem problemu

1. Katere pedagoške strategije vzgojiteljice uporabljajo pri delu v bolnišničnem oddelku s hospitaliziranimi otroki?
2. Na kakšen način vzgojiteljice prilagajajo pedagoške strategije glede na zdravstveno stanje in trenutno počutje hospitaliziranega otroka?
3. Katere pedagoške strategije vzgojiteljice zaznavajo kot najbolj učinkovite pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki?
4. S katerimi izzivi se vzgojiteljice srečujejo pri načrtovanju in izvajanju pedagoških strategij v bolnišničnem okolju?

1.4 Raziskovalna metoda

V raziskavi smo uporabili kombinirani raziskovalni pristop, ki je temeljil na povezovanju kvantitativne in kvalitativne raziskovalne metode. Takšen pristop smo izbrali, ker smo želeli pridobiti celovitejši vpogled v pedagoške strategije vzgojiteljic pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki v bolnišničnem oddelku ter hkrati upoštevati kompleksnost pedagoškega dela v specifičnem bolnišničnem okolju.

Kvantitativni del raziskave je temeljil na uporabi ankete z zaprtimi vprašanji, s katerimi ste pridobili podatke o pogostosti uporabe posameznih pedagoških strategij ter o zaznavanju njihove učinkovitosti pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki. Zaprta vprašanja so nam omogočila sistematično zbiranje podatkov in njihovo pregledno prikazovanje.

Kvalitativni del raziskave je vključeval odprta anketna vprašanja, s katerimi smo pridobili poglobljene opise izkušenj vzgojiteljic, načine prilagajanja pedagoških strategij glede na otrokovo zdravstveno stanje in počutje ter zaznane izzive pri izvajanju pedagoškega dela v bolnišničnem oddelku. Odprta vprašanja so nam omogočila razumevanje pomenov, ki jih vzgojiteljice pripisujejo svojemu delu in uporabljenim pedagoškim strategijam.

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi pedagoškega raziskovanja, saj smo opisovali obstoječe stanje in pedagoško prakso vzgojiteljic v bolnišničnem oddelku ter na interpretativni

metodi, s pomočjo katere smo razlagali pridobljene kvalitativne podatke. Z izbranim raziskovalnim pristopom smo zagotovili smiselno povezovanje empiričnih ugotovitev s teoretičnimi izhodišči s področja predšolske vzgoje v povezavi z bolnišničnim delom.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 Hospitalizacija predšolskega otroka

Hospitalizacija v predšolskem obdobju za otroka predstavlja pomembno in pogosto stresno življenjsko izkušnjo, saj pomeni nenadno prekinitev vsakodnevne rutine, ločitev od domačega okolja ter soočenje z boleznijo in neznanim bolnišničnim okoljem. Predšolski otrok se v času hospitalizacije znajde v okolju, ki ga zaznamujejo zdravstveni postopki, omejitve gibanja ter spremenjeni socialni odnosi, kar lahko pomembno vpliva na njegovo čustveno in vedenjsko odzivanje. Raziskave kažejo, da hospitalizacija pri otrocih pogosto sproži občutke strahu, negotovosti in izgube nadzora nad situacijo, pri čemer so ti odzivi v predšolskem obdobju še posebej izraziti (Cugmas in Smeh, 2018).

Zaradi razvojnih značilnosti predšolski otrok bolezni in hospitalizacije še ne razume v celoti, temveč dogajanje predvsem razume na čustveni ravni. Nezmožnost razumevanja vzrokov in poteka zdravljenja lahko poveča otrokovo stisko, zato hospitalizacija v tem obdobju zahteva posebno pozornost in podporo odraslih oseb.

2.1.1 Pojem hospitalizacije in njen pomen v predšolskem obdobju

Hospitalizacija je opredeljena kot začasno ali dolgotrajnejše bivanje otroka v bolnišnici zaradi bolezni, poškodb ali diagnostičnih in terapevtskih postopkov. Novak (2016) navaja, da hospitalizacija pomeni poseg v otrokovo telesno in psihično ravnovesje, saj otrok izgubi znano okolje, ustaljene navade ter občutke varnosti, ki mu ga zagotavlja domače okolje.

V predšolskem obdobju se otrok nahaja v intenzivnem razvojnem procesu, v katerem se oblikujejo temeljni občutki zaupanja, samostojnosti in čustvene regulacije. Zaradi tega so vplivi hospitalizacije v tem obdobju še posebej občutni. Cugmas in Smeh (2018) poudarjata, da predšolski otroci pogosto ne razumejo vzrokov bolezni in hospitalizacije ter jih lahko doživljajo kot kazen ali posledico lastnega vedenja. Takšno razumevanje lahko vodi v povečano anksioznost in občutke krivde.

2.1.2 Otrokovo oživljanje bolezni in bolnišničnega okolja

Doživljanje bolezni in bolnišničnega okolja je pri predšolskem otroku močno povezano z njegovimi razvojnimi značilnostmi, preteklimi izkušnjami ter odzivi odraslih oseb v njegovi bližini. Bolnišnica za otroka predstavlja neznano okolje z novimi pristopi, osebjem, zvoki in zdravstvenimi pristopi, ki jih pogosto doživlja kot neprijetne in boleče (Cugmas in Smeh, 2018).

Novak (2016) ugotavlja, da otroci pred, med in po hospitalizaciji doživljajo različne oblike stiske, strahu in žalosti, pri čemer je intenzivnost doživljanja odvisna od trajanja hospitalizacije, starosti otroka ter prisotnosti staršev. Pomembno vlogo pri otrokovem doživljanju ima tudi čustveno stanje staršev in zdravstvenega osebja, saj otrok pogosto prevzema njihove odzive in čustva.

2.1.3 Čustveni in vedenjski odziv predšolskega otroka

Hospitalizacija se pri predšolskem otroku pogosto izraža v različnih čustvenih in vedenjskih odzivih. Med najpogostejšimi so strah pred neznanim, ločitvena stiska, jok, razdražljivost ter umik vase. Cugmas in Smeh (2018) navajata, da se pri hospitaliziranih otrocih pogosto pojavljajo tudi vedenjski odzivi, kot so upiranje zdravstvenim postopkom, pasivnost in povečana potreba po bližini odraslih oseb.

Pogost pojav v času hospitalizacije je tudi regresija, pri kateri se otrok začasno vrača k vedenjem, značilnim za zgodnejša razvojna obdobja (npr. sesanje palca, močenje postelje ali povečana odvisnost od odraslih). Novak (2016) regresijo opredeljuje kot prilagoditveni odziv otroka na stresno situacijo hospitalizacije in ne kot trajno razvojno nazadovanje.

2.1.4 Pomen varnosti, rutine, odnosa in igre v času hospitalizacije

V času hospitalizacije imajo občutek varnosti, vzpostavljena rutina, kakovosten odnos in igra ključno vlogo pri zmanjševanju otrokove stiske. Predvidljiv dnevni potek, jasna struktura dneva ter stalna prisotnost znanih oseb otroku omogočajo večji občutek nadzora in stabilnosti (Cugmas in Smeh, 2018).

Peterlin (2020) poudarja, da ima igra v bolnišničnem okolju poseben pomen, saj otroku omogoča izražanje čustev, predelovanje izkušenj ter ohranjanje občutka normalnosti kljub bolezni. Skozi igro otrok lažje vzpostavlja stik z okoljem in odraslimi ter aktivno sodeluje v situaciji, kjer ima sicer malo možnosti za odločanje.

2.1.5 Vpliv hospitalizacije na otrokovo počutje in razvoj

Hospitalizacija lahko vpliva na otrokovo čustveno, socialno in spoznavno področje razvoja, zlasti kadar gre za dolgotrajno ali ponavljajočo se hospitalizacijo. Novak (2020) ugotavlja, da ima lahko hospitalizacija močan čustven vpliv na predšolskega otroka, vendar so posledice v veliki meri odvisne od podpore, ki jo otrok prejema v času bivanja v bolnici.

Cugmas in Smeh (2018) poudarjata, da je z ustrezno podporo, vključevanjem staršev ter prilagojeno pedagoško obravnavo mogoče negativne učinke hospitalizacije omiliti. Prav zato je

v bolnišničnem okolju nujna strokovno načrtovana pedagoška podpora, ki upošteva otrokove razvojne značilnosti, čustveno doživljanje in zdravstveno stanje.

2.1.6 Pravice hospitaliziranega predšolskega otroka in vloga staršev

Pravice hospitaliziranega otroka predstavljajo pomemben okvir za zagotavljanje njegovega dostojanstva, varnosti in dobrega počutja v času njegovega bivanja v bolnišnici. Mednarodni in nacionalni dokumenti poudarjajo, da ima otrok tudi v času hospitalizacije pravico do spoštovanja svoje osebnosti, razvoja ter do ustrezne psihosocialne podpore. Listina Evropskega združenja za pravice otrok v bolnišnici (EACH) izpostavlja, da mora biti otrok v bolnišnici udeležen obravnave, ki upošteva njegove razvojne značilnosti, čustvene potrebe ter pravico do prisotnosti staršev.

Raziskave kažejo, da nepoznavanje otrokovih pravic s strani staršev in zdravstvenega osebja lahko povečuje stisko hospitaliziranega otroka in njegove družine. V raziskavi Primerjava poznavanja otrokovih pravic med starši in hospitaliziranim otrokom in medicinskimi sestrami avtorja Kovač in Ferjan (2015) ugotavljata, da starši pogosto niso v celoti seznanjeni s pravicami svojih otrok v bolnišnici, kar lahko vpliva na njihovo sodelovanje pri obravnavi ter na otrokovo doživljanje hospitalizacije.

Pomembno vlogo pri uresničevanju otrokovih pravic imajo starši, ki so v času hospitalizacije pogosto ključna opora otroku. Cugmas in Smeh (2018) poudarjata, da prisotnost staršev v bolnišnici pomembno vpliva na otrokovo čustveno varnost in zmanjševanje stiske, hkrati pa starši sami potrebujejo ustrezno podporo in informacije, da lahko učinkovito sodelujejo pri obravnavi svojega otroka.

Vzgojiteljica v bolnišničnem oddelku ima pomembno vlogo pri uresničevanju otrokovih pravic, saj s svojim pedagoškim delovanjem prispeva k zagotavljanju otroku prijaznega okolja, možnosti za igro, izražanje čustev ter ohranjanje kontinuitete vzgojno-izobraževalnega procesa. S tem deluje tudi kot podpora staršem, ki se v času hospitalizacije pogosto soočajo z negotovostjo in stisko. Upoštevanje pravic otroka in vključevanje staršev v pedagoški proces tako predstavljata pomemben vidik celostne obravnave hospitaliziranega predšolskega otroka.

2.2 Bolnišnični vrtec in koncept dela v bolnišničnem oddelku

Bolnišnični vrtec predstavlja posebno obliko vzgojno-izobraževalnega dela, ki se izvaja v okviru zdravstvene ustanove in je namenjena otrokom, ki so zaradi bolezni ali hospitalizirani. Njegova temeljna naloga ni le zagotavljanje varstva, temveč strokovno načrtovana pedagoška podpora otroku v času hospitalizacije, s katero se ohranja kontinuiteta vzgojno-izobraževalnega procesa ter spodbuja otrokovo počutje in razvoj. Delo v bolnišničnem vrtcu poteka v specifičnih razmerah, ki zahtevajo prilagojen koncept dela, tesno sodelovanje z zdravstvenim osebjem in upoštevanje otrokovega zdravstvenega stanja.

2.2.1 Opredelitev bolnišničnega vrtca in bolnišničnega oddelka

Bolnišnični vrtec smo opredelili kot organizirano obliko predšolske vzgoje, ki poteka v okviru bolnišničnega oddelka in je prilagojena potrebam hospitaliziranih otrok. Njegovo delovanje je povezano z zdravstveno ustanovo, vendar temelji na pedagoških načelih in ciljih predšolske vzgoje (Katrašnik, 2022).

Bolnišnični odderek predstavlja specifično okolje, v katerem so prisotni zdravstveni postopki, časovne in prostorske omejitve ter nepredvidljiv potek dela. V takšnem okolju mora biti pedagoško delo prilagojeno otrokovemu zdravstvenemu stanju, dolžini hospitalizacije in trenutnemu počutju (Peterlin, 2020). Bolnišnični vrtec tako deluje kot podporni sistem znotraj bolnišnice, ki otroka omogoča stik z igro, učenjem in vrstniki tudi v času zdravljenja.

2.2.2 Cilji bolnišnične vzgoje

Cilji bolnišnične vzgoje so usmerjeni v celostno podporo hospitaliziranemu otroku. Med temeljne cilje sodijo zagotavljanje občutka varnosti, zmanjševanje stresa in strahu, ohranjanje otrokove aktivnosti ter podpora njegovemu čustvenemu in socialnemu razvoju (Peterlin, 2020).

Pomemben cilj bolnišnične vzgoje je tudi ohranjanje kontinuitete vzgojno-izobraževalnega procesa, saj otrok kljub bolezni ostaja v razvojnem in učnem procesu. V dokumentu Koncept dela vzgojitelja v bolnišničnem oddelku je poudarjeno, da mora bolnišnična vzgoja temeljiti na otrokovih zmožnostih in interesih ter biti prilagojena njegovemu zdravstvenemu stanju (Adamek idr., 2009).

2.2.3 Pomen kontinuitete vzgojno-izobraževalnega procesa

Kontinuiteta vzgojno-izobraževalnega procesa ima v bolnišničnem okolju poseben pomen, saj otroku omogoča ohranjanje občutka normalnosti in povezanosti z vsakdanjim življenjem. Nadaljevanje vzgojno-izobraževalnih dejavnosti v bolnišnici prispeva k zmanjšanju negativnih posledic hospitalizacije ter podpira otrokovo psihosocialno stabilnost (Peterlin, 2020).

V dokumentu Kurikulum za vrtce je poudarjeno, da mora biti vzgojno-izobraževalni proces prilagodljiv in usmerjen v otrokove potrebe, kar je v bolnišničnem okolju še posebej pomembno. Bolnišnični vrtec tako omogoča prilagojeno uresničevanje ciljev kurikuluma v razmerah, ki se bistveno bolj razlikujejo od rednega vrtca (Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje, 2025).

2.2.4 Posebnosti pedagoškega dela v bolnišnici

Pedagoško delo v bolnišničnem okolju se v številnih vidikih razlikuje od dela v rednem vrtcu. Ena izmed ključnih značilnosti je potreba po stalni prilagodljivosti, saj se otrokovo zdravstveno stanje in počutje lahko hitro spreminjata. Vzgojitelj mora dejavnosti prilagajati trenutnim zmožnostim otroka ter biti pripravljen na sprotne spremembe načrtovanega dela (Katrašnik, 2022).

Za delo v bolnišnici je značilna tudi nepredvidljivost, saj potek dneva pogosto določajo zdravstveni postopki, preiskave in terapije. To zahteva fleksibilno načrtovanje in sposobnost hitrega prilagajanja (Peterlin, 2020).

Pomembne omejitve predstavljajo tudi prostorske in časovne razmere. Dejavnosti se pogosto izvajajo v bolniških sobah ali manjših skupnih prostorih, čas za pedagoško delo pa je omejen in odvisen od otrokovega zdravstvenega stanja. Kljub temu mora vzgojitelj zagotavljati kakovostno pedagoško izkušnjo, prilagojeno posameznemu otroku (Adamek, idr., 2009).

2.2.5 Sodelovanje z zdravstvenim osebjem in starši

Sodelovanje z zdravstvenim osebjem in starši predstavlja pomemben vidik dela v bolnišničnem vrtcu. Vzgojitelj je del interdisciplinarnega tima, v katerem sodeluje z medicinskimi sestrami, zdravniki in drugimi strokovnimi delavci. Takšno sodelovanje omogoča boljše razumevanje otrokovega zdravstvenega stanja ter ustrezno prilagajanje pedagoškega dela (Peterlin, 2020).

Posebno vlogo ima sodelovanje s starši hospitaliziranih otrok. Starši v času hospitalizacije pogosto doživljajo stisko in negotovost, zato od vzgojitelja pričakujejo razumevanje, podporo in upoštevanje njihove življenjske situacije. Peterlin (2020) ugotavlja, da je sodelovanje v bolnišničnem vrtcu drugačno kot v rednem vrtcu, saj temelji na večji stopnji empatije, prilagodljivosti in medsebojnega zaupanja.

2.2.6 Inkluzija v bolnišničnem vrtcu in šoli

Bolnišnična šola in vrtec predstavljata pomemben del inkluzivne vzgojno-izobraževalne prakse, saj omogočata vključevanje v vzgojno-izobraževalni proces tudi v času bolezni in hospitalizacije. Inkluzijo razumemo kot zagotavljanje enakih možnosti za vzgojo in izobraževanje vsem otrokom, ne glede na njihove zdravstvene, razvojne in socialne okoliščine. V bolnišničnem okolju inkluzija pomeni prilagajanje vzgojno-izobraževalnega procesa otrokovim zmožnostim, potrebam in trenutnemu zdravstvenemu stanju (Voljčank, 2019).

V dokumentu Bolnišnična šola potrebuje inkluzijo – inkluzivni pedagog v bolnišnični šoli avtorica Voljčank (2019) poudarja, da bolnišnična šola in izobraževanje ne smeta biti razumljena kot obrobna ali začasna rešitev, temveč kot sestavni del vzgojno-izobraževalnega

systema. Inkluzivni pristop v bolnišničnem okolju zahteva strokovno načrtovano delo, sodelovanje različnih strok ter prilagoditev učnih vsebin in metod.

Bolnišnični vrtec ima pri tem še posebno vlogo, saj predšolskemu otroku omogoča ohranjanje razvojne kontinuitete v obdobju, ko je zaradi bolezni izključen iz rednega okolja. Inkluzija v bolnišničnem vrtcu se kaže predvsem v individualiziranem pristopu, upoštevanju otrokovega počutja ter zagotavljanju varnega in spodbudnega okolja.

2.2.7 Organizacijski vidik bolnišničnega vrtca in šole

Organizacija bolnišničnega vrtca in šole se bistveno razlikuje od organizacije rednih vzgojno-izobraževalnih ustanov. Delo poteka v okviru zdravstvene ustanove, zato je podrejeno organizaciji bolnišničnega oddelka, zdravstvenemu postopku in urniku preiskav in terapij. Zupanc (2022) izpostavlja, da je pedagoško delo v bolnišnici nujno organizirano fleksibilno in prilagodljivo, saj se otrokovo stanje lahko hitro spreminja.

Avtorica Zupanc (2022) poudarja, da organizacijski vidik bolnišnične vzgoje vključuje tudi prilagoditev prostorskih pogojev, saj se pedagoške dejavnosti pogosto izvajajo v bolniških sobah ali manjših skupnih prostorih. Čas za izvajanje dejavnosti pa je omejen in odvisen od otrokovega počutja, zato je načrtovanje usmerjeno v kratke, smiselne in zaokrožene dejavnosti.

Pomemben organizacijski element predstavlja sodelovanje med različnimi strokovnjaki. Urankar (2024) poudarja, da učiteljica in vzgojiteljica delujeta kot del interdisciplinarnega tima, kar zahteva stalno komunikacijo in usklajevanje z zdravstvenim osebjem.

2.2.8 Razlike in povezave med bolnišničnim vrtcem in bolnišnično šolo

Bolnišnični vrtec in bolnišnična šola imata skupen cilj – zagotavljati kontinuiteto vzgojno-izobraževalnega procesa med hospitalizacijo, vendar se razlikujeta glede na starost otrok, cilje dela in vsebinsko usmeritev. Bolnišnični vrtec je namenjen predšolskim otrokom in je usmerjen predvsem v podporo celostnemu razvoju, čustvenemu počutju in igri, medtem ko je bolnišnična šola namenjena šolajočim se otrokom in mladostnikom ter je bolj osredotočena na učne vsebine (Urankar, 2024).

Kljub razlikam oba sistema temeljita na prilagajanju, individualizaciji in sodelovanju z zdravstvenim sistemom. Urankar (2024) poudarja, da uspešnost bolnišničnega vzgojno-izobraževalnega dela ni odvisna od obsega snovi ali dejavnosti, temveč od njihove prilagojenosti otrokovemu zdravstvenemu stanju in potrebam.

Bolnišnični vrtec se od bolnišnične šole razlikuje tudi po tem, da ima igra osrednjo vlogo v pedagoškem procesu, saj predstavlja temeljno obliko otrokove dejavnosti in učenja v

predšolskem obdobju. Bolnišnični vrtec pomembno prispeva k zmanjševanju otrokove stiske in ohranja občutek normalnosti v času hospitalizacije.

Čeprav v bolnišničnem okolju delujeta tako bolnišnični vrtec kot bolnišnična šola in oba predstavljata pomemben del inkluzivne vzgojno-izobraževalne prakse, se raziskovalna naloga osredotoča izključno na bolnišnični vrtec in na delo s hospitaliziranimi predšolskimi otroki.

2.3 Vloga bolnišnične vzgojiteljice pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki

Vzgojiteljica v bolnišničnem oddelku ima specifično strokovno vlogo, ki presega klasično razumevanje vzgojiteljskega dela v vrtcu. Njeno delo poteka v okviru zdravstvene ustanove in je prilagojeno posebnostim bolnišničnega okolja ter potrebam hospitaliziranih predšolskih otrok. Zaradi tega mora vzgojiteljica pedagoško delo stalno prilagajati in usmerjati v podporo otrokovemu počutju, razvoju ter ohranjanju kontinuitete vzgojno-izobraževalnega procesa (Peterlin, 2020).

2.3.1 Vloga in naloge vzgojiteljice v bolnišničnem oddelku

Vloga vzgojiteljice v bolnišničnem oddelku je usmerjena v načrtovanje, izvajanje in spremljanje pedagoškega dela s hospitaliziranimi otroki. Njene naloge vključujejo pripravo prilagojenih dejavnosti, opazovanje otrokovega počutja ter sodelovanje z drugimi strokovnimi sodelavci v bolnišnici. V dokumentu Koncept dela v bolnišničnih oddelkih vrtca je poudarjeno, da mora vzgojiteljica pri svojem delu upoštevati otrokovo starost, zdravstveno stanje in trenutne zmožnosti ter delovati v skladu z načeli varnosti in strokovnosti (Adamek idr., 2009).

Vzgojiteljica s svojim delom prispeva k humanizaciji hospitalizacije, saj otroku omogoča stik z igro, učenjem in vsakodnevnimi dejavnostmi tudi v času zdravljenja (Peterlin, 2020).

2.3.2 Strokovne in osebne kompetence bolnišnične vzgojiteljice

Delo v bolnišničnem oddelku od vzgojiteljice zahteva posebne strokovne in osebne kompetence. Poleg ustrezne pedagoške izobrazbe mora imeti razvite sposobnosti prilagajanja, strokovne presoje ter razumevanja razvojnih in čustvenih potreb hospitaliziranih otrok. Peterlin (2020) navaja, da je za kakovostno izvajanje pedagoškega dela v bolnišnici ključna čustvena stabilnost vzgojiteljice, saj se pri svojem delu pogosto sooča z otrokovimi stiskami in negotovostjo.

Pomembna kompetenca je tudi sposobnost sodelovanja v interdisciplinarnem timu. Vzgojiteljica deluje v tesnem sodelovanju z zdravstvenim osebjem, kar zahteva razumevanje bolnišničnega okolja in spoštovanje zdravstvenih postopkov (Katrašnik, 2022).

2.3.3 Odnos, komunikacija in empatija v bolnišničnem okolju

Kakovosten odnos med vzgojiteljico in otrokom predstavlja temelj pedagoškega dela v bolnišničnem oddelku. Odnos, ki temelji na zaupanju, sprejemanju in občutku varnosti, otroku omogoča lažje soočanje z boleznijo in hospitalizacijo. Empatična komunikacija in prilagojen način sporazumevanja pomembno prispevata k zmanjševanju otrokovega strahu in stiske (Strajnar, 2018).

Vzgojiteljica s svojo komunikacijo otroku pomaga razumeti dogajanje v bolnišnici ter mu omogoča izražanje čustev in doživljanja. Jasna, mirna in spoštljiva komunikacija prispeva k večjemu občutku predvidljivosti in varnosti.

2.3.4 Vzgojiteljica kot podpora in povezovalna oseba

Peterlin (2020) vzgojiteljico opredeli kot pomembno podporno osebo hospitaliziranemu otroku, ki s svojo prisotnostjo in pedagoškim delom otroku nudi čustveno oporo ter pomaga ohranjati stik z vsakodnevnimi dejavnostmi predšolskega obdobja.

Zupanc (2022) poudarja, da vzgojiteljica deluje kot vezni člen med otrokom, starši in zdravstvenim osebjem. Sodelovanje s starši omogoča boljše razumevanje otrokovega ozadja, potreb in navad, sodelovanje z zdravstvenim osebjem pa zagotavlja varno in usklajeno izvajanje pedagoškega procesa.

2.3.5 Prilagajanje pedagoškega dela otrokovemu zdravstvenemu stanju

Prilagajanje pedagoškega dela otrokovemu zdravstvenemu stanju in trenutnemu počutju predstavlja eno izmed ključnih nalog bolnišnične vzgojiteljice. Dejavnosti morajo biti fleksibilne, časovno prilagojene in usmerjene v otrokove trenutne zmožnosti. Peterlin (2020) poudarja, da kakovost pedagoškega dela v bolnišnici ni odvisna od obsega dejavnosti, temveč od njihove ustreznosti in prilagojenosti posameznemu otroku.

Takšen pristop otroku omogoča ohranjanje občutka nadzora, dostojanstva in aktivne vloge v procesu hospitalizacije, kar pomembno prispeva k njegovemu počutju in razvoju.

2.3.6 Komunikacija, atravmatski pristop in profesionalna vloga bolnišnične vzgojiteljice

Komunikacija v bolnišničnem okolju predstavlja enega izmed ključnih elementov kakovostne pedagoške obravnave hospitaliziranega predšolskega otroka. Zaradi otrokove bolezni, zdravstvenih posegov in čustvene stiske je pedagoško delo neločljivo povezano z občutljivim in premišljenim načinom sporazumevanja. Avtorica Strajnar (20218) v diplomskem delu z naslovom Komunikacija kot element atravmatske pediatrične zdravstvene nege ugotavlja, da mora biti komunikacija z otrokom v bolnišnici prilagojena njegovi starosti, razvojnim značilnostim in trenutnemu čustvenemu stanju, pri čemer je v ospredju zmanjševanje strahu in stiske. Poudarja tudi, da se atravmatski pristop razume kot način dela, ki je usmerjen v preprečevanje dodatnih psihičnih obremenitev otroka med hospitalizacijo. Ta pristop temelji na spoštovanju otrokovega dostojanstva, zagotavljanju občutka varnosti ter vključevanju otroka v dejavnosti, ki omogočajo izražanje čustev in ohranjanje občutka nadzora nad situacijo. Vzgojiteljica pri tem s svojo prisotnostjo, umirjeno komunikacijo in predvidljivim vedenjem pomembno prispeva k ustvarjanju varnega okolja.

Vloga bolnišnične vzgojiteljice se v tem kontekstu jasno razlikuje od vloge zdravstvenega osebja. Čeprav vzgojiteljica ne izvaja zdravstvenih postopkov, s svojim pedagoškim delom pomembno dopolnjuje celostno obravnavo otroka. Peterlin (2020) poudarja, da mora vzgojiteljica ohranяти jasno profesionalno mejo, hkrati pa delovati v tesnem sodelovanju z zdravstvenim timom.

Jasna profesionalna vloga vzgojiteljice se kaže tudi v načinu komuniciranja s starši. Starši hospitaliziranih otrok pogosto doživljajo visoko stopnjo stiske, zato je naloga vzgojiteljice, da jih s strokovnim, empatičnim in realnim pristopom vključi v pedagoški proces, ne da bi prevzemala vloge, ki segajo v domeno zdravstvenega in psihološkega svetovanja (Peterlin, 2020).

Takšna razmejitev vlog prispeva k večji strokovni jasnosti, boljši interdisciplinarni povezanosti ter večjemu zaupanju med vsemi udeleženi v procesu obravnave hospitaliziranega otroka. Komunikacija, atravmatski pristop in jasna profesionalna vloga predstavljajo temelj kakovostnega pedagoškega dela v bolnišničnem oddelku.

2.4 Pedagoške strategije pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki

2.4.1 Pedagoške strategije v predšolski vzgoji

Pedagoške strategije v predšolski vzgoji razumemo kot strokovno utemeljene pristope in načine dela, s katerimi vzgojiteljica načrtuje, izvaja in prilagaja vzgojno-izobraževalni proces razvojnim značilnostim otrok ter ciljem predšolske vzgoje. Strategije ne predstavljajo vnaprej določene in toge postopke, temveč fleksibilen okvir znotraj katerega vzgojiteljica na podlagi strokovne presoje izbira najustreznejše pristope za podporo otrokovega učenja in razvoja.

Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje (2025) v dokumentu Kurikulum za vrtce izpostavi, da mora pedagoško delo v predšolski vzgoji temeljiti na aktivni vlogi otroka, igri, izkustvenem učenju, socialnih interakcijah ter ustvarjalnem izražanju. Pedagoške strategije so usmerjene v

celostni razvoj otroka, kar pomeni hkratno upoštevanje kognitivnega, socialnega, čustvenega in gibalnega področja razvoja.

Izbira pedagoških strategij pomembno vpliva na kakovost vzgojno-izobraževalnega procesa. Devjak in Berčnik (2018) navajata, da mora vzgojiteljica pri izbiri strategij izhajati iz poznavanja otrokovega razvoja, njegovih interesov in potreb ter ciljev predšolske vzgoje, pri čemer ima pomembno vlogo stalna refleksija lastnega dela. Pedagoške strategije so tako neločljivo povezane s strokovno avtonomijo in odgovornostjo vzgojiteljice.

Pomemben vidik pedagoških strategij v predšolski vzgoji predstavlja prilagajanje strategij posameznemu otroku. Otroci se med seboj razlikujejo glede na razvojne zmožnosti, tempo učenja, temperament in življenjske okoliščine, zato enoten pristop ni ustrezen. Jerina Gubanc (2012) poudarja, da kakovostna predšolska vzgoja temelji na prepoznavanju individualnih razlik ter na prilagajanju pedagoškega dela otrokovim zmožnostim in čustvenim potrebam.

Prilagajanje pedagoških strategij je tesno povezano z okoljem, v katerem se je vzgojno-izobraževalni proces odvijal. Različni vzgojni konteksti zahtevajo različno stopnjo fleksibilnosti, prilagoditve in strokovne presoje. Kosmač Zalašček (2016) izpostavlja, da mora vzgojiteljica svoje pedagoško delovanje vedno umeščati v konkretne okoliščine, saj okolje pomembno vpliva na izbiro in izvedbo strategij.

Pedagoške strategije v predšolski vzgoji tako predstavljajo temelj strokovnega dela vzgojiteljic in izhodišče za prilagajanje pedagoškega delovanja tudi v posebnih okoliščinah, kot je bolnišnično okolje, ki zahteva dodatno strokovno občutljivost in prilagoditve.

2.4.2 Pedagoške strategije v bolnišničnem okolju

Pedagoške strategije v bolnišničnem okolju se bistveno razlikujejo od strategij, ki jih uporabljamo v rednem vrtcu, saj je pedagoško delo pogojeno z otrokovo boleznijo, zdravstvenimi postopki ter organizacijo bolnišničnega oddelka. Hospitalizacija vpliva na otrokovo počutje, zmožnosti sodelovanja in trajanje dejavnosti, zato je prilagajanje pedagoških strategij nujno (Adamek idr., 2009).

V bolnišničnem okolju se prilagoditve pedagoških strategij kažejo predvsem v krajšem trajanju dejavnosti, večji individualizaciji ter večjemu poudarku na otrokovem čustvenem počutju. Kutrašnik (2022) navaja, da mora vzgojiteljica v bolnišničnem oddelku stalno presojati otrokovo pripravljenost za sodelovanje ter izbirati strategije, ki so skladne z njegovim zdravstvenim stanjem in trenutnimi zmožnostmi.

Pomemben dejavnik pri izvajanju pedagoških strategij predstavlja organizacija dela v bolnišnici. Zupanc (2022) izpostavlja, da pedagoško delo poteka v stalnem prepletu z zdravstveno obravnavo, kar zahteva sprotno načrtovanje, prilagodljivost ter jasno razmejitve strokovnih vlog. Pedagoške strategije zato niso izvajane linearno ali vnaprej natančno načrtovano, temveč se prilagajajo dnevnim razmeram in poteku zdravljenja.

Bolnišnično okolje predstavlja številne omejitve, kot so prostorske omejitve, nepredvidljiv dnevni potek in različni zdravstveni režimi. Dejavnosti se pogosto izvajajo v otroških sobah ali manjših skupnih prostorih, kar zahteva prilagoditev materialov in načinov dela (Urankar, 2024). Kljub temu bolnišnično okolje ne predstavlja zgolj omejitev, temveč tudi določene možnosti za kakovostno pedagoško delo.

Ena izmed pomembnih možnosti bolnišničnega okolja je možnost individualnega dela ali dela v zelo majhnih skupinah, kar omogoča tesnejši odnos med vzgojiteljico in otrokom ter natančnejše prilagajanje pedagoških strategij otrokovim potrebam (Peterlin, 2020). Takšen pristop prispeva k večjemu občutku varnosti, sprejetosti in zaupanju.

Pedagoške strategije v bolnišničnem oddelku so tudi tesno povezane z uresničevanjem otrokovih pravic. EACH (2002) poudarja, da ima otrok v bolnišnici pravico do razvoja, igre in izobraževanja, prilagojenega njegovemu stanju. Kakovostna pedagoška obravnava predstavlja pomemben del celostne skrbi za hospitaliziranega otroka.

Mednarodne raziskave dodatno potrjujejo, da mora biti delo v zdravstvenih okoljih usmerjeno predvsem v podporo otrokovega dobrega počutja, čustvene stabilnosti in občutka nadzora nad situacijo. Lee Jia Yee, idr. (2022) poudarjajo, da prilagojene pedagoške strategije v bolnišnici pozitivno vplivajo na otrokovo počutje in zmanjšujejo stres, povezan s hospitalizacijo.

Pedagoške strategije tako predstavljajo strokovno utemeljitev prilagoditev predšolske vzgoje posebnim okoliščinam hospitalizacije ter izhodišče za podrobnejšo obravnavo posameznih strategij v nadaljevanju poglavja.

2.4.3 Pedagoške strategije v luči Kurikuluma za vrtce

2.4.3.1 Učenje skozi igro

Učenje skozi igro želimo v predšolski vzgoji opredeliti kot temeljno pedagoško strategijo, saj predstavlja otrokovo naravno obliko dejavnosti in učenja. Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje (2025) v dokumentu Kurikulum za vrtce poudarja, da se otrok skozi igro aktivno uči, raziskuje okolje, razvija socialne odnose ter izraža svoja čustva in doživljanja. Igra ima v predšolskem obdobju osrednjo vlogo pri celostnem razvoju otroka in omogoča prilagajanje vzgojno-izobraževalnega procesa otrokovim zmožnostim in interesom.

V bolnišničnem okolju je učenje skozi igro dobilo poseben pomen, saj je poleg vzgojno-izobraževalne funkcije pomembno prispevalo tudi k zmanjševanju otrokove stiske in občutkov negotovosti. Mestek (2019) v diplomskem delu z naslovom Hospitalizirani otroci in vloga bolnišničnega oddelka vrtca poudarja, da igra hospitaliziranemu otroku omogoča ohranjanje občutka normalnosti ter lažje soočanje z boleznijo in neznanim okoljem. Igra v bolnišnici deluje kot zaščitni dejavnik, ki otroku omogoča aktivno vlogo kljub omejitvam, ki jih prinaša hospitalizacija.

Adamek idr. (2009) izpostavljajo, da se vzgojiteljica z učenjem skozi igro prilagaja otrokovemu zdravstvenemu stanju, utrujenosti in trenutnemu počutju. Igralne dejavnosti so pogosto kratkotrajne, individualizirane in izvedene v bolniški sobi ali manjšem skupnem prostoru. Kljub prostorskim in časovnim omejitvam igra omogoča vzpostavljanje odnosa med vzgojiteljico in otrokom ter spodbuja otrokovo izražanje čustev.

Učenje skozi igro v bolnišničnem oddelku deluje kot pomembno sredstvo komunikacije, saj otrok skozi igro lažje izraža doživljanje bolezni in hospitalizacije. Vzgojiteljica na podlagi otrokove igre lažje prepozna njegove potrebe in tem prilagaja nadaljnje pedagoško delo (Peterlin, 2020).

2.4.3.2 Izkustveno učenje

Izkustveno učenje v predšolski vzgoji razumemo kot pedagoško strategijo, pri kateri otrok znanje in razumevanje sveta gradi na podlagi lastnih izkušenj, dejavnega sodelovanja in neposrednega stika z okoljem. Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje (2025) v dokumentu Kurikulum za vrtce poudarja pomen učenja preko izkušenj, pri čemer otrok aktivno sodeluje v dejavnostih, jih doživlja, preizkuša in reflektira v skladu s svojimi razvojnimi zmožnostmi. Izkustveno učenje tako spodbuja otrokovo samostojnost, radovednost in notranjo motivacijo.

V bolnišničnem okolju je izkustveno učenje dobilo poseben pomen, saj so otrokove možnosti za raziskovanje okolja pogosto omejene zaradi zdravstvenega stanja, prostorskih omejitev in poteka zdravljenja. Kljub temu pa je mogoče izkustveno učenje uresničevati skozi skrbno izbrane in prilagojene dejavnosti, ki otroku omogočajo aktivno sodelovanje in neposredno doživljanje (Mestek, 2019). Takšne izkušnje otroku omogočajo ohraniti občutek vključenosti in aktivne vloge tudi v času hospitalizacije.

Vzgojiteljica izkustveno učenje prilagaja otrokovemu zdravstvenemu stanju in trenutnemu počutju. Pripravi dejavnosti, ki so preproste, kratkotrajne in usmerjene v čutno zaznavanje, manipulacijo z materiali ter neposredno izkušnjo. V dokumentu Koncept dela v bolnišničnih oddelkih vrtca je poudarjeno, da mora vzgojiteljica pri izbiri dejavnosti upoštevati otrokove zmožnosti ter omogočiti učenje preko dejavnosti, ki so varne in izvedljive v bolnišničnem okolju (Adamek idr., 2009).

Izkustveno učenje v bolnišničnem okolju pripeva k lažjemu razumevanju otrokovega doživljanja bolezni in zdravljenja. Preko izkušenj, kot so ustvarjalne dejavnosti, senzorične igre in simbolne dejavnosti, bo otrok lažje izražal svoja čustva, strahove in vprašanja, povezana s hospitalizacijo. Vzgojiteljica pa na podlagi teh izkušenj lažje prepozna otrokove potrebe in temu prilagodi nadaljnje pedagoško delo (Peterlin, 2020).

2.4.3.3 Individualizacija

Individualizacijo v predšolskem obdobju razumemo kot pedagoško strategijo, ki izhaja iz upoštevanja otrokovih razvojnih značilnosti, interesov, zmožnosti in potreb. Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje (2025) v dokumentu Kurikulum za vrtce poudarja, da mora vzgojno-izobraževalni proces temeljiti na spoštovanju individualnih razlik med otroki ter omogočati prilagajanje dejavnosti posameznemu otroku, njegovemu razvojnemu tempu in trenutnemu počutju. Individualizacija namreč predstavlja temelj kakovostne predšolske vzgoje.

V bolnišničnem okolju je individualizacija pridobila še večji pomen, saj so hospitalizirani predšolski otroci med seboj zelo različni glede na zdravstveno stanje, trajanje hospitalizacije, stopnjo utrujenosti in čustveno doživljanje. Pedagoško delo zato zahteva stalno prilagajanje vsebine, obsega in načine izvajanja dejavnosti posameznemu otroku (Mestek, 2019). Enotno načrtovane dejavnosti v bolnišničnem okolju pogosto niso izvedljive, zato je individualizacija nujna strategija.

Vzgojiteljica individualizacijo uresničuje z opazovanjem otrokovega počutja, zmožnosti in odzivov ter s sprotnim prilagajanjem pedagoškega dela. Dejavnosti so prilagojene otrokovi energiji in interesom in trenutnemu zdravstvenemu stanju pogosto pa potekajo v obliki individualnega dela. Adamek idr. (2009) poudarjajo, da mora vzgojiteljica v bolnišničnem okolju delovati fleksibilno in strokovno presojeti, kdaj je otrok pripravljen na sodelovanje in v kolikšni meri.

Individualizacija v bolnišničnem okolju prispeva tudi k večjemu občutku varnosti in sprejetosti pri otroku. Ko otrok doživlja, da so dejavnosti prilagojene njegovim potrebam in zmožnostim, bo lažje vzpostavil zaupanje do vzgojiteljice in se aktivneje vključil v pedagoški proces. Peterlin (2020) poudarja, da individualiziran pristop pomembno prispeva k zmanjševanju otrokove stiske ter podpira njegovo samopodobo in občutek kompetentnosti.

2.4.3.4 Sodelovalno učenje

Sodelovalno učenje v predšolskem obdobju razumemo kot pedagoško strategijo, ki temelji na socialnih interakcijah med otroki ter na učenju v odnosu z drugimi. Kurikulum za vrtce (Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje, 2025) poudarja pomen sodelovanja, skupnega reševanja problemov in medsebojnega učenja, saj otrok skozi socialne izkušnje razvija komunikacijske spretnosti, empatijo, občutek pripadnosti ter razumevanje socialnih pravil. Sodelovalno učenje tako pomembno prispeva k socialnemu in čustvenemu razvoju predšolskega otroka.

Jerina Gubanc (2012) poudarja, da socialne interakcije v predšolskem obdobju niso zgolj spremljevalni element učenja, temveč njegov osrednji del, saj otrok skozi odnose z drugimi gradi razumevanje sebe in sveta. Sodelovalno učenje omogoča otroku, da se uči v varnem socialnem okolju, kjer lahko preizkuša različne vloge, izraža čustva in razvija socialno kompetentnost.

V bolnišničnem okolju je sodelovalno učenje pogosto omejeno zaradi organizacijskih in zdravstvenih okoliščin, kot so izolacija otrok, različno trajanje hospitalizacije ter zdravstvene omejitve. Katrašnik (2022) navaja, da so hospitalizirani otroci pogosto vključeni v pedagoško delo individualno ali v manjših skupinah, kar zahteva prilagojene oblike sodelovalnega učenja. Takšne oblike sodelovanja otrokom omogočijo ohranjanje socialnih stikov tudi v času hospitalizacije.

Vzgojiteljica ima pri spodbujanju sodelovalnega učenja pomembno vlogo, saj skrbi za varno in spodbudno socialno okolje ter prilagaja dejavnosti trenutnim razmeram v bolnišnici. Sodelovane dejavnosti so pogosto kratke in preproste, vendar otrokom omogočajo izmenjavo izkušenj, skupno ali ustvarjanje ter vzpostavljanje občutka povezanosti. Adamek, idr. poudarjajo, da mora vzgojiteljica pri izvajanju skupinskih dejavnosti upoštevati otrokovo zdravstveno stanje ter zagotoviti varnost in dobro počutje vseh vključenih otrok.

Sodelovalno učenje v bolnišničnih oddelkih prispeva k zmanjševanju občutkov osamljenosti in izolacije, ki se pogosto pojavlja pri hospitaliziranih otrocih. Preko sodelovanja z drugimi otroki ali z vzgojiteljico otrok lažje vzpostavlja socialne odnose in ohranja občutek pripadnosti skupini. Peterlin (2020) poudarja, da socialna interakcija v bolnišnici pozitivno vpliva na otrokovo počutje ter spodbuja njegovo aktivno vključevanje v pedagoški proces. Kosmač Zalašček (2016) pa izpostavlja, da ima kakovosten odnos med otroki in odraslimi pomembno vlogo pri spodbujanju sodelovanja, saj otrok v varnem in sprejemajočem okolju lažje vzpostavlja socialne stike.

Tudi mednarodne raziskave potrjujejo pomen sodelovalnega učenja v zahtevnih okoliščinah. Sistematični pregled raziskav o učenju skozi igro in socialnih interakcijah v zgodnjem otroštvu navaja, da sodelovalne dejavnosti pozitivno vplivajo na otrokovo čustveno počutje, socialno prilagajanje in občutek vključenosti (Lee Jia Yee, idr., 2022).

2.4.3.5 Projektno učenje

Projektno učenje v predšolski vzgoji razumemo kot pedagoško strategijo, ki temelji na celostni obravnavi vsebin, daljšem časovnem obdobju in aktivnem sodelovanju otrok pri načrtovanju, izvajanju ter vrednotenju dejavnosti. Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje (2025) v Kurikulumu za vrtce poudarja, da projektno učenje otrokom omogoča poglobljeno raziskovanje tem, povezovanje različnih področij dejavnosti ter razvoj samostojnosti, sodelovanja in kritičnega mišljenja.

V predšolskem obdobju projektno učenje otrokom omogoča, da se uči na njemu smiseln in izkustven način, saj izhaja iz njegovih interesov, vprašanj in doživljanja okolja. Jerina Gubanc (2012) poudarja, da otroci skozi daljše in vsebinsko povezane dejavnosti razvijajo globlje razumevanje izbranih tem ter hkrati krepijo občutek kompetentnosti in nadzora nad lastnim učenjem.

V bolnišničnem okolju je projektno učenje zaradi organizacijskih in zdravstvenih omejitev pogosto prilagojeno. Dolgotrajni in kompleksni projekti, kot jih poznamo v rednem vrtcu,

praviloma niso izvedljivi, zato se projektno učenje uresničuje v prilagojenih, krajših in fleksibilnih oblikah. Katrašnik (2022) navaja, da je v bolnišničnem oddelku smiselno projektno delo smiselno razdeliti na manjše, vsebinsko zaokrožene sklope, ki se lahko prilagajajo otrokovi prisotnosti, zdravstvenemu stanju in poteku zdravljenja.

Vzgojiteljica pri izvajanju projektnega učenja v bolnišničnem okolju ima ključno vlogo pri izbiri tem, ki so otrokom blizu in čustveno varne. Projektne dejavnosti pogosto izhajajo iz otrokovega neposrednega okolja, doživljanja bolnišnice ali vsakdanjih izkušenj, pri čemer vzgojiteljica skrbi za prilagoditev tempa in obsega dejavnosti (Adamek, idr., 2009). Takšen pristop otroku omogoča občutek kontinuitete in smisla tudi v času hospitalizacije.

Kosmač Zalašček (2016) poudarja, da projektno učenje spodbuja sodelovanje, komunikacijo in refleksijo, kar je v bolnišničnem okolju še posebej pomembno zaradi pogostih občutkov negotovosti in izgube nadzora. Skozi projektne dejavnosti otrok lažje izraža svoje misli, vprašanja in čustva ter aktivno sodeluje v pedagoškem procesu.

Mednarodne raziskave navajajo, da prilagojene oblike projektnega učenja pozitivno vplivajo na otrokovo motivacijo, čustveno vključenost in dobro počutje, zlasti v zahtevnih okoliščinah. Navajajo, da celostno in raziskovalno usmerjeno učenje podpira otrokovo notranjo motivacijo ter krepi občutek nadzora nad lastnim učenjem (Caggiano, idr., 2021).

2.4.3.6 Ustvarjalno izražanje

Ustvarjalno izražanje v predšolski vzgoji razumemo kot pedagoško strategijo, ki otroku omogoča izražanje misli, čustva in doživljanja preko različnih umetnostnih in ustvarjalnih dejavnosti. Dokument Kurikulum za vrtce poudarja, da ustvarjalno izražanje spodbuja otrokovo domišljijo, čustveni razvoj, komunikacijo ter razvoj pozitivne samopodobe, pri čemer proces ustvarjanja prevlada nad končnim izdelkom (Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje, 2025).

V bolnišničnem okolju ima ustvarjalno izražanje še posebej pomembno vlogo, saj hospitaliziranemu predšolskemu otroku omogoča simbolno izražanje doživljanja bolezni, strahov in negotovosti, ki jih otrok pogosto ni mogel ali znal izraziti z besedami. Kosmač Zalašček (2016) poudarja, da likovne, glasbene in druge ustvarjalne dejavnosti v bolnišnici prispevajo k zmanjševanju otrokove stiske, sprostitvi ter ustvarjanju bolj prijetnega in otroku prijaznega okolja.

Katrašnik (2022) navaja, da so ustvarjalne dejavnosti v bolnišničnem okolju še posebej primerne zaradi svoje prilagodljivosti, saj jih je mogoče izvajati individualno ali v manjših skupinah, v omejenih prostorih in ob upoštevanju otrokovega zdravstvenega stanja. Vzgojiteljica ustvarjalno izražanje prilagaja otrokovi utrujenosti, gibalnim zmožnostim in trenutnemu čustvenemu stanju, pri čemer poudarek ostaja na procesu in ne na doseganju vnaprej določenih ciljev.

Vzgojiteljica ima ob spodbujanju ustvarjalnega izražanja pomembno vlogo tudi z vidika odnosa in komunikacije. Kosmač Zalašček (2016) poudarja, da ustvarjalne dejavnosti omogočajo

vzpostavljanje varnega odnosa med otrokom in odraslim, saj otrok skozi ustvarjanje doživlja sprejetost, podporo in razumevanje. V bolnišničnem okolju ustvarjalno izražanje deluje kot sredstvo za gradnjo zaupanja in čustvene varnosti.

Mednarodne raziskave potrjujejo pozitiven vpliv ustvarjalnih dejavnosti na otrokovo počutje v času hospitalizacije. Raziskave navajajo, da umetnostne in ustvarjalne dejavnosti v zdravstvenih okoljih prispevajo k zmanjševanju stresa, izboljšanju razpoloženja ter podpori čustvenemu izražanju otrok (Caggiano idr. 2021).

2.4.3.7 Učenje z zgledom

Učenje z zgledom v predšolskem obdobju razumemo kot pedagoško strategijo, pri kateri otrok usvaja vedenjske vzorce, vrednote, načine komunikacije in odzivanja predvsem preko opazovanja odraslih oseb. Kurikulum za vrtce poudarja, da ima vzgojiteljica v predšolskem obdobju pomembno vlogo kot model vedenja, saj otrok skozi vsakodnevne interakcije posnema njene odzive, komunikacijo in način ravnanja z drugimi (Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje, 2025). Učenje z zgledom je tako neločljivo povezano z vzgojiteljico kot osebnostjo in njenim profesionalnim delovanjem.

V bolnišničnem okolju ima učenje z zgledom še posebej velik pomen, saj je otrok v času hospitalizacije pogosto izpostavljen stresnim situacijam, negotovosti in strahu. Način, kako se vzgojiteljica odziva na otrokova čustva, kako komunicira z njim ter kako se sooča z nepredvidljivimi situacijami, predstavlja za otroka pomemben vzorec vedenja. Jerina Gubanc (2012) poudarja, da vzgojiteljica s svojim umirjenim, spoštljivim in empatičnim vedenjem pomembno prispeva k ustvarjanju občutka varnosti in zaupanja pri hospitaliziranemu otroku. Prav tako izpostavlja, da otrok v predšolskem obdobju ne usvaja zgolj konkretnih vedenj, temveč tudi čustvene odzive in načine soočanja z zahtevnimi situacijami. V bolnišničnem oddelku učenje z zgledom omogoča otroku, da ob opazovanju vzgojiteljice razvija strategija za obvladovanje strahu, potrpežljivosti in sprejemanja omejitev, povezanih z zdravljenjem.

Pomemben vidik učenja z zgledom je komunikacija vzgojiteljice z drugimi odraslimi osebami., zlasti s starši in zdravstvenim osebjem. Kosmač Zalašček (2016) poudarja, da otrok skozi opazovanje sodelovalnih in spoštljivih odnosov med odraslimi razvija občutek zaupanja ter razumevanje socialnih pravil. V bolnišničnem okolju vzgojiteljica s svojim zgledom prispeva k pozitivni klimi in otroku prijaznemu vzdušju.

2.5 Teoretična izhodišča raziskave

V teoretičnem delu raziskav smo celostno obravnavali hospitalizaciji predšolskega otroka, organizacijski in strokovni okvir bolnišničnega vrtca ter vlogo bolnišnične vzgojiteljice kot ključne nosilke pedagoškega dela v bolnišničnem okolju. Analiza literature je pokazala, da hospitalizacija predstavlja za predšolskega otroka pomembno razvojno in čustveno prelomnico, ki lahko vpliva na njegovo doživljanje varnosti, socialne odnose in samopodobo.

Zaradi razvojnih značilnosti predšolskega obdobja otrok potrebuje dodatno podporo pri razumevanju situacije, izražanju čustev in ohranjanju občutka stabilnosti.

V nadaljevanju smo opredelili bolnišnični vrtec kot strokovno utemeljeno obliko vzgojno-izobraževalnega dela, ki presega zgolj varstvo otrok in predstavlja pomemben del celostne obravnave hospitaliziranega otroka. Posebnosti bolnišničnega okolja, kot so prostorske omejitve, nepredvidljiv potek dneva in otrokov zdravstveno stanje, zahtevajo prilagodljivost, interdisciplinarno sodelovanje ter jasno razmejitve strokovnih vlog.

Osrednji poudarek teoretičnega dela je bil namenjen pedagoškim strategijam, ki predstavljajo temelj strokovnega delovanja vzgojiteljice v bolnišničnem oddelku. Na podlagi Kurikuluma za vrtce ter strokovne literature smo izpostavili strategije učenja skozi igro, izkustvenega učenja, individualizacije, sodelovalnega učenja, projektnega učenja, ustvarjalnega izražanja in učenja z zgledom. Analiza je pokazala, da navedene strategije v bolnišničnem okolju dobijo dodatno razsežnost, saj poleg vzgojno-izobraževalnih ciljev pomembno prispevajo tudi k zmanjševanju otrokove stiske, ohranjanju občutka normalnosti ter podpori čustvenemu ravnovesju.

Iz teoretičnih izhodišč izhaja, da je bolnišnična vzgojiteljica ključna strokovna oseba pri prilagajanju pedagoških strategij otrokovemu zdravstvenemu stanju, razvojnim značilnostim in trenutnemu počutju. Njeno delo zahteva visoko stopnjo strokovne presoje, empatije ter sposobnostjo sprotne prilagajanja pedagoškega procesa specifičnim razmeram hospitalizacije.

Na podlagi obravnavane literature smo utemeljili raziskovalna vprašanja, ki se nanašajo na uporabo pedagoških strategij bolnišničnem oddelku, njihovo prilagajanje otrokovemu zdravstvenemu stanju, zaznano učinkovitost ter izzive, s katerimi se vzgojiteljice pri tem srečujejo. Teoretični okvir tako predstavlja podlago za empirični del raziskave, v katerem bomo preverjali, v kolikšni meri se teoretična izhodišča odražajo v praksi bolnišničnih vzgojiteljic.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 Raziskovalni pristop in metoda

Raziskava je temeljila na neeksperimentalnem deskriptivnem pristopu. Uporabili smo anketni vprašalnik kot metodo zbiranja podatkov. Raziskava je vključevala kombinacijo kvantitativnega in kvalitativnega pristopa, saj je vprašalnik vseboval vprašanja zaprtega tipa (npr. lestvice pogostosti in strinjanja) ter vprašanja odprtega tipa, ki so omogočala opisne odgovore udeleženk.

Kvantitativni del raziskave nam je omogočil vpogled v pogostost uporabe posameznih pedagoških strategij ter zaznalo učinkovitost, medtem ko je kvalitativni del omogočil poglobljeno razumevanje načinov prilagajanja strategij in zaznanih izzivov pri delu v bolnišničnem okolju.

3.2 Raziskovalne hipoteze

Na podlagi teoretičnih izhodišč ter oblikovanih raziskovalnih vprašanj smo postavili naslednje raziskovalne hipoteze, ki se nanašajo na kvantitativni del raziskave.

- **HIPOTEZA 1:** Vzgojiteljice v bolnišničnem oddelku najpogosteje uporabljajo strategijo učenja skozi igro.

Hipoteza izhaja iz teoretičnih izhodišč, ki poudarjajo igro kot temeljno obliko otrokove dejavnosti in učenja v predšolskem obdobju ter kot pomemben podporni element v času hospitalizacije.

- **HIPOTEZA 2:** Vzgojiteljice pogosto prilagajajo pedagoške strategije glede na otrokovo zdravstveno stanje in počutje.

Hipoteza temelji na predpostavki, da specifičnost bolnišničnega okolja zahteva stalno prilagajanje pedagoškega dela trenutnim zmožnostim in omejitvam hospitaliziranega otroka.

- **HIPOTEZA 3:** Vzgojiteljice kot najbolj učinkovito strategijo pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki zaznavajo individualizacijo pedagoškega dela.

Hipoteza izhaja iz strokovnih stališč, ki poudarjajo pomen individualnega pristopa in prilagajanja dejavnosti otrokovim razvojnim značilnostim in zdravstvenemu stanju.

- **HIPOTEZA 4:** Vzgojiteljice se pri izvajanju pedagoških strategij v bolnišničnem okolju srečujejo z organizacijskimi in časovnimi omejitvami.

Hipoteza temelji na teoretičnih spoznanjih o specifičnih organizacijskih značilnosti bolnišničnega okolja, ki vplivajo na načrtovanje in izvedbo pedagoškega dela.

Hipoteze bomo preverjali z analizo odgovorov na vprašanja zaprtega tipa, medtem ko bodo odprta vprašanja služila poglobljenemu razumevanju in interpretaciji rezultatov.

3.3 Vzorec raziskave

Vzorec raziskave je zajemal vse vzgojiteljice, zaposlene v bolnišničnih oddelkih v Sloveniji. K sodelovanju v raziskavo smo povabili celotno populacijo bolnišničnih vzgojiteljic, ki je v času trajanja raziskave štela 24 strokovnih delavk. V raziskavi je sodelovalo 14 vzgojiteljic, kar predstavlja 58,3 % celotne populacije bolnišničnih vzgojiteljic.

Raziskava je tako temeljila na celovitem povabilu populaciji, dejanski vzorec pa predstavlja realiziran odziv sodelujočih vzgojiteljic.

Zaradi majhnega števila bolnišničnih vzgojiteljic v Sloveniji ($N = 24$) predstavlja naš vzorec pomemben delež celotne populacije, vendar kljub temu ne omogoča statističnega posploševanja rezultatov.

3.4 Instrument

Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi teoretičnih izhodišč raziskave in opredeljenih pedagoških strategij.

Vprašalnik je vseboval:

- vprašanja zaprtega tipa (npr. lestvice pogostosti, stopnje strinjanja),
- vprašanja odprtega tipa, ki so omogočala opisne odgovore.

Vsebinski sklopi vprašalnika so bili usmerjeni v:

1. uporabo pedagoških strategij (učenje skozi igro, izkustveno učenje, individualizacija, sodelovalno učenje, projektno učenje, ustvarjalno izražanje in učenje z zgledom),
2. prilagajanje strategij glede na otrokovo zdravstveno stanje,
3. zaznano učinkovitost posameznih strategij,
4. izzive pri izvajanju pedagoškega dela v bolnišničnem okolju.

Vprašalnik je bil anonimen.

3.5 Postopek zbiranja podatkov

Podatke smo zbirali s pomočjo spletnega anketnega vprašalnika. Povezavo do ankete smo posredovali bolnišničnim vzgojiteljicam preko elektronske pošte.

Anketiranje je potekalo v obdobju med drugim in šestnajstim februarjem 2026. Udeleženke so imele možnost prostovoljnega in anonimnega sodelovanja. Izpolnjevanje vprašalnika je trajalo približno 10-15 minut.

Pred začetkom izpolnjevanja so bile udeleženke seznanjene z namenom raziskave in zagotovilom o anonimnosti podatkov.

3.6 Načrt analize podatkov

Podatke, zbrane z zaprtimi vprašanji, smo analizirali z uporabo opisne statistike. Izračunali smo frekvence in odstotke posameznih odgovorov ter rezultate prikazali v grafih.

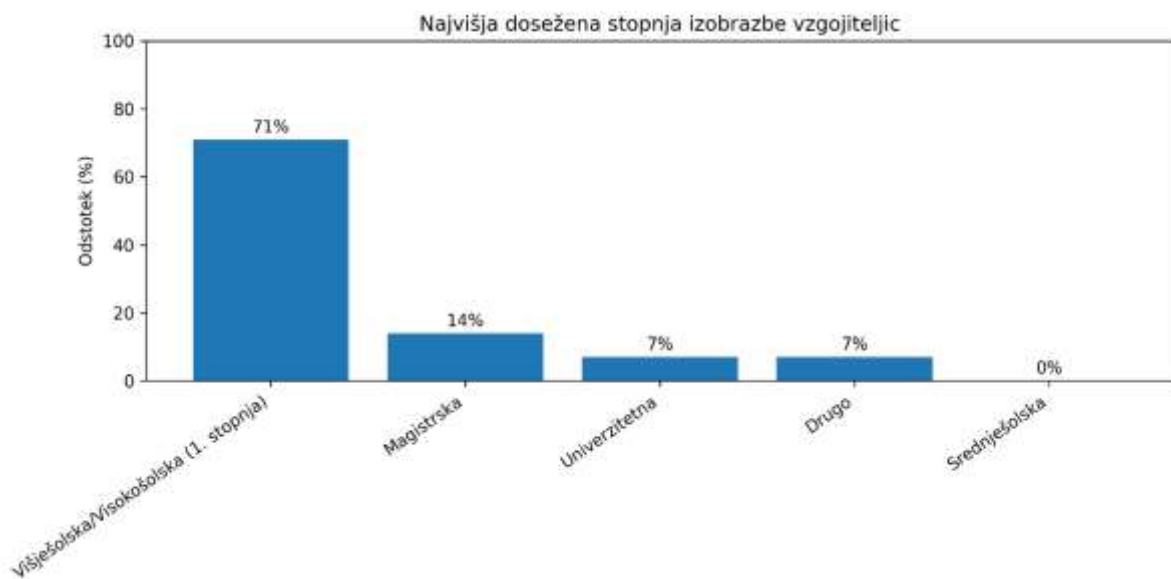
Ogovore na odprta vprašanja smo analizirali z metode vsebinske analize. Odgovore smo najprej večkrat prebrali, nato pa jih razvrstili v smiselne vsebinske kategorije, ki so se nanašale na zaznane načine prilagajanja strategij in izzive pri delu.

V končno analizo smo vključili izključno v celoti izpolnjene anketne vprašalnike. Delno izpolnjene ankete smo izključili iz nadaljnje obdelave podatkov, da bi zagotovili metodološko ustreznost in primerljivost rezultatov.

4 REZULTATI

4.1 Najvišja dosežena stopnja izobrazbe vzgojiteljic

Rezultati kažejo, da ima večina vzgojiteljic v bolnišničnem oddelku ustrezno visokošolsko oziroma višješolsko strokovno izobrazbo. Največji deleže (71 %) predstavlja visokošolsko/višješolsko izobražene vzgojiteljice, medtem ko ima (7 %) vprašanih doseženo univerzitetno izobrazbo, (14 %) magistrsko stopnjo izobrazbe. Manjši delež (7 %) predstavlja specializacija kot dodatna strokovna nadgradnja. Nobena izmed sodelujočih nima zgolj srednješolske izobrazbe.



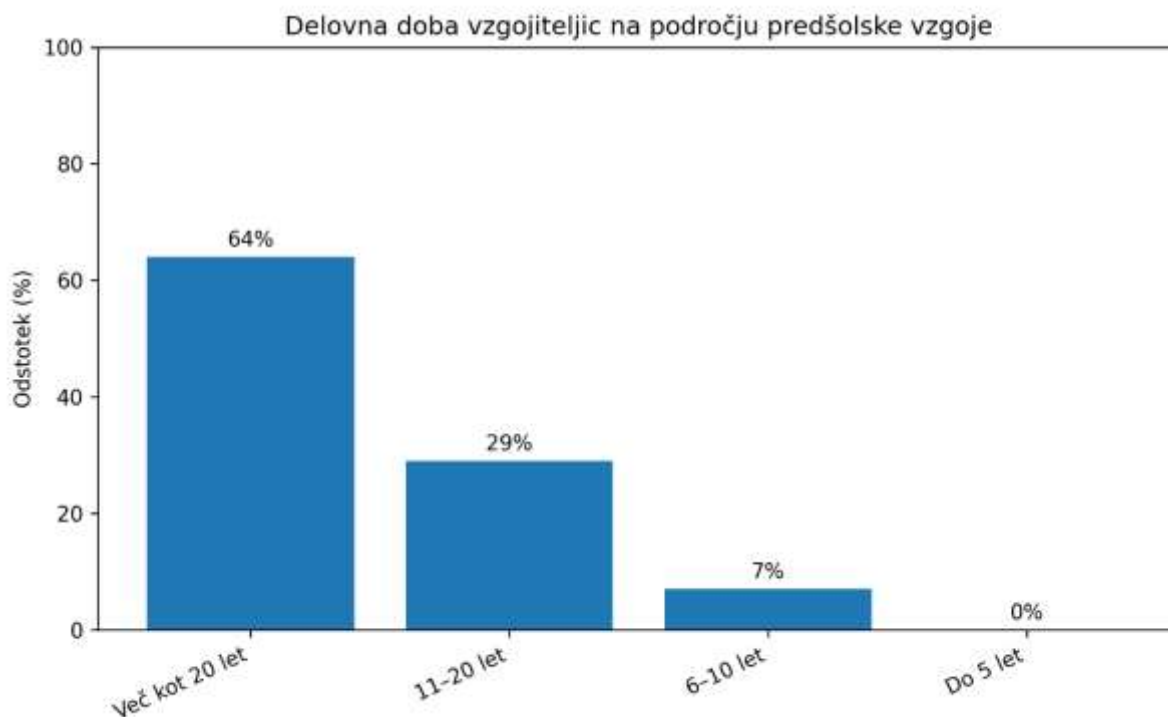
Graf 1: Najvišja dosežena stopnja izobrazbe vzgojiteljic

Vir: lasten

Ugotovitve kažejo, da pedagoško delo v bolnišničnih oddelkih izvajano iz strani strokovno usposobljenega kadra, kar je pomembno iz vidika zahtevnosti dela s hospitaliziranimi predšolskimi otroki. Bolnišnično okolje namreč zahteva dodatne kompetence, prilagodljivost ter poznavanje posebnosti otrokovega zdravstvenega stanja.

4.2 Delovna doba vzgojiteljic na področju predšolske vzgoje

Rezultati kažejo, da ima večina vzgojiteljic dolgoletne izkušnje na področju predšolske vzgoje. Največji delež (64 %) predstavlja skupina vzgojiteljic z več kot 20 leti delovne dobe. Sledi skupina z 11 do 20 leti delovne dobe (29 %), medtem ko ima 7 % anketiranih med 6 in 10 let delovnih izkušenj. Nobena izmed sodelujočih nima manj kot 5 let delovne dobe (0 %).



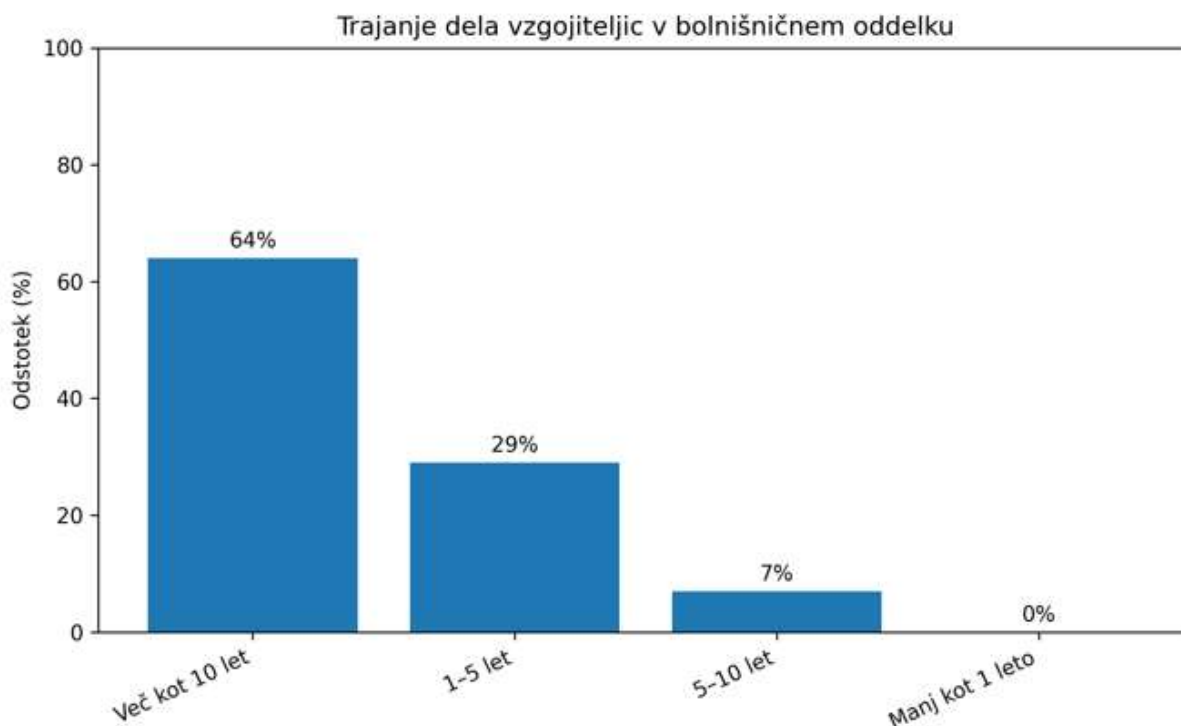
Graf 2: Delovna doba vzgojiteljic na področju predšolske vzgoje

Vir: lasten

Ugotovitve kažejo, da pedagoško delo v bolnišničnih oddelkih opravljajo pretežno izkušene vzgojiteljice z dolgoletno prakso na področju predšolske vzgoje. Dolga delovna doba lahko pomembno prispeva k strokovni samozavesti, razvitemu pedagoškemu občutku ter sposobnosti prilagajanja specifičnim potrebam hospitaliziranih otrok. Izkušnje predstavljajo pomemben dejavnik pri soočanju z zahtevnostjo bolnišničnega okolja, ki zahteva visoko stopnjo strokovne fleksibilnosti in pedagoške senzibilnosti.

4.3 Trajanje dela vzgojiteljic v bolnišničnem oddelku

Rezultati kažejo, da ima večina vzgojiteljic dolgoletne izkušnje tudi na področju dela v bolnišničnem oddelku. Največji delež (64 %) predstavlja skupina vzgojiteljic, ki v bolnišničnem okolju delajo več kot 10 let. Sledi skupina z 1 do 5 leti delovnih dobe (29 %), medtem ko ima 7 % anketiranih med 7 in 10 let delovnih izkušenj. Nobena izmed sodelujočih nima manj kot eno leto delovnih izkušenj v bolnišničnih oddelkih.



Graf 3: Trajanje dela vzgojiteljic v bolnišničnem oddelku

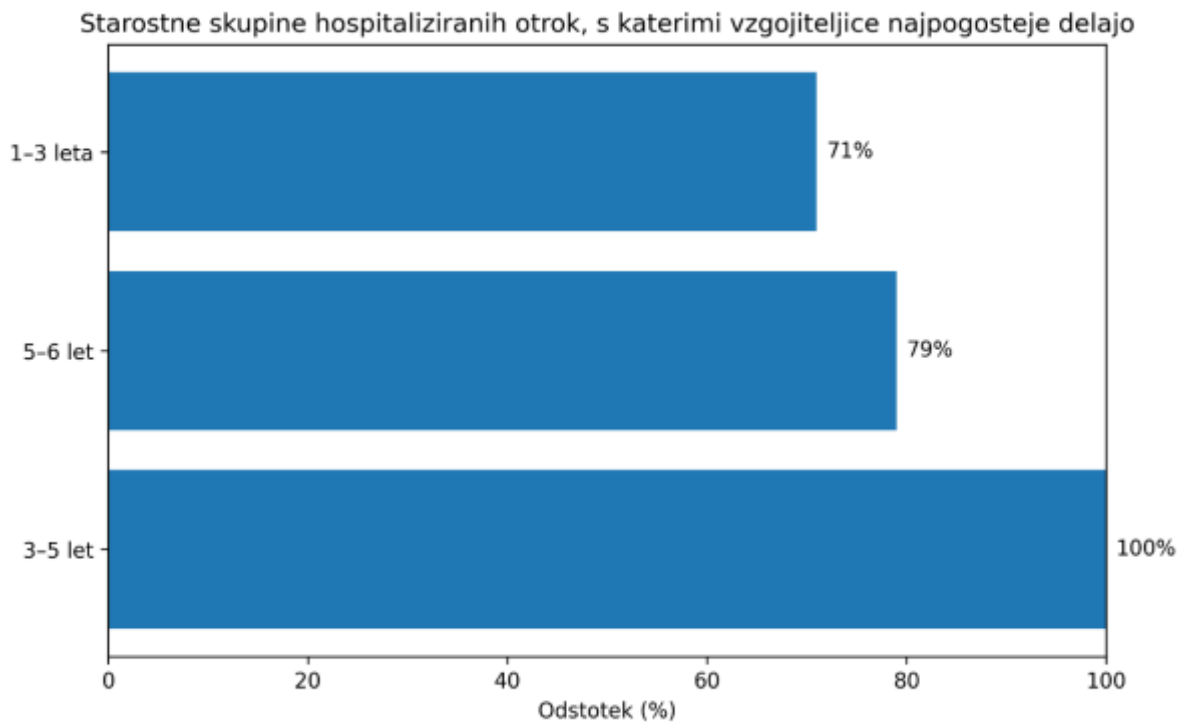
Vir: lasten

Ugotovitve kažejo, da pedagoško delo v bolnišničnih oddelkih pretežno izvajajo izkušene vzgojiteljice, ki so že daljše časovno obdobje vključene v specifično bolnišnično okolje. Dolgotrajne izkušnje na tem področju so pomembne, saj delo zahteva prilagajanje zdravstvenemu režimu, sodelovanje z medicinskim osebjem ter občutljivo pedagoško obravnavo hospitaliziranih otrok.

4.4 Starostne skupine hospitaliziranih otrok, s katerimi vzgojiteljice najpogosteje delajo

Rezultati kažejo, da vzgojiteljice najpogosteje delajo z otroki v starostni skupini 3–5 let (100 %). Sledi starostna skupina 5–6 let, s katero dela 79 % anketiranih, ter skupina 1–3 leta, s katero dela 71 % vzgojiteljic.

Pri vprašanju je bilo možnih več odgovorov.



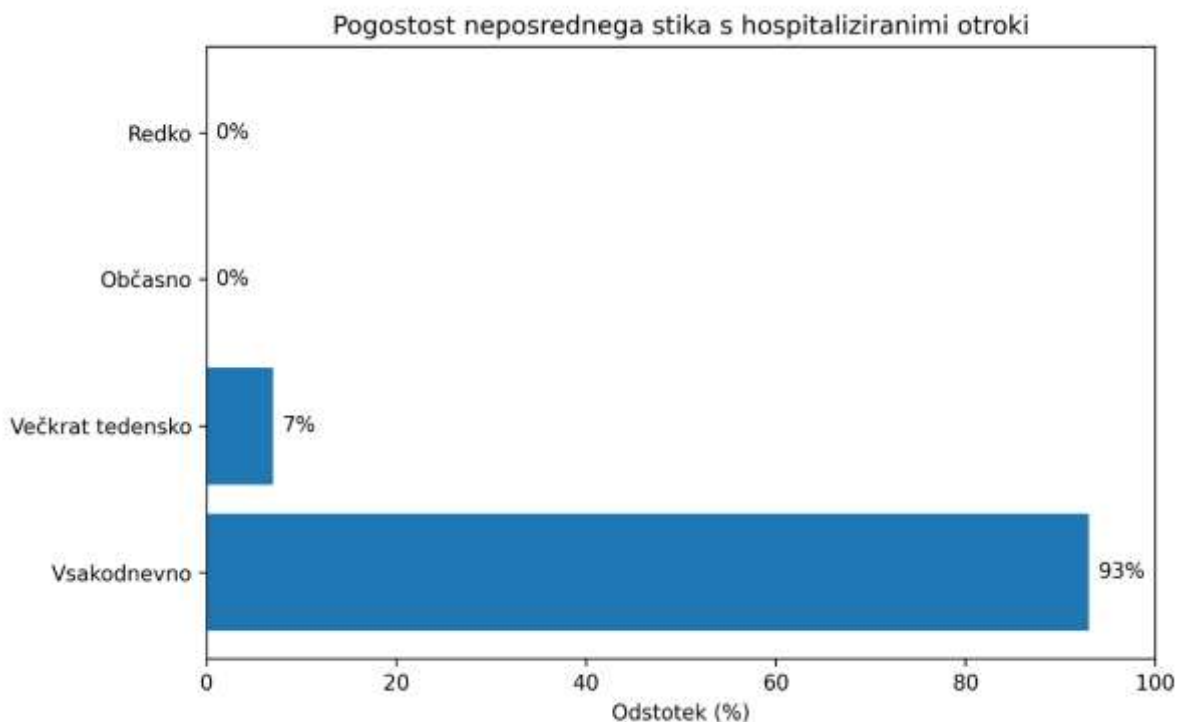
Graf 4: Starostne skupine hospitaliziranih otrok, s katerimi vzgojiteljice najpogosteje delajo

Vir: lasten

Ugotovitve kažejo, da je delo vzgojiteljic v bolnišničnem oddelku osredotočeno predvsem na srednje in starejše predšolske otroke. To je razumljivo, saj otroci v starostnem obdobju 3–6 let intenzivno razvijajo socialne, govorne in kognitivne sposobnosti, zaradi česar je pedagoška podpora v času hospitalizacije še posebej pomembna. Hkrati rezultati kažejo, da vzgojiteljice delajo tudi z mlajšimi otroki, kar zahteva dodatno prilagajanje dejavnosti razvojni stopnji otroka ter njegovemu zdravstvenemu stanju.

4.5 Pogostost neposrednega stika s hospitaliziranimi otroki

Rezultati kažejo, da je večina vzgojiteljic pri svojem delu v bolnišničnem okolju vsakodnevno v neposrednem stiku s hospitaliziranimi otroki (93 %). Manjši delež (7 %) poroča, da so z otroki v neposrednem stiku večkrat dnevno. Nihče od sodelujočih ni navedel, da bi bil stik z otroki zgolj občasen ali redek (0 %).



Graf 5: Pogostost neposrednega stika s hospitaliziranimi otroki

Vir: lasten

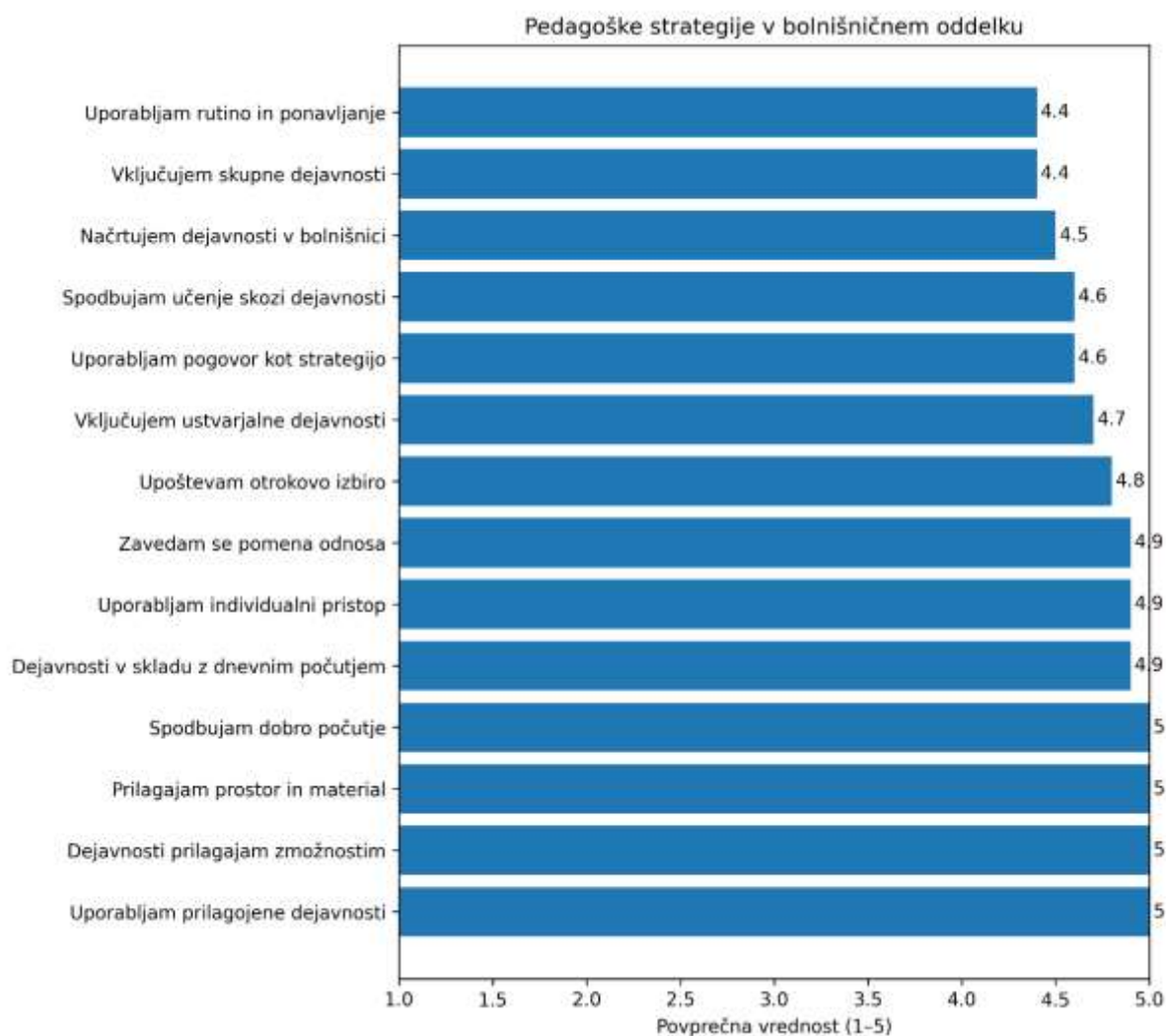
Ugotovitve potrjujejo, da pedagoško delo v bolnišničnem oddelku temelji na neposredni in kontinuirani interakciji z otroki. Takšna pogostost stika je ključnega pomena za zagotavljanje čustvene podpore, ohranjanja občutka varnosti ter kontinuiranega vzgojno-izobraževalnega procesa v času hospitalizacije.

4.6 Pedagoške strategije v bolnišničnem oddelku

Rezultati kažejo, da vzgojiteljice pri svojem delu v bolnišničnem oddelku v zelo veliki meri uporabljajo prilagojene pedagoške strategije. Najvišje povprečne vrednosti ($M = 5$) dosegajo trditve, ki se nanašajo na uporabo prilagojenih dejavnosti, prilagajanje dejavnosti otrokovim zmožnostim, prilagajanje prostora in materialov ter spodbujanje otrokovega dobrega počutja.

Zelo visoke povprečne vrednosti dosegajo tudi trditve o usklajevanju dejavnosti z dnevnim počutjem otrok, uporabi individualnega pristopa ter zavedanju pomena odnosa kot temeljnega pedagoškega dejavnika ($M = 4,9$). Nekoliko nižje, vendar še vedno visoke vrednosti, dosegajo strategije, povezane z upoštevanjem otrokove izbire ($M = 4,8$), vključevanjem ustvarjalnih dejavnosti ($M = 4,7$) ter uporabo pogovora kot pedagoške strategije ($M = 4,6$).

Najnižje povprečne vrednosti ($M = 4,4$) so zaznane pri vključevanju skupnih dejavnosti in uporabi rutine ter ponavljanja, kar pa kljub temu kaže na visoko stopnjo strinjanja.



Graf 6: Pedagoške strategije v bolnišničnem oddelku

Vir: lasten

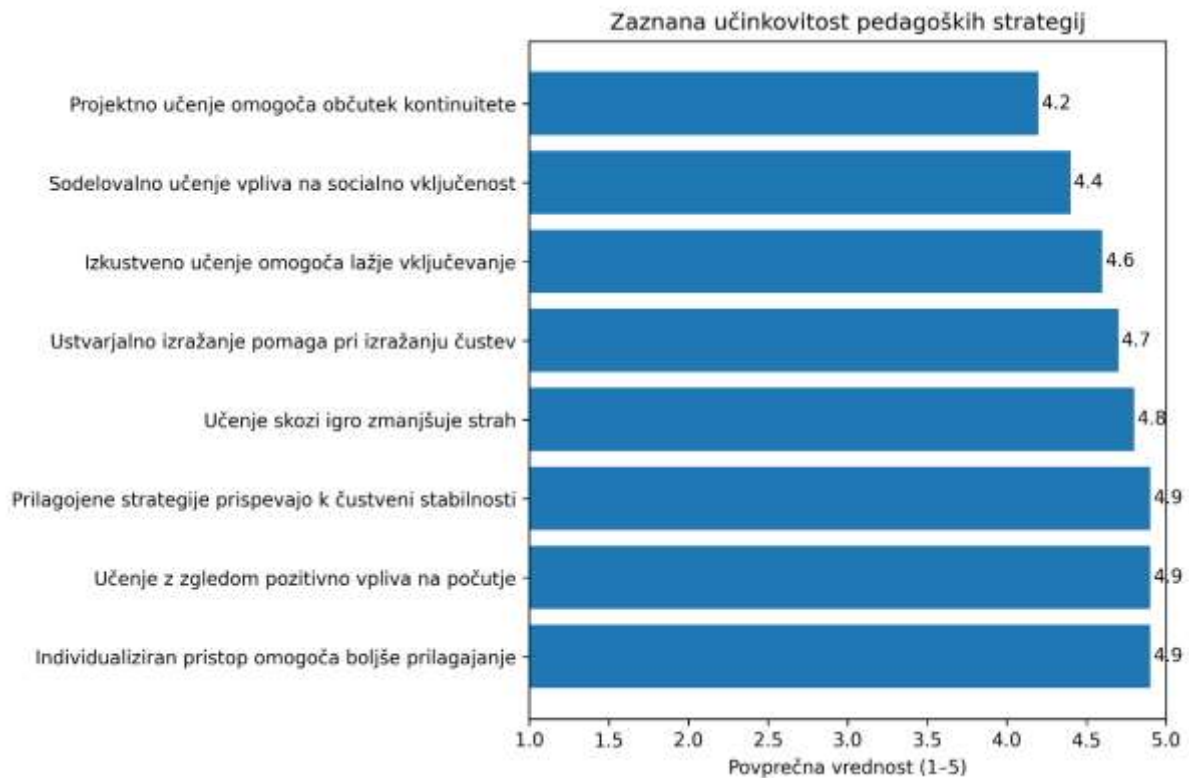
Ugotovitve potrjujejo, da vzgojiteljice svoje delo izvajajo izrazito individualizirano, prilagojeno zdravstvenemu stanju ter trenutnemu počutju otrok. Pedagoška praksa je usmerjena v podporo dobremu počutju, prilagajanju dejavnosti in ustvarjanju varnega odnosa, kar je v bolnišničnem okolju ključnega pomena.

4.7 Zaznana učinkovitost pedagoških strategij

Rezultati kažejo, da vzgojiteljice zaznavajo uporabljene pedagoške strategije kot zelo učinkovite pri svojem delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki. Največje povprečne vrednosti ($M = 4,9$) dosegajo trditve, da individualiziran pristop omogoča boljše prilagajanje pedagoškega dela, da učenje z zgle dom pozitivno vpliva na otrokovo počutje ter da prilagojene pedagoške strategije prispevajo k otrokovi čustveni stabilnosti.

Visoko povprečno vrednost dosega tudi trditev, da učenje skozi igro učinkovito zmanjšuje otrokovo doživljanje strahu (M = 4,8). Ustvarjalno izražanje je bilo ocenjeno kot zelo učinkovito pri izražanju čustvenih doživljanj (M = 4,7), izkustveno učenje pa kot učinkovito pri lažjem vključevanju otrok v dejavnosti (M = 4,6).

Nekoliko nižji, vendar še vedno visoki povprečni vrednosti dosegeta sodelovalno učenje (M = 4,4) ter projektno učenje (M = 4,2).



Graf 7: Zaznana učinkovitost pedagoških strategij

Vir: lasten

Rezultati kažejo, da vzgojiteljice visoko vrednotijo učinkovitost individualiziranih in prilagojenih pedagoških pristopov pri delu v bolnišničnem okolju.

4.8 Analiza odprtih vprašanj

Odgovore smo analizirali s pomočjo tematske analize. Najprej smo posamezne zapise večkrat prebrali, nato smo identificirali vsebinsko podobne produkte ter jih združili v smiselne kategorije. Ker je posamezen odgovor lahko vseboval več vsebinskih elementov, je bilo možno večkratno kodiranje.

4.8.1 Najpogosteje uporabljene pedagoške strategije pri delu s hospitaliziranimi otroki

Na podlagi analize smo oblikovali pet osrednjih kategorij.

Najpogosteje uporabljene pedagoške strategije pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki

Kategorija	f	% (glede na 14 odgovorov)
Učenje skozi igro	11	78,6 %
Individualiziran pristop	9	64,3 %
Čustvena podpora in izražanje čustev	8	57,1 %
Ustvarjalne in umetniške dejavnosti	7	50,0 %
Sodelovanje (starši, zdravstveni tim, skupinske dejavnosti)	5	35,7 %

Tabela 1: Najpogosteje uporabljene pedagoške strategije pri delu s hospitaliziranimi otroki

Vir: lasten

Rezultati kažejo, da je bila najpogosteje izpostavljena strategija učenje skozi igro (78,6 %). Vzgojiteljice so igro utemeljevale kot temeljno obliko učenja, ki omogoča sproščanje napetosti, zmanjševanje strahu ter predelavo izkušenj, povezanih z boleznijo in hospitalizacijo. Med zapisi so se pojavljali poudarki, kot so »igra kot temelj učenja«, »učenje preko igre«, »igra z lutko«, »dramatizacija« ter »učenje skozi spontano igro«.

Druga najpogosteje omenjena kategorija je bil individualiziran pristop (64,3 %). Vzgojiteljice so poudarjale prilagajanje dejavnosti otrokovi starosti, zdravstvenemu stanju, počutju in trenutnim zmožnostim sodelovanja ter fleksibilnost pri načrtovanju dejavnosti.

Pogosto so bile izpostavljene tudi strategije čustvene podpore in izražanja čustev (57,1%), pri čemer so bile omenjene uporaba pogovora, risanja, lutk, zgodb ter ustvarjanje varnega in podpornega odnosa.

Polovica odgovorov (50,0 %) je poudarjala ustvarjalne in umetniške dejavnosti, kot so likovno izražanje, dramatizacija ter multisenzorni pristopi. Te strategije so bile povezane z otrokovim izražanjem doživljanj ter spodbujanjem ustvarjalnosti.

V manjši meri (35,7 %) je bilo omenjeno sodelovanje s starši in zdravstvenim timom ter organizacija skupinskih dejavnosti. Izpostavljeno je bilo tudi oblikovanje spodbudnega učnega okolja tako za individualno delo po sobah kot za skupno delo v igralnici.

Rezultati kažejo, da vzgojiteljice pri delu s hospitaliziranimi otroki uporabljajo kombinacijo medsebojno povezanih pedagoških pristopov, pri čemer so v ospredju igra, individualizacija ter čustvena podpora.

4.8.2 Prilagajanje pedagoških strategij glede na otrokovo zdravstveno stanje in trenutno počutje

Na podlagi analize smo oblikovali šest osrednjih kategorij.

Prilagajanje pedagoških strategij glede na otrokovo zdravstveno stanje in trenutno počutje

Kategorija	f	% (glede na 14 odgovorov)
Individualizacija in izhajanje iz otroka	10	71,4 %
Prilagajanje zahtevnosti, materiala in vsebin	9	64,3 %
Upoštevanje zdravstvenega stanja in fizičnih omejitev	8	57,1 %
Upoštevanje trenutnega počutja in čustvene varnosti	8	57,1 %
Fleksibilnost prostora in organizacije dela	6	42,9 %
Sodelovanje s starši	3	21,4 %

Tabela 2: Prilagajanje pedagoških strategij glede na otrokovo zdravstveno stanje in trenutno počutje

Vir: lasten

Rezultati kažejo, da je bila najpogosteje izpostavljena individualizacija in izhajanje iz otroka (71,4 %). Vzgojiteljice so poudarjale, da izhajajo iz posameznega otroka, njegovih zmožnosti, želja ter trenutnega stanja, pri čemer so navajale zapise, kot so »izhajam izključno iz otroka«, »individualno za vsakega otroka posebej« ter »popolnoma upoštevam otroka«.

Pogosto je bilo omenjeno tudi prilagajanje zahtevnosti, materiala in vsebin (64,3 %). Vzgojiteljice so poudarjale širše načrtovanje dejavnosti, ki omogočajo sprotno prilagajanje glede na otrokove potrebe in interese.

V več kot polovici odgovorov (57,1 %) je bilo izpostavljeno upoštevanje zdravstvenega stanja in fizičnih omejitev, kot so zmanjšana fizična zmogljivost, prisotnost medicinskih pripomočkov, obvezno ležanje ali dolžina hospitalizacije. Enak delež anketiranih (51,1 %) je poudarjal tudi upoštevanje otrokovega trenutnega počutja in zagotavljanje čustvene varnosti kot temeljnega izhodišča za načrtovanje dejavnosti.

V 42,9 % odgovorov je bila izpostavljena fleksibilnost odgovorov in organizacije dela, pri čemer so vzgojiteljice opisovale prilagajanje dela glede na to ali otrok deluje v sobi, kotičku ali skupini ter glede na potek medicinskih posegov v dnevu.

Najmanj pogosto (21,4 %) je bilo omenjeno sodelovanje s starši, predvsem v kontekstu pridobivanja informacij o otrokovih interesih in navadah.

Rezultati kažejo, da vzgojiteljice pedagoške strategije prilagajajo celostno, pri čemer upoštevajo otrokove individualne značilnosti, zdravstveno stanje, trenutno počutje ter organizacijske okoliščine bolnišničnega okolja.

4.8.3 Primeri posebej učinkovitih pedagoških dejavnosti in strategij

Na podlagi analize smo oblikovali šest osrednjih pedagoških kategorij.

Primeri posebej učinkovitih pedagoških dejavnosti in strategij

Kategorija	f	% (glede na 14 odgovorov)
Igra vlog in simbolna igra (bolnišnica, zdravnik)	5	35,7 %
Lutka kot terapevtsko sredstvo	4	28,6 %
Glasbene dejavnosti (petje, instrumenti)	3	21,4 %
Senzorične in manipulativne dejavnosti	6	42,9 %
Odnosni in vključujoč pristop	4	28,6 %
Individualno delo 1:1	5	35,7 %

Tabela 3: Primeri posebej učinkovitih pedagoških dejavnosti in strategij

Vir: lasten

Rezultati kažejo, da so bile najpogosteje izpostavljene senzorične in manipulativne dejavnosti (42,9 %), kot so igra z različnimi materiali (glina, brivska pena, senzorične posodice), magnetne kocke ter pihanje milnih mehurčkov. Vzgojiteljice so poudarjale, da takšne dejavnosti otroku omogočajo preusmerjanje pozornosti ter aktivno sodelovanje v skladu z njegovimi možnostmi.

Pogosto je bila omenjena tudi igra vlog in simbolna igra (35,7 %), zlasti igra »bolnišnica«, pri kateri otrok prevzame vlogo zdravnika in preko lutke ali plišaste igrače predeluje bolnišnično izkušnjo. Ta pristop je bil opisan kot učinkovit pri zmanjševanju strahu in povečanju občutka nadzora nad situacijo.

Enak delež odgovorov (35,7 %) je poudarjal individualno delo 1:1, pri katerem vzgojiteljica aktivno sodeluje v igri ter se prilagaja otrokovim potrebam ob postelji ali v igralnici.

Lutka kot terapevtsko-pedagoško sredstvo(28,6 %) je bila posebej izpostavljena kot način razlage bolnišnične situacije ter predelave čustvenih doživljanj. Podoben delež odgovorov (28,6 %) je poudarjal pomen odnosnega in vključujočega pristopa, ki temelji na prijaznem sprejemu, vzpostavljanju zaupanja ter občutku varnosti.

Glasbene dejavnosti (21,4 %), kot so petje, igranje kitare ali ukulele ter ritmične dejavnosti, so bile opisane kot učinkovite pri zmanjševanju stresa ter ustvarjanju pozitivne čustvene klime.

Rezultati kažejo, da vzgojiteljice kot posebej učinkovite prepoznava dejavnosti, ki združujejo igro, čustveno podporo, senzorično izkušnjo ter individualiziran pristop.

4.8.4 Najpogostejši izzivi pri izvajanju pedagoških strategij v bolnišničnem okolju

Na podlagi analize smo oblikovali sedem osrednjih kategorij.

Najpogostejši izzivi pri izvajanju pedagoških strategij v bolnišničnem okolju

Kategorija	f	% (glede na 14 odgovorov)
Prekinjanje dejavnosti zaradi zdravstvenih posegov	6	42,9 %
Spremenljivo zdravstveno stanje in počutje otrok	7	50,0 %
Prisotnost in vloga staršev	8	57,1 %
Organizacijske in prostorske omejitve	6	42,9 %
Raznolikost otrok in posebne potrebe	5	35,7 %
Čustvene stiske otrok	6	42,9 %
Čustvena obremenjenost pedagoga	2	14,3 %

Tabela 4: Najpogostejši izzivi pri izvajanju pedagoških strategij v bolnišničnem okolju

Vir: lasten

Rezultati kažejo, da je bil najpogosteje izpostavljen izziv prisotnost in vloga staršev (57,1 %). Vzgojiteljice so omenile različne vzgojne stile staršev, prekomerno zaščitništvo, uporabo telefonov ter izzive pri pridobivanju zaupanja staršev. Prisotnost staršev je bila pogosto opisana kot dejavnik, ki vpliva na dinamiko dela v igralnici ali bolniški sobi.

Polovica odgovorov (50,0 %) je poudarila spremenljivo zdravstveno stanje in počutje otrok, ki vključuje bolečine, slabost, utrujenost in kratko pozornost. Vzgojiteljice so navajale, da morajo dejavnosti pogosto prilagajati ali prekiniti glede na otrokovo trenutno stanje.

Pogosto so bile omenjene tudi prekinitve dejavnosti zaradi zdravstvenih posegov (42,9 %), kot so terapije, preiskave in obiski zdravnikov, kar vpliva na kontinuiteto pedagoškega procesa.

Enak delež odgovorov (42,9 %) je izpostavil organizacijske in prostorske omejitve, kot so hrupno okolje, skupni prostori ter časovne omejitve. Prav tako je bilo izpostavljeno vključevanje širokega starostnega intervala otrok ter dela ene pedagoške osebe.

V 35,7 % odgovorov je bila poudarjena raznolikost otrok in posebne potrebe, vključno z otroki s težavami v razvoju ter z velikimi starostnimi razlikami.

Čustvene stiske otrok (42,9 %), kot so strah, ločitvena tesnoba in jok, so bile opisane kot pomemben izziv, ki zahteva dodatno časovno in čustveno angažiranost vzgojiteljic.

Najmanj pogosto (14,3 %) je bila neposredno omenjena čustvena obremenjenost pedagoga, kar kaže na zahtevnost dela v bolnišničnem okolju.

Rezultati kažejo, da se pedagoško delo v bolnišničnem oddelku odbija v kompleksnem in dinamičnem okolju, kjer so potrebne stalne prilagoditve, visoka strokovna fleksibilnost ter čustvena občutljivost.

4.8.5 Vpliv omejitev bolnišničnega okolja na pedagoško delo

Na podlagi analize smo oblikovali pet osrednjih kategorij.

Vpliv omejitev bolnišničnega okolja na pedagoško delo

Kategorija	f	% (glede na 14 odgovorov)
Potreba po fleksibilnosti in prilagodljivosti	9	64,3 %
Prekinjanje in motnje pedagoškega dela	6	42,9 %
Prilagajanje zdravstvenim prioritetam in sodelovanje z osebjem	6	42,9 %
Vpliv je prisoten, vendar obvladljiv	5	35,7 %
Prostorske omejitve	4	28,6 %

Tabela 5: Vpliv omejitev bolnišničnega okolja na pedagoško delo

Vir: lasten

Rezultati kažejo, da je bila najpogosteje izpostavljena potreba po fleksibilnosti in prilagodljivosti (64,3 %). Vzgojiteljice so poudarjale, da delo zahteva stalno prilagajanje, iznajdljivost ter fleksibilno načrtovanje dejavnosti. Aktivnosti morajo biti kratke, prilagodljive in izvedljive v različnih pogojih.

Pogosto je bilo omenjeno tudi prekinjanje in motnje pedagoškega dela (42,9 %), predvsem zaradi zdravstvenih posegov, terapij ter obiskov zdravnikov. Dejavnosti so pogosto prekinjene ali nedokončane, kar zahteva ponovno motiviranje otrok ter prilagajanje poteka dela.

Enak delež odgovorov (42,9 %) je poudaril prilagajanje zdravstvenim prioritetam ter sodelovanje z zdravstvenim osebjem. Pedagoško delo je podrejeno zdravstvenim potrebam otrok, zato je pomembna dobra komunikacija ter medsebojno razumevanje vlog.

V 28,6 % odgovorov so bile izpostavljene prostorske omejitve, kot so delo ob postelji, omejen prostor za gibanje ter pomanjkanje ustreznih površin za izvajanje določenih dejavnosti.

Zanimiv vidik predstavlja kategorija »vpliv je prisoten, vendar obvladljiv« (35,7 %). Nekatere vzgojiteljice so poudarile, da se omejitvam prilagodijo, da sprejemajo dnevno rutino oddelka ter da dobro sodelovanje z zdravstvenim osebjem zmanjšuje negativne vplive omejitev.

Rezultati kažejo, da bolnišnično okolje pomembno vpliva na organizacijo in izvedbo pedagoškega dela, vendar vzgojiteljice te omejitve obvladujejo z visoko stopnjo profesionalne fleksibilnosti ter prilagodljivosti.

4.8.6 Prispevek pedagoških strategij k dobremu počutju in doživljanju hospitalizacije

Na podlagi analize smo oblikovali pet osrednjih kategorij.

Prispevek pedagoških strategij k dobremu počutju in doživljanju hospitalizacije

Kategorija	f	% (glede na 14 odgovorov)
Občutek varnosti in zmanjševanje strahu	8	57,1 %
Ohranjanje občutka normalnosti in kontinuitete	7	50,0 %
Preusmeritev pozornosti od bolečine in posegov	5	35,7 %
Spodbujanje samozavesti in občutka uspešnosti	6	42,9 %
Zadovoljstvo otrok in staršev kot pokazatelj učinka	6	42,9 %

Tabela 6: Prispevek pedagoških strategij k dobremu počutju in doživljanju hospitalizacije

Vir: lasten

Rezultati kažejo, da je bila najpogosteje izpostavljena kategorija občutek varnosti in zmanjševanje strahu (57,1 %). Vzgojiteljice so poudarjale, da pedagoške dejavnosti otrokom pomagajo, da se počutijo varneje, manj prestrašeno ter da lažje izrazijo svoje strahove in čustva. Hospitalizacija je bila opisana kot manj stresna, kadar je otrok deležen podpore skozi igro, ustvarjanje in pogovor.

Polovica odgovorov (50,0 %) je poudarila ohranjanje občutka normalnosti in kontinuitete. Vzgojiteljice so izpostavile, da pedagoške dejavnosti otroku omogočajo stik z igro kot njegovo osnovno potrebo ter prispevajo k občutku, da dan ni zgolj zdravljenje, temveč vključuje tudi prijetne in razvojno spodbudne trenutke.

V 42,9 % odgovorov je bilo poudarjeno spodbujanje samozavesti in občutka uspešnosti. Otroci so ob uspešno izvedenih dejavnostih doživljali ponos, občutek nadzora ter večjo samozavest, kar prispeva k pozitivnejšemu doživljanju hospitalizacije.

Enak delež odstotkov anketiranih (42,9 %) je izpostavil zadovoljstvo otrok in staršev kot pokazatelj učinka. Vzgojiteljice so kot pomemben pokazatelj uspešnosti navajale dejstvo, da se otroci ob ponovnih hospitalizacijah radi vračajo v igralnico ter da starši izražajo pozitivne povratne informacije.

V 35,7 % odgovorov je bila poudarjena preusmeritev pozornosti od bolečine in zdravstvenih postopkov. Dejavnosti so bile opisane kot način, ki otroku pomaga preusmeriti fokus od neprijetnih izkušenj ter omiliti doživljanje bolečine.

Rezultati kažejo, da vzgojiteljice pedagoške strategije prepoznavajo kot pomemben dejavnik, ki prispeva k čustveni stabilnosti, občutku varnosti ter pozitivnejšemu doživljanju hospitalizacije.

4.8.7 Predlagane izboljšave za kakovostnejše pedagoško delo v bolnišničnem oddelku

Na podlagi analize smo oblikovali šest osrednjih kategorij.

Predlagane izboljšave za kakovostnejše pedagoško delo v bolnišničnem oddelku

Kategorija	f	% (glede na 14 odgovorov)
Prostorske izboljšave (večja igralnica, lasten prostor, zunanje površine)	9	64,3 %
Organizacijske in sistemske izboljšave (več kontinuitete, pedagog popoldan)	4	28,6 %
Strokovni razvoj in izobraževanje	3	21,4 %
Boljše sodelovanje z zdravstvenim osebjem	3	21,4 %
Več kakovostnih didaktičnih materialov	2	14,3 %
Večja vključitev staršev	1	7,1 %

Tabela 7: Predlagane izboljšave za kakovostno pedagoško delo v bolnišničnem oddelku

Vir: lasten

Rezultati kažejo, da so bile najpogosteje izpostavljene prostorske izboljšave (64,3 %). Vzgojiteljice so poudarjale potrebo po večji in namenski igralnici, lastnemu prostoru za izvajanje dejavnosti ter možnosti bivanja na prostem. Izpostavljeno je bilo tudi dejstvo, da si nekateri oddelki delijo prostor z odraslimi pacienti, kar otežuje kakovostno izvedbo pedagoškega dela.

V 28,6 % odgovorov so bile poudarjene organizacijske in sistemske izboljšave, kot so zagotovitev pedagoške prisotnosti tudi v popoldanskem času ter večja kontinuiteta dela. Omenjena je bila tudi problematika kratke ležalne dobe, ki otežuje poglobljeno pedagoško delo.

Strokovni razvoj in izobraževanje (21,4 %) sta bila izpostavljena kot pomemben dejavnik nadaljnje kakovosti dela, zlasti na področju dela z bolnimi in travmatiziranimi otroki ter stalnega strokovnega izpopolnjevanja.

Enak delež odgovorov (21,4 %) je poudarjal potrebo po boljšem sodelovanju z zdravstvenim osebjem ter več posluha za pedagoško dimenzijo otrokove hospitalizacije.

Manj pogosto so bile omenjene potrebe po več kakovostnih didaktičnih materialih (14,3 %) ter večji vključitvi staršev (7,1 %).

Rezultati kažejo, da vzgojiteljice prepoznavajo predvsem prostorske in organizacijske pogoje kot ključne dejavnike za nadaljnje izboljšanje kakovosti pedagoškega dela v bolnišničnem oddelku. Izpostavljene izboljšave so usmerjene tako v materialne pogoje kot v sistemske in strokovne vidike dela.

4.9 Sintezni povzetek rezultatov raziskave

Rezultati raziskave so pokazali, da pedagoško delo v bolnišničnem oddelku izvajajo strokovno usposobljene in izkušene vzgojiteljice, ki imajo ustrezno stopnjo izobrazbe ter večletne delovne izkušnje na področju predšolske vzgoje in dela v bolnišničnem oddelku. Struktura vzorca kaže na visoko strokovno kompetentnost izvajalk pedagoškega dela.

Kvantitativni del raziskave je pokazal, da vzgojiteljice pri svojem delu v zelo veliki meri uporabljajo individualizirane in prilagojene pedagoške strategije. Najvišje vrednosti so bile zaznane pri prilagajanju dejavnosti otrokovi starosti, zdravstvenemu stanju in trenutnemu počutju ter pri spodbujanju otrokovega dobrega počutja. Vzgojiteljice visoko vrednotijo pomen odnosa, čustvene podpore in individualnega pristopa, pri čemer pedagoške strategije zaznavajo kot učinkovite pri zmanjševanju strahu, krepitvi čustvene stabilnosti ter podporo otrokovega razvoja.

Kvalitativna analiza odprtih vprašanj je dodatno osvetlila kompleksnost pedagoškega dela v bolnišničnem okolju. Med najbolj pogosteje uporabljenimi strategijami so bile izpostavljene učenje skozi igro, individualizacija, čustvena podpora ter ustvarjalne in umetniške dejavnosti. Vzgojiteljice so kot posebej učinkovite opisovale simbolno igro, senzorične dejavnosti, uporabo lutk, glasbene aktivnosti ter individualno delo ena na ena.

Rezultati so pokazali številne izzive, s katerimi se vzgojiteljice soočajo pri svojem delu. Najpogosteje so bile izpostavljene prisotnost in vloga staršev, spremenljivo zdravstveno stanje otrok, pogoste prekinitve zaradi zdravstvenih posegov ter prostorske omejitve. Kljub temu so vzgojiteljice poudarjale visoko stopnjo fleksibilnosti in prilagodljivosti pri organizaciji in izvedbi pedagoškega procesa.

V odgovorih o vplivu pedagoških strategij na otrokovo doživljanje hospitalizacije je bila posebej izpostavljena krepitev občutka varnosti, zmanjševanju strahu, ohranjanje občutka normalnosti ter spodbujanje samozavesti in občutka uspešnosti. Pedagoške dejavnosti so bile prepoznane kot pomemben dejavnik pozitivnega doživljanja hospitalizacije.

Med predlaganimi izboljšavami so bile najpogosteje izpostavljene prostorske prilagoditve, organizacijska podpora ter nadaljnje strokovno izpopolnjevanje. Rezultati tako kažejo, da pedagoško delo v bolnišničnem oddelku predstavlja strokovno zahtevo, dinamično in večdimenzionalno področje, ki zahteva ustrezne sistemske pogoje ter visoko strokovno usposobljenost izvajalk.

5 RAZPRAVA

5.1 Pedagoške strategije pri delu s hospitaliziranimi otoki

Prvo raziskovalno vprašanje se je nanašalo na prepoznavanje pedagoških strategij, ki jih vzgojiteljice uporabljajo pri delu s hospitaliziranimi otroki v bolnišničnem oddelku. Rezultati raziskave so pokazali, da pedagoško delo temelji predvsem na igri, individualizaciji ter čustveni podpori, pri čemer se posamezne strategije medsebojno prepletajo in dopolnjujejo.

Igra se je izkazala kot osrednja pedagoška strategija. Takšen rezultat je skladen s temeljnimi strokovnimi usmeritvami predšolske vzgoje. V poglavju Otroška igra v dokumentu Kurikulum za vrtce je igra opredeljena kot temeljna otrokova dejavnost in osrednji način učenja ter razvoja v predšolskem obdobju. Poudarjeno je, da igra omogoča celostni razvoj otroka ter vključuje kognitivno, socialno in čustveno dimenzijo otroka (Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje, 2025).

V kontekstu hospitalizacije ima igra dodatno funkcijo. Mestek (2019) v diplomskem delu poudarja, da igra v bolnišnici otroku omogoča sprostitev, preusmeritev pozornosti ter zmanjševanje napetosti, hkrati pa predstavlja pomemben element podpore otrokovemu doživljanju hospitalizacije. Podobno izhaja tudi iz analize starševskih poročanj, kjer je poudarjeno, da prisotnost igralnice in vzgojiteljice pomembno vpliva na otrokovo počutje v bolnišnici (Cugmas in Smeh, 2018).

Rezultati odprtih vprašanj v naši raziskavi so pokazali, da vzgojiteljice igro uporabljajo tudi kot sredstvo čustvene podpore. V odgovorih je bilo večkrat poudarjeno, da preko igre otroci lažje izrazijo strahove in občutke ter preusmerijo pozornost od zdravstvenih postopkov (Graf 6). Takšna praksa je skladna z ugotovitvami o pomenu igre pri soočanju z boleznijo in hospitalizacijo (Mestek, 2019).

Poleg igre se je kot ključna strategija pokazala individualizacija pedagoškega dela. V odgovorih so vzgojiteljice poudarjale prilagajanje dejavnosti otrokovi starosti, zdravstvenemu stanju ter trenutnemu počutju (Tabela 1). Zupanc (2022) poudarja, da mora pedagoško delo v bolnišnici izhajati iz otrokovega trenutnega stanja ter omogočati fleksibilno prilagajanje ciljev in metod. Rezultati naše raziskave potrjujejo, da vzgojiteljice to načelo dosledno izpolnjujejo v praksi (Tabela 1).

Pomemben element uporabljenih strategij predstavlja čustvena podpora. Starši v raziskavi o doživljanju hospitalizacije poročajo, da prisotnost staršev ter ustrezna podpora vplivata na otrokovo doživljanje bolnišnice, kar potrjuje pomen varnega in podpornega okolja (Cugmas in Smeh, 2018). V odgovorih vzgojiteljic se pojavlja poudarek na ustvarjanju občutka varnosti, kontinuitete in nadzora, kar pomembno prispeva k pozitivnejšemu doživljanju hospitalizacije (Tabela 6).

Na podlagi rezultatov lahko ugotovimo, da pedagoško delo v bolnišničnem oddelku presega zgolj izvajanje načrtovanih dejavnosti ter vključuje celostno podporo otrokovemu razvoju in

dobremu počutju. Uporabljene strategije so skladne s strokovnimi smernicami predšolske vzgoje ter s specifičnimi zahtevami bolnišničnega okolja.

Preverjanje hipoteze 1

Hipoteza 1 je predpostavljala, da vzgojiteljice v bolnišničnem oddelku najpogosteje uporabljajo strategijo učenja skozi igro. Rezultati kvantitativnega dela raziskave so pokazali, da je igra najpogosteje izpostavljena pedagoška strategija (Tabela 1).

Na podlagi ugotovitev hipotezo 1 potrjujemo.

5.2 Prilagajanje pedagoških strategij glede na zdravstveno stanje in trenutno počutje otroka

Drugo raziskovalno vprašanje se je nanašalo na način prilagajanja pedagoških strategij glede na otrokovo zdravstveno stanje in trenutno počutje. Rezultati raziskave kažejo, da je prilagajanje temeljno načelo pedagoškega dela v bolnišničnem oddelku. Vzgojiteljice so poudarjale fleksibilnost, individualno načrtovanje dejavnosti ter stalno odzivanje na otrokove trenutne zmožnosti (Tabela 2).

Ugotovitve so skladne s strokovnimi izhodišči bolnišnične pedagogike, ki poudarjajo, da mora pedagoško delo izhajati iz otrokovega aktualnega zdravstvenega in čustvenega stanja. Zupanc (2022) izpostavlja, da pedagoški proces v bolnišnici ne more slediti togo načrtovani strukturi, temveč zahteva stalno prilagajanje ciljev, metod in trajanja dejavnosti glede na otrokove trenutne zmožnosti. Bolnišnično okolje je dinamično in pogosto nepredvidljivo, zato mora biti pedagoško delo organizirano fleksibilno in situacijsko odzivno.

Podobno poudarja Urankar (2024), da se pedagoški proces odvija v pogojih, ki so podrejeni zdravstvenim prioritetam, zato je prilagajanje nujna kompetenca strokovnega delavca. Rezultati naše raziskave potrjujejo, da vzgojiteljice to kompetenco prepoznavajo kot ključno in jo aktivno uresničujejo v praksi.

Odprta vprašanja so pokazala, da prilagajanje omejeno zgolj na vsebinsko diferenciacijo dejavnosti, temveč vključuje tudi prilagajanje tempa, trajanja, prostora izvajanja ter obsega aktivnosti (Tabela 2). Vzgojiteljice so poudarjale, da morajo pogosto dejavnosti skrajšati, jih prekiniti ali preoblikovati zaradi otrokove utrujenosti, bolečin ali zdravstvenih posegov. Takšne ugotovitve potrjujejo, da je individualizacija v bolnišničnem okolju izrazitejša kot v rednem vrtčevskem okolju.

Pomemben vidik prilagajanja predstavlja tudi čustvena dimenzija. Cugmas in Smeh (2018) izpostavljata, da otrokovo počutje vpliva na njegovo doživljanje hospitalizacije ter sodelovanje pri dejavnostih. Rezultati naše raziskave kažejo, da vzgojiteljice aktivno spremljajo otrokovo razpoloženje in temu prilagajajo pedagoški pristop, kar potrjuje visoko stopnjo strokovne občutljivosti.

Na podlagi ugotovitev lahko sklepamo, da je prilagajanje pedagoških strategij v bolnišničnem oddelku nujna in stalna praksa, ki presega zgolj metodološko diferenciacijo ter vključuje celostno razumevanje otrokovega zdravstvenega čustvenega in razvojnega stanja.

Preverjanje hipoteze 2

Hipoteza 2 je predpostavljala, da vzgojiteljice pogosto prilagajajo pedagoške strategije glede na otrokovo zdravstveno stanje in počutje. Rezultati kvantitativnega dela raziskave (Graf 6) so pokazali visoko stopnjo strinjanja s trditvami o prilagajanju dejavnosti, kar potrjujejo tudi odgovori odprtega tipa (Tabela 2).

Na podlagi ugotovitev hipotezo 2 potrjujemo.

5.3 Zaznana učinkovitost pedagoških strategij pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki

Tretje raziskovalno vprašanje se je nanašalo na to, katere pedagoške strategije vzgojiteljice zaznavajo kot najbolj učinkovite pri delu s hospitaliziranimi otroki. Rezultati kvantitativnega dela raziskave (Graf 7) kažejo, da vzgojiteljice kot zelo učinkovite ocenjujejo strategije, povezane z individualizacijo, igro ter čustveno podporo.

Odprta vprašanja (Tabela 3 in Tabela 6) dodatno osvetljujejo, da vzgojiteljice kot posebej učinkovite prepoznajo individualno prilagojene dejavnosti, simbolno igro (npr. igra vlog »bolnišnica«), senzorične aktivnosti ter individualno delo ena na ena. Takšne strategije omogočajo otroku aktivno vključevanje, izražanje čustev ter občutek nadzora nad situacijo.

Pomen individualizacije kot učinkovite strategije je skladen s strokovnimi izhodišči bolnišnične pedagogike. Zupanc (2022) poudarja, da mora pedagoško delo v bolnišnici izhajati iz posameznega otroka in njegovih trenutnih zmožnosti in potreb. Individualizacija omogoča prilagajanje vsebine, obsega načina in izvedbe dejavnosti, kar prispeva k večji vključenosti otroka in pozitivnejšemu doživljanju hospitalizacije.

Podobno izhaja iz raziskave o vlogi bolnišničnega vrtca, kjer je poudarjeno, da prilagojene dejavnosti pomembno vplivajo na otrokovo počutje, zmanjšujejo napetost ter omogočajo občutek uspešnosti (Mestek, 2019). Individualno delo ter upoštevanje otrokovega zdravstvenega stanja prispevata k občutku varnosti in kontinuitete.

Rezultati kažejo, da individualizacija ni razumljena zgolj kot didaktična diferenciacija, temveč kot celostni pristop, ki vključuje tudi čustveno podporo in odnosni vidik. Cugmas in Smeh (2018) izpostavljata, da občutek varnosti in razumevanja pomembno vplivata na otrokovo doživljanje hospitalizacije, kar potrjuje pomen individualno prilagojenega pedagoškega dela.

Hkrati pa rezultati kažejo, da je tudi igra zaznana kot zelo učinkovita strategija (Graf 7 in Tabela 3). V Kurikulumu za vrtce je igra opredeljena kot temeljna dejavnost predšolskega otroka, ki omogoča celostni razvoj (Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje, 2025). V bolnišničnem okolju

igra dodatno prispeva k zmanjševanju stresa ter omogoča simbolno predelavo bolnišnične izkušnje, kar potrjujejo tudi odgovori vzgojiteljic (Tabela 6).

Na podlagi rezultatov lahko ugotovimo, da vzgojiteljice kot najbolj učinkovite zaznavajo predvsem individualizirane, prilagodljive in odnosno usmerjene strategije, ki otroku omogočajo aktivno sodelovanje ter čustveno stabilnost.

Preverjanje hipoteze 3

Hipoteza 3 je predpostavljala, da vzgojiteljice kot najbolj učinkovito strategijo pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki zaznavajo individualizacijo pedagoškega dela.

Rezultati kvantitativnega dela raziskave (Graf 7) kažejo, da je individualizacija med najvišje ocenjenimi strategijami, kar potrjujejo tudi odgovori odprtega tipa (Tabela 2). Individualiziran pristop se dosledno pojavlja kot ključni dejavnik učinkovitosti pedagoškega dela.

Na podlagi ugotovitev hipotezo 3 potrjujemo.

5.4 Izzivi pri načrtovanju pedagoških strategij v bolnišničnem oddelku

Četrto raziskovalno vprašanje se je nanašalo na izzive, s katerimi se vzgojiteljice srečujejo pri načrtovanju in izvajanju pedagoških strategij v bolnišničnem oddelku. Rezultati raziskave kažejo, da pedagoško delo poteka v specifičnih organizacijskih, prostorskih in časovnih pogojih, ki pomembno vplivajo na njegovo izvedbo (Tabela 4 in Tabela 5).

V odprtih odgovorih so pogoste izzive izpostavile pogoste prekinitve dejavnosti zaradi zdravstvenih posegov, spremenljivo zdravstveno stanje otrok ter organizacijske omejitve, kot so časovna nepredvidljivost, prostorske omejitve in širši starostni razpon otrok. Takšni rezultati potrjujejo, da je pedagoški proces v bolnišničnem okolju podrejen zdravstvenim prioritetam, kar zahteva visoko stopnjo prilagodljivosti (Tabela 4).

Ugotovitve so skladne z navajanjem avtorice Urankar (2024), ki izpostavlja, da pedagoški proces ne more slediti togo strukturiranemu urniku, temveč mora biti organiziran v skladu z dnevno dinamiko oddelka. Zdravstveni posegi in terapije imajo prednost pred pedagoškimi dejavnostmi, kar vpliva na kontinuiteto dela.

Rezultati naše raziskave dodatno kažejo, da izzivi niso zgolj organizacijske narave, temveč vključujejo tudi čustveno dimenzijo. Vzgojiteljice so izpostavile čustvene stiske otrok, ločitveno tesnobo ter prisotnost staršev kot dejavnike, ki vplivajo na izvedbo dejavnosti (Tabela 4). Takšne ugotovitve so skladne z raziskavo avtoric Cugmas in Smeh (2018), ki poudarjata, da je hospitalizacija za otroka čustveno obremenjujoča izkušnja, ki vpliva na njegovo sodelovanje pri dejavnostih.

Posebej pomembno je, da rezultati ne kažejo zgolj na prisotnost omejitev, temveč tudi na visoko stopnjo profesionalne prilagodljivosti vzgojiteljic. V odprtih odgovorih so vzgojiteljice

poudarjale, da omejitve sicer vplivajo na potek dela, vendar jih obvladujejo z organizacijskimi kompetence in razumevanje specifičnosti bolnišničnega okolja.

Preverjanje hipoteze 4

Hipoteza 4 je predpostavljala, da se vzgojiteljice pri izvajanju pedagoških strategij v bolnišničnem okolju srečujejo z organizacijskimi in časovnimi omejitvami.

Rezultati raziskave potrjujejo prisotnost organizacijskih, časovnih in prostorskih omejitev (Tabela 4 in Tabela 5). Vzgojiteljice so jasno izpostavile prekinitve dejavnosti, časovno nepredvidljivost ter usklajevanje z zdravstvenimi postopki ter pomembne dejavnike, ki vplivajo na pedagoški proces.

Na podlagi ugotovitev hipotezo 4 potrjujemo.

5.5 Izvirni prispevek k praksi

Raziskava prispeva k boljšemu razumevanju pedagoškega dela v bolnišničnih oddelkih ter osvetljuje specifične značilnosti, izzive in potrebe tega strokovnega področja. Ugotovitve potrjujejo pomen igre, individualizacije in čustvene podpore kot temeljnih elementov bolnišnične pedagogike ter poudarjajo nujnost fleksibilnega in situacijsko odzivnega pedagoškega pristopa.

Rezultati raziskave lahko služijo kot strokovna podlaga za nadaljnje razvijanje pedagoške prakse v bolnišničnih oddelkih, zlasti na področju organizacije dela, prostorskih pogojev ter strokovnega izpopolnjevanja vzgojiteljic. Ugotovitve lahko prispevajo tudi k večji prepoznavnosti in vrednotenju bolnišnične pedagogike kot pomembnega dela celostne obravnave hospitaliziranega otroka.

Raziskava odpira tudi prostor za razmislek o sistemski podpori pedagoškemu delu v bolnišničnem okolju ter o potrebi po nadaljnjem strokovnem povezovanju med pedagoškim in zdravstvenim področjem.

6 SKLEP

Raziskava je osvetlila kompleksnost in večplastnost pedagoškega dela v bolnišničnem oddelku ter poudarila njegov pomemben prispevek k celostni obravnavi hospitaliziranega predšolskega otroka. Ugotovitve potrjujejo, da pedagoško delo v tem specifičnem okolju presega tradicionalne okvire predšolske vzgoje, saj vključuje tudi pomembne elemente čustvene podpore, psihološke stabilizacije in socialnega vključevanja otroka.

Eden ključnih poudarkov raziskave je, da igra, individualizacija in čustvena podpora predstavljajo temeljne stebre pedagoškega delovanja v bolnišničnem okolju. Igra kot osnovna dejavnost predšolskega otroka ne omogoča le učenja, temveč deluje tudi kot pomemben mehanizem za soočanje s stresom, strahom in negotovostjo, ki jih prinaša hospitalizacija. Individualiziran pristop pa zagotavlja, da je vsak otrok obravnavan celostno, ob upoštevanju njegovih razvojnih značilnosti, zdravstvenega stanja in trenutnega počutja.

Pomemben prispevek raziskave je tudi v prepoznavanju visoke stopnje profesionalnosti vzgojiteljic, ki se kaže v njihovi sposobnosti prilagajanja, fleksibilnosti in empatičnega odzivanja. Kljub številnim omejitvam, kot so časovne in prostorske omejitve ter pogoste prekinitve dejavnosti, vzgojiteljice uspešno izvajajo kakovostno pedagoško delo. Njihova vloga v bolnišničnem okolju je tako nepogrešljiva, saj pomembno prispevajo k ustvarjanju varnega, spodbudnega in otroku prijaznega okolja.

Raziskava prav tako odpira prostor za razmislek o nadaljnjem razvoju bolnišnične pedagogike. Na podlagi ugotovitev bi bilo smiselno še dodatno okrepanje sistemsko podporo vzgojiteljicam, zlasti na področju strokovnega izpopolnjevanja, zagotavljanja ustreznih prostorskih pogojev ter boljšega organizacijskega usklajevanja med pedagoškim in zdravstvenim osebjem. Prav tako bi bilo koristno razvijati smernice in modele dobre prakse, ki bi podpirali kakovostno izvajanje pedagoškega dela v različnih bolnišničnih okoljih.

Pomembno področje za nadaljnje raziskovanje predstavlja tudi vključevanje staršev v pedagoški proces ter raziskovanje dolgoročnih učinkov bolnišnične pedagogike na otrokov razvoj. Nadaljnje študije bi lahko prispevale k še boljšemu razumevanju potreb hospitaliziranih otrok ter k razvoju učinkovitih pristopov za njihovo podporo.

Na podlagi celotne raziskave lahko zaključimo, da pedagoško delo v bolnišničnem oddelku ni zgolj spremljevalna dejavnost, temveč ključen element celostne obravnave otroka. S svojim delovanjem vzgojiteljice pomembno prispevajo k zmanjševanju negativnih učinkov hospitalizacije ter k ohranjanju otrokovega razvoja, dostojanstva in občutka varnosti.

Končno lahko poudarimo, da kakovostna bolnišnična pedagogika predstavlja pomemben korak k bolj humanemu in otroku prijaznemu zdravstvenemu sistemu. S povezovanjem strokovnih znanj, empatičnega pristopa in prilagodljivih pedagoških strategij omogoča, da otrok tudi v času bolezni ostaja aktiven, slišan in upoštevan posameznik.

Poleg navedenega rezultati raziskave poudarjajo tudi pomen medsebojnega sodelovanja med vzgojiteljicami, zdravstvenim osebjem in starši. Učinkovita komunikacija in sodelovanje med vsemi vpletenimi pomembno prispevata k boljši usklajenosti dejavnosti ter k celostnemu razumevanju otrokovih potreb. Vzgojiteljice pri tem pogosto delujejo kot povezovalni člen med otrokom, družino in zdravstvenim okoljem, kar dodatno poudarja kompleksnost njihove vloge.

Posebno pozornost je treba nameniti tudi ustvarjanju spodbudnega in razvojno primerne učnega okolja znotraj bolnišničnega oddelka. Čeprav so prostorske in materialne možnosti pogosto omejene, raziskava kaže, da lahko že manjše prilagoditve in preiščena izbira didaktičnih sredstev pomembno vplivajo na kakovost otrokove izkušnje. Pomembno je, da okolje otroku omogoča občutek domačnosti, varnosti in možnosti izbire, saj to krepi njegovo avtonomijo in občutek nadzora v sicer nepredvidljivih okoliščinah.

Rezultati raziskave prav tako opozarjajo na potrebo po dodatni strokovni podpori vzgojiteljicam, zlasti na področju soočanja s čustveno zahtevnimi situacijami. Delo v bolnišničnem okolju pogosto vključuje stik z boleznijo, stisko in negotovostjo, kar lahko predstavlja pomembno čustveno obremenitev tudi za strokovne delavce. Zato je smiselno razmišljati o sistematičnih oblikah podpore, kot so supervizija, strokovna srečanja in dodatna izobraževanja.

Ob tem ne gre zanemariti tudi širšega družbenega pomena bolnišnične pedagogike. Z zagotavljanjem enakih možnosti za razvoj in učenje tudi v času bolezni prispeva k zmanjševanju neenakosti ter k uresničevanju načel inkluzivne vzgoje in izobraževanja. Takšen pristop poudarja vrednost vsakega otroka kot posameznika ter njegovo pravico do kakovostne obravnave ne glede na življenjske okoliščine.

S tem se dodatno potrjuje, da je bolnišnična pedagogika pomembno strokovno področje, ki zahteva nadaljnji razvoj, raziskovanje in sistemsko podporo.

7 VIRI IN LITERATURA

1. Adamek, A., idr. (2009). *Koncept dela v bolnišničnih oddelkih vrtca – predlog*. Zavod Republike Slovenije za šolstvo. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-G6JH0M1M>
2. Caggiano, G., Brunetti, L. I. G., Ho, K., Piovani, A., in Quaranta, A. (2021). *Hospital School Program: The right to education for long-term care children*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11435. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111435>
3. Cugmas, Z., in Smeh, A. (2018). *Otrokovo doživljanje bivanja v bolnišnici z vidika staršev in medicinskega osebja*. *Revija za elementarno izobraževanje*, 11(1), 19–38. <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.3.57>
4. Devjak, T. in Berčnik, S (2018). *Otrokovo doživljanje bivanja v bolnišnici z vidika staršev in medicinskega osebja*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
5. European Association for Children in Hospital (EACH). (2002). *Evropsko združenje za pravice otrok v bolnišnicah*. https://arhiv.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/mednarodna_porocila/each_listina.pdf
6. Jerina Gubanc, M. (2012). *Vloga vzgojitelja v bolnišnici* (Magistrsko delo). Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani. Repozitorij Univerze v Ljubljani. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=27109>
7. Katrašnik, M. (2022). *Vloga vzgojitelja v bolnišničnem oddelku* (Diplomsko delo). Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani. Repozitorij Univerze v Ljubljani. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=135938>
8. Kosmač Zalašček, T. (2016). *Umetnostne dejavnosti v otroških oddelkih slovenskih bolnišnic* (Specialistično delo). Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani. Repozitorij Univerze v Ljubljani. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=85795>
9. Kovač, S., in Ferjan, M. (2015). *Primerjava poznavanja otrokovih pravic med starši hospitaliziranih otrok in medicinskimi sestrami*. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(3), 214–221. <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.3.57>
10. Lee Jia Yee, L., Mohd Radzi, N. M., in Mamat, N. (2022). *Learning through play in early childhood: A systematic review*. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development*, 11(4), 917–961. <https://doi.org/10.6007/IJARPED/v11-i4/16076>
11. Mestek, M. (2019). *Hospitalizirani otroci in vloga bolnišničnega oddelka vrtca* (Diplomsko delo). Pedagoška fakulteta, Univerza na Primorskem. Repozitorij Univerze na Primorskem. <https://repozitorij.upr.si/IzpisGradiva.php?id=13656&lang=slv&prip=dkum:9161633:d1>
12. Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje. (2025). *Kurikulum za vrtce*. Zavod Republike Slovenije za šolstvo. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MVI/Dokumenti/Sektor-za-predsolsko-vzgojo/Dokumenti-smernice/Kurikulum-za-vrtce-2025.pdf>

13. Mombaers, T., in Donche, V. (2020). *Hospital school students' academic motivation and support needs: A self-determination perspective*. *Frontiers in Education*, 5, 106. <https://doi.org/10.3389/educ.2020.00106>
14. Novak, I. (2016). *Vpliv hospitalizacije na predšolskega otroka* (Diplomsko delo). Pedagoška fakulteta, Univerza v Mariboru. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=57108>
15. Peterlin, M. (2020). *Vloga vzgojitelja pri hospitaliziranem predšolskem otroku* (Diplomsko delo). Pedagoška fakulteta, Univerza v Mariboru. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=76331>
16. Strajnar, L. (2018). *Komunikacija kot element atravmatske pediatrične zdravstvene nege* (Diplomsko delo). Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani. Repozitorij Univerze v Ljubljani. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=102532>
17. Urankar, S. (2024). *Specifika pedagoškega dela v slovenskih bolnišničnih šolah* (Magistrsko delo). Pedagoška fakulteta, Univerza v Mariboru. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=86279&lang=slv>
18. Volčanjk, N. (2019). *Bolnišnična šola potrebuje inkluzijo – inkluzivni pedagog v bolnišnični šoli*. *Didakta*, 29(201), 20–22. <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-Y5MXHINX>
19. Zupanc, B. (2022). *Pedagoški proces bolnišnične šole in vrtca* (Magistrsko delo). Pedagoška fakulteta, Univerza v Mariboru. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=83546&lang=slv>

8 PRILOGA – ANKETNI VPRAŠALNIK

Uvod

Spoštovani,

sem Simona Jamnikar, bolnišnična vzgojiteljica in pripravljam raziskovalno nalogo z naslov Pedagoške strategije vzgojiteljic v bolnišničnem oddelku pri delu s hospitaliziranimi otroki.

Namen raziskave je pridobiti vpogled v pedagoške strategije, ki jih vzgojiteljice uporabljamo pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki, načine njihovega prilagajanja glede na otrokovo zdravstveno stanje in počutje ter izzive, s katerimi se srečujemo pri izvajanju pedagoškega dela v bolnišničnem okolju.

Anketa je anonimna, pridobljeni podatki pa bodo uporabljeni izključno za namene raziskovalne naloge.

S sodelovanjem prispevate k boljšemu razumevanju pedagoške prakse v bolnišničnem oddelku.

Q1 - Vaša najvišje dosežena stopnja izobrazbe:

- srednješolska
- višješolska/visokošolska
- univerzitetna
- magistrska
- drugo:

Q2 - Vaša delovna doba na področju predšolske dobe:

- do 5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- več kot 20 let

Q3 - Koliko časa že delate v bolnišničnem oddelku?

- manj kot 1 leto
- 1-5 let
- 5-10 let
- več kot 10 let

Q4 - S katero starostno skupino hospitaliziranih otrok najpogosteje delate?

- 1-3 leta
- 3-5 let
- 5-6 let

Q5 - Kako pogosto ste pri svojem delu v bolnišničnem oddelku v neposrednem stiku s hospitaliziranimi otroki?

- vsakodnevno
- večkrat tedensko
- občasno
- redko

Q6 - PEDAGOŠKE STRATEGIJE Prosim, da pri vsaki trditvi označite, v kolikšni meri se z njo strinjate, glede na vašo pedagoško prakso v bolnišničnem oddelku. Lestvica: 1 - sploh ne drži 2 - večinoma ne drži 3 - delno drži 4 - večinoma drži 5 - popolnoma drži

	1	2	3	4	5
Pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki pogosto uporabljam igro kot temeljno pedagoško strategijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pedagoške dejavnosti prilagajam otrokovi trenutni zmožnosti sodelovanja.



Pri pedagoškem delu uporabljam individualni pristop glede na otrokove potrebe.



Pri delu pogosto uporabljam pogovor kot strategijo za zmanjševanje otrokovega strahu in stiske.



V pedagoško delo vključujem ustvarjalne dejavnosti (likovne, glasbene, gibalne,..).



Pedagoške dejavnosti izvajam v skladu z dnevnim počutjem otrok.



Pri pedagoškem delu uporabljam rutino in



ponavljanje za zagotavljanje občutka varnosti.

Pri dejavnostih upoštevam otrokovo željo o izbiri in sodelovanju.



Pri delu uporabljam prilagoditve prostora in materialov glede na bolnišnično okolje.



Pedagoško delo usmerjam v spodbujanje otrokovega dobrega počutja in čustvene stabilnosti.



Pri delu s hospitaliziranimi otroki spodbujam učenje skozi neposredno izkušnjo in raziskovanje (izkustveno učenje).



Kadar zdravstveno stanje to omogoča, otroke vključujem v skupne dejavnosti, ki spodbujajo sodelovanje z drugimi otroki.

Pedagoške dejavnosti v bolnišničnem okolju načrtujem tedensko in fleksibilno glede na interese otrok (projektni pristop).

Pri pedagoškem delu se zavedam pomena lastnega zgleda in odnosa kot učnega dejavnika za otroka.

Q7 - ZAZNANA UČINKOVITOST PEDAGOŠKIH STRATEGIJ Prosim, da pri vsaki trditvi označite, v kolikšni meri menite, da je posamezna pedagoška strategija učinkovita pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki v bolnišničnem oddelku. Lestvica: 1 - sploh ni učinkovita 2 - večinoma ni učinkovita 3 - delno učinkovita 4 - večinoma učinkovita 5 - zelo učinkovita

1 2 3 4 5

Učenje skozi igro učinkovito prispeva k zmanjšanju

otrokovega strah
u in stiske v
bolnišnici.

Izkustveno
učenje otroku
omogoča lažje
vključevanje v
dejavnosti kljub
hospitalizaciji.

Individualiziran
pristop omogoča
boljše
prilagajanje
pedagoškega
dela otrokovemu
zdravstvenemu
stanju.

Sodelovalno
učenje pozitivno
vpliva na
otrokovo
socialno
vključenost v
bolnišničnem
oddelku.

Projektno učenje
omogoča otroku
občutek
kontinuitete in
smisla kljub
bolnišničnemu
okolju.

Ustvarjalno
izražanje otroku



pomaga pri
izražanju čustev
in doživljanja
hospitalizacije.

Učenje z
zgledom
vzgojiteljice
pozitivno vpliva
na otrokovo
počutje in
sodelovanje pri
dejavnostih.

Prilagojene
pedagoške
strategije
prispevajo k
otrokovi čustveni
stabilnosti v času
hospitalizacije.

Q8 - Prosim, da na vprašanja odgovorite čim bolj opisno in na podlagi lastnih izkušenj pri delu v bolnišničnem oddelku.

Q9 - Katere pedagoške strategije najpogosteje uporabljate pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki?

Q10 - Kako prilagajate pedagoške strategije glede na otrokovo zdravstveno stanje in trenutno počutje?

Q11 - Opišite primer pedagoške dejavnosti ali strategije, ki se vam je pri delu s hospitaliziranimi predšolskimi otroki izkazala kot posebej učinkovita. Zakaj?

Q12 - S katerimi izzivi se najpogosteje srečujete pri izvajanju pedagoških strategij v bolnišničnem okolju?

Q13 - Kako omejitve bolnišničnega okolja (prostor, čas, zdravstveni postopki, sodelovanje z zdravstvenim osebjem) vplivajo na vaše pedagoško delo?

Q14 - Kako po vašem mnenju pedagoške strategije, ki jih uporabljate v bolnišničnem oddelku, prispevajo k otrokovemu dobremu počutju in doživljanju hospitalizacije?

Q15 - Katere prilagoditve ali izboljšave bi po vašem mnenju lahko prispevale k še kakovostnejšemu pedagoškemu delu v bolnišničnem oddelku?