

Биестина теорија образовања као концептуална основа наставе за ученике на болничком лечењу

Марина Ж. Семиз*

Универзитет у Крагујевцу, Педагошки факултет у Ужицу

А П С Т Р А К Т

Болничка настава представља специфичан дидактички модел намењен ученицима који, услед здравствених разлога, бораве у болници и онемогућени су да похађају редовну наставу у школи. Иако се болничка настава спроводи у бројним земљама, постоји недостатак научних радова који се систематски баве њеном теоријском заснованошћу, педагошком сврхом и нормативним оквирима. Циљ овог рада је да се истраже могућности примене теоријског оквира Герта Биесте као основе за концептуализовање и редифинисање болничке наставе у правцу дубље педагошке сврсисходности. Полазећи од три кључне образовне димензије – квалификације, социјализације и субјективизације – рад истражује начине њихове интеграције у специфичне услове болничког окружења. Методолошки, рад се ослања на анализу научних радова Г. Биесте, релевантне научне литературе и нормативних докумената који регулишу болничку наставу у Србији и у међународном контексту.

Резултати квалитативне анализе указују на неопходност нормативног и концептуалног јачања болничке наставе као инхерентног дела образовног система. Тек кроз интеграцију и међусобно прожимање ових трију димензија настава добија своју пуну педагошку вредност: као процес подршке стицању знања, развоју вештина, ставова и вредности, припреми за живот у заједници, али и као простор за личну афирмацију и изградњу аутономне субјективности. Препоручује се развој интердисциплинарног приступа, подршка наставницима, као и формулисање педагошких стандарда који ће обезбедити да настава у болници буде трансформативна и телеолошка – у складу са Биестином визијом образовања. Закључује се да болничка настава има потенцијал да обезбеди не само континуитет учења већ и подршку личном развоју, осећају нормалности и повезаности ученика са светом ван болничког окружења.

Кључне речи: квалификација, социјализација, субјективизација, Биестина теорија образовања, сврха наставе.

* semizmarina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3917-0114>

Увод

„Кад сам се разболео, мој разредни старешина ме је чак посетио у клиници и донео ми писма од мог разреда... Тако сам увек имао осећај да и даље припадам разреду.“

(Landesinstitut für Schulentwicklung, 2013: 8)

У доминантним педагошким наративима, питање сврхе васпитања и образовања све чешће бива маргинализовано у корист технократских приступа, фокусираних на мерљиве исходе учења и стандарде образовних постигнућа (Biesta, 2009, 2010, 2021, 2023; Darling-Hammond, 1991; Moore, Jensen & Hatch, 2003). У том контексту, цитат Л. Керола – „Ако не знаш куда идеш, сваки пут ће те одвести тамо” – метафорички илуструје последице формалног образовања лишеног јасно дефинисаног *телоса*. Ова проблематика добија посебну тежину у осетљивим васпитнообразовним контекстима, као што је болничка настава, где су ученици изложени физичкој, психолошкој и социјалној рањивости. Уколико се настава у болничком окружењу сведе на администрирање наставног процеса и формалну „надокнаду” школских садржаја, изостаје суштинска подршка у учењу, развоју и очувању субјективног интегритета ученика. У таквим околностима, одсуство јасно педагошки артикулисане сврхе наставе постаје не само професионални већ и етички проблем. Осим наведеног, образовање лишено сврхе постаје самореферентнијални систем који губи способност да артикулише своју културну димензију, као и друштвено-хуманистичку функцију.

У светлу претходних ставова, Биестина теорија образовања¹ (Biesta, 2006, 2009, 2010, 2012, 2021, 2023) нуди релевантан теоријски оквир за преиспитивање и редефинисање концепта и праксе болничке наставе. Његова концептуализација образовања – као процеса квалификације, социјализације и субјективизације – пружа педагошко-дидактичке координате које омогућавају интегрисано промишљање о томе шта је настава, чему служи и како се спроводи у специфичном болничком окружењу. Иако се директно не бави болничком наставом, Биестина теорија образовања отвара могућност да се и овај контекст препозна као значајан простор за лични развој, дијалог, субјективно позиционирање ученика и одржавање социјалних веза са наставницима, породицом и вршњацима. Реч је, дакле, о померању фокуса са питања *шта* ученик током хоспитализације треба *да научи* ка питању *шта* образовање и настава омогућавају *да он буде или постане*. Биестин критички став према образовању као механизму достизања стандарда може усмерити научну пажњу ка ономе што образовање омогућава хоспитализованом ученику да постане у егзистенцијалном, а не само у академском смислу.

¹ Биеста у радовима говори о оном делу образовања који је везан за формирање личности, морални развој, као и изградњу погледа према свету – што јесте суштина васпитања.

Да су овакви увиди дубоко укоренењени у педагошку мисао, показује и кратак историјски преглед развоја васпитнообразовног рада са децом током хоспитализације. У почетку је педагошки рад у болничком окружењу био пре свега мотивисан бригом о добробити деце и њиховим основним животним потребама, док је образовна компонента, у ужем смислу, постепено добијала на значају. Први организовани облици наставе у болницама појавили су се 1910. године у Лозани, у Швајцарској, заслугом професора др Ролијеа, што се сматра једним од првих примера образовања деце током лечења (Aleksić & Grumić, 2018). У Француској је прва болничка учионица основана у Паризу 1935. године, на иницијативу Хенрија Селијеа (Henri Sellier), као одговор на потребе деце са последицама рата (Kochem, 2019). Иницијативе сличног типа забележене су и у Универзитетској болници Стенфорда током 20-их година (Eaton, 2012).

Ипак, корени болничке педагогије се могу пратити још даље у прошлост. За пионира овог поља често се наводи сер Вилијам Перди Трелор (1843–1923), који је током свог мандата као градоначелник Лондона организовао негу, исхрану, а затим и образовање хоспитализоване деце (Csinády, 2015). У Југославији, први облици болничке наставе јављају се 1946. године као директан одговор на потребе деце погођене страдањима или тешким болестима у Другом светском рату. У Србији је 1965. године основана Основна школа „Др Драган Херцог” у Београду, намењена деци на болничком лечењу која наставу похађају по редовном програму, док је 1972. године отворена Основна школа „Миодраг Матић” при Заводу за церебралну парализу. Васпитнообразовне групе за предшколску децу започеле су са радом 1981. године у Дечјој болници „Др Олга Дедијер”, а током 90-их слични диверсификовани програми се развијају и у другим здравственим установама широм Србије (према: Semiz, 2023a).

Сличан развојни ток забележен је и у другим земљама некадашње Југославије. У Словенији је 1951. године оснивањем болничке школе у Љубљани, коју је покренуо проф. др Мариј Авчин уз помоћ учитељице Бреде Јуванчић, започет организовани облик образовања болесне деце (Kajfež & Kolenec, 2013). Истовремено, те исте године, при болници у Валдорти код Копра отворена је школа за децу са болестима коштано-мишићног система.

Иако су ове иницијативе представљале значајан напредак, оне нису увек обезбеђивале континуитет и уједначен квалитет образовноваспитног рада, што је довело до потребе за развојем нових модалитета педагошког деловања током хоспитализације или периода опоравка у кућним условима. Управо ове околности отварају простор за концептуално промишљање болничке наставе као све више признате праксе у области инклузивног васпитања и образовања. Полазећи од теоријских постулата које Биеста заступа, овај рад иницијално настоји да отвори простор за концептуално редефинисање болничке наставе, а потом и да допринесе ширем педагошком дискурсу о нужности враћања питању сврхе у образовању.

Приступ проблему истраживања

Циљ овог рада је да се истраже могућности примене Биестине теорије образовања као теоријског и практичног оквира за обликовање наставе намењене ученицима на болничком лечењу. Рад полази од следећих истраживачких питања:

- (а) На који начин се концепти квалификације, социјализације и субјективизације у Биестином моделу образовања могу имплементирати у специфични контекст болничке наставе?
- (б) Какве практичне импликације ова теорија има за педагошки рад у болничком окружењу, у погледу циља и задатака наставе, наставних метода, као и улога наставника?
- (в) Шта је – или шта би требало да буде – сврха наставе за ученике на болничком лечењу?

Истраживање је конципирано као квалитативна теоријска анализа са елементима дескриптивно-аналитичке методе. У раду се примењује метода теоријске анализе, односно анализа научних радова Г. Биесте, релевантне научне и истраживачке литературе, као и анализа нормативних докумената који се односе на болничку наставу у Србији и ширем светском контексту. Општи теоријски концепти Биестове теорије упоређују се специфичностима болничког образовног окружења, сагледаним кроз призму постојеће научне и стручне литературе, као и релевантног законодавног оквира. Посебна пажња посвећена је анализи концепата квалификације, социјализације и субјективности у Биестином моделу, те њиховом потенцијалу за редеофинисање концепта болничке наставе. Такође, рад укључује и нормативну анализу, усмерену на преиспитивање питања сврхе и циља образовања у специфичном контексту болничке средине.

Биестина теорија сврхе образовања као оквир за болничку наставу

Герт Биеста, један од најзначајнијих савремених теоретичара васпитања и образовања, развио је педагошку концепцију која превазилази традиционалне представе о васпитању као процесу социјализације и преношења друштвеног наслеђа са старијих на млађе генерације (Bratanić, 2005), као и схватању образовања искључиво као трансмисије знања. Према Биести (Biesta, 2009), образовање се састоји из три фундаменталне димензије: квалификације, социјализације и субјективизације. Ове димензије представљају окосницу за промишљање о дидактичким аспектима образовања ученика током болничког лечења, посебно у контексту планирања, реализације, евалуације и унапређивања наставе у болничком окружењу.

Прва димензија – *квалификација* – односи се на стицање знања, развој вештина и компетенција које омогућавају ученику да делује у свету и активно доприноси друштву (Biesta, 2009). Овај аспект доприноси даљем образовању, професионалном успеху и личном благостању ученика. Иако је ова димензија често у

фокусу образовних политика и праксе, Биеста (Biesta, 2023) упозорава на то да је и овде неопходно учити нормативне аспекте – знања која се преносе представљају одређену интерпретацију природне и друштвене стварности и онога што се сматра вредним и релевантним у одређеном друштву. У контексту болничке наставе, ова димензија добија посебну важност јер обезбеђује континуитет у учењу и припрему ученика за поновно укључивање у редован образовни процес након периода хоспитализације и опоравка код куће (Semiz, 2025). Поред тога, ова димензија подржава успешне транзиције из једног образовног и друштвеног окружења у друго, чиме се доприноси стабилности и оснаживању ученика у сложеним животним околностима. Међутим, и овде је неопходно критички преиспитати избор образовних садржаја и начина њихове презентације, будући да ученицима увек представљамо одређену верзију света (Biesta, 2023). Настава у болници не сме бити сведена на компензацију „изгубљених часова“, већ мора тежити педагошкој релевантности у датим и будућим животним околностима. Од кључног је значаја шта ће ученик урадити са наученим, како ће поступити и деловати када је то стварно важно, када живот затражи одговор (Biesta, 2021). Поред наставе која се заснива на индивидуализацији садржаја, метода и облика рада, велику улогу имају и други облици васпитнообразовног рада (Kajfež & Kolenec, 2013). Културни, научни, технички и спортски дани омогућавају ученицима на болничком лечењу да на занимљив начин стекну нова, пре свега, искуствена знања и упознају искуства других.

Биеста наглашава и значај *социјализације* као друге суштинске димензије, која подразумева укључивање ученика у друштвене и културне системе. Он истиче да социјализација означава процес увођења појединаца у постојеће друштвене, културне и политичке поретке (Biesta, 2009), „уз позив – а у неким случајевима и инсистирање – да се пронађу у њима“ (Biesta, 2023; 264). Социјализација такође има кључну улогу у пружању оријентације ученицима у традицијама, културама и праксама прошлости и садашњости, уз ризик да се они сведу на „објекте за социјализацију“ и да се њихов успех мери у складу са тим колико су се приближили пожељним друштвеним и културним идеалима (Biesta, 2021).

За хоспитализоване ученике, болничка настава тиме преузима и друштвену функцију – да очува постојеће и развија нове друштвене вредности и норме. Она представља и кључни механизам за очување и изградњу социјалних веза, које су често нарушене због физичке изолације, медицинских процедура и прекида у свакодневној рутини. Социјална повезаност се остварује како у директној интеракцији са другим ученицима, наставницима и медицинским особљем у болничком окружењу тако и кроз комуникацију са вршњацима и наставницима из матичне школе посредством дигиталних платформи, проширене и виртуелне реалности. Овакав вид повезаности доприноси очувању осећаја припадности, ублажава осећај изолованости и маргинализације, и подстиче укупно социјално и емоционално благостање ученика. Савремене образовне праксе у болничком контексту све чешће укључују активности које интегришу емоционалну и социјалну димензију учења – попут радионица, терапије уметношћу, игровних активности и психосоцијалне

подршке (Hanada et al., 2019; Hen, 2023). Такође, дигиталне технологије играју значајну улогу у премошћавању физичке и социјалне дистанце, омогућавајући ученицима да остану у контакту са својим вршњацима и наставницима (Chubb et al., 2021; Thabrew et al., 2022), чиме се олакшава повратак у матичну школу након завршетка лечења.

Значај болничке наставе за превенцију социјалне изолације и подршку психосоцијалном развоју поткрепљен је резултатима бројних истраживања (Almazroui, 2023; Chalkiadakis et al., 2024; Maor & Mitchem, 2015; Stöcker et al., 2024). У том контексту, као пример добре праксе истиче се програм *KidsTUMove*, у оквиру којег су организовани специјализовани кампови за децу са хроничним болестима кроз активно учешће у разноврсним активностима са вршњацима, пријатељима и члановима породице, под надзором интердисциплинарног тима стручњака. Активности у оквиру летњих и зимских кампова пружају могућности деци са хроничним болестима да формирају искрене и подржавајуће односе са вршњацима који деле слична животна искуства, чиме се ствара окружење разумевања, прихватања и емпатије. Управо тај осећај социјалне повезаности представља протективни фактор у процесу лечења и рехабилитације (Stöcker et al., 2024).

Трећа димензија у Биестиној теорији је *субјективизација*. Овај процес подразумева да ученик постане аутономан и слободан субјект који делује са одговорношћу и аутентичношћу (Biesta, 2009). Кроз процес субјективизације ученик не постаје само одговоран субјект и члан друштва, већ јединка која доноси смислене изборе. Током болничког лечења ученик често губи контролу над својим телом, временом и простором. Настава тада треба да му омогући искуство личне аутономије, односно избора и креативног изражавања. У болничкој настави, подстицање субјективизације подразумева стварање могућности и креирање услова у којима ће ученик – упркос болести, стресу и изолацији – моћи да очува свој идентитет, глас и личну аутономију. Стога, наставна пракса мора бити прилагођена индивидуалним потребама, интересовањима и способностима ученика и осетљива на њихову психо-социјалну реалност. У оквиру овог процеса, наставник подржава развој унутрашње мотивације ученика, способности доношења одлука и изражавања личног става. Резултати истраживања (Cooper, 2006) конзистентно указују на то да је ученицима потребно пружити адекватне и прилагођене информације, као и да је важно уважавати њихово мишљење приликом планирања и организовања здравствене неге, наставе и других образовних услуга. Ипак, поједини прегледи указују на то да се ставови хоспитализоване деце недовољно чују и узимају у обзир, што је у супротности са смерницама одређених међународних стратешких и легислативних докумената (Semiz, 2023a).

Централна теза Биестине књиге *Образовање усмерено ка свету: Поглед за садашњост* јесте да образовање није припрема за будућност, већ одговор на егзистенцијално питање: *како да постојимо у свету који није по нашој мери, и који нема обавезу да нам понуди оно што очекујемо од њега*. Коначно, Биеста упозорава на то да образовање није једноставан или стабилан процес, већ стална равнотежа између квалификације, социјализације и субјективизације (Biesta, 2010).

Инкорпорирањем ова три концепта у болничку педагогију, настава постаје холистички процес који: образује у ужем значењу (квалификује), социјално укључује (социјализује) и изграђује личност (субјективизује). У светлу наведеног, Биестина теорија пружа снажан теоријски оквир за концептуализовање болничке наставе као комплексне педагошке праксе која истовремено ствара услове и подржава свеобухватан развој детета као активног учесника у сопственом образовном процесу.

Биестина филозофија образовања (2006, 2012, 2023) полази од критике образовања које маргинализује наставу у корист учења, указујући на то да је оно и политички и културни процес. Образовање је све више сведено на језик учења, што има значајне импликације за разумевање његових циљева, као и на саму наставну праксу – феномен познат на енглеском језику као *learnification of education*. У овом оквиру, образовање се све више третира као услуга, ученик као клијент, а наставник као посредник у пружању знања. Овакав приступ води ка прихватању образовања као економске трансакције (Biesta, 2006).

Премда се идеје попут „саморегулисано учење“, „заједнице учења“, „окружења за учење“, и „ученик као активни учесник у учењу“ често сматрају прогресивним, кључни проблем јесте што питања о сврси, садржају и односима у образовању постају невидљива или се подразумева да су очигледна (Biesta, 2021). Овакво схватање имплицира да друштвене, етичке и политичке димензије образовања постају секундарне у односу на индивидуалне циљеве и преференције ученика (Biesta, 2006). Како наводи Биеста (Biesta, 2012; 36), „смисао образовања никада није да деца или ученици уче, већ да *нешто* науче, да то уче у одређене сврхе и да то уче од *некога*“.

Сродно овом ставу, Андевски (Andevski, 2023) и Бодрошки-Спариосу (Bodroški-Spariosu, 2023) указују на три доминантна облика редукционизма у савременом образовању – психологизацију, економизацију и технологизацију, који потискују изворна педагошка начела. Ове тенденције представљају савремене облике онога што је у прошлости била идеологизација педагошког поља. Како наводи Бодрошки-Спариосу (Bodroški-Spariosu, 2023; 43), „аутентично педагошко сагледавање образовања у традицији континенталне Европе потиснуто је доминацијом англо-америчких оквира“.

На сличан начин, Антић, Пешикан и Ивић (Antić i sar., 2015; 616–617) указују на то да се у нашем контексту образовање често своди на остваривање образовних циљева, при чему је васпитање маргинализовано и схваћено као „реликт социјалистичких времена“. Педагошка пракса у овом контексту стога мора тежити равнотежи између учења као процеса стицања знања и образовања као целовитог развоја личности, у којем се развијају моралне, друштвене и културне компетенције ученика, избегавајући тако замке свих облика редукционизма у образовању.

Практичне импликације Биестине теорије образовања у болничкој настави

У светлу савремених педагошких токова који доводе у питање техничко-инструменталну мисију образовања, Биестина теорија пружа референтни оквир за разумевање специфичности наставе у осетљивим и непредвидивим контекстима – попут болничке наставе. Болничка настава, по својој природи, подразумева специфичне дидактичко-методичке елементе, због чега треба додатно проблематизовати питања о циљу и задацима наставе, наставним методама и улози и професионалним компетенцијама наставника. Она се одвија у условима физичке и емоционалне рањивости ученика, неизвесности и често фрагментиране присутности ученика, ван уобичајеног школског окружења. Кључне препреке у планирању, организацији и реализацији болничке наставе могу се идентификовати у здравственом стању хоспитализованог детета (Griffith & Doyle, 2009; Page et al., 2020; Semiz, 2025), у структурним и функционалним ограничењима самог образовног система (Boles & Winsor, 2019; Semiz, 2023b; Semiz, 2025), али и у недовољној или недоследној сарадњи наставника, здравственог особља и родитеља (Ranković, 2022).

Биестини увиди о настави као отвореном, семиотичком и рекурзивном процесу (Biesta, 2023) добијају своју пуну педагошку релевантност у контексту болничког окружења. У болничком окружењу, настава се не може ослањати на детерминистичку претпоставку узрочне везе – о томе да ће одређени поступци наставника нужно довести до одређеног исхода учења. Здравствено стање ученика, његове емоције, могућности, интересовања, као и потребе чине наставу отвореним и непредвидивим системом. У том смислу, Биеста упозорава на то да је идеја наставе као контролисане интервенције која производи унапред одређене резултате педагошки мит.

Болничка настава, по својој суштини, мора да буде педагошки адаптивна и етички осетљива. Она треба да полази од конкретног детета, у конкретној ситуацији, у одређеном тренутку. Телеолошки карактер образовања сугерише да су одлуке о циљевима активности и поступака наставника и ученика увек композитни судови о равнотежи и приоритету између квалификације, социјализације и субјективизације у образовању (Biesta, 2012). Управо зато, потребна је педагошка мудрост наставника, односно способност да препозна шта је у датом контексту педагошки пожељно и да делује у складу са тим. Стога, болнички наставник је више педагошки артист који с хоспитализованим учеником гради окружење у којем је образовање и даље могуће.

Један од елемената Биестине теорије који има хеуристичку вредност јесте концепт формирања пажње (Biesta, 2023). Он предлаже да наставу разумемо као чин усмеравања пажње ученика ка ономе што је вредно разговора, мишљења и односа. Ученик који пролази кроз бол, страх од неизвесности, анксиозност или осећај изолованости, може управо кроз дијалог са наставником и другим ученицима и кроз заједничко трагање за смислом поново осетити да је део света.

Наставник треба да омогући ученику да усмери своју пажњу на нешто друго осим саме болести и лечења – на одређену идеју, причу, симбол, однос. Због наведеног, формирање пажње значи пружити подршку ученику да постане свестан себе, као и других људи и односа у свету, што је предуслов његовог развоја као субјекта који може етички и самостално да делује у друштву. Из оваквог схватања произилази и редефинисање циља наставе. Циљ наставе више није само академско напредовање, већ очување ученикове субјективности, његовог осећаја идентитета и смисленог присуства у свету. Како Биеста наводи, образовање је више од социјализације и квалификације – оно је простор у коме ученик учи да говори сопственим гласом, да буде и да постоји (Biesta, 2020).

Биеста такође говори о потреби да се сложеност образовног процеса смањи како би настава уопште била могућа. У болничкој настави, та сложеност је посебно наглашена – од здравствених фактора, преко емоционалних баријера, до системских и институционалних ограничења. Наставник мора да креира услове који омогућавају смисао упркос тој сложености. Тиме болничка настава постаје простор бриге за смисао, социјални однос, и за интегритет ученика. Наставник тиме посредује између социјализације (културне и друштвене структуре), с једне стране, и субјективизације (индивидуалног развоја и изградње субјективитета самог ученика), с друге стране. У пракси болничке наставе, од наставника се очекује да донесе одлуке у вези са свеприсутним дилемама: да ли и у ком степену инсистирати на поштовању програма наставе и учења, исхода учења и образовних стандарда, и/или пратити искључиво лични темпо ученика, његове потребе и интересовања? Како успоставити равнотежу између ове две образовне димензије? У настојању да пронађу адекватне педагошке приступе који би ученицима на болничком лечењу вратили осећај смисла, мотивисаности и емоционалне укључености, а који посредују пожељне друштвене и културолошке структуре, руски педагози су препознали потенцијал читања као праксе подршке, дијалога и личног оснаживања ученика (Alekseevna et al., 2022).

Болничка настава представља изразито специфичан и захтеван дидактички модел који захтева висок степен професионалних компетенција наставника. Она, по својој природи, захтева индивидуализацију циљева, задатака, метода и наставних средстава јер за полазиште узима ученике са различитим здравственим стањима, психофизичким карактеристикама, образовним потребама и емотивним изазовима. Управо ова врста наставе најдиректније захтева примену инклузивне (Ilić, 2012), индивидуализоване (Jovanović i Dimić, 2016; Radović i sar., 2021; Vasiljević, 2007) и индивидуално планиране наставе (Jerković, 2017).

Индивидуализација у овом контексту не служи само прилагођавању темпа и садржаја наставе, већ има за циљ стварање услова у којима ученик током болничког лечења може слободно да мисли, делује и преузима одговорност за своје изборе. Осим флексибилности и усклађености основних конституената наставе, Биеста наглашава да избор наставних метода, облика и средстава треба да посредује смисао, односно слободно мишљење, аутентично разумевање и конструкцију значења у интеракцији између ученика, наставника и вршњака.

У светлу савремених дидактичких увида (Radović i sar., 2021; Vasiljević, 2007), кључне компетенције наставника у болничкој настави треба да обухвате: препознавање индивидуалних потреба ученика, креативно планирање и прилагођавање образовноаспитног рада, пружање квалитетне индивидуалне подршке, остваривање више професионалних улога, флексибилност, емпатију, као и способност за сарадњу и тимски рад. Као први корак, неопходно је осмислити наставу која полази од реалних могућности ученика, уважавајући његово здравствено стање, менталну и физичку снагу, психолошку стабилност, као и актуелно знање и мотивацију. Наставник у болничком окружењу мора бити у стању да препозна специфичне образовне, здравствене и емоционалне потребе сваког ученика. То подразумева систематско прикупљање и размену релевантних података, континуирано праћење напредовања и идентификацију евентуалних тешкоћа у учењу, што представља основу за израду индивидуализованих наставних планова. С обзиром на динамичне услове рада у болници (нпр. честа одсуства, медицинске процедуре и терапије, промене у здравственом стању ученика), наставници морају бити спремни на флексибилно и креативно прилагођавање наставних садржаја, облика и метода рада у складу са конкретним потребама сваког ученика. Такође, потребно је применити флексибилне облике евалуације и оцењивања који су фокусирани на квалитет учениковог напредовања.

Инклузивна педагогија инсистира на исходима који се заснивају на разумевању, смисленом учењу и личном развоју ученика (Ilić, 2012). У болничкој настави то значи да ученик треба да буде оцењиван према сопственом напретку и ангажовању, а не у односу на стандарде масовног образовног система.

Још једна важна карактеристика болничке наставе јесте наглашен фокус на сарадњу и тимски рад свих учесника у образовноаспитном процесу. Настава у болници захтева координисану и континуирану сарадњу наставника са лекарима, психолозима, родитељима, као и наставницима и стручним сарадницима из матичне школе. Само кроз овакву интерсекторску и интердисциплинарну сарадњу могуће је осигурати континуитет у образовању и обезбедити подршку академском и психосоцијалном развоју ученика.

Пружање квалитетне индивидуалне подршке захтева педагошки такт наставника, стрпљење и способност мотивисања ученика. Наставне инструкције морају бити прилагођене не само узрасним и когнитивним способностима ученика, већ и њиховом тренутном психофизичком стању. Наставник у болници остварује бројне улоге. Поред улоге наставника у ужем значењу (предавача), он постаје саветник, ментор, фацитатор учења, подршка у процесу лечења, па чак и модератор између родитеља, здравственог особља и матичне школе. На крају, болничка настава захтева наставнике који поседују флексибилност, емпатију и стваралачки дух. Способност неговања оптимизма и препознавања потенцијала у сваком ученику представљају кључне професионалне вредности. Креирање персонализованих образовних материјала и примена алтернативних метода рада (као што су портфолио, настава кроз игру, музику, покрет и уметност) додатно оснажују мотивацију ученика и подстићу њихов целиовити развој.

Шта је и шта би требало да буде сврха наставе за ученике на болничком лечењу?

Питање сврхе наставе у болничком окружењу не може се сагледати изоловано од ширег нормативног контекста у коме се та настава реализује. Свако настојање да се одговори на питање *шта болничка настава јесте и шта би требало да буде* мора бити утемељено на критичком преиспитивању националних и међународних законодавних оквира, као и на увиду у савремене теоријске концепције образовања у специфичним болничким условима.

У оквиру образовног система Републике Србије, Правилник о начину организовања наставе за ученике на дужем кућном и болничком лечењу (у даљем тексту: Правилник, 2018) представља кључни нормативни документ. Правилник регулише образовноваспитни рад са ученицима који услед дуготрајних здравствених стања нису у могућности да похађају наставу у редовним школским условима. Он тиме има суштинску улогу у обезбеђивању приступа и континуитета у образовању. Правилник предвиђа различите облике организације наставе (индивидуалну, групну и рад у одељењима у болничким условима) и флексибилност у складу са здравственим стањем и потребама ученика, с једне стране, и ресурсима и специфичностима болничког окружења, с друге стране. Такође, прописано је да настава мора бити усклађена са постојећим планом и програмом наставе и учења, али и прилагођена кроз индивидуални образовни план. Ово је веома важно јер омогућава персонализован и индивидуализован приступ ученицима са различитим могућностима и ограничењима.

Међутим, Правилник оставља простор за бројне изазове. Прво, процедура добијања сагласности Министарства и других органа за остваривање образовноваспитног рада може бити административно оптерећујућа, што потенцијално успорава брз одговор на образовне и психо-социјалне потребе ученика. Друго, иако Правилник предвиђа да наставни час може бити краћи у зависности од здравственог стања ученика, није довољно наглашена важност адаптације наставних метода и технологија које би олакшале учење, социјализацију и психо-социјални развој ученика током лечења. Савремени приступи засновани на дигиталним технологијама, као што су онлајн настава и хибридни модели наставе, нису истакнути Правилником. Треће, сарадња између школе, здравствене установе и породице, иако је поменута у Правилнику, требало би да буде још конкретније дефинисана кроз јасне механизме тимског рада и редовне комуникације. У пракси, неретко се дешава да ова комуникација буде недовољно координисана, што може утицати на квалитет наставе и подршке ученицима. На крају, Правилник не третира довољно аспекте психо-социјалне подршке ученицима који се налазе на дужем лечењу, а која је критична за њихов повратак у школско окружење и успешан наставак школовања. У Правилнику није јасно и експлицитно дефинисана сврха наставе за ученике на дужем кућном и болничком лечењу. Иако се у члану 4. наводи да је циљ образовноваспитног рада обезбеђивање континуитета и повратка у школу, потре-

бно је да се јасније истакну и други важни аспекти, као што су: подршка емоционалном и психолошком здрављу ученика; оснаживање мотивације за учење у условима ограничене функционалности; прилагођавање наставних садржаја, метода и исхода индивидуалним могућностима; обезбеђивање услова за успешну реинтеграцију у редовну наставу и школски колектив; развој интересовања, афирмација ученикове субјективности итд. Недостатак јасне сврхе наставе може довести до неуједначене праксе, јер наставници и школе неће имати јасан оријентир у свом раду о кључним задацима образовноваспитног рада са ученицима на болничком лечењу.

Упоредна анализа међународних докумената (Слика 1) пружа додатне увиде у дефинисање сврхе болничке наставе (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2026; Kajfež & Kolenec, 2013).

Слика 1

Упоредни поглед на циљеве болничке наставе – међународна перспектива



Поред наведеног, општи циљеви васпитнообразовног рада даље се диференцирају на посебне у зависности од модалитета педагошког рада, односно да ли су у питању ученици на краткотрајном лечењу, дуготрајном лечењу или са тешким болестима.

Узимајући у обзир актуелну законодавну основу и кључне тезе Биестине теорије, сврха болничке наставе јесте да обезбеди квалификацију, социјализацију и субјективизацију хоспитализованог ученика, као и континуитет у образовном процесу током лечења, при чему се поштују сва обележја и основна начела институционалног поучавања (Meyer, 2002):

- *очување дијалошке интеракције* између наставника и ученика у условима прилагођеним здравственом стању ученика;
- *институционална уклопљеност* – болничка настава се реализује у оквиру формалног образовног система и тежи трајности у смислу наставка редовног школовања;
- *планираност и циљно усмерење* – настава се изводи у складу са индивидуалним образовним плановима, који прате редовни програм, али су прилагођени потребама и могућностима ученика;
- *структурисаност* – садржаји и активности су прилагођени здравственом и психофизичком стању ученика, али задржавају образовну структуру;
- *заједништво* – иако је ученик физички издвојен из разреда, тежи се очувању осећаја припадности и повезаности са матичном школом;
- *васпитна функција* – поред стицања знања и развоја способности, болничка настава подржава развој личних и социјалних компетенција ученика;
- *педагошки обликована средина* – наставна средина се организује тако да подстиче учење, припадност и осећај нормалности;
- *изводи је квалификовано особље* – наставу држе стручњаци са педагошко-дидактичким знањем и сензибилитетом за рад у специфичним условима;
- *под надзором државе* – као део формалног образовања, болничка настава подлеже образовним стандардима и прописима.

Болничка настава, конципирана на овим основама, има потенцијал да доприне очувању академског напретка и континуитета, осећаја нормалности, изградњи идентитета и повезаности ученика са спољашњим светом, ван болничког окружења.

Закључна разматрања

Ученици који се налазе на болничком лечењу често су у неповољној психофизичкој ситуацији на свом образовном путу – изложени болу, стресу, анксиозности, неизвесности, страху, али и изолацији од вршњачке и школске средине. Због

тога болничка настава мора, пре свега, бити телеолошки утемељена – усмерена ка јасној сврси и вредносним циљевима – а затим и пажљиво дидактички обликована и прилагођена сваком ученику понаособ, што представља суштину инклузивног васпитања и образовања.

Герт Биеста ревитализује и преиспитује темељна питања о сврси и природи наставе, истичући њену троструку сврху – квалификацију, социјализацију и субјективизацију. Тек кроз интеграцију ових трију димензија настава добија своју пуну педагошку вредност: као процес подршке стицању знања, развоју вештина, ставова и вредности, припреми за живот у заједници, али и као простор за личну афирмацију и изградњу аутономне субјективности. У супротном, како Керолова метафора упозорава, сваки „пут” може изгледати као да води ка циљу, али у стварности, ученици на болничком лечењу могу остати ускраћени за правовремену и неопходну подршку.

Он одбацује два доминантна мита о настави: (а) први, да је она застарела и да ју је потребно у потпуности подредити учењу, и (б) други, да је најважнији фактор у остваривању мерљивих исхода (Biesta, 2012, 2023). Насупрот овим редукционистичким становиштима, Биеста сагледава наставу као комуникацијски чин, у коме није кључна контрола над исходом, већ однос, интерпретација и стварање смисла. У Биестиној концепцији настава се сагледава као чин комуникације наставника и хоспитализованих ученика чија је сврха да допринесе квалификацији ученика, њиховој социјализацији и изградњи као одговорних субјеката у сопственим животним путањима. Посебно је значајно што указује на то да образовање функционише као отворени, семиотички и рекурзивни систем, у коме је однос између наставника и ученика посредован комуникацијом и тумачењем. У том контексту, настава захтева способност наставника да донесу промишљене, вредносно утемељене одлуке у новим, динамичним и често неизвесним ситуацијама о томе шта ће, зашто и од кога ученици учити. Биеста предлаже да се настава разуме као умеће (пре)усмеравања пажње ученика, односно формирања пажње и отварања према свету. Посматрајући образовање као процес смањења сложености у отвореном семиотичком простору, он истиче да се аутентично образовање одвија у контексту у коме ученик постаје субјекат образовања, одговоран и способан да делује у свету.

Ови теоријски увиди посебно су значајни у контексту болничке наставе, која по својој природи захтева много више од дидактичког инжењеринга. Теоријски оквир Биесте отвара простор да болничку наставу разумемо као трансформативну, телеолошку, етички ангажовану педагошку праксу, која подразумева континуирано и рефлексивно промишљање суштинских питања образовања у условима неизвесности, физичке и емоционалне патње и рањивости ученика. У контекстима где се од наставника очекују педагошка брига, емпатични приступ и способност подршке ученику као целовитом, рањивом и истовремено активном субјекту – оваква перспектива нуди значајно теоријско утемељење.

Литература

- Alekseevna, A. A., Igorevna, A. J., Igorevna, A. L. & Borisovna, K. J. (2022). Читательские практики как стратегия педагогической поддержки школьников, находящихся на длительном лечении [Reading practices as a strategy to support pupils undergoing long-term treatment]. *Zbornik radova Pedagoškog fakulteta u Užicu*, 25(24), 115–126. <https://doi.org/10.5937/ZRPFU2224115A>
- Aleksić, Z. i Grumić, T. (2018). Prikaz rada Osnovne škole „Dr Dragan Hercog” i saradnja sa Institutom za mentalno zdravlje [Overview of the Elementary school “Dr Dragan Hercog” activities and the collaboration with the Institute of Mental Health]. *Psihijatrija danas*, 50(1), 17–23. <https://doi.org/10.5937/PsihDan1801017A>
- Almazroui, K. (2023). Learning as the best medicine: Proposal for SMART schooling for hospitalized children. *Heliyon*, 9(6), e16845. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16845>
- Andevski, M. (2023). Perspektive pedagogije u (post)modernom društvu [Perspectives of pedagogy in (post)modern society]. U S. Zuković (ur.), *Zbornik radova sa Međunarodne naučne konferencije „Pedagogija – juče, danas, sutra”*, (str. 33–42). Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu.
- Antić, S., Pešikan, A. i Ivić, I. (2015). Vaspitna funkcija nastave prirodnih nauka [Educational functions of science teaching]. *Nastava i vaspitanje*, 64(4), 615–629. <https://doi.org/10.5937/nasvas1504615A>
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2026, January 28). *Schule für Kranke*. Retrieved from <https://www.km.bayern.de>
- Biesta, G. (2006). *Beyond Learning: Democratic Education for a Human Future*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315635811>
- Biesta, G. (2009). Good education in an age of measurement: On the need to reconnect with the question of purpose in education. *Educational Assessment, Evaluation and Accountability*, 21(1), 33–46. <https://doi.org/10.1007/s11092-008-9064-9>
- Biesta, G. (2010). *Good Education in an Age of Measurement: Ethics, Politics, Democracy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315634319>
- Biesta, G. (2012). Giving teaching back to education: Responding to the disappearance of the teacher. *Phenomenology & Practice*, 6(2), 35–49. <https://doi.org/10.29173/pandpr19860>
- Biesta, G. (2020). Risking ourselves in education: Qualification, socialisation and subjectification revisited. *Educational Theory*, 70(1), 89–104. <https://doi.org/10.1111/edth.12411>
- Biesta, G. (2021). *World-Centred Education: A View for the Present* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003098331>
- Biesta, G. (2023). Outline of a theory of teaching: What teaching is, what it is for, how it works, and why it requires artistry. In A-K. Praetorius & C. Y. Charalambous (Eds.), *Theorizing Teaching: Current Status and Open Issues* (pp. 253–280). Springer https://doi.org/10.1007/978-3-031-25613-4_9
- Bodroški-Spariosu, B. (2023). Are We Still Thinking about Education as Pedagogists? U S. Zuković (ur.), *Zbornik radova sa Međunarodne naučne konferencije Pedagogija – juče, danas, sutra*, (str. 43–49). Filozofski fakultet.
- Boles, J. & Winsor, D. (2019). My School Is Where My Friends Are: Interpreting the Drawings of Children With Cancer. *Journal of Research in Childhood Education*, 33(2), 225–241. <https://doi.org/10.1080/02568543.2019.1577771>

- Bratanić, M. (2005). Paradoxes in Teaching and Learning Synthesis of Theoretical Knowledge, Practical Experience and Personal Reflection. In A. Peko (Eds.), *Contemporary Teaching*, (pp. 43–49). Faculty of Philosophy, University Josip Juraj Strossmayer in Osijek.
- Chalkiadakis, A., Seremetaki, A., Kanellou, A., Kallishi, M., Morfopoulou, A., Moraitaki, M. & Mastrokourou, S. (2024). Impact of Artificial Intelligence and Virtual Reality on Educational Inclusion: A Systematic Review of Technologies Supporting Students with Disabilities. *Education Sciences*, 14(11), 1223. <https://doi.org/10.3390/educsci14111223>
- Chubb, L. A., Fouché, C. B., Agee, M. & Thompson, A. (2021). 'Being there': technology to reduce isolation for young people with significant illness. *International Journal of Inclusive Education*, 27(14), 1712–1729. <https://doi.org/10.1080/13603116.2021.1916106>
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1367493506067884>
- Csinády, R. (2015). Hospital pedagogy, a bridge between hospital and school. *Hungarian Educational Research Journal*, 5(2), 49–65. <https://doi.org/10.14413/herj.2015.02.04>
- Darling-Hammond, L. (1991). The implications of testing policy for quality and equality. *Phi Delta Kappan*, 73(3), 220–225.
- Eaton, S. (2012). Addressing the effects of missing school for children with medical needs. *Pediatric nursing*, 38(5), 271–277.
- Griffith, S. C., & Doyle, R. (2009). School-based interventions for children and youth with medical-conditions. In N. B. Webb (Eds.), *Helping children and adolescents with chronic and serious medical conditions: A strengths-based approach* (pp. 105–120). John Wiley & Sons.
- Hanada, E., Maldini, P. P., Muladi, M., & Ashar, M. (2019, October 3–4). *A learning activity support system for children with long-term hospitalization* [Paper presentation]. 2019 International Conference on Electrical, Electronics and Information Engineering (ICEEIE 2019). Denpasar, Bali, Indonesia. <https://doi.org/10.1109/ICEEIE47180.2019.8981410>
- Hen, M. (2023). Art Therapy for Children in Short-Term Hospitalization. *Continuity in Education*, 4(1), 83–95. <https://doi.org/10.5334/cie.63>
- Ilić, M. (2012). *Inkluzivna nastava* [Inclusive teaching]. Filozofski fakultet, Univerzitet u Istočnom Sarajevu.
- Jerković, Lj. S. (2017). Inkluzivna individualno planirana nastava [Inclusive differentiated instruction]. *Zbornik radova Filozofskog fakulteta u Prištini*, 47(2), 355–373. <https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0354-3293/2017/0354-32931702355J.pdf>
- Jovanović, M. i Dimić, N. (2016). Individualizacija nastave primenom zadataka na tri nivoa složenosti kao model inovacija u nastavi [Individualization of teaching through the use of tasks at three levels of complexity as a model of innovation in teaching]. *Godišnjak Pedagoškog fakulteta u Vranju*, 7, 181–194. <https://doi.org/10.5937/gufv1607181J>
- Kajfež, T., & Kolenec, F. M. (Eds.) (2013). *KONCEPT vzgojno-izobraževalnega dela za učence in učence ter dijakinje in dijake, ki so na zdravljenju v bolnišnici* (1. izd.). Ministrstvo RS za izobraževanje, znanost in šport; Zavod RS za šolstvo. Retrieved from http://www.mizs.gov.si/si/delovna_podrocja/direktorat_za_pedsolsko_vzgojo_in_osnovno_solstvo/osnovno_solstvo/program
- Kochem, A. R. (2019). *A pedagogia hospitalar no percurso formativo das estudantes do curso de Pedagogia: um estudo do currículo do curso da Universidade Estadual e da Universidade Federal de Santa Catarina* (Trabalho de Conclusão de Curso, Licenciatura em Pedagogia). Universidade Federal de Santa Catarina. Retrieved from <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/199680>

- Landesinstitut für Schulentwicklung (LS). (2013). *Chronische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit Auswirkungen auf den Schulalltag – Hintergründe, Handlungsmöglichkeiten, Perspektiven* (aktualisierte Neuauflage 2016). Landesinstitut für Schulentwicklung. Retrieved from <https://www.ls-bw.de>
- Maor, D. & Mitchem, K. (2015). Can technologies make a difference for hospitalized youth: Findings from research. *Journal of Computer Assisted Learning*, 31(6), 690–705. <https://doi.org/10.1111/jcal.12112>
- Meyer, H. (2002). *Didaktika razredne kvake: Rasprave o didaktici, metodici i razvoju škole* [Didactics of the Classroom Door Handle: Discussions on Didactics, Methodology, and School Development]. EDUCA.
- Moore, R., Jensen, M. & Hatch, J. (2003). The problems with state educational standards. *The Science Education Review*, 2(3), 83.1–83.8. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1058495.pdf>
- Page, A., Charteris, J. & Berman, J. (2020). Telepresence Robot Use for Children with Chronic Illness in Australian Schools: A Scoping Review and Thematic Analysis. *Int J of Soc Robotics*, 13, 1281–1293. <https://doi.org/10.1007/s12369-020-00714-0>
- Pravilnik o načinu organizovanja nastave za učenike na dužem kućnom i bolničkom lečenju [Regulations on the Organisation of Instruction for Pupils Under Long-Term Home and Hospital Treatment] (2018). Službeni glasnik RS, br. 66/2018. Retrieved from <https://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/skupstina/zakon/2018/66/1/reg>
- Radović, V. Ž., Mihajlović de, O. D. Z. i Todović, T. A. (2021). Individualizacija u nastavi – konceptualno-metodološki izazov za didaktičku teoriju i nastavnu praksu [Individualization in teaching: A conceptual and methodological challenge for didactic theory and teaching practice]. *Inovacije u nastavi – časopis za savremenu nastavu*, 34(1), 63–79. <https://doi.org/10.5937/inovacije2101063R>
- Ranković, D. (2022). *Značaj školovanja dece u bolničkim uslovima iz perspektive učitelja, roditelja i zdravstvenih radnika* [The importance of educating children in hospital conditions from the perspective of teachers, parents and medical worker] [Doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu], NARUDS. https://nardus.mpn.gov.rs/bitstream/handle/123456789/21341/Disertacija_13440.pdf
- Semiz, M. (2023a). Otvorena pitanja i pedagoški paradoksi o igri i igračkama tokom hospitalizacije deteta [Unanswered questions and pedagogical paradoxes regarding play and toys during a child's hospitalization]. U S. Marinković (ur.), *Zbornik radova sa međunarodnog naučnog skupa „Savremeno predškolsko vaspitanje i obrazovanje – tendencije, izazovi i mogućnosti”*, (str. 101–124). Pedagoški fakultet u Užicu, Univerzitet u Kragujevcu. <https://doi.org/10.46793/SPVO23.101S>
- Semiz, M. (2023b). Kvalitet vaspitanja i obrazovanja dece predškolskog i školskog uzrasta na bolničkom lečenju i mere obrazovne politike [The Quality of Education and Upbringing of Preschool and School-Age Children Under Hospital Treatment and Educational Policy Measures]. U Z. Šaljić., S. Dubljanin i A. Pejatović (ur.), *Zbornik sa Naučnog skupa „U potrazi za kvalitetnim obrazovanjem i vaspitanjem: Izazovi i moguća rešenja”*, (str. 71–76). Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu – Institut za pedagogiju i andragogiju – Pedagoško društvo Srbije.
- Semiz, M. (2025). Kako do kontinuiteta u obrazovanju dece predškolskog i školskog uzrasta na bolničkom lečenju? [How to Ensure Continuity in the Education of Preschool and School-Aged Children Undergoing Hospital Treatment?]. U J. Stamatović (ur.), *Zbornik radova sa*

- međunarodnog naučnog skupa „Vaspitanje i obrazovanje između teorije i prakse 2”, (str. 567–596). Pedagoški fakultet u Užicu, Univerzitet u Kragujevcu.*
- Stöcker, N., Gaser, D., Oberhoffer-Fritz, R. & Sitzberger, C. (2024). KidsTUMove – A Holistic Program for Children with Chronic Diseases, Increasing Physical Activity and Mental Health. *Journal of Clinical Medicine*, 13(13), 3791. <https://doi.org/10.3390/jcm13133791>
- Thabrew, H., Chubb, L. A., Kumar, H. & Fouché, C. (2022). Immersive Reality Experience Technology for Reducing Social Isolation and Improving Social Connectedness and Well-being of Children and Young People Who are Hospitalized: Open Trial. *JMIR pediatrics and parenting*, 5(1), e29164. <https://doi.org/10.2196/29164>
- Vasiljević, D. (2007). *Uticaj individualizovane nastave na kvalitet znanja o prirodi* [The Impact of Individualised Instruction on the Quality of Knowledge in Natural Sciences]. Učiteljski fakultet, Univerzitet u Kragujevcu.

Biesta's Theory of Education as a Conceptual Basis for Teaching Students in Hospital Settings

Marina Ž. Semiz*

University of Kragujevac, Faculty of Education in Užice

ABSTRACT

Hospital-based teaching constitutes a distinct didactic model tailored to students who, due to health-related circumstances, are hospitalized and consequently unable to participate in regular school instruction. Although hospital teaching exists in many countries, there is still a lack of scholarly work that systematically addresses its theoretical foundations, pedagogical purpose, and regulatory frameworks. This paper seeks to investigate the potential of applying Gert Biesta's theoretical framework as a foundation for reconceptualizing hospital teaching to enhance its pedagogical significance. Drawing on Biesta's three core educational domains – qualification, socialization, and subjectification, the study explores strategies for integrating these dimensions within the specific conditions of the hospital environment. Methodologically, the paper is grounded in a qualitative analysis of Biesta's works, pertinent academic literature, and regulatory documents governing hospital-based education in Serbia, as well as relevant international framework.

The results of the qualitative analysis indicate the necessity of both normative and conceptual strengthening of hospital teaching as an inherent part of the educational system. Only through the integration and mutual interconnection of these three dimensions does teaching attain its full pedagogical value: as a process that supports the acquisition of knowledge, the development of skills, attitudes, and values, preparation for life in the community, as well as a space for personal affirmation and the formation of autonomous subjectivity. The paper recommends the development of an interdisciplinary approach, support for teachers, and the formulation of pedagogical standards that will ensure hospital teaching is both transformative and teleological – in line with Biesta's vision of education. It concludes that hospital instruction has the potential not only to ensure continuity of learning, but also to foster personal development, restore a sense of normalcy, and sustain students' connection with the broader social world beyond the hospital environment.

Keywords: *qualification, socialization, subjectification, Biesta's theory of education, purpose of teaching, students in hospital care.*

* semizmarina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3917-0114>

Introduction

“When I fell ill, my homeroom teacher even visited me in the clinic and brought me letters from my class. In that way, I always felt that I still belonged to my class.”

(Landesinstitut für Schulentwicklung, 2013: 8)

In dominant pedagogical narratives, the question of the purpose of upbringing and education has been increasingly marginalized in favour of technocratic approaches focused on measurable learning outcomes and educational achievement standards (Biesta, 2009, 2010, 2021, 2023; Darling-Hammond, 1991; Moore, Jensen & Hatch, 2003). In this context, Lewis Carroll’s quotation – “If you don’t know where you are going, any road will get you there” – metaphorically illustrates the consequences of formal education deprived of a clearly defined *telos*. This issue gains particular weight in sensitive educational contexts, such as hospital teaching, where students are exposed to physical, psychological, and social vulnerability. When hospital teaching is reduced to the mere administration of instruction and the formal “compensation” of missed school content, it fails to provide meaningful support for students’ learning, development, and the preservation of their subjective integrity. In such circumstances, the absence of a clearly and pedagogically articulated purpose of teaching emerges not only as a professional issue but also as an ethical one. Moreover, education devoid of purpose turns into a self-referential system that loses the ability to articulate its cultural dimension or fulfill its socio-humanistic role.

In light of the foregoing considerations, Biesta’s theory of education¹ (Biesta, 2006, 2009, 2010, 2012, 2021, 2023) offers a relevant theoretical framework for re-examining and redefining the concept and practice of hospital teaching. His conceptualization of education – as a process of qualification, socialization, and subjectification – provides pedagogical and didactic coordinates that enable an integrated reflection on what teaching is, what it serves, and how it is implemented in the specific hospital context. Although Biesta’s theory does not directly address hospital teaching, it opens the possibility of recognizing this context as an important space for personal development, dialogue, subjective positioning of students, and the maintenance of social ties with teachers, family, and peers. This implies a shift in focus from the question of *what* a student should *learn* during hospitalization to the question of *what* education and teaching enable them to *be or become*. Biesta’s critical stance toward education as a mechanism for “meeting standards” can direct scholarly attention to what education allows the hospitalized student to become in an existential, and not merely academic sense.

¹ In his works, Biesta discusses the dimension of education related to shaping personality, moral development, and building a perspective on the world – which represents the very essence of upbringing.

A brief historical overview of educational practices with children during hospitalization highlights how deeply these insights are embedded in pedagogical thought. In the early stages, pedagogical activities in hospital settings were primarily driven by concern for children's well-being and their basic life needs, while the explicitly educational component gradually assumed greater importance. One of the earliest organized forms of hospital teaching was established in 1910 in Lausanne, Switzerland, through the efforts of Professor Dr. Rollier. His practice is regarded as a pioneering example of educating children during medical treatment (Aleksić & Grumić, 2018). In France, the first hospital classroom was established in Paris in 1935, at the initiative of Henri Sellier, as a response to the needs of children affected by the consequences of war (Kochem, 2019). Similar initiatives were recorded at Stanford University Hospital during the 1920s (Eaton, 2012). However, the roots of hospital pedagogy can be traced even further back. Sir William Purdie Treloar (1843–1923) is often cited as a pioneer in this field; during his tenure as Lord Mayor of London, he organized care, nutrition, and later education for hospitalized children (Csinády, 2015). In Yugoslavia, the first forms of hospital teaching appeared in 1946 as a direct response to the needs of children affected by the hardships and severe illnesses resulting from World War II. Hospital-based education in Serbia traces its origins to 1965, with the establishment of the Primary School Dr. Dragan Hercog in Belgrade, which provided children undergoing medical treatment with instruction aligned to the regular curriculum. In 1972, Primary School Miodrag Matić was opened at the Institute for Cerebral Palsy. Preschool educational groups began operating in 1981 at the Children's Hospital Dr. Olga Dedijer, and during the 1990s similar diversified programs were developed in other healthcare institutions across Serbia (as cited in Semiz, 2023a). A similar developmental trajectory was recorded in other countries of the former Yugoslavia. In Slovenia, the establishment of a hospital school in Ljubljana in 1951, initiated by Professor Dr. Marij Avčin with the assistance of teacher Breda Juvančič, marked the beginning of organized education for sick children (Kajfež & Kolenec, 2013). At the same time, that same year, a school for children with musculoskeletal diseases was opened at the hospital in Valdorta near Koper.

Although these initiatives represented significant progress, they did not always ensure continuity and consistent quality of educational work, which led to the need for developing new modalities of pedagogical engagement during hospitalization or periods of recovery at home. These very circumstances open space for the conceptual reflection on hospital instruction as a practice increasingly recognized within the field of inclusive education. Building on the theoretical postulates advocated by Biesta, this paper initially seeks to create space for the conceptual redefinition of hospital teaching, and subsequently to contribute to the broader pedagogical discourse on the necessity of restoring the question of purpose in education.

Approach to the research problem

The aim of this paper is to examine the possibilities of applying Biesta's theory of education as a theoretical and practical framework for shaping teaching

intended for students undergoing hospital treatment. The study is guided by the following research questions:

(a) In what ways can the concepts of qualification, socialization, and subjectification in Biesta's model of education be implemented in the specific context of hospital teaching?

(b) What practical implications does this theory have for pedagogical work in the hospital setting, in terms of the aims and objectives of teaching, teaching methods, and the roles of teachers?

(c) What is – or what should be – the purpose of teaching for students undergoing hospital treatment?

The study is designed as a qualitative theoretical analysis with elements of the descriptive-analytical method. It employs the method of theoretical analysis, that is, the analysis of G. Biesta's scholarly works, relevant academic and research literature, as well as the analysis of normative documents related to hospital teaching in Serbia and in the broader global context. The general theoretical concepts of Biesta's theory are compared with the specific characteristics of the hospital educational environment, considered through the lens of existing scholarly and professional literature, as well as the relevant legislative framework. Special attention is devoted to the analysis of the concepts of qualification, socialization, and subjectification in Biesta's model, and to their potential for redefining the concept of hospital teaching. In addition, the paper includes a normative analysis aimed at re-examining the questions of the purpose and aims of education in the specific context of the hospital environment.

Biesta's theory of the purpose of education as a framework for hospital-based teaching

Gert Biesta, one of the most prominent contemporary theorists of education and upbringing, developed a pedagogical conception that transcends traditional views of upbringing as a process of socialization and the transmission of cultural heritage from older to younger generations (Bratanić, 2005), as well as the understanding of education solely as knowledge transmission. According to Biesta (2009), education consists of three fundamental dimensions: qualification, socialization, and subjectification. These dimensions form the backbone for reflecting on the didactic aspects of educating students undergoing hospital treatment, particularly in the context of planning, implementation, evaluation, and improvement of teaching in the hospital environment.

The first dimension – *qualification* – concerns the acquisition of knowledge, the development of skills, and the formation of competencies that enable students to engage with the world and actively contribute to society (Biesta, 2009). This dimension underpins further education, professional achievement, and students' personal well-being. Although it frequently occupies a central place in educational policies and practices, Biesta (2023) warns that it is necessary to recognize normative aspects here

as well – specifically, that the knowledge conveyed reflects particular interpretations of natural and social reality and embodies what a given society regards as valuable and relevant. In the context of hospital teaching, this dimension assumes particular significance, as it secures continuity of learning and facilitates the student's reintegration into the regular educational process following hospitalization and during the period of home recovery (Semiz, 2025). Additionally, this dimension supports successful transitions from one educational and social environment to another, thereby contributing to the stability and empowerment of students in complex life circumstances. However, even here, it is essential to critically reconsider the selection of educational content and the methods of its presentation, since students are always presented with a specific version of the world (Biesta, 2023). Hospital teaching should not be reduced to mere compensation for “lost lessons”; rather, it should aim for pedagogical relevance in both present and future life circumstances. What truly matters is how the student engages with what is learned – how they act and respond when life demands an answer (Biesta, 2021). In addition to teaching tailored through the individualization of content, methods, and forms of work, other educational and upbringing activities also play a significant role (Kajfež & Kolenec, 2013). Cultural, scientific, technical, and sports days allow students undergoing hospital treatment to acquire new, primarily experiential knowledge in an engaging way and to connect with the experiences of others.

Biesta also emphasizes the significance of *socialization* as the second essential dimension, which entails the inclusion of students in social and cultural systems. He highlights that socialization denotes the process of introducing individuals into existing social, cultural, and political orders (Biesta, 2009), “with an invitation – and in some cases an insistence – to find their place within them” (Biesta, 2023, p. 264). Socialization plays a crucial role in providing students with orientation in the traditions, cultures, and practices of both past and present, while also carrying the risk of reducing them to “objects of socialization” whose success is measured by how closely they reach the desired social and cultural ideals (Biesta, 2021).

For students under hospital care, hospital teaching thus assumes an important social function – to preserve existing and develop new social values and norms. It represents a key mechanism for maintaining and building social connections, which are often disrupted due to physical isolation, medical procedures, and interruptions in daily routines. Social connectedness is realized both through direct interaction with other students, teachers, and medical staff in the hospital environment, and through communication with peers and teachers from the home school via digital platforms, augmented, and through virtual reality. This type of connectivity contributes to preserving a sense of belonging, alleviates feelings of isolation and marginalization, and fosters the overall social and emotional well-being of students. Contemporary educational practices in the hospital context increasingly incorporate activities that integrate emotional and social dimensions of learning – such as workshops, art therapy, playful activities, and psychosocial support (Hanada et al., 2019; Hen, 2023). Furthermore, digital technologies play a significant role in bridging physical and social

distance, enabling students to maintain contact with their peers and teachers (Chubb et al., 2021; Thabrew et al., 2022), thereby facilitating reintegration into the home school after completing the treatment. The importance of hospital teaching in preventing social isolation and supporting psychosocial development is supported by numerous research findings (Almazroui, 2023; Chalkiadakis et al., 2024; Maor & Mitchem, 2015; Stöcker et al., 2024). In this context, the *KidsTUMove* programme stands out as an example of good practice, organizing specialized camps for children with chronic illnesses through active participation in diverse activities with peers, friends, and family members under the supervision of an interdisciplinary team of experts. Activities during summer and winter camps provide children with chronic illnesses opportunities to form sincere and supportive relationships with peers who share similar life experiences, thereby creating an environment of understanding, acceptance, and empathy. This very sense of social connectedness represents a protective factor in the process of treatment and rehabilitation (Stöcker et al., 2024).

The third dimension in Biesta's theory is *subjectification*. This process entails that the student becomes an autonomous and free subject who acts with responsibility and authenticity (Biesta, 2009). Subjectification not only positions the student as a responsible member of society but also as an individual capable of making meaningful choices. During hospital treatment, however, students often lose control over their body, time, and space. In this context, teaching should create opportunities for them to experience personal autonomy through choice and creative expression. In hospital teaching, fostering subjectification involves creating opportunities and conditions in which the student – despite illness, stress, and isolation – can preserve their identity, voice, and personal autonomy. Therefore, teaching practice has to be adapted to the individual needs, interests, and abilities of the student and be sensitive to their psychosocial reality. Within this process, the teacher supports the development of the student's intrinsic motivation, decision-making ability, and expression of personal stance. Research findings (Coyne, 2006) consistently indicate that students need to be provided with adequate and tailored information, and that their opinions should be respected when planning and organizing healthcare, teaching, and other educational services. However, some reviews suggest that the views of hospitalized children are insufficiently heard and considered, which contradicts the guidelines of certain international strategic and legislative documents (Semiz, 2023a).

The central thesis of Biesta's book *Education Oriented Towards the World: A View for the Present* is that education is not preparation for the future, but a response to an existential question: *how to exist in a world that is not tailored to us and has no obligation to provide what we expect from it*. Ultimately, Biesta warns that education is not a simple or stable process, but a continual balancing act between qualification, socialization, and subjectification (Biesta, 2010). By incorporating these three concepts into hospital pedagogy, teaching becomes a holistic process that educates in the narrower sense (qualifies), socially includes (socializes), and builds the personality (subjectifies). In light of the above, Biesta's theory provides a strong theoretical framework for conceptualizing hospital teaching as a complex pedagogical practice that

simultaneously creates conditions for and supports the comprehensive development of the child as an active participant in their own educational process.

Biesta's philosophy of education (2006, 2012, 2023) begins with a critique of critique of education that marginalise teaching in favour of learning, highlighting that this is both a political and cultural process. Education is increasingly reduced to the language of learning, with significant implications for understanding its aims as well as for teaching practice itself – a phenomenon known in English as the “learnification of education.” Within this framework, education is increasingly treated as a service, the student as a client, and the teacher as a mediator in the provision of knowledge. This perspective fosters the acceptance of education as an economic transaction (Biesta, 2006). Although ideas such as “self-regulated learning,” “learning communities,” “learning environments,” and “the student as an active participant in learning” are often considered progressive, the key problem is that questions regarding the purpose, content, and relationships in education become invisible or are assumed to be self-evident (Biesta, 2021). Such a conception implies that the social, ethical, and political dimensions of education become secondary to the individual goals and preferences of the student (Biesta, 2006). As Biesta (2012, p. 36) states, “the point of education is never that children or students learn, but that they learn *something*, that they learn it for particular *purposes*, and that they learn it *from someone*.” In line with this view, Andevski (2023) and Bodroški-Spariosu (2023) point to three dominant forms of reductionism contemporary education – psychologization, economization, and technologization – which suppress the original pedagogical principles. These tendencies represent contemporary forms of what in the past was ideological appropriation of the pedagogical field. As Bodroški-Spariosu (2023, p. 43) notes, “authentic pedagogical understanding of education in the tradition of continental Europe has been displaced by the dominance of Anglo-American frameworks.” Similarly, Antić, Pešikan, and Ivić (2015: pp. 616–617) observe that in our context, education is often reduced to the achievement of educational goals, while upbringing is marginalized and perceived as a “relic of socialist times.” Pedagogical practice in this context must therefore strive for a balance between learning as a process of acquiring knowledge and education as a holistic development of the personality, in which the moral, social, and cultural competences of students are nurtured, thereby avoiding the pitfalls of all forms of reductionism in education.

Practical implications of Biesta's theory of education in hospital-based teaching

In light of contemporary pedagogical trends that challenge the technical-instrumental mission of education, Biesta's theory provides a referential framework for understanding the specificities of teaching in sensitive and unpredictable contexts – such as hospital instruction. By its nature, hospital teaching entails specific didactic-methodological elements, which necessitates further problematization of questions concerning the aims and tasks of teaching, teaching methods, as well as the role and professional competencies of teachers. Hospital teaching takes place under conditions

of students' physical and emotional vulnerability, uncertainty, and often fragmented presence, outside the usual school environment. Key obstacles in planning, organizing, and implementing hospital teaching can be identified in the health status of the hospitalized child (Griffith & Doyle, 2009; Page et al., 2020; Semiz, 2025), in the structural and functional limitations of the educational system itself (Boles & Winsor, 2019; Semiz, 2023b; Semiz, 2025), as well as in insufficient or inconsistent cooperation among teachers, healthcare staff, and parents (Ranković, 2022).

Biesta's insights on teaching as an open, semiotic, and recursive process (Biesta, 2023) gain their full pedagogical relevance in the context of the hospital environment. In this setting, teaching cannot rely on a deterministic assumption of causal relationships whereby certain teacher actions necessarily lead to specific learning outcomes. The student's health condition, emotions, capabilities, interests, and needs make teaching an open and unpredictable system. In this regard, Biesta warns that the idea of teaching as a controlled intervention producing predetermined results is a pedagogical myth.

By its very nature, hospital teaching needs to be pedagogically adaptive and ethically sensitive. It should start from the particular child, in a particular situation, at a particular moment. The teleological character of education suggests that decisions about the goals of activities and the actions of teachers and students are always composite judgments balancing and prioritizing qualification, socialization, and subjectification in education (Biesta, 2012). Therefore, what is demanded of the teacher is pedagogical wisdom: the capacity to perceive what is desirable in educational terms within a given context and to respond accordingly. In this sense, the hospital teacher may be seen as a pedagogical artist, one who co-creates, together with the hospitalized student, an environment in which education remains possible.

One element of Biesta's theory with significant heuristic value is the notion of the formation of attention (Biesta, 2023). He conceptualizes teaching as an act of guiding the student's attention toward what is worthy of discussion, reflection, and relational engagement. For a student experiencing pain, uncertainty, anxiety, or isolation, dialogue with the teacher and peers, along with the shared search for meaning, can provide a renewed sense of belonging and connection to the world. The teacher should enable the student to direct attention away from the illness and treatment themselves – towards a particular idea, story, symbol, or relationship. Thus, the formation of attention entails supporting the student in becoming aware of themselves, of others, and of relationships in the world. This awareness is a prerequisite for their development as a subject capable of ethical and autonomous action within society. From this perspective, the very goal of teaching is redefined. The goal of teaching is no longer merely academic progress but the preservation of the student's subjectivity, sense of identity, and meaningful presence in the world. As Biesta states, education is more than socialization and qualification – it is the space in which the student learns to speak in their own voice, to be and to exist (Biesta, 2020).

Biesta also emphasizes the necessity of reducing the complexity of the educational process, so that teaching can be possible at all. In hospital teaching, this complexity is especially acute – arising from health-related factors, emotional barriers, and systemic or institutional constraints. Within such circumstances, the teacher's task is to create conditions that make meaning possible despite these challenges. In this sense, hospital teaching becomes a space of care: care for meaning, social relationships, and the integrity of the student. The teacher thus mediates between socialization (the cultural and social structure) on one hand, and subjectification (the individual development and construction of the student's subjectivity) on the other. In the practice of hospital teaching, teachers are expected to make decisions regarding persistent dilemmas: To what extent should they insist on adhering to the curriculum, learning outcomes, and educational standards, and/or follow exclusively the individual pace, needs, and interests of the student? How can a balance be established between these two educational dimensions? In their efforts to find appropriate pedagogical approaches that restore hospitalized students' sense of meaning, motivation, and emotional engagement, while mediating desirable social and cultural structures, Russian educators have identified reading as a practice of support, dialogue, and personal empowerment for students (Alekseevna et al., 2022).

Hospital teaching represents a particularly specific and demanding didactic model that requires a high level of professional competence from teachers. By its nature, it necessitates the individualization of goals, tasks, methods, and teaching resources, as it is based on students with diverse health conditions, psychophysical characteristics, educational needs, and emotional challenges. This type of teaching most directly demands the application of inclusive (Ilić, 2012), individualized (Jovanović and Dimić, 2016; Radović et al., 2021; Vasiljević, 2007), and individually planned instruction (Jerković, 2017).

In this context, individualization does not serve merely to adapt the pace and content of teaching; it rather aims to create conditions in which the student, during hospital treatment, can freely think, act, and take responsibility for their choices. Besides flexibility and alignment of the core constituents of teaching, Biesta emphasizes that the selection of teaching methods, forms, and resources should mediate meaning, that is, free thought, authentic understanding, and the construction of meaning through interaction between the student, teacher, and peers.

In light of contemporary didactic perspectives (Radović et al., 2021; Vasiljević, 2007), the key competencies of teachers engaged in hospital-based education should encompass the recognition of individual student needs, the creative planning and adaptation of instructional processes, the provision of high-quality individualized support, the assumption of multiple professional roles, as well as flexibility, empathy, and the capacity for collaboration and teamwork. As an essential first step, it is necessary to design instruction grounded in the student's realistic capacities, taking into account their health condition, mental and physical strength, psychological stability, as well as their current knowledge and motivation. The hospital

teacher should be able to identify the specific educational, health, and emotional needs of each student. This involves systematic collection and exchange of relevant data, continuous monitoring of progress, and identification of possible learning difficulties, which form the basis for developing individualized teaching plans.

Given the dynamic conditions of work in hospitals (e.g., frequent absences, medical procedures and therapies, changes in the student's health condition), teachers have to be prepared to flexibly and creatively adapt teaching content, forms, and methods according to the specific needs of each student. Furthermore, flexible forms of evaluation and assessment focused on the quality of the student's progress should be applied. Inclusive pedagogy insists on outcomes based on understanding, meaningful learning, and the personal development of the student (Ilić, 2012). In hospital teaching, this means that the student should be assessed according to their own progress and engagement, rather than in relation to the standards of the mass educational system.

Another important characteristic of hospital teaching is the pronounced focus on collaboration and teamwork among all participants in the educational process. Teaching in the hospital setting requires coordinated and continuous cooperation between teachers, doctors, psychologists, parents, as well as teachers and professional associates from the student's home school. Only through such intersectoral and interdisciplinary collaboration is it possible to ensure continuity in education and provide support for the student's academic and psychosocial development.

Providing quality-individualized support demands pedagogical tact, patience, and the ability to motivate students on the part of the teacher. Teaching instructions should be adapted not only to the age and cognitive abilities of the students but also to their current psychophysical condition. The teacher working in hospital conditions assumes multiple roles. Besides the role of a teacher in the narrow sense (lecturer), they become a counselor, mentor, learning facilitator, support in the treatment process, and even a moderator between parents, healthcare staff, and the home school.

Finally, hospital teaching requires educators who embody flexibility, empathy, and a creative spirit. The capacity to foster optimism and to recognize the potential in every student represents a core professional value. Developing personalized educational materials and applying alternative teaching methods, such as portfolio work, learning through play, music, movement, and art, further strengthen students' motivation and foster their holistic development.

What is and what should be the purpose of teaching students in hospital settings?

The question of the purpose of teaching in the hospital environment cannot be considered in isolation from the broader normative context in which such teaching takes place. Any effort to answer *what hospital teaching is and what it should be* should be grounded in a critical examination of national and international legislative

frameworks, as well as in understanding of contemporary theoretical concepts of education in specific hospital conditions.

Within the education system of the Republic of Serbia, the *Rulebook on the Organization of Instruction for Students Under Long-Term Home and Hospital Care* (hereinafter: the Rulebook, 2018) represents a key normative document. The Rulebook regulates the educational work with students who, due to prolonged health conditions, are unable to attend classes under regular school circumstances. It thus plays a fundamental role in ensuring access to education and the continuity of education. The Rulebook stipulates various forms of teaching organization (individual, group, and class-based instruction in hospital settings), ensuring flexibility in accordance with students' health conditions and needs, on the one hand, and with the resources and specificities of the hospital environment, on the other. Furthermore, it requires that instruction is aligned with the existing curriculum while also being adapted through an individualized education plan. This provision is of particular importance as it enables a personalized and individualized approach to students with diverse abilities and limitations.

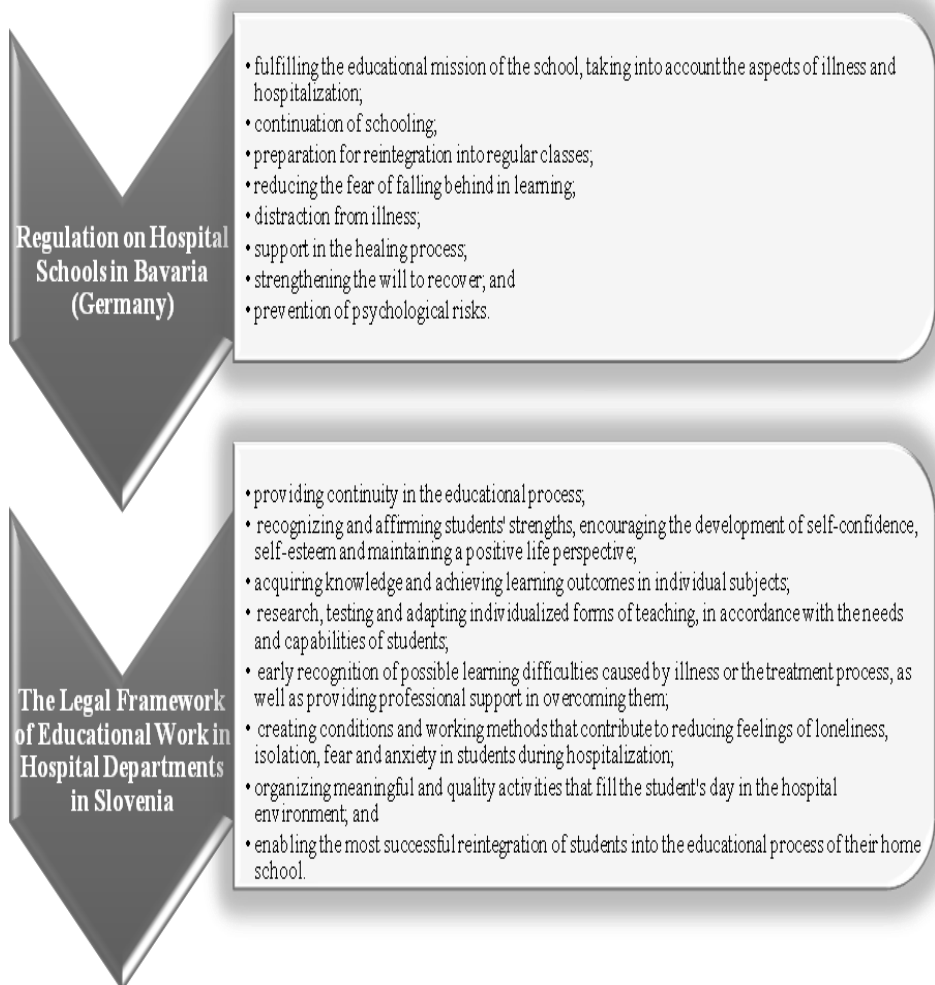
However, the Rulebook leaves room for numerous challenges. First, the procedure for obtaining consent from the Ministry and other authorities for the implementation of educational work can be administratively burdensome, potentially delaying a prompt response to the educational and psycho-social needs of students. Second, although the Rulebook foresees that the lesson duration may be shortened depending on the student's health condition, it does not sufficiently emphasize the importance of adapting teaching methods and technologies that would facilitate learning, socialization, and psychosocial development of students during treatment. Modern approaches based on digital technologies, such as online teaching and hybrid models, have not been specified in the Rulebook. Third, although the Rulebook mentions the cooperation among schools, healthcare institutions, and families, it should articulate this collaboration more concretely through well-defined mechanisms of teamwork and systematic communication. In practice, such communication is often insufficiently coordinated, which can undermine the quality of both instruction and student support. Finally, the Rulebook does not adequately address the aspects of psychosocial support for students undergoing long-term treatment, despite the fact that this support is critical for their reintegration into the school environment and the successful continuation of their education. Moreover, the Rulebook does not clearly and explicitly define the purpose of instruction for students in long-term home and hospital care. Although Article 4 states that the goal of educational work is to ensure continuity and return to school, other important aspects require emphasis that is more explicit. These include providing systematic support for students' emotional and psychological well-being, fostering motivation for learning under conditions of limited functionality, adapting teaching content, methods, and outcomes to individual abilities, creating conditions for successful reintegration into regular classes and the broader school community, as well as encouraging the development of personal interests and affirming students' subjectivity. The absence of a clearly articulated and comprehensive purpose

of instruction risks leading to inconsistencies in practice, leaving teachers and schools without a reliable framework to guide their work with students in hospital settings.

A comparative analysis of international documents (Figure 1) provides further insights into defining the purpose of hospital-based education (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2026; Kajfež & Kolenec, 2013). In addition, the general objectives of educational work are further differentiated into specific ones, depending on the modality of pedagogical practice – namely, whether the students are undergoing short-term treatment, long-term treatment, or coping with severe illnesses.

Figure 1

The Goals of Hospital Teaching in a Comparative Context: An International Overview



Taking into account the current legislative framework and the key theses of Biesta's theory, the purpose of hospital-based education is to ensure the qualification, socialization, and subjectification of the hospitalized student, as well as to maintain continuity in the educational process during treatment, while at the same time respecting all characteristics and fundamental principles of institutional instruction (Meyer, 2002):

- *preservation of dialogical interaction* between teacher and student in conditions adapted to the student's health status;

- *institutional integration* – hospital-based teaching is embedded within the formal education system and seeks to ensure continuity of regular schooling;

- *planning and purposeful orientation* – instruction is delivered in accordance with individualized education plans that align with the regular curriculum while being adapted to the student's needs and abilities;

- *structured approach* – content and activities are adapted to the student's health and psychophysical condition while maintaining an educational framework;

- *sense of community* – although the student is physically separated from the classroom, efforts are made to preserve a feeling of belonging and connection with the home school;

- *formative function* – in addition to knowledge acquisition and skill development, hospital-based education supports the growth of personal and social competencies;

- *pedagogically designed environment* – the learning environment is organized to promote learning, belonging, and a sense of normalcy;

- *delivered by qualified personnel* – instruction is provided by professionals with pedagogical and didactic expertise, sensitive to the specific conditions of hospital-based education;

- *state-supervised* – as part of the formal education system, hospital-based teaching is subject to educational standards and regulations.

Hospital-based education, designed on these principles, has the potential to contribute to the maintenance of academic progress and continuity, the preservation of a sense of normalcy, and the development of student identity and connectedness with the outside world beyond the hospital setting.

Concluding considerations

Students undergoing hospital treatment often face adverse psychophysical conditions in the course of their education – they are exposed to pain, stress, anxiety, uncertainty, fear, as well as isolation from their peers and school environment. For this

reason, hospital-based education should, above all, be teleologically grounded – directed toward a clear purpose and value-oriented goals – and subsequently carefully didactically structured and individually adapted to each student, which represents the essence of inclusive education.

Gert Biesta revitalizes and reexamines fundamental questions regarding the purpose and nature of teaching, highlighting its threefold purpose – qualification, socialization, and subjectification. Only through the integration of these three dimensions does education achieve its full pedagogical value: as a process supporting knowledge acquisition, skill development, attitudes and values, and preparation for life in the community, while also serving as a space for personal affirmation and the development of autonomous subjectivity. Otherwise, as Carol’s metaphor warns, any “path” may appear to lead to a goal, yet in reality, students receiving hospital treatment may be deprived of timely and necessary support.

He rejects two dominant myths about education: (a) the first, that it is outdated and should be entirely subordinated to learning, and (b) the second, that the most important factor is the achievement of measurable outcomes (Biesta, 2012, 2023). Contrary to these reductionist positions, Biesta conceives of education as a communicative act, where the key is not control over outcomes, but the relationship, interpretation, and creation of meaning. In Biesta’s framework, teaching is understood as an act of communication between teachers and hospitalized students, aimed at contributing to students’ qualification, socialization, and development as responsible subjects in their own life trajectories. Of particular significance is his observation that education functions as an open, semiotic, and recursive system, in which the teacher-student relationship is mediated through communication and interpretation. In this context, instruction requires the teacher’s capacity to make thoughtful, value-grounded decisions in new, dynamic, and often uncertain situations regarding what, why, and from whom students will learn. Biesta proposes that teaching should be understood as the art of (re)directing students’ attention – shaping attention and opening it toward the world. Viewing education as a process of reducing complexity within an open semiotic space, he emphasizes that authentic education occurs in a context in which the student becomes the subject of education, responsible and capable of acting in the world.

These theoretical insights are particularly significant in the context of hospital-based education, which by its nature requires far more than didactic engineering. Biesta’s theoretical framework allows us to understand hospital-based education as a transformative, teleologically oriented, and ethically engaged pedagogical practice, entailing continuous and reflective consideration of fundamental educational questions under conditions of students’ uncertainty, physical and emotional suffering, and vulnerability. In contexts where teachers are expected to provide pedagogical care, adopt an empathic approach, and support the student as a whole, vulnerable, yet active subject, this perspective offers substantial theoretical grounding.