iskolakultúra 2023 1-2 szám

iskolakultúra

pedagógusok szakmai-tudományos folyóirata

XXXIII. évfolyam 2023. január-február

számunk szerzői

Fizel Natasa
• Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Pedagógiai Intézet, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Kocsis-Fuszkó Zita
• Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Kollányi Zsófia
• Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Lippai László
• Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Mátó Veronika
• Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet Egészségszociológia és Életmód Tanszék, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Mihálka Mária
• Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet Egészségszociológia és Életmód Tanszék, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Nádudvari Gabriella
• Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet Egészségszociológia és Életmód Tanszék, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Nóbik Attila
• MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, SZTE JGYPK Alkalmazott Társadalomismereti és Kisebbségpolitikai Intézet

Pósa Gabriella
• Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségszociológia és Életmód Tanszék; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Sárvári Tünde
• Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Nemzetiségi Intézet Német és Német Nemzetiségi Tanszék, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Szabó-Prievara Dóra Katalin
• Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet Egészségpszichológia és Mentálhigiéné Tanszék, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Tarkó Klára
• Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet Egészségszociológia és Életmód Tanszék, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Uitumen Erdenezul
• Szegedi Tudományegyetem Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar Neveléstudományi Doktori Iskola

Várfi Melinda
• Közösségi Vállalkozás Fejlesztésért Alapítvány

Vitrai József
• Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

a szerkesztőség tagjai

Fejes József Balázs (társfőszerkesztő)
e-mail: fejes.jozsef.balazs@gmail.com

Somogyvári Lajos (társfőszerkesztő)
e-mail: tabilajos@gmail.com

Géczi János (alapító, korábbi főszerkesztő)
e-mail: janos.gecz@gmail.com

Dancs Katinka (titkár)
e-mail: iskolakultura@iskolakultura.hu

Csíkos Csaba
e-mail: csikos.csaba@tok.elte.hu

Jagodics Balázs
balazs.jagodics@gmail.com

Kasik László
e-mail: kasik@edpsy.u-szeged.hu

Kojanitz László
e-mail: kojanitzl@gmail.com

Molnár Dávid
e-mail: david.molnar86@gmail.com

Munkácsy Balázs (koordinátor)

Nagy Gyula
e-mail: gyula.nagy@ek.szte.hu

Sándor Klára
e-mail: sandor.klara@gmail.com

Zs. Sejtes Györgyi
e-mail: sejtes@gmail.com

Tary Blanka
(angol nyelvi lektor)

Trencsényi László
e-mail: trencsenyi.laszlo@ppk.elte.hu

A kiadvány a Nemzeti Kulturális Alap támogatásával valósult meg.

Nemzeti Kulturális Alap

Nemzeti Tehetség Program

Felelős kiadó:
Szegedi Tudományegyetem Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar dékánja

Kiadja a **Szegedi Tudományegyetem Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kara**

Elérhetőség:
www.iskolakultura.hu

iskolakultúra
2023/1–2

tanulmány

Lippai László és Vitrai József
Merre tovább a magyar iskolai egészségfejlesztésben? 3

Tarkó Klára, Mátó Veronika, Uitumen Erdenezul és Szabó-Prievara Dóra
HECAT – Az egészségnevelési feladatok (keret)tantervi megjelenésének elemzésére szolgáló eszköz 21

Kollányi Zsófia és Várfi Melinda
Részvételi módszerek az iskolai egészségfejlesztésben – Az érintettek bevonására épülő beavatkozások 31

Fizel Natasa
Az egészségtan tantárgy megjelenése és szerepe az elemi, a polgári és az általános iskolában (1917–1950) 46

Nádudvari Gabriella és Sárvári Tünde
Egészségfejlesztés az iskolában. Jó gyakorlatok Németországból 60

Szabó-Prievara Dóra és Tarkó Klára
A problémás mértékű internethasználat gyermekek körében – az Internet Addiction Test for Families (IAT-F) magyar nyelvű alkalmazása 77

Szabó-Prievara Dóra és Nádudvari Gabriella
A családi minta fontossága – szülő és gyermek médiahasználata a COVID-19 idején 93

Mihálka Mária
A kiégés kialakulása és megelőzése 111

Mátó Veronika
Közösség- és kapcsolatépítés a pedagógia szempontjából 128

Pósa Gabriella
A rendszeres fizikai aktivitás jelentősége az iskolai színtérben 134

Nóbik Attila
Szempontok az iskolai egészségnevelés történetének értelmezéséhez 144

Kocsis-Fuszkó Zita
Várandósok egészség-magatartása hazai és nemzetközi viszonylatban – Edukációs lehetőségek az egészségnevelés területén 160

A szám tanulmányainak angol nyelvű összefoglalója 167

Lippai László[1] – Vitrai József[2]

[1] Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport
[2] Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Merre tovább a magyar iskolai egészségfejlesztésben?

Az iskolai egészségfejlesztés kérdése számunkra, szerzők számára, elsősorban arról szól, hogy a pedagógiatudományok és az egészségtudományok kölcsönösen pozitív hozadékokkal kecsegtető együttműködése miként valósítható meg hatékonyan a köznevelés mindennapi gyakorlatában.

Bevezetés

A neveléstudományok és az egészségtudományok együttműködésére való társadalmi igény nem újkeletű. Rendre változó prioritásokkal, de az egészséggel kapcsolatos ismeretek, kompetenciák és teendők mindig is részét képezték az intézményesített közoktatásnak és köznevelésnek (Járomi és Vitrai, 2017).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerteágazó tevékenysége a népegészségügyre vonatkozó kutatási eredmények és szakmai tapasztalatok nemzetközi megosztásának támogatására is kiterjed. A népegészségügyi kutatások és a gyakorlati tapasztalatok is azt mutatják, hogy a lakosság egészségi állapotának javítására vonatkozó célkitűzések megvalósításában a köznevelésnek kiemelt szerepe és jelentősége van. A bölcsődék, óvodák és iskolák rendszerének jelenleg 1,9 milliárd gyermek és serdülő oktatását és nevelését kell ellátnia a Földön. Döntő fontosságú, hogy az egészség és a jóllét kapcsán milyen szemléletmóddal és kompetenciákkal válnak majd felnőtté (WHO, 2021a, 2021b, 2021c).

Mindeközben a köznevelés szempontjából is egyre hangsúlyosabb az egészség és a jóllét témaköre. Egyre több pedagógiai tapasztalat és kutatási eredmény mutat abba az irányba, hogy a köznevelés rendszere akkor tud hatékonyan működni, ha az ott folyó oktató-nevelő tevékenységbe *integráltan* a tanulók, az iskolai dolgozók és a környező közösségek egészségének és jóllétének fejlesztése is megjelenik (WHO, 2021a, 2021b, 2021c; Vilaça és mtsai, 2020; Clarke és mtsai, 2021; Lippai, 2022). Ha a köznevelésben lépéseket teszünk az egészséges életmódhoz, a szociális beilleszkedéshez és az érzelmi egyensúly fenntartásához szükséges tudás és készségek kialakításának és fejlesztésének irányába, az az óvodákat és iskolákat is élhetőbbé és vonzóbbá teszi a gyermekek, a köznevelésben dolgozók és a szülők számára is (WHO, 2021a, 2021b, 2021c). Ez jelentős segítséget jelent a köznevelés rendszerének működtetésében és a köznevelési célkitűzések megvalósításában is.

Nagy társadalmi jelentőségű népegészségügyi vészhelyzetek esetében újra és újra megjelenik a köznevelés szerepének, jelentőségének és felelősségének kérdése. Napjainkban, a koronavírus-járványok idején is kimutatható volt, hogy az iskolázottság mértéke döntő jelentőségű volt abban, hogy a lakosság ismeri-e a népegészségügyi vészhelyzetek kezeléséhez szükséges teendőket, érti-e azok jelentőségét és fontosságát, és

hajlandó-e megvalósítani azokat a mindennapos tevékenységei során, mely tényezők nagymértékben befolyásolták a járványügyi beavatkozások hatékonyságát és sikerességét (Siddiquea és mtsai, 2021).

Másfelől, a fenti vészhelyzeteken túl azzal a problémával is folyamatosan szembesülünk, hogy a korszerű egészségtudományi és egészségfejlesztési ismeretek és készségek nem szervesülnek kellő mértékben a lakosság mindennapi életvitelébe. Bár elmondható, hogy ez nemzetközi szinten is kimutatható probléma (WHO, 2021a), Magyarország esetében ez a kérdéskör kiemelt figyelmet érdemel (Vitrai, 2022). A magyar lakosság várható élettartama jelentősen elmarad az Európai Uniós átlagtól. A magyar egészségügyi országprofil alapján 2020-ban megállapítható volt, hogy a magyar lakosok átlagosan öt évvel éltek rövidebb ideig az uniós átlaghoz képest (Vitrai, 2022). Ebben az évben a megelőzhető okokból bekövetkező halálozások aránya is duplája volt az uniós átlagnak (Vitrai, 2022). Ezek a kedvezőtlen mutatók nagyrészt annak köszönhetők, hogy a 16 évesnél idősebbek esetében a lakosság négytizedének van krónikus betegsége vagy más tartós egészségi problémája. Ez az EU tagállamokkal és a V4 országok arányaival összevetve is magas ráta (KSH, 2019). Ez a helyzet nem újkeletű, mint ahogy az a felismerés sem, hogy a lakosság életmódjának egészségesebbé válásával ez a helyzet jelentősen javítható lenne (vö. Somhegyi, 2016).

A magyar lakosság várható élettartama jelentősen elmarad az Európai Uniós átlagtól. A magyar egészségügyi országprofil alapján 2020-ban megállapítható volt, hogy a magyar lakosok átlagosan öt évvel éltek rövidebb ideig az uniós átlaghoz képest (Vitrai, 2022). Ebben az évben a megelőzhető okokból bekövetkező halálozások aránya is duplája volt az uniós átlagnak (Vitrai, 2022). Ezek a kedvezőtlen mutatók nagyrészt annak köszönhetők, hogy a 16 évesnél idősebbek esetében a lakosság négytizedének van krónikus betegsége vagy más tartós egészségi problémája. Ez az EU tagállamokkal és a V4 országok arányaival összevetve is magas ráta (KSH, 2019). Ez a helyzet nem újkeletű, mint ahogy az a felismerés sem, hogy a lakosság életmódjának egészségesebbé válásával ez a helyzet jelentősen javítható lenne (vö. Somhegyi, 2016).

A magyar lakosság egészségét érintő aktuális teendőkkel, és a hosszútávú, tehát az egészségmagatartásból következő krónikus betegségek megelőzésével tehát kiemelten kell foglalkozni, mégpedig másként, mint ahogy az eddig történt (Vitrai és mtsai, 2021). E feladat hatékony, társadalmi szintű kezeléséhez a népegészségügyi és a köznevelési szervezetek és szakemberek más alapokra helyezett, rendszerszintű együttműködése is szükséges.

Magyarországon jelenleg ez a törekvés a teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) égisze alatt, rendeletekben és jogszabályokban rögzített módon jelenik meg. Az egyik meghatározó köznevelési rendelkezés a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI-rendelet, melynek X. fejezete részletesen előírja, hogy a tanulók egészsége, biztonsága kapcsán a köznevelési intézményeknek a helyi pedagógiai program részét képező egészségfejlesztési programmal kell rendelkezniük, melyben az egészségfejlesztéssel kapcsolatos feladatokat koordinált, nyomon követhető és mérhető módon kell megtervezni (Somhegyi, 2018).

Ez több szempontból is korszerű intézkedés. Összhangban van azokkal a – tanulmányunkban is bemutatott – nemzetközi trendekkel, melyek szerint minden iskolának egészségfejlesztő iskolává kellene válni (WHO, 2021a), amit az egészségfejlesztés intézményesülését segítő jogi szabályozással is érdemes támogatni. Fontos kiemelni, hogy e jogszabály alkalmazásának megkönnyítése érdekében a köznevelési intézmények vezetői és pedagógusai számára módszertani ajánlásokat küldtek ki, módszertani tudásbázisok kidolgozására került sor, és nagy volumenű pedagógus-továbbképzések zajlottak e témában (vö. Somhegyi, 2016; EMMI, 2016; Somhegyi, 2022). Egészségfejlesztési szempontból viszont nagyon fontos, hogy a köznevelési intézmények ne csak a „törvény betűjének" betartására törekedjenek, hanem abban a *szellemiségben* tudjanak működni, melyben ez a jogszabály íródott. És e téren szakmai szempontból van még bőven tennivaló. Ebben segítségünkre lehet, ha megismerkedünk a közelmúltban készült nemzetközi anyagokkal, melyek az iskolai egészségfejlesztés közös módszertani alapjaira tesznek javaslatokat. Úgy gondoljuk, hogy e nemzetközi szakmai anyagok Magyarországon is jó alapot jelentenek a köznevelésben megvalósuló egészségfejlesztés ügyében a „következő lépések" megfogalmazására.

Tanulmányunkkal elsősorban az e téma iránt érdeklődő pedagógusok, iskolaegészségügyi szakemberek, iskolai vezetők és döntéshozók számára szeretnénk szakmai kontextusba helyezni a köznevelésben megvalósuló egészségfejlesztés aktuális kérdéseit.

Az egészségfejlesztés célja, szemléletmódja és társadalmi jelentősége

Az 1970-es évek elején, az akkori kanadai egészségügyi miniszter, Marc Lalonde megbízásából nagyhatású interdiszciplináris vizsgálatsorozat indult. Ez a kutatás mutatott rá először arra a jelenségre, hogy a lakosság jelentős része az egészségről *dichotóm* módon, tehát az „egészség" és a „betegség" éles megkülönböztetésével gondolkozik. A Lalonde-jelentés kimutatta, hogy ez a gondolkodásmód jelentősen beszűkíti a lakosság felelősségvállalását a saját életmódjának egészségére gyakorolt hatásaival kapcsolatban. Hiszen, ha valaki önmagát az „egészséges" kategóriába tartozónak tekinti, akkor úgy véli, hogy vele „minden rendben", tehát semmi teendője sincs az egészségével kapcsolatban. Ha viszont „betegnek" tekinti magát, akkor elvárja, hogy „mentsék meg" az egészségügyi szakemberek, és úgy véli, hogy neki személy szerint semmit sem kell tennie egészségének helyreállítása érdekében (Lalonde, 1974). Következésképpen az emberek egyik esetben sem érzik szükségesnek azt, hogy bármit is tegyenek saját egészségük érdekében.

Ez az attitűd népegészségügyi és társadalmi szempontból hátrányos. Már a Lalonde-jelentésben is megfogalmazódott, különösen a krónikus betegségek és az egészségkárosító magatartásformák esetében, hogy mire egy egészségi probléma az egészségügy látókörébe kerül, addigra az évek, évtizedek óta fennálló káros szokások, viselkedéselemek, környezeti hatások következtében kialakuló egészségromlás már jelentős mértékű, és a legjobb esetben is csak részben fordítható vissza (Lalonde, 1974). Ez hazánkban aktuálisan is probléma, amit egyértelműen jelez az az adat, hogy a magyar lakosság közel felének van olyan krónikus betegsége, amely egészségesebb életmóddal javarészt megelőzhető vagy kordában tartható lenne (KSH, 2019).

A Lalonde-jelentés arra is rámutat, hogy ez a helyzet népegészségügyi paradoxont rejt magában: *egyfelől* a lakosság életmódjának döntő hatása van az egészségügyi ellátórendszer leterheltségére és hatékonyságára, *másfelől* az emberek jelentős része nem törődik életvitelének egészségére gyakorolt hosszútávú következményeivel, és erre viszont az egészségügyi ellátórendszernek csak minimális ráhatása van. E paradoxon feloldására született javaslatként az *egészségfejlesztés*, melynek célja, hogy az „egészségesek"

körében is legyen társadalmi szintű ráhatásunk arra, hogy egészségesebb életmódot folytassanak (Lalonde, 1974; Tarkó, 2019).

Hamar világossá vált, hogy az egészségfejlesztés megvalósítása a politika, a tudomány és az egészségügyi ellátórendszer szemléletváltását is igényli (Benkő, 2005). E szemléletváltás központi eleme, hogy az egészséget kezdjük el olyan önálló jelenségnek tekinteni, mely nem vezethető le közvetlenül a kóros folyamatok megértéséből. Bár az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1949-es alapdokumentuma is kifejti, hogy „az egészség nem a betegség hiánya, hanem a testi, lelki és szociális jóllét állapota" (idézi Benkő, 2005. 15.), mégis több évtizednek kellett eltelnie ahhoz, hogy a patológiás folyamatok megértésére fókuszáló biomedicinális szemléletmód *mellett* az egészség jelenségének közvetlen, integratív, multidiszciplináris vizsgálata is megkezdődjön (Benkő, 2005).

Egy rövid példán keresztül szeretnénk szemléltetni e szemléletmódváltás jelentőségét. Martin Seligman és Csíkszentmihályi Mihály a pozitív pszichológia tudományterületének kezdeményezőiként nagyon szemléletesen mutatják be, hogy a tudományos pszichológia megközelítőleg száz év alatt ugyan közelebb került az emberi szenvedés pszichológiai aspektusainak megértéséhez és enyhítéséhez, ez a tudás azonban egyáltalán nem visz közelebb bennünket ahhoz, hogy az értelmes és boldog emberi életre vonatkozó tudományos ismereteink gyarapodjanak. Ebből vonták le azt a következtetést, hogy szükség van egy olyan tudományterületre a pszichológián belül, amely dedikáltan a pozitív érzelmek, az emberi erények és a boldog élet pszichológiai aspektusaival foglalkozik (Seligman és Csíkszentmihályi, 2000).

A pszichológián belüli kezdeményezés jól beleillik az egészségtudományokban megjelenő szalutogenetikus szemléletváltás folyamatába. A szalutogenetikus megközelítés meghatározó alakja Aaron Antonovsky, aki a patológiás folyamatok megismerése mellett az egészség eredete megértésének fontosságát hangsúlyozza. Szalutogenetikus modellje az egészséget önálló jelenségnek kezeli, annak biológiai, pszichés, társas, társadalmi, gazdasági, ökológiai és spirituális összetettségét rendszerszemléleti keretben ragadja meg. Az egészség legfőbb sajátosságának azt tekinti, hogy az ember helyén érzi magát ebben az összetett környezetben, amit a harmónia, az összhang – Antonovsky kifejezésével a „koherencia-érzet" – szubjektív élményén keresztül él meg (Antonovsky, 1985; Skrabski, Kopp, Rózsa és Réthelyi, 2004; Benkő, 2019).

A pszichológián belüli kezdeményezés jól beleillik az egészségtudományokban megjelenő szalutogenetikus szemléletváltás folyamatába. A szalutogenetikus megközelítés meghatározó alakja Aaron Antonovsky, aki a patológiás folyamatok megismerése *mellett* az egészség eredete megértésének fontosságát hangsúlyozza. Szalutogenetikus modellje az egészséget önálló jelenségnek kezeli, annak biológiai, pszichés, társas, társadalmi, gazdasági, ökológiai és spirituális összetettségét rendszerszemléleti keretben ragadja meg. Az egészség legfőbb sajátosságának azt tekinti, hogy az ember helyén érzi magát ebben az összetett környezetben, amit a harmónia, az összhang – Antonovsky kifejezésével a „koherencia-érzet" – szubjektív élményén keresztül él meg (Antonovsky, 1985; Skrabski, Kopp, Rózsa és Réthelyi, 2004; Benkő, 2019).

Az egészségfejlesztő szemléletmód központi eleme a szalutogenetikus megközelítés, ezért az egészség mint erőforrás mindennapi életünkben történő felismerése és fejlesztése központi kérdés (Eriksson és Lindström, 2008). Ezért mondhatjuk, hogy az egészségfejlesztés az összes „nem terápiás" egészségjavító tartalom, tevékenység és módszer gyűjtőfogalma (Benkő, 2019).

A WHO 1986-ban megrendezte az első nemzetközi egészségfejlesztési konferenciát, melynek résztvevői az Ottawai Chartában összegezték a konferencia tanulságait (WHO, 1986). Ebben meghatározták, hogy az „egészségfejlesztés [*health promotion*] az a folyamat, amely képessé teszi az embereket egészségi állapotuk fokozottabb ellenőrzésére és javítására. A teljes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapotának elérése érdekében az egyéneknek és közösségeiknek képesnek kell lenniük vágyaik felismerésére és megvalósítására, szükségleteik kielégítésére, környezetük megváltoztatására, illetve az ahhoz való alkalmazkodásra. Az egészségre tehát a mindennapi élet erőforrásaként, nem pedig életcélként kell tekinteni. Az egészség a társadalom és az egyén erőforrásait, valamint a fizikai képességeket hangsúlyozó pozitív fogalom. Vagyis az egészségfejlesztés nem kizárólag egészségügyi kérdés, hanem az egészséges életmódon túlmenően a jól-létet is magában foglalja" (WHO, 1986; magyar fordítását ld. Benkő és Tarkó, 2005. 163.).

Az egészségfejlesztés tehát az egész társadalomra irányul, nem csupán elkülönítetten a veszélyeztetett csoportokra, noha ők sem marad(hat)nak ki az egészségfejlesztő törekvésekből (Benkő, 2005).

Az egészségfejlesztés képviseli és alkalmazza azt az elvet, miszerint az egészség nem csupán az egészségügyi ellátórendszer felelőssége. Az egészségfejlesztő szakemberek, kutatók arra törekszenek, hogy feltárják az egészséget befolyásoló okok és feltételek igen széles körét és azok kölcsönhatásait. Egyetlen szak- vagy tudományterület sem képes önmagában leképezni az egészségesélyeket alakító ökológiai, társadalmi, gazdasági, társas, pszichés, élettani és genetikai tényezők sokféleségét és összetett rendszerét (vö. Grossmann és Scala, 2004; Benkő, 2005).

Az egészségfejlesztés végső célja a lakosság egészségesélyeinek javítása. Ezért nemcsak az fontos, hogy *mi történik* a lakossággal, hanem az is ugyanolyan lényeges, hogy a lakosság *mennyire teszi magáévá az egészségfejlesztési törekvéseket*, mennyire sikerül azokat az egyének, családok, közösségek és végső soron a lakosság mindennapi életének szerves részévé tenni (Benkő, 2005).

Grossmann és Scala (2004) arra is rámutatnak, hogy ha az egészségfejlesztést valóban ki akarjuk terjeszteni a társadalmi élet minden területére, akkor a társadalom összes szektorára kell hatást gyakorolnunk, mégpedig az adott szektor szervezeteiben megvalósuló egészségfejlesztésen keresztül.

A társadalmi élet összetettsége miatt azonban figyelembe kell vennünk az egyes szektorok működési sajátosságait is, és gyakran olyan szektorközi kooperáció kiépítése is indokolt, amelyre más társadalmi feladatok esetében nincs szükség (Grossmann és Scala, 2004).

Az egészségfejlesztő iskolákra vonatkozó nemzetközi, globális standardok

Egészségfejlesztésre tehát nemcsak a köznevelésben van szükség, hanem a gazdaságban, a családokban, a politikában, a tudományban és az egészségügyben is (WHO, 1986). Ebben a szalutogenetikus egészségfejlesztő szemléletmód jelenti a közös nevezőt, a célkitűzések és módszerek kidolgozásakor azonban nagyon is szükséges az adott társadalmi alrendszer sajátosságaira építeni.

Nincs ez másként a köznevelésben megvalósuló egészségfejlesztés esetében sem, melynek fő célkitűzése az, hogy a köznevelés társadalmi alrendszerébe beépüljön az

egészségfejlesztő szemléletmód. Ezt fejezi ki a WHO (2021a, 2021b, 2021c) szakmai anyagának címe is: *Tegyünk minden iskolát egészségfejlesztő iskolává*. Ez is mutatja, hogy az egészségfejlesztő iskola nem egy specializált iskola, ahogy azt pl. a művészeti oktatásra vagy sportra specializált iskolák esetében már megszokhattuk.

Ez a folyamat több mint három évtizede zajlik a világban (WHO, 2021a) és Magyarországon is (Benkő, 1993; Benkő és Erdei, 2003; Benkő, 2011; Tarkó, 2013; Benkő és Tarkó, 2020). Messze vagyunk azonban attól, hogy ezt a folyamatot befejezettnek tekinthessük. Az elmúlt három évtized tudományos eredményei és szakmai tapasztalatai azonban lehetővé tették, hogy egy lépéssel közelebb kerüljünk ahhoz, hogy valóban minden iskola egészségfejlesztő iskolává válhasson. Ezt a *társadalmi* folyamatot a WHO (2021a) az *egészségfejlesztő iskolákra*[1] vonatkozó globális standardok rendszerében összegezte.

Az iskolai egészségfejlesztésre vonatkozó korszerű szakmai standardok kidolgozását egyrészt az tette lehetővé, hogy egyre több és egyre megbízhatóbb kutatás zajlik a gyermek- és serdülőkori jóllét meghatározó területeinek meghatározására (Ross és mtsai, 2020; Clarke és mtsai, 2021; Lippai, 2022). Azzal, hogy tudományos alapon is kimondhatjuk, hogy a gyermekek és serdülők jólléte leginkább a jó fizikális egészség és az optimális táplálkozás, a szociális beilleszkedettség-érzés, a biztonságos és támogató családi, iskolai és közösségi környezet, a kompetenciafejlődés, valamint a reziliencia függvényében alakul, az iskolai egészségfejlesztés célkitűzései is világosabbá tehetők. A gyermekek és serdülők jóllétének szalutogenetikus megközelítése, vagyis amikor azt helyezzük előtérbe, hogy mikor fejlődnek az egészség és jóllét irányába a fiatalok, támpontokat ad ahhoz, hogy a prevenció *mellett* milyen kompetenciaalapú egészségfejlesztési törekvésekre van szükség és lehetőség a köznevelésben.[2] És ebből az is megállapítható, hogy bár a következmények jórészt az egészségügyi ellátórendszert terhelik majd, ezeknek a jólléti aspektusoknak a fejlesztéséhez nemcsak egészségügyi kompetenciák szükségesek. Ha a köznevelés foglalkozik a tanulók egészségével és jóllétével, akkor azok tanulmányi eredménye is jobb lesz, fizikailag és érzelmileg is biztonságosabbá válik az iskolai környezet, növekszik a tanulók teherbírása, és elkötelezettebbek lesznek iskolai feladataik iránt (WHO, 2021a, 2021b, 2021c).

Népegészségügyi és egészségpszichológiai kutatásokból is tudjuk, hogy a kockázatkereső egészségmagatartás – főként serdülőkorban – életkori sajátosság (Kulcsár, 2002; Németh, Horváth és Várnai, 2019). Ebből adódóan az egészségkockázatok tudatosítására irányuló, tradicionális egészségnevelési módszereket alkalmazó prevenciónak[3] meglehet az a veszélye, hogy inkább kockázatkereső magatartást hív elő a fiatalokból (Kis, 2019; Mátó, 2019). *Ezért önmagában nem elegendő az egészségkockázatokra vonatkozó egészségműveltség gyarapítása, és sokkal nagyobb prioritást kell kapnia az egészséges életmódra való szocializálásnak* (Benkő, 1995; Meleg, 1999; Buda, 2005; Eriksson és Lindström, 2008). Az egészségfejlesztő iskolák koncepciója erre irányul. Alapelvei és módszertana már több évtizede létezik, mégis, folyamatosan működő és fenntartható egészségfejlesztő iskolai rendszert még egy országban sem sikerült teljes mértékben kialakítani. Bizonyos elemei néhány országban már megvalósultak, de teljesen kiépült koherens rendszerről még sehol sem beszélhetünk. Fokozottan szükséges tehát a nemzetközi tapasztalatcsere, amit a WHO azzal kíván segíteni, hogy különböző országok „jó gyakorlatának" mozaikjából kialakított egy egységesnek tekinthető rendszert (WHO, 2021a, 2021b, 2021c).

A WHO az egészségfejlesztő iskolák globális standardjainak kidolgozásával olyan szakpolitikai és minőségfejlesztési keretet tudott biztosítani, amivel reális képet kaphatunk az iskolai egészségfejlesztés aktuális helyzetéről, továbbá valós szakmai és szakpolitikai célok megfogalmazásához is támpontot nyújt. Erre azért is szükség van, mert az iskolai egészségfejlesztés jelentős társadalmi befektetésnek tekinthető. Bármiféle beruházásról van szó, a ráfordítások megtérülése jogos igény. Nincs ez másként

az iskolai egészségfejlesztés esetében sem. A szakmai és politikai döntéshozóknak a „van-helyzet" ismeretében dönteniük kell a rendelkezésükre álló erőforrások felhasználásáról, és indikátorok használata révén monitorozzák a ráfordítások megtérülését és hasznosulását is. Egyre több tudományos érv szól amellett, hogy az iskolai egészségfejlesztés *megtérülő társadalmi befektetés*, ami a megvalósítás során szerzett tapasztalatok alapján még inkább azzá tehető. Ezt a minőségbiztosítási folyamatot a WHO globális standardjai nagymértékben segítik (WHO, 2021a, 2021b, 2021c).

Az egészségfejlesztési beavatkozások kapcsán visszatérő kérdésnek tekinthető, hogy ki legyen a szükséges változás „motorja", melyik szervezet vagy milyen szakemberek facilitálják vagy vezessék a szemléletváltási folyamatot. Nincs ez másként az iskolai egészségfejlesztés esetében sem. Kiemelten lényegesnek tartjuk, hogy a WHO szakanyaga világossá teszi: *az iskolai egészségfejlesztésnek a köznevelés rendszerébe és felelősségi körébe ágyazottan kell megvalósulnia.* Ez az ajánlás implikálja, hogy az iskolai egészségfejlesztés nem kiszervezhető köznevelési feladat, tehát az iskolák vezetőségét, a vezető pedagógusokat, pedagógusokat és nem oktató iskolai dolgozók is tájékozottabbá és kompetensebbé kell tenni az egészségfejlesztés témájában. Azonban legalább ennyire fontos, hogy ebben a feladatban a köznevelési szakemberek minden szükséges külső támogatást megkapjanak. Másként fogalmazva, még a legelkötelezettebb óvodákat és iskolákat is „helyzetbe kell hozni", megfelelő működési feltételeket, szabályozási háttért, „belső" szakembereket és „külső" szakmai támogatást biztosítva. Ez olyan léptékű szakmaközi és szakmapolitikai kooperációt igényel, amelyre jelenleg nincs példa. A WHO globális standardjai az ehhez szükséges szakmapolitikai és módszertani kereteket vázolják fel.

Az egészségnevelés a WHO (2021a) meghatározásában az egészséges életmódhoz, az egészségkockázatokhoz és az egészségműveltséghez kapcsolódó tudást közvetítő tanulási tapasztalatok rendszerét foglalja magába. Az egészségfejlesztő iskola alatt viszont az egész iskolára kiterjedő, folyamatos szervezeti törekvést értünk, mely arra irányul, hogy az iskola biztonságosabb és egészségesebb színtérré váljon (WHO, 2021a). A két fogalom nyilvánvalóan összefügg egymással. Kapcsolatuk talán úgy szemléltethető, hogy az egészségnevelés elsősorban az individuális tanulásra fókuszál, főként arra, hogy az egyén tudása, képességei, készségei, attitűdje és autonóm döntései vonatkozásában milyen tanulási eredmények valósultak meg.

Másfelől, az egészségfejlesztő iskola lényege a szemléletmódváltás: az, hogy iskolák mint szervezetek gondolkodásmódja, értékrendje, formális és informális normái és szokásai úgy változzanak, ami az egészség értékét és értékességét támogatja. Ebben a változásban vannak és kellenek is partnerek az iskolák számára, de alapvetően a köznevelésen belül kell a változásnak bekövetkeznie. Egy mindenki számára új szervezeti tudás kialakítására van tehát szükség, de a tudás hordozója és felelőse is a köznevelési szervezet.

Ezt támasztja alá a WHO (2021a) glosszáriuma is, amely – többek közt – az egészségnevelés és iskolai egészségfejlesztés *terminus technicus*ait is meghatározza. Az *egészségnevelés* a WHO (2021a) meghatározásában az egészséges életmódhoz, az egészségkockázatokhoz és az egészségműveltséghez kapcsolódó tudást közvetítő tanulási tapasztalatok rendszerét foglalja magába. Az *egészségfejlesztő iskola* alatt viszont az egész iskolára

kiterjedő, folyamatos szervezeti törekvést értünk, mely arra irányul, hogy az iskola biztonságosabb és egészségesebb színtérré váljon (WHO, 2021a). A két fogalom nyilvánvalóan összefügg egymással. Kapcsolatuk talán úgy szemléltethető, hogy az egészségnevelés elsősorban az individuális tanulásra fókuszál, főként arra, hogy az egyén tudása, képességei, készségei, attitűdje és autonóm döntései vonatkozásában milyen tanulási eredmények valósultak meg. Az egészségfejlesztő iskola integrálja magába ezt az egészségnevelési feladatkört, de fókusza az egészségfejlesztő szemléletmódon alapuló szervezeti tanuláson van, tehát annak kitapasztalásán, hogy milyen szervezeti szokások, normák, szabályok és körülmények biztosítják vagy biztosítanák *aktuálisan* az iskolai közösség tagjainak egészségét és jóllétét.

Az egészségfejlesztő iskola lényegét jelentő szervezeti tanulás sajátos módszertani irányelvek révén valósulhat meg maradéktalanul. Ezek az alábbiakban foglalhatóak össze (WHO, 2021a).

Egyrészt, az egészségfejlesztő iskolai koncepció *megvalósítása inkluzív és pártatlan*. Tehát a teljes iskolai közösségre kiterjed, és az iskolai élet összes szereplőjét szem előtt tartja. A tanulók éppúgy szerves részét képezik, mint a pedagógusok, iskolai dolgozók, iskolaegészségügyi dolgozók, szülők és az iskolával együttműködő további partnerek. De a teljes iskolai közösségbe számítjuk az – állami, egyházi vagy civil – fenntartó és szabályozó szervezeteket is.

Másrészt, az egészségfejlesztő iskolai koncepció szakmapolitikai megvalósítása *a köznevelési szektorba ágyazottan* történik. Ez olyan társadalmi és politikai döntések, jogszabályok, előírások és egyéb kormányzati eszközök révén valósul meg, amelyek lehetővé teszik az egészségfejlesztő iskolai tevékenységek jogszerű megvalósítását, menedzselését, monitorozását és fenntartását. Ez kiterjed pl. az erőforrás allokációjára, a pedagógusképzésre, a pedagógusok szakmai továbbképzésére, az információs hálózat és a teljesítményértékelés rendszerének működésére is. E feladatban a köznevelési szektor minden szintjén vannak teendők, melyben a helyi önkormányzatnak, a járási, megyei és regionális köznevelési és kormányzati szervezeteknek éppúgy vannak teendői, mint az országos hatókörű szereplőknek.

Harmadrészt, az egészségfejlesztő iskola *az egész iskolára kiterjedő megközelítés* alapján működik. Az egész iskolára kiterjedő megközelítés (*whole-school approach*) lényege az, hogy a tantermi tanulást és tanítást *kibővítve* az iskolai élet minden aspektusát áthatja. Nemcsak a tananyagokat és oktatási módszereket foglalja magába, hanem az iskola vezetésével, a tágabb közösséggel és partnerekkel való együttműködéssel és az iskola mint létesítmény üzemeltetésével kapcsolatos kérdéseket is, beleértve ebbe az infrastruktúrát, eszközöket, de akár az iskolai élet időbeosztását is.

Negyedrészt, az egészségfejlesztő iskola megvalósítása az összes érintett bevonásával történik, különös tekintettel a tanulókra, a szülőkre és gondviselőkre. Az egészségfejlesztő iskolai koncepció fontos eleme, hogy az iskolai élet szereplői ne *passzív elszenvedők, hanem inkább aktív alakítók* legyenek a szervezeti tanulásban. Ez nem a szervezeti hierarchiával járó jogok, kötelezettségek és felelősség feladását jelenti, hanem a szervezeti döntéshozatali és megvalósítási folyamatok újragondolását foglalja magába.

Ötödrészt, az egészségfejlesztő iskola megvalósulása ismétlődő és folyamatos. Szókratész parafrázisával élve, az iskolában az egészség nem egyetlen tetten, hanem az iskolai szokások összességén múlik. Ettől még megmarad az egyszeri iskolai akciók, projektek haszna és módszertani jelentősége, de az egészségfejlesztő iskoláknak fontos szem előtt tartaniuk, hogy a végső cél az, hogy az iskolák napi működésébe az egészségfejlesztő szemléletmód progresszíven beágyazódjon (WHO, 2021a).

A WHO (2021a) az egészségfejlesztő iskolák működésére vonatkozóan az alábbi globális standardokat határozta meg.

1. standard: Az országos, a regionális és a helyi (ön)kormányzati politika is elkötelezett az egészségfejlesztő iskolák ügye iránt, konkrét lépéseket tesz és erőforrásokat fordít arra, hogy minden iskola egészségfejlesztő iskola legyen (WHO, 2021a). Ha egy konkrét iskoláról gondolkozunk, akkor ez a standard vonatkozik az iskola intézményi sajátosságaira, vagyis arra a társadalmi és politikai környezetre, amelyben az iskola működik. A többi standard már az egy-egy adott iskolára értelmezendő.
2. standard: Az iskola szervezeti felépítése és működése tükrözi az egészségfejlesztés *egész iskolára kiterjedő megközelítése* iránti elköteleződést, tehát az egészségfejlesztő iskolaként való működésre vonatkozóan konkrét irányelvek, szabályok és erőforrások vannak, melyek alkalmazását és felhasználását az iskola rendszeresen értékeli és felülvizsgálja. Ez a folyamat a tanulók, az iskola oktató és nem oktató munkatársai, valamint a helyi közösség számára is átlátható és nyomon követhető (WHO, 2021a).
3. standard: Az iskola vezetése elkötelezett az egészségfejlesztés egész iskolára kiterjedő megközelítése iránt. Az egészségfejlesztő iskolai feladatokhoz kapcsolódó felelősségi körök meghatározása egyértelmű. Az iskola vezetősége vezetési kompetenciák és egészségfejlesztési tudás szempontjából is felkészült a feladat ellátására. Az egészségfejlesztő iskola működéséhez kapcsolódó döntéshozatali folyamatokban a tanulók, a szülők és más érintett partnerek (*stakeholder*) részvétele is biztosított (WHO, 2021a).
4. standard: Az egészségfejlesztő iskola aktív tagja annak a helyi közösségnek, ahol működik. A vezetősége elkötelezett és nyitott a helyi közösségben azonosítható partnerekkel való együttműködésre (WHO, 2021a).
5. standard: Az iskola pedagógiai programja támogatja a tanulók egészségének és jóllétének fizikális, szocio-emocionális és pszichológiai aspektusait. Az iskola oktató és nem oktató dolgozói szakmailag felkészültek a tanterv megvalósítására (WHO, 2021a).
6. standard: Az iskolának világosan megfogalmazott és az iskolai közösség minden tagja felé egyértelműen kommunikált elvárásai vannak arra, hogy az iskolában megjelenő társas kapcsolatok (pl. tanuló-tanuló, tanár-tanuló, tanár-szülő, tanár-tanár, stb.) mikor tekinthetők biztonságosnak és támogatónak. Az ilyen jellegű kapcsolatok kialakulását tudatosan segíti, erőforrásokat biztosít a társas kapcsolatok fejlesztésére. Ugyanakkor rendelkezik arra vonatkozó eljárásrendekkel is, ha bizonyos emberi kapcsolatok nem ebbe az irányba alakulnak (WHO, 2021a).
7. standard: Az iskolai irányelvek biztosítják, hogy az iskolai közösség minden tagja számára biztonságos és egészséges fizikai környezetet nyújt az iskola épülete. Ebbe az épületek akadálymentesítése éppúgy beletartozik, mint a higiénés körülmények, vagy a tűz- és balesetvédelmi előírások szükséges mértékű kidolgozottsága és alkalmazása (WHO, 2021a).
8. standard: Minden tanulónak hozzáférése van az iskoláskorúakat érintő vagy az iskolában található egészségfejlesztő és egészségügyi szolgáltatásokhoz, melyek felszereltsége kellő mértékű, és képzett szakemberek működtetik. A WHO megközelítése alapján a tanulókat érintő egészségfejlesztő és egészségügyi szolgáltatások széleskörűek, ide tartozik az egészségfejlesztés, egészségnevelés, szűrővizsgálatok, preventív beavatkozások, de a lelki egészséghez, a szexuális és reproduktív egészséghez vagy a balesetvédelemhez kapcsolódó orvosi diagnosztika és ellátás is (WHO, 2021a).

A WHO (2021a, 2021b) az egészségfejlesztő iskola globális standardjait részletesen is kifejti, indikátorokra és megvalósítási szempontokra bontva. Ezek részletes bemutatására most nem kerítünk sort, mert az már meghaladná jelen tanulmányunk formai és tartalmai kereteit.

A WHO (2021a, 2021b) globális standardjai az egészségfejlesztő iskolák ágazati szintű feltételeit és sajátosságait fogalmazzák meg a köznevelés rendszerében. Maga a dokumentum is jelzi, hogy a köznevelési szektort működtető politikusok, szakpolitikusok és

döntéshozók számára készült anyagról van szó. (Az iskolák vezetősége és a pedagógusok számára szükséges módszertani támpontokért a WHO [2021] is például a következő fejezetben bemutatásra kerülő Iskolák az Egészségért Európában Hálózat keretében készült útmutatókat ajánlja.)

Miért tartottuk mégis fontosnak a WHO egészségfejlesztő iskolákra vonatkozó globális standardjainak bemutatását?

Egyfelől, mert jól tükrözi az évtizedek óta fennálló – korábban már említett – népegészségügyi paradoxont. Az egészségügyi ellátórendszerben kompetens Egészségügyi Világszervezet próbál lendületbe hozni egy olyan társadalmi alrendszert, melyre közvetlen ráhatása nincs, viszont óriási a népegészségügyi jelentősége. Fontos, hogy a köznevelésben is megismerjék ezt a nézőpontot. Fontos, hogy a pedagógusok felismerjék, hogy az egészségfejlesztő iskolákban nem orvossá, nővérré vagy gyógyszerésszé kell válniuk, „csupán" fel kell ismerniük azt, hogy pedagógusi tevékenységük és az iskolai miliő milyen kiemelkedő mértékben képes alakítani az egyes nemzedékek egészségmagatartását és egészségesélyeit, hogy tudatosabban lehessen élni azokkal a lehetőségekkel, amit a köznevelés biztosítani tud.

Másfelől a WHO (2021a) a köznevelésben dolgozó igazgatók, vezető pedagógusok számára fontos iránymutatást tartalmaz annak vonatkozásában, hogy milyen társadalmi környezet kedvező igazán az egészségfejlesztő iskola megvalósításához. Erre az egyes iskoláknak jellemzően kevés ráhatásuk van, de fontos felmérniük és számításba venniük az adott társadalmi környezetet, hogy ahhoz alkalmazkodva tudják terveiket valóra váltani.

A WHO (2021a) globális standardjai tehát az iskolai egészségfejlesztés társadalmi környezetére kívánnak elsősorban hatni. A dokumentum is jelzi, hogy az iskolák vezetősége és a pedagógusok számára szükséges módszertani támpontok nem ebben az anyagban, hanem például az Iskolák az Egészségért Európában Hálózat útmutatóiban találhatóak.

Az is megállapítható, hogy a WHO (2021a) globális standardjai az ideális feltételeket fogalmazzák meg. Hangsúlyozandó azonban, hogy a globális standardok felé tett minden egyes társadalmi vagy szervezeti lépéssel közelebb kerülünk a fenntartható iskolai egészségfejlesztés rendszerének kialakításához.

Egészségfejlesztő hálózat iskolák számára

Az Iskolák az Egészségért Európában Hálózat[4] (Schools for Health in Europe Network Foundation, a továbbiakban SHE) szintén arra a kiindulópontra épít, hogy a köznevelés és az egészségfejlesztés kérdése összefonódik egymással. A SHE módszertani kézikönyve már a köznevelésben dolgozók számára íródott, azzal a céllal, hogy az iskolák egészségfejlesztési koordinátorait, igazgatóit, pedagógusait és nem oktató dolgozóit, magukat a diákokat és az iskolák közösségi partnereit bátorítsa az iskolai egészségfejlesztésre (Vilaça és mtsai, 2020).

A két dokumentum – a WHO (2021a) és a SHE (Vilaça és mtsai, 2020) –, bár függetlenül készült, nagyon is jól kiegészítik egymást. A WHO (2021a) fókusza az egészségfejlesztő iskolák társadalmi, politikai és szakmapolitikai környezetének rendszerszemléletű alakításán van, tehát elsősorban politikai és elméleti szempontokat képvisel az egészségfejlesztő iskolák fenntartható rendszerének kialakítása érdekében. A SHE kiindulópontja más, hangsúlya az iskolai élet gyakorlatán van, azon, amit az adott közösség az adott körülmények között aktuálisan megtehet azért, hogy az iskola egy fokkal egészségesebb színtérré váljon. Véleményünk szerint mindkét megközelítés szükséges az egészségfejlesztő iskolák kérdésének rendszerszintű megközelítésében, ezért a két szakmai dokumentumot egymást nagyon jól kiegészítő szakmai és módszertani bázisnak tekintjük, nem pedig konkuráló koncepcióknak.

A SHE is hangsúlyozza, elsősorban a korábban már ismertetett Ottawai Chartára, a szalutogenetikus egészségfogalomra és a rendszerszemléletre építve, hogy az egészségfejlesztő iskola az egészséget és jóllétet rendszerszemléletű és integratív módon közelíti meg, ami pedagógiai programjában és szervezeti irányelveiben is szerepel. Jellemzően cselekvésorientált és participatív, ami annyit jelent, hogy az egész iskolai közösség aktív szerepet vállal a döntéshozatali folyamatokban és a megvalósításhoz szükséges feladatokban is. Az egészségfejlesztő iskola kompetenciák fejlesztésére fókuszál, beleértve ebbe az iskola minden tagjának tudását, kompetenciáit és elkötelezettségét az egészség és a jóllét fejlesztése érdekében (Vilaça és mtsai, 2020a).

A SHE-ben felvázolt ötlépéses munkamódszer arra szolgál, hogy kezdeményezze, felmérje, fenntartsa és inspirálja az egészségfejlesztő iskolává válást és a folyamat fenntartását. Dióhéjban a munkamódszer lényege az alábbiakban összegezhető. A nagyobb lépések az alábbi kisebb lépésekre tagolhatóak.

1. Kezdő lépés

Ez a szakasz magában foglal egy kötelezettségvállalási döntést, ami arra vonatkozik, hogy egészségfejlesztő iskolává akar válni az adott iskola. E döntés az iskola vezetőségének és fenntartóinak elhatározását éppúgy magában foglalja, mint az iskolai munkaközösség támogatását és a tanulók, szülők és más érintettek beleegyezését. Módszertanilag ebben a szakaszban egy ütőképes szakmai munkacsoport kialakítása, az elérhető erőforrások azonosítása, valamint a célokra, a kommunikációra és a helyzetértékelésre vonatkozó együttgondolkodás megkezdése fontos (Vilaça és mtsai, 2020a).

2. A kiinduló helyzet kiértékelése

Az iskola aktuális helyzetének felmérése, ami az egészségre és a jóllétre vonatkozó irányelvek és gyakorlatok feltárását és elemzését éppúgy magában foglalja, mint az iskolai közösség prioritásainak és szükségleteinek feltérképezését. Ebben jelentős segítséget jelent a magyarul is elérhető gyorsértékelő kérdőív (Vilaça és mtsai, 2020b).

3. Cselekvési terv készítése

A kiinduló helyzet értékelése alapján az aktuális tanévre vonatkozó prioritás kijelölése, melyhez írásban kidolgozott cselekvési terv szükséges. A cselekvési terv magában foglalja a célok, eredmények megfogalmazását, a hatékonyság és az eredményesség mérésére szolgáló indikátorok kijelölését. Kitér az iskolai közösség számára szükséges kommunikációs célok meghatározására, világos és egyszerű egészségüzeneteket használva, az iskolai közösség szempontjából megfelelő kommunikációs eszközök használatával (Vilaça és mtsai, 2020a).

4. Megvalósítás

Ebben a szakaszban a legfontosabb teendő az, hogy a cselekvési tervben megfogalmazott célkitűzések az iskola napi gyakorlatának részévé váljanak. Nem egy egyszeri tettről, akcióról van tehát elsősorban szó, hanem egy *újítás* kitapasztalásáról és meghonosításáról. Sokat elárul e szakasz jellegéről, hogy milyen ellenőrző kérdések segíthetik a megvalósítás finomhangolását. Például: Magukénak érzik-e a résztvevők a programot? Megjelenünk-e a helyi közösségben mint egészségfejlesztők? Biztosak-e a megvalósítók a kompetenciáikban? Van-e elég idő, ember és pénz a megvalósításra? Folyamatos támogatást és motiválást tudunk-e biztosítani? A feladatok, célok, határidők kommunikálása

megfelelő-e? Az újonnan érkező tanulók, kollégák bevonása megfelelő-e? Hosszú távon fenntartható-e, amit most csinálunk? (Vilaça és mtsai, 2020a)

5. Monitorozás és értékelés

A monitorozás és értékelés szakasza a megvalósítási fázis lezárását és a kitapasztalt újítás fenntartását szolgálja. Az iskolai közösség életében megjelenő újítás kapcsán eddigre összegyűlik már annyi tapasztalat, amely alapján eldönthető, hogy az megéri-e az adott közösség számára, megfelelő módszereket alkalmazására kerül-e sor, eléri-e a kívánt hatást, és hosszú távon beépíthető-e az iskola mindennapi életébe. Ebben a szakaszban az újításként induló kezdeményezésnek már nem kísérletként kell tovább folytatódnia, hanem az iskolai élet szerves részévé kell válnia (vö. Grossmann és Scala, 2004). Ettől még szükséges nyomon követni az így kialakított „megvalósítási egység" működtetését, és a SHE ajánlása alapján 3-4 évente szükséges az újraértékelés is (Vilaça és mtsai, 2020a).

A fentiekből is látható, hogy a SHE a szervezeti tanulás iskolai menedzsmentjéhez nyújt inkább támogatást. A tartalmi kérdések továbbra is az egészségfejlesztő szemléletmódot funkcionálisan ismerő szervezeti tagokon múlnak. Ebben két további módszer jelenthet segítséget.

Egyrészt a csapatmunka. Nagyon sok múlik a munkacsoport működésén, ezért érdemes megfontolni, hogy kik legyenek a tagjai. A SHE alapján érdemes gondolni az iskolaigazgatóra, az igazgatóhelyettesekre, a szaktanárokra, az egykori és jelenlegi tanulókra, egészségtantanárra, egészségfejlesztés-tanárra, egészségfejlesztő mentálhigiénikus végzettségű pedagógusra, az iskolaorvosra, iskolapszichológusra, az iskolai védőnőre, az iskolai szociális munkásra, a testnevelőtanárra és az iskola fenntartójának képviselőire.

A munkacsoport működése szempontjából érdemes szem előtt tartani, hogy a kisebb munkacsoport hatékonyabb, 5-8 tag az ideális. A nagyobb csoportban nehezebb döntést hozni, és nehezebb összehozni egy megbeszélést is.

A tanulók nézőpontja és aktív szerepvállalása nagyon fontos az iskolai egészségfejlesztésben, ezért bevonásuk mindenképpen javasolt. És érdemes arra is hangsúlyt helyezni, hogy egyértelmű működési szabályokkal (rendszeres ülésezés, milyen hosszú legyen egy ülés, feladatmegosztás stb.) biztosítsuk a munkacsoport folyamatos tevékenységét (Vilaça és mtsai, 2020a).

Ha van lehetőség külső szakemberek bevonására, az jelentős segítséget jelenthet a fenti ötlépéses körfolyamat bármely szakaszának megvalósításában. Ez leghatékonyabban *ko-kreatív megközelítésben* segíti az egészségfejlesztő iskolává válást és az egészségfejlesztő iskolaként megvalósuló folyamatos fejlődést. Ebben a – más szakanyagokban partneri együttműködésként is aposztrofált – megközelítésben az adott iskolai közösség egyenrangú félként kooperál a külső szakértőkkel, érintettekkel egy problémamegoldási vagy fejlesztési folyamat kialakításában. Néhány példa külső szakemberekre: táplálkozási tanácsadó, dietetikus, védőnő, egészségfejlesztési irodában dolgozó szakember, önkormányzati képviselő, sportklub képviselője, és még folytathatnánk a sort (Vilaça és mtsai, 2020a).

Összegzés és következtetések

Ha a WHO (2021a) és a SHE (Vilaça és mtsai, 2020a) anyagának a magyar köznevelésre vonatkoztatható tanulságait elemezzük, akkor az alábbi megállapítások, javaslatok körvonalazódnak számunkra.

1. A korszerű egészségfejlesztő szemléletmód meghonosítása a köznevelésben nemzeti érdek.

A magyar lakosság egészségi állapota rossz, uniós összevetésben is jelentős az elmaradásunk. Ez legalább annyira köszönhető a magyar emberek életmódjának, mint az egészségügyi ellátórendszerben tapasztalható problémáknak. A magyar társadalom egészségi állapota rossz, melynek javításában a köznevelés szerepe kulcsfontosságú, mert a lakosság életmódjának alakítása alapjában véve nem egészségügyi kompetenciakör.

Önmagában a köznevelés sem elegendő a fenti nehézségek ellensúlyozására, de lényeges és költséghatékony szereplője lehet az egészségesebb magyar társadalom felé vezető útnak. A köznevelésben megjelenő egészségfejlesztés nemcsak a gyermek- és serdülőkorban lévő fiatalok egészségére van kihatással. Az egészségesebb gyermeknek nemcsak az iskolai teljesítménye lesz jobb, hanem a társadalomban több értéket teremtő, egészségesebb felnőtté is válik majd. A köznevelésben megjelenő egészségfejlesztés tehát jelen- és jövőorientált.

2. Az egészségfejlesztő szemléletű köznevelés elméleti és gyakorlati alapvetéseit évtizedek óta ismerjük. Valamit mégis másként kell csinálnunk, mint eddig, mert a kívánatos társadalmi áttörés még nem következett be.

Kijelentésünk alátámasztása érdekében a tanulmányban bemutatott egészségfejlesztő iskola modellt röviden vessük össze azzal, ahogy negyedszázada gondolkoztunk az egészségfejlesztő iskolákról. Ehhez Benkő Zsuzsanna 1995-ben publikált elemzését használtuk kiindulópontnak, aki az alábbi tíz pontban összegezte a WHO egészségfejlesztő iskola modelljének főbb jellemzőit. Idézzük:

1. „Átfogó szemléletmódja van. Az iskolai élet minden aspektusát beleérti és a gyerekek közösséghez való viszonyát hangsúlyozza. Az iskola mint **gondoskodó** közösség jelenik meg.
2. Olyan egészségmodellen alapszik, amely a **testi, lelki, szociális és környezeti** aspektusok közötti kapcsolatot figyelembe veszi.
3. A módszerek széles skálájával a diákok **aktív közreműködését** állítja a középpontba.
4. Összetevők széles skáláját ismeri fel, amely a diákok egészségét befolyásolja. Megkísérli a diákok **értékeit**, beállítódását, nézetét figyelembe venni.
5. Felismeri, hogy minden egészségi kérdéshez készségekre és folyamatokra van szükség és hogy ezt mint az egyes oktatási tervek részét kell tekinteni (pl. testnevelés, biológia, földrajz).
6. Egy **pozitív énkép** és az **önállóság** kifejlesztését maga az egészségfejlesztés fontos elemnek tekinti.
7. Felismeri, hogy az iskola berendezése a diákokra és a pedagógusokra fontos hatással van.
8. Az egészségnevelés a tanárokra is érvényes. **A tanárok szerepét modellként ismeri el.**
9. A **szülők** támogatását és a velük való együttműködést **igen fontosnak** tekinti.
10. Az iskolai egészségszolgálatot átfogóan szemléli, a betegség elleni prevenciót és a vizsgálatot magába foglalja, de azt is megkísérli, hogy az **aktív egészségnevelési** programot integrálja, és segít a diákoknak, hogy a **lehetőségeket** tudatosabban használják.” (Benkő, 1995. 85–86.).

Megítélésünk szerint érdemi, lényegi különbség nem található az egészségfejlesztő iskola jelenlegi és a negyedszázada vallott modellje közt.

Joggal vetődhet fel a kérdés, hogy ez a nemzetközi és hazai szinten is elérhető tudás miért nem szervesült jobban a köznevelés rendszerébe.

Véleményünk szerint a hatékony és sikeres iskolai egészségfejlesztés kulcsfontosságú eleme az, hogy az egészségfejlesztő szemléletmódról az iskolai közösség legalább néhány meghatározó szereplőjének *funkcionális tudása* legyen. Biggs és Tang (2011) a tanulási eredmény alapú egyetemi oktatás neveléstudományi alapjainak kifejtése során fogalmazza meg, hogy míg a *deklaratív tudás* a szavakkal vagy más szimbólumokkal kifejezhető ismereteket foglalja magába, addig a *funkcionális tudás* a deklaratív tudás mély megértésére épülve a deklaratív tudás alkalmazásával kapcsolatos tudást is magában foglalja. A funkcionális tudás a „vízválasztó fogalmak" (*threshold concept*) megértését igényli a tanuló szerepben lévő fél részéről. Ezalatt olyan fogalmakat, megközelítéseket érthetünk, melyeket ha valóban megért a tanuló szerepkörben lévő fél, akkor másként fog észlelni és értelmezni helyzeteket, és ezért a viselkedése is más lesz, mint e vízválasztó fogalmak elsajátítása nélkül (Biggs és Tang, 2011).

Az egészségfejlesztésben az egészség és a jóllét szalutogenetikus, rendszerszemléletű megközelítése ilyen vízválasztó fogalmak, melyek szemléletformálódással együtt járó megértése nélkül nincs esély valódi iskolai egészségfejlesztésre. Sajnos ennek hiányára utaló magyar kutatási eredmények is vannak (ld. pl. Deutsch, 2011).

Ebből levonható az a következtetés, hogy a köznevelésben dolgozó szakemberek – a pedagógusokat és az iskolaegészségügyi szakembereket egyaránt ideértve – *szemléletformáló képzése kiemelt jelentőségű* kell, hogy legyen az egészségfejlesztő iskolává válás folyamatában, és a megvalósítás továbbfejlesztésében.

3. A köznevelési szervezetekre vonatkozó teljeskörű intézményi egészségfejlesztés lényeges előrelépést jelent a törvényi szabályozás megteremtése és a szakmai információáramlás élénkülése szempontjából, azonban további szakmai lépések szükségesek a törvények szellemiségét is tükröző megvalósuláshoz.

Amikor arról van szó, hogy a pedagógusok vagy az egészségügyi szakemberek számára *mennyire hatékonyan* lehet az egészségfejlesztő szemléletmódra vonatkozó funkcionális tudást közvetíteni, akkor a Bologna-folyamat következtében átformálódó egyetemi oktatás neveléstudományi dilemmáihoz hasonló kérdéseket azonosíthatunk.

Biggs és Tang (2011) az egyetemi oktatók tanításra vonatkozó szemléletmódját vizsgálva három szintet azonosít.

Az *első szinten* az oktatás az információközvetítésre van berendezkedve. Az oktató egyirányúan kommunikál, előadást tart, és az már a hallgatót minősíti, hogy ebből mit és hogyan ért meg. A pedagógiai értékelés elsődleges célja ezen a szinten a szelekció, melyben az a cél, hogy a „jó tanulót" megkülönböztessük a „rossz tanulótól". Biggs és Tang (2011) modelljében ezen a szinten ez gyakran vezet „a hallgató a hibás" attribúcióhoz, elsősorban az oktatáshoz kapcsolódó problémák, nehézségek esetében. Ha a hallgatók eredményei rosszak, akkor az a hallgató hiányosságainak köszönhető, az oktató tevékenységén semmit nem kell változtatni. Ezért ezen a szinten az oktató részéről semmilyen önreflexió nem jelenik meg.

Véleményünk szerint az iskolai egészségfejlesztésre vonatkozó információk közvetítése ehhez hasonló nehézségeket mutat (vö. EMMI, 2016). Az egyirányú, deklaratív tudásra kiélezett szakanyagok néhány nyitott és érdeklődő pedagógusban funkcionális tudás alapjává válhatnak, de ez közel sem elegendő ahhoz, hogy az egészségfejlesztő szemléletmódra vonatkozó funkcionális tudás minden köznevelési intézmény számára elérhető legyen. Erre a helyzetre nem jelent megoldást a pedagógusok „hibáztatása" sem azért, hogy egyelőre elmaradnak a mindenki számára kívánatos népegészségügyi fejlemények.

A *második szinten* az oktatók számára a pedagógiai módszerek virtuóz alkalmazásán van a hangsúly. Előrelépést jelent az előző szinthez képest, mert nemcsak *információt* közvetít, hanem az információ rendszerbe foglalására és értelmezésére is sor kerül. Hátránya viszont, hogy az alkalmazott pedagógiai módszerek kiválasztása az oktatók preferenciáin alapul, és nem a tanuló szerepben lévők tanulási sajátosságain és igényein (Biggs és Tang, 2011).

Egészségfejlesztési szempontból a rövid ciklusú szakmai továbbképzéseknek van hasonló hatása. Ezek elvégzése előírható, számon tartható, adott esetben irányszámok is megszabhatóak az iskolák számára. És ezek a képzések hasznosak is abból a szempontból, hogy bővül a pedagógusok módszertani repertoárja. Azonban megvan az a veszélyük, hogy a pedagógusok azért fogják majd alkalmazni (egy darabig) az itt elsajátított módszereket, mert éppen ezt szeretnék kipróbálni, és nem feltétlenül azért, mert az adott iskolai helyzetben *indokolt* annak használata. És ez nem róható fel a részt vevő pedagógusok „hibájaként", ha az adott rövid ciklusú szakmai továbbképzések fragmentáltak, és nincsenek integrálva egy átfogó szakmai koncepcióba (vö. Somhegyi, 2016; Somhegyi, 2022).

Csak az oktatás harmadik szintjén szentel figyelmet az oktató annak, hogy miként zajlik a tanulási folyamat a tanulóban. Ezen a szinten a tanítás már nem csak arról szól, hogy mely tényeket, koncepciókat és törvényszerűségeket kell bemutatni és megértetni, hanem annak tisztázását is igényli az oktató részéről, hogy (a) mi az, amit a hallgatóknak kell elsajátítani, és mi a kívánt vagy kívánatos eredménye a tanulásuknak; és (b) mit jelent az, ha a hallgató „megértette" azt a tartalmat, amit elvárunk tőle a kívánt tanulási eredményekben (Biggs és Tang, 2011).

Ebben jelentős visszalépéseket könyvelhettünk el az elmúlt időszakban. A több évtizedes hagyományokra visszatekintő (vö. Benkő és Erdei, 2003; Benkő, 2011; Tarkó, 2013; Benkő és Tarkó, 2020) egészségtan-, majd egészségfejlesztés-tanár képzések megszüntetése révén kritikus mértékben kevesebb, pedagógiában és egészségfejlesztésben *egyaránt* jártas szakember képződik a köznevelés számára. Bár szakirányú továbbképzések (pl. az egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgára felkészítő szakirányú továbbképzési szak) keretében továbbra is szerezhetőek egészségfejlesztési kompetenciák, és szűkebb fókuszú iskolai modellprogramok is működnek (vö. pl. Meleg, 2021), egy valóban egészségfejlesztő szemléletű köznevelés nehezen képzelhető el egészségfejlesztésre szakosodott pedagógusok nélkül.

4. Az egészségfejlesztő szemléletmódú köznevelést a köznevelési rendszer működési elvei mentén érdemes kialakítani.

A köznevelési rendszer működése az alaptantervekben megjelenő műveltségi területek köré szerveződő oktatási-nevelési feladatok ellátására fókuszál. A köznevelésben zajló egészségfejlesztés szempontjából mindenképpen hátrány, hogy jelenleg az egészségfejlesztés nem önálló műveltségi terület, hanem a testneveléssel összevontan jelenik meg (Lipták és Tarkó, 2020). Fragmentáltan megjelennek bizonyos ismeretek, készségek és kompetenciák, és van néhány szakmai irányelv is (vö. EMMI, 2016), de egy kellő mélységben kidolgozott műveltségi terület és annak oktatására kiképzett pedagógusok hiányában nem lehet valóban hatékony az oktató-nevelő munka.

Másfelől, az egészségfejlesztés specialitása abban jelentkezik, hogy a népegészségügyi célkitűzések megvalósítására akkor van esély, ha egy adott köznevelési intézmény (óvoda, iskola vagy kollégium) esetében az adott közösség egészségfejlesztési kihívásait, lehetőségeit és veszélyeztető tényezőit is figyelembe vesszük (vö. WHO, 2021a; és Vilaça és mtsai, 2020a). *Ez nem ajánlás* (mint ahogy az EMMI, 2016; Somhegyi, 2016 és Somhegyi, 2022 anyagaiban megfogalmazódik), *hanem az eredményes köznevelési egészségfejlesztés előfeltétele* (ld. WHO, 2021a). E sajátosság nehezen illeszthető

az egységes követelmények kialakítására törekvő köznevelési gondolkodásmódba, és nagyfokú rugalmasságot igényel a köznevelési és egészségfejlesztési szakemberektől egyaránt (ld. Benkő, Lippai és Tarkó, 2019).

5. Ma Magyarországon minden lehetőség megvan arra, hogy egy-egy óvoda, iskola vagy kollégium konkrét előrelépéseket tegyen az egészségfejlesztő szemléletmód irányába.

A korábbiakban bemutatott építő szándékú észrevételek és javaslatok fenntartása mellett is szeretnénk hangsúlyozni, hogy nagyon is sok lehetőség van arra, hogy az óvodák, iskolák és kollégiumok célzott és gyakorlatias lépéseket tegyenek abba az irányba, hogy az *adott* óvodai, iskolai vagy kollégiumi közösség lépésről lépésre egészségesebb és biztonságosabb környezet legyen tagjai számára. *Minél nehezebb anyagi, szakmai és társadalmi helyzetben vannak a köznevelési intézmények, annál szükségesebbnek látjuk azt, hogy a lehetőségekhez igazodva történjenek önerőből is megvalósítható lépések az adott közösség egészségét veszélyeztető tényezők enyhítésének irányába.* Ehhez adott a jogszabályi támogatás (vö. EMMI, 2016), számos szakanyag és szakmai továbbképzés is segíthet az első lépések megtételében, és a pedagógus szakvizsga programok keretében olyan szakemberek is kiképződhetnek egy-egy óvodában, iskolában vagy kollégiumban, akik kellő vezetői támogatás mellett nagyban segíthetik az adott közösség egészségesélyeinek javítását.

Végső soron azonban a köznevelési intézmények helyzetértékelésén és vállalkozó kedvén múlik, hogy milyen mértékben jelenik meg az egészségfejlesztő szemléletmód egy adott óvoda, iskola vagy kollégium mindennapjaiban. Bízunk abban, hogy a tanulmányunkban bemutatott nemzetközi standardok és módszerek segítik az egészségfejlesztés iránt érdeklődő pedagógusok, iskolaegészségügyi szakemberek, iskolai vezetők és döntéshozók helyzetértékelését, és megerősítik őket abban, hogy mindannyiunk számára fontos lépéseket tegyenek egy egészségesebb társadalom felé, az általuk elérhető közösség inspirálásán keresztül.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

Antonovsky, A. (1985). *Health, Stress and Coping.* Jossey-Bass.

Benkő, Zs. (1993, szerk). *Egészségfejlesztés. Környezetvédelem és egészségnevelés*. Juhász Gyula Tanárképző Főiskola Kiadó.

Benkő, Zs. (1995, szerk.). *„Ne üljön lelkünkön szenvedés". Egészségfejlesztés, mentálhigiéné, hálózatépítés.* Juhász Gyula Tanárképző Főiskola Kiadó.

Benkő, Zs. & Erdei, K. (2003). *Egészségfejlesztés felsőfokon.* Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.

Benkő, Zs. (2005). Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In Benkő, Zs. & Tarkó, K. (2005), *Iskolai egészségfejlesztés*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 13–28.

Benkő, Zs. (2011). Az egészségfejlesztő szakemberek a magyar közoktatásban. A felsőoktatás válasza. *Egészségfejlesztés,* 52(3), 21–26.

Benkő, Zs., Lippai, L. & Tarkó, K. (2019). *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv.* Szegedi Egyetemi Kiadó Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.

Benkő, Zs. & Tarkó, K. (2020). Hagyomány és modernitás innovációja egy tradicionális felsőoktatási intézményben: 25 éves az Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet (2020. szeptember 1.). *Egészségfejlesztés, 61*(3), 29–38. DOI: 10.24365/ef.v61i3.616

Buda, B. (2005). A legális és illegális szerhasználat integrált szemléletű kezelésének aktualitása és indokai. *Addiktológia, 4*(1), 63–70.

Clarke, A., Sorgenfrei, M., Mulcahy, J., Davie, P., Friedrich, C. & McBride, T. (2021). *Adolescent mental health: A systematic review on the effectiveness of school-based interventions*. Early Intervention Foundation.

Deutsch, K (2011). Iskolai egészségfelfogás és egészségfejlesztés kvalitatív és kvantitatív kutatások tükrében. *Új Pedagógiai Szemle, 61*(1–5), 225–234.

EMMI (2016). „Az egészség a TIEd is!". A teljes körű iskolai egészségfejlesztés tevékenységei. Ajánlás a pedagógusok részére. *EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága és EMMI Oktatásért Felelős Államtitkársága.* Utolsó letöltés: 2022. augusztus

Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International, 23*(2), 190–199. DOI: 10.1093/heapro/dan014

Grossmann, R. & Scala, K. (2004). *Egészségfejlesztés és szervezetfejlesztés. Egészséges színterek fejlesztése.* Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.

Járomi, É. & Vitrai, J. (2017). Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása. *Egészségfejlesztés, 58*(1), 36–48.

Kis, B. (2019). Az óvoda és az iskola, mint egészségfejlesztő színtér: egészségfejlesztő pedagógiai módszerek. In. Benkő, Zs., Tarkó, K., & Lippai, L. (szerk.). *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv.* Szegedi Egyetemi Kiadó Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 121–132.

KSH (2019). *Egészségügyi helyzetkép, 2019*. Központi Statisztikai Hivatal.

Kulcsár, Zs. (2002). *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document.* Department of National Health and Welfare.

Lippai, L. L. (2022). Cikkismertetés: Serdülőkorúak mentális egészsége – az iskolai beavatkozások hatékonyságának szisztematikus szakirodalmi áttekintése. *Egészségfejlesztés, 63*(3), 36–38. DOI: 10.24365/ef.8759

Lipták, M. Z. & Tarkó, K. (2020). Az egészséggel kapcsolatos naiv elméletek, tévképzetek egy próbamérés tapasztalatai alapján. *Egészségfejlesztés, 61*(2) 74–81. DOI: 10.24365/ef.v61i2.590

Mátó, V. (2019). Pedagógiai módszerek a korszerű egészségnevelés szolgálatában. In Benkő, Zs., Tarkó, K. & Lippai, L. (szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv.* Szegedi Egyetemi Kiadó Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 133–138.

Meleg, Cs. (1999). Az iskolarendszer és az oktatás szerepe az egészséggel kapcsolatos ismeretek közvetítésében. *Új Pedagógiai Szemle, 49*(4), 64–75.

Meleg, Cs. (2021). *A lelki egészségvédelem iskolai modellje – pedagógiai esettanumány.* L'Harmattan Kiadó.

Németh, Á., Horváth, Zs. & Várnai, D. (2019). Egészségmagatartás serdülőkorban – Mi történt az ezredforduló után? *Educatio*, *28*(3) 473–494. DOI: 10.1556/2063.28.2019.3.3

Ross, D. A., Hinton, R., Melles-Brewer, M., Engel, D., Zeck, W., Fagan, L. és mtsaik (2020). Adolescent well-being: a definition and conceptual framework. *Journal of Adolescent Health, 67*(4), 472–476. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.06.042

Seligman, M. & Csíkszentmihályi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14. DOI: 10.1037/0003-066x.55.1.5

Siddiquea, B. N., Shetty, A., Bhattacharya, O. és mtsaik (2021). Global epidemiology of COVID-19 knowledge, attitude and practice: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2021;11:e051447. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-051447

Somhegyi, A. (2016). Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE): jelen helyzet. *Különleges Bánásmód, 2*(4), 61–80. DOI: 10.18458/kb.2016.4.61

Somhegyi, A. (2018). A népegészségügyi szakemberek és intézmények feladatai a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés szakmai segítésében. *Népegészségügy, 96*(1). 69–76.

Somhegyi, A. (2022). Szakdokumentum: Az egészségfejlesztő iskolák kézikönyve. *Egészségfejlesztés, 63*(3), 24–27. DOI: 10.24365/ef.8926

Tarkó, K. (2013). Egészségfejlesztés továbbra is felsőfokon. In Tarkó, K. & Lippai, L. (szerk.), *„Gyümölcs? A fa beváltja azt, amit virágával ígért." Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60. születésnapjára.* SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet.

Tarkó, K. (2019). Életmódról tudományosan a mindennapokban. In Benkő, Zs., Lippai, L. & Tarkó, K. (szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv.* Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 79–90.

Vilaça, T., Darlington, E., Miranda, M. J., Martinis, O. & Masson, J. (2020a). *SHE SCHOOL MANUAL 2.0. A Methodological Guidebook to become a health promoting school.* Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE).

Vilaça, T., Darlington, E., Miranda, M. J., Martinis, O. & Masson, J. (2020b). *EIE ISKOLAI KÉZIKÖNYV 2.0. Módszertani útmutató az egészségfejlesztő iskolává váláshoz.* Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE).

Vitrai, J., Bíró, É., Girán, J., Kollányi, Zs., Pipicz, M., Somhegyi, A. & Várfalvi, M. (2021). Milyen legyen a népegészségügy legújabb iránya? Vitaindító az új népegészségügyi szemlélet sajátosságairól. *Egészségfejlesztés, 62*(1), 81–94. DOI: 10.24365/ef.v62i1.716

Vitrai, J. (2022). Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2021. *Egészségfejlesztés, 63*(1), 52–55. DOI: 10.24365/ef.v63i1.7964

WHO (2021a). *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems.* World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

WHO (2021b). *Making every school a health-promoting school: implementation guidance.* World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

WHO (2021c). *Making every school a health-promoting school: country case studies.* World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

Jegyzet

[1] Mielőtt továbblépnénk, szeretnénk hangsúlyozni, hogy az „iskolai" egészségfejlesztés kifejezést nemcsak az iskolákra, hanem a köznevelés egészére – tehát az óvodák, kollégiumok, általános és középiskolák rendszerére –vonatkoztatva használja ez a dokumentum is. Sajnos a hazai és a nemzetközi szakirodalom sem következetes e téren, és az iskolai egészségfejlesztésnél szélesebb jelentéstartamú *terminus technicus* e köznevelésben zajló tevékenységre még nem honosodott meg.

[2] Egy közelmúltban megjelent metaelemzés (Clarke és mtsai, 2021) kiválóan példázza, hogy a szociális és érzelmi kompetenciák szalutogenetikus megközelítésű óvodai és iskolai fejlesztése empirikusan is kimutatható módon hatékony a gyermekek és serdülők lelki egészségének fejlesztésében. A szerzők ugyanakkor arra is rámutatnak, hogy a már kialakult pszichés és magatartási problémák felismerése és javítása nem terhelhető rá csak a pedagógusokra (Lippai, 2022).

[3] Jellegzetesen például az alkohol-, drog-, dohányzásprevenció vagy a döntően rizikóorientált szemléletű szexuális felvilágosítás esetében.

[4] Megfontolásra ajánljuk a szervezet angol nevére született „Egészséges Iskolák Európában" fordítás újragondolását. Ez könnyen azt sugallhatja, hogy itt egy speciális iskolatípusról van szó, hasonlóan a sport- vagy a művészeti iskolákhoz. A későbbiekben bemutatjuk, hogy a SHE végső soron minden iskoláig el kíván jutni, még akkor is, ha ebben dönthetnek az egyes iskolák. A SHE esetében is az a deklarált cél, hogy *minden* iskola egészségfejlesztő iskola legyen.

Absztrakt

A teljeskörű intézményi egészségfejlesztés a köznevelési intézmények egy évtizede kötelezővé tett feladata. Azonban a közelmúltban olyan fontos nemzetközi szakdokumentumok láttak napvilágot, melyek indokolttá teszik a hazai helyzet átgondolását, és bizonyos mértékű újraértékelését. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2021-ben megjelent *Tegyünk minden iskolát egészségfejlesztő iskolává* című szakanyaga, valamint az *EIE Iskolai kézikönyv 2.0* módszertani kiadvány 2020-ban aktualizált verziója alapján tanulmányunkban felvázoljuk a köznevelésben megvalósuló egészségfejlesztés jelenlegi célkitűzéseit, a hatékony egészségfejlesztésre vonatkozó elméleti kereteket és globális standardokat, valamint a gyakorlati megvalósításra vonatkozó szakmai ajánlásokat is. Megítélésünk szerint minél nehezebb anyagi, szakmai és társadalmi helyzetben vannak a köznevelési intézmények, annál szükségesebb, hogy a lehetőségekhez igazodva önerőből is történjenek lépések az adott közösség egészségét veszélyeztető tényezők enyhítésének irányába. Tanulmányunkban, a fenti szakanyagok elemzésével ebben szeretnénk támpontokat nyújtani az egészségfejlesztés iránt érdeklődő pedagógusok, iskolaegészségügyi szakemberek, iskolai vezetők és döntéshozók számára.

Kulcsszavak: egészségfejlesztés, iskolai egészségfejlesztés

Tarkó Klára[1] – Mátó Veronika[2] – Uitumen Erdenezul[3] – Szabó-Prievara Dóra Katalin[4]

[1] Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségszociológia és Életmód Tanszék; MTA–SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport
[2] Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségszociológia és Életmód Tanszék; MTA–SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport
[3] Szegedi Tudományegyetem Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar, Neveléstudományi Doktori Iskola
[4] Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségpszichológia és Mentálhigiéné Tanszék; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

HECAT – Az egészségnevelési feladatok (keret)tantervi megjelenésének elemzésére szolgáló eszköz

*Az egészségnevelés, egészségfejlesztés közoktatásra vonatkozó célkitűzéseit Magyarországon a Nemzeti Alaptanterv határozza meg, részletezése a kerettantervek, helyi tantervek és pedagógiai programok szintjén történik. Jelen írásunk egy, az egészségnevelési (keret)tantervek elemzésére szolgáló eszköznek (*Health Education Curriculum Analysis Tool*, HECAT) a rövid, figyelemfelkeltő bemutatására törekszik. A HECAT célja, hogy lehetővé tegye az egészségnevelés, egészségfejlesztés nemzeti, keret- vagy helyi tantervi megjelenésének konzisztens és átfogó elemzését, melynek eredményei nyomán sor kerülhet a tanterv felülvizsgálatára, fejlesztésére és megerősítésére, és ezáltal az iskola egészségnevelési, egészségfejlesztési feladatokat ellátó pedagógusai képessé válnak hatékonyabban befolyásolni az iskoláskorú gyerekek és fiatalok egészségmagatartását és egészségmutatóit.*

Bevezetés

Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (*Health Behaviour in School-aged Children*, HBSC) elnevezésű nemzetközi kutatást négyévenként, összesen 45 ország bevonásával Európában és Kanadában végzik el 11–17 éves gyermekek körében. A felmérés célja a fizikai egészség, az egészséget befolyásoló szokások, a mentális jóllét és a társas kapcsolatok szempontjából összehasonlítani az iskoláskorú gyermekeket.

A legfrissebb, 2017/2018-as tanévben végzett adatgyűjtés eredményei szerint (Inchley és mtsai, 2020) a legtöbb tizenéves nem eszik elegendő mennyiségű, tápanyagban gazdag ételt (zöldséget, gyümölcsöt), ezzel szemben nagy a feldolgozott élelmiszerek

fogyasztásának aránya. A megkérdezettek kevesebb mint 20 százaléka teljesíti a napi ajánlott 60 perc közepes intenzitású fizikai aktivitást, ráadásul ezzel csaknem azonos szintre nőtt a túlsúly és az elhízás előfordulása (21%). A fiatalok mentális egészsége több országban is romlott a korábbi eredményekhez képest, különösen az idősebb lányok esetén gyakoribb az alacsonyabb szintű mentális jóllét. Minden negyedik 15 éves fiatal a szexuális együttlét során nem alkalmazott semmilyen fogamzásgátló módszert. Bár az alkoholfogyasztás és a dohányzás mértéke csökkent a korábbi évekhez képest, még mindig gyakori, különösen a 15 éves korosztályban – 15 százalékuk volt részeg a vizsgálatot megelőző egy hónapban –, de jelentősen növekedett a 13–15 éves korosztályban is az előfordulásuk. A fiatalok 10 százaléka volt az elmúlt hónapokban többször is zaklatás áldozata. A családi támogatásról a megkérdezettek 70 százaléka tudott beszámolni, ugyanakkor viszont valamelyest csökkent (63 százalékról 60 százalékra) az elmúlt évekhez képest a kortársaktól érkező szociális támogatottság érzete. Mindezek az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy milyen fontos lenne már fiatal kortól kezdve a gyermekek egészség-magatartásának fejlesztése.

Az egészségnevelés fogalmi és tantervi területei

Az Egészségügyi Világszervezet, a WHO definíciója szerint „az egészségnevelés olyan, változatos kommunikációs formákat használó, tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, amely az egészséggel kapcsolatos ismereteket, tudást és életkészségeket bővíti az egyén és a környezetében élők egészségének előmozdítása érdekében. A korszerű egészségnevelés egészség- és cselekvésorientált tevékenység.” (Simonyi, 2004. 7.)

Az egészségfejlesztés egyik módszerét jelentő korszerű egészségnevelés, a tanulási-eredmény-alapú szemléletnek megfelelően, nemcsak az ismeretátadást helyezi középpontjába, hanem nagy hangsúlyt fektet a készségfejlesztésre és az attitűdök meghatározására, mindezt a felelősség és autonómia kontextusába ágyazottan. Széles társadalmi bázison, a természeti és társadalmi környezetbe integrált egyéneket és csoportokat helyezi a középpontjába, vagyis figyelembe veszi a köznevelési szervezet és szűkebb-tágabb társadalmi környezete, valamint a természeti környezet egészségre, egészségesélyekre gyakorolt hatását is (Benkő, 2019). Célcsoportja nemcsak a gyerekek és a diákok, hanem a pedagógusok, a nem pedagógus dolgozók és a szülők is, bár ők „csak” mint együttműködő partnerek jelennek meg a tantervek szintjén. A modern egészségnevelés az egészség holisztikus megközelítésére építve egyaránt foglalkozik az egészség testi, mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi dimenzióival (Benkő, 2019). Olyan képességekkel kívánja felruházni az egyéneket, amelyek lehetővé teszik számukra, hogy erőforrásaik mozgósításával nagyobb kontrollt gyakoroljanak saját és mások egészsége felett, az egészség maga is erőforrássá váljon, felelősségtudatuk és motiváltságuk pedig a felhatalmazás és a részvétel nyomán növekszik (Paulus és Petzel, 2009a, 2009b).

A korszerű egészségnevelés módszertani eszköztárában is szerepet kaphat az előadás, de a leghatékonyabbak a tanulói részvételt támogató módszerek, mint a mozaikmódszer, a drámapedagógia vagy a projektmódszer (Mátó, 2019). Az egészségnevelés, egészségfejlesztés azonban akkor sikeres, ha a szokásváltoztatást tűzi ki céljául, vagyis segíti az életmódot örömmel végzett szokások rendszerévé alakítani és ezáltal minőségi életet élni élethosszig tartóan (Lippai, 2016).

Az egészségnevelés, egészségfejlesztés színtéralapú megközelítése értelmében az iskola az egyik legfontosabb helyszíne az egészséges életmódra történő szocializálásnak. Ennek a közoktatásra vonatkozó célkitűzéseit Magyarországon a Nemzeti Alaptanterv határozza meg, részletezése a kerettantervek, helyi tantervek és pedagógiai programok szintjén történik. A legutóbbi, 2020-as Nemzeti Alaptantervben az egészségfejlesztés

nem képez önálló műveltségterületet, hanem a testnevelés mellé rendelten jelenik meg. Egy, a 2021-ben megrendezett Országos Neveléstudományi Konferencián elhangzott előadás számolt be arról a dokumentumelemző vizsgálatról (Lipták és Tarkó, 2021), amely rávilágított, hogy a NAT2020 holisztikus egészségdimenziókhoz kapcsolódó témaköreinek 62,55%-a a testi egészségre, kiemelten a mozgásra irányul, a mentális dimenzió 10,11%, az érzelmi 1,5%, a társadalmi és a társas dimenziók 0,75-0,75%-kal, míg a spirituális dimenzió 0%-kal szerepel. A vizsgálat 24,34%-ban azonosított olyan elemeket, amelyek egyszerre több egészségdimenziót is érintenek, így önmagukban holisztikusnak tekinthetők. Ennek a vizsgálatnak jelenleg folyamatban van egy részletező finomhangolása, amelyhez egy átfogó egészségnevelési, egészségfejlesztési szempontú tantervelemzést lehetővé tevő mérőeszköz alkalmazását tűztük ki célul. Jelen írásunk ennek az Egészségnevelési Tanterv Elemzési Eszköznek a rövid, figyelemfelkeltő bemutatására törekszik.

A HECAT bemutatása

Az Amerikai Járványügyi Hivatal (CDC), a Szexuális Egészség és Betegségek Megelőzése Központ (NCHHSTP) és annak Serdülőkori és Iskolai Egészség Osztálya (DASH) más a serdülőkori egészséggel, iskolai egészségneveléssel és egészség-magatartással foglalkozó szakemberek együttműködésével készítette el 2006-ban, átdolgozta 2012-ben, majd véglegesítette 2021-ben az egészségnevelési tantervek elemzésére szolgáló mérőeszközét Egészségnevelési Tanterv Elemzési Eszköz (*Health Education Curriculum Analysis Tool*, röviden HECAT) címmel (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

A HECAT célja, hogy lehetővé tegye az egészségnevelés, egészségfejlesztés nemzeti, keret- vagy helyi tantervi megjelenésének konzisztens és átfogó elemzését, melynek eredményei nyomán sor kerülhet a tanterv felülvizsgálatára, fejlesztésére és megerősítésére, és ezáltal az iskola egészségnevelési feladatokat ellátó pedagógusai képessé válnak hatékonyabban befolyásolni az iskoláskorú gyerekek és fiatalok egészség-magatartását és egészségmutatóit.

A HECAT szemléletében a tudományos eredmények gyakorlatba történő visszaforgatását hangsúlyozza. Fontosnak tartja minden érintett (*stakeholders*) – az iskola oktató és nem oktató dolgozói, a diákok, a szülők, az iskola társadalmi környezete szereplőinek – bevonását az egészségnevelési (keret)tanterv tervezésébe és felülvizsgálatába, figyelembe véve a helyi hatóságok által megfogalmazott egészségnevelési prioritásokat is, kellő rugalmassággal kezelve a különféle közösségek felől érkező érték-, prioritás- és szükségleti preferenciákat. A dokumentumot mind a fenntartó, mind az iskola hatékony elemző eszközként használhatja. A HECAT segítségével elemezhetők a nemzeti alaptantervek is, de legjobban akkor működik, ha a részletes egészségnevelési, egészségfejlesztési kerettanterv elemzésére használjuk. Az alábbiakban a HECAT (Centers for Disease Control and Prevention, 2021) érintett részeit fordításban közöljük, zárójelben jelölve a hivatkozott dokumentum oldalszámát.

A hatékony egészségnevelési, egészségfejlesztési tanterv jellemzői

A HECAT az alábbiakban foglalja össze a hatékony egészségnevelési, egészségfejlesztési (keret)tanterv jellemzőit:

1. Egyértelmű egészségcélokat és kapcsolódó magatartásformákat fogalmaz meg.
2. Kutatási eredményekre és elméletekre épít.
3. A pozitív egészség-magatartást támogató egyéni értékekkel, attitűdökkel és meggyőződésekkel foglalkozik.

4. Az egészségjavító magatartást támogató egyéni és csoportos normákkal foglalkozik.
5. A védőfaktorok megerősítésére és az egészségtelen gyakorlatok és viselkedésformák személyes kockázatainak és káros voltának tudatos felismerésére összpontosít.
6. Foglalkozik a társadalmi nyomással és befolyással.
7. Fejleszti a személyes és a szociális készségeket, valamint az énhatékonyságot.
8. Olyan funkcionális egészségismereteket nyújt, amelyek alapvetőek, pontosak, és közvetlenül hozzájárulnak az egészséget támogató döntésekhez és magatartáshoz.
9. Személyre szabott információátadást és a diákok bevonását támogató stratégiákat alkalmaz.
10. Az életkornak és a fejlettségnek megfelelő információt, tanulási stratégiákat, oktatási módszereket és tananyagot határoz meg.
11. Kulturálisan befogadó tanulási stratégiákat, oktatási módszereket és tananyagot foglal magában.
12. Elegendő időt biztosít a tanításra és a tanulásra.
13. Lehetőséget ad pozitív kapcsolatok kialakítására jelentős másokkal.
14. Tartalmazza azokat a tanári információkat és a szakmai fejlődésre és képzésre vonatkozó terveket, amelyek növelik az oktatás és a tanulói tanulás hatékonyságát. (9–11.)

Egészségnevelési irányelvek

A Nemzeti Egészségnevelési Standardok vagy irányelvek határozzák meg azt a szükséges tudást és készségeket, amelyekkel minden diáknak rendelkeznie kell egy minőségi egészségnevelési, egészségfejlesztési képzési program teljesítése után. Ezek a következők:

1. A diákok értik az egészségfejlesztéssel és a betegségek megelőzésével kapcsolatos fogalmakat az egészség javítása érdekében.
2. A diákok elemzik a család, a társak, a kultúra, a média, a technológia és más tényezők egészség-magatartásra gyakorolt hatását.
3. A diákok demonstrálják, hogy képesek érvényes információkhoz, termékekhez és szolgáltatásokhoz hozzáférni az egészség javítása érdekében.
4. A diákok demonstrálják, hogy képesek az interperszonális kommunikációs készségek használatára az egészség javítása és az egészségkockázatok elkerülése vagy csökkentése érdekében.
5. A diákok demonstrálják, hogy képesek döntéshozatali készségeiket az egészség javítására használni.
6. A diákok demonstrálják, hogy képesek a célmeghatározási készségeket az egészség javítására használni.
7. A diákok demonstrálják, hogy képesek az egészségjavító magatartásformák gyakorlati megvalósítására és az egészségkockázatok elkerülésére vagy csökkentésére.
8. A diákok demonstrálják, hogy képesek a személyes, a családi és a közösségi egészség szószólóivá válni. (13.)

A HECAT az alábbi kiemelt egészségtémák (keret)tantervi megjelenésének elemzéséhez nyújt útmutatást és eszköztárat.

1. Alkohol- és egyéb droghasználat
2. Táplálék és táplálkozás
3. Mentális és érzelmi egészség
4. Személyes egészség és jóllét
5. Fizikai aktivitás
6. Biztonság

7. Szexuális egészség
8. Dohányzásprevenció
9. Erőszakprevenció
10. Teljeskörű egészségnevelés (61.)

A mérőeszköz mindegyik modul esetében standardonként vizsgálja az egészséges magatartást elősegítő tudás- (1. standard) és készségelemek (2–8. standard) megjelenését, valamint a tanulási eredmények mintájára egészség-magatartási eredményeket (*Health Behaviour Outcomes*) fogalmaz meg.

Nézzük meg az egyes modulok esetében megfogalmazott egészség-magatartási eredményeket, amelyekre a közoktatás 1–12. osztályain végighúzódó tárgyalás nyomán a diákoknak képessé kell válniuk! Az alábbi összefoglaló egészség-magatartási eredményeket a dokumentum ellenőrzőlista-szerűen tovább részletezi évfolyam-intervallumokra (1–2., 3–5., 6–8. és 9–12.) és standardokra (1–8) lebontva.

Alkohol- és egyéb droghasználat modul

1. Megfelelően használja a vényköteles és vény nélkül kapható gyógyszereket.
2. Kerüli a vény nélkül kapható és a vényköteles gyógyszerek helytelen használatát és az azokkal való visszaélést.
3. Kerüli az alkoholfogyasztást.
4. Kerüli az illegális kábítószerek használatát.
5. Kerüli az alkoholos és egyéb kábítószeres befolyásoltság alatt történő gépjárművezetést.
6. Nem ül be olyan gépjárműbe, amelynek vezetője alkoholos vagy egyéb kábítószeres befolyásoltság alatt áll.
7. Felhagy az alkohol és egyéb kábítószerek használatával, amennyiben már él velük.
8. Támogat másokat abban, hogy alkohol- és egyéb drogoktól mentesek legyenek. (63.)

Táplálék és táplálkozás modul

1. Olyan egészséges táplálkozási szokásokat követ, amelyek megfelelnek az egyéni preferenciáknak és a növekedési és fejlődési szükségleteknek.
2. Az egyes élelmiszercsoportokon belül többféle lehetőséget választ.
3. Sok gyümölcsöt és zöldséget fogyaszt.
4. Teljes kiőrlésű gabonaféléket fogyaszt.
5. Zsírmentes vagy alacsony zsírtartalmú tejtermékeket vagy dúsított tejtermék-alternatívákat fogyaszt.
6. Sok vizet iszik.
7. Kerüli a cukrozott italokat.
8. Korlátozottan fogyaszt magas hozzáadott cukor-, telített zsírsav-, transzzsír- és nátriumtartalmú ételeket.
9. Tápanyagokban gazdag ételeket és italokat fogyaszt étkezéskor.
10. Jóízű, tápanyagokban gazdag ételeket készít magának és másoknak.
11. Olyan tápanyagokban gazdag ételeket és italokat választ és fogyaszt élvezettel, amelyek tükrözik a személyes preferenciáit, a kultúrát és az anyagi lehetőségeit.
12. Támogatja mások egészséges táplálkozásra irányuló szokásait. (130.)

Mentális és érzelmi egészség modul

1. Az érzelmeit egészséges módon fejezi ki.
2. Mentális és érzelmi szempontból is egészséges tevékenységeket végez.
3. Egészséges módon kezeli a személyközi konfliktusokat.
4. Egészséges módon előzi meg és kezeli az érzelmi stresszt és a szorongást.
5. Önkontroll- és impulzuskontroll-stratégiákat alkalmaz az egészség fejlesztése érdekében.
6. Segítséget kér a saját maga és mások számára kellemetlen gondolatok, érzések vagy cselekedetek esetén.
7. Elfogadja mások másságát.
8. Egészséges kapcsolatokat épít és tart fenn.
9. A mentális és érzelmi jóllétet támogató szokásokat alakít ki. (198.)

Személyes egészség és jóllét modul

1. Megfelelőek a higiénés szokásai.
2. Elegendő az alvási és a pihenési ideje.
3. Megelőzi a látás- és hallászkárosodást.
4. Kerüli a napártalmakat.
5. A fertőző betegségek terjedését megakadályozó magatartásformákat folytat.
6. A krónikus betegségek kialakulását megelőző magatartásformákat folytat.
7. A mentális és az érzelmi jóllétet támogató magatartásformákat folytat.
8. Az élelmiszer és a víz útján terjedő betegségek megelőzését szolgáló magatartásformákat folytat.
9. Megelőzi a gyakori krónikus betegségekből és állapotokból, például allergiából, asztmából, cukorbetegségből és epilepsziából eredő súlyos egészségügyi problémák kialakulását.
10. Igénybe veszi az egészségügyi ellátórendszert a leggyakoribb fertőző betegségek, valamint a krónikus betegségek és állapotok kezeléséhez.
11. Felkeresi az egészségügyi szakembereket a megfelelő szűrő- és egyéb vizsgálatok érdekében.
12. Megelőzi a divathóbortokból vagy trendekből eredő egészségügyi problémák kialakulását. (268.)

Fizikai aktivitás modul

1. Minden nap legalább 60 percig végez mérsékelt vagy erőteljes fizikai aktivitást.
2. Rendszeresen végez olyan fizikai aktivitást, amely javítja a szív- és légzőszervi állóképességet, a hajlékonyságot, az izom-állóképességet és az izomerőt.
3. A strukturált testmozgás előtt és után bemelegítő és levezető gyakorlatokat végez.
4. Sok vizet iszik a fizikai aktivitás előtt, közben és után.
5. Fizikai aktivitási tervet követ az egészséges növekedés és fejlődés érdekében.
6. Kerüli a fizikai aktivitás közbeni sérülést.
7. Támogat másokat abban, hogy fizikailag aktívak legyenek. (337.)

Biztonság modul

1. Betartja a megfelelő biztonsági szabályokat, amikor gépjárműben vagy gépjárművön utazik.
2. Kerüli, hogy alkoholos vagy egyéb kábítószeres befolyásoltság alatt gépjárművet vezessen – vagy olyan gépjárműben utazzon, amelyet olyan valaki vezet, aki alkohol vagy egyéb kábítószer befolyása alatt áll.
3. Megfelelően és helyesen használja a biztonsági felszereléseket.
4. Biztonsági szabályokat és eljárásokat alkalmaz a kockázatos viselkedés és a sérülések elkerülése érdekében.
5. Kerüli a biztonsági kockázatokat az otthonában és a közösségben.
6. Felismeri és elkerüli a veszélyes környezetet.
7. Segítséget hív önmaga vagy mások számára sérülés vagy hirtelen megbetegedés esetén.
8. Támogat másokat a kockázati magatartás elkerülése és a biztonság érdekében. (404.)

Szexuális egészség modul

1. Felismeri a gyermek- és serdülőkorban saját maga és mások által tapasztalt fejlődési változásokat.
2. Egészséges kapcsolatokat létesít és tart fenn.
3. Minden emberrel méltósággal és tisztelettel bánik, a nemi identitására és a szexuális irányultságára tekintettel.
4. Beleegyezést ad és kap minden helyzetben.
5. Tartózkodik a szexuális élettől.
6. Olyan magatartásformákat folytat, amelyek megelőzik vagy csökkentik a szexuális úton terjedő fertőzéseket (STI-k), beleértve a HIV-et is.
7. Olyan magatartásformákat folytat, amelyek megelőzik vagy csökkentik a nem kívánt terhességet.
8. Támogat másokat abban, hogy elkerüljék vagy csökkentsék a szexuális kockázati magatartásformákat.
9. Kerüli, hogy másokat szexuális magatartásformákra kényszerítsen.
10. Igénybe veszi a megfelelő egészségügyi szolgáltatásokat a szexuális és reproduktív egészség előmozdítása érdekében. (472.)

Dohányzásprevenció modul

1. Kerüli a dohány bármilyen formájának használatát (vagy azzal való kísérletezést).
2. Kerüli a passzív dohányzásnak és aeroszolnak való kitettséget.
3. Támogatja a dohánymentes környezetet.
4. Támogat másokat abban, hogy dohánymentesek legyenek.
5. Abbahagyja a dohányzást, amennyiben már él vele. (544.)

Erőszakprevenció modul

1. A személyközi konfliktusokat erőszakmentes módon kezeli.
2. Az érzelmi distresszt erőszakmentes módon kezeli.
3. Kerüli a zaklató viselkedést vagy annak külső szemlélését.

4. Kerüli az erőszakot, beleértve a szexuális zaklatást, a kényszerítést, a kizsákmányolást, a verekedést és a nemi erőszakot.
5. Kerüli a potenciálisan erőszakos helyzeteket.
6. Kerüli az olyanokkal való érintkezést, akik részt vesznek vagy bátorítják az erőszakot, vagy bűnözői tevékenységet.
7. Segítséget vesz igénybe az erőszak megelőzéséhez vagy megállításához, ideértve a molesztálást, a visszaélést, a zaklatást, az erőszakot, a verekedést és a gyűlölet-bűncselekményeket.
8. Segítséget kér a nemkívánatos vagy helytelen érintés megelőzése vagy megállítása érdekében.
9. Segítséget kér annak érdekében, hogy ne legyen többé kitéve erőszaknak vagy fizikai bántalmazásnak.
10. Segítséget kér önmaga vagy olyan mások számára, akiknél fennáll a veszély, hogy kárt tesznek magukban. (610)

Minden egyes standardonkénti évfolyamintervallum ellenőrzőlistája után ötfokú skálán kell megadni a (keret)tanterv tudás vagy készségek terén elért pontszámát, az alábbi kategóriák mentén:

4 = minden elvárt tudáselemet/készségelemet lefed (100%)
3 = a legtöbb elvárt tudáselemet/készségelemet lefedi (67–99%)
2 = néhány elvárt tudáselemet/készségelemet lefed (34–66%)
1 = egy pár elvárt tudáselemet/készségelemet lefed (1–33%)
0 = egyik elvárt tudáselemet/készségelemet sem fedi le (0). (70., 79.)

Az elvárt tudás- és készségelemek meglétén kívül a dokumentum ugyancsak standardonként és évfolyam-intervallumonként kéri a készségek alkalmazási szintjének értékelését, az alábbi ellenőrzőlista segítségével:

1. A (keret)tanterv olyan információkat nyújt, amelyek segítenek a diákoknak megérteni az egészség-készségekre vonatkozó elvárások mindennapi életükben történő alkalmazásának relevanciáját.
2. A (keret)tanterv legalább egy alkalmat vagy tevékenységet biztosít a diákok számára ahhoz, hogy a standardnak megfelelő készséget gyakorolhassák. (A diákok legalább egy alkalommal tanulják a készséget, gyakorolják vagy ismétlik a készséget, és visszajelzést kapnak a készséggel kapcsolatos teljesítményükről.)
3. A (keret)tanterv legalább két vagy több alkalmat vagy tevékenységet biztosít a diákok számára ahhoz, hogy a standardnak megfelelő készséget gyakorolhassák. (A diákok két vagy több alkalommal tanulják a készséget, gyakorolják vagy ismétlik a készséget, és visszajelzést kapnak a készséggel kapcsolatos teljesítményükről.)
4. A (keret)tanterv lehetőséget biztosít a diákok számára az adott készség kapcsán saját fejlődésük értékelésére, például ellenőrzőlisták segítségével. (80.)

Teljeskörű egészségnevelés modul

A dokumentum ezen része az 1–9 modulok tudás- és képességelemeinek teljeskörű megjelenését hivatott értékelni. Megnézi, hogy a 9 modul vagy tématerület közül hány jelenik meg a vizsgált (keret)tantervben, és ezek hány esetben fedik le az összes vagy a legtöbb tudás- és készségelvárást.

Összegzés

A nemzetközi és hazai tapasztalatok alapján megfogalmazható, hogy a sikeres egészségfejlesztés, egészségre nevelés az egészséges életmódra úgy készíti fel a gyermekeket, hogy átadja nekik a szükséges tudást, kifejleszti az ahhoz nélkülözhetetlen készségeket és képességeket, kialakítja a gyerekekben az egészség értékét, és motiválja őket egészségük megőrzésére, fejlesztésére.

A HECAT egy olyan objektív mérőeszköz, amely lehetővé teszi a (keret)tantervek egészségnevelési, egészségfejlesztési szempontú elemzését. A nemzetközi standardokra alapozó elemzési szempontok alkalmasak nemzetközi összehasonlítások elvégzésére. Az elemzési szempontok arra is lehetőséget biztosítanak, hogy a nemzeti (keret)tantervek átgondolásra kerüljenek. A hazai viszonyokra való alkalmazhatósága nem képezi jelen írás tárgyát, az erre vonatkozó kutatásunk jelenleg is folyamatban van.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-Fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

Benkő, Zs. (2019). Az egészség történeti és modern megközelítése. Az egészségfejlesztés fogalma, szemléletmódja In Benkő, Zs., Lippai, L. & Tarkó, K. (szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv.* JGYF Kiadó. 15–49.

Centers for Disease Control and Prevention (2021). *Health Education Curriculum Analysis Tool*. CDC.

Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C. & Arnarsson, Á. M. (2020, szerk.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings.* WHO Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf Utolsó letöltés: 2022. 10. 28.

Kis, B. (2019). Az óvoda és az iskola, mint egészségfejlesztő színtér: egészségfejlesztő pedagógiai módszerek. In Benkő, Zs., Lippai, L. & Tarkó, K. (szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv.* JGYF Kiadó. 121–131.

Lippai, L. L. (2016). Előszó helyett… Bevezetés az egészségfejlesztésbe, avagy miként járul hozzá a tudomány az egészséges élet művészetéhez. In: Tarkó, K. & Benkő, Zs. (szerk.), *„Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége": Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból.* Szegedi Egyetemi Kiadó – Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 9–22.

Lipták, M. Z. & Tarkó, K. (2021). Az egészség megjelenése a Nemzeti Alaptantervekben (1995–2020). In Molnár, Gy. & Tóth, E. (szerk.), *A neveléstudomány válaszai a jövő kihívásaira: XXI. Országos Neveléstudományi Konferencia Szeged, 2021. november 18–20.: program, előadás összefoglalók.* MTA Pedagógiai Tudományos Bizottság – SZTE BTK Neveléstudományi Intézet. 265.

Mátó, V. (2019). Pedagógiai módszerek a korszerű egészségnevelés szolgálatában. In Benkő, Zs., Lippai, L. & Tarkó, K. (szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv.* JGYF Kiadó. 133–138.

NAT 2020. A Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról szóló 110/2012. (VI. 4.) Korm. rendelet módosításáról. *Magyar Közlöny,* 2020. 17. Emberi Erőforrások Minisztériuma, Oktatásért Felelős Államtitkárság, Budapest. http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK20017.pdf (http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK20017.pdf) https://ofi.oh.gov.hu/nemzeti-alaptanterv (https://ofi.oh.gov.hu/nemzeti-alaptanterv) Utolsó letöltés: 2022. 08.14.

Paulus, P. & Petzel, T. (2009a). Egészségnevelés – az egészségfejlesztés alapelvei és értékei. In Benkő, Zs. (szerk.), *Egészségfejlesztés. Módszertani kézikönyv.* Mozaik Kiadó. 32–44.

Paulus, P. & Petzel, T. (2009b). Készség és készségfejlesztés. In Benkő, Zs. (szerk.), *Egészségfejlesztés. Módszertani kézikönyv.* Mozaik Kiadó. 98-103.

Simonyi, I. (2004, szerk.). *Segédlet az iskolai egészségnevelési és egészségfejlesztési terv elkészítéséhez.* Oktatási Minisztérium. http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/eg_segedletjav03161750sifp.pdf Utolsó letöltés: 2022. 08.14.

Absztrakt

Az iskoláskorú gyerekekre irányuló legfrissebb nemzetközi egészségmagatartás-kutatások kedvezőtlen tendenciákról számolnak be, és felhívják a figyelmet arra, hogy milyen fontos lenne már fiatal kortól kezdve a gyermekek egészség-magatartásának fejlesztése. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés színtéralapú megközelítése értelmében az iskola az egyik legfontosabb helyszíne az egészséges életmódra történő szocializálásnak. A modern egészségnevelés az egészség holisztikus megközelítésére építve egyaránt foglalkozik az egészség testi, mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi dimenzióival. Az egészségnevelés akkor sikeres, ha a szokásváltoztatást tűzi ki céljául, vagyis segíti az életmódot örömmel végzett szokások rendszerévé alakítani, és ezáltal minőségi életet élni élethosszig tartóan. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés közoktatásra vonatkozó célkitűzéseit Magyarországon a Nemzeti Alaptanterv határozza meg, részletezése a kerettantervek, helyi tantervek és pedagógiai programok szintjén történik. Jelen írásunk egy, az egészségnevelési (keret)tantervek elemzésére szolgáló eszköznek (Health Education Curriculum Analysis Tool, HECAT) a rövid, figyelemfelkeltő bemutatására törekszik. A HECAT célja, hogy lehetővé tegye az egészségnevelés, egészségfejlesztés nemzeti, keret- vagy helyi tantervi megjelenésének konzisztens és átfogó elemzését, melynek eredményei nyomán sor kerülhet a tanterv felülvizsgálatára, fejlesztésére és megerősítésére, és ezáltal az iskola egészségnevelési feladatokat ellátó pedagógusai képessé válnak hatékonyabban befolyásolni az iskoláskorú gyerekek és fiatalok egészségmagatartását és egészségmutatóit. A dokumentumot mind a fenntartó, mind az iskola hatékony elemző eszközként használhatja. A HECAT segítségével elemezhetők a nemzeti alaptantervek is, de legjobban akkor működik, ha a részletes egészségnevelési, egészségfejlesztési kerettanterv elemzésére használjuk.

Kulcsszavak: egészségfejlesztés, egészségnevelés, egészségmagatartás, tantervelemzés

Kollányi Zsófia[1] – Várfi Melinda[2]

[1] Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport
[2] Közösségi Vállalkozás Fejlesztésért Alapítvány

Részvételi módszerek az iskolai egészségfejlesztésben – Az érintettek bevonására épülő beavatkozások[1]

Az egészségfejlesztés területén számtalan helyen alkalmaznak már a világban részvételi módszereket, melyekben egy program kialakítását a program majdani célcsoportjával együttműködésben, őket a tervezésbe bevonva végzik. A részvételi módon kialakított programok a szakirodalmi tapasztalatok szerint jobban igazodnak a célcsoportok tényleges szükségleteihez és igényeihez, a tervezési folyamatban való részvétel növeli az érintettek elkötelezettségét a programmal szemben, és további pozitív változásokat is elindít az érintett közösségeken belül és szereplők között.

Bevezetés

Társadalmainkban ma a döntéshozatal központi szereplői a tanácsadók, szakértők. Még ha a végső döntéseket nem is ők hozzák meg, a döntés-előkészítés során erőteljesen irányítják a választási lehetőségeket és keretezik a valóságot. A szakértőket speciális szaktudásuk rendeli a közösségek tagjai fölé. A szakértői előkészítésre alapozó döntéshozatali folyamat eredményfókuszú, racionalitása bizonyos információk szakterületük szabályai szerinti aggregálásában áll, és jellemzően dominál más szempontokat (jóllehet, nem mindent - a döntések politikai gazdaságtani jellemzőibe itt nem megyünk bele). Csakhogy a szakértők által előkészített döntések esetében sem magának az elérendő célnak a társadalmi elfogadottsága, sem az alkalmazott módszerek társadalmi elfogadottsága, sem a felhasznált információk érvényessége és teljessége, sem a döntés tágabb következményei nem kerülnek feltétlenül mérlegelésre. Az így megszülető, a közösségi jellemzőkre nem, vagy nem kellő mélységben reflektáló döntések és intézkedések ezért például nem bírnak kellő legitimitással a célterületükön, nem ágyazódnak be a mindennapokba, sőt, akár konfliktusokat generálnak vagy éleznek ki, ezért nagyon sokszor kudarcosak, nem érnek el érdemi eredményeket. (Koppl, 2021; Mueller 2020). Ez annál inkább így van, minél komplexebb, és minél inkább az emberi viselkedés által meghatározott a döntés fókuszában álló problématerület. Ezekre a problémákra kínál megoldást, ha az érintetteket is bevonjuk a döntési folyamatba, vagyis ha a társadalmi részvétel módszerét alkalmazzuk (Blowers, Boersema és Martin, 2005).

A De Jong és munkatársai (2019) által leírt példa jól illusztrálja ezt. Voorstadt a holland Deventer városának egy része, jellemzően alacsony jövedelmű, hátrányos társadalmi helyzetű népességgel, akiknek az egészségi állapota jelentősen elmarad az országos és a környékbeli átlagtól. 2016-ban kezdte el kidolgozni a holland kormány az országban

található több hasonló helyzetű kerület mellett Voorstadt lakosainak egészségfejlesztési tervét. A kezdetektől a lakosságot bevonva dolgoztak. A program első lépéseként, a majdani célok és eszközök meghatározásának előkészítésére, megvizsgálták, mit is jelent az egészség a helyieknek. Összesen 40 helyi lakos részvételével 7 fókuszcsoportos beszélgetést tartottak, amit 30 szakértői interjú egészített ki. A helyi lakosok az alábbi három tényezőt említették a leggyakrabban, mint az egészségesebb élet feltételét: (1) nyugodtan élni; (2) kontrollal rendelkezni a saját életük felett; (3) több időt tölteni a barátaikkal, családjukkal, szomszédaikkal. Míg a megkérdezett szakértők az egészségtelen életvitelre és ennek következményeire (dohányzás, elhízás) fókuszáltak az interjúkban, a lakosok ezeket a tényezőket alig említették meg. Vagyis: a szakértők és a „címzettek", a lakosság megközelítése a legalapvetőbb kérdésben is radikálisan különbözött: egészen különböző egészség-definíciókat használt egyik és másik.

A dohányzás példáján keresztül könnyen átgondolhatjuk azokat a szempontokat, amelyeket a részvételiség révén felderíthetünk. Tudjuk, hogy a dohányzás káros az egészségre. De nem tudjuk megjósolni, hogy ha a teljes rendszerből – minden mást változatlannak tételezve – kivennénk a dohányzást, annak mi lenne a következménye. Valami más drog, vagy más függőség töltené be a helyét az egyének életében? Mit tenne az emberekkel, családokkal, közösségekkel az a stressz, amit most a dohányzás így-úgy, diszfunkcionálisan, de legalábbis részben kezel? Mi töltené be a dohányzásnak a szociális érintkezésekben játszott szerepét? Bár a teljes társadalomban egyre inkább negatív stigma, ha valaki dohányzik, a fiatalok körében nem ritkán még mindig a „menőség" és a csoporthoz tartozás ismérve – milyen más „jel" helyettesítené, ha egyszer csak eltűnne? Egyáltalán miért dohányoznak az emberek? Milyen makrogazdasági hatások jelentkeznének, például a ma a dohányzáshoz kapcsolódó foglalkoztatás, adóbevételek csökkenése következtében? A következtetés természetesen nem az, hogy nem kell a dohányzással foglalkozni, hanem az, hogy máshogy, vagy máshogy is kell. A makrogazdasági hatásoktól eltekintve, ami legalábbis részben a hagyományos szakértői módszerekkel is jól modellezhető, az összes többi felvetett kérdésre a részvételi módszerek bekapcsolása kínálhat megoldást.

Ebben a cikkben összefoglaljuk a részvételi módszerek lényegét, és bemutatjuk különféle változatait, arra fókuszálva, hogyan is néz(het) ki egy iskolai egészségfejlesztési program részvételi alapokra helyezve.

Részvételi tapasztalatok és eredmények az egészségfejlesztésben

A részvételi módszereket az egészségfejlesztés terén is széles körben használják. Az ebben a tanulmányban bemutatott megközelítés egyik lényegi pontja, hogy az egészségi állapot egy komplex rendszerben határozódik meg, ami nem csak azt jelenti, hogy nagyon sok, egymással is összefüggő tényező és szereplő van rá hatással, hanem hogy ezeknek a hatásoknak egy jelentős részét kívülről, puszta megfigyelés által nincs lehetőségünk egyértelműen felderíteni.

A módszer és annak hatásossága, hatékonysága, megvalósítása élénk tudományos érdeklődést generált. A kutatások egyik fontos tapasztalata, hogy mint általában a népegészségügyi programoknál, a részvételi eszközöket használóknál is kulcskérdés, milyen kimeneteket határozunk meg sikerkritériumként. Az egészségi állapotban bekövetkező változások helyett már rövidtávon is mérhető lehet például az egészségmagatartás, az egészség-műveltség, az egészséggel kapcsolatos attitűdök változása. Ugyanakkor a részvételi módszerek egyik központi jellemzője, hogy nem csak az egyén, hanem a teljes közösség életére átalakító hatással lehetnek, vagyis a közösségen belüli viszonyok, attitűdök változása is releváns. A folyamatok (kapcsolatok, működésmódok,

eljárások, tevékenységek) változásának mérése betekintést engedhet azokba a mélyebb, az egészséget is érintő, a társadalmi rendszer teljes vertikumára ható változásokba, amit a részvételi módszer alkalmazása elindít. Haldane és szerzőtársai (2019) 49 népegészségügyi célú részvételi folyamat eredményeit vizsgálták, és azt találták, hogy bár csak körülbelül negyedüknek volt mérhető egészséghatása, valamennyi program hatásos volt valamilyen területen: hatásukra megváltoztak a szervezeti vagy a közösségi folyamatok, átalakultak a közösségen belüli viszonyok, megváltozott a döntéshozók szemlélete. Bagnall és szerzőtársai (2019) 65 rendszerszintű megközelítést (*whole system approach*) alkalmazó beavatkozás eredményességét vizsgálták, 33 ezek közül kifejezetten az elhízásra fókuszált. A népegészségügyi problémák rendszerszintű megközelítését a szerzők a NICE (National Institute of Health and Care Excellence) ajánlása alapján definiálták, aminek része a közösség bevonása is. A vizsgált programokban mind az egészségmagatartás, mind a problémával kapcsolatos szülői és közösségi odafigyelés, mind pedig a releváns közösségi kapacitások terén találtak pozitív eredményeket. A fentiek szerint hatásosnak bizonyuló beavatkozások közös jellemzői az alábbiak: teljeskörűen bevonták a releváns partnereket és a közösséget; hagytak időt a kapcsolatok, a bizalom, és a kapacitások kiépítésére; a program egy szélesebb szakpolitikai rendszerbe illeszkedett; az értékelést helyben végezték; kellő mértékű anyagi erőforrással rendelkeztek. Allender (2021) és szerzőtársai egy ausztrál gyerekelhízás-ellenes közösségi programról számolnak be, a kimenetek helyett a folyamattal a fókuszban. Rámutatnak, hogyan változott meg a rendszerszerű megközelítés következtében a helyi döntéshozók percepciója a megcélzott problémát és magát a közösséget illetően, hogyan helyeződött egyre nagyobb hangsúly a közösség bevonására, és tágult ki az a horizont, amin belül magát a problémát, a gyerekek elhízását kezelni érvényesnek tekintették – például nyert egyre nagyobb hangsúlyt a közösségfejlesztés a kifejezett egészség-célú beavatkozások helyett.

A szakirodalmi tapasztalatok szerint az iskolai színtéren megvalósított különböző részvételi projektek és kísérletek is hasonlóan pozitív kimenetekkel kecsegtetnek. Ami a szűken értelmezett kimeneteket illeti, a részvételi módon fejlesztett, az egészségről való tudás növelését célzó tananyagok, programok esetében nagyobb mértékben nőtt ez a tudás, mint a hagyományos, felülről lefelé tervezett programok esetében (Strobl, Ptack, Töpfer, Sygusch és Tittlbach, 2020; Simovska, 2011; Abma, Lips és Schrijver, 2020; De Jong, Tijhuis, Koelen és Wagemakers, 2022). Legalább ilyen fontos ugyanakkor a nem a szűken értelmezett egészség-kimenetekre, hanem a résztvevők megélésére, habitusára vonatkozó hatások köre. Ezekben a vizsgálatokban a résztvevő gyerekek inkább a sajátjuknak érezték a közreműködésükkel létrehozott programokat, saját magukat pedig hatékonyabbnak (Simovska, 2011; Abma, Lips és Schrijver, 2020).

A részvételi módszer hozadékai – miért működik?

A részvételi módszerek egyik legfőbb előnye, hogy így hozzáférünk a „tömegek bölcsességéhez" (Surowiecki, 2007). Ez egyrészt jelenti azt, hogy pontosabb, valódibb képet kaphatunk egy közösség szükségleteiről és igényeiről. De azt is jelenti, hogy a részvételi folyamat, amiben különböző területek szakértői és „civilek" egyaránt részt vesznek, egymással intenzív interakcióra lépnek, felszínre hozhat olyan problémákat és megoldási lehetőségeket, amelyek egyenként senkinek nem jutottak volna eszébe. A módszer másik nagy előnye a nem-részvételi döntéshozatalhoz képest, amikor „rólunk, nélkülünk" döntenek szakértők vagy választott képviselők, az a hozzáállásbeli változás, amit önmagában az odafigyelés, a „meghallgatva levés" idéz elő. Ezeken kívül a részvételi módszer képes kezelni a helyi érdekkonfliktusokat, így növelni a társadalmi kohéziót.

Szükségszerűen felmerül a kérdés, hogy milyen szempontok alapján értékelhetők a különféle részvételi módszerek. A szakirodalomban két megközelítéssel találkozunk: az egyik az eredmény, a másik a folyamat szempontjából közelít. Az eredmény, például a kimenettel való elégedettség nem feltétlenül nyújt jó fogódzót: különbözőek vagyunk, ritka, hogy egy folyamat összes érintettje maradéktalanul boldog lenne a közös, kompromisszumos döntéssel. A két szempont ötvözésére való kísérlet bizonyos, mindenki által elfogadott cél-kritériumok megfogalmazása az alkalmazott módszerekkel szemben. Ilyen célok lehetnek például, hogy a részvételi módszer (1) tudást biztosítson az érintettek, a közvélemény számára; (2) legyen képes az érintettek értékrendszerét, preferenciáit becsatornázni a döntéshozatali folyamatba; (3) javítsa a döntések minőségét; (4) növeljék az intézményekbe vetett bizalmat; (5) csökkenthetők legyenek általuk a konfliktusok; végül (6) az előbbi célokat a leginkább költséghatékony módon valósítsák meg (Szántó, 2012; Beierle, 1999).

Szükségszerűen felmerül a kérdés, hogy milyen szempontok alapján értékelhetők a különféle részvételi módszerek. A szakirodalomban két megközelítéssel találkozunk: az egyik az eredmény, a másik a folyamat szempontjából közelít. Az eredmény, például a kimenettel való elégedettség nem feltétlenül nyújt jó fogódzót: különbözőek vagyunk, ritka, hogy egy folyamat összes érintettje maradéktalanul boldog lenne a közös, kompromisszumos döntéssel. A két szempont ötvözésére való kísérlet bizonyos, mindenki által elfogadott cél-kritériumok megfogalmazása az alkalmazott módszerekkel szemben.

A résztvevők bevonására épülő, kifejezetten az egészségfejlesztés területén megvalósuló kutatások és fejlesztések összefüggésében Harting és munkatársai (2022) öt elv mentén foglalják össze a részvételi folyamatok hozzáadott értékét.[2] A demokráciaelv szerint a részvételi folyamatok megvalósítják, illetve kiterjesztik az állampolgároknak a demokratikus döntéshozatalhoz való jogát. A gazdasági jogokhoz kötődő fogyasztói elv hasonlóra vonatkozik, de nem a demokrácia, hanem a fogyasztói döntések tekintetében: e tekintetben a beleszólás a fogyasztói igényeknek való jobb megfelelést biztosítja. A transzformatív elv kifejezetten a hátrányos helyzetű, jellemzően korlátozott hatalommal és beleszólással bíró társadalmi csoportok megerősítésére (*empowerment*) vonatkozik, de az ilyen folyamatok önmagukon tovaterjedő hatására fókuszál: azokban a közösségekben, ahol az embereknek hagyományosan nincs vagy csak kevés beleszólása a közügyekbe, a részvétel lehetősége a bizalom, a kohézió, és a tudatosabb és felelősebb állampolgári szerepvállalás önerősítő folyamatait indíthatja el. A szubsztantív elv vonatkozik a beavatkozást megalapozó tudás minőségére – jelen esetben arra, hogy ha a bevonás a nem-szakértők kellően diverz csoportját érinti, az általuk behozott nézőpontok és tapasztalatok szélesíteni és mélyíteni fogják a döntéseket megalapozó tudásbázist. Végül az instrumentális elv, ha úgy tetszik, szűklátókörűen, arra vonatkozik, hogy végső soron eléri-e a kívánt hatást a kérdéses beavatkozás vagy sem. Ez az elv valamelyest átfed a többivel, de része az, ami a többinek nem: hogy a döntéshozatal valamely pontján megtörténő bevonás növeli a beavatkozások elfogadottságát, legitimitását a célpopulációban, mert inkább a sajátjuknak érzik azt – ennek következtében pedig azok hatásossága, hatékonysága is javul.

Legyenek tehát bármilyen idő- és erőforrásigényesek ezek a módszerek, végső soron mégis eredményesebbek lehetnek, mint a hagyományos, „racionális", szakértők vagy

választott testületek által hozott döntések, egyszerűen mert maguknak a résztvevőknek, vagyis az érintetteknek a motivációit változtatják meg. A részvételi folyamat során nő a résztvevők önértékelése és a csoportra, közösségre vonatkozó értékelésük is, és végső soron egy olyan, önerősítő, pozitív normarendszer jön létre, ami jobb, és főleg erős elköteleződés által megtámogatott döntéseket tesz lehetővé (Hargreaves Heap, 2004). És nem elhanyagolható az sem, hogy a bevonás által kezelhetők, csökkenthetők a helyi érdekkonfliktusok: mindenki maradéktalanul elégedett soha nem lesz, de jelentős lépések tehetők a helyi társadalmi kohézió irányába.

A részvételi módszerek bemutatása

Nagy általánosságban azokat a döntéshozatali módszereket nevezhetjük részvételinek, ahol valamilyen formában azoknak is van ráhatása a döntésre, akiknek az életét a döntés befolyásolni fogja. Ha egy közpolitikai döntés során valamilyen formában megtörténik az érintettek bevonása, beszélhetünk társadalmi részvételről. Ez jelentheti például a lakosság transzparens tájékoztatását, kérdőíves felmérést, lakossági fórumok, fókuszcsoportok kialakítását és működtetését, és így tovább. A bevonás különféle módszerei és formái azonban jelentősen különbözhetnek egymástól például a bevonás mélységétől, a kommunikáció irányától, vagy attól függően, hogy a tervezési folyamat mely szakaszában/szakaszaiban kerül sor a bevonásra. Bizonyos értelemben a lakosság egyszerű tájékoztatása is bevonás, amennyiben alternatívája az, hogy például egy önkormányzat szó nélkül kezd átalakításokba. Ennél eggyel tovább megy például egy lakossági kérdőív, ami egyirányú, és nem valósít meg különösebben mély bevonást. Ezzel szemben ha már a problémadefiníció kialakításába is bevonjuk az érintetteket valamilyen formában, például rendszeres nyílt, vagy meghíváson alapuló beszélgetések, fórumok formájában, az a részvétel egészen mély és kiterjedt formáját valósítja meg. Magyarországon a településfejlesztésben és várostervezésben, ahol meglehetősen elterjedtek a társadalom bevonására, részvételére épülő különféle programok, közösségi tervezésnek hívják azt, amikor egy átfogóbb helyi program, jövőkép, stratégia kialakításába a korai fázisban és nagy mélységben bevonják az érintetteket (Sain, 2010).

A részvételi folyamatok egy része annyira tisztán részvételi, hogy a kezdeményezői maguk az érintettek: alulról jövő (*bottom-up*) kezdeményezések, amelyekben emberek egy csoportja összefog valamilyen, őket közvetlenül érintő ügy érdekében. Ez az itt bemutatott példák többsége, és az iskolai egészségfejlesztés esetében is kevéssé jellemző: itt tipikusan egy magasabb szintű szerv vagy szervezet kezdeményezi az érintettek bevonását. Ugyanakkor ha ez a „felülről lefelé" (*top-down*) megfogalmazódó igény megvalósul, az így létrehozott program se alulról, se felülről „jövő" nem lesz, hanem a résztvevők közös munkájaként fog létrejönni (de Jong, Tijhuis, Koelen és Wagemakers, 2022). Ez a „közös alkotás" (szakkifejezéssel élve *co-creation*) olyan, új minőséget jelent, amit egyik érintetti csoport vagy személy sem lett volna képes egyedül megalkotni.

Kinek a részvétele?

Mielőtt kitérnénk arra, kik is lehetnek az iskolai egészségfejlesztés érintettjei, vagyis kik azokat, akiket ezekbe a folyamatokba bevonni tanácsos, tennünk kell egy kisebb kitérőt az egészségfejlesztés intézményi és tudományos hagyományai felé. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) Ottawai Chartája az egészségfejlesztés azon alapdokumentuma, amely deklarálja, hogy az egészséget számtalan terület, szakterület, hatás és szereplő együttesen befolyásolja, ezért az egészségfejlesztés, melynek „célja mindazon – politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális, környezeti, viselkedési

és a biológiai – tényezőknek, feltételeknek a kedvezővé tétele, amelyek az egészségre hatást gyakorolnak" (WHO, 1986), is csak az ezen tényezőkre hatást gyakorló, azokban érintett szereplők együttműködésében lehetséges. Az ebből a szemléletmódból következő, és sokhelyütt alkalmazott multiszektoriális partnerség (Dorner, Nunes és Zeegers Paget) átfed a részvételiség fogalomkörével, de nem azonos vele. Az *Ottawai Chartá*ra és a még korábbi *Alma-Atai deklaráció*ra (WHO, 1978) támaszkodó *Egészséget Minden Szakpolitikába* koncepció, amit az Európai Unió 2006-ban fogadott el (Koivusalo, 2010), majd 2014-ben a Helsinki Nyilatkozatban a WHO is megerősítette az elkötelezettségét a megközelítés mellett (WHO, 2014), kifejezetten az azon szektorokra ható közpolitikákkal való együttműködést szorgalmazza, amely szektorokra az egészségpolitikának közvetlenül nincs hatása, így a szociális, környezeti, vagy gazdasági szektorokkal valót.

Ugyanezek a szereplők az iskolai egészségfejlesztéssel összefüggésben is azonosíthatók, több szinten: például az iskola fizikai környezetére a helyi önkormányzatnak, az iskolai polgárok, gyerekek és dolgozók számára elérhető élelmiszerek tekintetében különféle vállalkozóknak és termelőknek, a fizikai- és humánerőforrásokra az iskola fenntartójának lesz ráhatása, és mindezen szereplők lehetőségeit és magatartását magasabb szintű, megyei, regionális vagy országos döntéshozatali folyamatok keretezik. Az itt bemutatott részvételi módszertan annyiban megy túl ezen a megközelítésen, hogy a kifejezetten valamely „szektorhoz" rendelhető érintettek mellett a programok címzettjeit, célcsoportjait is a bevonandók közé sorolja: a gyerekeket, a tanárokat és az iskolák más dolgozóit; a gyerekek családjait; és mindazokat a szereplőket, akik akár erőforrásaik, akár érdekeltségeik révén részei vagy részei lehetnek annak az összetett rendszernek, ami végül az iskolai polgárok egészségét befolyásolni fogja (Pan Canadian Joint Consortium for School Health, 2010). Ugyanakkor, bár a részvételi programok és irodalmak gyakran koncentrálnak csak a célcsoportokra (és ezeken belül sem az összesre – az iskolai egészségfejlesztésnek például nem csak a gyerekek, hanem valamennyi iskolai polgár, a pedagógusok és más iskolai dolgozók is viselik a hatásait), a „szektoriális" érintettekről sem szabad megfeledkezni.

Egy részvételi alapú iskolai egészségfejlesztési program tehát az 1. táblázatban felsorolt érintetti csoportokat vonja be és ülteti lehetőség szerint egy asztalhoz (a lista helyi viszonyoknak és aktuális céloknak megfelelően természetesen szabadon alakítható):

1. táblázat. Egy részvételi iskolai egészségfejlesztési program érintett és bevonandó csoportjai

Bevonandó tágabb érintetti csoport	A csoport tagjai (példák)
Iskolai polgárok	Az iskola diákjai Az iskola pedagógusai Az iskola egyéb dolgozói Az iskola vezetősége
A gyerekek családja	
Az iskola közvetlen fizikai környezetét alakítani tudó szereplő	Helyi önkormányzat (megfelelő szerve) Közterület-fenntartó Közúti, közlekedési hatóság vagy szereplő
Az iskola fenntartója	
Helyi civil- és vallási szervezetek	Sportszervezetek Szabadidős szervezetek Egyházak és azok ifjúsági szervezetei

Bevonandó tágabb érintetti csoport	A csoport tagjai (példák)
Helyi gazdasági szereplők	Iskolai büfé Közétkeztetési cég Iskolakörnyéki élelmiszerboltok és egyéb üzletek Helyi mezőgazdasági termelők Helyi vállalkozók mint pl. szponzorok
Az egészségügyi rendszer helyi szereplői	Iskolaegészségügy Védőnők Gyermekorvosok Dietetikusok Egyéb egészségügyi szakemberek Helyi egészségfejlesztési szakemberek, például Egészségfejlesztési Iroda Helyi drogprevenciós szakemberek
A szociális rendszer helyi szakemberei	Családsegítők
Az iskola működésének gazdasági és jogszabályi környezetét befolyásoló szereplők	Megyei, regionális és országos döntéshozatal

Forrás: Saját szerkesztés

A részvételi alapú egészségfejlesztési programok, így az iskolai egészségfejlesztés sikerének egyik feltétele a „szakértők” megnyerése a folyamatnak, két különböző, de egyformán alapvető okból. Ez, bármi legyen is a részvételi folyamat témája, nehéz és fontos feladat. Az egészségi állapot területe annyiban különleges, hogy társadalmilag ez az egyik leginkább elismert szakértői tudással, az orvostudománnyal és annak társtudományaival megtámogatott terület, és jellemző a biológiai-orvosi szempontok dominanciája a döntéshozatal minden területén (Rifkin, 2009). Ezért várhatóan még a szokásosnál is nehezebb magukkal a szakértőkkel, de a többi szereplővel is elfogadtatni, hogy releváns a „hozzá nem értőket” bevonni a szakpolitikai tervezési folyamatba (Marent, Forster és Nowak, 2012) – ráadásul úgy, hogy a szakértők maguk is partnerek maradjanak, de egyenrangúnak fogadják el a folyamatban részt vevő „laikusokat”. A másik ok, hogy az egészség komplexitásáról elmélyült tudással rendelkező szakértők magának a részvételi folyamatnak a facilitálásához is elengedhetetlenek. Az „egészség” szóra a legtöbb embernek az „egészségügy” ugrik be – hiszen „történelmileg” az egészségügyet és annak szakembereit tekintettük az egészséggel kapcsolatos mindenféle kompetencia kizárólagos birtokosainak (WHO,

A részvételi alapú egészségfejlesztési programok, így az iskolai egészségfejlesztés sikerének egyik feltétele a „szakértők” megnyerése a folyamatnak, két különböző, de egyformán alapvető okból. Ez, bármi legyen is a részvételi folyamat témája, nehéz és fontos feladat. Az egészségi állapot területe annyiban különleges, hogy társadalmilag ez az egyik leginkább elismert szakértői tudással, az orvostudománnyal és annak társtudományaival megtámogatott terület, és jellemző a biológiai-orvosi szempontok dominanciája a döntéshozatal minden területén (Rifkin, 2009).

2016). Ugyanakkor nem életszerű, és nem is kell a részvételi folyamat feltételének tekintenünk, hogy a „laikus" résztvevők mélységeiben megértsék az egészséget meghatározó rendszer összetettségét. A részvételi munka sikerének elengedhetetlen feltétele, hogy az egészséget a maga komplexitásában kezelje, de ehhez az kell, hogy legyen, aki tud jól kérdezni, úgy, hogy akár ki sem ejti a száján azt a szót, hogy „egészség".

Részvételi módszerek változatai

Mikor tekinthető egy szakpolitika-alkotási folyamat, például egy iskolai egészségfejlesztési program kidolgozása részvételi alapúnak? Erre a kérdésre jelenleg nincs egyértelmű válasz. Ezért ha ma egy szakpolitikai terv, beavatkozás megformálói azt állítják, hogy „termékük" részvételi alapú folyamatban jött létre, nem nagyon lehet ennek ellentmondani. Holott mind az, hogy a folyamat mely pontján is történik a bevonás, mind pedig az, hogy milyen formában történik, messzemenő következményekkel bírhat a különféle szakpolitikai beavatkozások alakulására.

Ugyanakkor a könnyebben megragadható jellegzetességek mellett számtalan, akár ki sem mondott, vagy nagyon nehezen megfogalmazható tényező fogja még alapjaiban befolyásolni a részvételi folyamat tényleges minőségét. Mit gondolunk a részvételi folyamatról magáról, mire való; milyen témákat lehet, kell, érdemes részvételi módon közelíteni; hogyan definiáljuk a „közösséget", kiről gondoljuk, hogy be kell vonni, kiről nem; és így tovább. Azzal, ahogyan értelmezzük a részvételiséget, keretek közé helyezzük, és meghatározzuk, mit érhet el – és ez korlátozó is lehet (Poletta, 2016).

A 2. táblázatban Cornwall (2008) és White (2000) nyomán foglaljuk össze, hogy formálisan részvételi, vagy annak nevezett formák mennyire különböző lényegi tartalommal bírhatnak:

2. táblázat. Részvételi folyamatok formái

Forma	Mit jelent a részvételiség a „szervezőnek"?	Mit jelent a részvételiség az érintetteknek/ résztvevőknek?	Mi a részvételiség célja?	Példa
Névleges részvétel	Legitimációt – hogy megmutassák, hogy tettek valamit	Befogadást – az esélyt, hogy bizonyos erőforrásokhoz közelebb kerülhessenek	Bemutatni, hogy volt ilyen	Zambiában a kormányzat számos „női csoportot" hozott létre. Ezek tényleges tartalommal nem bírtak, a kormányzatnak nyújtottak hivatkozási alapot, és a névleg (és alkalmilag) bennük részt vevő nőknek hozzáférési esélyt bizonyos erőforrásokhoz.
Részvétel mint eszköz	Hatékonyságot – korlátozni a finanszírozó, és növelni a közösségek hozzájárulását, és a projekt költség-hatékonyságát	Költséget – a projekttel kapcsolatos munkára és más tevékenységekre fordított idő.	A költséghatékonyság és a helyi szervezetek elérésének módszere	Erőforráshiányos helyzetben a helyiek konkrét munkaerejének igénybevétele (pl. felújítási, építési munkáknál, stb.) (Afrika több országában, sok helyszínen tapasztalt jelenség)

Forma	Mit jelent a részvételiség a „szervezőnek”?	Mit jelent a részvételiség az érintetteknek/ résztvevőknek?	Mi a részvételiség célja?	Példa
Részvétel mint képviselet	Fenntarthatóságot – elkerülni, hogy függőség alakuljon ki.	Beleszólást – a projektek és a menedzsment formálásának lehetősége	Beleszólást biztosítani az embereknek a saját fejlődésükbe	Egy bangladesi NGO a helyieket támogató programjai kialakításába vonta be képviselőik révén magukat a helyieket. Helyi halász családok például arra fogtak össze az NGO felhívására, hogy egy kölcsönökkel és halászati marketinggel foglalkozó együttműködést alakítsanak ki a program révén.
Átformáló részvétel	Hatalommal való felruházást – képessé tenni az embereket arra, hogy meghozhassák a saját döntéseiket, kitalálják, mi legyen, és megvalósítsák azt	Hatalommal való felruházást – képesnek lenni döntéseket hozni és tenni magukért	Egyszerre eszköz és cél, folyamatos dinamikában	Egy Fülöp-szigeteki példában családok egy közössége fogott össze a helyi közösségszervező segítségével, némi kooperatív menedzsment-képzéssel megtámogatva, hogy megszervezzék a saját élelmiszer-ellátásukat a messzi, de sokkal olcsóbb városi boltból a drága helyi bolt helyett. Saját maguk alakították ki a saját szabályaikat, szerepeket, felelősségi köröket. A projekt sikerén felbuzdulva más ügyek megoldásába is belefogtak.

Forrás: Cornwall, 2008; White, 2000

Mindezek a „formák” különféle módokon valósulhatnak meg: állandó lakossági egyeztető csoportok is lehetnek csupán „névlegesek”, és a lakosságot bizonyos kérdésekben időről időre csupán megkérdező önkormányzat is megvalósíthatja a részvételiség egészen mély szintjét. A lényeg elsősorban, hogy aki a részvételi folyamatnak teret biztosít, mennyire azonosul annak elveivel, és mennyire gondolja komolyan, hogy hatalmának egy részét valóban ráruházza a lakosokra (pontosabban: visszaadja nekik).

A programtervezés mely fázisában történik a bevonás?

Tekintsünk át egy iskolai egészségfejlesztési programot abból a szempontból, annak mely szakaszaiban vonhatók be az érintettek! A szakpolitikai ciklusok „standard” elemei a helyzetértékelés, a problémadefiníció, a program kidolgozása, az implementáció és a hatások monitorozása – és innen a ciklus újraindul. Ha azt keressük, ezen fázisok közül melyikben alkalmazhatunk részvételi módszereket, a rövid válasz az: az összesben.

Ráadásul minél korábbi fázisban történik meg a bevonás, annál gazdagabb, jobban informált, több szempontú lehet a teljes döntéshozatali folyamat.

Ha például csak a monitorozás, értékelés fázisában vonjuk be az érintetteket, vagyis gyakorlatilag visszajelzést, *feedback*et kérünk tőlük, akkor azt tudjuk meg, mi a véleményük, mennyire elégedettek a már futó programokkal, de azt nem, hogy szükségesnek, fontosnak tartják-e azokat, vagy lenne más program, amire szerintük nagyobb szükség van. Hasonló a helyzet akkor is, ha csak a cselekvési terv kialakításának illetve az implementációnak a fázisában történik meg a bevonás. Ez esetben az előre definiált problémára előre kidolgozott megoldások megvalósításának menetébe lesz beleszólása a közösségnek, de abba, hogy alkalmasak-e ezek a megoldási javaslatok, vagy egyáltalán az-e a probléma, amit a szakértők definiáltak, nem.

Az 1. ábrán egy hipotetikus példán keresztül mutatjuk be, hogy a ciklus különböző pontjain való bevonás hogyan térítheti el más irányba a programalkotást, jelen esetben egy fiatalokat célzó egészségfejlesztési program tekintetében. A táblázatban öt munkafázis mentén mutatjuk meg, hogyan változtathatja meg a későbbi fázisok kimeneteit, ha a korábbiak részvételi alapon zajlanak. A táblázatban lefelé vagy jobbra lehet haladni – egy adott részvételi epizód után vagy a „hagyományos" módon folyik tovább a munka – ekkor jobbra lépünk a nyilak mentén; vagy újabb részvételi epizóddal – ekkor lefelé.

Munkafázis:	Problémadefiníció	Megoldási javaslat	Cselekvési terv	Megvalósítás	Értékelés
Ha nincs részvételi elem:	Az egészségtudatosság hiánya, bűnözői szubkultúra	Drogprevenciós képzések biztosítása, a rendőri jelenlét	Együttműködés az iskolákkal, költségvetés dedikálása, időzítés	Drogprevenciós szakértők előadásai osztályfőnöki órákon	Tanárok, diákok véleménye a prevenciós foglalkozásról
Ha a probléma-definíció részvételi módon születik:	A fiatalok kilátástalansága, a szegénység, jövőkép hiánya, tartalmas közösségi szabadidős együttlétek hiánya	Képzések a fiataloknak, "falunapok" szervezése közösségi programként	A helybeli fiatalok szakmát adó képzésekben való részvételének támogatása, falunap szervezése helyi vállalkozók bevonásával	Pályázat kiírása a képzéseken való részvételre, a szomszédos településen, utazási és szállástámogatás nélkül	A pályázaton résztvevők száma, véleménye
	Ha a probléma-definíció és a megoldási javaslat is részvételi módon születik:	Közösségi terek kialakítása/biztosítás a a településen	Egy önkormányzati épület egyik helyiségének alkalmankénti szabott keretek között történő átadása a helyi közösségnek	Az iskola egyik helyiségében a két bejegyzett helyi szabadidős civil szervezet heti egy alkalommal programot szervezhet tagjainak	Megtartott foglalkozások száma, résztvevők száma; az érintett civil szervezetek vezetőinek és a foglalkozásokon részt vevő tagjainak a véleménye
		Ha a probléma-definíció, a megoldási javaslat és a cselekvési terv is részvételi módon születik:	Egy használaton kívüli önkormányzati épület felújítása közösen; az épület használata szervezett és szabadidős programokra, közösségfejlesztő szakember támogatásával.	A használaton kívüli kultúrház kifestése, heti négy alkalommal szakkör, szabadidős klub szervezése, az elérhető külső szakemberek által. Az épület zárva, csak a programok idejére nyit ki.	A szakkörökön résztvevők száma, elégedettsége
			Ha a probléma-definíció, a megoldási javaslat, a cselekvési terv és a megvalósítás is részvételi módon történik:	A használaton kívüli kultúrház felújítása, a teljes közösség igényeinek megfelelő programok szervezése. A közösségfejlesztő szakember bevonása a fiatalok iskola utáni és hétvégi szabadidejének szervezésébe.	A kultúrházat használók létszáma, véleménye.
				Ha a probléma-definíció, a megoldási javaslat, a cselekvési terv, a megvalósítás és az értékelés is részvételi módon történik:	A teljes közösség véleményének, tapasztalatainak vizsgálata.

1. ábra. Hipotetikus példa a programalkotásra. Kiinduló helyzet: A településen magas a drogfogyasztók aránya a 14–18 éves fiatalok körében (Forrás: Saját példák)

Minél korábbi fázisban és a folyamat során minél „mélyebben” történik tehát a bevonás, annál jelentősebb lesz a különbség a kimenetekben.

A bevonásnak a ciklus fázisai szerint többféle kombinációja lehetséges: lehet, hogy a problémadefinícióba és a megoldások kidolgozásába bevonják az érintetteket, de a végső döntést például az önkormányzati testület hozza meg. Vagy a döntést maga a közösség hozza meg, de a megvalósítás részleteiről a finanszírozó dönt. Az is előfordulhat, hogy a döntéshozók maguk valamilyen problémával fordulnak a közösséghez, vagyis ők hozzák a problémadefiníciót, amiben a közösség segítségét kérik.

A bevonás konkrét formája

A másik kulcskérdés, hogy pontosan milyen formában is történik a bevonás. Mint már jeleztük, számtalan részvételi módszer és technika ismert, és ezek között egészen lényeges különbségek is lehetnek. Ezekre később térünk ki részletesen. Itt mindössze annyit szögeznénk le, a folyamat kulcsa nem önmagában a lakosság „megkérdezése”, legalább ilyen fontos az, hogy az emberek egymás nézőpontját is megismerjék és véleményt cseréljenek, valamint az, hogy a bevonás mennyire formális, és mennyire jelent tényleges beleszólást.

A bevonás konkrét formája a legegyszerűbb módon való, egyszeri megkérdezéstől a rendszeres, közös csoportos munkáig terjedhet. Az irányított kérdőíves vagy személyes kikérdezésnél a részvételiség elvéhez közelebb álló eszköz a fókuszcsoport-logikájú, de még mindig irányított kikérdezés, aminek ugyan szintén az információszerzés az elsődleges (formális) célja, de már létrehoz valamilyen interakciót a megjelentek között pusztán azáltal is, hogy azok hallják egymást. A részvételiség kidolgozottabb formái azonban, és a továbbiakban jellemzően ezekről beszélünk majd, az érintettek különböző csoportjainak egyszeri vagy több alkalmas, esetleg rendszeres találkozójára alapoz, ahol a találkozók képzett vezetői (facilitátorok) különféle módszerekkel érik el, hogy az emberek megosszák egymással gondolataikat, tapasztalataikat, és hogy ezek alapján valamilyen döntés irányában induljanak el.

A bevonás konkrét formája a legegyszerűbb módon való, egyszeri megkérdezéstől a rendszeres, közös csoportos munkáig terjedhet. Az irányított kérdőíves vagy személyes kikérdezésnél a részvételiség elvéhez közelebb álló eszköz a fókuszcsoport-logikájú, de még mindig irányított kikérdezés, aminek ugyan szintén az információszerzés az elsődleges (formális) célja, de már létrehoz valamilyen interakciót a megjelentek között pusztán azáltal is, hogy azok hallják egymást. A részvételiség kidolgozottabb formái azonban, és a továbbiakban jellemzően ezekről beszélünk majd, az érintettek különböző csoportjainak egyszeri vagy több alkalmas, esetleg rendszeres találkozójára alapoz, ahol a találkozók képzett vezetői (facilitátorok) különféle módszerekkel érik el, hogy az emberek megosszák egymással gondolataikat, tapasztalataikat, és hogy ezek alapján valamilyen döntés irányában induljanak el. Az ördög itt is a részletekben rejlik: egy hagyományos „lakossági fórum”, ahol a résztvevők és a helyi, választott vagy kinevezett vezetők egymással szemben, mint egy hagyományos osztályteremben ülnek, és az interakció kimerül abban, hogy a résztvevők kérdéseket tesznek fel vagy

megfogalmaznak problémákat, és ezekre a vezetők válaszolnak, nem valósít feltétlenül meg tényleges részvételi folyamatot.

A 3. táblázat fogódzót nyújt abban, hogy a különböző eszközök elméletben milyen mélységben valósíthatják meg a bevonást:

3. táblázat. A bevonás eszközei és a bevonás mélysége

	A bevonás célja	**Mi az, ami mellett a döntéshozó elköteleződik**	**Példák bevonási eszközre**
Tájékoztatás	Kiegyensúlyozott és objektív tájékoztatást nyújtani a problémákról, alternatívákról, lehetőségekről, és/vagy a megoldásokról	„Tájékoztatni fogunk”	Tájékoztató füzetek Honlap Élő tájékoztatók
Konzultáció	Együttműködünk a lakossággal a folyamat során, hogy a közösségben felmerülő kételyeket és elképzeléseket következetesen megértsük és megfontoljuk	„Együtt fogunk működni veletek, hogy a fenntartásaitokat és elképzeléseiteket figyelembe vegyük, amikor a megoldási lehetőségeket kidolgozzuk, és visszajelzést adunk arról, hogy a hozzájárulásotok hogy befolyásolta a döntést”	Közmeghallgatás Konzultációs fókuszcsoport Kérdőív Lakossági fórum
Partnerség	Együttműködni a közösséggel a döntéshozatal minden dimenziójában, beleértve ebbe az alternatívák kidolgozását és a megoldás kiválasztását is	Tanácsot és innovatív ötleteket fogunk tőletek kérni a megoldások kialakításához, és a javaslataitokat a lehető legnagyobb mértékben beépítjük a döntéseinkbe	Műhelybeszélgetések (workshop) Deliberatív közvéleménykutatás
Delegálás	Meghatározott keretek között a közösség döntéseket hoz	Meghatározott kérdésekben felhatalmazunk benneteket arra, hogy döntést hozzatok, amit mi valósítunk meg.	Állampolgári tanácsadó bizottság Konszenzusépítő küldöttek (Consensus building Delegation) Részvételi döntéshozatal
Kontroll	A közösség kezébe kerül a végső döntések meghozatala	Megvalósítjuk, amit ti eldöntötök	Állampolgári tanács (Citizen Jury) Szavazás (Ballot) A döntéshozatal delegációja

Forrás: Tasmanian Government, é. n.

Összegzés

A tanulmányban bemutatott részvételi módszer elsőre szokatlannak tűnhet. De nem azért, mert nem találkozott volna még a részvételiség gondolatával valaki (még ha nem is nevezte így), hiszen nap mint nap hoz mindenki másokkal közösen őket együtt érintő ügyekben döntéseket. Váratlan inkább az lehet, hogy ugyanez „nagyban", az intézményi, akár szakpolitikai döntéshozatal keretei között is működhet, és hogy használatos is. Világszerte számtalan helyen és területen alkalmazzák (a tanulmányban idézett irodalmakban sok példa olvasható), és Magyarországon is több helyen és területen megjelenik, elsősorban környezeti, vidékfejlesztési, településtervezési ügyekben (ld. pl. Kiss, 2012), és egyéb helyi kérdések esetében (lásd pl. a Fővárosi Önkormányzat, Budapest több kerülete, Miskolc, stb. által már több témában megrendezett közösségi gyűléseket és közösségi költségvetést). A részvételi módszertan nagy előnye, hogy mindenki számára rendelkezésre áll: tulajdonképpen az a feladat, hogy beszélgessünk más emberekkel. Vannak ugyanakkor szakmai fogások, tudások, amik jelentősen javíthatják ezeknek a folyamatoknak a minőségét, de ma már képzések és irodalmak széles köre, továbbá erre képzett facilitátorok nyújtanak ezekben támogatást. A legfontosabb feltétel azonban a részvételi folyamatot kezdeményezők őszinte elkötelezettsége és nyitottsága: ahhoz, hogy a közösen létrehozott terv vagy program rendelkezzen az itt felsorolt előnyökkel, azt valóban közösen kell létrehozni.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-Fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

Abma, T., Lips, S. & Schrijver, J. (2020). Sowing Seeds to Harvest Healthier Adults: The Working Pronciples and Impact of Participatory Health Research with Children in a Primary Scool Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(451). DOI: 10.3390/ijerph17020451

Allender, S., Orellana, L., Crooks, N., Bolton, K., Fraser, P., Dwirght Brown, A., ... Strugnell, C. (2021). Four-Year Behavioral, Health-Related Quality of Life, and BMI Outcomes from a Cluster Randomized Whole of Systems Trial of Prevention Strategies for Childhood Obesity. *Obesity, 29*(6). DOI: 10.1002/oby.23130

Bagnall, A.-M., Radley, D., Jones, R., Gately, P., Nobles, J., Van Dijk, M., ... Sahota, P. (2019). Whole systems approaches to obesity and other complex public health challenges: a systematic review. *BMC Public Health, 19*(1). DOI: 10.1186/s12889-018-6274-z

Beierle, T. (1999). Using social goals to evaluate public participation in environmental decisions. *Policy Studies Review, 16*(3–4), 75–103. DOI: 10.1111/j.1541-1338.1999.tb00879.x

Blowers, A., Boersema, J. & Martin, A. (2005). Experts, decision making and deliberative democracy. *Environmental Sciences, 2*(1), 1–3. DOI: 10.1080/15693430500111793

Cornwall, A. (2008). Unpacking 'Participation': models, meanings and practices. *Community Development Journal, 43*(3). DOI: 10.1093/cdj/bsn010

De Jong, M., Tijhuis, Y., Koelen, M., & Wagemakers, A. (2022). *Intersectoral collaboration in a Dutch community health promotion programme: building a coalition and networks*. Health Promotion International. DOI: 10.1093/heapro/daab207

De Jong, M., Wagemekers, A. & Koelen, M. (2019). Study protocol: evaluation of a community health promotion program in a socioeconomically deprived city district in the Netherlands using mixed methods and guided by action research. *BMC Public Health, 19*(72). DOI: 10.1186/s12889-019-6389-x

Dorner, T., Nunes, L. & Zeegers Paget, D. (é. n.). E-Collection: Health promotion and the need for a multisectoral approach. *European Journal of Public Health*. https://academic.oup.com/eurpub/pages/health_promotion

Haldane, V., Chuah, F., Srivastava, A., Singh, S., Koh, G., Seng, C. & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One, 14*(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0216112

Hargreaves Heap, S. (2004). A note on participatory decision-making and rationality. *Cambridge Journal of Economics,* 457–467. DOI: 10.1093/cje/28.3.457

Harting, J., Kruithof, K., Ruijter, L. & Stronks, K. (2022). Participatory research in health promotion: a critical review and illustration of rationales. *Health Promotion International, 37*(2), ii7–ii20. DOI: 10.1093/heapro/daac016

Kiss, G. (2012): A társadalmi részvétel tapasztalatai környezeti döntésekben Magyarországon. In M.-né Szerényi, Zs. & Podruzsik, Sz. (szerk): *Fenntartható fejlődés, élhető régió, élhető települési táj 2*. Budapesti Corvinus Egyetem.

Koivusalo, M. (2010). The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. *Journal of Epidemiology & Community Health, 64*(4). DOI: 10.1136/jech.2009.102020

Kollányi, Zs. & Várfi, M. (2021): Részvételi módszerek. In Pipicz, M., Terebessy, A. & Vitrai, J. (szerk.), Útmutató a gyermekek egészségének javítására megalakuló Partneri Együttműködés számára. *Egészségfejlesztés, 62*(1).

Koppl, R. (2021). *Public health and expert failure*. Public Choice. DOI: 10.1007/s11127-021-00928-4

Marent, B., Forster, R. & Nowak, P. (2012). Theorizing participation in health promotion: A literature review. *Social Theory & Health,* 188–207. DOI: 10.1057/sth.2012.2

Mueller, B. (2020): Why public policies fail: Policymaking under complexity. *EconomiA, 21*(2), 311–323. DOI: 10.1016/j.econ.2019.11.002

Pan Canadian Joint Consortium for School Health. (2010). Stakeholder Engagement for Improved School Policy: Development and Implementation. *Canadian Journal of Public Health, 101*(Supplement 2), S21–S24.

Poletta, F. (2016). Participatory enthusiasms: a recent history of citizen engagement initiatives. *Journal of Civil Society, 12*(3), 231–246. DOI: 10.1080/17448689.2016.1213505

Rifkin, S. (2009). Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health, 1*(1), 31–36. DOI: 10.1016/j.inhe.2009.02.001

Sain, M. (2010). *Segédlet a közösségi tervezéshez*. VÁTI Nonprofit Kft.

Simovska, V. (2011). Case Study of a Participatory Health-Promotion Intervention in School. *Democracy and Education, 20*(1), 1–10.

Strobl, H., Ptack, K., Töpfer, C., Sygusch, R. & Tittlbach, S. (2020). Effects of a Participatory Scool-Based Intervention on Students' Health-Related Knowledge and Understanding. *Frontiers in Public Health, 8*(122). DOI: 10.3389/fpubh.2020.00122

Surowiecki, J. (2007). *A tömegek bölcsessége*. Napvilág Kiadó.

Szántó, R. (2012). Társadalmi részvétel Magyarországon – Siker vagy kudarc? *Kovász,* 33–53.

Tasmanian Government (é. n.). *Your Care, Your Say: consumer, carer and community engagement A guide to engagement techniques*. Tasmanian Government Department of Health, https://www.dhhs.tas.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/76283/Toolkit_December_2010_finalised.pdf

White, S. (2000). Depoliticising development: the uses and abuses of participation. In Pierce, J. (szerk.), *Development, NGOs, and civil society*. Oxfam GB.

WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. WHO.

WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO.

WHO (2014). *Health in All Policies – Helsinki Statement – Framework for Country Action.* WHO.

WHO (2016). *Flagship Report 2016 – Open Mindsets – Participatory Leadership for Health*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251458/9789241511360-eng.pdf;jsessionid=CB056037C069927B9E52F1C84EB47455?sequence=1

Jegyzetek

[1] A tanulmány az *Útmutató a gyermekek egészségének javítására megalakuló Partneri Együttműködés számára* című kézikönyv *Részvételi módszerek* fejezetének (Kollányi és Várfi, 2021) átdolgozott, iskolai színtérre aktualizált változata.

[2] A szerzők irodalomáttekintő cikkükben a népegészségügy területén megvalósuló akciókutatások eredményességének méréséről írnak, az általuk áttekintett beavatkozások azonban mind bevonáson alapulnak, vagyis leírásuk a részvételi módszerekre közvetlenül értelmezhető.

Absztrakt

A részvételi módszereket a világ számos pontján alkalmazzák egészségfejlesztési programok kidolgozásában. A módszer lényege, hogy egy program célcsoportját és más érintettjeit magukat is bevonják a program kidolgozásába, akár már a problémafelmérés fázisától. Az így kidolgozott programok reálisabb, pontosabb, a célcsoport valóságérzékelésének jobban megfelelő problémadefiníciókat, az ezekhez és a rendelkezésre álló erőforrásokhoz és korlátokhoz jobban illeszkedő beavatkozási irányokat alkalmaznak, és jelentősen növekedhet az érintettek elkötelezettsége a program, illetve a probléma leküzdése iránt. Azt, hogy az egészségi állapot számos tényező együttes hatása alakítja, ezért vele kapcsolatban nem csak az egészségügy és a népegészségügy, hanem további szektorok (az oktatás, a gazdaság, a szociális szféra, stb.) is kompetensek, nemzetközi szervezetek dokumentumai is rögzítik. Az érintettek bevonása nagyon különböző módokon, mélységben és formában történhet meg. Lehet a bevonás névleges, de lehet „transzformatív" vagy átformáló is, amelyben az érintettek a hatalom birtokosaivá is válnak az őket érintő kérdések viszonylatában. Megtörténhet a bevonás a helyzetértékelés, a problémadefiníció, a program kidolgozása, az implementáció és a hatások monitorozásának fázisában, vagy akár mindegyikben is; a formája a passzív kérdőíves véleményfelméréstől a mély interakciókra és közösségi folyamatok beindítására is alkalmas részvételi megbeszélésekig terjedhet.

Kulcsszavak: egészségfejlesztés, részvételi módszer, iskolai egészség, demokrácia

tanulmány

Fizel Natasa

Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Pedagógiai Intézet,
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Az egészségtan tantárgy megjelenése és szerepe az elemi, a polgári és az általános iskolában (1917–1950)

Tanulmányomban az egészségügyi ismeretek, az egészségtan tantárgy első magyar tantervekben való megjelenését vizsgáltam meg az 1917-ben megjelent első ilyen tartalmú tantervkiegészítéstől az 1946-ban életre hívott általános iskola első tanterveire vonatkozóan.

Bevezetés

Jelen tanulmányomban bemutatom a ma is méltán aktuális egészséges életmódra nevelés, egészségmegőrzés tématerület hazai első megjelenését, első lépéseit, elsősorban a 6–14 évesek iskoláira (az elemi iskolára, polgári iskolára, majd az általános iskolára) vonatkozóan, azaz az egészségtan, az egészségfejlesztés mint tartalom, majd később tantárgy megjelenését a magyar oktatási rendszerben.

Kutatásom módszere forráselemzés, amely során a 6–12 évesek iskoláira vonatkozó 1868 és 1950 közötti tantervek vizsgálata mellett a korabeli szakfolyóiratokban – *Orvosi Hetilap*, *Néptanítók Lapja*, *Köznevelés* – a témában megjelent cikkek is górcső alá kerültek. Felmerülhet a kérdés, hogy miért tér el a címben megadott időszak a vizsgált korszak határaitól. Ennek oka, hogy a kutatást az elemi iskolai tantervekre vonatkozóan az 1868-as népoktatási törvény tanulmányozásával kezdtem, majd megvizsgáltam az 1869-ben, 1877-ben, illetve 1905-ben megjelent népiskolai tanterveket is, de kifejezetten az egészséges életmódra neveléssel kapcsolatos első forrásként az 1905-ös tantervhez 1917-ben közzétett *Pótlás az 1905. évi junius 16-án 2202. ein. számú vallás- és közoktatásügyi, min. rendelettel kiadott elemi népiskolai tantervhez és utasításokhoz* című forrást találtam.[1] A polgári iskolák esetében – kutatásom a források nagy száma miatt egyelőre csak a polgári fiúiskolák tanterveire korlátozódott – az 1869-es, 1879-es, 1918-as, 1927-es, 1943-as és az 1945-ös tanterveket néztem át. Mivel ezen tantervek esetében Élet- és egészségtani ismeretek óra első ízben 1918-ban jelent meg a tantervben, így az 1917-es népiskolai tantervkiegészítést tekintettem a jelen tanulmányban vizsgált korszak kiindulópontjának.

Tanulmányom első részében vázlatosan áttekintem a magyar iskola-egészségügy történetét, majd az elemi iskola tantervében először 1917-ben megjelent, egészséggel foglalkozó tartalmi kiegészítést mutatom be. A két világháború közötti időszakban a népiskolai és a polgári (fiú)iskolai tantervekben vizsgáltam meg az egészségtan tantárgy megjelenését, óraszámát, jelentőségét a képzésben, majd az általános iskola létrehozása

körülményeinek áttekintő bemutatása után az első öt tanév két, 1946-ban és 1950-ben kiadott tantervében mutatom be az egészséges életmódra nevelés megjelenését, korabeli véleménycikkek által árnyalva a tényeket.

A magyar iskola-egészségügy történetének vázlata

Az emberiség története folyamán évszázadok teltek el, míg az iskola-egészségügy és oktatásügy kapcsolatának kialakulása bekövetkezett. Az egyházi iskolák a test ápolásának fontossága helyett az aszkézis szellemét terjesztették, a lélek halhatatlanságát oktatták. A középkori felfogást csak a 15. századi humanizmus volt képes enyhíteni. A 16. században a reformáció a testi neveléssel kapcsolatos szemlélet változásában is éreztette hatását. A gyermekek testi nevelésének fontosságát Comenius is kifejtette *Didactica Magna* című művében, amikor a nevelők számára célul tűzte ki a gyermekek fizikai fejlődésének, egészségi állapotának figyelemmel kísérését. Már az I. Ratio Educationis is az iskola feladatának tekintette a gyermekvédelmet, a testnevelést, az egészségtan oktatását, de ez a törekvés ekkor még csak elméletben létezett, a gyakorlatban nem valósult meg. A 18. század végén a tanulók egészségének megőrzése érdekében számos egészségügyi felvilágosító mű jelent meg, például dr. Kiss József *Egésséget tárgyaló catechizmus*a (1794), melyet az első magyar nyelvű népi egészségtannak tekintünk.

Az egészségvédelem, a tanulók életkori sajátosságainak figyelembevétele volt Rousseau és Pestalozzi neveléselméleti kutatásainak központi kérdése is. Markusovszky Lajos *Az orvos mint nevelő* című disszertációjában a nevelés legfontosabb feladatának az egészség fenntartását és védelmét nevezte meg (Tigyi Zoltánné Pusztafalvi, 2011. 105.). Az 1848-as forradalom idején az első szélesebb körű magyar egészségügyi programtervezet, mely az általános egészségügyi „közviszonyok" javítását célozta, lett volna hivatott az iskolák közegészségügyi helyzetén is javítani.

A 19. század második felében már hivatalos és szaktudományi fórumokon folyt a vita az iskolákban uralkodó egészségügyi állapotokról. Felvetődött, hogy a tankötelezettség bevezetésével párhuzamosan meg kell szüntetni az iskolák egészséget károsító hatását, és ennek eszköze az iskola-egészségügy kiépítése kellene, hogy legyen (Antall és Kapronczay, 1975. 1647.).

Végül első alkalommal az 1876-ban megjelent közegészségügyi törvény[2] foglalkozott az iskolák közegészségügyi felügyeletével, és írta elő „általában az egészségügy szempontjából fő figyelmet érdemlő szabályok tanítását az iskolában". A törvény megszületésében fontos szerepet játszott Fodor József (1843–1901) higiénikus, egyetemi tanár, aki a közegészségtan első hazai oktatója és művelője, nemzetközi viszonylatban is megalapozója volt (Kenyeres, 1967). Fodor az iskola-egészségügyre mint a higiéné önálló, alkalmazott területére tekintett, amely az orvosi és a pedagógiai elveket közösen alkalmazza az oktató-nevelő munkában. A véleménye az volt, hogy ennek irányítója a szakképzett iskolaorvos, aki nemcsak a közegészségügyi rendelkezések megtartását ellenőrzi, hanem az egészségtan oktatásán keresztül közvetlenül is részt vesz a gyerekek egészséges életmódra való felkészítésében is. Az egészségügyi felvilágosítás kiindulópontjának Fodor az iskolát tekintette. A tanulókkal kapcsolatban részletes tervet dolgozott ki az életkori sajátosságok, szellemi adottságok figyelembevételére, amelynek felügyeletét az iskolaorvosra kívánta bízni. Az iskolaorvos tevékenységét kiterjesztette a gyermekek családjára is, összekötő szerepet szánt neki a közegészségügyi és oktatásügyi hatóságok között. Habár az 1876. évi törvény már tartalmazta az iskolák egészségügyi szerepének elveit, valójában csak a járványok bejelentési kötelezettségét rendelte el, nem szólt a tanulók iskola-egészségügyi szempontból végzett környezettanulmányozásáról (Antall és Kapronczay, 1975. 1647.).

1885-ben a harmadik egyetemes tanítógyűlés végrehajtó bizottságának nagygyűlése is foglalkozott az egészséges iskolával, az egészséges iskolaépület kérdésén keresztül (M.G., 1885. 530–534.). Dr. Frank Ödön egyetemi oktató előadásában beszélt az iskolaépület elhelyezésének fontosságáról (fekvés, környezet), az épület ideális méretéről, benapozottságáról, tervrajzáról, a higiénia fontosságáról:

> „Minden 20-25 tanuló számára számítandó egy árnyékszék. Időnként fertőtleníteni kell az árnyékszékeket. Az iskolaterem alakja legyen hosszúkás négyszög, hossza 9-10 m, és szélessége 7-7,5 m. […] A tanterem magassága 3,5-4,5 m lehet. Így a köbtartalom 220-330 m3. Egy tanulóra 4-5 m3 tér esik. A falak a természetes szellőztetés szempontjából légátjárhatók legyenek, az olajos festékkel való festés mellőzendő, jó az enyves festék, mivel nem porlik úgy mint a mész. A szín kékes vagy zöldes-szürke. A padló burkolata tölgy vagy fenyőfa lehet és időnként olajjal bevonandó. Az ablakok 0,9-1,2 m magasan kezdődjenek, magasak és szélesek legyenek és a teremnek egy oldalán álljanak. […] Fák és kúszó növények ne álljanak az ablakok előtt. […] A kályhák egyszerűek és könnyen kezelhetők legyenek.” (M.G., 1885. 530–532.)

Egyértelmű tehát, hogy már az 1880-as években is tisztában voltak vele, hogy az iskolaépület egészséges, a hatékony munkavégzést segítő, tartós elkészítése hosszú távon záloga lesz az eredményes képzésnek csakúgy, mint az egészséges diákságnak. A nagygyűlésen bemutatott ideális iskolaépület paramétereinek a négy évtizeddel később felépített Klebelsberg-iskolák szinte minden tekintetben megfelelnek majd.

Szintén 1885-ben hozták létre az iskolaorvosi és az egészségtan-tanári státuszt. Ez a döntés lett az első láncszem az iskola és az egészségügyi szervek iskolán belüli kapcsolatában (Katona, 1961. 221–244.; 1972. 12–15.). Fodor József iskola-egészségügyi elképzelése részben a 48.281/1885. sz. vallás- és közoktatásügyi miniszteri rendeletben, valamint annak 44.250/1887. sz. végrehajtási utasításában valósult meg. Mindkettő a középiskolai iskolaorvosok és egészségtanárok képzéséről és alkalmazásáról szólt. A 44.250/1887. számú végrehajtási utasítás határozta meg az egészségtan tanításának elveit. Ez tulajdonképpen a Fodor által meghatározott irányelveket követte, elsősorban „a népesség egészségét nagy mértékben és széles körökben veszélyeztető tényezők” oktatására fektette a hangsúlyt. A törvény hiányossága elsősorban abban mutatkozott meg, hogy az iskolaorvos ellenőrzési jogát az iskolaigazgató engedélyéhez kötötték, és ez a korlátozott működési jog is csak az állami iskolákra volt érvényes. Mindezek ellenére a magyar iskola-egészségügyi törvény a maga korában Európában egyedülálló volt (Antall és Kapronczay, 1975. 1648.).

Szintén 1885-ben hozták létre az iskolaorvosi és az egészségtan-tanári státuszt. Ez a döntés lett az első láncszem az iskola és az egészségügyi szervek iskolán belüli kapcsolatában (Katona, 1961. 221–244.; 1972. 12–15.). Fodor József iskola-egészségügyi elképzelése részben a 48.281/1885. sz. vallás- és közoktatásügyi miniszteri rendeletben, valamint annak 44.250/1887. sz. végrehajtási utasításában valósult meg. Mindkettő a középiskolai iskolaorvosok és egészségtanárok képzéséről és alkalmazásáról szólt. A 44.250/1887. számú végrehajtási utasítás határozta meg az egészségtan tanításának elveit.

Fodor elképzeléseit számos orvos és pedagógus támogatta hazánkban, így iskolaorvosi tanfolyamai sikert arattak. Az egészségtan oktatását bevezették a tudományegyetemek bölcsészettudományi, jogi és tanárképző karain, sőt a Műegyetemen is, ami a közegészségügyi eszme sikerét is jelentette. A sikerek ellenére a törvény hiányosságait – a népiskolákra való kiterjesztést, az iskolaorvos ellenőrzési jogának felügyeleti joggá való átalakítását – nem sikerült kiegészíteni, sőt a századfordulón jelentősen csökkent az eszme erkölcsi és anyagi támogatóinak tábora. Talán ennek egyik következménye, hogy Fodor József 1898-ban le kívánt mondani az iskolaorvosi tanfolyam vezetéséről, amelynek okát az iskolaorvosok-egészségtanárok megoldatlan elhelyezkedési és fizetési nehézségeiben jelölte meg (Antall és Kapronczay, 1975. 1649.). Hamar világossá vált ugyanis, hogy az iskolaorvosok fizetése alacsony, és a helyzetük a pedagógusok világában rendezetlen. A század utolsó évére szükségessé vált – a visszaélések elkerülése végett – tisztázni, hogy az iskolaorvos nem minden esetben képzett (egyetemet végzett) orvos, csak az elnevezése az. A diplomás iskolaorvosokat innentől kezdve képesített iskolaorvosnak nevezték, míg a diplomával nem rendelkezők iskolaorvos és középiskolai egészségtantanár címet kaptak, és képzésüket szigorúan szabályozták (Juba, 1899. 205–206.).

Habár – amint láttuk – az oktatáspolitika szereplői tisztában voltak az ideális, egészséges iskolaépületek jellemzőivel, nyilvánvalóan anyagi okból a századfordulón zajlott nagyarányú iskolaépítkezési hullámban épült iskolák közegészségügyi szempontból továbbra is kifogásolhatóak voltak (Katona, 1961. 221–244.; 1972. 12–15.).

A 20. század elején a társadalom higiéniai „felvilágosítása", az iskolázatlan népesség megtanítása a helyes viselkedésre, egészséges eljárásokra szó szerint létszükségletté vált:

> „Ez annál is inkább indokoltabb volt a második ipari forradalom, a rohamos iparosodás és urbanizáció időszakában, mivel az emberek olyan betegségekkel, járványokkal szembesültek, amelyekre a korábbiakban nem volt példa. A súlyos betegeket a nagy szakértelemmel rendelkező orvosok nem otthon, hanem kórházakban kezelték és a sok egymással összezárt beteg mindenféle fertőzést kapott egymástól; koncentráltan voltak együtt a megbetegítő tényezők, kórokozók. A betegellátás logisztikájából adódott egy sereg további megbetegedés, melyek ellen csak a megfelelő higiénés szokások kíméletlen alkalmazásával lehetett védekezni." (Felvinczy, 1998. 19.)

Az Egészségtan tantárgy tantervi elemeinek első megjelenése az elemi iskolákban

A statisztikai adatok szerint 1901-ben hazánkban 2 314 962 tanuló járt 17 146 elemi iskolába, és tanítóik száma meghaladta a 29 ezer főt.[3] Az 1868-ban létrehozott polgári iskola 6 osztályos intézmény volt, ahol 10 és 16 éves koruk között tanulhattak a diákok a négy elemi osztály befejezése után. Az iskolatípus létrehozása után azonnal ugrásszerű fejlődést mutatott. Míg 1880-ban még csak 110 polgári iskola működött országszerte, ez a szám 1901-re már 299-re emelkedett, a diákok száma pedig 45 213 fő volt.[4] Az ötödik és a hatodik osztály azonban nem örvendett nagy népszerűségnek, és mivel 1883-ban a köztisztviselők minősítéséről szóló törvénycikk[5] a hat polgárit végzettek elől minden magasabban kvalifikált pálya útját elzárta, míg a társadalmi presztízsskálán már számon tartott tisztviselői állásokra a polgári négy osztályának az elvégzése is jogosított, így a polgári fokozatosan négy osztályos középszintű (de nem középfokú) iskolává vált (Fizel, 2018. 46–47.).

Az 1868. évi báró Eötvös József nevével fémjelzett népoktatási törvény még nem tartalmazta az egészségtan mint tantárgy oktatását az elemi és a polgári iskolákban, sőt

a tantárgyhoz kapcsolódó tartalmak is csak nagyon felületesen jelentek meg a törvényben. Az elemi oktatás tanterveinek vizsgálata során a legkorábbi forrás, ami kifejezetten az *Élet- és egészségtani ismeretek (Csecsemőápolás és gyermekvédelem)* címet viselte, 1917. december elsején jelent meg a *Hivatalos Közlöny*ben, pótlásként az 1905-ben kiadott népiskolai tantervhez.[6] Alapelvként az alábbiakat fogalmazta meg a kiegészítő rendelkezés:

> „A népiskolai tanulóban a testi jólét és egészség iránti érzéket azzal kelti fel a nevelő, hogy a tanulókat mindannyiszor figyelmezteti a tisztaságra és helyes testtartásra, ahányszor csak erre alkalma van és mindaddig, amíg a folytonos intések következtében helyes szokások fejlődnek ki. Ezt a célt szolgálja azzal, hogy a tanítást megelőzőleg a gyermekek tisztaságát mindenkor ellenőrzi és a betegség miatt otthon maradt tanulók esetéhez egy-egy tanulságot fűz, valamint azzal, hogy a tanulók délelőtti és délutáni elbocsátása alkalmával is hangoztat egy-egy alkalomszerű egészségügyi intelmet. Ilyen intelem például: Álljatok, üljetek, járjatok egyenesen! Óvakodjatok a meghűléstől, öltözzetek fel jól! Ne kényeztessétek el magatokat! Csak az orron át szívjátok a levegőt! Ivás előtt mindig mosd ki a poharat! Minden étkezés előtt mosd meg a kezedet! Éretlen gyümölcsöt ne egyetek! Az egészség a legnagyobb kincs! A tisztaság egészség! Az egészség boldogság! Hiába ott a kincs, ahol jó egészség nincs! Mosakodjatok rendesen! Szeressétek a tisztaságot! Óvakodjatok a legyektől! Tartsd tisztán az orrodat! Körmöt rágni, orrban vájkálni nem szabad! Szégyellje magát, kinek a körme fekete! Aki köhög, tartsa a zsebkendőjét a szája elé! Aki beteg, menjen az orvoshoz! Ezeket és hasonló intelmeket mindenik osztály növendékei előtt hangoztatni kell.”[7]

„A népiskolai tanulóban a testi jólét és egészség iránti érzéket azzal kelti fel a nevelő, hogy a tanulókat mindannyiszor figyelmezteti a tisztaságra és helyes testtartásra, ahányszor csak erre alkalma van és mindaddig, amíg a folytonos intések következtében helyes szokások fejlődnek ki. Ezt a célt szolgálja azzal, hogy a tanítást megelőzőleg a gyermekek tisztaságát mindenkor ellenőrzi és a betegség miatt otthon maradt tanulók esetéhez egy-egy tanulságot fűz, valamint azzal, hogy a tanulók délelőtti és délutáni elbocsátása alkalmával is hangoztat egy-egy alkalomszerű egészségügyi intelmet. Ilyen intelem például: Álljatok, üljetek, járjatok egyenesen!

Az alapelveken, fontos intelmeken túl az utasítás arra is adott útmutatást, hogy az egyes tantárgyak keretében – pl. Beszéd- és értelemgyakorlatok, Mennyiségtan, Földrajz, Történelem, polgári jogok és kötelességek, Rajz, Kézimunka, Testgyakorlás, Természettudományok –, akár osztályokra lebontva, hogyan építhető be az egészséges életvitelre (lakás, udvar tisztasága, világítása, fűtése), az egészségmegőrzésre (helyes étrend, kártevők irtása, ivóvíz tisztasága, helyes testtartás), az egészségügyi intézményekre, csecsemő- és gyermekgondozásra vonatkozó ismeretek sora.

A Kézimunka óra körében végzett egészségtani kérdések megvitatásával kapcsolatban például a rendelet javasolta, hogy „a leányok kézimunkáival kapcsolatban beszéljen a tanítónő pl. a szoros harisnyának s kivált a szoros harisnyakötőnek, mindenféle szoros

ruhának a vérkeringést gátoló, a fejlődést akadályozó, tehát egészségtelen hatásáról; különösen jó alkalom nyílik erre a szabás tanítása közben".[8]

Az 1925-ös tanterv[9] az első, amelyben az elemi népiskola tanulói számára is kötelezővé tették az Egészségtan tantárgy tanulását az 5. és a 6. osztályban heti 1-1 óra keretében. Az Egészségtan tantárgy fő célját a tanterv az alábbiak szerint határozta meg:

> „A családban és az iskolában megszokott egészséges életmód tudatossá tétele, továbbá az alkalomszerű tanítások kiegészítése és rendezése, másfelől a nép tájékozatlanságából eredő rossz szokások leküzdéséhez szükséges egészségügyi ismeretek megtanításával a közegészségügyi törvények, rendeletek és szabályok készséges végrehajtásának biztosítása; az egészség értékének és nemzetgazdasági jelentőségének igazolása."[10]

A részletes tantervet áttekintve megállapítható, hogy a tananyag tartalmát tekintve teljesen megegyezett az 1917-es kiegészítéssel, mindössze egy adott tanórába sűrítette az ismereteket, és nem csak más tantárgyakba bújtatva jelentek meg ezek a tartalmak.

Az 5. osztály tananyagában az egészséges test szerkezete, az egészséges táplálkozás, az ételek elkészítése, tápláló anyagok, étkezési szabályok, víz, levegő, a lakás berendezése, a tisztaság, szellőztetés, fűtés és világítás, a ruházat anyaga, a helyes öltözködés, a divat káros hatásai, a test és a lakás tisztasága, az életmód, ezen belül a munka és pihenés egyensúlya és a kellő mennyiségű mozgás szerepelt. A 6. osztályban a diákok rátértek további – az egészséggel foglalkozó – témákra, mint a betegségek okai, különös tekintettel a fertőző betegségekre, az orvos, a gyógyszertár, a kórház, a csecsemő ápolása, az anyák védelme, az újszülött ellátása, a bába, a kisgyermek táplálása, testi, lelki gondozása, a foglalkozások hatása az egészségre, munkavédelem, a községek közegészségügye, szemeteltakarítás, temetkezés, baleseti elsősegélynyújtás (Kaldau, 2008. 12.).

Az 1932-es Tanterv és utasítás[11] rendelkezései szerint az Egészségtan tantárgy súlya a képzésben nem változott, továbbra is a két utolsó tanévben, heti 1-1 órában került megtartásra, a kurzus céljainak meghatározása is szóról-szóra megegyezett az 1925-ös Tantervben szereplővel.

Az 1941-es Tanterv és útmutatások[12] már nem tartalmazta az Egészségtan című tantárgyat, helyette a tantárgy korábbi tudáselemei a Természeti, gazdasági és egészségi ismeretek tantárgy oktatásába kerültek át. Ennél a tantárgynál a cél megjelölése az alábbi volt:

> „Az embernek és az ember életére nézve legfontosabb növényeknek, állatoknak, ásványoknak, természeti tüneményeknek és törvényszerűségeknek megismerése; az ember egészsége, boldogulása, gazdasági élete érdekében haszonnal értékesíthető ügyességeknek, ismereteknek és eljárásoknak elsajátítása. A hazai rög megszeretése, a termelő munka megkedvelése, megbecsülése, az egymásrautaltság és közösségbe tartozás érzésének kialakulása; a vallásos érzület erősödése és az erkölcsös jellem kialakulásához szükséges tulajdonságok kibontakozása."[13]

Érdekesség, hogy az új tantárgy már nem két, hanem négy tanéven keresztül volt tanulandó, külön szerepeltek a tantervben a lányok és a fiúk számára elsajátítandó ismeretek, valamint eltérően került meghatározásra „A falusi tantervű népiskolák anyaga", illetve „A városi tantervű népiskolák anyaga".

A tanmenet tanulmányozása során feltűnő, hogy a hagyományosan egészségtanhoz kapcsolódó ismeretek inkább a lányok tananyagában találhatóak. Például míg a „falusi tantervű" iskolába járó fiúk az ötödik osztályban a talaj megmunkálásáról, a trágyázásról, a betakarításról, az állattenyésztésről, a szőlészetről tanultak, addig a lányok minden esetben a fiúk tananyagának rövidített áttekintése mellett olyan egyéb ismereteket is

elsajátítottak, amelyeknek a többsége az egészségtan témakörébe tartozott. Ilyen volt a felsőruha- és fehérnemű-gondozás, folttisztító gyakorlatok, őszi takarítások, a lakás és mellékhelyiségeinek berendezése tisztán tartása, fűtése, világítása, juh- és kecsketenyésztés, valamint épület- és udvartisztogatás.

Míg a „falusi tantervű" iskolákban a Természeti, gazdasági és egészségi ismeretek tantárgy mind a négy osztályban (5–8.) heti 5 órában volt tanulandó, amelyet ősszel és tavasszal 2-2 hetes gyakorlat egészített ki, addig a „városi tantervű" iskolákban a tantárgyat a diákok az 5. és a 6. osztályban heti 3 órában, a 7. és a 8. osztályban heti 4 órában tanulták külső gyakorlati hetek nélkül.

A polgári iskolákban – kutatásunk során csak a fiúiskolákat vizsgáltuk – az 1918-ban kiadott tantervben[14] szerepelt először Élet és egészségtani ismeretek óra, az 1927-es tantervben[15] a tantárgy elnevezése Egészségtani ismeretekre változott, majd az 1943-as[16], illetve 1945-ös[17] tantervben újra Élet- és egészségtani ismeretek címmel szerepelt.

Az általános iskola létrehozása

A tovagördülő front mögött 1944 novemberében politikai értelemben mindenképpen új időszámítás kezdődött. Újjáalakult a Magyar Kommunista Párt (MKP), a Független Kisgazda-, Földmunkás- és Polgári Párt (FKGP), a Magyarországi Szociáldemokrata Párt (SZDP), a Nemzeti Parasztpárt (NPP), valamint a Polgári Demokrata Párt (PDP). Ezen politikai erők a Horthy-korszakban is létező, de a kormányzati rendszer ellenzékét képező pártok voltak (Gyarmati, 2021. 37.).

1945-ben lezajlott a háború utáni első parlamenti választás. Az új nemzetgyűlés által megalkotott 1946. évi I. törvény értelmében Magyarország köztársaság lett. A gazdasági életben a parasztság, a magántőke, a kisipar és a kereskedelem is jelen volt, sőt: a földreform felerősítette a gazdagparasztság pozícióit. A kitűzött célok, a sajtószabadság, egy modern és egységes iskolarendszer kialakítása, az Országos Köznevelési Tanács felállítása (Katona, 2017) mind fontos lépések voltak a demokratikus államberendezkedés megszilárdítása felé vezető úton (Németh, 2009. 33.).

A nyolcosztályos iskola nem volt előzmények nélkül való a magyar iskoláztatás történetében. A gondolat már a húszas években felmerült, de akkor a gazdasági válság megakadályozta a megvalósítást. Az 1940. évi 20. törvény elrendelte ugyan a nyolcosztályos népiskolák létesítését, de a háborús viszonyok hátráltatták ennek tömegessé válását (Pukánszky és Németh, 1998).

Az iskolareform lett az értelmiségi réteg földreformja. 1945 tavaszán került nyilvánosságra a Magyar Kommunista Párt köznevelési programja, melyhez a Nemzeti Függetlenségi Front pártjai közül a Nemzeti Parasztpárt csatlakozott, a Szociáldemokrata Párt és a Kisgazdapárt nem. Az MKP köznevelési programjának – készítésében természetesen részt vettek a szakszervezet kommunista vezetői is – fő célkitűzése „a vagyonosok műveltségi monopóliumának" felszámolása volt. A 10−14 évesek ekkor létező háromfajta iskolájában (elemi iskola, polgári iskola, alsó gimnázium) – jól elkülöníthetően – háromféle szintű műveltséget szerezhettek a fiatalok. Az MKP fontosnak tartotta, hogy az iskolarendszer alsó szintjén lévő iskolát úgy alakítsák át, hogy az a gyermek társadalmi hátterétől függetlenül egységes tudásban és műveltségben részesítsen minden fiatalt, és a tanulási utak képességek és lehetőségek szerinti szétválása csak 14 éves korban történjen meg. Ezeknek a feltételeknek csak az egységes, ingyenes, minden 6−14 éves gyermek számára kötelező iskola tehetett eleget (Lukács, 1982).

Az 1945. augusztus 18-án – két héttel az iskolakezdés előtt − kelt 6650/1945. M. E. számú rendelettel az Ideiglenes Nemzeti Kormány létrehozta a nyolcosztályos általános iskolát, megszüntetve ezzel az 1868. XXXVIII. tc.-ben megalkotott polgári iskolát

(Bereczki, 1998. 181). Az általános iskola tehát felváltotta a népiskola I−VIII. és a polgári iskola, valamint a gimnázium I−IV. osztályait (Mann, 2004. 95.). Az új rendszerre való áttérés természetesen nem ment egyik napról a másikra. 1946-ban még csak 816 általános iskola működött az országban, alig több mint az összes népiskola 10%-a. Ezek is többnyire a korábbi polgári iskolákból és gimnáziumokból alakultak át, mindössze 300 népiskola tudott 5. osztályt indítani. Az átalakulási folyamat csak az 1940-es évek végére fejeződött be. Az oktatási rendszer átalakításával párhuzamosan zajlott a tananyag tartalmi módosítása is. Ennek egyik színtere a tankönyvek felülvizsgálata és átalakítása volt. A „demokratikus szellemű" áthangolás jegyében a változtatások elsősorban a történelem és az irodalom tankönyveket érintették (Romsics, 2001. 321–324.).

Az Egészségtan tantárgy az új iskolatípus, az általános iskola tantervében

Az általános iskola első tanterve 1946-ban jelent meg a magyar Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium 75000/1946. számú rendeletével,[18] és még ugyanabban az évben megjelentek az egyes tantárgyakhoz kiadott „részletes útmutatások" is. Az általános iskola első tantervében nem szerepelt az Egészségtan elkülönült tantárgyként, de Az ember élete, illetve a kissé meglepő című Szabad beszélgetés kurzusba ágyazottan többféle egészségtanhoz kapcsolódó tartalmat is találhatunk. A tanterv első részében, az iskoláról és tantárgyairól szóló tájékoztató részben az alábbi szerepelt:

> „Az ember élete, a szabad beszélgetés az embert mutatja be testi és lelki, egyéni és társadalmi oldalról. Mindkét lehetőség helyes kihasználására nagy gondot kell fordítani."[19]

A nyolc osztályos általános iskola első tantervében Az ember élete tantárgy 7. és 8 osztályban heti 2-2 órában szerepelt, a Szabad beszélgetés óra viszont végig jelen volt a felső tagozatban (5–8.) heti 1-1 óra keretében. Az ember élete című tantárgy részletezésénél az intézkedés fő célként az egyén életműködésének és fejlődésének megismerését, valamint ez egyén és közösség egymásrautaltságának, az ebből a viszonyból eredő kötelességeknek megértését jelölte meg. 7. osztályban az anyag főbb csomópontjai voltak: az emberi test és működése, a növényi, állati és emberi élet közös jelenségei, az érzékszervekkel és idegrendszerrel összefüggő elemi lelki tevékenységek, valamint a testi és a szellemi munka egészségtana. Kifejezetten a lányoknak pedig csecsemőgondozás, míg a 8. osztályban a tananyag fő fejezetei az ember társas lény, a művelődés, a közösség önvédelme, csak a lányoknak pedig a betegápolás voltak.

A Szabad beszélgetés tantárgy célja „a tanulóifjúság mindennapi kérdéseinek, az együttélés törvényeinek, szokásainak, közösségi életünk időszerű eseményeinek kölcsönös bizalmon alapuló megbeszélése"[20] volt. Az egészségtanhoz kapcsolódó tartalmak ennél a tantárgynál egyebek mellett a Ruha és megjelenés, A szabadidő, játék, sport, A tisztaság, az Egészség, betegség, A legfontosabb egészségi szabályok, a Védekezés a fertőző betegségek ellen, A helyes táplálkozás, étkezési szabályok, a Gyakori hibák (rend, rendetlenség, stb.), valamint a Testi és erkölcsi tulajdonságok voltak.

A szakmai folyóiratok, például az 1945-ben indult *Köznevelés*, már az általános iskola elindulása előtt is foglalkoztak az iskola feladatával az egészséges élet népszerűsítése területén. Dr. Kellner Dániel orvos már a folyóirat első évfolyamában így írt erről:

> „Az ifjúság szellemi nevelése és oktatása, elválaszthatatlan testi nevelésétől és egészségi gondozásától. A tanulók és sportolók egészségére az orvos őrködik. A pedagógus és az orvos együttes munkája valósítja meg az ideális, testben lélekben

> harmonikus, magyar ifjúság eszményét. Az iskolai testnevelés és az iskolán kívüli, úgynevezett társadalmi sport a közoktatásügyi minisztérium hatáskörébe tartozik s mindkettőnek lényeges alkotórésze az azokat ellenőrző orvosi szervezet. Az iskolaorvos ellenőrzi az iskola egészségügyi állapotát, a járványos betegségek (tracoma, tuberkulózis stb.) megakadályozása végett szemmel tartja a fiatalságot és ahol sportorvosi intézetek nincsenek, a torna alól való mentesítés is hatáskörébe tartozik. Mindezeken felül az egészségtan előadója." (Kellner, 1945. 9.)

Kuchárik József 1946 áprilisában már arra hívta fel a figyelmet, hogy „az igazi testi nevelés nemcsak a játék, az atlétika, a torna különböző fokozatú és minőségű gyakorlatainak dresszúrájából áll, hanem az élet minden vonatkozású hatásainak összesége" (Kuchárik, 1946. 16.). A *Köznevelés*ben megjelent tanulmányában kitért arra, hogy a testnevelőtanárnak milyen feladatai vannak a fiatalok „higiénikus öntudatának" kifejlesztésében, hogy a korábbi testnevelőtanári feladatkör elavult, a testnevelőnek a gyermek egészségével holisztikus módon kell foglalkoznia. Ennek a feladatnak az ellátásához a testnevelő tanárnak élettani és egészségtani jártassággal is rendelkeznie kell. Példát is hozott erre:

> „[…] az egyik diák jelentkezik a tornaórán azzal a kéréssel, hogy a tanár úr mentse fel a mai tornaóra alól, nem tud tornázni, tenyerét felszakította egy rozsdás szög. A gyermek kézelője valóban be van kötve egy kétes tisztaságú ronggyal. A tanár a kötést leszedi és megdöbben a seb láttán. Haladéktalanul a sebészetre küldi a tanulót. Másnap jő az apa és hálálkodva köszöni meg a testnevelő tanár különös és szokatlan gondosságát. Idézi a kezelő sebészorvos szakvéleményét, aki szerint egy-kétórai késedelem a legsúlyosabb következményeket vonta volna maga után." (Kuchárik, 1946. 16.)

A szerző a korábbi testnevelési tanári kompetenciákat is kiegészítette. Véleménye szerint a testnevelés órán nemcsak külső, hanem belső rendre, lelki tisztaságra, pontosságra, önmegtartóztatásra, egymás megbecsülésére, önzetlenségre, türelemre, igazságérzetre is kell nevelni. Mert ahogy írja, „ahogy a gyermeket neveljük, olyan lesz a jövő társadalom" (Kuchárik, 1946. 16.).

A fenti írások megjelenésén túl mi sem bizonyítja jobban az egészségnevelés központi téma jellegét, mint hogy Kiss Árpád *Egészségi nevelés* című írása 1947 áprilisában vezércikk lett a *Köznevelés*ben (Kiss, 1947. 1–2.). Tanulmányában Kiss rámutatott arra, hogy az általános iskola létrehozásával, és az oktatási rendszer – részben ehhez kapcsolódó – átalakításával minden iskolatípusban helyett kapott a testi és egészségi nevelés. Kiss, hasonlóan Kucharikhoz, az egészségnevelés feladataként – a fizikai egészségre való nevelésre irányuló törekvésen túl – a lelki egészség fontosságára is rámutat, hiszen az

> „növeli az élet megbecsüléséből eredő emberi önérzetet, munkálja az emberi szolidaritást az egymással együtt élő és egymást követő egyének és nemzedékek között. […] A test és lélek harmonikus fejlődése érdekében az értelem kibontakoztatásával egyidőben mindenekelőtt gyakorlati irányításra, szoktatásra, felvilágosításra van szükség." (Kiss, 1947. 1.)

A szerző kiemeli, hogy milyen fontos feladata az iskolának és a nevelőnek a fiatalok helyes testtartásának fejlesztése, a harmonikus mozgás kialakítása, valamint rámutat a testnevelő tanár felelősségére, hiszen „a sportpályán a tanuló hetenként több alkalommal levetkezik a testnevelési tanár előtt" (*Kiss*, 1947. 1.). Első olvasásra talán furcsának tűnik a megjegyzés, de Kiss érvelése teljesen logikus, a testnevelőnek ismernie kell a fiatal emberek fejlődő szervezetét, és észre kell vennie a higiéniai követelmények

elhanyagolására utaló jeleket a bőrön, a hajon, a fehérneműn, általában az ifjú testén és ruházkodásán. De nem csak övé a felelősség. Ahogy azt már az elemi iskolai tantervek esetében is láthattuk, a fizikai és lelki értelemben vett egészséges életre nevelés az általános iskola minden pedagógusának feladata volt saját tantárgyának oktatása, valamint a diákokkal végzett szabadidős tevékenységek során. Ahhoz, hogy az iskola épülete is megfelelően szolgálja a diákok egészséges fejlődését, a fizikai tér kialakításának is alkalmasnak kellett lennie. Az iskolai helyiségek és a padok, asztalok, padló, falak, folyosó, mellékhelyiségek, mosdó példás rendje és tisztasága elengedhetetlen volt, és meg kellett tanítani a gyermekeknek, hogy a higiénia fenntartása mindannyiuk közös érdeke volt. A korszellemet ismerve talán meglepő, hogy Kiss a cserkészet eredményeit említette példaként. A szexuális felvilágosítás módjáról a szerző úgy vélekedett, hogy az iskolaorvosnak kell arról döntenie, hogy négyszemközti vagy csoportos megbeszélést folytat a tanulókkal a nemi kérdésről, természetesen mindig szem előtt tartva fejlődésük fokát. Feltétlenül szóba kellett hoznia a nemi betegségeket és a megelőző védekezés metódusait is (Kiss, 1947. 2.).

A szerző kiemeli, hogy milyen fontos feladata az iskolának és a nevelőnek a fiatalok helyes testtartásának fejlesztése, a harmonikus mozgás kialakítása, valamint rámutat a testnevelő tanár felelősségére, hiszen „a sportpályán a tanuló hetenként több alkalommal levetkezik a testnevelési tanár előtt" (Kiss, 1947. 1.). Első olvasásra talán furcsának tűnik a megjegyzés, de Kiss érvelése teljesen logikus, a testnevelőnek ismernie kell a fiatal emberek fejlődő szervezetét, és észre kell vennie a higiéniai követelmények elhanyagolására utaló jeleket a bőrön, a hajon, a fehérneműn, általában az ifjú testén és ruházkodásán.

Az 1946-os tantervet követően az általános iskolákban 1950-ben vezettek be új tantervet.[21] Abban az évben a *Köznevelés* augusztus elseji lapszámában több – szerző feltüntetése nélküli – cikk is az új tantervvel foglalkozott.[22] Az új tanterv létjogosultságának indoklásánál a szerző leszögezte, hogy mindenképpen előrelépés volt az általános iskola bevezetése, hiszen az egységes iskola a különböző társadalmi rétegek gyermekei számára egységes tudást biztosíthatott, ugyanakkor

> „mint a Magyar Dolgozók Pártja március 29-i határozata rámutatott: az általános iskola eddigi óraterve volt egyik fő okozója a dolgozók gyermekei nagyfokú lemorzsolódásának. Az ötödik osztály hirtelen nagy megterhelést jelentett a negyedik osztályhoz képest, ezért sok gyermek már a felső fokozatba se jutott el. A nyolcadik osztály anyagának túlterheltsége pedig azt eredményezte, hogy sok tanuló nem tudta befejezni az általános iskolát, túlkorosság címen kimaradt, és így nem juthatott el a középiskolába. Az általános iskola tantervének hibái több évre kihatóan akadályozták a középiskolák és végső fokon a főiskolák benépesítését munkásifjakkal."[23]

Az új tanterv elsődleges feladatai voltak: az ötödik osztály buktató jellegének a megszüntetése, a nyolcadik osztály megterhelésének a csökkentése, valamint elsősorban a természettudományos nevelés eredményesebbé tétele. Az új tantervből kikerült a Szabad beszélgetés tantárgy, viszont 8. osztályban heti 3 órában került bevezetésre Az ember élettana és egészségtana című óra.

Ugyanebben a számban, azaz amelyben az új tanterv bemutatásra került, külön – szintén szerző megjelölése nélküli – írás mutatta be a természetrajz témakör tantárgyait és azok tananyagát.[24] Habár az új tanterv indoklásában az szerepel, hogy a felső tagozatos tantárgyak túl nehezek voltak, így sok gyermek bukott ki az általános iskolából, a természetrajz tantárgycsoporttal kapcsolatban az a kritika szerepel mindössze néhány oldallal később, hogy

> „a tanterv nyomán készült könyvek – mesekönyvek. Csupán az a célkitűzésük, hogy a tanulók házának környékéről kiindulva az egész élő és élettelen természetet »lerajzolják« és ezáltal »megszerettessék« azt. Ezek a könyvek, a tanterv alapvető hibáját kihasználva, hű szolgái voltak a klerikális reakciónak és mindennemű tárgyi ismerettől megfosztották a tanulókat."[25]

A kritikának az 1946-os tantervben szereplő Az ember élete című tantárgyról is lesújtó véleménye van:

> „ez a tárgy korlátlan lehetőségeket nyújtott a tudományellenes, klerikális és burzsoá propaganda számára. A részletes útmutatás szerint »Az ember élete lényegében öt nagy ismeretkörből tevődik össze: fiziológiából, biológiából, lélektanból, társadalomtudományból és egészségtanból«. Erre a különös zagyvalékra az útmutatás szerint azért van szükség, mert ebből megtanulják a tanulók, hogy »öröklés és környezet (társadalom) együtt alakítják az embert«. Mindez nem más, mint kártékony burzsoá áltudomány."[26]

A fenti idézetből jól kirajzolódik, hogy az egészségtani ismereteket, amelyeket egyébként Mérei Ferenc dolgozott ki, a mai tudományfelfogásnak maximálisan megfelelve tanították, és ezt 1950-ben teljesen félreértelmezték, és az állami ideológiára, az államberendezkedésre veszélyesnek tartották. Ennek az oka az volt, hogy úgy vélték, hogy ez az elmélet a „dolgozók nyomorát öröklött, megváltoztathatatlan biológiai, pszichológiai adottságoknak igyekszik feltüntetni",[27] pedig egyértelmű, hogy erről szó sem volt.

Az előzmény ugyanis 1949-ben az általános iskolai tantervek – elsősorban ideológiai indokokból történő – felülvizsgálata volt. A tanterv bírálatát Mérei Ferenc, az Országos Neveléstudományi Intézet igazgatója foglalta össze rendszeresen az ONI Értesítőjében (Mérei, 1949a, 1949b). Az áttekintés egyik legfőbb szempontja a tudományos rendszeresség megkövetelése volt. Ezt a következetes tárgy- és ismeretközpontúságot, amit Mérei megkövetelt, – tévesen – a képességfejlesztés tudatos és nyíltan vállalt háttérbe szorításaként értelmezték (Knausz, 1988). A Mérei-féle neveléspolitika ugyanis új tanterv bevezetése nélkül is változtatott a tananyagon és a tankönyveken: a Természetrajz tantárgy megszűnt, és helyére a Természetismeret lépett, valamint Az ember élete című tantárgytól különválasztották az Egészségtant, de a *Köznevelés*ben megjelent cikk anonim szerzője mindezt csak felesleges változtatásnak tartotta. Elismerte, hogy ugyan a pszichológiai tartalmakat csökkentették, és beiktatták – két oldal terjedelemben – a micsurini biológiát, de kritikaként fogalmazta meg a tananyag aránytalanságát is, ami – a szerző szerint – nemzetgazdasági károk okozására is alkalmas lehetett. „A kenguruval több mint 20 sor foglalkozik, a házi kecskével pedig alig 9."[28] Ugyanakkor teljesen jogos felvetés, hogy a természetrajz tantárgycsoportnál a tananyag szerkesztésénél nem vették figyelembe az évszakok változását a tanév során, pedig ezzel az élet körforgásának a tantervbe való természetes becsatornázását és a szemléltetés megkönnyítését érhették volna el.

A cikkből kiderül, hogy az 1949-ben egy évre különválasztott Egészségtan tantárgy újbóli összevonása az Élettannal 1950-től azért is történt meg, mert az Egészségtant a

Szovjetunióban sem tanították ekkor külön tantárgyként. Az új, Az ember élettana és egészségtana című tantárgy fő célja most már „a szocialista termelés szolgálata" lett. A tanórán a diákoknak meg kellett ismerkedniük azokkal az élettani változásokkal, amelyek a munkavégzéskor fellépnek, és tisztában kellett lenniük a pihenés és a sportolás fontosságával. El kellett sajátítaniuk az egészséges életmód szabályait és a társadalom egészségügyének alapvető törvényeit is.

A *Köznevelés* következő számában meg is jelentek az új tankönyvek pályázatához készített szempontrendszerek[29], ahol néhány speciális szempontot is kiemel Kontra György *Az ember élettana és egészségtana* című tankönyv készítéséhez (Kontra, 1950. 474.). Felhívja a figyelmet annak a fontosságára, hogy a tankönyvszerzőknek helyesen kell majd összekapcsolniuk az emberi szervezet felépítésére és működésére vonatkozó ismereteket az egészségtani ismeretekkel, valamint kerülniük kell a biologizmust és a teologikus magyarázatokat. A leendő tankönyv legfontosabb feladataként a diákok higiénikus életmódra nevelését határozta meg.

Összegzés

Tanulmányomban kísérletet tettem a magyar iskolarendszer egyes iskolatípusaiban – az elemi iskola, a (fiú) polgári iskola, valamint az általános iskola első öt tanévének tanulmányozásával – megkeresni és bemutatni azokat a csomópontokat, ahol az egészségnevelés, az iskola-egészségtan központi témaként jelenik meg, helyzetében pozitív vagy negatív irányú változás áll be. Míg a 19. században az akkor már működő, fent említett iskolatípusok tantervében nevesítve még nem jelent meg az egészségtan tantárgy, az egészséges iskola, az iskola és az egészség témakörével már komolyan foglalkoztak. Az 1905-ös elemi népiskolai tantervbe ugyan még nem került be ilyen tananyagtartalom, de az 1917-es (az 1905-ös tantervhez kiadott) kiegészítés kiadása érzékelteti annak a társadalmi igénynek a megjelenését, hogy a gyermekek mind a saját higiénéjükkel, mind a betegápolás kérdéseivel tisztában legyenek. Az okok között a háború pusztításán túl a korabeli pandémiák, mint a kolera, és más fertőző betegségek, pl. a tuberkolózis, a szifilisz terjedése megelőzésének a gondolata is felsejlik. 1925-től már minden vizsgált iskola tantervében szerepelt valamilyen módon az egészségre való nevelés, az egészséges életmód fontossága. A hangsúlyok persze ide-oda tolódtak, de az egészséges táplálkozás fontossága, a személyes higiénia hangsúlyozása konstans módon megmaradt. Érdekes adalék lehet akár nőnevelés-történeti kutatásokhoz, hogy milyen nagy eltérés mutatkozik egy-egy tantervben a lányok és a fiúk elsajátítandó ismeretanyaga között az egészségtan és az élettan területén. A második világháború után pedig az első – nagyrészt a korábbi polgári iskolától átvett – tanterv 1950-ben napvilágot látott kritikái mutatnak rá arra, hogy a korszakban még az egészségtan oktatása is átpolitizálódott, a hangsúlyt minden kor a maga által legfontosabbnak tartott probléma megoldására helyezte, itt a szovjet modell követését, és a munkásság egészségmegőrzésének fókuszba állítását láthatjuk.

A kutatás folytatására nyilvánvalóan szükség van, a vizsgált korszak mélyebb feltárása, az Egészségtan tantárgy történeti alakulásának napjainkig történő követése egy újabb kutatás témája lehet.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

Antall, J. & Kapronczay, K. (1975). Fodor József és az iskolaegészségügy. *Orvosi Hetilap, 116*(28), 1647–1650.

Bereczki, S. (1998). A Juhász Gyula Tanárképző Főiskola története. In *Szegedi Tanárképző Főiskola. Történet. Almanach.* 11–346.

Felvinczi, K. (1998). A mentálhigiéné és az egészségmegőrzés lehetőségei a közoktatásban. *Iskolakultúra, 8*(5), 17–30.

Fizel, N. (2018). *A magyar polgári iskolai tanárképzés története (1868–1947). Esély az együttműködésre – Professzionalizáció és intézményesülés.* Gondolat Kiadó.

Fizel, N. (2022). Az általános iskolai tanárképzés bevezetése körüli vita (1945–1947). *Módszertani Közlemények, 62*(1), 3–21.

Gyarmati, Gy. (2021). *A Rákosi-korszak. Rendszerváltó fordulatok évtizede Magyarországon 1945−1956.* Rubicon Intézet.

Juba, A. dr. (1899). Az iskola-egészségügy reformja. *Orvosi Hetilap, 43*(17), 205–206.

Kaldau, D. (2008). Az egészségtan iskolai oktatásának szerepe és helye a neveléstudományban (1870–1995). *Képzés és gyakorlat, 6*(2–3), 3–19.

Katona I. (1961). Fejezetek az iskolaegészségügy történetéből. *Orvostörténeti Közlemények, 7*(21–22), 221–244.

Katona, I. dr. (1972). A magyar iskolaegészségügy történetének rövid áttekintése. In Róna, B. (szerk.), *Egészségtan.* Tankönyvkiadó. 12–15.

Kellner, D. dr. (1945). Az orvos és a nevelés. *Köznevelés, 1*(5), 9–10.

Kenyeres, Á. (1967). *Magyar Életrajzi Lexikon.* Akadémiai Kiadó.

Kiss, Á. (1947). Egészségi nevelés. *Köznevelés, 3*(8), 1–2.

Kiss, J. (1794). *Egésséget tárgyazó katechismus a köz-népnek és az oskolába járó gyermekeknek számára, hogy tudhassák egésségjeket betsülni és őrizni*. https://oszkdk.oszk.hu/storage/00/00/26/91/dd/1/276_789opt.pdf Utolsó letöltés: 2022. 10. 03.

Knausz, I. (1988). Szakszerűség és politikum az Országos Neveléstudományi Intézetben. *Pedagógiai Szemle, 38*(11), 1042–1047.

Kontra, Gy. (1950). Természetrajz – Általános iskola VI. és VIII. osztálya. *Köznevelés, 6*(16), 474–475

Kuchárik, J. (1946). A testi nevelés új iránya. *Köznevelés, 2*(7), 8.

Lukács, S. (1982). Iskolapolitikánk a felszabadulás után. *Valóság, 35*(8), 35–50.

Mann, M. (2004, szerk.). *Oktatáspolitikusok és koncepciók a XX. században.* ÖNKONET.

Mérei, F. (1949a). Az általános iskolai tanterv kritikája. A felső tagozat óraterve. *ONI Értesítő,* 2.

Mérei, F. (1949b). Az általános iskolai tanterv kritikája. Természetrajz. *ONI Értesítő,* 3.

M.G. (1885). A harmadik egyetemes tanítógyűlésvégrehajtó-bizottságának Szent István napján megtartott nagygyűlése. *Néptanítók Lapja, 18*(67), 530–534.

Németh, A. (2009). A magyar egyetemi neveléstudomány szocialista paradigmájának kialakulása az 1945–1953 közötti időszakban. In Németh, A. & Biró, Zs. H. (szerk.), *A magyar neveléstudomány a XX. század második felében.* Gondolat Kiadó. 26–56.

Pukánszky, B. & Németh, A. (1998). *Neveléstörténet.* Osiris Kiadó.

Romsics, I. (2001). *Magyarország története a XX. században*. Osiris Kiadó.

Tigyi Zoltánné Pusztafalvi, H. (2011). Az egészségnevelés intézményesülésének folyamata hazánkban a dualizmus korától a második világháború végéig. *Doktori disszertáció.* https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/5141/tigyi-zoltanne-pusztafalvi-henriette-phd-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y Utolsó letöltés: 2022. 12. 16.

Jegyzetek

[1] Pótlás az 1905. évi junius 16-án 2202. ein. számú vallás- és közoktatásügyi, min. rendelettel kiadott elemi népiskolai tantervhez és utasításokhoz (1917). *Hivatalos Közlöny, 25*(27), 539.

[2] 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről. Szentesítve: 1876. IV. 3. Kihirdetve: az országgyűlés mindkét házában 1876. IV. 8. https://net.jogtar.hu/getpdf?docid=87600014.TV&targetdate=&printTitle= 1876.+%C3%A9vi+XIV.+t%C3%B6rv%C3%A9nycikk&referer=1000ev Utolsó letöltés: 2022. 10. 03.

[3] *Magyar Statisztikai Évkönyv 1901* (1902). Magyar Kir. Központi Statisztikai Hivatal. 300.

[4] *Magyar Statisztikai Évkönyv 1901* (1902). Magyar Kir. Központi Statisztikai Hivatal. 330.

[5] 1883. évi I. törvénycikk a képviselők minősítéséről.

[6] Pótlás az 1905. évi junius 16-án 2202. ein. számú vallás- és közoktatásügyi, min. rendelettel kiadott elemi népiskolai tantervhez és utasításokhoz (1917). *Hivatalos Közlöny, 25*(27), 536–539.

[7] Pótlás az 1905. évi junius 16-án 2202. ein. számú vallás- és közoktatásügyi, min. rendelettel kiadott elemi népiskolai tantervhez és utasításokhoz (1917). *Hivatalos Közlöny, 25*(27), 536.

[8] Pótlás az 1905. évi junius 16-án 2202. ein. számú vallás- és közoktatásügyi, min. rendelettel kiadott elemi népiskolai tantervhez és utasításokhoz (1917). *Hivatalos Közlöny, 25*(27), 539.

[9] *Tanterv az elemi népiskola számára* (1925). Kiadta a m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter 1925. évi május hó 14-én 1467. eln. számú rendeletével.

[10] *Tanterv az elemi népiskola számára* (1925). Kiadta a m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter 1925. évi május hó 14-én 1467. eln. számú rendeletével. 41.

[11] *Tanterv és utasítások a népiskola számára* (1932). Kiadta a m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter 2.495/1932. eln. sz. rendeletével.

[12] *Tanterv és útmutatások a nyolcosztályos népiskola számára* (1941). Kiadta a m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter 55.000/1941. V. számú rendeletével.

[13] *Tanterv és útmutatások a nyolcosztályos népiskola számára* (1941). Kiadta a m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter 55.000/1941. V. számú rendeletével. 34.

[14] Tanterv a polgári fiúiskolák számára (1918). Kiadta a vallás- és közoktatásügyi miniszter 1918. évi április hó 30-án a 70022. sz. rendeletével. *Hivatalos Közlöny, 26*(12), 32.

[15] *Tanterv és utasítás a polgári fiúiskolák számára* (1927). Kiadta a m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter 1918. évi április hó 30-án 70.022. és 1927. évi július hó 4-én 1434. eln. sz. a kelt rendeletével.

[16] A m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter 8525/1943. V. K. M. számú rendelete a polgári fiúiskolai óraszám és tanítási anyag csökkentése tárgyában (1943). *Hivatalos Közlöny, 51.* (5), 110–112.

[17] A m. vallás- és közoktatásügyi miniszter 37.000/1945. V. K. M. sz. rendelete az 1945/46. iskolai év megnyitásának és tanulmányi rendjének szabályozása tárgyában (1945). *Köznevelés, 1*(4), 17–33.

[18] *Tanterv az általános iskola számára* (1946). Kiadta a magyar vallás- és közoktatásügyi miniszter 75.000/1946. V. K. M. számú rendeletével. Országos Köznevelési Tanács.

[19] *Tanterv az általános iskola számára* (1946). Kiadta a magyar vallás- és közoktatásügyi miniszter 75.000/1946. V. K. M. számú rendeletével. Országos Köznevelési Tanács. 10.

[20] *Tanterv az általános iskola számára* (1946). Kiadta a magyar vallás- és közoktatásügyi miniszter 75.000/1946. V. K. M. számú rendeletével. Országos Köznevelési Tanács. 60.

[21] *A vallás- és közoktatásügyi miniszter 1200—A—7/1949. V. K. M. számú rendelete az általános iskolai óraterv módosításáról.* (Közigazgatási rendszám: 1200.)

[22] Az általános iskola új óraterve. (1950) *Köznevelés, 6*(15), 438–440.

[23] Az általános iskola új óraterve. (1950) *Köznevelés, 6*(15), 438.

[24] A természetrajz tananyaga. (1950) *Köznevelés, 6*(15), 446–449.

[25] A természetrajz tananyaga. (1950) *Köznevelés, 6*(15), 446–449.

[26] A természetrajz tananyaga. (1950) *Köznevelés, 6*(15), 446.

[27] A természetrajz tananyaga. (1950) *Köznevelés, 6*(15), 447.

[28] A természetrajz tananyaga. (1950) *Köznevelés, 6*(15), 447.

[29] Szempontok a tankönyvpályázathoz. *Köznevelés, 6*(16), 472–474.

Absztrakt

Tanulmányomban az egészségügyi ismeretek, az egészségtan tantárgy első magyar tantervekben való megjelenését vizsgáltam meg az 1917-ben megjelent első ilyen tartalmú tantervkiegészítéstől az 1946-ban életre hívott általános iskola első tanterveire vonatkozóan.

Kulcsszavak: egészségtan, egészségmegőrzés, egészségfejlesztés, általános iskola

tanulmány

Sárvári Tünde[1] – Nádudvari Gabriella[2]

[1] Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Nemzetiségi Intézet Német és Német Nemzetiségi Tanszék, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport
[2] Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet Egészségszociológia és Életmód Tanszék, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Egészségfejlesztés az iskolában. Jó gyakorlatok Németországból

Az iskolai oktató-nevelő tevékenység szerves részét képező korszerű egészségfejlesztő szemlélet közvetítésében kiemelt szerephez juthatnak a cselekvés- és élményalapú projektek. Kutatásunk során arra voltunk kíváncsiak, hogy a projektmódszer alkalmazásában élen járó Németország iskoláiban milyen országos és tartományi szintű egészségfejlesztő programok valósultak meg, és mely programok adaptálhatók a magyarországi viszonyokra.

Bevezetés

Annak ellenére, hogy az Európai Unió (EU) tagállamainak hasonló problémákkal kell megbirkózniuk az egészségügy terén, a népegészségügy és az egészségfejlesztés hosszú ideig nem képezte a közösségi politikák részét. Először 1992-ben, a Maastrichti Szerződésben vált hangsúlyossá ez a kérdés. A szerződés azonban ezen a területen nem tartalmazta a jogharmonizáció szükségességét, így a közösségi népegészségügyi politika elsődleges célja az együttműködések elősegítése és a nemzeti politikák összehangolása lett.

Magyarország Alaptörvénye XX. cikkének (1) bekezdése (MA, 2011) kimondja, hogy „mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez". Ez a megfogalmazás is egyértelműen jelzi, hogy hazánk az egészség tágabb, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) általi egészségmeghatározását veszi alapul. A hagyományos felfogás a betegség hiányaként határozta meg az egészséget. Ez a fogalom azonban folyamatosan változik, fejlődik. Napjainkban az egészség nemcsak a testi, de a lelki és a szociális jóllétet is jelenti. Az Alaptörvénnyel összhangban 2015-ben fogadták el az *Egészséges Magyarország 2014–2020* (EM, 2015), illetve 2021-ben annak folytatásaként az *Egészséges Magyarország 2021–2027* (EM, 2021) elnevezésű stratégiát, amely meghatározza a fő népegészségügyi célokat és tennivalókat Magyarországon. A stratégia egyik kiemelkedően fontos elemét képezi a teljeskörű intézményi/iskolai egészségfejlesztés (TIE).

A TIE az egészség megőrzését, fejlesztését, a betegségek hatékony megelőzését, az egészségtudatos magatartást és az egészségismereten alapuló szemléletet elősegítő intézményi/iskolai tennivalók összefoglaló neve. A TIE kiterjed minden tanulóra, a teljes tantestületre és alkalmazotti közösségre, és az iskolaegészségügyi szolgálat szakemberei, a szülők és az iskola környezetének bevonásával, szakmai segítés és ellenőrzés mellett valósul meg. Az Oktatásért Felelős Államtitkárság és az

Egészségügyért Felelős Államtitkárság 2016 márciusában elkészítette a pedagógusok részére *Az egészség a TIEd is!* című TIE-ajánlást (TIE, 2016). A TIE négy alaptevékenységet határoz meg:

– egészséges táplálkozás (lehetőleg a helyi termelés és a helyi fogyasztás összekapcsolásával),
– mindennapos testnevelés és egyéb testmozgás,
– lelki egészséget segítő nevelés,
– egészség-ismeretek, -készségek átadása.

Az ajánlás a TIE négy alaptevékenységét kiegészítő három fontos tevékenységet is tartalmaz. Ezek a környezet bevonása és alakítása, a nyomon követés és a szakmai segítés.

Hazánk az Emberi Erőforrás Minisztérium által kinevezett magyar nemzeti koordinátor útján 2018 júliusa óta ismét részt vesz a WHO Schools for Health in Europe (SHE) hálózatának munkájában. Ez a hálózat sokat tesz azért, hogy a tagállamok megismerjék egymás jó gyakorlatait.

A Német Szövetségi Statisztikai Hivatal (*Statistisches Bundesamt*) 2022-ben készült felmérése megállapította, hogy az EU-tagállamok közül Németország fordította a legmagasabb összeget az egészségügyre (Europa. Gesundheit, 2022), ami azt mutatja, hogy ez a témakör különösen fontos szerepet játszik a német politikában. Ezért jelen tanulmány a németországi iskolarendszer rövid ismertetése után azt mutatja be, milyen országos, illetve tartományi szintű projektek valósultak meg a németországi iskolákban, és áttekinti, mely projektek adaptálhatók a magyarországi viszonyokra.

A német iskolarendszer

Németországban az oktatást az Alaptörvény 7. cikke (*Grundgesetz Art 7*) szabályozza (GGBRD, é. n.). Ennek értelmében az oktatás Németországban is állami felügyelet alatt áll, de a magyarországi rendszertől eltérően nem országosan, hanem tartományonként szabályozott. Minden tartomány saját oktatási minisztériummal rendelkezik, ami azt jelenti, hogy teljesen eltérő követelményekkel, lehetőségekkel találkozhatunk, attól függően, hogy a 16 tartomány közül melyik iskolarendszert vizsgáljuk. Ezért a továbbiakban általános képet adunk a német iskolarendszerről, megemlítve az esetleges eltéréseket. A bemutatáshoz a Német Szövetségi Oktatási Minisztérium (*Bundesministerium für Bildung und Forschung*, BMBF) által 2020-ban a szövetségi kormány német EURYDICE Információs Központjával együttműködve összeállított anyagát (BWBRDKK, 2018–2019) használjuk fel elsődleges forrásként.

Németországban az iskolakötelezettség hozzánk hasonlóan 6 éves korban kezdődik. Ezt a tartományok oktatási törvénye (*Schulgesetz*) írja elő. Nem jellemző, hogy a gyermekek egy évvel tovább maradnának az óvodában (*Kindertagestätte/Kindertageseinrichtung (Kita)*). Az iskola látogatása kötelező. Az állami általános iskolákban ingyenes az oktatás, de természetesen Németországban is vannak különböző magániskolák, illetve nemzetközi iskolák, ahol tandíjat kell fizetni. Az egyes tartományok nagy szabadságot kapnak számos, iskolával kapcsolatos kérdésben. Ennek köszönhetően nagymértékben változhat, hogy milyen tantárgyakat, milyen tankönyvekből tanulnak a diákok.

Az általános iskolai nevelés-oktatás (*Grundschule/Primarschule*) általában 4 évig tart. Kivételt képez Brandenburg (GBL, 2022) és Berlin (SGB, 2022), ahol viszont 6 évig járnak általános iskolába a gyermekek. Az általános iskola befejezése után a tanuló eredményeitől függően vagy a tanárok és a szülők együtt, vagy az iskolai eredmények

döntenek arról, hogy a diáknak milyen iskolatípus lenne legmegfelelőbb, hol folytassa középiskolai tanulmányait.[1]

Az Oktatási Miniszterek Konferenciája (*Kultusministerkonferenz*) 2015-ben ajánlásokat fogalmazott meg az általános iskolai nevelő-oktató munkára vonatkozóan (BKMK, 2015). Ennek értelmében az egészségnevelés (*Gesundheitliche Bildung*) olyan témakör, amelynek minden tantárgy tanításában jelen kell lennie, mert a megelőzés és az egészségfejlesztés csak akkor tud tartós hatást kifejteni, ha beépül a mindennapi iskolai életbe. Ezért az iskolafejlesztési folyamat és az iskola belső tantervének részeként mind a tantárgyi, mind a tantárgyközi oktatásban figyelembe kell venni, hogy az egyéni védőmechanizmusok erősítése és az önszabályozás az egészségnevelés fontos szempontjai. A nevelő-oktató munka során foglalkozni kell a helyes táplálkozás, a mozgás és a sport népszerűsítésével, a biztonságra neveléssel, a higiéniai oktatással, az erőszak, a függőség megelőzésének szempontjaival, a zaklatás vagy szexuális visszaélés kérdéseivel általános iskolában is.

Az Oktatási Miniszterek Konferenciájának (*Kultusministerkonferenz*) 2006. évi határozata (BKMK, 2006) értelmében Németországban a középiskoláknak öt típusát különböztetjük meg:

– *Gymnasium* (gimnázium)
– *Hauptschule* (általános képzést nyújtó iskola),
– *Realschule* (reáliskola),
– *Gesamtschule* (az összes német iskolatípust egyesítő iskola),
– *Sonder-/Förderschule* (gyógypedagógiai/fejlesztő iskola).

A legjobb iskolai eredményt elért diákok általában az úgynevezett *Gymnasium*-ban tanulnak tovább. Ez az iskolatípus nagymértékben hasonlít a magyarországi nyolcosztályos gimnáziumokra. A diákok 8 vagy 9 évig tanulnak itt, és a 12. vagy 13. évfolyam végén (szakmai) érettségi vizsgát (*Abitur*) tesznek. A németországi gimnazisták általában 2–3 idegen nyelvet is tanulnak. A sikeres érettségi vizsga után a legjobbak egyetemi (*Universität*) vagy más felsőoktatási képzésben vesznek részt (*Hochschule/Fachhochschule*), de bekapcsolódhatnak a szakképzésbe is (*Berufsausbildung*) (SDG, 2017).

A kevésbé jó iskolai eredményekkel rendelkező diákok az úgynevezett *Hauptschulé*t, a *Realschulé*t vagy a *Gesamtschulé*t választhatják. Mindhárom iskolatípusban az 5. évfolyamon kezdődik az oktatás, ami a *Hauptschulé*ban négy évig, a *Realschulé*ban és a *Gesamtschulé*ban öt évig tart. A diákok a *Hauptschulé*ban gyakorlati tárgyakat is tanulnak, és a képzés végén vizsgáznak, megszerezve az úgynevezett *Hauptschulabschluss*t. A sikeres vizsga után vagy a már említett szakképzésben vesznek részt, vagy folytatják tanulmányaikat. Meg kell azonban jegyezni, hogy ez az iskolatípus egyre kevésbé van jelen a német oktatási rendszerben (Bronder, Ipfling és Zenke, 1998).

A *Realschule* egy fokkal magasabb szint, mint a *Hauptschule*. Itt is vizsgáznak a tanulók a 10. évfolyam végén, és megszerzik az úgynevezett *Realschulabschluss*t. Aki szeretne érettségizni és/vagy továbbtanulni, annak egy kiegészítő képzésben kell részt venni (SDR, 2022).

Néhány tartományban létezik a középiskola negyedik formája, az úgynevezett *Gesamtschule*. Ez az iskolatípus egyesíti az összes, eddig bemutatott iskolatípust. Ez általában a *Hauptschule* és a *Realschule* között helyezkedik el. Az általános iskolából ideérkező diákoknak lehetőségük van arra, hogy a tantárgyakat a saját szintjüknek megfelelően tanulják. Amelyik tantárgyból kimagaslók az eredményeik, azt akár gimnáziumi szinten is, amelyik tantárgy tanulása nehézséget jelent nekik, azt pedig alapszinten tanulhatják (BE, 2011).

1 https://schule-in-deutschland.de/grundschule/

A német iskolarendszer sajátos típusa az úgynevezett *Sonderschule* vagy *Förderschule*. A *Sonderschule* elnevezést negatív csengése miatt egyre ritkábban használják, helyette a legtöbb tartományban a *Förderschule* megnevezést részesítik előnyben. Ebben az iskolatípusban a sajátos nevelési igényű, oktatási, fejlődési és tanulási lehetőségeik szerint többé-kevésbé fogyatékossággal élő tanulók szegregált nevelését-oktatását látják el. Ez az iskolatípus egyfajta gyógypedagógiai módszertani intézmény (BWBRD, 2018–2019).

Az oktatási miniszterek 2006. évi határozata azt is kimondja, hogy mindegyik iskolatípusban az egyik legfontosabb cél a tanulók mentális, érzelmi és fizikai fejlődésének elősegítése, azaz az egészségfejlesztés. A továbbiakban áttekintjük, mi az iskolai egészségfejlesztés célja Németországban, és milyen témakörök állnak a németországi általános és középiskolai egészségfejlesztés fókuszában.

A német egészségfejlesztő iskolákban (gesundheitsfördernde / [gute] gesunde Schulen) az iskolai egészségfejlesztés életképes iskolafejlesztési koncepciónak számít, amelynek jelentősége vitathatatlan mind a tanulók és a tanárok, mind az iskolarendszer egésze számára. Az adott iskolai koncepció prioritásait csak az érintettek, azaz az iskola pedagógusai, tanulói, a tanulók szülei és az iskola nevelő-oktató munkát segítő munkatársai határozhatják meg. Az egészségfejlesztő iskola úgy vizsgálja és fejleszti az iskola kialakítását, hogy mindenki, aki az iskolai életben részt vesz, fejleszthesse egészségügyi potenciálját. Nincsenek olyan csodaszerek, amelyek „egészséges iskolához" vezetnének, függetlenül az iskola típusától és az iskola sajátos követelményeitől.

Az iskolai egészségfejlesztés célja és témái Németországban

Az egészséges fejlődést gyermek-, illetve serdülőkorban tudjuk megalapozni. Ehhez nélkülözhetetlen a kiegyensúlyozott táplálkozás, a kellő mennyiségű testmozgás, az eredményes stresszkezelés, az ellenálló képesség (*reziliencia*) erősítése, a szenvedélybetegségek hatékony megelőzése, valamint az erőszakmentesség elvének terjesztése. Ezért ezek a témakörök állnak Németországban az iskolai egészségfejlesztés és prevenció középpontjában. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy ezek a területek átfedik egymást, összefonódnak, így a fejlesztés során nem szabad külön egységekként kezelni őket.

A német egészségfejlesztő iskolákban (*gesundheitsfördernde / [gute] gesunde Schulen*) az iskolai egészségfejlesztés életképes iskolafejlesztési koncepciónak számít, amelynek jelentősége vitathatatlan mind a tanulók és a tanárok, mind az iskolarendszer egésze számára. Az adott iskolai koncepció prioritásait csak az érintettek, azaz az iskola pedagógusai, tanulói, a tanulók szülei és az iskola nevelő-oktató munkát segítő munkatársai határozhatják meg. Az egészségfejlesztő iskola úgy vizsgálja és fejleszti az iskola kialakítását, hogy mindenki, aki az iskolai életben részt vesz, fejleszthesse egészségügyi potenciálját. Nincsenek olyan csodaszerek, amelyek „egészséges iskolához" vezetnének, függetlenül az iskola típusától és az iskola sajátos követelményeitől. A már megvalósult koncepciók azonban számos jó gyakorlatot eredményeztek, mint például az aktív szünetek bevezetése (Baumann, 2013), ahol a mozgásé a főszerep a tanórák közötti szünetben

is (vö. *Bewegte Schule*), az egészséges iskolai étkeztetés biztosítása, a hulladék mennyiségének csökkentése, a jó légkör megteremtése, a szenvedélybetegségek és az erőszak megelőzése, a stresszkezelés, a participáció és az együttműködés elvének alkalmazása, de fontos szerepet kapott a pedagógusok egészsége is (Gesunde Schule…, 2022).

Az egészségfejlesztő iskolák a participáció elvét követve vonják be a tanulókat életkoruknak megfelelő módon az egészséges fejlődést elősegítő intézkedésekbe, ajánlatokba. A programok azt a célt szolgálják, hogy a tanulókban tudatosodjon, milyen már meglévő lehetőségeik és erőforrásaik vannak, mint például az önbecsülés, és erősödjön a tanulók egészségfejlesztő magatartása. A szülők és más érdekelt felek fontos partnerek, akiket be lehet vonni az egészségfejlesztés és a megelőzés folyamatába. Az iskolai holisztikus egészségfejlesztésben a pedagógusok és a nevelést, oktatást segítő személyek egészsége is nagy szerepet játszik.

Az iskola egészségfejlesztéssel kapcsolatos terveinél fontos, hogy az egészségfejlesztés és a megelőzés beépüljön a mindennapi életbe. Az iskolai környezet egészségfejlesztési intézkedései vonatkoznak egyrészt a gyermekek és a fiatalok általános állapotára, másrészt pedig a gyermekek és a fiatalok egészséggel kapcsolatos magatartására. A tervezésnél nagy hangsúlyt kap, hogy az iskola egészét egészségesebbé tegyék: pihenőhelyiségeket, játszótereket alakítsanak ki, az iskola belső tereiben is olyan területeket hozzanak létre, amelyek lehetővé teszik a szünetekben a testmozgást és a kiegyensúlyozott étkezést. A fenntartható siker érdekében fontos, hogy mindenki közreműködjön ebben a tervezésben és megvalósításban: a tanulók, a tanárok és a szülők minél aktívabban és folyamatosan vegyenek részt a folyamatokban. Más szereplőkkel, például balesetbiztosítókkal, jóléti szervezetekkel vagy sportklubokkal való hálózatépítés szintén hozzájárulhat ahhoz, hogy a változások tartósak legyenek.

Az iskolai egészségfejlesztésben különböző intézkedések kapcsolódnak egymáshoz. Az „egészséges iskolában" (*gute gesunde Schule*) mind a környezetet, mind az egyes embereket vagy csoportokat és szükségleteiket figyelembe veszik. A célok között szerepel (Paulus és Dadaczynsky, 2020):

– minden, a mindennapi iskolai életben részt vevő személy (például tanulók, tanárok, iskolaorvosok, iskolapszichológusok, fenntartók és szülők) bevonása az iskola mint egészségfejlesztő környezet tervezésébe,
– a tanulók személyes képességeinek és teljesítményének elősegítése annak érdekében, hogy egészségtudatossá váljanak, önállóan cselekedjenek, és saját kezükbe tudják venni egészségüket,
– hálózat kialakítása az iskolák és a regionális környezet között,
– a tanárok, szülők és tanulók kommunikációs és kooperatív készségeinek fejlesztése (pl. az iskolai stressz kezelése, az önbecsülés, az önállóság, a csapatmunka és a kommunikációs készségek elősegítése stb.),
– innovatív projektek, intézkedések dokumentálása, terjesztése.

Ha ezek az intézkedések beépülnek a mindennapi iskolai életbe, támogatják a gyermekeket és a fiatalokat az egészséges életmód kialakításában. A továbbiakban néhány, a németországi általános és középiskolákban országos és/vagy tartományi szinten már megvalósult egészségfejlesztési koncepciót ismertetünk. A projekteknél bemutatjuk a célcsoportot, a projekt célját, tartalmát. A projektek kiválasztásánál meghatározó szempont volt, hogy általános és középiskolára is mutassunk példákat, amelyek az egészséges fejlődéshez nélkülözhetetlen témaköröket (kiegyensúlyozott táplálkozás, kellő mennyiségű testmozgás, eredményes stresszkezelés, reziliencia erősítése, szenvedélybetegségek hatékony megelőzése, az erőszakmentesség elvének terjesztése) állítottak a fejlesztés középpontjába.

Egészségfejlesztési és egészségvédelmi projektek a német iskolákban

Mint a németországi iskolarendszert bemutató fejezetben már említettük, az oktatás területén az egyes tartományok nagy önállósággal rendelkeznek. Ez vonatkozik az oktatásügyhöz tartozó projektekre is. Ezért az egészségfejlesztési és egészségvédelmi projektek terén is mutatkoznak eltérések. Az alábbiakban olyan projekteket mutatunk be, amelyek több német tartományban is sikerrel működnek. A könnyebb áttekintés érdekében táblázatban foglaljuk össze az egészséges fejlődéshez nélkülözhetetlen témakörökhöz kapcsolódó projektek német elnevezéseit, célcsoportját és legfontosabb célkitűzéseit. Ezt követi a projektek részletes bemutatása.

1. táblázat. Iskolai egészségvédelmi és egészségfejlesztési projektek Németországban

Témakörök	A program elnevezése németül	A program célcsoportja	A program célkitűzése
kiegyensúlyozott táplálkozás	5 am Tag für Kids	óvodások, általános iskolások	a gyermekek számára vonzóbbá tenni a zöldség-, gyümölcs- és tejtermékfogyasztást; népszerűsíteni az egészségesebb táplálkozást
	Mehr bewegen – besser essen	általános iskolák 4. és középiskolák 5. osztályos diákjai	tudatosítani a gyermekekben, hogy figyeljenek önmagukra, a tudatos táplálkozásra, a környezetre
kellő mennyiségű testmozgás	Mehr bewegen – besser essen		
	Bewegte Schule	általános és középiskolás diákok	a tanulókat az aktív életmódra és az élethosszig tartó sportolásra motiválni; minden nap mozgással kísérni a tanulást, tanítást, és ezzel hozzájárulni a mindennapi iskolai élet sikeréhez
reziliencia erősítése, eredményes stresszkezelés	Balu und Du	általános iskolások	személyes odafigyeléssel és aktív szabadidős tevékenységekkel támogatni a gyermekeket abban, hogy megtanulják, hogyan tudnak sikeresen úrrá lenni a mindennapi élet kihívásain
	Lions Quest	10-21 éves gyermekek és fiatalok	erősíteni a gyermekek és a fiatalok lelki ellenállóképességét
	Schule ohne Stress	gyermekek	leküzdeni az iskolai stresszből fakadó mentális problémákat, pszichoszomatikus zavarokat, fejfájást, hasfájást, alvászavarokat

Témakörök	A program elnevezése németül	A program célcsoportja	A program célkitűzése
szenvedélybetegségek hatékony megelőzése	Weiße Weihnachten	családok	az ünnepek alatt visszaszorítani az alkoholfogyasztást, szolidaritást vállalni azokkal a gyermekekkel, akik függőséggel terhelt családban élnek
	Be Smart – Don't Start	főként 6–8. osztályos diákok	fellépni a dohányzás ellen
az erőszakmentesség elvének terjesztése	Fair player	általános és középiskolás diákoknak, szülőknek	segíteni az iskolában, a szabadidőben és az interneten előforduló erőszak elleni megküzdésben
	Gewaltfrei Lernen	3-20 éves gyermekek és fiatalok	fejleszteni a szociális kompetenciát, a team-munkát és a konfliktuskezelést, a kiközösítés, a mobbing és a testi zaklatás elleni megelőzési és beavatkozási stratégiákat közvetíteni
	Sicher – Stark	gyermekek	megóvni a gyermekeket az erőszaktól, a mobbingtól, az internetes veszélyektől és mindennemű visszaéléstől
	PaC	közösségek (például egy város) és azok oktatási intézményei	az erőszak elleni prevenciót és a szociális tanulást támogatni
	Schule ohne Rassismus – Schule mit Courage	általános és középiskolák	védeni az emberi méltóságot, küzdeni a vallás, a szociális státusz, a nem, a testi adottságok, a politikai nézetek, a szexuális orientáció alapján történő diszkrimináció ellen

Célkitűzés: Kiegyensúlyozott táplálkozás, kellő mennyiségű mozgás

Az 1. táblázatból is kiolvasható, hogy több olyan projekt van, amely nemcsak a kiegyensúlyozott étkezést, de a kellő mennyiségű mozgást is a célcsoport mindennapjainak szerves részévé kívánja tenni, ezért ezeket a programokat egy kategóriába soroltuk. Ugyancsak emellett szól az a tény, hogy ezek a programok a fizikai jóllétre fókuszálnak.

A 5 am Tag für Kids[2], azaz a „Naponta ötször" elnevezésű projekt címe a jól ismert étkezési szabályra vonatkozik, amely kimondja, hogy az optimális szellemi és fizikai fejlődés érdekében a gyermekeknek napi 5 adag gyümölcsöt és zöldséget kell fogyasztaniuk. A programban részt vevő diákok naponta két adag gyümölcsöt és három adag

2 https://www.5amtag.de/projekte/5-am-tag-in-der-schule/ Utolsó letöltés: 2022. 09. 03.

zöldséget kapnak az étkezések során. A program célja, hogy vonzóbbá tegye a gyermekek számára a zöldség-, gyümölcs- és tejtermékfogyasztást, és népszerűsítse az egészségesebb táplálkozást.

Az iskolai programot, amelyben a 2017/2018. tanév óta 12 német tartomány iskolái vesznek részt, az Európai Unió finanszírozza. Az anyagi támogatás feltétele, hogy az oktatási intézmények didaktikai elvek mentén kísérjék az iskolai programot, például szervezzenek táplálkozási neveléssel kapcsolatos projekteket, színesítsék kínálatukat a témához kapcsolódó oktatási modulokkal. A gyümölcs- és zöldségfogyasztást feldolgozó német nyelvű didaktizált segédanyagok rendelhetők a Német Szövetségi Élelmiszerügyi és Mezőgazdasági Minisztériumtól (*Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft*, BMEL). Aki korán megtanulja beépíteni étrendjébe a zöldségeket és a gyümölcsöket, az a későbbiekben is ezt fogja tenni. Ezért ebben a programban elsődlegesen óvodák és általános iskolák vesznek részt (EUS, 2022).

A felmérések tanúsága szerint a 5 am Tag für Kids programban részt vevő intézményekben egyértelműen megállapítható a pozitív változás. Ennek ellenére a szervezők úgy vélik, hogy a kezdeményezés nem érte el a kívánt hatást, mert a kampányt az érintett intézményeken és a táplálkozással foglalkozó szakembereken kívül Németországban csak kevesen ismerik (Nolan, 2015).

A táplálkozás, a mozgás, a felelősség áll a lehrer-online.de felületén közzétett Mehr bewegen – besser essen[3], azaz a „Mozogj többet! Táplálkozz tudatosabban!" projekt középpontjában is, amelyet 4. és 5. osztályos tanulók számára terveztek. Az egynapos, ötórás projekt arra buzdítja és teszi képessé a gyermekeket, hogy figyeljenek önmagukra, a tudatos táplálkozásra, a környezetre. Azért, hogy a megszerzett tudás ne maradjon az osztálytermekben, a tudás mélyítésére szolgáló munkafüzet mellett kifejlesztettek egy interaktív, digitális tanulójátékot is. A program az alábbi kompetenciák fejlesztését tűzte ki célul: (1) a feldolgozott témák elméleti és gyakorlati elsajátítása, (2) összefüggések felismerése, (3) a mozgás örömének cselekvésorientált modellben való megélése, (4) a testi aktivitás egészségre vonatkozó aspektusainak megismerése, (5) a véleményalkotás képességének fejlesztése.

A programot az EDEKA Alapítvány hívta életre 2013-ban. Napjainkban Németországban közel 400 iskola vesz részt az ingyenes programban. A munkafüzetek és az oktatójátékok kifejlesztésében az EDEKA táplálkozási szakértői mellett részt vettek a WWF (*World Wide Fund For Nature*) szakértői, általános iskolai pedagógusok, orvosok, sporttudósok is.[4]

A Max Rubner Intézet kutatói vállalkoztak arra, hogy megvizsgálják, mennyire tekinthető eredményesnek ez a projekt. Annak megállapítása, hogy a projektben részt vevő gyermekek valóban kiegyensúlyozottan táplálkoznak, és többet sportolnak, mint korábban, egyáltalán nem egyszerű. Ezért a kutatók ezt az összetett célt több részszempontra osztották: megvizsgálták,

– mely intézkedések segítették elő legnagyobb mértékben a helyes táplálkozás és a testmozgás iránti elkötelezettséget;
– a projekt hatására megváltozott-e a gyermekek étrendje, többet mozogtak-e;
– az állami támogatás megszűnése után is folytatódott-e a program.

Az Intézet kutatói arra az eredményre jutottak, hogy ez a projekt megfelelő eszköz a túlsúly és az elhízás kialakulásának megelőzésére, de az alacsony jövedelmű és hátrányos helyzetű családok gyermekeinek egészségi állapota csak akkor javítható, ha továbbra is

3 https://www.lehrer-online.de/unterricht/grundschule/sachunterricht/ernaehrung-und-gesundheit/unterrichtseinheit/ue/schulprojekt-mehr-bewegen-besser-essen/ Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

4 https://stiftung.edeka/mehr-bewegen-besser-essen/übersicht

rendelkezésükre állnak államilag finanszírozott táplálkozási és testmozgási lehetőségek. A kutatók azt is megállapították, hogy nincs „bevált recept" a fenntarthatóságra. Azokban az intézményekben élt a program tovább a finanszírozás megszűnése után is, ahol a résztvevők elkötelezettek voltak a projekt mellett, koncepciót dolgoztak ki, és más intézményekkel együtt hálózatot építettek ki, amely megkönnyítette a belső kommunikációt, a feladatok koordinálását, az új tagok felvételét (KR, é. n.).

A mozgás a központi eleme a Bewegte Schule, azaz a „Mozgásban az iskola" projektnek is, amely a motoros készségek és a kogníció közötti összefüggésekre, valamint az észlelés és a mozgás tanulásra gyakorolt hatására épít (Dordel és Breithecker, 2003). Az ötlet a svájci Urs Illitől (1995) származik. A projekt célja, hogy a tanulókat az aktív életmódra és az élethosszig tartó sportolásra motiválja; minden nap mozgással kísérje a tanulást, a tanítást, és ezzel hozzájáruljon a mindennapi iskolai élet sikeréhez; a testmozgást, a sportolást az iskolai kultúra alapvető elemévé tegye. A Bewegte Schule modellje nyolc elemből áll, melyek részben a mozgás időpontjára (a tanítás előtt és után), részben pedig a helyszínére vonatkoznak (az iskolában/a tanteremben):

iskolában: iskolai rendezvények, szünetek (tanórák között, ebédszünet), önkéntes iskolai sport;
tanteremben: mozgás testnevelésórán, mozgásos tanulás más tanórákon, tantárgyközi koncentráció a mozgás kapcsán;
tanítás előtt/után: mozgás iskolába menet, mozgás a házi feladat elkészítésénél.

Számos vizsgálat igazolta, hogy a projektben részt vevő tanulók iskolai eredményei javultak, nőtt a koncentrációs készségük, és a mozgással összekötött információk jobban rögzültek (Breithecker, 2000; Dordel és Breithecker, 2003; Hille és Walk, 2013).

Célkitűzés: A reziliencia erősítése, eredményes stresszkezelés

A reziliencia, azaz a rugalmas ellenállóképesség elengedhetetlen ahhoz, hogy képesek legyünk megbirkózni a változásokkal, a váratlan akadályokkal, melyek velejárói a stresszhelyzetek. Ezért a lelki egészség e két területére vonatkozó németországi projekteket együtt vizsgáljuk.

A Balu und Du[5], azaz a „Balu és Te" is általános iskolásoknak szóló országos szintű mentorprogram Németországban, ami az iskolán kívül segíti a gyermekeket. Fiatal önkéntesek, az ún. „Baluk" támogatják a gyermekeket személyes odafigyeléssel és aktív szabadidős tevékenységekkel abban, hogy megtanulják, hogyan tudnak sikeresen úrrá lenni a mindennapi élet kihívásain. Balu Kipling *A dzsungel könyve* című művének egyik főhőse, aki Maugli, a dzsungelben felnövő hindu kisfiú önkéntes támogatója a történetben. A Balu und Du kis egyesületként indult, de napjainkra már számos német és osztrák városban is segíti a gyermekeket. A „Baluk" képzett szakemberek irányítása mellett dolgoznak, akikhez mindig fordulhatnak tanácsért. A programba az általános iskolai tanítók ajánlhatják azokat a tanulókat, akik korai fejlesztésben vesznek részt. A programban részt vevő gyermekek az alábbi területeken fejlődnek: egészségtudatosság, koncentrációkészség, motiváció, önértékelés, tanulás, döntési képesség, proszocialitás (segítő, a közösséget szem előtt tartó hozzáállás, viselkedés), őszinteség, társadalmi nem (gender/dzsender). Az önkéntes segítőknek fejlődik az empátia-, a kommunikációs és a konfliktuskezelési készsége.

Az immár 25 éves múltra visszatekintő Lions-Quest[6], azaz az életvezetési kompetencia- és prevenciós program célirányosan és tartósan fejleszti a 10–21 éves gyermekeket

[5] https://www.balu-und-du.de/ Utolsó letöltés: 2022. 09. 22.
[6] https://www.lions-quest.de/ Utolsó letöltés: 2022. 09. 23.

és fiatalokat: erősíti a lelki ellenállóképességüket, és pozitívan hat a személyiségfejlődésükre. A program fejleszti az életvezetési és a szociális kompetenciát, miközben a résztvevők demokráciatudatossága és interkulturális kompetenciája is fejlődik.

A Németország teljes területére kiterjedő, minden kulturális minisztérium által elismert Lions-Quest továbbképzési program széleskörű képzési kínálattal szólítja meg a tanárokat, a szociálpedagógusokat és a pedagógia területén tevékenykedőket. A továbbképzésben részt vevőket speciálisan képzett trénerek készítik fel a professzionálisan kidolgozott programok iskolai megvalósítására. A szociális-emocionális tanulás elvének megfelelően a résztvevők mind a tanulói perspektívából, mind saját perspektívájukból megismerhetik a programot. A trénerek nagy hangsúlyt fektetnek a reflexiós munkára, melynek során a résztvevők minden szeminárium után megvitatják a program iskolai mindennapokba való átültetésének lehetőségeit.

A program sikerének egyik legfőbb oka a program hatékonyságának tudományos vizsgálata. Az első evaluáció (2000–2002) tanulsága szerint a program iskolai bevezetése eredményeként nőtt a gyermekek önbizalma, önértékelése, és ellenállóbbá váltak a csoportnyomással szemben. A második evaluáció (2015–2017) kutatási eredményei alapján megállapítható, hogy a program a releváns dimenziókban (más kultúrák elfogadása, önbizalom, interakciókban való szuverenitás) hatékony, és bizonyos életvezetési kompetenciákat bizonyítható módon fejleszt.

A EUROPE (Ensuring Unity and Respect as Outcomes for People of Europe) európai program keretében működő Schule ohne Stress, azaz „Stresszmentes iskola” elnevezésű projekt az iskolai stresszből fakadó mentális problémák, pszichoszomatikus zavarok, fejfájás, hasfájás, alvászavarok leküzdését tűzte ki célul. A David Lynch Alapítvány jóvoltából 600 000 nagyvárosban élő gyermek sajátította el az iskolai tantervbe épített transzcendentális meditációt. Ezt a stresszoldásra és az agyi képességek fokozására alkalmas technikát bárki el tudja sajátítani. A kutatási eredmények tanulsága szerint a transzcendentális meditációt gyakorló gyermekek körében csökken a stressz, ritkábban jelentkezik a kimerültség, javul a magatartás, erősödik az öntudat, javul az iskolai teljesítmény.

A EUROPE (*Ensuring Unity and Respect as Outcomes for People of Europe*) európai program keretében működő Schule ohne Stress[7], azaz „Stresszmentes iskola” elnevezésű projekt az iskolai stresszből fakadó mentális problémák, pszichoszomatikus zavarok, fejfájás, hasfájás, alvászavarok leküzdését tűzte ki célul. A David Lynch Alapítvány jóvoltából 600 000 nagyvárosban élő gyermek sajátította el az iskolai tantervbe épített transzcendentális meditációt. Ezt a stresszoldásra és az agyi képességek fokozására alkalmas technikát bárki el tudja sajátítani. A kutatási eredmények tanulsága szerint a transzcendentális meditációt gyakorló gyermekek körében csökken a stressz, ritkábban jelentkezik a kimerültség, javul a magatartás, erősödik az öntudat, javul az iskolai teljesítmény.

[7] https://schuleohnestress.org/ Utolsó letöltés: 2022. 09. 23.

Célkitűzés: A szenvedélybetegségek hatékony megelőzése

A szenvedélybetegségek (pl. a dohányzás, az alkoholizmus) kialakulása számos okra vezethető vissza. A genetika mellett fontos szerepe van a személyiségfejlődés korai szakaszának és a kisgyermekkorban lezajlott traumáknak is. De a gyermekkorban észlelt minták, modellek szintén okai lehetnek a függőségnek, különösen akkor, ha azt fontos személytől sajátította el a gyermek. A szenvedélybetegségek megelőzésére irányuló projektek közül két projektet emelünk ki. A több, függőségekkel foglalkozó hivatalos szervezet közös akciójaként meghirdetett Weiße Weihnachten[8] (Vit Jul), azaz „Józan Karácsony" projekt eredetileg Svédországból származik. A svéd „vit" szónak két jelentése is van: fehér és józan.[9] A felhívásában arra buzdítják a németországi családokat, hogy alkoholfogyasztás nélkül ünnepeljék a karácsonyt. A program célja, hogy a résztvevők gyermekei jól érezzék magukat, valamint kifejezzék szolidaritásukat azokkal a gyermekekkel, akik függőséggel terhelt családban élnek, illetve hogy a résztvevők saját jóllétüket is fokozzák.

A BE SMART[10] elnevezésű, Németország minden tartományára kiterjedő, iskolák számára meghirdetett dohányzásellenes programot dr. Eckart von Hirschhausen orvos és újságíró koordinálja 2017 óta. Ez a program hozzájárul az iskolai egészségfejlesztéshez, valamint pozitívan befolyásolja a gyermekek egészségét is. A főként 6–8. osztályosoknak meghirdetett program célja, hogy a versenyben részt vevő, túlnyomórészt nemdohányzó diákokból álló osztályok kreatív tevékenységekkel erősítsék a nemdohányzás imidzsét, ugyanakkor ne diszkrimináljják a dohányzó embereket. A program beépíti a diskurzusba az egészség, a felelősség, a bizalom, az egymással való helyes bánásmód témaköreit is. A résztvevők a nemdohányzás kapcsán projektnapokat, témaheteket szervezhetnek, videókat, dalokat, verseket alkothatnak, vagy kreatív módon felelős személyeket vonhatnak be projektjeikbe a politika, a média és a társadalom különböző területeiről.

A figyelemreméltó díjazáson túl a program sikeressége azzal is magyarázható, hogy minden német tartományban kineveznek egy felelős személyt, aki könnyen megszólítható, és gondoskodik a tanárok és a versenyben résztvevő diákok pontos tájékoztatásáról. A kreatív projektekről szóló rövid tudósításokat megjelentetik a BE SMART program honlapján.

Célkitűzés: Az erőszakmentesség elvének terjesztése

A nevelési-oktatási intézményekben is fontos nevelési cél az erőszakmentes iskolai légkör minél hatékonyabb megteremtése és elterjesztése, valamint az intézményben fellépő agresszivitást érdemben csökkentő magatartásformák hatékony népszerűsítése.

A Berlin-Brandenburg régióban működő Fair player[11] elnevezésű projekt az iskolában, a szabadidőben és az interneten előforduló erőszak elleni megküzdésben nyújt segítséget a szociális kompetencia fejlesztésének különböző eszközeivel. A program arra ösztönzi az embereket, hogy felelősségteljesen, toleránsan és a fair play szabályainak megfelelően cselekedjenek, példát mutassanak, és szükség esetén beavatkozzanak.

Azon túl, hogy a projekt keretében egyéni segítséget nyújtanak mind a szülőknek, mind a gyermekeknek, létrehoztak egy Fairplayer manual elnevezésű iskolai programot is, melynek célja a mobbing hatékony és tartós csökkentése. A Fairplayer manual

[8] https://www.weisse-weihnacht.info/en Utolsó letöltés: 2022. 09. 25.
[9] https://www.juvente.de/de/projekte Utolsó letöltés: 2022. 09. 25.
[10] https://www.besmart.info/besmart/ Utolsó letöltés: 2022. 09. 26.
[11] https://www.fairplayer.de/ Utolsó letöltés: 2022. 08. 30.

programot az 5–6. és a 7–9. osztályokban 4 hónap időtartamban, 16 egymásra épülő foglalkozás keretében valósítják meg. A képzett multiplikátorok (tanárok, iskolai szociális munkások) különböző pedagógiai-pszichológiai módszerekkel (szociális szerepjátékok, morális dilemmák, csoportviták) fejlesztik a gyermekek szociális kompetenciáját. A Fairplayer manual projekt a multiplikátorok képzésén túl tanácsadást és szakmai támogatást is nyújt. A kutatási eredmények azt bizonyítják, hogy a program hatására csökken a mobbing esetek száma, javul az érintettek proszociális viselkedése és a szociális klíma (Scheithauer és Dele Bull, 2010).

A több mint 10 éves tapasztalattal rendelkező, 500 kooperáló iskolában működő Gewaltfrei Lernen[12], azaz „Tanulj erőszakmentesen!" elnevezésű program 3–20 éves korúak számára kínál mozgásban gazdag tréningprogramot, mely fejleszti a szociális kompetenciát, a team-munkát és a konfliktuskezelést. A program középpontjában a kiközösítés, a mobbing és a testi zaklatás elleni megelőzési és beavatkozási stratégiák állnak. Az élményorientált tréningegységek három szinten támogatják az iskolákat: (1) fejlesztik a tanulók cselekvőképességét és személyiségét, (2) segítik az osztályon belüli kooperációt és a konfliktuskezelést, (3) építik az iskolai közösséget, és segítik az iskola szociális téren történő fejlesztését. A Gewaltfrei Lernen pedagógiai program mind a gyermek mint egyén, mind a közösség szociális tanulási folyamatát támogatja, miközben fejleszti a gyermek szociális, motorikus és nyelvi kompetenciáját.

A gyermekek vidám tanórákon, osztályközösségükben élnek meg olyan partnerjátékokat, testi reakciókat, amelyek pozitív cselekvési mintaként, illetve ajánlott viselkedési alternatívaként működhetnek a kiközösítés, a sértés és a zaklatás elkerülésére. A hosszú távú hatás elérése céljából rendszeresen minden osztályban megismétlik a bevezető projekt gyakorlatait és beszélgetéseit. Az egyes osztályokban a felmerülő igényekhez alkalmazkodva egyéni témákat jelölnek ki, hogy megerősítsék a gyermekek közötti kapcsolatokat, és proszociális módon oldják meg az újonnan felmerülő problémákat. A Gewaltfrei Lernen program közvetlenül a bevezetés után beépül az iskolai koncepcióba és a mindennapi oktatásba. A programban részt vevő iskolák számára széleskörű továbbképzési lehetőséget biztosít a Gewaltfrei Lernen projekt, mindemellett egyéni tanácsokkal szolgálnak a gyermekek és a szülők számára.

A Németország területén már több évtizede működő Sicher-Stark program célja a gyermekek megóvása az erőszaktól, a mobbingtól, az internetes veszélyektől és mindennemű visszaéléstől. Ennek egyik előfeltétele, hogy idejében megtörténjen a gyermekek önbizalmának, öntudatának erősítése, a konfliktuskezelés és a kommunikációs készségek fejlesztése az óvodában, az iskolában, otthon, az utcán, az interneten, vagy akár a sportegyesületekben.

A Sicher-Stark[13], azaz a „Biztonság és erő" kezdeményezés keretein belül megkülönböztetett figyelmet szentelnek a gyermekek preventív védelmének az erőszakos cselekedetek és a szexuális visszaélés terén. A programgazdák 250 kitűnően képzett munkatárs bevonásával kínálják fel kurzusaikat, amelyekért fizetni kell, ugyanakkor támogatást is igényelhetnek az érdeklődők.

Alsó-Szászországban egy 2004-től 2009-ig tartó modellfázis után vezették be az erőszak elleni prevenciót és a szociális tanulást támogató PaC[14] (Prävention als Chance, „Prevenció mint esély") projektet, amely a gyakorlati megvalósítás mellett nagy hangsúlyt fektet a tudományos kutatásra is. A program több tartományi hivatal és szerv (Landeskriminalamt, Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover, Landesunfallkasse, Niedersächsisches Kultusministerium) együttműködése eredményeként jött létre.

[12] https://www.gewaltfreilernen.de/ Utolsó letöltés: 2022. 09. 01.
[13] https://www.sicher-stark.de/ Utolsó letöltés: 2022. 09. 01.
[14] https://pac-programm.de/ Utolsó letöltés: 2022. 09. 11.

A projektgazdák azt a célt tűzték ki, hogy segítsék a közösségek (például egy város) és azok oktatási intézményeinek nehéz prevenciós munkáját. A PaC szakmai keretet biztosít egy teljes közösség számára, hogy létrejöhessen egy tartós, egészleges és hálózatos prevenció.

A projekt céljai között szerepel:
– a szociális kompetenciák fejlesztése és erősítése;
– a csoport-, osztály- és iskolai légkör javítása;
– az erőszak és egyéb szabálysértések csökkentése;
– a sérülések és egyéb anyagi károk csökkentése;
– a hosszú távú hatás.

A PaC egy több szinten megvalósuló program, ami azt jelenti, hogy minden, a gyermek szocializációjában és nevelésében résztvevő intézményt és társadalmi csoportot (óvoda, általános iskola, felsőbb iskolák) bevonnak a folyamatokba. Ezen kívül folyamatosan értékelik a projektek eredményeit, és nyomon követik az aktuális prevenciós trendeket. A PaC további előnye, hogy nemcsak a gyermekekre fókuszál, hanem a szülők, a nevelők, a szociális munkások és a tanárok erősítését is célul tűzi ki, hiszen az erős gyermekeknek erős felnőttekre van szükségük.

A hálózatos gondolkodás – azaz, ha a preventív tevékenységek egy közösségen belül azonos platformon valósulnak meg – szinergiahatást eredményez: az intézkedések egymásra épülnek, lehetővé válik a tapasztalatcsere, minden PaC közösség létrehoz egy központi irányító csoportot, amely az oktatási intézmények és a közösség képviselőiből áll, élén a PaC-menedzserrel. Az oktatási intézmények igényeit központilag rögzítik.

Ha egy közösség a PaC program bevezetése mellett dönt, nem egy meghatározott ideig tartó projekt mellett teszi le a voksát, hanem egy olyan program mellett, amely jó esetben nem ér véget, és lépésről lépésre alakul ki a közösség igényeihez igazodva. A program bevezetésekor a programgazdák az oktatási intézményekkel együttműködve megvizsgálják, milyen már meglévő prevenciós intézkedéseket lehet tovább folytatni, milyen igények merülnek fel, milyen új intézkedéseket kell bevezetni egy adott időpontban. A programgazdák a közösséggel egyeztetve, a közösség igényeit figyelembe véve dolgozzák ki prevenciós kínálatukat.

Több mint 3500 iskolát kapcsol össze a Schule ohne Rassismus. Schule mit Courage[15], azaz a „Rasszizmus nélkül. Bátran.” program, melynek célja az emberi méltóság védelme, a vallás, a szociális státusz, a nem, a testi adottságok, a politikai nézetek, a szexuális orientáció alapján történő diszkrimináció elleni küzdelem. A program megálmodói abból indulnak ki, hogy a különbségek ellenére az antiszemitizmus, a homofóbia, a szélsőjobboldali gondolkodás, az iszlamizmus ugyanarról a tőről fakad: embereket különböztetnek meg és hierarchizálnak egy vagy több jellemző alapján.

A Schule ohne Rassismus. Schule mit Courage programban azok az iskolák vehetnek részt, melyek tagjainak (diákok, tanárok, szociális munkások, vezetői és menedzsment feladatkörben dolgozók) 70%-a elfogadja és szavazatával támogatja a Schule ohne Rassismus. Schule mit Courage alapelveit. A programban részt vevő iskolák vállalják, hogy a diszkrimináció, különösen a rasszizmus témakörében projekteket, akciókat, rendezvényeket valósítanak meg. Fontos alapelv továbbá, hogy amennyiben egy, a programban aktívan dolgozó iskolában diszkrimináció történik, az iskola tagjai nyíltan foglalkoznak a problémával.

[15] https://www.schule-ohne-rassismus.org/ Utolsó letöltés: 2022. 09. 22.

Összegzés

Az egészség megőrzésének, fejlesztésének, a betegségek hatékony megelőzésének, az egészségtudatos magatartásnak és az egészségismereten alapuló szemléletnek a fontosságát az iskolai nevelő-oktató munkában is közvetíteni kell. Nem elegendő, ha a diákoknak (és az iskola dolgozóinak) csak elméleti ismereteik vannak ezen a téren. A hatékonyság és a fenntarthatóság érdekében elkötelezetté kell válniuk a teljeskörű egészségfejlesztés iránt. Ebben leghatékonyabb módszernek a cselekvés- és élményalapú projekteket tartjuk, ezért jelen tanulmányban néhány jó gyakorlatot mutattunk be Németországból, ahol nagy hagyományra tekint vissza a projektmódszer alkalmazása az oktatásban.

A bemutatott példák alapján megállapíthatjuk, hogy Németországban nagy népszerűségnek örvendenek az Európai Unió egészségfejlesztéssel kapcsolatos iskolai programjai. A projektek a köznevelés minden iskolatípusa számára nyújtanak lehetőséget az egészségtudatos iskolai légkör kialakítására. A bemutatott programok jól tükrözik, hogy a testi egészség jelentőségét népszerűsítő projektek mellett egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a lelki és szociális jóllétet támogató kezdeményezések.

A projekteredmények evaluációja alapján azt is megállapíthatjuk, hogy bármely kezdeményezés csak akkor lehet sikeres, ha megszólítja az összes érintettet (tanulókat, azok szüleit, pedagógusokat, a nevelő-oktató munkát segítő egyéb iskolai dolgozókat), a résztvevők elkötelezettek a téma iránt, és képesek az együttműködésre, a hálózatépítésre. A bemutatott projektekhez hasonló programok a magyarországi iskolákban is beépültek a mindennapos nevelő-oktató munkába, de meglátásunk szerint az eredményesség, a fenntarthatóság és a továbbfejlődés biztosítása érdekében érdemes adaptálnunk a németországi egészségfejlesztő projektek hozadékait is.

Ha végiggondoljuk, milyen tényezők befolyásolták a bemutatott projektek sikerességét, arra az eredményre jutunk, hogy a leghatékonyabb programok több terület, kompetencia együttes fejlesztését célozták meg. Meglátásunk szerint ebben az esetben minden résztvevő talál olyan kapcsolódási pontot, amely megszólítja. Célszerű Magyarországon is olyan programokat hirdetni, amelyek ezt a szemléletet tükrözik. Továbbá fontosnak tartjuk, hogy a megszerzett tudás ne maradjon az osztálytermekben. Biztosítsunk lehetőséget arra, hogy a résztvevők ezt a tudást elmélyíthessék akár didaktizált segédanyagok, munkafüzetek, akár interaktív, digitális tanulójátékok formájában. Úgy véljük, hazánkban is egyre nagyobb hangsúlyt kell kapnia azoknak a kezdeményezéseknek, amelyek a gyermekek, a tanulók és a felnőttek lelki ellenállóképességét fejlesztik, illetve a stresszoldásra és a kognitív képességek fokozására alkalmas technikákkal ismertetik meg a résztvevőket.

Ha végiggondoljuk, milyen tényezők befolyásolták a bemutatott projektek sikerességét, arra az eredményre jutunk, hogy a leghatékonyabb programok több terület, kompetencia együttes fejlesztését célozták meg. Meglátásunk szerint ebben az esetben minden résztvevő talál olyan kapcsolódási pontot, amely megszólítja. Célszerű Magyarországon is olyan programokat hirdetni, amelyek ezt a szemléletet tükrözik. Továbbá fontosnak tartjuk, hogy a megszerzett tudás ne maradjon az osztálytermekben. Biztosítsunk lehetőséget arra, hogy a résztvevők ezt a tudást elmélyíthessék akár didaktizált segédanyagok, munkafüzetek, akár interaktív, digitális tanulójátékok formájában. Úgy véljük, hazánkban is egyre nagyobb hangsúlyt kell kapnia azoknak a kezdeményezéseknek, amelyek a gyermekek, a tanulók és a felnőttek lelki ellenállóképességét fejlesztik, illetve a stresszoldásra és a kognitív képességek fokozására alkalmas technikákkal ismertetik meg a résztvevőket.

Magyarországon is olyan programokat hirdetni, amelyek ezt a szemléletet tükrözik. Továbbá fontosnak tartjuk, hogy a megszerzett tudás ne maradjon az osztálytermekben. Biztosítsunk lehetőséget arra, hogy a résztvevők ezt a tudást elmélyíthessék akár didaktizált segédanyagok, munkafüzetek, akár interaktív, digitális tanulójátékok formájában. Úgy véljük, hazánkban is egyre nagyobb hangsúlyt kell kapnia azoknak a kezdeményezéseknek, amelyek a gyermekek, a tanulók és a felnőttek lelki ellenállóképességét fejlesztik, illetve a stresszoldásra és a kognitív képességek fokozására alkalmas technikákkal ismertetik meg a résztvevőket. Jó minta lehet erre az ismertetett Balu und Du és Lions-Quest projekt. Bár az önkéntesség még nem vált a mai magyar valóság szerves részévé, kis lépésekkel ismét meghonosíthatjuk itthon is ezt a szemléletet.

Nagy jelentőséggel bírnak ezenkívül a célzott továbbképzési programok. A hatékonyságot nagymértékben növeli, ha képzett multiplikátorok segítik a programokban résztvevőket. De figyelmet kell fordítani arra, hogy az alacsony jövedelemű és hátrányos helyzetű családok gyermekeinek egészségi állapota csak akkor javítható tartósan, ha a projektek lezárása után is biztosított – például pályázati forrásból – a táplálkozási és testmozgási lehetőségek állami finanszírozása. Legfontosabb elemnek a hálózatos prevenciót tartjuk. Mindenképp hangsúlyozni szeretnénk azonban, hogy a legjobb program is csak akkor érhet el tartós hatást, ha idejében megtörténik a gyermekek önbizalmának, öntudatának erősítése, a konfliktuskezelés és a kommunikációs készségek fejlesztése. Úgy gondoljuk, ezt a célt kell szolgálnia napjaink nevelésének, oktatásának.

Támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

Baumann, N. (2013). *Aktive Pause – Hinweise und Tipps für eine bewegte Pause*. AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundkeitskasse Geschäftsbereich Prävention, Gesundheitssicherung. https://www.fit-durchdieschule.de/wp-content/uploads/2019/02/AktivePause_Hamburg.pdf Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

Breithecker, D. (2000). *Bewegte Schüler – Bewegte Köpfe: Unterricht in Bewegung. Chance einer Förderung der Lern- und Leistungsfähigkeit? Haltungs- und Bewegungsförderung.* http://www.haltung-und-bewegung.de/fileadmin/bag/binary/BAG4_D.pdf Utolsó letöltés: 2022. 08. 30.

Bronder, D. J., Ipfling, H.-J. & Zenke, K. G. (1998). *Handbuch Hauptschulbildungsgang,* Bd.1, Grundlegung. Klinkhardt.

BE [Bildungsexperten. Was ist die Grundschule? Definition, Vorteile und Besonderheiten.] (2011). https://www.bildungsxperten.net/wissen/was-ist-die-gesamtschule/ Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

BKMK [Beschluss der Kultusministerkonferenz. Vereinbarung über die Schularten und Bildungsgänge im Sekundarbereich I.] (2006). https://www.kmk.org/fileadmin/pdf/PresseUndAktuelles/Beschluesse_Veroeffentlichungen/allg_Schulwesen/Schulart_Bildungsg_Sek1.pdf Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

BKMK [Beschluss der Kultusministerkonferenz. Empfehlungen zur Arbeit in der Grundschule.] (2015). https://www.kmk.org/fileadmin/pdf/PresseUndAktuelles/2015/Empfehlung_350_KMK_Arbeit_Grundschule_01.pdf Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

BWBRD [Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2018–2019. Darstellung der Kompetenzen, Strukturen und bildungspolitischen Entwicklungen für den Informationsaustausch in Europa.] (2018/2019). https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Eurydice/Bildungswesen-dt-pdfs/sekundarbereich.pdf Letöltés ideje: 2022. 08. 31.

BWBRDKK [Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Kultusminister Konferenz] (2018/2019). https://www.kmk.org/dokumentation-statistik/informationen-zum-deutschen-bildungssystem.html Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

Europa. Gesundheit. (2022). DESTATIS Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/_inhalt.html Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

Dordel, S. & Breithecker, D. (2003). Bewegte Schule als Chance einer Förderung der Lern- und Leistungsfähigkeit. *Haltung und Bewegung, 23*(2), 5–15. https://docplayer.org/72567-Bewegte-schule-als-

chance-einer-foerderung-der-lern- und- leistungsfaehigkeit.html Utolsó letöltés: 2022. 09. 23.

EDAKA Stiftung (é. n.). *Gut zu wissen, was gut für dich ist*. https://stiftung.edeka/mehr-bewegen-besseressen/übersicht Utolsó letöltés: 2022. 08. 30.

EM [„Egészséges Magyarország 2014–2020" Egészségügyi Ágazati Stratégia.] (2015). Emberi Erőforrások Minisztériuma,. https://okfo.gov.hu/documents/20182/0/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges+Magyarorsz%C3%A1g+strat%C3%A9gia/af67e108-7f2e-437c-bf2f-d16590cf3a7f Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

EM [„Egészséges Magyarország 2021–2027" Egészségügyi Ágazati Stratégia.] (2021). Emberi Erőforrások Minisztériuma. https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges%20Magyarorsz%C3%A1g%202021%E2%88%922027%20Eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi%20%C3%81gazati%20Strat%C3%A9gia.pdf Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

EUS [Das EU-Schulprogramm. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft.] (2022). https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/kita-und-schule/schulobst.html Utolsó letöltés: 2022. 09. 17.

GGBRD [Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland] (é. n.). Art 7. Bundesministerium der Justiz. https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_7.html Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

GBL [Gesetze des Bundes und der Länder.] (2022). *Justizportal Nordrhein-Westfalen*. http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal_nrw.cgi?xid=186452,1 Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

Gesunde Schule gut gestalten. (2022) *hag* [Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.]. https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesund-aufwachsen/gesunde-schule Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

Hille, K. & Walk, L. (2017). Schnelle Beine für kluge Köpfe. In Brägger, G,. Hundeloh, H., Posse, N. & Städtler H. (szerk..), *Bewegung und Lernen.* Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Deutschland – Bewegte, gesunde Schule Niedersachsen, Programm des Kultusministeriums des Landes Niedersachsen, Deutschland – IQES online – Bundesamt für Sport (BASPO), Schweiz – Beratungsinstitut schulentwicklung.ch, Schweiz – Netzwerk Bewegte Schule Österreich – Pädagogische Hochschule Oberösterreich. 80–87. https://www.schulsport-nrw.de/fileadmin/user_upload/Handbuch_Bewegung_und_Lernen_Unfallkasse_NRW.pdf Utolsó letöltés: 2022. 08. 30.

Illi, U. (1995). Bewegte Schule. Die Bedeutung und Funktion der Bewegung als Beitrag einer ganzheitlichen Gesundheitsbildung im Lebensraum Schule. *Sportunterricht, 44*(10), 404–415.

KR (é. n.). *Kinderleicht-Regionen. Besser essen. Mehr bewegen. Abschlussbroschüre. 24 Regionen weisen den Weg*. IN FORM [Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung]. https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/GesundeErnaehrung/Kinderleicht_Regionen_Abschlussbroschuere.pdf?__blob=publicationFile&v=2 Utolsó letöltés: 2022. 09. 20.

MA [Magyarország Alaptörvénye] (2011). https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100425.atv Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

Nolan, C. (2015). „5 am Tag" – eine Erfolgsgeschichte? *Ernährung im Fokus, 12/15*(1–4), https://www.bzfe.de/fileadmin/resources/import/pdf/eif_2015_os_5amtag.pdf Utolsó letöltés: 2022. 09. 27.

TIE (2016). *„Az egészség a TIEd is!" A teljes körű iskolai egészségfejlesztés tevékenységei. Ajánlás pedagógusok részére.* EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága/EMMI Oktatásért Felelős Államtitkársága. https://prodbhccmsblob.blob.core.windows.net/bhc/TIE/prevencio-tie-ajanlas.pdf Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

Paulus, P. & Dadaczynsky, K. (2020). *Gesundheitsförderung und Schule. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-schule/ Utolsó letöltés: 2020. 09. 02. DOI: 10.17623/BZGA:224-i051-2.0

SDG [Schule in Deutschland. Grundschule.] (2022). https://schule-in-deutschland.de/grundschule/ Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

SDG [Schule in Deutschland. Gymnasium.] (2017). https://schule-in-deutschland.de/gymnasium/ Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

SDR [Schule in Deutschland. Realschule.] (2022). https://schule-in-deutschland.de/realschule/ Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

SGB [Schulgesetz Berlin. §20. Grundschule.] (2022). https://www.schulgesetz-berlin.de/berlin/schulgesetz/teil-iii-aufbau-der-schule/abschnitt-ii-primarstufe/sect-20-grundschule.php Utolsó letöltés: 2022. 08. 31.

Scheithauer, H. & Dele Bull, H. (2010). Unterrichtsbegleitende Förderung sozialer Kompetenzen und Prävention von Bullying im Jugendalter – das fairplayer.manual. *forum kriminalprävention,* 4, 2–8. https://www.kriminalpraevention.de/files/DFK/news/111215_fk10_04_fairplayer.pdf

Absztrakt

A fő népegészségügyi célokat és tennivalókat meghatározó „Egészséges Magyarország 2014–2020” (EM, 2015) és az „Egészséges Magyarország 2021–2027” (EM, 2017) elnevezésű stratégia egyik kiemelkedően fontos eleme a teljeskörű intézményi/iskolai egészségfejlesztés (TIE), amely az egészséges táplálkozást, a mindennapos testnevelést és egyéb testmozgást, a lelki egészséget segítő nevelést és az egészség-ismeretek, -készségek átadását helyezi középpontba. Kutatásunk célja annak vizsgálata, hogy milyen jó gyakorlatok találhatók Németországban, ahol a Német Szövetségi Statisztikai Hivatal 2022-es felmérése szerint az EU-tagállamokkal összevetve a legmagasabb összeget fordították az iskolai egészségfejlesztésre (Europa. Gesundheit, 2022). Különösen az országos, valamint a tartományi szinten megvalósuló projektek témakörei, célcsoportjai és sikerességi mutatói érdekeltek bennünket. Vizsgálódásaink alapján megállapíthatjuk, hogy a kiegyensúlyozott táplálkozás és a kellő mennyiségű testmozgás fontosságának hangsúlyozása mellett elsősorban a reziliencia erősítésére, az eredményes stresszkezelésre, a szenvedélybetegségek hatékony megelőzésére és az erőszakmentesség elvének terjesztésére fókuszálnak. A projekteredményekről értekező közlemények arról tanúskodnak, hogy az egyes egészségfejlesztő kezdeményezések eredményessége a résztvevők téma iránti érzékenységének, együttműködési készségének és hálózatépítési törekvéseinek függvénye. A magyarországi iskolai egészségfejlesztő programok eredményessége és fenntarthatósága biztosításának érdekében érdemes felhasználnunk a németországi egészségfejlesztő projektek tapasztalatait is.

Kulcsszavak: Németország, iskolai egészségfejlesztés, jó gyakorlatok

Szabó-Prievara Dóra Katalin[1]– Tarkó Klára[2]

[1] SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségpszichológia és Mentálhigiéné Tanszék; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport
[2] SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségszociológia és Életmód Tanszék; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

A problémás mértékű internethasználat gyermekek körében – az Internet Addiction Test for Families (IAT-F) magyar nyelvű alkalmazása

Napjainkban a fiatal generáció tagjait már kiskoruktól kezdve körülveszik a digitális eszközök, a folyamatos, éveken át tartó használat minden bizonnyal hatással lesz a gyermekek kialakulóban lévő képességeire, személyiségére, társas kapcsolataira. Kutatásunk célja a problémás mértékű internethasználat szülők által érzékelt hatásainak felmérése volt 3–18 éves gyermekek körében és az adatok összevetése a szülők saját internethasználati szokásaival.

Bevezetés

Az asztali számítógépek, majd a laptopok, tabletek és okostelefonok elterjedésével egyre inkább jelen lehet az internet a háztartásokban, és a családtagok már önálló fogyasztókká váltak. Ellentétben a televíziónézéssel, a tartalmakat a felhasználók ma már személyre szabottan kapják, és nincsenek igazán helyhez kötve sem a használat közben. Éppen ezért nehezebb feladat, mint valaha a gyermekek internetezési szokásainak szülői monitorozása, ráadásul sok esetben a fiatalabb generáció már jobban is ért a digitális eszközökhöz, mint a szüleik. Így különösen nehéz iránymutatást adni, magabiztosnak maradni a szülői szerepben, főként akkor, ha a szülő maga is napi szinten több órát tölt el internetezéssel.

Noha a Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvében (DSM-5) nem szerepel a problémás mértékű internethasználat, azonban a köztudatban gyakorta felmerülő kérdés, hogy hol húzódik a határ egészséges és problémás használat között, milyen következményekkel járhat a túlzott mértékű internetezés. Gyakorlatilag lehetetlen megnevezni egy olyan kritériumpontot, ami felett már túlzott használatról beszélünk, hiszen az internet sok esetben kimondottan eszköze a munkának, hasznos segítője a tanulásnak vagy épp a szociális kapcsolatok ápolásának. Ezenfelül nem minden online tartalom fogyasztása káros, ráadásul a teljes kiiktatása a mindennapokból ma már gyakorlatilag lehetetlen feladat, ezért a cél a problémás mérték megelőzése, a kiegyensúlyozott használat kialakítása lehet.

A problémás mértékű internethasználat definíciói

A szakirodalomban továbbra sincs egyetértés abban a tekintetben, hogy miként is nevezze azt a jelenséget, amikor az internetezés olyan szinten van már jelen a felhasználó életében, hogy az negatív hatással jár a társas kapcsolataira, a fizikai egészségére, a mentális állapotára. A kutatók egyik fele az internetfüggőség vagy patológiás internethasználat kifejezést alkalmazza, míg a másik tábor általánosabb névként a problémás mértékű használatot preferálja (Tunney és Rooney, 2022). A jelenség legkorábbi leírása még az ezredforduló előttre tehető (Goldberg, 1996), és főként az utóbbi tíz évben számtalan kutatás született a média, azon belül is hangsúlyosan az internethasználat, majd az okostelefon és a közösségi média hatásainak feltérképezésére. Ezek a kutatások pedig még jobban felértékelődtek a COVID–19 világjárvány következtében bevezetett online oktatásra, otthoni munkavégzésre való átállással, hiszen a napi internetezéssel eltöltött idő, a média életünkben betöltött központi szerepe – ha még lehetséges – csak tovább emelkedhetett abban az időszakban.

Az *internetfüggőség* egyik alapvető definíciója szerint az impulzuskontroll zavaráról van szó, amikor is a személy nem képes már kontroll alatt tartani az internethasználat iránti elemi vágyát, és minden más tevékenység, amit nem az online világban végezhet, leértékelődik a szemében, jellemzően el is hanyagolja a korábban még kedvelt tevékenységeit, szociális kapcsolatait (Young, 1998, 2004). A patológiás szerencsejáték tünetei alapján Young (1998) megalkotta az Internetfüggőség Diagnosztikus Kérdőívet (Internet Addiction Diagnostic Questionnaire – IADQ), amely alapul szolgált a későbbi, kifinomultabb kérdéssoroknak. Az IADQ nyolc kérdést tartalmazott, amelyek az alábbiakra vonatkoztak: belefeledkezés az internetezésbe (a személy a korábbi internethasználatán gondolkodik vagy a következőt tervezgeti); fokozott internetidő szükséges a megelégedettséghez; többszöri sikertelen kísérlet az internetidő szabályozására; az internethasználat korlátozása nyugtalanságot, idegességet okoz; az online eltöltött idő rendszeresen túllépi a tervezett mennyiséget; az internethasználat már veszélyezteti a fontos társas kapcsolatokat, munkahelyi vagy iskolai teljesítményt; hazudik az internethasználat mértékéről; az internet használata a hangulat javítását, a problémák elől menekülés célját szolgálja. Amennyiben a fenti nyolc tünetből öt fennállt, akkor megállapították az internetfüggőséget. Az internetfüggőség egy általános fogalomként fogható fel, amely több alkategóriára osztható, a függőséget okozó tevékenységek mentén (Young és mtsai, 2000; Demetrovics, 2013): kiberszexuális, kiberkapcsolati, számítógépes (játék-) addikció, netkompulzió (online szerencsejáték, vásárlás vagy kereskedés) és túlzott információszerzés (kényszeres böngészés az interneten).

A *problémás mértékű használat* elnevezés arra utal, hogy már a függőség kialakulása előtt is káros következmények lehetnek a felhasználó életének több területére is (Prievara, 2022), ezért tanulmányunkban a továbbiakban ezt az elnevezést használjuk. Ilyenkor a használat kiterjedt mértékű, a felhasználó nem tudja szabályozni, kényszert érez az internethasználatra, melynek megvonása distressz érzetével jár együtt (McLean, 2013). A problémás mértékű internethasználat előfordulási gyakoriságáról szóló adatok rendkívül változatosak, befolyásolja az eredményt a használt mérőeszköz, az alkalmazott kritériumrendszer, de még a kultúra is. Új-Delhi több mint hatezer 6–12. osztályos diákjának bevonásával készült vizsgálat alapján 19 százalékban fordult elő a problémás mértékű internethasználat, míg a megkérdezettek 37 százaléka használta az internetet a hangulata javítása céljából (Balhara és mtsai, 2018).

Általánosságban a problémás mértékű internethasználat előfordulása gyakoribb az idősebb gyermekek körében, tizenéves korban, fiatal felnőttkorban, valamint a fiúk körében (ld. pl. Gao és mtsai, 2022). Azonban a kép ennél árnyaltabb, ugyanis a fiúk esetén

a problémás mértékű internetes tevékenység általában az online játék, míg a lányok körében a közösségi média használata, illetve a problémás mértékű okostelefon-használat fordul elő nagyobb százalékban (Nagata és mtsai, 2022).

A problémás mértékű internethasználat következményei

Az internet egyik nagy előnye, hogy lehetőséget biztosít a szociális kapcsolatok kialakítására, ápolására. Segítheti a már meglévő kapcsolatok fenntartását, ugyanakkor pedig a hiányzó társas viszonyok kompenzálására is alkalmas, számtalan csoportot kínálva a különböző érdeklődési köröknek megfelelően. A problémás mértékű használat esetén azonban az online kapcsolatok lesznek az elsődlegesek, így az internet elidegeníthet a valós társas helyzetektől, és fokozni tudja a magányosság érzetét (Mozafar Saadati és mtsai, 2021), súlyosbíthatja a már meglévő depresszív tüneteket, illetve a depressziós gyermekek kifejezetten kockázati csoportot képeznek, gyakori náluk a problémás mértékű internethasználat kialakulása (Fang és mtsai, 2022). Emellett fokozhatja a szociális szorongást (Orsal és mtsai, 2013), és megjelenhetnek magatartásbeli és érzelemszabályozási problémák is, tovább nehezítve a társas kapcsolatok kialakítását (Wang és mtsai, 2021).

A gyermek igyekszik minél több időt az online világban tölteni, ennek következtében elhanyagol más tevékenységeket, mint például a testmozgást, a házimunkát, a házi feladatot vagy akár az alvást is, ami egészen az alvászavarok megjelenéséig fokozódhat (Tereshchenko és mtsai, 2021). További negatív hatás az életmódra a fizikai aktivitás csökkenése és a rendszertelen étkezések (Lin és mtsai, 2013), valamint az elhízás kockázatának fokozódása (Robinson és mtsai, 2017).

A problémás mértékű internethasználat kialakulásában meghatározó szerepet játszik a családi környezet, a szülőkkel való kapcsolat (Nielsen és mtsai, 2020). A meleg, támogató családi légkör (Li és mtsai, 2014), a biztonságos kötődési stílus (Salehi és mtsai, 2022), a szülők pozitív megerősítései (Karababa, 2020) kimondottan védőfaktorként funkcionálhatnak a problémás mértékű internethasználat kialakulásának megelőzésében, mint ahogy a tartalmas, közös programok is, ugyanis az unalom, a semmittevés, a szabad idő kitöltése együttjárást mutat a problémás mértékű internethasználattal (Skues és mtsai, 2016). A családi konfliktusok és a gyenge kapcsolatok szintén arra készthetik a gyermekeket, hogy a közvetlen környezetükből hiányzó szociális interakciókat és támogatást az online világban pótolják (Kabasakal, 2015).

A szülő szerepe

A problémás mértékű internethasználat kialakulásában meghatározó szerepet játszik a családi környezet, a szülőkkel való kapcsolat (Nielsen és mtsai, 2020). A meleg, támogató családi légkör (Li és mtsai, 2014), a biztonságos kötődési stílus (Salehi és mtsai, 2022), a szülők pozitív megerősítései (Karababa, 2020) kimondottan védőfaktorként funkcionálhatnak a problémás mértékű internethasználat kialakulásának megelőzésében, mint ahogy a tartalmas, közös programok is, ugyanis az unalom, a semmittevés, a szabad idő kitöltése együttjárást mutat a problémás mértékű internethasználattal (Skues és mtsai,

2016). A családi konfliktusok és a gyenge kapcsolatok szintén arra késztethetik a gyermekeket, hogy a közvetlen környezetükből hiányzó szociális interakciókat és támogatást az online világban pótolják (Kabasakal, 2015). Emellett a szülő saját médiahasználati szokásai is befolyással bírnak, a problémás mértékű internethasználó szülők gyermekeinél gyakrabban jelentkezik a problémás mértékű internetezés (Lam, 2020).

Kutatásunk célja egyrészt az IAT-F tesztbattéria lefordítása és magyar nyelven történő első alkalmazása volt. Másrészt kíváncsiak voltunk arra, miként kapcsolódnak egymáshoz a szülő és a gyermek médiahasználati szokásai, mennyire jellemző a magyar gyermekekre a problémás mértékű internethasználat.

Módszer

Az adatgyűjtésben olyan szülők vettek részt, akik 3–18 éves gyermeket nevelnek. Amennyiben a szülőnek több ilyen korú gyermeke is volt, külön-külön kitölthette rájuk vonatkozóan a kérdéssort. A válaszadás papíralapon, önkéntesen zajlott egy tágabb kutatás keretein belül, mely a szülők vélekedését vizsgálta gyermekük egészségmagatartására vonatkozóan.

A kutatásban alkalmazott IAT-F teszt magyar nyelven korábban még nem használt és adaptált kérdőív. A választás azért esett erre a kérdéssorra, mert korcsoportonként (3–11 év és 12–18 év) eltérő kérdéseket fogalmaz meg a gyermekek internethasználatát illetően. Az adaptálásában két független, a kiindulási és a célnyelven is anyanyelvi szinten beszélő fordító vett részt. Az egyik szakértő feladata az angol nyelvű kérdőív lefordítása volt, a másik szakértő pedig a visszafordítást végezte magyarról angol nyelvre, nem ismerve az eredeti kérdőív tételeit. Az egyik fordító a vizsgált konstruktummal kapcsolatosan korábban már több kutatást is végzett, míg a másik fordító nem. Ezt követően a két fordítás szintetizálására került sor, nyelvi pontosítással és a megfelelő és érthető szakszavak kiválasztásával. Az IAT-F kérdéssorok mellett a szülők szociodemográfiai kérdésekre is válaszoltak, valamint a gyermekükkel kapcsolatban is megadtak pár általános adatot. Mind a szülői, mind a gyermeki médiahasználat (televíziónézés, hétköznapi és hétvégi használat, információgyűjtés, közösségi oldalak látogatása, videónézés, videójátékozás) mennyiségére és körülményeire is vonatkoztak kérdések.

Az Internet Addiction Test for Families (IAT-F) bemutatása

Az internetkutatásokban széles körben alkalmazott Internetfüggőségi Kérdőívet (Internet Addiction Test – IAT) alapul véve készítették el a szakemberek annak családi verzióját, az IAT-F tesztet (Young, 1998, 2017). A teszt jellegzetessége, hogy a szülő tölti ki a gyermeke internet-, illetve médiahasználati szokásaira vonatkozóan. Ennek az az előnye, hogy problémás mértékű használat esetén még felnőttként sincs objektív rálátás az online eltöltött időre (Moreno és mtsai, 2013), így jelen esetben nem a gyermekeknek kellett önbevallásos alapon megbecsülniük az online eltöltött időt, az online tevékenységekhez kapcsolódó magatartásukat, érzelmi reakcióikat, hanem az számított, amit abból a szülő a mindennapokban tapasztalt. Másik előnye ennek a megközelítésnek, hogy a szülői tudatosság növelését célozza meg. Ugyanis a szülőnek reflektálnia kell a gyermekére és saját magára vonatkozóan is az internethasználati szokásokat illetően. Harmadrészt pedig a szülők mérésbe való bevonása sok esetben a tudatosság fokozása mellett bátorítóan is hathat rájuk, hogy jobban vállaljanak részt a gyermekük internetezési szokásainak ellenőrzésében, az egészséges keretek között zajló használat kialakításában.

A kérdőív két altesztre bontható: az Ellenőrzőlista a Problémás és Kockázatos Gyermeki Médiahasználatról (Problematic and Risky Media Use in Children Checklist,

röviden *Problematic Media Checklist*, PMC) és a Szülő-Gyermek Internetfüggőségi Teszt (*Parent-Child Internet Addiction Test for Adolescents*, PCIAT). Ha az egyes teszteket szakember tölteti ki, akkor diagnosztikai eszközként is használhatóak; amennyiben a szülők önkitöltéses válaszokat adnak, úgy az adatok a rizikómagatartások kiszűrésére alkalmasak. Mindkét teszt kitöltése 5-10 percet vett igénybe a szülők részéről. Szintén közös jellemző a tesztekben, hogy a válaszadás előtt a gyermek teljes, internetezéssel eltöltött idejét kellett felosztania a szülőnek, hogy az egyes tevékenységek hány százalékát teszik ki az összesített használatnak. 3–11 évesek esetén ezek a besorolandó tevékenységek az üzenetküldés, az információkeresés, a közösségi média, a videójáték és a videónézés. 12–18 éveseknél a lehetséges tevékenységek sora bővül: felnőtt oldalak, üzleti e-mailek, munkával/tanulással kapcsolatos keresés, vitafórum, azonnali üzenetküldés, híroldalak, online árverések, online szerencsejáték, online vásárlás, személyes e-mail, szabadidős célú keresés, esetleg tőzsdézés közül választhat a szülő.

A PMC teszt bemutatása

3–11 éves gyermek esetén a PMC a kitöltendő kérdéssor. A kérdéssor nemcsak az internethasználatra vonatkozó kérdéseket tartalmaz, hanem minden képernyőidő számít, amit a gyermek a televízió, a számítógép, a laptop, a tablet, az okostelefonok vagy bármilyen hordozható digitális eszköz használatával tölt. Ez a teszt nyolc eldöntendő kérdést tartalmaz, melyre igen-nem válaszok adhatóak, például arra vonatkozóan, hogy a gyermek számára nehézséget okoz-e betartani a televíziónézés előírt időtartamát. Amennyiben a nyolc kérdésből legalább háromra igennel felel a szülő, az azt jelzi, hogy a gyermek képernyőhasználata kockázatosnak, problémásnak mondható.

A PCIAT teszt bemutatása

A PCIAT az internetfüggőség hatását vizsgálja 12–18 éves gyermekek esetén. Ez a teszt nemcsak az addikció felmérésére szolgál, hanem a rizikómagatartás korai jelzésére is. A teszt 20 kérdést tartalmaz, melyekre ötfokú Likert-skálával szükséges a választ megadni, hogy milyen gyakran fordult elő például az, hogy a gyermek túllépte az online használatra előírt időmennyiséget (1 = ritkán, 2 = alkalmanként, 3 = gyakran, 4 = rendszeresen, 5 = állandóan). A teljes teszt megbízhatósága erős, a Cronbach-alfa értéke 0,967, az egyes alskálák értékei is az elfogadott, 0,8-es érték felettiek (ld. 1. táblázat). A 20 kérdésre adott válaszok összesített értéke megadja a gyermek internetfüggőségének mértékét: 0–30 pontig nem áll fent függőségi viszony, 31–49 pont esetén a besorolás enyhe, vagyis a gyermek átlagos felhasználó, néha előfordulhat, hogy több ideig internetezik, de alapvetően képes kontrollálni az online eltöltött idejét. 50–79 pont között mérsékelt mértékben már függőség alakult ki, amikor is a serdülőnek már előfordul az internethasználatból adódó problémája. A 80–100 pont elérése súlyos függőséget jelez, amikor jelentős problémát okoz az internethasználat a serdülő életében, családi kapcsolataiban, iskolai teljesítményében. Emellett a kérdőív három alskálára bontható, mindhárom esetén az átlagolt eredmény kerekítése számít.

A *Figyelem* alskála a figyelemzavarral kapcsolatos magatartásokat vizsgálja, például mennyire feledkezik bele a gyermek az eszközhasználatba, a környezete panaszkodik-e a használat mennyiségére. Az alskála nem a figyelemzavar diagnosztizálását szolgálja, hanem azt jelzi, hogy a gyermek túl sok figyelmet fordít az internetre más személyekkel vagy tevékenységekkel szemben. A *Szociális viselkedés* alskála célja annak feltárása, hogy milyen társas hatással bír az internet a gyermek életében. Olyan jellegű kérdések tartoznak ebbe a kategóriába, hogy például a gyermek mennyire lett visszahúzódó, preferálja-e a közösségi médián keresztüli kommunikációt a szemtől szembeni interakciókkal

összevetve. Az *Agresszív viselkedés* alskála arra vonatkozik, hogy miként reagál a gyermek az internethasználatának korlátozására vagy megvonására, mennyire heves, dühös a reakciója. Vagyis az alskála nem az internettel, online játékokkal való összefüggésében vizsgálja az agresszív viselkedést, hanem azzal a személlyel szemben, aki az internethasználatát ellenőrzi és szabályozza.

1. táblázat. A Szülő-Gyermek Internetfüggőségi Teszt megbízhatósága

	Cronbach-alfa értéke
Összesített skála	0,967
Figyelem alskála	0,883
Szociális viselkedés alskála	0,899
Agresszív viselkedés alskála	0,938

A minta

Összesen 225 kitöltés érkezett, a gyermekek nemi és életkori megoszlását tekintve kiegyenlített volt a minta (ld. 2. táblázat), 114 fő 3–11 év közötti (50,7%), 12–18 év közötti pedig 111 fő (49,3%). A gyermekek átlag életkora 11,44 év, a szórás 4,47 év, 48 százalékuk fiú (108 fő) és 52 százalékuk lány (117 fő). A válaszadó szülők nemi megoszlásukat tekintve többségében nők (73,8%), az átlagéletkoruk 42,53 év, 6,25 év szórással. A kérdőívet kitöltő legfiatalabb szülő 26, a legidősebb pedig 62 éves volt.

2. táblázat. A gyermekek nemi és életkori megoszlása

Gyermekek neme	**3–11 év**	**12–18 év**	**Teljes minta**
Fiú	46,3%	53,7%	48%
Lány	54,7%	45,3%	52%

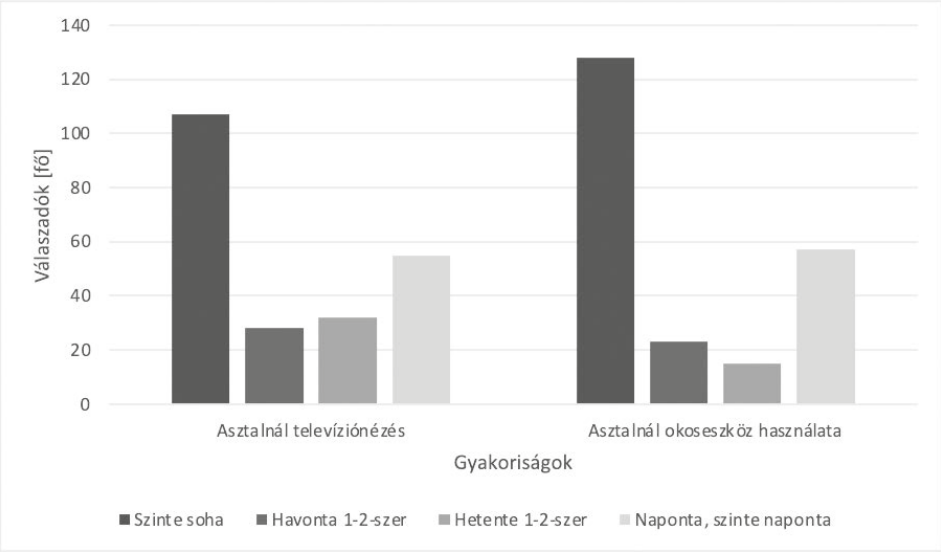
Eredmények

A családok jellemzői

A válaszadók háztartásában átlagosan 3,8 fő él együtt (a szórás 0,93), a kiskorúak száma átlagosan 1,5 (a szórás 0,74), a legtöbb egy háztartásban élő kiskorú gyermek száma 4 volt. A szülők családi állapotukat tekintve többségükben házasok (71,1%), élettársi kapcsolatban élnek (13,8%) vagy elváltak (12,9%). Egy-két esetben fordult elő a nőtlen/hajadon, az özvegy válaszlehetőség vagy a hiányzó adat. A válaszadók nagy részénél 2 generáció él együtt, szülők a gyermekekkel (83,1%), a már gyermekek nélküli háztartás 8,9 százalékban fordult elő, 4 százalék esetében pedig a nagyszülőkkel együtt három generáció él közös háztartásban. Az állandó lakhelyet tekintve a válaszadók közel fele megyei jogú városokban él (49,8%), ezt követi gyakoriságban a város (34,7%), majd a község (10,7%). A fővárosban a válaszadók 4,4 százaléka él. A családok anyagi helyzete közel azonos arányban kielégítőnek (44,4%) vagy jónak (40,0%) tekinthető, 8,4 százalék esetében nagyon jónak jellemzett, míg rossz (5,3%) vagy nagyon rossz (0,4%) pár esetben fordult elő.

A szabadidős tevékenységek jellemzői

Az egy háztartásban élő család esetén az 1. ábra szemlélteti, hogy milyen gyakorisággal használják a televíziót, illetve a különböző okoseszközöket (laptop, tablet, okostelefon), amikor közösen ülnek az asztalnál. Páros mintás t-próbát alkalmazva szignifikáns különbség mutatható ki ($t_{(221)} = 2{,}05$; $p = 0{,}04$), ugyanis amíg az okoseszközök esetében gyakoribb az, hogy szinte soha nem használják őket, amikor közösen ülnek az asztalhoz, addig a televíziónézés gyakrabban fordul elő havi, illetve heti szinten is. A két korcsoportot (3–11 és 12–18 évesek) külön megvizsgálva nem volt szignifikáns az eltérés.



1. ábra. A médiahasználat gyakorisága, amikor a család együtt ül az asztalnál

A 3. táblázat azt foglalja össze, hogy a két vizsgált korcsoport milyen gyakorisággal végez valamilyen, a médiával kapcsolatos szabadidős tevékenységet. A 3–11 évesek körében jóval gyakoribb, hogy naponta néznek televíziót, míg az idősebb korosztályban a televízió szerepét átveszi az internet, azon belül is az információgyűjtés és a közösségi oldalak használata mutat jelentős növekedést az életkorral, de emelkedik a videónézés és az online játékok használata is. Egyedül a videójátékozás nem mutatott összefüggést az életkorral. Nemi különbség az online játék gyakoriságában található, a napi szintű használat a fiúk körében jellemzőbb ($\chi^2_{(4)} = 23{,}50$; $p < 0{,}01$), ahogyan a YouTube-/filmnézés ($\chi^2_{(4)} = 10{,}32$; $p = 0{,}04$) és a videójátékozás is ($\chi^2_{(4)} = 40{,}95$; $p < 0{,}01$).

3. táblázat. Kisgyermekek és serdülők médiahasználati szokásainak összehasonlítása

	Soha [%]	Néha [%]	Hetente 1-2 [%]	Hetente 3-4 [%]	Naponta [%]
Televízió					
3–11 év	5,3	6,1	10,5	9,6	68,4
12–18 év	4,5	13,6	12,7	20,9	48,2
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 12{,}09$; $p = 0{,}02$				
Internetezés tanulás, információgyűjtés céljából					
3–11 év	30,6	20,7	7,2	10,8	30,6
12–18 év	0,0	9,1	9,1	11,8	70,0
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 56{,}04$; $p < 0{,}01$				
Online játékok					
3–11 év	27,9	13,5	9,9	14,4	34,2
12–18 év	9,1	12,7	8,2	23,6	46,4
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 15{,}27$; $p < 0{,}01$				
Internetezés közösségi oldalak használata, kommunikáció céljából					
3–11 év	60,9	10,0	5,5	6,4	17,3
12–18 év	1,8	6,3	6,3	12,6	73,0
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 102{,}97$; $p < 0{,}01$				
Internetezés YouTube-, filmnézés céljából					
3–11 év	11,5	22,1	21,2	14,2	31,0
12–18 év	1,8	7,3	12,7	20,9	57,3
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 28{,}68$; $p < 0{,}01$				
Videójátékozás					
3–11 év	33,9	18,8	13,4	12,5	21,4
12–18 év	17,3	21,8	13,6	18,2	29,1
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 8{,}72$; $p = 0{,}07$				

A szülő és a gyermek médiahasználati szokásainak összefüggéseit a 4. táblázat szemlélteti. Mind a szülő hétköznapi, mind a hétvégi képernyőideje együttjárást mutat a gyermek szokásaival, egyedül az nem jelentkezik összefüggésként a gyermek szokásaira, hogy a szülő maga hány éve internethasználó.

4. táblázat. A szülő és a gyermek médiahasználati szokásainak összevetése egymással

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Szülő képernyőideje hétköznap	-	-	-	-	-
2. Gyermek képernyőideje hétköznap	0,29**	-	-	-	-
3. Szülő képernyőideje hétvégén	0,50**	0,22**	-	-	-
4. Gyermek képernyőideje hétvégén	0,25**	0,79**	0,31**	-	-
5. Szülő hány éve internethasználó	0,16*	-0,01	0,14*	-0,02	-
6. Gyermek hány éve internethasználó	0,07	0,41**	-0,02	0,40**	0,05

*Megjegyzés: * p = 0,05; ** p ≤ 0,01*

A szülő és a gyermek online tevékenységeinek egyszeri időtartamát is összevetettük (ld. 5. táblázat). Ezek alapján megállapítható, hogy minél több ideig nézi a szülő a televíziót, annál inkább lesz a gyermekre is jellemző a hosszabb televíziónézés vagy online filmnézés. Ugyanez igaz az egyes internetes tevékenységekre is: minden egyes esetben a szülői használat hossza együttjárást mutat a gyermek általi használat időtartamával. Tehát a szülő minél több ideig keres információt az interneten, használja a közösségi oldalakat, néz filmeket vagy YouTube-videókat, illetve játszik online, annál inkább megjelenik ez a viselkedésmintázat a gyermek médiahasználati szokásaiban is.

5. táblázat. A szülő és a gyermek médiatevékenységeinek időtartama közti összefüggések

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Televíziónézés									
1. szülő	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. gyermek	0,35**	-	-	-	-	-	-	-	-
Internetezés tanulás, információgyűjtés céljából									
3. szülő	0,18**	0,16*	-	-	-	-	-	-	-
4. gyermek	0,11	0,03	0,22**	-	-	-	-	-	-
Internetezés közösségi oldalak használata, kommunikáció céljából									
5. szülő	0,15*	0,15*	0,22**	0,13*	-	-	-	-	-
6. gyermek	0,06	-0,02	0,02	0,36**	0,15*	-	-	-	-
Internetezés YouTube-, filmnézés céljából									
7. szülő	0,10	0,12	0,10	0,22**	0,15*	0,09	-	-	-
8. gyermek	0,20**	0,22**	0,10	0,30**	0,11	0,10	0,23**	-	-
Online játék, videójáték									
9. szülő	-0,08	-0,05	0,003	0,09	0,10	0,31**	0,16*	-0,03	-
10. gyermek	0,06	-0,01	0,08	0,21**	0,03	0,22**	0,05	0,19**	0,34**

*Megjegyzés: * p = 0,05; ** p ≤ 0,01*

A PMC eredményei

A PMC eredményeit a 6. táblázat foglalja össze. 3–11 évesek körében a rizikós vagy kockázatos használatot az jelzi, ha a teszt 8 kérdéséből legalább háromra igennel felelt a szülő. Ez az esetek 32,7 százalékában volt így, a gyermekek neme közti különbség nem volt szignifikáns. 3 igent a szülők 11,5 százaléka, 4 igent 7,1 százaléka, 5 igent 6,2 százaléka, 6 igent 3,5 százaléka, míg mind a nyolc kérdésre igent a szülők 4,4 százaléka (5 fő) felelt. A gyermek minél több időt töltött a különböző digitális eszközökkel mind hétköznap ($r = 0,28$; $p < 0,01$), mind hétvégén ($r = 0,38$; $p < 0,01$), annál több igen választ adott a szülő. Szintén növelte az igen válaszok számát (és így a kockázatos használat előfordulását), ha régebb óta volt internethasználó a gyermek ($r = 0,29$; $p < 0,01$). A rizikós vagy kockázatos használat több online tevékenység esetén is gyakoribb volt (ld. 7. táblázat), ezek a televíziónézés, az online játékok és videójátékok, a közösségi média napi szintű használata, az online filmnézés voltak.

6. táblázat. A PMC teszt eredményei 3–11 évesek körében

	Teljes alminta [%]	**Fiú [%]**	**Lány [%]**
Nem rizikós használat	67,3%	61,2%	71,9%
Rizikós vagy kockázatos használat	32,7%	38,8%	28,1%

7. táblázat. A rizikós és a nem rizikós használat összevetése az online tevékenységek gyakoriságával

	Soha [%]	**Néha [%]**	**Hetente 1-2 [%]**	**Hetente 3-4 [%]**	**Naponta [%]**
Televízió					
Nem rizikós	6,6	7,9	13,2	13,2	59,2
Rizikós	2,7	2,7	5,4	2,7	87,5
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 8,71$; $p = 0,07$				
Internetezés tanulás, információgyűjtés céljából					
Nem rizikós	33,8	14,9	9,5	12,2	29,7
Rizikós	25,0	33,3	2,8	8,3	30,6
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 6,37$; $p = 1,17$				
Online játékok					
Nem rizikós	36,5	14,9	10,8	14,9	23,0
Rizikós	11,1	11,1	8,3	13,9	55,6
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 13,59$; $p < 0,01$				
Internetezés közösségi oldalak használata, kommunikáció céljából					
Nem rizikós	73,6	8,3	4,2	5,6	8,3
Rizikós	37,8	13,5	8,1	8,1	32,4
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 15,27$; $p < 0,01$				

	Soha [%]	Néha [%]	Hetente 1-2 [%]	Hetente 3-4 [%]	Naponta [%]
Internetezés YouTube-, filmnézés céljából					
Nem rizikós	17,1	26,3	23,7	14,5	18,4
Rizikós	0,0	13,9	16,7	13,9	55,6
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 19{,}51$; $p < 0{,}01$				
Videójátékozás					
Nem rizikós	44,6	20,3	13,5	12,2	9,5
Rizikós	13,5	16,2	13,5	13,5	43,2
Szignifikancia	$\chi^2_{(4)} = 20{,}78$; $p < 0{,}01$				

A PCIAT eredményei

A PCIAT teszten elért átlag pontszámokat a 8. táblázat szemlélteti. A legkisebb eredmény 20, a legmagasabb pedig 96 pont volt. Nemi különbség sem az összesített, sem az egyes alskálákon nem volt mérhető. Összesen 99 érvényes kitöltés érkezett, ahol a teljes skálára vonatkozó érték kiszámítható volt. A 12–18 évesek esetén 37,4 százalékban nem beszélhetünk internetfüggőségről, míg 31,3 százalékban enyhe, 21,2 százalékban mérsékelt és 10,1 százalékban (10 fő esetén) súlyos függőséget mutatott a teszt mindkét nem esetén. A PCIAT alkategóriái nem mutattak összefüggést a különböző online tevékenységek gyakoriságával.

8. táblázat. A PCIAT teszten és az egyes alskálákon elért átlag pontszámok eredményei 12–18 évesek esetén

	Átlag és szórás		
	Teljes alminta	*Fiú*	*Lány*
Összesített skála	42,89 ± 20,53	43,11 ± 20,83	42,61 ± 20,39
nincs függőség (0–30 pont)	37,4%	40,0%	34,1%
enyhe függőség (31–49 pont)	31,3%	29,1%	34,1%
mérsékelt függőség (50–79 pont)	21,2%	20,0%	22,7%
súlyos függőség (80–100 pont)	10,1%	10,9%	9,1%
Figyelem alskála	2,30 ± 1,19	2,38 ± 1,21	2,22 ± 1,18
Szociális viselkedés alskála	2,19 ± 1,04	2,28 ± 1,01	2,09 ± 1,08
Agresszív viselkedés alskála	2,18 ± 1,21	2,20 ± 1,26	2,17 ± 1,17

Következtetések

A szülő és a gyermek képernyőhasználati szokásai erőteljes összefüggést mutatnak. Minél gyakoribb a szülői használat, annál inkább megjelenik majd az érdeklődés és az igény a gyermek részéről is a digitális eszközök használatára, illetve a szülő által végzett konkrét online tevékenységre, tehát a szülő által mutatott konkrét viselkedési minta nagyon erős hatású. Az életkor előrehaladtával változik a domináns médiafelület:

amíg 3–11 éves korban a napi szintű televíziónézés a gyakoribb, addig 12–18 éves korra megnő az internet, azon belül is a közösségi média jelentősége.

A PMC teszten elért eredmények alapján a vizsgált 3–11 évesek egyharmada rizikós vagy problémás használónak tekinthető. Ebben a korban jól jelzi a kockázatot, ha a gyermek több időt tölt el a digitális eszközök használatával. A PCIAT eredményei hasonló arányokat mutatnak, és nemi különbség sem volt mérhető egyik teszten sem. A szakirodalmi adatokkal ellentétben (pl. Gao és mtsai, 2022) a 12–18 éves korosztálynál a problémás használaton belül közel 20 százalék a mérsékelt és 10 százalék a súlyos kategóriába került. Azaz az életkor növekedésével nemcsak nem nőtt párhuzamosan a problémás mértékű használat előfordulása, hanem valamelyest mérséklődött is. Ennek a csökkenésnek a magyarázata adódhat a teszt jellegéből is, hiszen ebben az életkorban a szülők már kevésbé tudják ellenőrzésük alatt tartani a serdülő internethasználatát, így kevesebb ismerettel is rendelkezhetnek a serdülők tényleges szokásairól. A fiatalabb korcsoportban magas arányban volt jelen a kockázat, ez mindenképpen felhívja a figyelmet a jelenség fontosságára és arra, hogy a súlyosabb helyzet megelőzése érdekében változtatásra lehet szükség a családok internethasználathoz való hozzáállásában. További módszertani finomításra szorulhatnak a PMC teszt által használt válaszkategóriák. Egy jövőbeli kutatás esetén, saját kérdéssor összeállításánál az eldöntendő igen-nem kategóriák helyett – ahogyan a PCIAT esetében is történik – több lehetőség megadásával a szülők képesek lennének jobban differenciálni a válaszaikat.

Az internethasználat szülői szabályozása

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia *(American Academy of Pediatrics*, AAP) szerint két éves kor alatt a gyermek agyi fejlődése gyors ütemű, és a legjobban az emberekkel való interakció során fejlődik, ezért ebben az időszakban egyáltalán nem javasolt bármiféle képernyőhasználat (AAP, 2016). Az ajánlás egy kivételt nevez meg, a családtagokkal való videóbeszélgetést, amely mindkét fél számára szociális interakciónak tekinthető. 2–5 éves korban a javaslat, hogy a napi egy óra képernyőidőt ne haladja meg a használat, és ez az idő a 6–18 éves korosztályban sem emelkedik napi két óránál tovább, hangsúlyozva azt, hogy ebben az időben is a minőségi tartalom a fontos. Főleg az elmúlt időszakban tapasztalható volt, hogy ezt az ajánlott maximális mennyiséget könnyen átlépik a gyermekek, nem is említve, hogy az otthoni online oktatás során hogyan alakult a napi képernyő előtt eltöltött idő hossza.

A *3-6-9-12 képernyőfüggőségi szülői útmutató* (*3-6-9-12 Parenting Guidelines for Screen Addiction*) szintén a gyermek életkora alapján határoz meg mérföldköveket a szülői szabályozást illetően, azon az elven működve, hogy a különböző fejlettségi szint eltérő korlátokat igényel (Young, 2015). Ebben az elméletben egészen három éves korig egyáltalán nem ajánlott a képernyőhasználat, 3–6 éves korban is legfeljebb napi egy óra képernyőhasználat a javasolt, szülői szupervízió mellett. 6–9 évesek esetén a szülői felügyelet a hangsúlyos, azaz a képernyőhasználat legyen egy közös, családi esemény. 9–12 éveseknél a szülői feladat annak segítése, hogy a gyermek képes legyen megválogatni, milyen oldalakat látogat, milyen videókat néz meg, milyen játékokkal játszik. Fontos a közös megbeszélése annak, hogy milyen üzeneteket hordoznak, mit jelentenek a gyermek számára. 12–18 éves serdülők már függetlenségre vágynak a képernyőhasználatot illetően is, és ha ebben korlátozzák őket, az általában vitához és konfliktushoz vezet. Amivel segíteni lehet őket, az a *digitális diéta* és a *digitális táplálék* fogalmának megtanítása. *Képernyőnapló* alkalmazásával a serdülő megtanulja monitorozni saját képernyőhasználati szokásait, így képes lesz kiegyensúlyozott mértékű használatra és hasznos tartalmak fogyasztására. Ez utóbbi azt jelenti, hogy a szülő segíti a gyermekét abban, hogy minél jobb döntést hozzon azt illetően, hogy milyen online tevékenységet

folytat (például oktatással kapcsolatos tartalmakat választ).

A szülői mediáció

Amit a szülő a szabályok alkotásán és betartatásán kívül tehet, hogy nem hagyja gyermekét magára az online világgal. Különböző mediációs stratégiák által csökkenthetők az internet veszélyei, a pozitív hatásai pedig fokozhatók (Buerkel-Rothfuss és Buerkel, 2001). Azonban a kutatások azt mutatják, hogy a mediáció mértéke csökken a gyermek életkorával (Symons és mtsai, 2017), pedig a hiányzó szülői kontroll gyakori együttjárást mutat a problémás mértékű internethasználattal (Martins és mtsai, 2020).

A mediáció legegyszerűbb formája az online tartalom együttes megtekintése, ezen belül is elkülöníthető a passzív és az aktív típus. A passzív együttnézés esetén nem történik meg a látottak közös feldolgozása, míg az aktív együttnézésnél megbeszélés kíséri az online tartalmat. A korlátozó mediáció az internethasználat mennyiségi és minőségi szabályozását jelenti. Az aktív mediáció is két típusra bontható: a stratégiával nem rendelkező esetben a tartalomtól függetlenül zajlik szülő és gyermeke között beszélgetés, míg a stratégiával rendelkező aktív mediáció esetén nemcsak megbeszélik a látottakat, hanem értékelik és összevetik azokat a család normáival. A különböző mediációs típusok közül a leghatékonyabbnak a korlátozó és az aktív stratégiával rendelkező mediáció bizonyult az online ártalmak csökkentésében (Collier és mtsai, 2016). A mediációs stratégia alkalmazását nehezíti, hogy még a fiatalabb szülők sem érzik magukat eléggé kompetensnek és tájékozottnak az online világot illetően, nehezen tartanak lépést a digitális fejlődés gyors ütemével (Mascheroni és mtsai, 2016).

A mediáció legegyszerűbb formája az online tartalom együttes megtekintése, ezen belül is elkülöníthető a passzív és az aktív típus. A passzív együttnézés esetén nem történik meg a látottak közös feldolgozása, míg az aktív együttnézésnél megbeszélés kíséri az online tartalmat. A korlátozó mediáció az internethasználat mennyiségi és minőségi szabályozását jelenti. Az aktív mediáció is két típusra bontható: a stratégiával nem rendelkező esetben a tartalomtól függetlenül zajlik szülő és gyermeke között beszélgetés, míg a stratégiával rendelkező aktív mediáció esetén nemcsak megbeszélik a látottakat, hanem értékelik és összevetik azokat a család normáival. A különböző mediációs típusok közül a leghatékonyabbnak a korlátozó és az aktív stratégiával rendelkező mediáció bizonyult az online ártalmak csökkentésében (Collier és mtsai, 2016).

Összegzés

Az IAT-F kérdőív két különböző életkori csoport média-, illetve internethasználatának felmérésére szolgál, amely mérőeszköz először került magyar nyelven alkalmazásra. Mind a 3–11 éves gyermekekről szóló PMC, mind a tizenéves korosztályt vizsgáló PCIAT arra hívja fel a figyelmet, hogy a fiatalok körében nagyságrendileg minden harmadik gyermek érintett a rizikós használatot illetően. Ez gyermekkorban még kockázatos

televíziónézést jelent, majd az életkor előrehaladtával internet- és közösségimédia-használatot, online játékokat. A szülői ellenőrzés ezzel egyidőben pedig jellemzően csökken, és kevésbé vannak tudatában a tizenévesek tényleges képernyő előtt töltött idejének és a függőség kialakulásának kockázatának. A vizsgált mintában is 20 százalékban fordul már elő a mérsékelt, míg 10 százalékban a súlyos internetfüggőség.

A gyermeknevelés egyik modernkori feladata az internethasználati szokások megtanítása. A szülők mindezt nemcsak korlátok és szabályok útján tehetik, hanem a saját szokásaikon keresztül is példát mutatnak a gyermekek számára, hiszen a szülő médiahasználattal eltöltött ideje és a tevékenység jellege is összefügg a gyermek szokásaival. Amit a szülő tehet a gyermeke problémás mértékű internethasználatának megakadályozásában, az leginkább az, hogy már a kezdetektől fogva nem hagyja magára az online tevékenységek végzése közben, minőségi tartalomfogyasztást választ mind saját maga, mind a gyermeke számára, és segíti a gyermekét a tudatos döntések későbbi önálló meghozatalában.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-Fejlesztési Kutatási Programja támogatta. Az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-21-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.

Irodalom

AAP Council on Communications and Media. (2016). Media and young minds. *Pediatrics, 138*(5), e20162591. DOI: 10.1542/peds.2016-2591

Balhara, Y., Harshwardhan, M., Kumar, R. & Singh, S. (2018). Extent and pattern of problematic internet use among school students from Delhi: Findings from the cyber awareness programme. *Asian Journal of Psychiatry, 34*, 38–42. DOI:10.1016/j.ajp.2018.04.010

Buerkel-Rothfuss, N. L. & Buerkel, L. A. (2001). Family mediation. In Bryant, J. & Bryant, J. A. (szerk.), *Television and the American family.* Lawrence Erlbaum. 355–376.

Collier, K. M., Coyne, S. M., Rasmussen, E. E. Hawkins, A. J., Padilla-Walker, L. M., Erickson, S. E. & Memmott-Elison, M. K. (2016). Does parental mediation of media influence child outcomes? A meta-analysis on media time, aggression, substance use, and sexual behavior. *Developmental Psychology, 52*(5), 798–812. DOI: 10.1037/dev0000108

Demetrovics, Zs. (2013). Viselkedési addikciók: spektrumszemléletű kutatások. *Akadémiai Doktori Értekezés*. ELTE.

Fang, X., Tian, M., Wang, R. & Wang, P. (2022). Relationships between depression, loneliness and pathological internet use in adolescents: A cross-lagged analysis. *Current Psychology.* DOI: 10.1007/s12144-022-03180-1

Gao, M., Teng, Z., Wei, Z., Jin, K., Xiao, J., Tang, H., Wu, H., Yang, Y., Yan, H., Chen, J., Wu, R., Zhao, J., Wu, Y. & Huang, J. (2022). Internet addiction among teenagers in a Chinese population: Prevalence, risk factors, and its relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychiatric Research, 153*, 134–140. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.07.003

Goldberg, I. (1996). *Internet addiction disorder*. file:///webs.ulpgc.es/aeps/JR/Documentos/ciberadictos.doc Utolsó letöltés: 2022. 08. 22.

Kabasakal, Z. (2015). Life satisfaction and family functions as predictors of problematic internet use in university students. *Computers in Human Behavior,* 53, 294–304. DOI: 10.1016/j.chb.2015.07.019

Karababa, A. (2020). Examining internet addiction of early adolescents in terms of parenting styles. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 10*(57), 229–254.

Lam, L. T. (2020). The roles of parent-and-child mental health and parental internet addiction in adolescent internet addiction: Does parent-and-child gender match matter? *Frontiers in Public Health,* 8, 142. DOI: 10.3389/fpubh.2020.00142

Li, C., Dang, J., Zhang, X., Zhang, Q. & Guo, J. (2014). Internet addiction among Chinese adolescents: The effect of parental behavior and self-control. *Computers in Human Behavior,* 41, 1–7. DOI: 10.1016/j.chb.2014.09.001

Lin, C.-H., Chen, S.-K., Chang, S.-M. & Lin, S. S. J. (2013). Cross-lagged relationships between problematic internet use and lifestyle changes. *Computers in Human Behavior, 29*(6), 2615–2621. DOI: 10.1016/j.chb.2013.06.029

Martins, M. V., Formiga, A., Santos, C., Sousa, D., Resende, C., Campos, R., Nogueira, N., Carvalho, P. & Ferreira, S. (2020). Adolescent internet addiction – role of parental control and adolescent behaviours. *International Journal of Pediatrics & Adolescent Medicine, 7*(3), 116–120. DOI: 10.1016/j.ijpam.2019.12.003

Mascheroni, G., Livingstone, S., Dreier, M., & Chaudron, S. (2016). Learning versus play or learning through play? How parent's imaginaries, discourses and practices around ICTs shape children's (digital) literacy practices. *Media Education, 7*(2), 261–280.

McLean, S. (2013). *Problematic internet use.* file:///education.vic.gov.au/Documents/about/programs/bullystoppers/smproblematic.pdf Utolsó letöltés: 2022. 08. 22.

Moreno, M. A., Jelenchick, L. A. & Christakis, D. A. (2013). Problematic internet use among older adolescents: A conceptual framework. *Computers in Human Behavior, 29*(4), 1879–1887. DOI: 10.1016/j.chb.2013.01.053

Nagata, J. M., Singh, G., Sajjad, O. M., Ganson, K. T., Testa, A., Jackson, D. B., Assari, S., Murray, S. B., Bibbins-Domingo, K. & Baker, F. C. (2022). Social epidemiology of early dolescent problematic screen use in the United States. *Pediatric Research,* 1–7. DOI: 10.1038/s41390-022-02176-8

Nielsen, P., Favez, N. & Rigter, H. (2020). Parental and family factors associated with problematic gaming and problematic internet use in adolescents: A systematic literature review. *Current Addiction Reports,* 7, 365–386. DOI: 10.1007/s40429-020-00320-0

Orsal, O., Orsal, O., Unsal, A. & Ozalp, S. S. (2013). Evaluation of internet addiction and depression among university students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences, 82*(3), 445–454. DOI: 10.1016/j.sbspro.2013.06.291

Prievara, D. K. (2022). *Internethasználat – egészségesen és tudatosan.* Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.

Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L. & Wartella, E. (2017). Screen media exposure and obesity in children and adolescents. *Pediatrics, 140*(2), S97–S101. DOI: 10.1542/peds.2016-1758k

Saadati, H., Mirzaei, H., Okhovat, B. & Khodamoradi, F. (2021). Association between internet addiction and loneliness across the world: A meta-analysis and systematic review. *SSM - Population Health*, 16, 100948. DOI: 10.1016/j.ssmph.2021.100948

Salehi, E., Fallahchai, R. & Griffiths, M. (2022). Online addictions among adolescents and young adults in Iran: The role of attachment styles and gender. *Social Science Computer Review*. DOI: 10.1177/08944393221111242

Skues, J., Williams, B., Oldmeadow, J. & Wise, L. (2016). The effects of boredom, loneliness, and distress tolerance on problem internet use among university students. *International Journal of Mental Health and Addiction, 14*(2), 167–180. DOI: 10.1007/s11469-015-9568-8

Symons, K., Ponnet, K., Emmery, K., Walrave, M. & Heirman, W. (2017). A factorial validation of parental mediation strategies with regard to internet use. *Psychologica Belgica, 57*(2), 93–111. DOI: 10.5334/pb.372

Tereshchenko, S., Kasparov, E., Smolnika, M., Shubina, M., Gorbacheva, N. & Moskalenko, O. (2021). Internet addiction and sleep problems among Russian adolescents: A field school-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(19), 10397. DOI: 10.3390/ijerph181910397

Tunney, C & Rooney, B. (2022). Using theoretical models of problematic internet use to inform psychological formulation: A systematic scoping review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry,* 1–21. DOI: 10.1177/13591045221104569

Wang, W., Du, X., Guo, Y., Li. W., Zhang, S., Guo, L. & Lu, C. (2021). Association between problematic internet use and behavioral/emotional problems among Chinese adolescents: The mediating role of sleep disorders. *PeerJ,* 9, e10839. DOI: 10.7717/peerj.10839

Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior, 1*(3), Pages 237–244. DOI: 10.1089/cpb.1998.1.237

Young, K. S. (2004). Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *American Behavioral Scientist, 48*(4), 402–415. DOI: 10.1177/0002764204270278

Young, K. S. (2015). *The 3-6-9-12 parenting guidelines for technology use at home.* file:///netaddiction.com/wp-content/uploads/2015/07/Screen-Smart-Guidelines.pdf Utolsó letöltés: 2022. 08. 20.

Young, K. S. (2017). *Internet Addiction Test for Families (IAT-F) Kit.* Stoelting CO.

Young, K. S., Pistner, M., O'Mara, J. & Buchanan, J. (2000). Cyber disorders: The mental health concern for the new millennium. *CyberPsychology & Behavior, 3*(5), 475–479. DOI: 10.1089/cpb.1999.2.475

Absztrakt

A minél korábbi életkorban megkezdett internethasználat egyre inkább általános jelenséggé válik, a gyermekek egyre fiatalabban válnak a digitális világ használóivá. Az életkoruk előrehaladtával pedig a használat mennyisége csak fokozódik, serdülőkorban már akár problémás mértékű használat is kialakulhat. Olyan szintű a bevonódás az egyes online tevékenységekbe, ami aztán a gyermek élete egyéb területeinek és feladatainak (például házi feladat, alvás, barátok) elhanyagolásához vezethet. Kutatásunk során az Internet Addiction Test for Families (IAT-F) kérdőívet fordítottuk le magyar nyelvre, ennek a tesztnek alkalmaztuk a 3–11 (Ellenőrzőlista a Problémás és Kockázatos Gyermeki Médiahasználatról) és 12–18 éves gyermekek (Szülő-Gyermek Internetfüggőségi Teszt) szülei számára összeállított különálló kérdéssorait. Az adatgyűjtésben összesen 225 szülő vett részt, a gyermekeik 117 lány és 108 fiú, a 3–11 éves korosztályból 114 fő és a 12–18 éves korosztályból 111 fő. Az eredményeink alapján elmondható, hogy a 3–11 éves korcsoport több mint 30 százalékára rizikós vagy problémás használat jellemző, míg 12–18 éves korban is 20 százalékban mérsékelt és 10 százalékban súlyos kategóriába sorolhatóak a fiatalok. További eredményünk, hogy a szülők képernyőhasználati szokásai (mind mennyiségi, mind tartalmi szempontból) összefüggtek a gyermek szokásaival. Mindezek felhívják a figyelmet a szülők felelősségére a gyermekeik digitális világban kialakított szokásaira, még serdülőkorban is, nemcsak a szabályozó, hanem a mintaadó szerepük által.

Kulcsszavak: problémás mértékű internethasználat, gyermek, szülő, képernyőidő

***Szabó-Prievara Dóra Katalin*[1] – *Nádudvari Gabriella Erika*[2]**

[1] SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségpszichológia és Mentálhigiéné Tanszék; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport
[2] SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségszociológia és Életmód Tanszék; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

A családi minta fontossága – szülő és gyermek médiahasználata a COVID–19 idején

A tudatos médiahasználat újfajta feladat elé állítja a szülőket, amit különösen felértékel a világjárvány okozta élethelyzet, amely során a médiahasználat intenzitása még tovább fokozódik a gyermekek körében. Kutatásunk során szülőket kérdeztünk meg azzal kapcsolatban, hogy miként vélekednek, a média milyen hatással van gyermekükre, mennyire tartják fontosnak a szabályok, azon belül is a családra egységesen vonatkozó korlátozások bevezetését.

Bevezetés

Médiahasználati szokások

A média napjainkban már minden korosztály életét átszövi, nem lehet azt mondani, hogy csak a fiatalok azok, akikre az intenzív használat jellemző. Az EU Kids Online elnevezésű felmérés 19 európai ország adatait összegezve azt állapította meg, hogy a 9–16 éves gyermekek átlagosan naponta majdnem három teljes órát töltenek el digitális eszközök használatával (Smahel és mtsai, 2020). Az *Európai iskolavizsgálat az alkohol és egyéb drogfogyasztási szokásokról* elnevezésű kutatás (*European School Surves on Alcohol and other Drugs*, ESPAD) eredményei alapján a tizenévesek körében ma már az internetezés számít a legfőbb szabadidős tevékenységnek, ezen belül a közösségi oldalak használata, valamint jelentősnek mondható még a szórakozás mint cél is (Elekes és Arnold, 2020). A felnőtt, szülői korosztályokra is már nagy mennyiségű napi internethasználat jellemző: 16–24 év között átlagosan napi hét és fél órás használat jellemző, 25–34 év között napi hét óra, 35–44 év között napi hat és fél óra, de még 45–54 év között is eléri a napi átlag a hat óra hosszát, 55–64 év között pedig az öt és fél órát (Kemp, 2022). A nagy mértékű és szinte folytonos médiahasználat tehát ma már elkerülhetetlen, és nem feltétlenül bír negatív hatással a felhasználókra. Természetes része lett életünknek az online ügyintézés, a kapcsolattartás, az információkeresés, a játék és az önfejlesztés. Mindemellett a kutatások nagy figyelmet fordítanak arra, hol lehet megtalálni az időmennyiség mellett a jellegzetes szokásokat, körülményeket és formákat a médiahasználatot illetően, ahol már problémákat tud okozni.

Médiahasználat a COVID–19 világjárvány alatt

2020 márciusában kitört a világjárvány, amelynek következtében jelentősen megnőtt szinte minden korosztály esetén a képernyőidő mennyisége, beleértve a televíziónézés, az online játékok, az okostelefonok és a közösségi média használatát is (Lippi és mtsai, 2020; Serra és mtsai, 2021); mindezek lényeges okainak az online oktatás, a távmunka, a szociális távolságtartás bevezetése tekinthető. Tehát a munka, a tanulás, a szociális kapcsolattartás és a szórakozási lehetőségek is a digitális világra koncentrálódtak. Egy 89 tanulmányt vizsgáló metaanalízis szerint legnagyobb mértékben a 6–10 éves gyermekek képernyőideje növekedett, napi szinten majdnem másfél órával. Őket követte a felnőtt, majd a 11–17 éves korosztály napi egy órás képernyőidő-növekedéssel, de még a 0–5 éves gyermekek esetében is napi több mint félórás emelkedésről beszélhetünk (Trott és mtsai, 2022). A használati idő mellett a gyermekeknél megnőtt a lefekvés előtti használat előfordulása (Fitzpatrick és mtsai, 2022), valamint az okostelefon- és az internetfüggőség gyakorisága is (Duan és mtsai, 2020).

Ebben az időszakban nehézséget okozott az online oktatás során a személyes érintkezés hiánya, az extrém munkaterhelés, a technikai jellegű problémák és a segítség/támogatás hiánya (Szabó és mtsai, 2021). Az online világ nemcsak a kapcsolattartás fenntartása szempontjából volt nagy előny, hanem egyfajta megküzdési stratégiaként is használható volt (Király és mtsai, 2020). Az online oktatás hatékonyságát is növelte, ha a tanárok és a diákok már tapasztalt digitáliseszköz-használók voltak korábban is (Józsa és mtsai, 2021).

A családi minta szerepe a médiahasználati szokások alakulásában

A családi médiahasználati szokások együttes vizsgálata egyre inkább a vizsgálatok fókuszába kerül, a szülő által ugyanis a gyermek akár a kezdetektől fogva tanúja lehet a szülői médiahasználatnak. A látott minta a szociális tanulás egyik alappillére, a gyermekek így sajátítják el a viselkedésük elemeit (Bandura, 1976), nem történik másképp a médiahasználat vonatkozásában sem. A kutatási eredmények azt mutatják, hogy a szülői médiahasználat és a médiával kapcsolatos attitűd erőteljes befolyással bír a gyermekek szokásaira és vélekedéseire (Lauricella és Cingel, 2020). Már a 3–5 éves gyermekeknél is összefügg a televíziózás mennyisége a szülők televíziónézési szokásaival (Bassul és mtsai, 2021), ugyanez megfigyelhető a többi digitális eszköz (számítógép, tablet, okostelefon és játékkonzol) esetében is: a gyermek eszközhasználati preferenciája megegyezik a családjában látottakéval (Arundell és mtsai, 2020).

A különböző médiaeszközök túlzott mértékű használata már hosszú évek óta a kutatások középpontjában áll, keresve a választ arra, hogy mikortól válik problémássá, akár addikciós szintűvé a velük eltöltött idő. Alapvetően már a patológiás szint, a függőség elérése előtt is lehet a használat káros, azaz problémás mértékű a felhasználó testi-lelki egészségére, szociális kapcsolataira, feladatai elvégzésére, tehát életének számos területére lehet negatív hatással (Young, 2004). Azok a szülők, akik problémás mértékben használják az internetet, kevésbé ellenőrzik a gyermekeik internetezését (Matthes és mtsai, 2021), ráadásul a szülők és a serdülőkorú gyermekek problémás mértékű okostelefon-használata együttjárást mutat egymással (Gong és mtsai, 2022). A szülői szabályozás azért fontos, mert annak hiányával megnő a gyermekek képernyőideje (Pedersen és mtsai, 2022).

A szülői médiahasználatnál nemcsak a látott minta jelenti a hatást. Tizenéves korban is arról számolnak be a fiatalok, hogy zavarja őket, ha a szüleik okostelefont használnak, mikor velük vannak (Stockdale és mtsai, 2018), ami hosszú távon akár fokozhatja is a serdülőkben a depresszió kialakulásának esélyét (Xie és Xie, 2020). Az anyai és az apai

válaszkészség és figyelem csökken (Vanden Abeele és mtsai, 2020), így a gyermekek mérhetően kevesebb szemkontaktust, bátorítást és visszajelzést kapnak (Lemish és mtsai, 2020). Amíg az okostelefont nem használó szülők szinte az esetek száz százalékában válaszoltak a játszótéren játszó gyermeküknek, addig az okoseszközt használók körében mindez kevesebb mint az esetek felében történt meg (Hiniker és mtsai, 2015). Maguk az anyák és apák is beszámolnak arról, hogy okostelefonozás közben kevésbé tudnak a gyermekeikkel kapcsolódni, és kevésbé érzik a szülői hatékonyságukat (Kushlev és Dunn, 2019; Radesky és mtsai, 2016). Serdülőkorra pedig a szülő-gyermek interakciót rendszeresen megszakító szülői digitáliseszköz-használat hozzájárul a fiatalok problémás mértékű okostelefon-használatához (Xie és mtsai, 2019).

Jelen kutatás egyik célja annak feltárása volt, hogy milyen médiahasználat jellemzi az általunk, verbális kommunikáció során megkérdezett szülőket és gyermekeiket. További cél volt a COVID–19 világjárvány ideje alatti esetleges változások feltárása, valamint jó szülői gyakorlatok, működőképes családi szabályok összegyűjtése.

A szülői médiahasználatnál nemcsak a látott minta jelenti a hatást. Tizenéves korban is arról számolnak be a fiatalok, hogy zavarja őket, ha a szüleik okostelefont használnak, mikor velük vannak (Stockdale és mtsai, 2018), ami hosszú távon akár fokozhatja is a serdülőkben a depresszió kialakulásának esélyét (Xie és Xie, 2020). Az anyai és az apai válaszkészség és figyelem csökken (Vanden Abeele és mtsai, 2020), így a gyermekek mérhetően kevesebb szemkontaktust, bátorítást és visszajelzést kapnak (Lemish és mtsai, 2020). Amíg az okostelefont nem használó szülők szinte az esetek száz százalékában válaszoltak a játszótéren játszó gyermeküknek, addig az okoseszközt használók körében mindez kevesebb mint az esetek felében történt meg (Hiniker és mtsai, 2015). Maguk az anyák és apák is beszámolnak arról, hogy okostelefonozás közben kevésbé tudnak a gyermekeikkel kapcsolódni, és kevésbé érzik a szülői hatékonyságukat (Kushlev és Dunn, 2019; Radesky és mtsai, 2016).

Módszer

A minta

Összesen 15, gyermekkel rendelkező személlyel készült strukturált interjú: 5 fő óvodás, 5 fő általános iskolás és 5 fő serdülő gyermek szülőjével. A megkérdezett 15 személy közül 14 nő volt. Minden esetben csak azok a gyermekek kerültek be az elemzésbe, akik legfeljebb18 évesek. A válaszadók összesített adatait az 1. táblázat szemlélteti, melyből kiderül a családok életkora, gyermekeik átlagos száma és életkora. Ezek a demográfiai jellemzők segíthetik megérteni, miként állnak a családok a médiahasználat kérdéséhez. A szülők, párjaik és gyermekeik életkori csoportok szerinti részletes adatait a 2. számú táblázat szemlélteti, melyek a szülőktől származó szó szerinti idézetekhez nyújtanak plusz információkat. A válaszadók kivétel nélkül mindannyian szellemi munkát végeznek, párjaik 3 fő kivételével (Sz3 párja: utaskoordinátor; Sz6 párja: szakács; Sz10 párja: raktáros) ugyancsak szellemi foglalkozást űznek.

1. táblázat. A válaszadók adatainak összegzése

	Átlag	Szórás
Válaszadó életkora	45 év	± 5 év
Válaszadó párjának életkora	47 év	± 8 év
Gyermekek száma	2 fő	± 1 fő
Gyermekek életkora	12 év	± 5 év

**Megjegyzés: A gyermekek számánál és életkoránál csak a 18 éves vagy az alatti életkor került bele az elemzésbe, a felnőtt korú gyermekek már nem.*

2. táblázat. A gyermekkel rendelkező válaszadók adatai

Óvodáskorú gyermek szülői	**Sz1***	**Sz2**	**Sz3**	**Sz4**	**Sz5**	**Átlag**	**Szórás**
Nem	Nő	Nő	Nő	Nő	Nő	-	-
Válaszadó életkora	47	47	49	43	34	44 év	± 6 év
Válaszadó párjának életkora	53	41	52	43	37	45 év	± 7 év
Gyermekek száma	1	1	2	1	1	1 fő	0 fő
Gyermekek életkora	4	6	4, 14	4	3	6 év	± 4 év
Általános iskolás korú gyermek szülői	**Sz6**	**Sz7**	**Sz8**	**Sz9**	**Sz10**	**Átlag**	**Szórás**
Nem	Nő	Nő	Nő	Nő	Férfi	-	-
Válaszadó életkora	35	50	46	44	41	43 év	± 6 év
Válaszadó párjának életkora	40	-	49	47	42	45 év	± 4 év
Gyermekek száma	2	2	2	3	2	2 fő	± 1 fő
Gyermekek életkora	9, 11	9, 18	12, 17	7, 9, 15	6, 10	11 év	± 4 év
Serdülőkorú gyermek szülői	**Sz11**	**Sz12**	**Sz13**	**Sz14**	**Sz15**	**Átlag**	**Szórás**
Nem	Nő	Nő	Nő	Nő	Nő	-	-
Válaszadó életkora	43	55	46	49	45	48 év	± 5 év
Válaszadó párjának életkora	44	67	47	-	42	50 év	± 12 év
Gyermekek száma	2	1	2	1	2	2 fő	± 1 fő
Gyermekek életkora	15, 17	18	13, 16	18	15, 17	16 év	± 2 év

Megjegyzés: A gyermekek számánál és életkoránál csak a 18 éves vagy az alatti életkor került bele az elemzésbe, a felnőtt korú gyermekek már nem.

** Sz1 = szülő 1, azaz az első résztvevőre vonatkozó adatok; Sz2 = szülő 2…*

Az interjú

Vizsgálatunk során egy általunk megtervezett és megfogalmazott strukturált interjút használtunk. Minden interjúalany ugyanazokat a kérdéseket kapta, és a kikérdezés körülményei minden megkérdezett esetében azonosak voltak. Azért döntöttünk a strukturált interjú alkalmazása mellett, mert a módszer nagy előnye, hogy a válaszadók könnyebben és őszintébben fejtik ki véleményüket, mint ha írásban kellene kitölteniük egy kérdőívet. Ezzel a feltáró módszerrel mélyebbre lehet hatolni, ugyanakkor hátránya, hogy tömeges

adatfelvételre nem alkalmas. A verbális úton kapott információkat jegyzőkönyvben rögzítettük. A jegyzőkönyv szerkezetét az előre megfogalmazott kérdéseink adták.

A feltett kérdések négy nagyobb témakörre oszthatóak. Először a demográfiai adatok (nem, életkor, foglalkozás a két szülőre vonatkozóan, illetve az otthoni munkavégzés gyakoriságának felmérése), majd külön a szülő és külön a gyermek médiahasználatára vonatkozó kérdések következtek. Rákérdeztünk az otthon digitális felszereltségére, a használt eszközökre, a használat mennyiségére és hatására, valamint a használat esetleges megváltozására a COVID–19 világjárvány következtében. Végül a médiahasználat szabályozásával kapcsolatos kérdések zárták az adatgyűjtést: hogy milyen szabályokat alkalmaznak (vagy alkalmaznának) a gyermek médiahasználatára vonatkozóan, és alkottak-e közös, családi szabályokat.

Mivel előre megtervezett szerkezet szerint összeállított kérdésekre válaszoltak az interjúalanyok, a válaszok tematikus feldolgozásán túl lehetővé vált számunkra a kvantitatív információgyűjtés is. Az egyes témákon belül azokat a szövegrészeket emeltük ki, amelyekben vagy ismétlődik egy adott szempont, amely az ismétlődés által fajsúlyossá válik, vagy megjelenik egy olyan aspektus, amely egyediségével hívja fel magára a figyelmet. A szülők médiahasználatára vonatkozó tematikus bemutatásnál kitértünk a megkérdezettek otthonának digitális felszereltségére, az okostelefon mint életformaszervező érték használatára és a szülők tudatosságára a médiahasználat terén. A gyermekekre vonatkozó adatok közlésénél különbséget tettünk az óvodáskorú, az általános iskolás és a serdülőkorú gyermekek médiahasználati szokásai között, miközben bevontuk az elemzésbe a szülők tudatosságára utaló szövegrészeket is. Mind a COVID–19 világjárvány miatt bekövetkezett, előzetesen várt médiahasználati változások, mind a családi szabályok alkalmazásának leírásánál fontosnak tartottuk a fent nevezett három korosztály között feltételezhető különbségek kiemelését.

Eredmények

A szülők médiahasználatának jellemzői

Az otthon digitális eszközökkel való felszereltsége

A kutatásban részt vevő szülők otthonának felszereltsége a digitális eszközök (asztali számítógép, laptop, tablet, tévé, okostévé, okostelefon, okoslámpa, PS4, Smart Phone fűtésszabályozás) terén változatos. Az óvodáskorú gyermekek kivételével majdnem minden családtag rendelkezik asztali számítógéppel vagy saját laptoppal, valamint legalább egy saját mobiltelefonnal. Azokban a háztartásokban, amelyekben legalább az egyik szülő (Sz5 párja: informatikus; Sz12 párja: környezetvédelmi mérnök, fizikus; Sz14 párja: fejlesztőmérnök; Sz15 párja: stratégiai vezető) munkája különböző elektronikus eszközök intenzív és rendszeres használatához kötött, sokkal inkább jellemző az okoseszközök széleskörű alkalmazása. Van, aki arról ad tájékoztatást, hogy a családban nemcsak a személyes tevékenységeik során használnak okoseszközöket, hanem az otthon irányításában is: „Az egyik gyerek technológia- és Apple-fan, ezért a termékek és mi is össze vagyunk kötve, és több eszköz telefonról is vezérelhető.” (Sz15).

Tudatosság az eszközhasználat terén

A napi eszközhasználat időtartama eltérő azok körében, akik erre a kérdésre konkrét választ adtak, ugyanis ez az adat nemcsak a tudatos eszközhasználattól, hanem a munkavégzés jellegétől is függ. Az elektronikus eszközök használatát igénylő munkát végzők

képernyőideje a válaszok tanúsága szerint többeknél nemcsak munkaidőben magas, hanem a munkán kívüli időben is legalább 2 óra. Az egyik válaszadó férje „munkaidejének 100 százalékát számítógép előtt tölti, ennek segítségével valósulnak meg az online találkozói is" (Sz14). Ő maga munkaidejének 80 százalékát tölti gép előtt, és az okostelefon-használatról így nyilatkozik: „Munkaidőn túl sokat van a kezünkben a telefon hírolvasás, Facebook- vagy YouTube-videók hallgatása miatt." (Sz14). A válaszokból az is kitűnik, hogy a tudatosságra törekvő médiahasználók időkereteket szabnak meg maguknak, illetve a tartalmakat is megválogatják: „Közösségi oldalakat (használati sorrendben: Facebook, Insta, SnapChat, LinkedIn), látogatok rendszeresen, de összesen napi fél óra […]" (Sz15); „Naponta háromszor néz rá a leveleire, illetve, ha figyelmeztetik, hogy olvasson el egy sürgős üzenetet, megszegi ezt a szabályt." (Sz12); „A férjem munkája is géphasználatot igényel, tehát napi 8 óra, aztán pár órát pihen, és este még 2 órára visszaül játszani." (Sz5). „Néha fenn ragadok a Facebookon, és posztokat olvasgatok este, mikor már a kisebb gyerek alszik. Ez kb. hetente egyszer fordul elő, és igyekszem minél jobban beszűkíteni, mert nagyon felesleges, és sokszor ijesztő is, hogy jámbor ismerőseim milyen otrombán szidják a velük egyet nem értőket." (Sz7). A rendelkezésünkre álló adatok alapján megállapíthatjuk, hogy a médiahasználat a mindennapos tevékenységektől (munka, tájékozódás, kapcsolattartás, szabadidő) elválaszthatatlan, ugyanakkor a tudatos médiahasználók az idővel kapcsolatos korlátozásokon túl a fogyasztott tartalmak szűrésére is törekszenek.

Az okostelefon mint életformaszervező érték

A fent felsorolt digitális eszközök közül az okostelefon kiemelt használata mind a 35–44, mind a 45–54, mind pedig az 55–64 éves korcsoporthoz tartozó szülőkre jellemző: „Napi szinten használjuk az okostelefont: híváshoz, informálódáshoz, Viber, Messenger, 2-3 óra/nap." (Sz4); „Én napi szinten a munkámhoz is folyamatosan internetet használok, utána délután/este az órákra való felkészüléshez, adminisztrációhoz is. Azt mondanám, hogy szinte egész nap online vagyok, okostelefonon elérhető." (Sz5); „Általában okostelefont használunk, e-mail és egyéb levelezés céljából" (Sz6); „A telefonon játszani szoktam kb. napi fél órát a nap folyamán, amikor valamire várakozom, egyébként zenét hallgatok rajta, ha házimunkát végzek, vagy utazom. Sokszor azon válaszolom meg a rövidebb e-maileket." (Sz7); „okostelefon, egész nap, de megszakításokkal" (Sz8); „Feleségem mobiltelefonozik, 2-3 óra hosszát is egyszerre." (Sz10); „A mobiltelefonra sokszor ránézünk, ha hazaérünk, akkor minden alkalmazást, ahol történhetett valami (Insta, Facebook, Messenger)." (Sz11); „A laptop és a telefon együttműködik. […] Minden nap használom mindkettőt, több órát is, jegyzetelni is digitálisan szoktam, nem papíron." (Sz15). Kivételt képez az egyik válaszadó 67 éves párja, aki „a mobiltelefont csak telefonálásra és a munkájához kapcsolódó fotózásra használja" (Sz12). A fentebb idézett szövegrészekből is kitűnik, hogy a jelenkori médiakörnyezetben az online világhoz való kapcsolódás folyamatos. Különösen az okostelefonhoz mint életformaszervező értékhez kapcsolható sokféle médiahasználati mintázat: kapcsolattartás, informálódás, szabadidő-eltöltés, munka, az otthon irányítása. A fentebb ismertetett eredmények alapján megállapítható, hogy a rendszeres médiahasználat jelentős mértékben meghatározza a megkérdezettek többségének életmódját.

Szülői vélekedések a gyermekek médiahasználatáról

Óvodáskorú gyermekek

Az interjúk elemzése során egyértelműen kirajzolódott, hogy az óvodáskorú gyermekek médiahasználatára a televízióban való, 1-3 óra időtartamú mesenézés jellemző. A mesenézés ideje részben az évszaktól (télen többet néznek tévét), részben a szülők elfoglaltságától, aktuális élethelyzetétől függ. Az a szülő, aki úgy véli, hogy ha a „Kicsinél nincs más lehetőség, akkor lehet többet." (Sz1), az interjú során utal arra, hogy engedékeny szülői magatartását kiegyensúlyozza a gyermekben ösztönösen jelen lévő természetszeretet, a játék szeretete, a kreativitás és a sport, miközben kiemeli: „Kevesebb mese jó lenne, bár önszabályozó is, megunja szerencsére." (Sz1). Ugyancsak az élethelyzet meghatározó jellegével (nincs elegendő idő az óvodáskorú gyermekre, nagyobb gyermekek mintája) hozható összefüggésbe az is, hogy míg egy háromgyermekes családban a legnagyobb (19 éves) gyermek 2 éves koráig nem látott bekapcsolt eszközt, a középső gyermeket „már nem lehetett távol tartani a médiától, de a sok program, sport, kézműves foglalkozás, cserkészet segített." (Sz3.). A harmadik gyermek kapcsán ilyen jellegű elfoglaltságokról nem számol be a szülő. Sokkal inkább a megvonással és a tiltással él, miközben a legkisebb gyermek kapcsán felmerülő nehézségeket a többi családtag kialakult szokásaival magyarázza. Az a szülő, akinek a munka miatt intenzív, ám tudatos a médiahasználata, fontosnak tartja megemlíteni, hogy gyermeke kizárólag „letöltött, jóváhagyott, minőségi tartalmakat" (Sz5) fogyaszthat. A szabályok kapcsán a következetességet és a változásokhoz való alkalmazást emeli ki. Van olyan szülő, aki már bevezeti óvodás gyermekét az okoseszközök világába is: „Az utóbbi időben megismerkedett az okostelefonnal is, amin engedélyezünk neki napi max. 20 perc olyan játékot, amely valamilyen területen fejleszti. A mesék esetében is igyekszünk ilyet választani. Télen kicsit többet ül a mesék előtt, naponta hétköznap kb. 1, maximum 2 órát (egy hosszabb mesével), hétvégén max. 2-3-at, megszakításokkal." (Sz2).

Az általános iskolás korú gyermekek

Az interjúk elemzéséből az derült ki, hogy az általános iskolás gyermekek médiahasználata tükrözi a legpontosabban a szüleik médiahasználatát. Miként az alábbi, a szülők és a gyermekek médiahasználatára vonatkozó szülői kijelentések összehasonlítását tartalmazó 3. táblázat is jól szemlélteti, ez nemcsak az eszközökre, az eszközök használatának idejére, de az eszközhasználat céljára is vonatkozik.

3. táblázat. A szülők saját maguk és gyermekeik médiahasználatára vonatkozó kijelentéseinek összevetése

Szülők médiahasználatára vonatkozó kijelentések	Gyermekek médiahasználatára vonatkozó kijelentések
„Általában okostelefont használunk, e-mail és egyéb levelezés céljából.” (Sz6)	„Okostelefont használnak, naponta kb. egy órát.” (Sz6)
„A laptopon dolgozom, amikor online oktatás van […] A telefonomon játszani szoktam, kb. napi fél órát a nap folyamán, amikor valamire várakozom, […]” (Sz7)	„a laptopot csak akkor használja, ha online oktatás van […] Az okostelefonját otthon használhatja játékra, illetve arra, hogy a Viberen a barátnőivel chateljen.” (Sz7)
„laptop, okostelefon, egész nap, de megszakításokkal”; „Mi szülők is kint tartjuk [a mobiltelefont], hogy az elektroszmog minél kisebb legyen a hálókban” (Sz8)	„Kisebb gyermek sokat chatel délután, tanulás után. 9 órakor ki kell vinnie a telefonját. (Sz8)
„Én összesen napi 3-4 órát használom a laptopot és a mobiltelefont (az arány változó). A férjem az asztali számítógépet otthon max. napi fél-egy órát használja, okostelefonját este1-2 órát. (Sz9)	„Okostelefonja van, iskola végeztével felhív, hogy elindult haza, valamint napi fél-egy órát játszik itthon. Ezen kívül valószínűleg az iskolabuszon és a buszmegállóban is, amíg vár.” (Sz9)
„Én mobiltelefon, számítógép, PS4. A mobiltelefon sűrűn, két óra hosszáig. A számítógép néha, 1-1 órát. A Ps4 is néha, 1 óra ugyanúgy. Feleségem mobiltelefonozik, 2-3 óra hosszát is egyszerre, a laptop 2 óra hossza, de a munkahelyén is használja.” (Sz10)	„A nap jelentős részét a számítógép használata tölti ki, hol az asztali gép, hol a mobiltelefon. Annyi ideig használja, amíg csak engedjük neki. Ha rajta múlna, egész nap rajtuk lógna.” (Sz10)

A fent idézett szövegegységek kontrasztív ábrázolása egyértelművé teszi, hogy az általános iskolás korú gyermekek az okostelefont leginkább chatelésre, játékra használják, naponta átlagosan egy óra hosszat. Egyetlen válaszadó említi, hogy gyermeke rendszeresen telefonálásra is használja mobiltelefonját. PS4-et egy gyermek használ. A szövegek elemzése során kirajzolódó mintázat alapján kijelenthetjük, hogy a kutatási anyagban szereplő általános iskolás gyermekek ritkán néznek televíziót, és akkor is leginkább a Netflixet részesítik előnyben, vagy YouTube-ról töltenek le filmeket. A szabályok pontos meghatározására, a gyermekek szabadidejének gondos megtervezésére vagy a példamutatás által tudatosságra törekvő médiahasználók gyermekeinél nem mutatkozik problémás eszközhasználat. Azonban ezzel ellentétes szülői magatartással is találkoztunk. Az a szülő, aki arról panaszkodik, hogy gyermeke a nap jelentős részét a számítógép, a laptop vagy a PS4 előtt tölti, párjával együtt szabadidejében több órát (3-5 órát) tölt eszközhasználattal, gyermekétől pedig egy időre megvonja az eszközhasználat lehetőségét, amikor a gyermek „nem megfelelően viselkedik, és nem készíti el a házi feladatot” (Sz10). A szülői szabályozásra vonatkozó próbálkozásait teljes mértékben sikertelennek ítéli meg, és egyértelműen vitaforrásként éli meg a gyermek géphasználatát. Saját bevallása szerint a családon belül nincsenek lefektetett szabályok, ám arra vonatkozó direkt vagy indirekt utalás, hogy összefüggés lenne a hiányzó szabályozás és a problémás géphasználat között, az interjú szövegében nem található.

A serdülőkorú gyermekek

A serdülőkorú gyermekek a mobiltelefont, a laptopot és a tabletet részesítik előnyben. Eszközhasználatuk kivétel nélkül intenzív, miként szüleik eszközhasználata is. Erre részben a számadatok alapján: „Képernyőidő: szünetben 6-7 óra […], iskolai napokon a képernyőideje 2,5 óra." (Sz15), részben a megkérdezett szülők direkt vagy indirekt utalásai alapján következtethetünk: „Ha lehetne, egész nap nyomogatnák." (Sz11); „Nagyon sokat működnek online." (Sz13); „gyakran, hosszan, mert ezeken tanul" (Sz14). A leggyakrabban említett tevékenységek: a chatelés, a tanulás, a YouTube-videók nézése és a filmnézés (Netflix). 1 fő tesz utalást a hírolvasásra mint rendszeres tevékenységre a gyermeke életében. Az a serdülőkorú fiúgyermek, akit édesanyja „technológia- és Apple-fan"-nek nevez, a fent felsorolt, gyakran előforduló tevékenységeket is beleértve szinte mindent digitálisan intéz: „Még a fogkeféje is Smart."; „a bérlete is digitális, BKK futárral tervezi a közlekedését, rendelni szeret online, és mindennek utánanéz a neten." (Sz15). A gyermek szociális tanulására jó példa, hogy a család felnőtt férfi tagja szintén aktív médiahasználó: „átlag napi 8 óra laptop előtt, 1 óra telefon közösségi oldalak és csevegő alkalmazások, este kis TV együtt. […] Lelkes online vásárló, nagy vadász. Mindent megnéz a neten, még az élelmiszereket is." (Sz15). A serdülőkorú gyermekek szülei közül 3 fő egyáltalán nem nevez meg gyermekre vonatkozó médiahasználati szabályt, arra hivatkozva, hogy a gyermek érett, értelmes, így nincs szükség a szabályozásra. Közülük az egyik válaszadó részletesen kifejti, hogy 18 éves gyermeke 3 éves koráig nem nézett tévét, még meséket sem nézett: „Arra törekedtünk, hogy társas élmények révén ismerkedjen meg a mesevilággal és a művészetekkel." (Sz11). Izgalmas aspektust érint ugyanez a válaszadó, amikor elmondja, hogy a gyermek digitális médiumoktól való távoltartása problémát is okozott, mert „nem ismerte azokat a televíziós mesefigurákat, amelyekről a kortársai áradoztak, és így nem tudott bekapcsolódni a beszélgetésekbe." (Sz11). Mobiltelefont 11 éves korában kapott, 14 éves kora óta használhat internetet a mobiltelefonján, 16 éves koráig este 9 után nem használhatott elektronikus eszközt. E példa is jól alátámasztja, hogy a médiahasználat gyermekkorban történő következetes szabályozása és a reflektív szülői gondolkodásmód megfelelően előkészítheti a tudatos felnőttkori médiahasználatot.

Változások a médiahasználati szokásokban a COVID–19 világjárvány idején

Szülők médiahasználatának változása

A válaszadók többsége arról számol be, hogy a COVID–19 világjárvány idején szükségszerűen intenzívebbé vált a médiahasználatuk: „Az órákat is csak online tudtuk tartani." (Sz7); „A kapcsolattartás miatt, a gyerekek itthon tanulása miatt folyamatosan be volt kapcsolva 1-2-3 számítógép." (Sz9); „A COVID idején teljesen bezárkóztunk, hetente egyszer mentünk ki bevásárolni, de a bevásárlásaink nagy százaléka is online lett." (Sz13). A home office-ban dolgozók közül 2 fő arról tudósít, hogy szabadidejében is megnőtt a médiahasználat ideje: „A munkaidőt és a szabadidőt nem tudtam szétválasztani, így naponta egy-két órával több időt töltöttem – szabadidőmben – képernyő előtt, mint korábban." (Sz6); „Megnövekedett a számítógép előtt töltött idő, munkavégzés és szabadidős tevékenység szintjén egyaránt." (Sz10), „Annyival volt gyakoribb, hogy online istentiszteletet is itthon néztünk" (Sz11), „Színházlátogatás is az online térben történt, stream színház segítségével." (Sz13). A fentiekkel ellentétben 1 fő nyilatkozik úgy, hogy férje home office-ban leletfeldolgozási, adatrögzítési munkát végzett, ám „szabadidejében nem használta többször a digitális eszközöket, mint egyébként." (Sz9), 1 fő pedig fontosnak tartotta a szóban forgó időszakban az online tértől való

tudatos távolmaradást a szabadidőben: „a felszabaduló időben igyekeztünk nem online lenni" (Sz5).

Több válaszadó határozottan állítja, hogy a médiahasználat segítette e nehéz időszak átvészelését: „Sokat segített a médiahasználat, volt, amikor még rendelni is csak online tudtam, és ez sok olyan embernek jó volt, akik krízisben voltak, akár a COVID miatt is. […] Sok új készséget elsajátítottam, most már szinte bármilyen foglalkozást, csoportot el tudok képzelni online formában, bár nem nagyon szeretem."(Sz7); „Segítette, mert Messenger videón kommunikáltunk családtagokkal, barátokkal és médiából tájékozódtunk aktuális szabályokról, korlátozásokról, hírekről." (Sz8). Az egyik válaszadó a fentiekkel ellentétben úgy ítéli meg, hogy „Nem segítette. A sport, a szomszédok, a szabad levegőn töltött idő segítette." (Sz14).

A fent bemutatott példák alapján egy igen gazdag médiahasználati mintázat rajzolódik ki, amely tükrözi a COVID–19 világjárvány által kikényszerített életmódváltozást is. Az esetek többségében az online szférába helyeződött át a munkavégzés, a családtagokkal és a barátokkal való kapcsolattartás, a gyermekek iskolai ügyeinek menedzselése, a bevásárlás, a szabadidő eltöltése. Mindazonáltal néhányan fontosnak tartották kiemelni azt, hogy a lehetőségekhez mérten igyekeztek megőrizni korábbi, az online tértől távoli tevékenységeiket is.

Az óvodáskorú gyermekek médiahasználatának változása

Az óvodáskorú gyermekek médiahasználatát illetően 3 szülő úgy vélekedik, hogy nem volt változás a COVID–19 világjárvány miatt kialakult helyzet következtében, és saját médiahasználatukban sem történt számottevő változás. Két szülő tapasztalt óvodáskorú gyermekeinél kissé intenzívebb médiahasználatot. Az egyik szülő kifejtette, hogy gyermeke a COVID–19 világjárvány előtt egyáltalán nem használt eszközt, azóta pedig jelentősen csökkent az eszközhasználat gyakorisága és ideje, ugyanakkor arra is felfigyelt, hogy a gyermek „[…] látványfüggő lett. Koncerten, ha csak a zenészek vannak, szenved, de ha bábelőadás van, leköti." (Sz4). Az a szülő, aki saját és párja médiahasználatát is sokkal intenzívebbnek élte meg a COVID–19 világjárvány alatt, mint azelőtt, egyértelműen kijelenti, hogy „megnőtt a médiahasználat" (Sz4) gyermekei körében, beleértve óvodáskorú gyermekét is. Mindemellett tisztában van azzal is, hogy mennyire káros a problémás internet- és eszközhasználat: „A kicsiknek roppant káros, mivel erősen függővé teszi őket, ezért a szülő felelőssége kontrollálni." (Sz3). A válaszadó a szülői felelősség kapcsán tehát a gyermek ellenőrzését emeli ki, miközben azon kívül, hogy az „Asztalnál nincs telefonálás" (Sz3), önmagára vonatkozó korlátozását nem tartja fontosnak.

Az általános iskolás korú gyermekek médiahasználatának változása

Az általános iskolás korú gyermekek médiahasználatának ideje a válaszadók szerint általában jelentősen megnőtt a COVID–19 világjárvány miatt bevezetett online oktatás miatt. A megkérdezettek között azonban van olyan is, aki nem érzékelt jelentős változást, ugyanis a gyermekei „A COVID alatt a tanórák időtartamára használtak számítógépet, egyéb időben nem. A COVID alatt még nem volt telefonjuk." (Sz6). Ebben a családban a felnőtt családtagok médiahasználatát a megfontoltság jellemzi, ugyanis az általuk részben a gyermekekre, részben a család egészére vonatkoztatva megfogalmazott szabályok egyértelműek, bár a szabályok bevezetésének eredményességéről nem beszél a válaszadó. A megkérdezettek között van olyan is, aki elmeséli, hogy a 7-8 óra hosszat tartó otthoni munkavégzése miatt általános iskolás gyermeke, „A kicsi sokszor végig tévézte az időt, […]" (Sz7), azonban mindezt ellensúlyozandó nagyon gyakran összejártak a rokonokkal, barátokkal. Az egyik, szigorú családi szabályokat alkalmazó, példamutatásra törekvő válaszadó is arra

panaszkodik, hogy napközben a képernyőidő „az oktatás miatt túlzottan megnőtt, emiatt nem lehet korlátozni." (Sz8). A képernyőidő növekedéséhez egy másik szülő szerint az is hozzájárult, hogy a gyermekek „Gyakran bent maradtak az óra után a Zoomban a társaikkal beszélgetni, bolondozni. […] Többször volt olyan, hogy ment az óra a számítógépen, és közben telefonozott." (Sz9).

A serdülőkorú gyermekek médiahasználatának változása

A serdülőkorú gyermekek médiahasználati szokásai csak néhány területen és elsősorban mennyiségi szempontból mutatnak változást a COVID–19 világjárvány következményeként. Miként az alábbi példák is alátámasztják, az online oktatás miatt jelentős mértékben nőtt a képernyőhasználat ideje: „Hasonló, kivéve az online oktatás miatt megnövekedett nethasználat." (Sz11); „Az online oktatás miatt az órák számával arányosan nőtt a képernyőidő." (Sz12); „Sokkal többet használták, […] A tanórák is online voltak megtartva." (Sz13). Többen kiemelik az egyébként is jellemzőnek tekinthető chathasználat idejének növekedését: „Sokat beszéltek csevegős videohívásokban." (Sz15); „TikTok miatt nőtt" (Sz14); „Sokkal többet használták, hiszen a Covid elején az osztálytársakkal így tudták tartani a kapcsolatot." (Sz13). Az egyik válaszadó gyermeke életében új elemként tekint a Netflixen történő filmnézésre mint nyelvtanulási és szabadidős tevékenységre. 1 válaszadó kiemeli, hogy gyermekei sok közösségi oldalt követtek, és „ebből a mai napig nehéz kiszedni őket" (Sz13), mindazonáltal „nem ragadtak be a digitális világba. […] A 15 éves fiú kiemelkedően sokat van a barátaival, neki most és akkor is a velük töltött idő adja/adta a fő kikapcsolódást." (Sz13).

Az általános iskolás korú gyermekek médiahasználatának ideje a válaszadók szerint általában jelentősen megnőtt a COVID–19 világjárvány miatt bevezetett online oktatás miatt. A megkérdezettek között azonban van olyan is, aki nem érzékelt jelentős változást, ugyanis a gyermekei „A COVID alatt a tanórák időtartamára használtak számítógépet, egyéb időben nem. A COVID alatt még nem volt telefonjuk." (Sz6). Ebben a családban a felnőtt családtagok médiahasználatát a megfontoltság jellemzi, ugyanis az általuk részben a gyermekekre, részben a család egészére vonatkoztatva megfogalmazott szabályok egyértelműek, bár a szabályok bevezetésének eredményességéről nem beszél a válaszadó. A megkérdezettek között van olyan is, aki elmeséli, hogy a 7-8 óra hosszat tartó otthoni munkavégzése miatt általános iskolás gyermeke, „A kicsi sokszor végig tévézte az időt, [...]" (Sz7), azonban mindezt ellensúlyozandó nagyon gyakran összejártak a rokonokkal, barátokkal.

A gyermekek médiahasználatára vonatkozó szülői kijelentések alapján megállapíthatjuk, hogy elsősorban az általános iskolás és a serdülőkorú gyermekek esetében növekedett számottevően a médiahasználat a COVID–19 világjárvány idején. Ennek egyik oka az online oktatás volt, ám az oktatás online térbe történő áthelyezése következményeként egyéb okokat is megneveztek a megkérdezettek. Mivel a gyermekek személyesen nem találkozhattak egymással, társas kapcsolódásaikat a különböző chatfelületek és/vagy közösségi oldalak használatával valósították meg. A korlátozás mértéke a szülők egyéni döntésétől függött.

Szabályok a családi médiahasználatra vonatkozóan

Az óvodáskorú gyermekek szülei közül 2 fő nem fogalmaz meg egyértelmű szabályokat a gyermekek médiahasználatára vonatkozóan, mert mindketten úgy vélik, hogy ha nem tudják lekötni a gyermeket, több tévénézés is belefér, illetve elegendő a megbeszélés. 1 fő napi 1 órában határozza meg a tévénézés lehetséges időtartamát, 1 fő pedig 1-2 óra mesenézést engedélyez, ezen kívül a szabályok megfogalmazását rugalmasan, a körülmények változásához igazodva képzeli el. Az egész családra vonatkozó szabályok kialakítása tekintetében 3 fő arról számol be, hogy a közös étkezések közben nem engedélyezik a médiahasználatot. Azok a válaszadók, akik a gyermekek számára sem fogalmaznak meg szabályokat, a család egészére vonatkozó szabályozást sem említik.

Az általános iskolás gyermeket nevelő szülők közül 1 fő (gyermekét egyedül nevelő pszichológus) úgy véli, azért nincsenek náluk „kőbe vésett" szabályok, mert annyi más érdekli a gyerekeket, hogy nincs idejük „kütyüzni" (Sz7). Ugyanez a válaszadó kifejti, hogy nem hisz a tiltásban, ezért folyamatosan programokat szervez a gyermekeknek, „hogy jól érezzék magukat »kütyük« nélkül." (Sz7). Ennek ellenére mégis alkalmazza a tiltást, amikor szükségesnek érzi: „ki is veszem a kicsi kezéből max. fél óra után, hogy foglalja le magát valami értelmesebb dologgal. A naggyal is így volt […] Néha, ha nagyon azt éreztem, hogy most túlságosan belemerült, akkor eltiltottam egy-két hétre minden eszköztől, de nem viselte nagyon meg, mert jókat játszottunk." (Sz7). A nevelési elvek és a gyakorlat terén kirajzolódó ellentmondás ellenére, úgy tűnik, jól működik tehát az elterelés, amit olykor a tiltás segítségével lehet megvalósítani. 1 fő napi 1 órában engedélyezi bizonyos oldalak korlátozott használatát. 1 fő médiamegvonást javasol feladatmulasztás vagy nem megfelelő viselkedés miatt. 2 fő konkrét, konstruktív javaslatokat fogalmaz meg: este hétkor ki kell vinni a telefont a konyhába; célszerű felhívni a gyermekek figyelmét a veszélyekre; asztalnál, vendégségben, vendégek jelenlétében, kiránduláson, beszélgetés közben nem lehet telefont használni. Ugyancsak ezek a válaszadók fontosnak tartják továbbá a meghatározott idejű médiahasználatot, illetve igyekeznek önszabályozásra nevelni a gyermekeiket. A családi szintű szabályozást két fő nem tartja lényegesnek, 2 fő pedig kijelenti, hogy étkezés közben nincs telefonhasználat. 2 fő fontsnak tartja, hogy a telefonkészülékek ne legyenek abban a szobában, amelyben alszanak. 1 fő szigorúan megtiltja minden családtagnak, hogy bármilyen közös tevékenység közben telefont használjanak. 1 fő, aki következetesen betartja és betartatja a szabályokat, reményét fejezi ki, hogy a nevelésnek van hatása: „a nevelés azért mégis önkorlátozza őket, a veszélyekre felhívjuk a figyelmüket." (Sz8).

A serdülőkorú gyermekek szülei kevesebb egyértelmű szabályt fogalmaznak meg, mint az általános iskolás korú gyermekek szülei. 1 fő szerint fontos, hogy a gyermekek hazaérkezéskor letegyék a „kütyüket", és beszélgessenek a szülőkkel. 1 fő szerint meg kell szabni, mikor léphet fel a gyermek egy közösségi oldalra, mikor posztolhat, naponta mennyit használja a telefont, és mely oldalakat látogathat meg. A család egészére vonatkozó szabályok tekintetében 2 fő nem engedélyezi a médiahasználatot közös étkezések közben, illetve 1 fő tiltja a telefonhasználatot, amíg nincs kész a gyermek házi feladata. 1 fő úgy nyilatkozik, hogy otthon nem kezdenek el hosszú sorozatokat nézni, mert ez függőséget okoz. 2 fő 18 éves gyermeket nevelő szülő úgy vélekedik, már nem indokolt a szabályozás, ugyanis „a gyermek érett, értelmes", illetve a következetes szabályokra épülő korábbi nevelés nem teszi szükségessé a szabályozást. 1 fő nem válaszolt a szabályozásra vonatkozó kérdésekre.

A médiaeszközök családon belüli megítélése és az azokra vonatkozó szabályozás nem feltétlenül csak a gyermekek korától, hanem sokkal inkább a szülők egyéni döntéseitől, elveitől függ. Az időbeli korlátozáson túl többen említették a médiahasználat

körülményeinek meghatározását, illetve megjelenik a felnőtt családtagok példamutatásának fontossága, valamint a következetes gyermeknevelés pozitív hatásába vetett hit is.

Következtetések

A megkérdezett szülők arról számoltak be, hogy az otthonuk digitális eszközökkel felszerelt. Az óvodáskorú gyermekek kivételével jellemző, hogy szinte minden családtagra jut saját okoseszköz. A szülők körében kiemelt gyakoriságú az okostelefon napi szintű használata, a használat mennyiségét illetően fontos tényező volt a munkavégzés jellege. Azok a szülők, akik munkájuk során digitális eszközöket használtak, jellemzően a szabadidejükben is legalább napi két órán keresztül.

Az óvodáskorú gyermekekre átlagosan napi 1-3 óra televíziónézés a jellemző, azonban ez az időmennyiség erőteljesen függ az időjárástól és a szülő elfoglaltságától, élethelyzetétől, testvérek meglététől. Az általános iskolás korú gyermekek esetén volt a leginkább megfigyelhető az összefüggés a szülők médiahasználati szokásaival, mind a használat idejét, mind pedig a célját illetően. A serdülőknél már megjelenik az okostelefon mellett a laptop és tablet használata is, minden esetben intenzív módon, ahogy a szüleikre is erőteljes eszközhasználat a jellemző. Az, hogy fiatalabb korban a televízió a domináns média, majd fokozatosan leváltja az okostelefon, megegyezik a *Médiahasználat, médiafogyasztás, médiaértés-kutatás gyerekekkel és szüleikkel* elnevezésű kutatás eredményeivel (NMHH, 2017). A COVID–19 világjárvány idején általában a médiahasználat intenzívebbé vált a családokban (főként az online oktatásban részt vevő gyermekeknél), és több esetben megfogalmazták, hogy a média különféle módon segítette ennek a nehéz időszaknak az átvészelését.

A médiahasználat szülők általi szabályozása leginkább az óvodáskorú gyermekeknél jelent meg, és a szakirodalmi adatokkal összhangban, a gyermek életkorának előrehaladtával egyre csökkent (Symons és mtsai, 2017). Fiatalabb korban említésre került idői korlátozás, illetve alternatív programok szervezése, illetve a médiamegvonás mint büntetés alkalmazása. Egységesen a családra vonatkozó szabályok kialakítása csak pár esetben jelent meg, viszont mindhárom korosztály esetén előfordult az említése a közös, digitális eszköztől mentes étkezéseknek.

Ahogy arra a kutatási eredmények is felhívják a figyelmet, összefüggés mutatkozik a szülők és gyermekeik médiahasználati szokásait illetően, rendkívül nagy hangsúllyal bír a mindennap látott minta. A használat egészséges keretek között tartásának egyik lehetséges módja a közös, családi szabályok megalkotása és betartása. Általában azonban a szülői szabályozás három típusa különíthető el: általános iránymutatás, képernyőmentes idő kialakítása és képernyőmentes helyek kijelölése. Mindegyiknek a célja azonos: a képernyőhasználat gyakoriságának csökkentése (D'Angelo és Moreno, 2019). A megkérdezett szülők esetében döntően az online eltöltött idő mennyiségére és a használat körülményeire vonatkozóan jelentek meg a családokban alkalmazott szabályok.

A közös családi médiahasználati terv kialakításához segítséget nyújt az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia által készített ajánlás (AAP, 2016). Az internetes felületen meg kell adni a bevonni kívánt családtagok életkorát és a kitűzött fő célokat. Ilyen cél lehet az online és offline tevékenységek közötti egyensúly megtalálása, a médiáról való rendszeres beszélgetés, az empátia fejlesztése (például mit kezdjen a gyermek internetes zaklatás esetén, hogyan viselkedjen udvariasan egy online környezetben is), a digitális biztonság fejlesztése, képernyőmentes zónák vagy időpontok kialakítása, minőségi tartalom kiválasztása vagy közös médiahasználat kialakítása. Mindegyik cél esetében több tanácsból álló „csomagot" állít össze a honlap. Ilyen konkrét javaslat lehet például a napi használat mennyiségének korlátozása, illetve a lefekvés előtti 1-2 órában való mellőzése,

a digitális eszközök a lakás központi helyén történő tárolása, élvezetes alternatív programok kínálása és a digitális újdonságok naprakész ismerete (Prievara, 2022).

A szabályozás során nem szabad figyelmen kívül hagyni a gyermek, a tartalom és a környezet jellemzőit (Bhatia és mtsai, 2019). Számít ugyanis a gyermek életkora mellett az érdeklődése, pillanatnyi állapota, fejlettségi szintje, ami befolyásolhatja a médiahasználat megtapasztalását. A tartalom esetében azt szükséges szem előtt tartani, hogy a gyermeket aktívan lekösse, az életkorának megfelelő és releváns legyen. A környezet szempont arra utal, hogy a gyermek egyedül vagy a szülővel együtt használja a médiát, ahol is a felnőtt válaszol a feltett kérdéseire, magyarázatot fűz a látottakhoz, segítve a gyermeknek azok feldolgozását.

A közös családi médiahasználati terv kialakításához segítséget nyújt az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia által készített ajánlás (AAP, 2016). Az internetes felületen meg kell adni a bevonni kívánt családtagok életkorát és a kitűzött fő célokat. Ilyen cél lehet az online és offline tevékenységek közötti egyensúly megtalálása, a médiáról való rendszeres beszélgetés, az empátia fejlesztése (például mit kezdjen a gyermek internetes zaklatás esetén, hogyan viselkedjen udvariasan egy online környezetben is), a digitális biztonság fejlesztése, képernyőmentes zónák vagy időpontok kialakítása, minőségi tartalom kiválasztása vagy közös médiahasználat kialakítása. Mindegyik cél esetében több tanácsból álló „csomagot" állít össze a honlap.

Összegzés

A gyermekek életkorával változik a preferált média is: amíg az óvodások mesenézése a televízión keresztül történik, általános iskolás gyermekeknél már az okostelefonok, serdülőknél pedig változatos eszközhasználat a jellemző. A családok digitális eszközökkel egyre inkább felszereltek, a média használata az életük meghatározó részét képezi, így egyre nagyobb szerepet kap az egészséges keretek között tartott, minőségi felhasználás. A gyermekek még jóval az iskolai tanítás előtt, a saját családjukban mintát kapnak a televízió, az okostelefon, a közösségi média használatát illetően, hiszen a mai szülői generáció már aktív médiahasználó. Egyértelmű összefüggés mutatkozik: a nagyobb mértékű szülői képernyőidő a gyermekek esetében is magasabb képernyőidőt jelez (Lee és mtsai, 2018), valamint a fordítottja is igaz, az egészséges mértékű családi használat esetén a gyermekeknél is alacsonyabb médiahasználat mérhető (Niermann és mtsai, 2018). Így mindenképpen szükséges a szokásokat összehangolni és közös, mindenki által betartott szabályokat alkotni a médiahasználatot illetően – nemcsak a használat idejére vonatkozóan, hanem a tartalomra és az együttes fogyasztásra egyaránt.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-Fejlesztési Kutatási Programja támogatta. Az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-21-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.

Irodalom

American Academy of Pediatrics (AAP). (2016). *Family Media Plan*. https://www.healthychildren.org/English/media/Pages/default.aspx Utolsó letöltés: 2022. 08. 09.

Arundell, L., Parker, K., Timperio, A., Salmon, J. & Veitch, J. (2020). Home-based screen time behaviors amongst youth and their parents: familial typologies and their modifiable correlates. *BMC Public Health, 20*, 1492. DOI: 10.1186/s12889-020-09581-w

Bandura, A. (1976). Szociális tanulás utánzás útján. In Pataki, F. (szerk.), *Pedagógiai szociálpszichológia*. Gondolat Kiadó. 84–123.

Bassul, C., Corish, C. A. & Kearney, J. M. (2021). Associations between home environment, children's and parents' characteristics and children's tv screen time behavior. *International Journal of Environtmental Research and Public Health, 18*, 1589. viron. Res. Public Health 2021, 18, 1589. DOI: 10.3390/ijerph18041589

Bhatia, A., Karberg, E. & Vann, N. (2019). Helping fathers manage their children's screen time. *National Responsible Fatherhood Clearinghouse*. https://www.fatherhood.gov/sites/default/files/resource_files/screen_time_brief.pdf Utolsó letöltés: 2022. 08. 09.

D'Angelo, J. D. & Moreno, M. A. (2019). Not at the dinner table – take it to your room: Adolescent reports of parental screen time rules. *Communication Research Reports, 26*(5), 426–436. DOI: 10.1080/08824096.2019.1683528

Duan, L., Shao, X., Wang, Y., Huang, Y., Miao, J., Yang, X. & Zhu, G. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders, 21*, 112–118. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.029

Elekes, Zs. & Arnold, P. (2020). Barátok és szabadidő. In Elekes, Zs., Arnold, P. & Bencsik, N. (szerk), *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában – A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei.* Budapesti Corvinus Egyetem. 79–88.

Fitzpatrick, C., Almeida, M. L. Harvey, E. Garon-Carrier, G., Berrigan, F. & Asbridge, M. (2022). An examination of bedtime media and excessive screen time by Canadian preschoolers during the COVID-19 pandemic. *BMC Pediatrics, 22*, 212. DOI: 10.1186/s12887-022-03280-8

Gong, J., Zhou, Y., Wang, Y., Liang, Z., Hao, J., Su, L., Wang, T., Du, X., Zhou, Y. & Wang, Y. (2022). How parental smartphone addiction affects adolescent smartphone addiction: The effect of the parent-child relationship and parental bonding. *Journal of Affective Disorders, 307*, 271–277. DOI: 10.1016/j.jad.2022.04.014

Hiniker, A., Sobel, K., Suh, H., Sung, Y. C., Lee, C. P. & Kientz, J. (2015). Texting while parenting: How adults use mobile phones while caring for children at the playground. *Proceedings of the 33rd Annual ACM Conference on Human Factors in Computing Systems,* 727–736. DOI: 10.1145/2702123.2702199

Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C. & Arnarsson, Á. M. (2020, szerk.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings*. WHO Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf Utolsó letöltés: 2022. 10. 28.

Józsa, G., Karáné Miklós, N. & Józsa, K. (2021). Pedagógusok tapasztalatai a tanulók motiválásáról a Covid19 járvány idején. *Gyermeknevelés, 9*(2), 169–186. DOI: 10.31074/gyntf.2021.2.169.186

Kemp, S. (2022). *Digital 2022: April Global Statshot Report*. https://datareportal.com/reports/digital-2022-april-global-statshot Utolsó letöltés: 2022. 08. 09.

Király, O., Potenza, M. N., Stein, D. J., King, D. L., Hodgins, D. C., Saunders, J. B., Griffiths, M. D., Gjoneska, B., Billieux, J., Brand, M., Abbott, M. W., Chamberlain, S. R., Corazza, O., Burkauskas, J., Sales, C. M. D., Montag, C., Lochner, C., Grünblatt, E., Wegmann, E., … Demetrovics, Zs. (2020). Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Comprehensive Psychiatry, 100,* 152180. DOI: 10.1016/j.comppsych.2020.152180

Kushlev, K. & Dunn, E. W. (2019). Smartphones distract parents from cultivating feelings of connection when spending time with their children. *Journal of Social and Personal Relationships, 36*(6), 1619–1639. DOI: 10.1177/0265407518769387

Lauricella, A. R. & Cingel, D. P. (2020). Parental influence on youth media use. *Journal of Child and Family Studies, 29*, 1927–1937. DOI: 10.1007/s10826-020-01724-2

Lee, E. Y., Hesketh, K. D., Rhodes, R. E., Rinaldi, C. M., Spence, J. C. & Carson, V. (2018). Role of parental and environmental characteristics in toddlers' physical activity and screen time: Bayesian analysis of structural equation models. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 15*(1), 17. DOI: 10.1186/s12966-018-0649-5

Lemish, D., Elias, N. & Floegel, D. (2020). „Look at me!" Parental use of mobile phones at the playground. *Mobile Media & Communication, 8*(2), 170–187. DOI: 10.1177/2050157919846916

Lippi, G., Henry, B., Bovo, C. & Sanchis-Gomar, F. (2020). Health risks and potential remedies during prolonged lockdowns for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Diagnosis, 7*(2), 85–90. DOI: 10.1515/dx-2020-0041

Matthes, J., Thomas, M. F., Stevic, A. & Schmuck, D. (2021). Fighting over smartphones? Parents' excessive smartphone use, lack of control over children's use, and conflict. *Computers in Human Behavior, 116*, 106618. 10.1016/j.chb.2020.106618 (https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106618)

Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság (NMHH) (2017). Médiahasználat-, médiafogyasztás-, médiaértés-kutatás 7–16 éves gyermekekkel és szüleikkel. https://nmhh.hu/dokumentum/197726/NMHH_PSYMA_7_16_eves_2017_final.pdf Utolsó letöltés: 2022. 10. 28.

Niermann, C., Spengler, S. & Gubbels, J. S. (2018). Physical activity, screen time, and dietary intake in families: A cluster-analysis with mother-father-child triads. *Frontiers in Public Health, 6,* 276. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00276

Pedersen, J., Rasmussen, M. G., Olesen, L. G., Klakk, H., Kristensen, P. L. & Grøntved, A. (2022). Recreational screen media use in Danish school-aged children and the role of parental education, family structures, and household screen media rules. *Preventive Medicine, 155,* 106908. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106908

Prievara, D. K. (2022). *Internethasználat – egészségesen és tudatosan.* Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.

Radesky, J. S., Kistin, C. J., Eisenberg, S., Gross, J., Block, G., Zuckerman, B. & Silverstein, M. (2016). Parent perspectives on their mobile technology use: The excitement and exhaustion of parenting while connected. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 37*(9), 694–701. DOI: 10.1097/DBP.0000000000000357

Serra, G., Lo Scalzo, L., Giuffrè, M., Ferrara, P. & Corsello, G. (2021). Smartphone use and addiction during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: Cohort study on 184 Italian children and adolescents. *Italian Journal of Pediatrics, 47*(1), 150. DOI: 10.1186/s13052-021-01102-8

Smahel, D., Machackova, H., Mascheroni, G., Dedkova, L., Staksrud, E., Ólafsson, K., Livingstone, S. & Hasebrink, U. (2020). *EU Kids Online 2020: Survey results from 19 countries. EU Kids Online*. DOI: 10.21953/lse.47fdeqj01ofo

Stockdale, L. A., Coyne, S. M. & Padilla-Walker, L. M. (2018). Parent and child technoference and socioemotional behavioral outcomes: A nationally representative study of 10- to 20-year-old adolescents. *Computers in Human Behavior, 88*, 219–226. DOI: 10.1016/j.chb.2018.06.034

Symons, K., Ponnet, K., Emmery, K., Walrave, M. & Heirman, W. (2017). A factorial validation of parental mediation strategies with regard to internet use. *Psychologica Belgica, 57*(2), 93–111. DOI: 10.5334/pb.372

Szabó, É., Jagodics, B. & Kóródi, K. (2021). A tanári munkát hátráltató tényezők a 2020. tavaszi digitális oktatás időszakában. *Iskolakultúra, 31*(6), 3–16. DOI: 10.14232/ISKKULT.2021.06.3

Trott, M., Driscoll, R., Irlando, E. & Pardhan, S. (2022). Changes and correlates of screen time in adults and children during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine, 48*, 101452. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101452

Vanden Abeele, M. M. P., Abels, M. & Hendrickson, A. T. (2020). Are parents less responsive to young children when they are on their phones? A systematic naturalistic observation study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 23*(6), 363–370. DOI: 10.1089/cyber.2019.0472

Xie, X., Chen, W., Zhu, X. & He, D. (2019). Parents' phubbing increases adolescents' mobile phone addiction: Roles of parent-child attachment, deviant peers, and gender. *Children and Youth Services Review, 105*, 104426. DOI: 10.1016/j.childyouth.2019.104426

Xie, X. & Xie, J. (2020). Parental phubbing accerelates depression in late childhood and adolescence: A two-path model. *Journal of Adolescence, 78*(1), 43–52. DOI: 10.1016/j.adolescence.2019.12.004

Young, K. S. (2004). Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *American Behavioral Scientist, 48*(4), 402–415. DOI: 10.1177/0002764204270278

Melléklet

1. sz. melléklet: Interjúkérdések

1. Személyes információk:
- Neme?
- Életkora?
- Foglalkozása?
- Otthoni munkavégzés gyakorisága?
- Párja életkora?
- Párja foglalkozása?
- Párja otthoni munkavégzésének gyakorisága?
- Gyermekek száma?
- Gyermekek életkora?

2. Szülő médiahasználata:
- Kérem, jellemezze otthona felszereltségét a digitális eszközökre vonatkozóan!
- Kérem, jellemezze saját és párja médiahasználati szokásait!
  - *Milyen eszközöket használ?*
  - *Milyen gyakran használja az eszközöket?*
  - *Mennyi ideig használja az eszközöket?*
- Kérem, jellemezze a saját és párja médiahasználatát a COVID–19 világjárvány következtében hozott korlátozások alatt!
  - *Volt benne változás?*
  - *Ha igen, nőtt vagy csökkent a képernyőidő?*
  - *Kellett szabályozni, korlátokat szabni a használatnak?*
  - *Segítette az időszak átvészelését a médiahasználat?*

3.A Gyermek médiahasználata – szülők számára
- Kérem, jellemezze gyermeke(i) médiahasználatát!
  - *Milyen eszközöket használ?*
  - *Milyen gyakran használja az eszközöket?*
  - *Mennyi ideig használja az eszközöket?*
- Kérem, jellemezze gyermek(i) médiahasználatát a COVID–19 világjárvány következtében hozott korlátozások alatt!
  - *Volt benne változás?*
  - *Ha igen, nőtt vagy csökkent a képernyőidő?*
  - *Kellett szabályozni, korlátokat szabni a használatnak?*
  - *Segítette az időszak átvészelését a médiahasználat?*
- Mit gondol, gyermeke(i) életére, mindennapjaira milyen hatással vannak a digitális eszközök?
  - *Van valamilyen pozitív, illetve negatív hatása?*

3.B Gyermek médiahasználata – gyermeket tervezők számára
- Mit gondol, a gyermekek életére, mindennapjaira milyen hatással vannak a digitális eszközök?
  - *Van valamilyen pozitív, illetve negatív hatása?*

4.A Szabályok a médiahasználatra vonatkozóan – szülők számára

– Kérem, jellemezze, hogy amennyiben alkalmaznak szabályokat, milyen szabályok vonatkoznak a gyermeke(i) médiahasználatára!
  • Amennyiben nincs, milyen szabály bevezetését tartaná indokoltnak?
  • Volt korábbi, nem sikeres szabályozása a médiahasználatnak?
  • Mennyire érzi hatékonynak ezeket a szabályokat?
– Kérem, jellemezze, hogy amennyiben alkalmaznak szabályokat, milyen közös szabályok vonatkoznak a család médiahasználatára!
  • Amennyiben nincs, milyen szabály bevezetését tartaná indokoltnak?
  • Volt korábbi, nem sikeres szabályozása a médiahasználatnak?
  • Mennyire érzi hatékonynak ezeket a szabályokat?

4.B Szabályok a médiahasználatra vonatkozóan – gyermeket tervezők számára

– Kérem, jellemezze, hogy milyen szabályokat tartana indokoltnak bevezetni egy családban a gyermekek médiahasználatára vonatkozóan!
– Kérem, jellemezze, hogy amennyiben alkalmaznak családjával, barátaival szabályokat, milyen közös szabályok vonatkoznak a médiahasználatára!
  • Amennyiben nincs, milyen szabály bevezetését tartaná indokoltnak?
  • Volt korábbi, nem sikeres szabályozása a médiahasználatnak?
  • Mennyire érzi hatékonynak ezeket a szabályokat?

Absztrakt

Manapság a gyermekek is már médiahasználónak minősülnek, ezt a folyamatot pedig csak tovább gyorsította a COVID–19 világjárvány megjelenése, például az online oktatásra való átállással. Kutatásunk célja a szülői attitűd megvizsgálása volt a gyermekük médiahasználati szokásaira, illetve annak szabályozási elveire vonatkozóan. Különösen arra voltunk kíváncsiak, mennyiben változott a korábbi használat a világjárvány ideje alatt. Összesen 30 fővel készült interjú, melyből 15 szülő (5 fő óvodás, 5 fő általános iskolás és 5 fő serdülőkorú gyermek szülője). Az adatgyűjtésre 2022 tavaszán került sor. A család digitális eszközökkel való felszereltsége, a használat mértéke és a használatra vonatkozó szabályok álltak elsősorban a kérdések fókuszában. Eredményeink alapján megállapítható, hogy a gyermekek életkorának előrehaladtával változik a preferált eszköz. Az óvodások esetén a televíziónézés a fő tevékenység, míg később az okostelefon és a saját számítógép, laptop veszi át a helyét. A médiahasználat intenzitása az életkorral emelkedik, a COVID–19 világjárvány alatt pedig tovább fokozódott a gyermekek médiahasználata; ezzel egyidőben csökken a szülői kontroll és a médiahasználat szabályozása. Holott a szülőktől látott minta (különösen általános iskolás korban) jelentős hatással van a gyermek saját szokásainak kialakítására. A szabályozásnak nemcsak a digitális tartalom mennyiségére, hanem annak minőségére és a fogyasztás körülményeire is ki kellene térnie.

Kulcsszavak: médiahasználat, szülői minta, COVID–19 világjárvány

Mihálka Mária

Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségszociológia és Életmód Tanszék, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

A kiégés kialakulása és megelőzése

A segítő hivatás során az egyén legfőbb munkaeszköze a saját személyisége, amelynek védelme, ha úgy tetszik, „karbantartása" fokozott figyelmet, tudatosságot és felelősségvállalást igényel. A pedagógusok mint segítő hivatást gyakorlók, igen gyakran ki vannak téve a kiégés veszélyének. Lelki egészségük nem tekinthető magánügynek: viselkedésükkel mintát nyújtanak azoknak a tanítványoknak, akiket nevelnek, oktatnak. Ez a mintanyújtás észrevétlen és az élet minden területére kiterjedhet.

Bevezetés

A segítő hivatás során az egyén legfőbb munkaeszköze a saját személyisége, amelynek a védelme, ha úgy tetszik, „karbantartása" fokozott figyelmet, tudatosságot és felelősségvállalást igényel az egyén életében. A különböző szakmai helyzetek kihívások elé állítják a segítőket, ugyanis felelősségvállalásuk kiterjed a munkájuk során rájuk bízott személyekre is. A kettős felelősségvállaláson túl hivatásuk gyakorlása során fokozott lelki és olykor fizikai megterhelésnek vannak kitéve, amely lenyomatot képez, akár nyomot is hagy saját testi, lelki, szellemi egészségükön, éppen ezért felbecsülhetetlen értéke van a tudatos szakmai jelenlétnek, felelősségvállalásnak. Az egyén a személyiség védelme, „karbantartása" nélkül kockáztatja az egészségét, és bekövetkezhet, hogy nem tudja betölteni választott szerepét, önmaga is segítségre szorul. Ennek a lenyomatnak, „nyomnak" az egyik megnyilvánulási formája lehet a kiégés jelensége. A pedagógusok mint segítő hivatást gyakorlók igen gyakran ki vannak téve a kiégés veszélyének, ami befolyásolja testi és lelki egészségüket, munkateljesítményüket, élettel való elégedettségüket (Hakanen, Bakker és Schaufeli, 2006). A segítők felelősséggel tartoznak önmagukért, egészségükért, választott hivatásukban ez fontos elköteleződés a pályájuk kezdetétől. Lelki egészségük nem tekinthető magánügynek: a segítők viselkedésükkel mintát nyújtanak azoknak a klienseknek, páciensek, gondozottaknak, tanítványoknak, akiket segítenek, ápolnak, gondoznak, nevelnek, oktatnak. Ez a mintanyújtás észrevétlen és az élet minden területére kiterjedhet, például arra is, hogy hogyan tudnak egészséges emberként létezni, hogyan tudnak megküzdeni az őket érő kihívásokkal, nehézségekkel, esetlegesen krízisekkel (Mihálka és Pikó, 2018; Mihálka, 2022).

A pedagógus szakma stresszes foglalkozás, számos negatív vonatkozással (Kokkinos, 2007; Paksi, Veroszta, Schmidt, Magi, Vörös, Endrődi-Kovácsi és Felvinczi, 2015; Veress, 2013). Mivel a nevelés, oktatás emberközpontú hivatás, a tanároknak számos interperszonális kapcsolatban kell helytállniuk. A kapcsolataiknak különböző színterei vannak, a diákokon túl a szülőkkel, a pedagógustársakkal, a vezetőkkel, a partnerintézmények munkatársaival, a tágabb közösséggel folyamatos interakcióban vannak. Folyamatosan naprakésznek kell lenniük, felelősséget kell vállalniuk döntéseikért, problémamegoldásukért, és közben inspirálniuk, motiválniuk kell a tanítványaikat, ha szükséges,

konfliktussal kell szembenézniük. A diákok fegyelmezési kérdései, a tanulók motivációjának hiánya, valamint a kollégákkal, a szülőkkel való kapcsolatban keletkező kihívások, a szervezeti problémák, mint például a zsúfolt osztálytermek, a túlzott adminisztráció vagy a szociális támogatás hiánya is hozzájárulhatnak a munkahelyi stresszhez, a kiégéshez és a munkával való elégedetlenséghez (Malinen és Savolainen, 2016; Schwarzer, Schmitz és Tang, 2000). A negatív következmények magukba foglalhatnak pszichoszomatikus tüneteket, egészségkárosító magatartást, mentális és fizikális egészségügyi problémákat (Kovess-Masféty, Sevilla-Dedieu, Rios-Seidel, Nerriére és Chan Chee, 2006).

A kiégés fogalma

A kiégés (*burnout*) jelenségének leírására a tudomány több mint negyven éve vállalkozott, a pszichológia 1974 óta használja a fogalmat, elsőként az amerikai származású pszichoanalitikus, Herbert Freudenberger alkalmazta azt. A kiégést Freudenberger a következőképpen fogalmazta meg: „A szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek." (Fekete, 1991. 17.) A fogalom meghatározásakor elsősorban az okokra és a látható, érzékelhető tünetekre koncentrál Freudenberger, amelyet cinizmus, boldogtalanság, unalom, különböző pszichoszomatikus tünetek és krónikus fáradtság jellemez (Bordás, 2010).

Maslach és Jackson (1982, 1986, 1996) fogalom-meghatározása eltér Freudenbergerétől: a kiégést komplex szociális kontextusba ágyazott, a személyiség másokkal, valamint magával szembeni attitűdjével kapcsolatos jelenségként definiálja. Maslach és Jackson feltárják a kiégés jelenségének három dimenzióját: az emocionális kimerültséget (amely a kiégés vezető tünete, arra utal, hogy a személy érzelmi erőforrásai kiapadnak, úgy érzi, hogy nincs semmi, amit másoknak pszichés szempontból adhatna), a deperszonalizációt (amelyet a kliensekhez/tanulókhoz, a kollégákhoz és magához a munkához való negatív viszony jellemez), valamint a csökkent személyes hatékonyság érzését (amely arra vonatkozik, hogy az egyén teljesítménye némileg eltér attól, amit önmagától elvár, és ehhez nagyfokú negatív önértékelés is társul). A kiégés az érzelmileg megterhelő interperszonális kapcsolatok során átélt egyéni stressz eredménye, amely főleg a humán szférában dolgozóknál, a segítő foglalkozásoknál jelenik meg (Maslach és Jackson, 1982, 1986, 1996). A meghatározás erőssége, hogy egyfajta többdimenziós konstruktumként fogja fel a kiégést, viszont közel sem tárja fel ennek a nagyon összetett jelenségnek minden dimenzióját (Bordás, 2010).

Cherniss szerint a kiégés egy olyan folyamat, amelyben a stressz és a hajszolt munka hatására a hajdanában elkötelezett szakember eltávolodik munkájától (Herr, 1997). Cherniss fejlődési modelljében a kiégés kialakulásában három egymástól jól elhatárolható szintet nevez meg: 1. szint: a stressz észlelése, 2. szint: a stressz fizikai elfáradáshoz, érzelmi kimerüléshez vezet, 3. szint: védekező megküzdés, ahol attitűd- és tulajdonságváltozások mennek végbe, megjelenik a kliensekkel szembeni cinizmus, a visszahúzódás és az érzelmi elkülönülés (Takács, 2006). Cherniss fogalom-meghatározásában kiemelendő, hogy bemutatja a kiégés kialakulásának fokozatait, a kiégési folyamatot kijelölve.

Több kutató az okok felderítésében jelölte ki a fogalom határait, a kiégés előzményeit, okait minden esetben a munkához, a munkahelyhez, illetve a munkavégzéshez kapcsolták. A „maslach-i" meghatározással szinte egy időben Pines, Aronson és Kafry (1992) a kiégés tünetei mellett az állapotot kísérő érzelmek megjelenését is feltárták. A kiégést az ő megfogalmazásukban: „érzelmi, fizikai és mentális elfáradás jelzi, vagyis a személy állandóan fáradtnak érzi magát. Ehhez a helyzethez járul még az elhagyatottság,

a segítségnélküliség és a reménytelenség érzése, amikor munkájában tapasztalt problémákkal magára hagyottnak érzi magát a személy. Ennek következménye a munkával és az élettel kapcsolatban a lelkesedés teljes hiánya […], az alacsony önbecsülés." (Takács, 2006. 108.)

Schaufeli és Enzmann (1998) szerint a kiégés egy olyan folyamatos negatív elmeállapot, amely a munkához kapcsolódóan jelenik meg. A kimerültség mellett (ami az elsődleges tünet) a munkában megjelenik a distressz, a csökkent hatékonyság érzése, a diszfunkcionális attitűdök és viselkedésformák halmaza, és csökken a motiváció, a kiégés szinte észrevétlenül kifejlődik. A kiégés gyakran újratermeli önmagát azáltal, hogy a szindrómához kapcsolódó stresszel, problémákkal való megküzdéshez inadekvát stratégiákat választ az egyén. Schaufeli a szakirodalom által bemutatott, több mint száz tünetet egyetlen fő indikátorra (kimerültség) és négy kapcsolódó tünetre (distressz, csökkent hatékonyság, diszfunkcionális attitűdök és viselkedés, csökkenő motiváció) szűkíti le (Schaufeli, 2006). A meghatározás előnye, hogy összefoglalja a tüneteket, illetve a kiégés kialakulásának előfeltételeit, és kijelöli a megjelenési területeket (Bordás, 2010).

A munkahelyi kiégéshez kapcsolódó fogalom-meghatározás során a munkahelyi kapcsolatokban rejlő stressz-tényezők alapján ragadják meg a jelenséget, megjegyzendő, hogy az individuális, az interperszonális és a környezeti meghatározottság egyaránt megjelenik (Kovács, 2006). A kezdeti munkára irányuló fókusz mellett folyamatosan fordult az egyén, a társas közegben rejlő jellemzők, működések felé a kutatók figyelme.

Összefoglalva a mi értelmezésünkben a kiégés elhúzódó érzelmi megterhelés és stressz hatására kialakuló érzelmi, mentális és fizikális kimerülés, amelynek során a társas interakcióikban az egyének nem képesek reálisan megítélni sem önmaguk, sem a környezetükben lévő személyek viselkedését, teljesítményét. Gyakori a negatív önértékelés, a valóságnál negatívabb társészlelés. A munkához kapcsolódó célok leértékelődnek, a munkavégzés öröme és az alkotó lelkesedés eltűnik, az egyén megküzdési képessége sérül (Mihálka, 2015, 2022).

A definíció megalkotása, a kiégés felismerése, illetve a személyek viselkedésében megjelenő tünetek elkülönítése nehéz feladat, ugyanis az egyén érzelmi kimerülésében, deperszonalizációjában, teljesítménycsökkenésében szerepet játszhat sok más tényező, jelenség, például a helfer-szindróma (Fekete, 1991), a kifáradás (Kollár, 2014), a depresszió (Hézser, 1996; Kovács, 2006), a stressz (Selye, 1978). Fontos a kiégés fogalmi határainak a kijelölése, kapcsolatainak megértése ezekkel a jelenségekkel kapcsolatban. A kiégés okai változatosak lehetnek: a legtöbb kutató megjelöli az érzelmi kimerültséget/túlterheltséget, bizonyos – az egyén személyiségéhez kötődő – jellemzőket és munkahelyi tényezőket, azon belül is kiemelten a stresszt.

A kiégés okai és következményei

Kafry kutatásai alapján a kiégésnek három okát jelöli meg: az érzelmi túlterheltséget, bizonyos személyiségjegyeket és a kliensközpontú orientálódást (Ónodi, 2001; Petróczi, 2007). A kiégésben érintett személyeknél azt figyelte meg, hogy a kimerülés jelentkezhet testi, szellemi és érzelmi területen, ezek egyenként vagy párhuzamosan is jelen lehetnek. A testi kimerülést gyengeség, kedvetlenség, krónikus fáradtság, betegségre való hajlam, az étkezési szokások és a testsúly változása jellemzi. Érzelmileg levertség, gyámoltalanság, reménytelenség, kiúttalanság, egyenesen kimerültség a jellemző. A szellemi kimerülés során negatív beállítódás figyelhető meg önmagukkal, a munkával és általában az egész élettel szemben (Ónodi, 2001; Petróczi, 2007). Összefoglalva a kiégésben érintettek dehumanizáló magatartást alakítanak ki mindazokkal szemben, akiknek segíteniük kellene (Ónodi, 2001; Petróczi, 2007).

Barth (Ónodi, 2001) a kiégés okaként szintén három dolgot említ (a Kafry-féle érzelmi túlterheltség megjelenik Barth okkeresése között is): (1) sok stressz, nagy megterhelés, amelyből érzelmi kimerülés keletkezik; (2) kevés motiváció a munkában, kismértékű munkahelyi megelégedettség, mely csökkent teljesítményhez vezet; (3) a munkahelyen megromlott kapcsolatok minősége dehumanizálódást hoz magával (Ónodi, 2001). Barth sok stresszel, nagy megterheléssel járó, kismértékű munkahelyi elégedettséggel kapcsolatos oksági megállapításait erősíti Lubinszki (2013), aki szerint a tartósan fennálló túlhajszoltság és a munkával kapcsolatos elégedetlenség fokozott figyelmet igényel. A munkával, munkahellyel, teljesítménnyel kapcsolatos szorongást fokozza az alkalmazkodás problematikussága, az alacsony frusztrációtűrés, az önértékelési zavar, a túlzott konformizmus, az alacsony szintű megküzdési készség, a szociális ügyetlenség, az aktuális pszichés vagy szomatikus egyensúlyzavarok, a negatív gondolkodás, a szerepkonfliktus, az instabil élethelyzet. Lubinszki kiemeli az érett, teljességgel működő személyiség és a pszichológiai immunrendszer kritériumát, amelyeknek hiánya fokozott veszélyt jelenthet a kiégés megjelenésében, valamint felhívja a figyelmet bizonyos, a kiégés kialakulását elősegítő élethelyzetekre, mint az életközepi krízis és a gyász (Lubinszki, 2013).

Barth (Ónodi, 2001) a kiégés okaként szintén három dolgot említ (a Kafry-féle érzelmi túlterheltség megjelenik Barth okkeresése között is): (1) sok stressz, nagy megterhelés, amelyből érzelmi kimerülés keletkezik; (2) kevés motiváció a munkában, kismértékű munkahelyi megelégedettség, mely csökkent teljesítményhez vezet; (3) a munkahelyen megromlott kapcsolatok minősége dehumanizálódást hoz magával (Ónodi, 2001). Barth sok stresszel, nagy megterheléssel járó, kismértékű munkahelyi elégedettséggel kapcsolatos oksági megállapításait erősíti Lubinszki (2013), aki szerint a tartósan fennálló túlhajszoltság és a munkával kapcsolatos elégedetlenség fokozott figyelmet igényel.

Moreno szerint (Ónodi, 2001) a kiégés lehetséges oka lehet az, hogy csökken az önértékelése annak a személynek, aki azt éli meg, hogy a szakmai szerepében (szerepeiben) csődöt mondott. A szerep szétesése szerepbeli kifáradáshoz vagy szerepkiégéshez vezet, a háttérben az elavult elképzelések és a teljesületlen szerepelvárások vannak. Moreno (Ónodi, 2001) azt tartotta, hogy a szerep azért fontos, mert az énkép a szerepekből születik meg, a szerep a viselkedés funkcionális egysége. A szerep szétesése azért vezet el a kifáradáshoz vagy a szerepkiégéshez, mert önmagunk érzékelése függ azoktól a szerepektől, amelyek jelen vannak az életünkben, és végső soron függ attól, hogy hogyan ítéljük meg, mennyire jól töltjük be azokat (Ónodi, 2001).

A kiégés vonatkozásában nehéz annak a ténynek az elfogadása, hogy nemcsak a negatívumokról, hanem a pozitívumokról is érdemes lehet beszélni, hiszen fontos, hogy elismerjük, hogy az egyének pozitív megküzdési képességük révén képesek a fejlődésre.

Negatív következmények közé sorolható, hogy az egyén nem képes az empátiára az érzelmi kimerülés okán (amelynek következtében munkája legfontosabb követelményének nem képes megfelelni). Megnövekszik a segítőben a belső igény a kliensekkel / a betegekkel / a gondozottakkal / a tanulókkal szembeni minél nagyobb távolságtartásra és a velük való kommunikáció elkerülésére. A munkában tapasztalt sikerélmények

elmaradnak, a munka minősége, eredményessége csökken, előfordulhat, hogy nem érzi kompetensnek magát az egyén, amely elvezet az énhatékonyság, az önértékelés és az önmegvalósítás csökkenéséhez, az énkép leértékeléséhez (Tandari-Kovács, 2010).

A kiégés az egész személyiségre, s az interperszonális kapcsolatok valamennyi szintjére kihatással van, sérülnek a társas kapcsolatok (családi, baráti, rokoni, munkatársi). Kialakulhat alkohol- vagy drogfüggőség, pszichoszomatikus zavarok, megjelennek a testi tünetek, betegségbe menekülés, melyek gyakori hiányzásokat eredményezhetnek (Petróczi, 2007). Végső soron a kiégésnek komoly kihatásai lehetnek az egyén, de a szervezet működésére, sikerességére, elismertségére is. Gyakran történik pályaelhagyás, munkahelyváltás, azonban a kezeletlen tünetek nagyon hamar újra aktiválódhatnak, más környezetben is, amennyiben a probléma újra jelentkezik. A kiégés kialakulásának jól megragadható folyamata van, a tünetek is beazonosíthatóak.

A kiégés folyamata, fázisai és tünetei

Hézser (1996) a kiégést tizenkétlépcsős folyamatként írja le, ahol az egyes szakaszok között nincs éles határ, az élethelyzettől, a személyiségtől függően különböző intenzitással jelentkezhetnek. Tizenkét lépcsőfok vezet a teljes kiégésig:

1. A bizonyítani akarástól a bizonyítási kényszerig.
2. Fokozott erőfeszítés.
3. A személyes igények elhanyagolása.
4. A személyes igények és konfliktusok elfojtása.
5. Az értékrend megváltozása.
6. A fellépő problémák tagadása.
7. Visszahúzódás.
8. Magatartás- és viselkedésváltozás.
9. Deperszonalizáció.
10. Belső üresség.
11. Depresszió.
12. Teljes kiégettség.

Hézser tizenkétlépcsős folyamatához képest Brodsky és Becker a burnout kialakulását öt fázisba sorolta, Brodsky patológiás fázisai közé Becker a realizmus egészséges fázisát helyezte el (Ónodi, 2001):

1. Az idealizmus fázisában: kiemelkedő lelkesedés figyelhető meg a szakmáért, valamint jellemző a kliensért való intenzív fáradozás, a kollégákkal való élénk kapcsolattartás, és az irreális elvárások a kliensek változni akarásában. A segítés sikertelenségét az egyén a saját személyes felelősségének, kudarcának tartja. Gyakori a túlazonosulás, ahol eltűnnek a határok a segítő és a kliens élete, illetve a segítő személyes és szakmai élete között.
2. A realizmus fázisában: az egyén elkötelezett a szakmája iránt. Kooperatív együttműködés valósul meg a munkatársakkal, érdekli a kliens személyes fejlődése. A segítőnél a távolságtartás és részvét érzete váltakozik, az egyensúly megtalálására törekszik, ugyanakkor nyitott a kreatív kezdeményezések irányába.
3. A stagnálás vagy a kiábrándulás fázisában: alábbhagy a segítő teljesítőképessége, érdeklődése, nyitottsága. A kliensekkel való kapcsolat leszűkül a legszükségesebbekre, a kollégákkal való kapcsolat terhessé válik, a saját védekező viselkedés megerősítése a cél.
4. A frusztráció fázisában: a segítő szakmájában „visszahúzódik", a klienseket elkezdi becsmérelni, egyre több negatív változást észlel rajtuk. A kliensekkel való

kapcsolatában a megengedő és a tekintélyelvű stílus használata váltakozik. A szakmai, közéleti tevékenységből visszavonul, azt értelmetlennek és üresnek tartja. Végül kétségbe vonja saját tudását, a hivatás értelmét és értékét.

5. Az apátia fázisában: a minimálisra korlátozódik a kliensekkel való interakció. A szakmai munka sematikussá válik. A kliensek felé megnyilvánuló hangulat ellenséges lesz. A segítő a kollégákat elkerüli, a helyzet megváltoztatásában nem hisz.

A kiégés észrevétlenül kezdődik el, akár évek alatt jön létre, és az egyén hosszú idő alatt ér el a teljes kiégettség lépcsőfokához. Fontos annak tisztázása, hol tart az egyes szakaszok között a segítő, hiszen a kiégés kezelése más beavatkozási lépéseket kíván meg az egyes szakaszokban (Kovács, 2006).

A kiégés tudományos leírása különböző tünetcsoportokat különít el, beszélhetünk pszichés, fiziológiai, magatartásbeli és szociális tünetekről, valamint a problematikus viselkedésformák tüneteiről (Hézser, 1996):

1. Pszichés tünetek: reménytelenség és tehetetlenség érzése, a lelkesedés és a felelősségérzet eltűnése, koncentrációs nehézség, közömbösség, türelmetlenség, szorongás, apátia, agresszió, negatív önértékelés, depresszió.
2. Fiziológiai tünetek: állandó feszültség, fejfájás, izomfeszülés, alvászavarok, csökkent immunitás, fizikai reakciók megjelenése.
3. Magatartásbeli tünetek: kontrollálatlan agresszió, teljesítőképesség, kezdeményezőképesség és a szakmai érdeklődés mérséklődése.
4. Szociális tünetek: munkatársi kapcsolatok lazulása, baráti kör elhanyagolása, visszahúzódás, helytelen bánásmód megjelenése a segítettekkel és a munkatársakkal, a szabadidős kedvtelések elmaradása.
5. Problematikus viselkedésformák: cinizmus, közömbösség, negatív beállítottság, alkohol-, illetve drogfüggőség kialakulása, dohányzás.

A tünetek felismerését megnehezíti, hogy az egyén és a társas kapcsolatrendszerében lévő személyek számára is hosszú idő eltelhet, mikorra megszülethet a kiégés beazonosítása, ezért kiemelten fontos a kiégésről való minél több információ megjelenítése, a prevenciós és az intervenciós programok széleskörű elérhetősége. Magyarországon a kiégés témájában egyre több kutatás valósult meg az elmúlt közel két évtizedben.

A kiégés jelenségének kutatása hazánkban

Hazánkban elsősorban egészségügyi dolgozókat: főként ápolókat, nővéreket, orvosokat, illetve az utóbbi öt évben pedagógusokat érintően valósultak meg kutatások (ld. 1. táblázat). Alapvetően több mint kétszer annyi kutatás valósult meg az egészségügy területén, mint az oktatás területén a dolgozók kiégésének feltárása érdekében. Ugyanakkor más segítő foglalkozásúak kiégéséről még kevesebb írás jelenik meg, empirikus munkák ritkán foglalkoznak a jelenség specifikumaival még napjainkban is.

1. táblázat. A kiégés jelenségének kutatása és kutatói hazánkban

Kutatási célcsoport	Kutatók	A kutatások főbb eredményei
Nővérek	Czeglédi és Tandari-Kovács, 2019; Szényei, Ádám, Győrffy és Túry, 2015; Mészáros, Cserháti, Oláh, Perczel Forintos és Ádám, 2013; Kovács, Kovács és Hegedűs, 2012; Piczil és Pikó, 2012; 2002, 2000 és 1998; Irinyi és Németh, 2011, 2012; Pikó, 2006; Kovács, 2006; Szicsek, 2004; Hegedűs, Riskó és Mészáros, 2004; Pálfi, 2003; Pikó, 2001	– kiégettség mértéke, jellemzői – stresszforrások azonosítása – kiégés okai – egészségi állapot és a kiégés összefüggései – veszélyeztetettség területei – a munkaelégedettség, az élettel való elégedettség és a kiégés összefüggései – pályaelhagyás és a kiégés kapcsolata – következmények azonosítása – megelőzés lehetőségei
Orvosok	Győrffy, 2019; Győrffy és Girasek 2015; Szényei és mtsai, 2015; Ádám, Nistor, Nistor és Hazag, 2014; Győrffy és Ádám, 2004, 2013; Ádám és Mészáros, 2012; Fülöp, Devecsery és Csabai, 2012; Kovács, Kovács és Hegedűs, 2012; Ádám, Győrffy és Csoboth, 2006, 2008, 2009; Hegedűs, 2000; Bognár, Kolosai, Hegedűs és Pilling, 2001	– kiégettség mértéke, jellemzői – rizikófaktorok azonosítása – stresszforrások azonosítása – kiégés okai – testi, lelki, szellemi egészségi állapot és a kiégés összefüggései – megküzdési stratégiák azonosítása – megelőzés lehetőségei
Pedagógusok	Mihálka és Pikó, 2018; Mihálka, 2020a, 2020b, 2022; Szabó, 2020; Szabó, Litke és Jagodics, 2018; Szabó és Jagodics, 2016; Paksi és mtsai, 2015; Antalka, 2015; Torma, 2013; Kissné, 2009; Petróczi, 2007; Kovács, 2006; Paksi és Schmidt, 2006; Salavecz, Neculai és Jakab, 2006; Petróczi, Fazekas, Tombácz és Zimányi, 1999, 2001	– kiégettség mértéke, jellemzői – rizikófaktorok azonosítása – stresszforrások azonosítása – kiégés okai – testi, lelki, szellemi egészségi állapot és a kiégés összefüggései – megküzdési stratégiák azonosítása – a munkaelégedettség, az élettel való elégedettség és a kiégés összefüggései – munka-család interferenciával való összefüggés – megelőzés lehetőségei

Összességében elmondható, hogy a magyar kutatók vizsgálták a kiégés jellemzőit, a kiégés és a pszichológiai jellemzők, a kiégés és a pszichés, illetve szomatikus megbetegedések kapcsolatát, a társas támogatás fontosságának szerepét, valamint az egyéni megküzdési képességeket. A kiégéssel kapcsolatban többen kutatták a szerepkonfliktust mint rizikótényezőt, a stresszortényezőket, a megelőzés lehetőségeit, a szervezeti, munkahelyi tényezőket, illetve a pályán eltöltött idő és a kiégés összefüggéseit, valamint a munkával való elégedettséget és a munkavégzés körülményeit (ld. 2. táblázat).

Eredményeket a kiégettség mértékéről, jellemzőiről tudunk. A kutatók azonosították a stresszforrásokat, a kiégés okait, az egészségi állapot és a kiégés összefüggéseit, a veszélyeztetettség területeit, a munkaelégedettség, az élettel való elégedettség és a kiégés összefüggéseit, a pályaelhagyás és a kiégés kapcsolatát, a következményeket és a megelőzés lehetőségeit.

2. táblázat. A kiégés kutatásának fő kérdéskörei és kutatói hazánkban

Kutatások fő kérdéskörei	Kutatók
A kiégés jellemzői, a kiégés és a pszichés, illetve szomatikus megbetegedések kapcsolata	Mihálka 2022; Szabó, 2020; Borbáth, 2020a; Borbáth, 2020b; Győrffy, 2019, Antalka, 2015; Mihálka és Pikó, 2018.Ádám és mtsai, 2014; Győrffy és Girasek, 2015; Paksi és mtsai, 2015; Győrffy és Ádám, 2013; Fülöp, Devecsery és Csabai, 2012; Kovács, Kovács és Hegedűs, 2012; Ádám, Győrffy és Csoboth, 2006; Paksi és Schmidt, 2006; Pikó, 2006; Irinyi és Németh, 2012
A társas támogatás fontosságának szerepe	Mihálka, 2022; Szabó, Litke és Jagodics, 2018; Antalka, 2015; Kovács, Kovács és Hegedűs, 2012; Petróczi, 1999; Pikó, 2001; Hegedűs, Riskó és Mészáros, 2004; Kovács, 2006; Kovács, Kovács és Hegedűs, 2012; Mihálka és Pikó, 2018
Az egyéni megküzdési képesség	Paksi és mtsai, 2015; Mészáros és mtsai, 2013; Kovács, Kovács és Hegedűs, 2012; Pikó és Piczil, 2002; Kovács, Kovács és Hegedűs, 2012; Torma, 2013
A szerepkonfliktus mint rizikótényező	Mihálka, 2022; Mihálka és Pikó, 2018; Antalka, 2015; Győrffy és Ádám, 2004; Ádám, Győrffy és Csoboth, 2006; Pikó, 2006
A stresszortényezők	Petróczi és mtsai, 1999 és 2001; Pikó és Piczil, 2002
A szervezeti, munkahelyi tényezők, a munkavégzés körülményei	Mihálka, 2022; Szabó, 2020; Győrffy, 2019; Szabó, Litke és Jagodics, 2018; Mihálka és Pikó, 2018; Szabó és Jagodics, 2016; Kovács, Kovács és Hegedűs, 2012; Paksi és Schmidt, 2006; Pálfi, 2003
A pályán eltöltött idő és a kiégés összefüggései	Kissné, 2009; Irinyi és Németh, 2012.
A munkával való elégedettség	Mihálka, 2022; Mihálka és Pikó, 2018.; Pikó, 2006; Piczil és Pikó, 2012; Kovács, 2006;
A megelőzés lehetőségei	Mihálka, 2022; Borbáth, 2020b; Czeglédi és Tandari-Kovács, 2019; Szényei és mtsai, 2015; Petróczi, 2007; Kissné, 2009

A pedagógusokra kiterjedő vizsgálatok

A pedagógusok közérzetét, valamint a kiégés létrejöttében szerepet játszó egyéb tényezők jelenlétét vizsgálták kérdőíves és interjús módszerrel Petróczi és munkatársai (1999). Eredményeik a társas támogatás jelentőségére hívták fel a figyelmet. A vizsgálatban a legjelentősebb stresszortényezők a következők: a jelzésekre nem reagáló vezetés, az együttműködés hiánya, a kollégák őszinteségének hiánya, az elismerés hiánya, az egyet nem értés a vezetőkkel, a tanulók tiszteletlen magatartása, a gyermekek agresszivitása, csúnya beszéde, a saját család háttérbe szorulása, a szülőkkel való konfliktusok. A stresszortényezők hatására megjelenő tünetek közül a legmagasabb arányban az elégedetlenségérzés (58%) jelentkezett, ezt követte a jövő miatti aggódás, a problémák jövőbeli megoldásának bizonytalansága, koncentrációs problémák, állandó fáradtságérzés,

kilátástalanság, a tehetetlenségérzés, a rosszabb egészségérzet, illetve közérzet (Petróczi és mtsai, 1999). Petróczi és munkatársai (2001) a fentiekben említett kutatás eredményeként megállapították, hogy a legdominánsabb a külső tényezőkből eredő stressz, amit nem képes kompenzálni sem az alapképzés, sem a továbbképzés, csak az egyén képes komoly megküzdő stratégia birtokában kezelni. Megállapította a kutatás, hogy hiányoznak a konzultációs és továbbképzési lehetőségek, valamint a szupervízió. A pedagógusoknak szerteágazó kötelezettségei vannak, ezek normalizálása is szükséges lenne. Az alapvető egzisztenciális helyzet javítása elengedhetetlen (Petróczi és mtsai, 2001).

Paksi és Schmidt (2006) kifejezetten a pedagógusok kiégésének jellemzőit kutatták. A kutatási eredmények alapján az emelhető ki, hogy elsősorban szervezeti tényezők a meghatározóak, mint például az iskola belső világa (az iskola hangulata, légköre), az iskolán belüli társas viszonyok. Ezek a szervezeti tényezők kifejezetten összefüggést mutatnak a pedagógusok mentális jellemzőivel, a pedagógusok kiégésével. A kutatás során megállapítást nyert, hogy a pedagógustársadalom mentális állapota a magyarországi felnőtt népességhez képest kedvezőbb (Paksi és Schmidt, 2006).

Pedagógusokat vizsgálva a munkahelyi elégedettség és a burnout kapcsolatát kutatta Kovács (2006). Feltárta, hogy nemtől, kortól, pályán eltöltött időtől függetlenül jelentkezhet a kiégés. „Minél kiégettebb valaki, annál kevésbé találja érdekesnek a munkáját, annál kevesebb önállóságot él meg a munkájával kapcsolatban, annál elégedetlenebb a szakmai támogatottsággal és az elismeréssel. Az anyagi elismerésnél sokkal fontosabb a társak, a vezetőség elismerése." (Kovács, 2006. 987.) A társas környezettel való elégedettség megítélése különbözött a gimnáziumokban, illetve a szakközépiskolákban tanító pedagógusok körében. A szakközépiskolában tanítók elégedetlenebbek voltak az intézményben kialakult társas közeggel, s több pedagógus mutatta a kiégés jeleit (Kovács, 2006).

A pedagógusok lelki egészsége és a munkahelyi stressz közti kapcsolatnak, valamint az énhatékonyság és a túlvállalás lelki egészségre gyakorolt hatásainak vizsgálatát végezték el Salavecz és munkatársai (2006). Kérdőíves, keresztmetszeti vizsgálatukat általános iskolai pedagógusok körében folytatták le. A vizsgálat eredményei alapján megállapítható, hogy a különböző mentális egészségi változókra eltérő módon és mértékben hatnak a munkahelyi stressz káros hatásait is befolyásoló egyéni jellemzők. A vizsgálat eredményei szerint a pedagógusok lelki egészségének egyik fontos meghatározó tényezője az erőfeszítés-jutalom egyensúlytalansága. A kiégés leginkább függ a munkahelyi stressztől, míg a depressziós tünetek a leggyengébb kapcsolatot mutatták vele (Salavecz, Neculai és Jakab, 2006).

Petróczi (2007) *Kiégés – elkerülhetetlen?* című könyvében mutatja be és dolgozza fel a kiégés problémakörét. A különböző életszakaszokban jelentkező kiégésről, a foglalkozási stresszről és munkahelyi kiégésről ír. Bemutatja a humán szférában dolgozók (oktatási szféra, szociális szféra, egészségügyi szféra, vezetői, menedzseri munka, közszolgálati szféra) kiégésének fő jellemzőit, a közérzetet befolyásoló tényezőket, a megelőzés lehetőségeit és a kiégés elleni stratégiákat. Az egyén lehetőségeit, a képző intézmények és a munkahelyi vezetés lehetőségeit tárgyalja a kiégés megelőzésében (Petróczi, 2007).

Nyugat-magyarországi pedagógusok, nevelők körében a sport, a pályaválasztás és a kiégés kapcsolatát vizsgálta Kissné (2009). Kutatási eredményei alapján elmondható, hogy a kiégéssel nem veszélyeztetetteknél kiegyenlített a sporttal foglalkozók és nem foglalkozók aránya. A sport védelem lehet a kiégés ellen. Kissné (2009) vizsgálta a munkastílus jelentőségét a kiégéssel való összefüggésben. Azt találta, hogy a tárgyias/felfedező és módszeres/szisztematikus munkastílusban dolgozók annak ellenére, hogy munkastílusuk megegyezik gyermekkori érdeklődési irányukkal, lényegesen kiégés-veszélyeztetettebbek, mint a más tevékenységprioritás és megfelelő gyermekkori érdeklődési irány megegyezése esetén vizsgált kiégés. A pályán töltött idő és a kiégés

összefüggéseit vizsgálva az mutatkozott meg, hogy a pályán töltött idő növekedésével a kiégés-veszélyeztetettség egyáltalán nem növekszik, hanem csökken (Kissné, 2009).

Torma (2013) vizsgálatában arra kereste a választ, hogy milyen személyen belüli és munkahelyi szempontok játszanak szerepet a tanárok lelki egészségének és pályához való viszonyának alakulásában. Továbbá, hogy a megküzdési kapacitások milyen együttállása hat kedvezően az életpálya pozitív irányú fejlődésére, kiteljesedésére, s mi az, ami hátráltatja, esetleg ellehetetleníti. Fontos célkitűzése volt, hogy a flow esetleges protektív szerepét vizsgálja a krónikus munkahelyi stresszorokkal és a kiégéssel szembeni védekezésben, illetve a munka során átélt áramlatélmény hozzájárulását a kiteljesedés érzésének kialakulásához. A kiégés és kiteljesedés hátterében a legfontosabb magyarázó tényezőnek a megküzdés bizonyult, melynek hatását a flow csak tovább erősítette (Torma, 2013).

Pedagógusok pályamotivációjának vizsgálata volt Paksi és munkatársai (2015) kutatásának fő célkitűzése, de a pedagógusok kiégésével is foglalkoztak újabb kutatásuk során. A kiégésre vonatkoztatva az találták, hogy az életkor, a pályán töltött idő, az, hogy a pedagógus a képesítésének megfelelő munkakörben van-e foglalkoztatva, nincs befolyással a kiégésre, ugyanakkor a képzettséggel összefüggő tényezők, mint a nyelvtudás, a továbbképzések óraszáma, a képzettségi szint összefüggést mutatott a kiégéssel (alacsonyabb kiégési értékeket találtak azon személyeknél, akik a képzettséggel összefüggő változók esetében felülreprezentáltak). Továbbá szoros korrelációt találtak az egyének munka világával kapcsolatban levő személyes tulajdonságaival és a tantárgy jellegével. Megállapították, hogy a természettudományi tárgyat oktatók érintettebbek a kiégés kockázatát illetően (Paksi és mtsai, 2015).

A kiégésben való érintettség egyénfüggő Antalka (2015) következtetései szerint, elsősorban az egyén teherbíró képessége határozza meg, hogy a szakember érintett lesz-e a kiégés szindrómában. Antalka csoportosította a kiégés lehetséges okait, eredményei alapján a legjellemzőbb okok például: a fáradtság, a stressz, a szerepkonfliktus, a szervezeti és interperszonális kapcsolati konfliktusok (Antalka, 2015).

Vizsgálatukban Szabó és Jagodics (2016) a szervezeti, munkahelyi tényezőket helyezték a fókuszba Demerouti és munkatársai modelljére alapozva. Fontos hangsúlyozni, hogy a modell nem csupán a munkavégzés nehézségeire helyezi a hangsúlyt, hanem számba veszi az erőforrásokat, amelyekkel a munkavállaló rendelkezik a követelmények teljesítésekor. A kiégés okát a két tényező különbségében kell keresni, ez előrevetíti a kiégés valószínűségének megjelenését. Amennyiben a követelmények nagyobbak, mint a rendelkezésre álló erőforrások, a leterheltség megnő. Szabó és Jagodics saját fejlesztésű mérőeszközük által ezt a leterheltségi mutatót igyekezett feltárni. Eredményeik szerint a követelmények növekedése együtt jár a kiégés tüneteinek megjelenésével, míg az erőforrások segítenek a pozitív, kiegyensúlyozott munkatapasztalatok kialakításában. Vizsgálták az iskolatípusok szerinti kiégés-pontszámokat, s azt találták, hogy a szakközépiskolában tanító pedagógusok a legérintettebbek (Szabó és Jagodics, 2016).

Az óvodapedagógusok kiégését vizsgálta Szabó, Litke és Jagodics (2018), a munkahelyi jellemzők közül kifejezetten a munkaérték megélt minőségére fókuszálva. Eredményeik azt mutatják, hogy az óvodapedagógusok alacsony kiégést élnek meg. A munkában megélt értékek vonatkozásában az altruizmus, a változatosság és a társas kapcsolatok azok, amelyeket leginkább a kiteljesedés átélése során megtapasztalnak, ezzel szemben az anyagiak, a függetlenség, az irányítás esetében ezek nem jelenthetőek ki (Szabó, Litke és Jagodics, 2018).

Borbáth (2020a) szerint a pedagógusok mentálhigiénés állapotával foglalkozó legújabb kutatások elsősorban a pszichés jóllétet helyezik a középpontba. Borbáth (2020a) szakirodalmi összefoglalásában bemutatja a pedagógusok szakmai és érzelmi életét érintő tényezőket, foglalkozik a kiégés, az életszemlélet és a tanórákon megélhető flow közötti összefüggésekkel, a tanárok személyiségjellemzőivel, a szakmai és személyes

énnel, annak a tanári identitásra gyakorolt hatásaival. Kiemelten foglalkozik a finn tanárképzési modell tudatos pedagógus identitás kialakításának elméletével és gyakorlatával (Borbáth, 2020a).

Kutatásában pedagógusnőket vizsgált Borbáth (2020b), eredményei alapján kiemeli, hogy a pedagógusnők mentálhigiénés állapota függ az optimista életszemlélettől, a pozitív életszemlélet együtt jár egy egészségesebb mentális állapottal. Kifejezett védőfaktorként megnevezi a flow tanórai megélését, az önreflektív viselkedést. A különböző köznevelési területen dolgozó pedagógusnők esetében eltérő a kiégés jelenléte. Az énhatékonyság csökkenése az óvodai környezetben alacsonyabb, mint az iskolaiban, Szabó, Litke és Jagodics (2018) hasonló eredményekről számolt be. Ennek hátterében Borbáth (2020b) szerint az óvodai munka szabadsága áll. Az eredmények szerint a kiégés összefüggést mutat a tanított tantárgy humán, illetve természettudományi jellegével, ahogyan Paksi és munkatársai (2015) is megmutatták (Borbáth, 2020b).

A kiégés hátterében lévő okokat kutatta Szabó (2020), a pedagógusok munkáját nehezítő tényezők és a kiégés közötti összefüggésekre fókuszálva. Az eredmények alapján elmondható, hogy a pedagógusok számára a legtöbb nehézséget a környezeti feltételek hiánya, a diákok viselkedési problémái, a túl sok munka, valamint az adminisztrációs tevékenység okozza. A kvantitatív vizsgálat alapján kiemelhető, hogy a kiégés megjelenésében elsősorban a tanulók magatartása, a negatív vezetői hozzáállás, a túlterheltség és a személyes kimerültség a meghatározó (Szabó, 2020).

N. Kollár (2021) a koronavírus-járvány miatt bekövetkező változásokat helyezte kutatása középpontjába. A pandémia következtében felerősödtek a kiégés okaként azonosítható jelenségek, mint például a kiszámíthatatlanság, a túlterheltség, a magán- és munkahelyi tevékenységek összefonódása, az erősségek használatának ellehetetlenülése, a visszajelzések hiánya. A veszélyeztetettség szempontjából kiemelten fontosak az intézményi szervezeti jellemzők és a kollegális kapcsolatok, N. Kollár kiemeli, hogy a pedagógusok jelentős mértékű segítséget kaptak a pandémia alatt, de jellemzően nem attól, akitől azt elvárták volna. Alapvetően informatikában jártas munkatársak jelentették volna a támogatást, ugyanakkor ez nem történt meg, ellenben ezzel párhuzamosan a vezetőktől, a munkaközösségtől, a barátoktól kapott segítséget néhány esetben túlzónak élték meg (N. Kollár, 2021).

N. Kollár (2021) a koronavírus-járvány miatt bekövetkező változásokat helyezte kutatása középpontjába. A pandémia következtében felerősödtek a kiégés okaként azonosítható jelenségek, mint például a kiszámíthatatlanság, a túlterheltség, a magán- és munkahelyi tevékenységek összefonódása, az erősségek használatának ellehetetlenülése, a visszajelzések hiánya. A veszélyeztetettség szempontjából kiemelten fontosak az intézményi szervezeti jellemzők és a kollegális kapcsolatok, N. Kollár kiemeli, hogy a pedagógusok jelentős mértékű segítséget kaptak a pandémia alatt, de jellemzően nem attól, akitől azt elvárták volna. Alapvetően informatikában jártas munkatársak jelentették volna a támogatást, ugyanakkor ez nem történt meg, ellenben ezzel párhuzamosan a vezetőktől, a munkaközösségtől, a barátoktól kapott segítséget néhány esetben túlzónak élték meg (N. Kollár, 2021).

Kutatásunkban (Mihálka és Pikó, 2018; Mihálka, 2022) a kiégés és a munka-család konfliktus jellemzőit és összefüggéseit vizsgáltuk. Elmondhatjuk, hogy a kiégés valós probléma a hazai pedagógusok körében, nemzetközi összehasonlításban is magas értéket képviselnek a pontszámok átlagértékei. Eredményeink alapján kijelenthetjük, hogy a pedagógusok a munka életterületén több konfliktust élnek át, mint a család életterületén. A munka életterülete negatívan hat a családi tényezőkre. Megerősítést nyert, hogy a munka-család konfliktusban való érintettség együtt jár a kiégésben való érintettséggel, a munka-család konfliktus a kiégés-szindróma szignifikáns előrejelzője. Fontosnak tartottuk, hogy a munkával való elégedettség vonatkozásban védőfaktorokat, kockázati tényezőket azonosítsunk. Az eredményeink azt mutatták, hogy a kiégés, a szerepkonfliktus, a szerep-kétértelműség, a munkahelyi időigény, a munka-család konfliktus kockázati tényezők a pedagógusok munkával való elégedettségében. A társas támogatás, valamint a munkába való bevonódás lehetséges védőfaktorok a munkával való elégedettségben (Mihálka és Pikó, 2018; Mihálka 2022).

Fontos kiemelni, hogy a kiégésnek az egyéni káros következményeken túl egyéb, a betegellátási, társadalmi környezetre kiterjedő egészségi és gazdasági következményei is lehetnek (Kopp és Skrabski, 2000; Kollár, 2014; Czeglédi és Tandari-Kovács, 2019).

A kiégés megelőzése

A kiégés megelőzése és kezelése össztársadalmi érdek (Czeglédi és Tandari-Kovács, 2019; Mihálka, 2015, 2022). A segítők felelősséggel tartoznak önmagukért, egészségükért, választott hivatásukban ez egy fontos elköteleződés a pályájuk kezdetétől. Lelki egészségük nem tekinthető magánügynek: a segítők viselkedésükkel mintát nyújtanak azoknak a klienseknek, pácienseknek, gondozottaknak, tanítványoknak, akiket segítenek, ápolnak, gondoznak, nevelnek, oktatnak. Ez a mintanyújtás észrevétlen és az élet minden területére kiterjedhet, például arra is, hogy hogyan tudnak egészséges emberként létezni, hogyan tudnak megküzdeni az őket érő kihívásokkal, nehézségekkel, esetlegesen krízisekkel (Mihálka, 2022). Petróczi a kiégés elleni stratégiák kapcsán kiemeli, hogy a kiégésnek pozitív hozadékai is lehetnek (Petróczi, 2007). Az elképzelések mögött az a megállapítás áll, hogy az ember rendelkezik azzal a képességgel, hogy nehéz helyzeteket, kríziseket, akár tragédiákat pozitív „feladattá, tapasztalattá" alakítson át. Továbbá felhívja a figyelmet arra, hogy a kiégés az önismeret elmélyülését is eredményezheti, a megküzdés révén az énhatékonyság, az önbecsülés, az önmegvalósítás növelése következhet be. A kiégés elindítója is lehet ezek bekövetkeztének. A fentieket erősíti meg Kulcsár (2006) poszttraumás stressz növekedés elmélete is. A kiégés megelőzésének folyamatában egyéni és szervezeti szinten is megfogalmazhatunk prevenciós lehetőségeket.

Egyéni szinten figyelmet kell, hogy kapjon a hivatásválasztás motivációja, amelyet a pályaválasztás és a tanulmányok ideje alatt is fontos fókuszba helyezni, mindez elsősorban a felsőoktatás felelőssége. Az irreális pályaképet, irreális elvárásokat mindenképp realizálni és ha szükséges, korrigálni kell (Czeglédi és Tandari-Kovács, 2019). Egyéni szinten a pedagógusoknak a szakmai én tudatos felépítését és hatásos megküzdési technikákat kell tanulniuk lehetőleg már a képzési időszak alatt, hogy egészségesek tudjanak maradni, hogy képesek legyenek a kiégés és más pszichoszociális rizikófaktorok megelőzésére, esetlegesen annak kialakulásakor a hatékony intervenció elfogadására (Mihálka, 2022). Az önmagukért és másokért felelős tudatos szakmai én, amelynek része az önismeret, véd a kiégés kialakulásától.

Lubinszki (2013) kiemeli, hogy a felnőtt létnek kulcsfontosságú feladata a motiváltság és a játékosság megőrzése, a gyermeki énfunkciók felnőtt identitásban való megélése és működtetése. A pedagógusok motiváltságát több tényező is befolyásolja, ezek közül

kiemelten fontosnak tartjuk a szakmai presztízs, az anyagi megbecsültség és a munkakörülmények kérdéskörét, amelyet empirikus kutatásunk is megerősített (Mihálka, 2022). A szakma szeretete, a külső elvárásoknak való megfelelés, az önértékelés és az önbizalom, az önbecsülés, az énhatékonyság megélésének megfelelő szintje mind felelősek lehetnek a kielégítő motiváció elérésében (Lubinszki, 2013). Az önismeret fejlesztése egyéni és csoportos formában is megvalósítható. A megelőzésben szerepe lehet a nyitottságnak, a rezilienciának és a hitelességnek, amelyek hozzájárulnak az adaptív megküzdési stratégiák elmélyítéséhez (Czeglédi és Tandari-Kovács, 2019).

Fontos lenne, hogy fel tudjanak készülni és tudják kezelni a munka és a család életterületén jelentkező családi és a munkahelyi kihívásokat, konfliktusokat (Mihálka, 2022). Egyéni szinten a pszichológiai immunkompetencia (Oláh, 2005) és a védőfaktorok erősítése (Szicsek, 2004), mint például: relaxáció, kognitív viselkedésterápia, stresszmenedzsment, mindfulness, új információs technológiák (Szényei és mtsai, 2015), a hatékony coping stratégiák folyamatos bővítése is megoldást jelenthet, akár a felnőttképzés részeként. Kiemelt fontosságú a társas támogatás megélése. Középpontba kell kerüljön a pszichológiai, mentálhigiénés tanácsadáson, az esetmegbeszélésen, szupervízión, továbbá a célzott igényekre reflektáló tréning jellegű foglalkozásokon való részvétel (Mihálka, 2022). Ennek hiányában mindezek megszervezésének munkahelyi, fenntartói szinten való kezdeményezését kell felvállalni. Elengedhetetlen a stabil hit- és értékrendszer, a megfelelő minőségű és mennyiségű pihenés, a rekreációs tevékenységek és fizikai aktivitás (Czeglédi és Tandari-Kovács, 2019), a szabadságok, a szabadnapok kivétele.

Szervezeti szinten szükséges a munkahelyi környezet alacsonyabb stressz-szintűvé alakítása, a világos szerepleírások, szabályok, feladatok, határkijelölések megteremtése, valamint a kiégésre és a munkahelyi stresszre fókuszáló prevenciós és intervenciós beavatkozások alkalmazása. Kutatásunk alapján kiemelhető, hogy a társas támogatásnak kiemelt szerepe van a kiégés megelőzésében (Mihálka, 2022), a vezetői és kollegális társas támogatások elengedhetetlenek véleményünk szerint egy egészségesebb pedagógus társadalom működéséhez. Prevenciós lehetőségként tekinthetünk a szervezeti szinten támogatott, akár a szervezet által szervezett képzések, továbbképzések, valamint szakvizsgák körére (Petróczi, 2007; Lubinszki, 2013).

Szervezeti szinten szükséges a munkahelyi környezet alacsonyabb stressz-szintűvé alakítása, a világos szerepleírások, szabályok, feladatok, határkijelölések megteremtése, valamint a kiégésre és a munkahelyi stresszre fókuszáló prevenciós és intervenciós beavatkozások alkalmazása. Kutatásunk alapján kiemelhető, hogy a társas támogatásnak kiemelt szerepe van a kiégés megelőzésében (Mihálka, 2022), a vezetői és kollegális társas támogatások elengedhetetlenek véleményünk szerint egy egészségesebb pedagógus társadalom működéséhez. Prevenciós lehetőségként tekinthetünk a szervezeti szinten támogatott, akár a szervezet által szervezett képzések, továbbképzések, valamint szakvizsgák körére (Petróczi, 2007; Lubinszki, 2013). A pszichológiai, mentálhigiénés tanácsadás megszervezésének, az esetmegbeszélés, szupervízió biztosításának szintén hangsúlyos szerepe van a megelőzés tekintetében, ahogyan a célzott igényekre reflektáló tréning jellegű foglalkozásoknak és a nyugati világban jól ismert rekreációs szabadság

bevezetésének (Mihálka, 2022). A munkavállalók pihenésének, rekreálódásának tiszteletben tartása, biztosítása elengedhetetlen.

Nemzetközi színtéren is számos különböző intervenciós módszert dolgoztak ki a pedagógusok kiégésének kezelésére, amelyek a hatékony coping és kommunikációs stratégiák mellett relaxációs módszereket és egyéb pszichoterápiás, a hatékony stresszoldást segítő technikákat alkalmaznak; ezek egy része személy-, más része szervezetközpontú, és léteznek online intervenciós módszerek is (Horváth, 2014).

Összegzés

A kiégés valós probléma a hazai pedagógusok körében, ezt erősíti kutatásunk (Mihálka, 2022) kiégés-mutatóinak az övezetek szerinti eredményközlése is, amelyből jól látható, hogy a minta kétharmadát érinti a kiégés, ebből egyharmadukat magas mértékben. A nemzetközi összehasonlítás adatai szerint az érzelmi kimerülés, a deperszonalizáció alskálákban fokozottan érintettek a válaszadók, amely nagy leterheltségre enged következtetni. Az élettel való elégedettség mértékében a kiégésnek előrejelző szerepe van, a személyes hatékonyság és az érzelmi kimerültség alfaktor, ami a legmeghatározóbb. Az érzelmi kimerültség szerepe összecseng korábbi vizsgálatok eredményeivel, ami nemcsak az életminőségre, hanem a munkával való elégedettségre és az esetleges pályaelhagyásra is hatással van (Piczil és Pikó, 2012; Skaalvik és Skaalvik, 2011). A társas támogatás jelentős védőfaktor, fontos eredménynek tartjuk, hogy a munka életterületén jelentkező kiégés megelőzésében elsősorban a munkahelyi társas támogatásnak van hangsúlyos szerepe, tehát a munka életterületén keletkező kihívások megoldása, a feszültségek feloldása a munka életterületén lévő társas kapcsolatokon keresztül a leghatékonyabb. A munka-család konfliktusban való érintettség együtt jár a kiégésben való érintettséggel, a munka-család konfliktus a kiégés-szindróma szignifikáns előrejelzője (Mihálka 2022).

A kiégésnek sok egészséggel (fizikai, mentális, érzelmi, társas egészséggel) kapcsolatos következménye van, úgy gondoljuk, hogy prevenciós és intervenciós beavatkozások lennének szükségesek mind egyéni, mind szervezeti szinten. A tünetek felismerését megnehezíti, hogy az egyén és a társas kapcsolatrendszerében lévő személyek számára is hosszú idő eltelhet, amikorra megszülethet a kiégés beazonosítása, ezért kiemelten fontos a kiégésről minél több információt megjeleníteni, a prevenciós és az intervenciós programokat széles körben elérhetővé tenni.

Támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

Ádám, Sz. (2008). A munkahely-család konfliktus prevalenciája, prediktorai és lehetséges hatása az orvosnők és férfi orvosok egészségi állapotára és életminőségére Magyarországon. *Phd-értekezés tézisei*. Semmelweis Egyetem, Budapest.

Ádám, Sz., Cserháti, Z. & Mészáros, V. (2015). A magyar egészségügyi szakdolgozók körében megfigyelhető gyakori kiégés és depresszió megnövelheti számos betegség megjelenésének az esélyét. *Ideggyógyászati Szemle, 68*(9–10), 301–309. DOI: 10.18071/isz.68.0301

Ádám, Sz. & Konkolÿ, T. B. (2017). Validation of the Hungarian version of the Carlson's work – family conflict scale. *Ideggyógyászati Szemle, 70*(11–12), 395–406. DOI: 10.18071/isz.70.0395

Ádám, Sz., Győrffy, Zs. & Csoboth, Cs. (2006). Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates, 8*(2), 113–117.

Ádám, Sz., Győrffy, Zs. & László, K. (2009). *A munkahelyi elégedetlenség magas prevalenciája orvosnők körében: a munkahelyi és családi szerepek közötti konfliktus, mint lehetséges rizikótényező. Orvosi Hetilap, 150*(31), 1451–1456. DOI: 10.1556/oh.2009.28582

Ádám, Sz. & Mészáros, V. (2012). *A humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló Maslach Kiégés Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelátumai orvosok körében. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 13*(2), 127–143. DOI: 10.1556/mental.13.2012.2.2

Ádám, Sz., Nistor, A., Nistor, K. & Hazag, A. (2014). A megküzdési stratégiák negatív és pozitív prediktív kapcsolata a kiégés három dimenziójával orvostanhallgatók körében. *Orvosi Hetilap, 155*(32), 1273–1280. DOI: 10.1556/oh.2014.29949

Bognár, T., Kolosai, N., Hegedűs, K. & Pilling, J. (2001). „Kellene, aki megfogná a haldokló kezét" Orvosokkal készült mélyinterjúk elemzése a haldoklógondozás nehézségeiről. *Lege Artis Medicinæ, 11*(2), 154–162.

Borbáth, K. (2020a). Gondolatok a tanár mentális jóllétének aspektusairól és azok hatásairól. *Gyermeknevelés, 8*(2), 299–317. DOI: 10.31074/gyntf.2020.2.299.317

Borbáth, K. (2020b). Pedagógusnők mentálhigiénés állapotfelmérése különös tekintettel szakmai és személyes identitás jellemzőikre. In Endrődy, O., Svraka, B. & F. Lassú, Zs., *Sokszínű pedagógia.* ELTE Eötvös Kiadó. 69–88.

Bordás, A. (2010). A kiégés-szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban. *Educatio, 19*(4), 666–672.

Czeglédi, E. & Tandari-Kovács, M. (2019). A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében. *Orvosi Hetilap, 160*(1), 12–19. DOI: 10.1556/650.2019.30856

Fekete, S. (1991). Segítő foglalkozások kockázatai: Helfer-szindróma és Burnout-jelenség. *Psychiatria Hungarica, 6*(1), 17–29.

Fülöp, E. Devecsery, Á. & Csabai, M. (2012). *Az érzelmi bevonódás és a kiégés összefüggései pszichiáter rezidensek körében. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 13*(2), 201–217. DOI: 10.1556/mental.13.2012.2.6

Győrffy, Zs. (2019). kiégés és reziliencia 8rugalmas ellenállás) a magyarországi orvosok körében, *Orvosi Hetilap, 160*(3), 112–119. DOI: 10.1556/650.2019.31258

Győrffy, Zs. & Ádám. Sz. (2004). Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle, 14*(3), 107–127.

Győrffy, Zs. & Girasek, E. (2015). Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek? *Orvosi Hetilap, 156*(14), 564–570. DOI: 10.1556/oh.2015.30121

Hakanen, J. J., Bakker, A. B. & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology, 43*(6), 49–513. DOI: 10.1016/j.jsp.2005.11.001

Hegedűs, K., Riskó, Á. & Mészáros, E. (2004). A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. *Lege Artis Medicinæ,* 14(11), 786–793.

Herr, E. I. (1997). Kiégés. In Szilágyi, K. & Váry, A. (szerk.), *A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség.* Gödöllői Agrártudományi Egyetem. 27–40.

Hézser, G. (1996). *Miért? Rendszerszemlélet és lelkigondozói gyakorlat*. *Pasztorálpszichológiai tanulmányok*. Kálvin János Kiadó. 79–99.

Horváth, Sz. (2014). Pedagógus burnout prevenciójának lehetőségei. In Karlovitz, J. T. (szerk.), *Mozgás, környezet, egészség*. International Research Institute s.r.o. 155–173.

Irinyi, T. & Németh, A. (2011). Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei. *IME, 10*(1), 25–28.

Irinyi, T. & Németh, A. (2012). A szakdolgozói társadalmat járványszerűen megfertőző kór neve: kiégés. *Nővér, 25*(5), 12–18.

Kissné Geosits, B. (2009). Sport, pályaválasztás és a lelki egészség a nevelés, oktatás területén dolgozó szakembereknél. *Phd-értekezés.* Semmelweis Egyetem, Budapest.

Kokkinos, C. M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *British Journal of Educational Psychology, 77*(1), 229–243. DOI: 10.1348/000709905x90344

Kollár, Cs. (2014). A munkahelyi kiégés (burnout szindróma) elméleti megközelítése, kutatási irányai és közgazdaságtudományi aspektusa. *Fluentum, 1*(3), 1–19.

Kopp, M. & Skrabski, Á. (2000). *Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. A Népesedéspolitikai ad-hoc Munkabizottság számára készített tanulmány*. Budapest. 252–278.

Kovács, M. (2006). A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae, 16*(11), 981–987.

Kovács, M., Kovács, E. & Hegedűs, K. (2012). Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 13*(2), 219–241. DOI: 10.1556/mental.13.2012.2.7

Kovess-Masféty, V., Sevilla-Dedieu, C., Rios-Seidel, C., Nerriére, E. & Chan Chee, C., (2006). Do teachers have more health problems? Results from a French cross-sectional survey. *BMC Public Health, 6*(101), 1–13. DOI: 10.1186/1471-2458-6-101

Kulcsár, Zs., Rózsa, S. & Reinhardt, M. (2006). *A poszttraumás növekedés feltételei és empirikus vizsgálata.* Trefort.

Lubinszki, M. (2013). A kiégés komplex értelmezése és prevenciós lehetőségei a pedagóguspályán. In *Jubileumkötet a Miskolci Egyetem Bölcsészettudományi Kar 20 éves jubileumára*. Miskolci Egyetem. 263–276.

Malinen, O. P. & Savolainen, H. (2016). ʻThe Effect of Perceived School Climate and Teacher Efficacy in Behavior Management on Job Satisfaction and Burnout: A Longitudinal Study' *Teaching and Teacher Education, 60*(9), 144–152. DOI: 10.1016/j.tate.2016.08.012

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1982). Burnout in Health Professions. A Social Psychological Analysis. In Sanders, G. S. & Suls, J. (szerk.), *Social Psychology of Health and Illness*. Erlbaum. 227–247. DOI: 10.4324/9780203762967-14

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual.* (Second edition) Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory.* (Third edition) Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

Mészáros, V., Cserháti, Z., Oláh, A., Perczel Forintos, D. & Ádám, Sz. (2013*)*. A munkahelyi stresszel való megküzdés egészségügyi szakdolgozók körében – lehetőségek a kiégés és depresszió megelőzésének szolgálatában. *Orvosi Hetilap, 154*(12), 449–454.

Mihálka, M. (2015). A kiégésről – nemzetközi és hazai kutatási kitekintés. *Acta Sana: „Mens sana in corpore sano" Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata, 10*(2), 7–18.

Mihálka, M., & Pikó, B. (2018). Pedagógusok élettel való elégedettsége és összefüggése a kiégéssel, valamint a pszichoszomatikus egészség mutatóival. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 19*(2), 140–157. DOI: 10.1556/0406.19.2018.006

Mihálka, M. (2022). A kiégés és a munka-család interferencia jellemzőinek és összefüggéseinek vizsgálata. *Phd-értekezés*. Szegedi Tudományegyetem, Szeged.

N. Kollár, K. (2021). Az online oktatás tapasztalatai és gyakorlata a pedagógusok nézőpontjából. *Iskolakultúra, 31*(2), 23–53. DOI: 10.14232/iskkult.2021.02.23

Ónody, S. (2001). Kiégési tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. *Új Pedagógiai Szemle, 51*(5), 80–85.

Paksi, B. & Schmidt, A. (2006). Pedagógusok mentálhigiénés állapota. Különös tekintettel az iskolai értékátadást, egészségfejlesztést és problémakezelést befolyásoló dimenziókra. *Új Pedagógiai Szemle, 6* 48–65.

Paksi, B., Veroszta, Zs., Schmidt, A., Magi, A., Vörös, A., Endrődi-Kovácsi, V. & Felvinczi, K. (2015). *Pedagógus – Pálya – Motiváció – Egy kutatás eredményei*. Oktatási Hivatal.

Pálfi, F. (2003). Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? – A kiégés veszélyei ápolók körében. *Nővér, 16*(6), 3–9.

Petróczi, E. (2007). *Kiégés – elkerülhetetlen*. Eötvös.

Petróczi, E., Fazekas, M., Tombácz, Zs. & Zimányi, M. (1999). A kiégés jelensége pedagógusoknál. *Magyar Pszichológiai Szemle, 54*(3), 429–441.

Petrócz, E., Fazekas, M., Tombácz, Zs. & Zimányi, M. (2001). A kiégés jelensége pedagógusoknál. *Új Pedagógiai Szemle, 6*, 127–139.

Piczil, M. & Pikó, B. (2012). *Az ápolás, mint hivatás – Magatartástudományi elemzés*. JATEPress.

Pikó, B. (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *Lege Artis Medicinae, 11*(4), 318–325.

Pikó, B. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 43*(3), 311–318. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003

Pikó, B. & Piczil, M. (1998). Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban. *Lege Artis Medicinae, 8*(10), 728–734.

Pines, A. M., Aronson, E. & Kafry, D. (1992). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Klett-Cotta.

Salavecz, Gy., Neculai, K. & Jakab, E. (2006). A munkahelyi stressz és az énhatékonyság szerepe a pedagógusok mentális egészségének alakulásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 7*(2), 95–109. DOI: 10.1556/mental.7.2006.2.2

Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis.* Taylor & Francis, London. DOI: 10.1201/9781003062745

Schaufeli, W. B. (2006). Burnout is health care. In Carayon, P. (szerk.), *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. Erlbaum. 217–232.

Schwarzer, R., Schmitz, G. S. & Tang, C. (2000). Teacher burnout in Hong Kong and Germany: A cross-cultural validation of the Maslach Burnout Inventory. *Anxiety, Stress, and Coping, 13*(3), 309–326. DOI: 10.1080/10615800008549268

Selye, J. (1978). *Életünk és a stressz.* Akadémiai Kiadó.

Skaalvik, E.M. & Skaalvik, S. (2011). Teacher Job Satisfaction and Motivation to Leave the Teaching Profession: Relations with School Context, Feeling of Belonging, and Emotional Exhaustion. *Teaching and Teacher Education, 27*, 1029–1038. DOI: 10.1016/j.tate.2011.04.001

Szabó, É. & Jagodics, B. (2016). Erőforrások és követelmények. A tanári kiégés munkahelyi tényezőinek komplex vizsgálata. *Iskolakultúra, 26*(11), 3–15. DOI: 10.17543/iskkult.2016.11.3

Szabó, É., Litke, M. & Jagodics, B. (2018). Az óvodapedagógusok kiégésének vizsgálata a munkaértékek tükrében. *Iskolakultúra, 28*(7), 51–63. DOI: 10.14232/iskkult.2018.7.51

Szabó, É., Bátor, B., Bobor, P. Korláth, P., Szappanos, Cs. & Jagodics, B. (2020). Mi van a kiégés-fogékonyság mögött? *Iskolakultúra, 30*(3), 3–17. DOI: 10.14232/iskkult.2020.3.3

Szényei, G., Ádám, Sz., Győrffy, Zs. & Túry, F. (2015). A kiégés szindróma megelőzése – A hagyományoktól a modern információs technológiákig. *Magyar Pszichológiai Szemle, 70*(4), 847–862. DOI: 10.1556/0016.2015.70.4.8

Szicsek, M. (2004). Kiégés és pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. *Kharón Thanatológiai Szemle, 8*(1–2), 88–131.

Takács, I. (2006). A munkahelyi stressz és a kiégés. In Juhász, M. & Takács, I. (szerk.), *Pszichológia*. BME Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar – Tylex Kiadó. 101–109.

Tandari-Kovács, M. (2010). Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében. *Phd-értekezés*. Semmelweis Egyetem

Torma, B. (2013). Pedagóguspályák – Utak és lehetőségek a kiégés és szakmai kiteljesedés között. *Alkalmazott Pszichológia, 3*, 7–25.

Veress, E. (2013). Megküzdési potenciál, diszfunkcionális attitűdök és burnout a pedagógusok körében. Karlovitz, J. & Torgyik, J. (szerk.), *Vzdelávanie, výskum a metodológia*. International Research Institute. 459–469.

Absztrakt

A pedagógusok lelki egészsége nem tekinthető magánügynek: viselkedésükkel mintát nyújtanak azoknak a tanítványoknak, akiket nevelnek, oktatnak. A segítő hivatás során az egyén legfőbb munkaeszköze a saját személyisége, amelynek a védelme, ha úgy tetszik, „karbantartása" fokozott figyelmet, tudatosságot és felelősségvállalást igényel az egyén életében. A különböző szakmai helyzetek kihívások elé állítják a segítőket, ugyanis felelősségvállalásuk kiterjed a munkájuk során rájuk bízott személyekre is. A kettős felelősségvállaláson túl hivatásuk gyakorlása során fokozott lelki és olykor fizikai megterhelésnek vannak kitéve, amely lenyomatot képez, akár nyomot is hagy saját testi, lelki, szellemi egészségükön, éppen ezért felbecsülhetetlen értéke van a tudatos szakmai jelenlétnek, felelősségvállalásnak. A nevelés, oktatás emberközpontú hivatás, a tanároknak számos interperszonális kapcsolatban kell helytállniuk. A pedagógus szakma stresszes foglalkozás. Az egyén a személyiség védelme, „karbantartása" nélkül kockáztatja az egészségét, és bekövetkezhet, hogy nem tudja betölteni választott szerepét, önmaga is segítségre szorul. Ennek a lenyomatnak, „nyomnak" az egyik megnyilvánulási formája lehet a kiégés jelensége. A kiégés elhúzódó érzelmi megterhelés és stressz hatására kialakuló érzelmi, mentális és fizikális kimerülés, amelynek során a társas interakcióikban az egyének nem képesek reálisan megítélni sem önmaguk, sem a környezetükben lévő személyek viselkedését, teljesítményét. Gyakori a negatív önértékelés, a valóságnál negatívabb társészlelés. A munkához kapcsolódó célok leértékelődnek, a munkavégzés öröme és az alkotó lelkesedés eltűnik, az egyén megküzdési képessége sérül. A kiégés megelőzésének folyamatában egyéni és szervezeti szinten is szükséges prevenciós lehetőségek megfogalmazása.

Kulcsszavak: kiégés, kiégés okai, kiégés folyamata, kiégés megelőzése

tanulmány

Mátó Veronika

Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, MTA – SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Közösség- és kapcsolatépítés a pedagógia szempontjából

Azok a szakemberek, akik közösségekkel dolgoznak, lényeges, hogy tájékozottak legyenek a közösségek működésével, jellemzőivel kapcsolatban. Fontos felismerniük, hol tart egy adott közösség a fejlődés folyamatában, ahogy azt is, miként járulhatnak hozzá a további fejlődéséhez. Ehhez kíván a szemle információt nyújtani a közösségek jelenségvilágának bemutatásán keresztül, kiemelve a pedagógia jelentőségét a közösségfejlesztésben.

A közösségek jelenségvilágának meghatározása

A közösséget tekinthetjük egy halmaznak, amelynek elemei az emberek, akik valamilyen szempontból kapcsolódnak egymáshoz. A kapcsolódás alapja lehet például a lakóhely, a végzett munkatevékenység, a kultúra, de a szerzett tapasztalat is (Ewles és Simnett, 1999). Szécsényi „dinamikus társas egységnek" tekinti a közösséget, ahol a közösség tagjai nyitottak a kezdeményezésekre, amelyekkel kapcsolatosan közös döntéseket hoznak, s ezáltal fejlődik a közösség, illetve alkalmazkodni képes a közösség környezetében lévő körülmények változásaihoz (Szécsényi, 2009). A közösség biztonságot, célt ad, eredményességet nyújt az egyes emberek elképzeléseinek megvalósulásához, miközben fejlődik személyiségük (Hankiss, 1983).

Közös célok vagy feladatok, közös érdekek, értékek jellemeznek egy közösséget (Hankiss, 1983; Szécsényi, 2009). A közösségen belüli egyének közös döntéseket hoznak, együttműködnek annak érdekében, hogy a céljukat elérjék, vagy teljesítsék a feladatot. Mindezek eredményeként kialakul a közösségi tudat, egy érzés a közösség tagjaiban, hogy fontos az adott személy a közösség számára, ahogy az egyén számára is az adott közösség (Szécsényi, 2009). A közös célok, érdekek, értékek és a mi-tudat nem azonos mértékben van jelen az egyes közösségekben, ebből adódóan eltér a közösségek eredményessége, ellenállóképessége a közösséget érő külső hatásokkal szemben (Hankiss, 1983).

Vagyis egy jó, stabil közösségben nem egyedül kell az egyénnek egy adott problémával, nehézséggel, feladattal megküzdenie, hanem egy közösség tagjaként. Ennek feltétele az összefogás és az együttműködési készség megléte. A közösség tagjai kollektív élményeket szerezve segítik a közösségi érzésnek a kialakulását, amelyhez szükséges az egyének felé irányuló kellő nyitottság a tagok részéről. Egy jól működő közösségben az egyének felelősségvállalása a közösség tagjaival szemben érvényesül. Továbbá szabályok, szokások alakulnak ki, amelyeket a közösség tagjai magukra nézve alkalmaznak, figyelembe vesznek. Tekintettel a közösség más tagjainak érdekeire, szerepek is kialakulnak egy adott közösségen belül. A közösség működése során a tagok konfliktuskezelési készsége is fejlődhet, az előadódó konfliktusos helyzetek által (Szécsényi, 2009).

A közösségeket többféleképpen osztályozhatjuk. Az egyik lehetséges osztályozás szerint beszélhetünk természetes vagy mesterséges közösségekről. A család vagy egy köznevelési intézmény tagjai, de egy munkahelyi szintéren lévő egyének is, egy-egy természetes közösséget alkotnak. Mesterséges közösségek tagjává azáltal válunk, hogy az adott közösség érdekeit, értékeit elfogadjuk, és saját meglátásunk szerint kezdeményezzük a tagsági viszony kialakítását/meglétét (Szécsényi, 2009). Hankiss Elemér (1983) a közvetlen és az eszmei közösségeket különíti el. A közvetlen közösségekben személyes emberi kapcsolatok vannak, míg az eszmei közösségekben ez nem feltétlen van így. Az eszmei közösségekben az összetartozás érzése a fontos (Hankiss, 1983).

Az egyén és a közösség viszonya társadalmi szinten és az életkorral előrehaladva egyaránt változik. Magyarországon a rendszerváltásig a közösség túlsúlya volt a jellemző, hiszen hangsúlyos volt a közösségi nevelés. A rendszerváltást követően azonban az egyén, az individuum került az előtérbe, az ember a saját érdekeit tartja fontosnak. Az egyén és a közösség viszonyát az érdekek túlzott előtérbe helyezése jelentősen rontja. Az életkorral előrehaladva kezdetben az első természetes közösség, a család tagjaként fejlődik személyiségünk, majd a kortárscsoportok tagjai lesznek hatással ránk. Egyre gyakrabban váltunk kortársközösséget, ahogy munkahelyi közösséget is, és válunk mesterséges közösségek tagjaivá (Szécsényi, 2009). Ha egyén és közösség viszonyáról beszélünk, valójában az egyén és a közösséget képviselő személy kapcsolatáról van szó. Konfliktusos helyzet esetén sem az egyén és a közösség konfliktusáról beszélünk, hanem két ember közötti szembenállásról (Horváth, 2000).

Nem helyes, ha az individuum kizárólag a saját érdekeit helyezi előtérbe, az adott közösség érdekeit is figyelembe kell vennie (Loránd, 2000; Szécsényi, 2009). Felmerül a kérdés, hogy mennyire kell az egyénnek a közösség érdekeit – és ugyanígy a közösségnek az egyén érdekeit – előtérbe helyezni a sajátjával szemben. Ha pedig egyszerre több közösségnek is tagja az egyén, melyik közösség érdekeit helyezze előtérbe? Fontos, hogy olyan közösségnek legyen tagja az egyén, ahol megtapasztalhatja az önálló választás, döntés lehetőségét, az ezzel járó felelősséget. Az ember együttműködési készsége fejlődni egy demokratikusan működő közösségben tud igazán (Loránd, 2000).

A közösségek nem állandóak. Ha egy adott közösség elérte célját, megszűnik. A cél egyik szükséges feltétele a közösség létezésének (Horváth, 2000).

Közösségfejlesztés pedagógiai kontextusban

Amíg a közösség létezik, addig fejleszthető. A fejlesztés azáltal történik, hogy az adott közösségben rejlő lehetőségeket felismerjük, fejlesztjük. A közösségfejlesztő tevékenység része, hogy támogatjuk a közösség tagjainak az együttműködésén alapuló cselekvését, illetve, hogy kifejezze az adott közösség a szükségleteit. A fejlesztő munka része, hogy segít a közösség tagjainak bizonyos készségeket elsajátítani, ismeretekhez jutni, növelni a magabiztosságukat. A közösségfejlesztést végző személy, irányadó szerepet vállalva, akár együtt dolgozhat a közösség tagjaival (Ewles és Simnett, 1999).

A közösségekre – hogy néhány közösségnek tagjává váljunk életünk folyamán – szükségünk van. Azzal, hogy egy-egy közösségnek a tagja vagyunk, fejlődünk, fejlődik személyiségünk, segíti a szocializáció folyamatát is. A közösség tagjaként elsajátítunk olyan értékeket, normákat, szabályokat, amelyek kellenek az együttéléshez, ahhoz, hogy létezhessünk egy adott közösségben (Szécsényi, 2009).

A közösségi nevelés során az egyén közvetlen környezetében élők, a hagyományok, az értékek tisztelete, a felelősségvállalás, a felelősségtudat, a feladatvégzés készségének kialakítása valósul meg (Kaposi, 2015). A közösségi nevelés nem eredményes, ha azt szeretnénk, hogy a közösség minden tagja egyformán vélekedjen, gondolkodjon,

érezzen, ha azonos teljesítményeket várunk. A közösségi nevelés során nem szabad háttérbe szorítani az egyén szerepét, az egyéni sajátosságokat, az egyén személyiségében rejlő lehetőségek kibontakoztatását (Gergencsik, 2005).

A legkisebb közösség, aminek először a tagjává válunk, a család, ami egyben az elsődleges szocializációs színtér. Itt alapozódik meg a más közösségekben való létezés. Ha szeretettel neveljük a felnövekvő generáció tagjait, ha a biztonságérzet jelen van a családban, és nyitottak vagyunk a gyermekek felé, akkor segítjük annak kialakulását, hogy tekintettel legyünk egymásra más, későbbi közösségekben is. A családon belüli szereposztás megtapasztalása pedig lehetővé teszi a közösségen belüli szerepek elsajátítását, illetve felismeri az egyén, milyen tulajdonságok birtoklása szükséges a közösség tagjaként (Szécsényi, 2009). Feltehetjük magunknak a kérdést: milyen tulajdonságokkal kell rendelkeznünk a közösségi élethez?

Ha szeretnénk megismerni egy családi közösség sajátosságait, működését, a személyes beszélgetések mellett néhány más módszert is alkalmazva, pluszinformációkat is szerezhetünk. Családtörténeti kutatásokat végezve felszínre kerülnek megtörtént események, amelyek segíthetnek megérteni a család jelenlegi működési alapelveit, adott esetben problémáit, helyzetét. Ezeknek a történeteknek a felderítésével családi minták is kirajzolódhatnak. Drámapedagógiai módszerek közül a szerepjátékot választva, családi jeleneteket eljátszva a megfigyelő személyeken keresztül juthatunk hasznos információkhoz az adott családról. De alkalmazhatjuk azt a módszert is, amikor a jelen lévők közül néhányan vagy mindannyian élőszoborként elhelyezkedésükkel, testtartásukkal szemléltetnek egy családot, annak kapcsolatrendszerét, sajátosságait. Ez a módszer további lehetőségeket kínál a családi közösség megismerésére. Ha például lehetőséget adunk egy-egy élőszobornak a változtatásra, elemezhető annak a módosításnak a hatása a családi közösségre. Ha csak arra van szükség, hogy a családról való szemléletet ismerjük meg, akkor a részt vevők közül néhányan kitalálnak egy családot, és a részt vevők a kitalált család egy-egy tagját képviselve információkat osztanak meg egy velük interjút készítő személlyel (Hegedűs, 2006).

Ahogy a családi, úgy az iskolai közösség is segíti az autonóm személyiség kialakulását. Az iskolai közösségeket számos osztályközösség és a tantestület alkotja. A felnövekvő generáció tagjai számára az osztályközösség lehetőség arra, hogy szerepet vállaljon, feladata legyen, fejlessze az együttműködési készségét, a felmerülő problémák megoldási módjait, lehetőségeit felismerje, alkalmazza. A gyermekek eltérő módon élnek ezekkel a lehetőségekkel az osztályközösségen belül, hiszen nem mindenki igényli ugyanolyan mértékben azt az adott közösséget. Fontos kiemelni, hogy az igény növelhető például az osztályközösségen belüli munkafolyamatokat kísérő kellemes élmények, a közösség pozitív légkörének megélésével (Szécsényi, 2009).

Az osztályközösségen belül idővel kialakul a „mi-tudat" a közösen végzett tevékenységek nyomán. A közösség folyamatosan fejlődik, a közösségen belüli társas kapcsolatok erősödnek, a tagjainak személyisége pozitív irányú változáson megy keresztül (Szécsényi, 2009).

A közösségi nevelés egyik lényeges színtere tehát az osztályközösség. A nagyobb létszámú osztályokban nehéz jól működő közösséget kialakítani. Ezekben a nagy létszámú osztályközösségekben kisebb csoportok jönnek létre formálisan és informálisan egyaránt. A kiscsoportok lehetővé teszik tagjaik számára, hogy kialakuljanak azok a készségek, szokások, amelyek szükségesek a közösségi léthez. A közösségi nevelés során elengedhetetlen az egyéni reakciókat, megnyilvánulásokat figyelemmel kísérni a formális, informális kiscsoportokban (Gergencsik, 2005). A felnövekvő generáció tagjai számára egyes kiscsoportok referenciacsoportokká válhatnak, amelyeknek a normáit, szokásait teljes mértékben elfogadják. Lényeges megfigyelni, megismerni, hogy a közösség tagjai életében van-e jelen referenciacsoport, és az milyen szemléletet, értékeket képvisel

(Gergencsik, 2005). Ha a kiscsoportok megfelelően működnek, akkor azok támogathatják a közösséggé válás folyamatát, ami a közösségi nevelés célja. Látható, hogy a közösségi nevelés során az ember egyénnel és csoporttal is dolgozik. Egy jól működő közösség tagjának személyisége kiforrott, önálló véleménnyel, gondolatokkal rendelkező egyén, aki saját ítélőképességet birtokol. Olyan személy, aki törekszik a társas kapcsolatok kialakítására, és rendelkezik az ahhoz szükséges képességekkel. Az ember a közösség tagjaként tulajdonságaival, képességeivel szolgálja a közösséget. A közösségi ember az egyéni és a közösségi érdekeket képes összeegyeztetni. A közösségi nevelés támogatja a szocializáció folyamatát, hogy az egyén be tudjon illeszkedni, aktív tagjává válhasson a társadalmon belüli csoportoknak, közösségeknek (Gergencsik, 2005).

A közösségi nevelés egyik lényeges színtere tehát az osztályközösség. A nagyobb létszámú osztályokban nehéz jól működő közösséget kialakítani. Ezekben a nagy létszámú osztályközösségekben kisebb csoportok jönnek létre formálisan és informálisan egyaránt. A kiscsoportok lehetővé teszik tagjaik számára, hogy kialakuljanak azok a készségek, szokások, amelyek szükségesek a közösségi léthez. A közösségi nevelés során elengedhetetlen az egyéni reakciókat, megnyilvánulásokat figyelemmel kísérni a formális, informális kiscsoportokban (Gergencsik, 2005). A felnövekvő generáció tagjai számára egyes kiscsoportok referenciacsoportokká válhatnak, amelyeknek a normáit, szokásait teljes mértékben elfogadják. Lényeges megfigyelni, megismerni, hogy a közösség tagjai életében van-e jelen referenciacsoport, és az milyen szemléletet, értékeket képvisel (Gergencsik, 2005).

Az osztályfőnök meghatározott szerepet tölt be az osztályközösség fejlődésében. Az osztályfőnök közvetíti az általa és az iskola által képviselt értékeket a közösség tagjai felé, amelyek alapul szolgálhatnak a diákoknak saját értékrendszerük kialakításában. Tevékenységét a segítő szándék (például konfliktusok megoldásában, hozzásegítve a megoldáshoz a közösség tagjait) és az irányító szerep kell meghatározza. A közösség tagjaival való beszélgetések alkalmával komoly témák is elő kell kerüljenek az osztályfőnök irányából. A közösségen belül kialakuló csoportok együttműködését támogatnia kell, hogy a csoportok képesek legyenek döntéseket közösen meghozni. A közösség tagjai között különbséget nem tehet, mindenki szemléletét nyitottan kell fogadnia, és azokat figyelembe kell vennie. A jó közösség kialakulásához lehetőséget kell biztosítania, hogy bizonyos feladatokat a közösség maga oldjon meg. Törekednie kell rá, hogy a közösség munkafolyamataiban az osztály minden tagja részt vegyen. Ha magányos gyermek vagy gyermekek is jelen vannak a közösségben, fontos alkalmat teremtenie arra, hogy a magányos tag, tagok is megmutathassák emberi értékeiket, tudva, hogy a magányos helyzet több okból is eredhet (Szécsényi, 2009).

Egy osztályközösség fejlődésének kezdetén a gyermekek, megismerve egymás jellemzőit, szerepeket kezdenek kialakítani és betölteni a közösségben, majd a közösen végzett munkafolyamatok révén élményeket szereznek, segítve ezzel a közösségi tudat kialakulását. Az osztályközösség fennállása alatt egyre hatékonyabban kezelik a felmerülő konfliktusokat, egyre strukturáltabb a működése a közösségnek, amelyben a tagok

kapcsolatai személyesebbé, erősebbé válnak. A fejlődési folyamat végén az egyének személyiségében a pozitív irányú változás is megvalósul (Szécsényi, 2009).

Egy közösség jellemzéséhez lényeges információ, hogy a tagjai hol helyezkednek el a közösségen belül, milyen kapcsolatok vannak jelen a tagok között, milyen feladataik, szerepeik vannak a tagoknak. Az osztályközösségek jellemzéséhez jól alkalmazható a szociometria módszere, ami kezdetben a rokonszenvi döntések alapján adta meg az egyén helyét a közösségen belül (Szécsényi, 2009). A későbbiekben bővült a módszer információtartalma, már nem csak rokonszenvi, hanem ellenszenvi kérdések is megjelentek benne. Továbbá a közösség tagjainak tulajdonságaira és a közösségen belüli feladatok betöltésére vonatkozó adatok is helyet kaptak a módszer eredményei között (Mérei, 2006). Lényeges, hogy a kapott eredményeket kellő odafigyeléssel kezeljük.

A közösség sajátosságait megismerve annak fejlődéséhez is hozzájárulhatunk. Ennek nagyon jó módszere lehet a játék. Egy adott játék alkalmazása előtt fontos azt előbb kipróbálni, illetve néhány kérdést megválaszolni a játékkal kapcsolatosan a magunk számára. Lényeges tisztázni: milyen volt a játék; mit éreztünk a játék során; hogyan tartotta fenn a figyelmünket; milyen cél megvalósulását tudom támogatni a játék alkalmazásával; milyen készségeket fejleszt; mi a jó az adott játékban; mi az, amin változtatnék; milyen közösségekbe lehet bevinni; hogyan hat fejlesztően az adott közösségre. Egy ismert játék alapgondolatára épülő, kipróbált játék lehet a segítségünkre, ha a közösség tagjait, azok egymáshoz való viszonyát szeretnénk például megismerni. E játék alkalmával minden közösségben lévő tag 6 képet választ magának, a számára is elérhető számos kép közül. A 6 képet az egyén egy tetszőleges sorrendben elhelyezi. A játék során dobókockát használunk. A közösség valamely tagja kezdi meg a játékot azzal, hogy a dobókockával dobva, az adott számnak megfelelő saját kép alapján megkezdi a közösség közös sztoriját elmesélni. A kezdő gondolatok megosztása után egy újabb személy folytatja majd a történetet az általa dobott számnak megfelelő nála lévő kép alapján. A közösség jobb megismeréséhez instrukciókat fogalmazhatunk meg az éppen következő egyén számára, aki az utasítás alapján alkotja meg mondanivalóját.

Ilyen közlések lehetnek:

Vonja bele a történetbe azt a személyt a jelen közösségből,
- aki szerinte a leginkább törekszik a konfliktusok megoldására,
- aki a leginkább segítőkész,
- akivel a legtöbbet szokott beszélgetni,
- stb.

Összegzés

A közösség többféleképen értelmezhető, osztályozható. Egy jól működő közösség sajátosságai közé tartozik a közös cél vagy célok, érdekek és értékek megléte, amelyek mentén létrejön, kialakul a közösséghez való tartozás érzése. Aki közösségekkel dolgozik, fontos, hogy maga is elfogadja és képviselje munkája során, hogy az egyén önérdekein túl a közösség érdekeit is figyelembe kell venni. Nyitottnak, érdeklődőnek kell lennie a közösségek jellemzőinek megismerésére, miközben tájékozott a jó közösség sajátosságait illetően. Ismernie szükséges, hogy az életkorral előrehaladva egyre kevésbé van az egyén ráutalva más személyekre, közösségekre. Számos módszert alapvető birtokolnia egy-egy közösség megismeréséhez, fejlesztéséhez. A megfelelő játék alkalmazása kettős jelentőséggel bír a szakemberek kezében, hiszen a közösség jellemzői is felszínre kerülhetnek, miközben fejleszthető is általa a közösség.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-Fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

Ewles, L. & Simnett, I. (1999). *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató*. Medicina Könyvkiadó Rt.

Gergencsik, E. (2005). A közösségről. In Balogh, L. & Tóth, L. (szerk.), *Fejezetek a pedagógiai pszichológia köréből*. Neumann Kht.

Hankiss, E. (1983). Közösségek válsága és hiánya. In Hankiss, E. (szerk.), *Társadalmi csapdák. Diagnózisok.* Magvető Kiadó. 205–240.

Hegedűs, J. (2006). A család megismerésének módszerei. In Bodonyi, E., Busi, E., Hegedűs, J., Magyar, E. & Vizelyi, Á. (szerk.), *A gyakorlati pedagógia néhány alapkérdése. Család, gyermek, társadalom*. ELTE PPK Neveléstudományi Intézet. 51–54.

Horváth, A. (2000). Egyén és közösség, avagy a fogalmak tartalomváltozásai. *Új Pedagógiai Szemle, 50*(2), 14–17.

Kaposi, J. (2015). Állampolgárságra, demokráciára nevelés. In Kormos, J. & Pálvölgyi, F. (szerk.), *A köznevelés céljai és fejlesztési területei a Nemzeti alaptanterv szemléletének tükrében*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem BTK. 57–78.

Loránd, F. (2000). Egyéni és közösségi érdek. *Új Pedagógiai Szemle, 50*(2), 4–13.

Mérei, F. (2006). *Közösségek rejtett hálózata*. Osiris Kiadó.

Szécsényi, I. (2009). Közösség szerepe az egyén szocializációjában. *Fejlesztő pedagógia, 20*(3), 53–64.

Absztrakt

Ebben a rövidebb terjedelmű elméleti munkában bemutatásra kerül a közösség értelmezése, működése, illetve az, hogy milyen sajátosságai vannak egy jól működő közösségnek. Továbbá a leírás kitér a pedagógia jelentőségére a közösségek fejleszthetősége vonatkozásában. Kulcsfontosságú, hogy a közösségekkel foglalkozó szakemberek birtokában legyenek ilyen jellegű ismereteknek, szolgálva munkájuk eredményességét. A közösséget vehetjük egy halmaznak (Ewles és Simnett, 1999), vagy egy „dinamikus társas egységnek" (Szécsényi, 2009), de nem tekinthetjük azonosnak a csoport kifejezésével (Gergencsik, 2005). Ha egy közösség jól működik – amelynek jellemzői ismertek a szakirodalmak által –, akkor kialakul a közösségi tudat. Életünk során számos közösségnek tagjává válunk. A közösségek tagjaként kapcsolatok jönnek létre egyének között, amelyeket olykor az egyének közötti konfliktus jellemezhet. Amíg az adott közösség nem érte el célját, addig létezik, addig lehetőség van fejleszteni. A közösségfejlesztő tevékenység alapja, hogy megismerjük a közösségben, annak egyes tagjaiban rejlő lehetőségeket, és erősítjük az együttműködésre épülő cselekvést. Ezáltal az élményszerzést támogatjuk, ami a közösségi érzés létrejöttét segíti. A közösségek megismerésének számos módszere van, ezek egyike lehet a drámapedagógia. A játék mint módszer a közösségek fejlődéséhez járulhat hozzá.

Kulcsszavak: közösség; kapcsolatépítés; közösségfejlesztés; pedagógia

tanulmány

Pósa Gabriella

Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségszociológia és Életmód Tanszék; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

A rendszeres fizikai aktivitás jelentősége az iskolai színtérben

A munkánk célja, hogy felhívja a figyelmet a rendszeres mozgás fontosságára az iskolai színtérben, mind a pedagógusok, mind a tanulók szempontjából. Az Egészségügyi Világszervezet évtizedek óta igyekszik az oktatásba is bevezetni az egészségmegőrzést, egészségfejlesztést, ez a szemle ehhez a kezdeményezéshez próbál csatlakozni. Igyekszünk a teljesség igénye nélkül bemutatni, hogy a rendszeres testmozgásnak milyen pozitív hatásai vannak az emberi szervezetre. Az összefoglalónak nem célja, hogy a fizikai aktivitás formáit, céljait, módszereit, eszközeit tárgyalja.

Bevezetés

„Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) évtizedek óta törekszik arra, hogy az egyes országok kormányai fokozott figyelmet fordítsanak az egészséget meghatározó társadalmi tényezőkre.” (Somhegyi, 2016. 62.) Fontos részét képezi ennek a törekvésnek, hogy az oktatás is csatlakozni tudjon az egészségmegőrzéshez, egészségfejlesztéshez a gyermekkor egészségi aspektusainak formálásával, ezzel beleavatkozva számos egészséget befolyásoló kórképbe (Kis, 2018). A gyermekek hosszú éveket töltenek intézményesített keretek között, ezt a lehetőséget kell kihasználni arra, hogy az egészségükhöz kapcsolódóan minél szélesebb ismeretre, tudásra tegyenek szert az oktató, nevelő munkával összefüggően. Ez természetesen komoly szakmai irányítás mellett tud megvalósulni, vagyis a szakszerű és eredményes iskolai egészségfejlesztés az egészségügy iránymutatásaival és segítségével jöhet létre, jogszabályi támogatással (Somhegyi, 2016).

Az egészségfejlesztési megközelítés a testmozgást az életmódunk egy elemeként kezeli, jelentőségét a népesség egészségi állapotának fenntartásában és javításában látja (Benkő és Lippai, 2001). A Nemzeti Népegészségügyi Program részeként a teljeskörű iskolai egészségfejlesztésében (TIE) egyebek mellett helyet kap a krónikus, nem fertőző megbetegedések (lelki betegségek, szív-érrendszeri, mozgásszervi és daganatos betegségek) elsődleges megelőzése (Kis, 2018; Somhegyi, 2016). Ebből a mozgásszervi betegségek egy részének megelőzésére szeretném felhívni a figyelmet.

Programok eredményességének javítása

A pedagógusok iskolai egészségfejlesztésre való felkészítésének szintjét és minőségét döntő tényezőként azonosítják az eredményesség szempontjából. A tanári hozzáállás és tudás kulcsfontosságú tényező az egészséggel kapcsolatos tartalmak átadásában,

magukénak kell érezniük minden jelentős változást a rendszerben, csak ez hozhat változást a diákok életébe (Mátó és mtsai, 2016; Young, 2013). Nem elegendő egy-egy pedagógus elköteleződése, hanem az iskolai vezetésnek is csatlakoznia kell a változáshoz, a felelősségvállaláshoz (Benkő, 2019; Young, 2013; Beregi, 2021).

Számos tényező létezik iskolákon belül, amik gátolhatják vagy elősegíthetik a változást. Minden esetben fel kell ismerni, hogy az iskola, az oktatás nagyon komplex terület, és ez nem csak az egészségfejlesztésre igaz. Munkahelyként és oktatási területként működik, ahol a személyzet és a diákok egészsége a legfontosabb (Young, 2013).

A tanárokat mélyen motiválni kell diákjaik életének javítása érdekében, a tanárok önbecsülése, egészsége és jól-léte központi szerepet játszik ebben a változási folyamatban. Finnországban és Észtországban az iskolai alkalmazottak munkahelyi jól-létének javítását célzó iskolákkal kapcsolatos beavatkozások kiinduló megállapításairól szóló jelentés azt sugallta, hogy az iskolai személyzet jól-léte összefügg a szakmai kompetenciával és annak folyamatos fejlesztésének lehetőségeivel (Young, 2013).

A fizikai aktivitás jelentősége

Az iskolákban a testmozgásra irányuló kezdeményezések akkor a leghatékonyabbak, ha átfogó megközelítést alkalmaznak; például készségek fejlesztése, megfelelő fizikai környezet és erőforrások kialakítása és fenntartása. A napi fizikai aktivitás az iskolában javítja a tanulók motivációját, és nincs negatív hatása a tanulók kognitív fejlődésére annak ellenére, hogy kevesebb idő áll rendelkezésre a kognitív feladatokra. Azt találták, hogy szoros közvetlen összefüggés van az iskolai fizikai aktivitás és a felnőttkori fizikai aktivitás között (Young, 2013). Az Egyesült Államokban a felnőttek csaknem 70%-a számolt be arról, hogy nem végez rendszeres szabadidős fizikai tevékenységet (Hurwitz, 2005), és ez számos más országban is hasonló lehet.

A tanulók profitálnak abból, ha rendszeres testmozgásban van részük. Ide érthetjük a sportmozgásokat, a táncot vagy olyan mozgásos programokat, amelyek figyelembe veszik a tanulók sokszínűségét olyan területeken, mint az etnikai hovatartozás, a fizikai képesség, a nem és az életkor. Így a tanulók részvétele jelentősebb lesz, és elkötelezettségük is megjelenhet a mozgás mellett (Young, 2013). Egy felnőtt testmozgáshoz való hozzáállása a gyermekkori tapasztalatain alapul, azon, hogy milyen érzelmi kapcsolat alakult ki a rendszeres mozgással. Az erőltetett testmozgási tapasztalat visszaveti a fizikai aktivitás szintjét (Lippai, 2018). Számos szakirodalom ír arról, hogy az egészséges táplálkozást, a rendszeres testmozgást és a lelki egészséget elősegítő kezdeményezések sikeresek (Young, 2013). Különösen fontos, hogy a lelki egészséget támogató tevékenységek javítsák a tanulók társas kapcsolatait és tanulmányi eredményeit (Osváth, 2018; Young, 2013).

A krónikus, nem fertőző mozgásszervi megbetegedések közül a gerinc, a felső és alsó végtagi érintettség magas arányban jelentkezik már gyermekkorban, és felnőttkorra ezek a számok tovább emelkednek. Az iskola olyan színtér, ahol mind a két populáció megtalálható, ezért is tudunk rájuk figyelmet fordítani (Somhegyi, 2016).

A gerincfájdalom és a hozzá kapcsolódó rendellenességek sok embert érintenek, és nagyobb hatással vannak a munkaképességre és az egészségügyi költségekre, mint bármely más mozgásszervi betegség. A fejlett országokban a deréktáji fájdalom életprevalenciája 50% és 85% közötti (Haldeman, 2012). A 2003-ban készült Országos Lakossági Egészségfelmérésben (OLEF) a nők 60%-a, a férfiak 50%-a érzett a felmérést megelőző 1 hónapban fájdalmat a nyakában, hátában vagy a derekában (OLEF, 2006). Talán meglepő információ, hogy a gyermekek és serdülők körében tapasztalható hátfájás-prevalencia és előfordulási gyakorisága nem különbözik jelentősen a felnőttekétől

(Haldeman, 2012). Az elmúlt néhány évtizedben egyre több felmérés igazolta, hogy a nem specifikus deréktáji fájdalom sokkal gyakoribb az iskolásoknál, mint azt korábban gondolták (Burton, 2004).

Az életkoron és a nemen kívül számos szocio-demográfiai, fizikai, viselkedési, pszichológiai és pszichoszociális tényezőről (a stressz, a distressz, a szorongás, a depresszió, a kognitív funkció, a munkával való elégedetlenség és a munkahelyi mentális stressz, ld. Burton, 2004) is kiderült, hogy növeli a hátfájás kockázatát, beleértve a szocioökonómiai állapotot és az iskolai végzettség szintjét, a testtömeg-indexet, a dohányzást és az önértékelést. A depresszió és a szorongás a hát- és egyéb mozgásszervi fájdalmaknak okai és következményei is lehetnek. A vizsgálatokból, felmérésekből úgy tűnik, hogy a fizikai aktivitás javítja ezek prognózisát (Haldeman, 2012). Számos tanulmány rávilágított a fizikai aktivitás összefüggéseire a depresszióval és a pszichológiai jól-léttel, valamint a fizikai erőnlét vagy aktivitás stresszre gyakorolt mérséklő hatásaira. Néhány randomizált klinikai vizsgálat kimutatta, hogy a testmozgás segít megelőzni a deréktáji fájdalmat a veszélyeztetett populációkban. A fizikai aktivitás hatásos lehet a pszichés szorongás, a fájdalom és a mozgáskorlátozottság kezelésében (Hurwitz, 2005; Burton, 2004).

A fizikai aktivitás fájdalomérzékelésre és pszichés stresszre gyakorolt jótékony hatásait a béta-endorfin szint okozhatja, amelyről kimutatták, hogy a fizikailag aktív férfiaknál alacsonyabb, mint az ülő munkát végző férfiaknál. Megfigyelték, hogy a magasabb nyugalmi béta-endorfin szint a depresszióval hozható összefüggésbe, és a fizikai aktivitás csökkentheti a plazma béta-endorfin nyugalmi szintjét, és javíthatja a hangulatot (Hurwitz, 2005).

Fókuszban az iskolában dolgozó felnőttek

A csont- és izomrendszeri megbetegedések a leggyakrabban előforduló és legfontosabb foglalkozás-egészségügyi problémák közé tartoznak a dolgozói populációban, ezek jelentős hatással vannak az életminőségre, és tekintélyes gazdasági terhet jelentenek a kompenzációs költségek és a bevételkiesés miatt. A mozgásszervi megbetegedések csökkentik a munkahelyi termelékenységet a hiányzások és a betegszabadság miatt (Erick, 2011). Ha a pedagógus oldaláról közelítjük meg a témát, akkor kutatásokban arról számoltak be, hogy a kényelmetlen testhelyzetek, mint például a hosszú ideig tartó állás több órányi tanítás során, a helytelen testtartással kivitelezett állás, összefüggenek a mozgásszervi megbetegedések kockázatával. Kutatók megfigyelték, hogy a hosszan tartó kényelmetlen ülőhelyzet fokozott nyomást eredményezhet a porckorongokban, és káros lehet a gerinc egészségére (Uchechukwu, 2020).

A pedagógusok munkájuk során fizikális és pszichoszociális betegségeket okozó körülményeknek lehetnek, vannak kitéve. A tanárok körében gyakori a hát alsó részét, a nyakat és a felső és alsó végtagokat is érintő mozgásszervi elváltozás. A kutatások azt mutatják, hogy a csont- és izomrendszeri betegségek etiológiája összetett és multifaktoriális jellegű. A foglalkozási tényezők, köztük az iskola elhelyezkedése, a nehéz terhek cipelése, a hosszan tartó számítógép-használat, a kényelmetlen testtartás és a pszichoszociális tényezők (a rossz szociális munkakörnyezet, a monoton munka, a magas szorongás, a gyakran stresszes munkakörülmények, nagy létszámú osztályok, oktatási erőforrások hiánya, az alacsony munkával való elégedettség, alacsony vezetői vagy kollegiális támogatás) hozzájárulnak a csont- és izomrendszeri megbetegedések kialakulásához. Bizonyítást nyert, hogy a tanárok körében a magas szintű vezetői támogatás és a rendszeres testmozgás védő hatást fejt ki a csont- és izomrendszeri megbetegedések megelőzésében (Erick, 2011).

A csont- és izomrendszeri megbetegedések befolyásolják a test izmait, inait, ízületeit, szalagjait, idegeit, csontjait és azok helyi vérellátását. A legtöbb munkával összefüggő mozgásszervi megbetegedés idővel alakul ki, és maga a munka vagy a munkavállaló munkakörnyezete okozza, de fontos felismerni, hogy a tanárok rossz egészségi állapota nemcsak őket érinti, hanem nagy valószínűséggel a tanulókat is. 1981 és 2011 között publikált korábbi tanulmányokon alapuló, szisztematikus áttekintés a csont- és izomrendszeri betegségek esetében 39–95%-os érintettségi szintet detektált az iskolai tanároknál (Erick, 2011).

A pedagógusok munkája sokféle feladatot és felelősséget foglal magába, amely lehet a hosszan tartó ülés és állás, a nem megfelelő bútorok használata, a táblára való írás során felvett kényelmetlen testtartás, a tanulók munkájának segítését vagy a tanulók tanórán kívüli sporttevékenysége során történő segítés. Ezenkívül a tanárok kényelmetlen testtartást vehetnek fel olvasás közben, a tanulók munkájának javítása vagy az órák előkészítése közben. A nyak, váll és hát izmainak állandó terhelése végül fájdalmat vagy kényelmetlenséget okoz. Megelőző programokra van szükség ezeknek a rendellenességeknek a kezelésére, és ennek ideális esetben szervezeti szinten kell történnie, nem csak egyéni szinten (Erick, 2011).

Korábban arról számoltak be, hogy a mozgásszervi megbetegedések gyakoribbak az óvodapedagógusok körében a munkakörükből adódóan. Sokféle feladatot látnak el, és kombinálják az alapvető egészségügyi gyermekgondozási és a nevelési feladatokat, valamint olyanokat, amelyek tartós mechanikai terhelést és szinte állandó törzshajlítást igényelnek. Ezek a tevékenységek kockázati tényezőként jelennek meg a deréktáji fájdalomnál. A kutatást vezetők tréningprogramot dolgoztak ki a vizsgálati mintájukra, és eredményeik rámutattak a hat alkalomból álló extensio (hátrahajlás)- orientált edzésprogram fontosságára a nyaki és deréktáji panaszok megelőzésében és kezelésében, valamint az ebből eredő deréktáji fájdalom funkcionális elégtelenség csökkentésében az óvodapedagógusok körében. A beavatkozás az elsődleges és másodlagos prevenció szintjén valósult meg, és olyan alanyok vettek

A pedagógusok munkájuk során fizikális és pszichoszociális betegségeket okozó körülményeknek lehetnek, vannak kitéve. A tanárok körében gyakori a hát alsó részét, a nyakat és a felső és alsó végtagokat is érintő mozgásszervi elváltozás. A kutatások azt mutatják, hogy a csont- és izomrendszeri betegségek etiológiája összetett és multifaktoriális jellegű. A foglalkozási tényezők, köztük az iskola elhelyezkedése, a nehéz terhek cipelése, a hosszan tartó számítógép-használat, a kényelmetlen testtartás és a pszichoszociális tényezők (a rossz szociális munkakörnyezet, a monoton munka, a magas szorongás, a gyakran stresszes munkakörülmények, nagy létszámú osztályok, oktatási erőforrások hiánya, az alacsony munkával való elégedettség, alacsony vezetői vagy kollegiális támogatás) hozzájárulnak a csont- és izomrendszeri megbetegedések kialakulásához. Bizonyítást nyert, hogy a tanárok körében a magas szintű vezetői támogatás és a rendszeres testmozgás védő hatást fejt ki a csont- és izomrendszeri megbetegedések megelőzésében (Erick, 2011).

részt a programban, akiknél nem diagnosztizáltak betegséget, de legtöbbjüknek tünetei már voltak (Pillastrini, 2009).

Kritikus csoportok a pedagógusok körében

Vizsgálatok rámutattak arra, hogy a nemi hovatartozás szignifikáns szerepet játszik a zenetanárok csont- és vázrendszerének állapotában. Ezt alátámasztja egy svéd tanulmány eredménye is, ahol a női zenetanárok szignifikánsan több problémáról számoltak be a nyakukban ($p = 0,02$), a hát felső részén ($p = 0,01$) és a vállban ($p = 0,025$), összehasonlítva a férfi zenetanárokkal. Ezek az eredmények egybevágnak egy ausztráliai zenetanárok körében végzett tanulmány eredményeivel. Egy törökországi tanulmány azt találta, hogy a tanárnők komolyabb fájdalomról számoltak be a csuklóban ($p = 0,044$), a hát felső részén ($p = 0,008$) és a hát alsó részén ($p = 0,022$). Egy kínai tanárokkal végzett tanulmányban, a női tanárok erősebb fájdalmat tapasztaltak a vállban, mint férfi társaik ($p < 0,001$) (Erick, 2011).

Más felmérések szerint a nők általánosságban nagyobb valószínűséggel számolnak be fájdalomról, mint a férfiak. Nagy valószínűséggel azért, mert a nők fizikai ereje alacsonyabb, emellett a család és a karrierlehetőségek miatti nyomás jelen lehet az életükben, vagy egyszerűen az a tény is megjelenhet, hogy a férfiak és a nők eltérő hagyományokkal és küszöbértékekkel rendelkeznek arra vonatkozóan, hogy mikor és hogyan jeleznek fájdalmat (Chong, 2010; Shuai, 2014).

A nyaki fájdalommal szignifikáns összefüggésbe hozták a lehajtott fejtartást, ez azon tanároknál jelentkezhet, akik jelentős időt töltenek a tanulók munkájának javításával és az órákra való felkészüléssel. A tanárok nyaki fájdalma pozitívan korrelál a számítógépes munkavégzés testtartásával. A protractiós fejtartás (előre tolt fej a törzshöz képest) mellett végzett munka megnövekedett terheléshez vezethet, ami nyaki fájdalmat okoz (Chiu, 2007).

Testi fogyatékossággal élő tanulók tanárai számoltak be a legnagyobb hátfájás-prevalenciáról (Yamamoto, 2003), ez a tanulók felemelésének tulajdonítható.

A testnevelő tanárok számoltak be a legalacsonyabb mértékben derékfájdalomról, és ennek az lehet az oka, hogy ők fizikailag aktívak, és részt vehetnek a szabadidős fizikai aktivitásban is. Azonban beszámoltak arról, hogy náluk nagyobb a térdbetegségek előfordulási gyakorisága, mint a nem testnevelő tanároknál, és nagyobb valószínűséggel váltanak munkát a térdízület diszfunkciója miatt (Erick, 2011).

Protektív faktor

Mivel a csont- és izomrendszeri megbetegedések általában egynél több testrészt érintenek, és több tényező játszik szerepet bennük, ezért a munkahelyi megközelítésnek holisztikusnak és a lehető legátfogóbbnak kell lennie (Erick, 2022). Egyes tényezők az iskolai tanárok körében védő hatást mutattak a csont- és izomrendszeri megbetegedések esetén. Ide tartoznak olyan tényezők, mint a munkahelyi támogatás, a rendszeres testmozgás és az észlelt jobb egészség (Shuai, 2014).

A WHO útmutatója szerint a felnőtt embereknek átlagosan heti 150-300 percnyi közepes intenzitású vagy heti 75-150 perc erős intenzitású fizikai aktivitás vagy ezek egyenértékű kombinációja ajánlott az egészség állapot javításához (Bull, 2020). Ezt bizonyítja a következő tanulmány, amelyben azt találták, hogy a heti 5 órát meghaladó testmozgás csökkentette a felső háti szakasz fájdalmát és a deréktáji fájdalmat is a botswanai iskolai

tanárok körében. Ez a változás azokhoz a tanárokhoz képest történt, akik heti öt vagy annál kevesebb óra testmozgásról számoltak be (Shuai, 2014).

Az Európai Lakossági Egészségfelmérésből (ELEF) kiderült, hogy hazánkban a felnőttek 59%-a szabadidejében egyáltalán nem sportol. A WHO ajánlásának megfelelő heti 150 perc aerob mozgást tízből hárman, a heti kétszeri izomerősítést pedig ketten gyakorolják. A felnőttek egyharmada ugyan nem sportol, de munkája során teljesíti a megfelelő mennyiségű mozgást. Tízből kilencen rendszeresen gyalogolnak. Többségük mindennap, ötödük többnyire hétköznapokon jár gyalog. A WHO becslése szerint világszerte évente 4 millió és 5 millió közé tehető azon halálesetek száma, amelyek aktív életmóddal elkerülhetőek lennének (KSH, 2021).

A rendellenességekkel kapcsolatos beavatkozásokat kontextusba kell helyezni ahhoz, hogy hatékonyak legyenek, és figyelembe kell vennünk ezen állapotok kockázati tényezőit és azt, hogy hogyan hatnak egymásra (Shuai, 2014).

A kutatók sokrétű munkahelyi beavatkozást hajtottak már végre, amely egészségügyi oktatást tartalmazott előadásokkal, munkahelyi ergonómiai tréninget és plakátokat, figyelemfelkeltő anyagokat és brosúrákat használtak fel, valamint értékelték a munkahelyi program beavatkozás előtti és utáni hatásait (Shuai, 2014). Mások a következő eredményekről számoltak be: óvodapedagógusok körében extensio-orientált edzésprogramon vettek részt azért, hogy megakadályozzák a deréktáji fájdalmat. Azok programja mutatkozott eredményesnek, akik gyógytornász által készített brosúrát és edzésprogramot is kaptak, összehasonlítva azokkal, akik csak a brosúrát kapták meg (Chaiklieng, 2012). Egy másik vizsgálatban kimutatták, hogy a testtartásra összpontosító preventív beavatkozások is hatásosak (Burford, 2017).

Azok, akiket csont- és izomrendszeri betegséggel diagnosztizálnak, gyakran más betegségekben is szenvednek, ideértve akár a mentális egészséget, a gyomor-bélrendszeri elváltozásokat. Ezeknek a személyeknek előnyös lehet a mozgásszervi megbetegedések holisztikus megközelítése. Ezért igényel további feltárást és mérlegelést a mozgásszervi megbetegedések kezelésének modellje. Ez a fájdalomkezelés bio-pszichoszociális modellje, amely a páciens biológiai tényezőinek, környezetének, valamint a fájdalomról, a kognitív tényezőkről való gondolkodásának kezeléséből áll (Erick, 2022).

Fókuszban a tanulók

Az iskola fontos szereplői a diákok, legyen szó gyermekről vagy serdülőről, a bizonyítékok meggyőzőek arról, hogy a fizikai aktivitás elősegíti az egészséges életmódot és a betegségek megelőzését (Gately, 2000). A WHO ajánlása szerint a gyermekeknek és serdülőknek legalább napi 60 perc közepes intenzitású (aerob típusú kedvezőbb), valamint hetente 3 alkalommal erős intenzitású és izomerősítő mozgást kell végezniük (Bull, 2020). Sajnos a serdülőkorúak 81%-a nem éri el ezt a szintet (WHO, 2010). Magyarországon a Nemzeti alaptanterv 110/2012. (VI. 4.) Kormányrendelet 8. § (7) b) pontja rögzíti a mindennapos testnevelés bevezetését az általános és középiskolákban (NAT). Az iskolai testnevelés feladata, hogy kialakítsa „az élethosszig tartó, rendszeres testedzéshez és testmozgáshoz szükséges testkulturális műveltséget" (Csányi, 2019, 17). A korai években kialakított rendszeres fizikai aktivitás lehet a legnagyobb lehetőség arra, hogy befolyásoljuk az optimális anyagcsere-funkciók fenntartását, a krónikus betegségeket és a korai halálozást megelőzzük. Nyilvánvaló, hogy a környezeti tényezőknek változniuk kell ahhoz, hogy a fizikai aktivitási stratégiák jelentős hatást gyakoroljanak a gyermekek és serdülők rendszeres fizikai aktivitásának növelésére. Erőfeszítéseket kell tenni azért, hogy a gyermekek aktív életmódját elősegítsük (Gately, 2000). A rendszeres fizikai aktivitás nem csak az iskola testnevelés óráin valósulhat meg, hanem rekreációs

céllal is. Az ezzel a területtel foglalkozó kutatások kiemelik a testmozgás, a sport fontosságát, melyek vitathatatlan célja az egészség megőrzése, annak fejlesztése és a testi-lelki jól-lét megvalósítása (Beregi, 2021). A fizikai aktivitás egyike azon számos tényezőnek, amelyek befolyásolják a gyermekek és serdülők növekedését és fejlődését. Gyermekeknél a rendszeres fizikai aktivitás, terhelés során elengedhetetlen az óvatosság, mert a gyermekek normál testmagasságú és testtömegű fejlődését semmilyen módon nem szabad veszélyeztetni (Gately, 2000).

A fejlett világ nagy részén megfigyelhető az ülő életmód növekvő tendenciája (Hills, 2007), amely rengeteg veszélyt rejt magában, többek között krónikus betegségeket és rossz egészségi állapotot tud előidézni (Gately, 2000). A gyermekeket veszélyezteti a technológiailag változó környezetre való fogékonyságuk (a gyermekek szórakozási lehetőségeinek változásai szintén hozzájárultak az ülő viselkedés növekedéséhez; a konzolozás és a számítógépes játékok, a televíziózás nagyon népszerű szabadidős elfoglaltságok a gyerekek körében) és a biztonságukkal kapcsolatos problémák. A biztonságtudatosabb kultúra lehetséges következménye, hogy a szülők az előző generációkhoz képest egyre jobban védik gyermekeiket az iskolába szállítás és a szabadban való játék során (Hills, 2007).

Az üzenet világos és egyszerű: csökkenteni kell a mozgásszegény percek, órák számát. A fizikai aktivitásnak pozitívnak kell lennie, és olyan módon kell lefolytatnia, hogy elősegítse a szórakozást és az élvezetet, kihasználva a mozgásban rejlő spontaneitást és örömöt, amelyek a legtöbb kisgyermek jellemzői (Gately, 2000). Ifjúsági sportkutatók is a sport, a mozgás iránti elkötelezettség fő okaként a sport élvezetét jelölik meg (McCarthy, 2008).

A rendszeres fizikai aktivitás hosszabb távú kialakításához minden gyermeknek bizonyos mértékig meg kell tapasztalnia a sikert a mozgásos tevékenységben. A fizikai aktivitással kapcsolatosan az önhatékonyság, a jókedv és sokoldalú kompetencia fejleszthető a gyermekeknél (Gately, 2000). Ezek mellett a csontrendszerünk hosszabb távú egészségének alapja a testmozgás, amit gyermek- és serdülőkorban alakíthatunk ki. A fizikai aktivitás elengedhetetlenül fontos az egészséges csontozat kialakításához. A csonttömeg és -sűrűség csúcsértékét a korai felnőttkorban érik el az emberek, és ez „csontbankként" szolgál a felnőtt élet hátralevő részében (Hills, 2007).

A helyes testtartás, az ideális helyzetű fiziológiás görbületek a jól működő mozgatószervrendszer egyik alapjának tekinthető. A gerincet a fájdalom gyakori helyeként azonosították a fiatalok és felnőttek körében. A gerincfájdalom pont-prevalenciájára (*point prevalence*) vonatkozó becslések a 12–18 éves iskolások körében 15 és 44% között mozognak (életkor- és nemfüggően). Feltételezték, hogy a gyermek- és serdülőkorban tapasztalt gerincfájdalom jelentős kockázatot jelent a későbbi életkorban tapasztalt gerincfájdalmak szempontjából, igaz, kevés longitudinális vizsgálat létezik ennek igazolására. A fiatalok gerincfájdalmát kiváltó tényezők vizsgálata és csökkentése jelentős lépés lehet a gerincfájdalom társadalmunkra nehezedő terheinek csökkentése felé (Steele, 2003). Úgy gondolják, hogy a helyes függőleges helyzetű testtartás igényli a legkevesebb fizikai aktivitást a test helyzetének fenntartásához a térben, és ez csökkenti minimálisra az antigravitációs nyomást a test szöveteiben (Grimmer, 2002). Elengedhetetlenül fontos, hogy a helyes testtartás kialakítását automatizáljuk a fiataloknál.

Az általános iskolás korban kialakult helytelen testtartási szokások visszafordíthatatlan változásokat idézhetnek elő a gyermekekben, mivel a szalagok és a porckorongok egész életünk során degeneratív hatásnak vannak kitéve, és nem rendelkeznek regenerációs képességgel. A nevelést és a mozgást ötvöző megelőző edzésprogramok jó hatással vannak a testtartás javítására (Suchetha, 2018).

A hátizsák terhe megváltoztatja az álló testhelyzetet a táska nélküli, tehermentes testhelyzethez képest. Kevés bizonyíték áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a hátul viselt hátizsáknak van-e káros hatása a gerincre, és ha igen, milyen mértékben.

Az viszont megállapítást nyert, hogy a hátizsákokat magasan a gerincen kell viselni, és a terhelést a testtömeg 10%-ára kell korlátozni (Grimmer, 2002). A gyermekek testparaméterei eltérők és ehhez kell választani az ideális táskát (Tóthné, 2015). Az előretolt (protractiós) fejtartás fokozott feszüléssel, fáradtsággal és a hátsó nyaki régión belüli fokozott nyomóerővel jár. A nyaki fájdalom egyaránt gyakori a felnőtteknél és az ifjúságnál. Számos kutató felvetette, hogy kapcsolat van a hátizsák használata és a fiatalkori nyaki fájdalom között (Kistner, 2013).

Gyermekeken és serdülőkön végzett vizsgálatok egyértelmű összefüggést mutatnak a hátizsák terheltsége és a mérhető kinematikai reakciók között, beleértve a járásmódosítást, a testtartást, az egyensúlyt, valamint a fiziológiai válaszokat, beleértve a szív- és érrendszeri, tüdő-, metabolikus és idegfunkciós változásokat, valamint a tüdőtérfogat változásait (Suchetha, 2018). Hétköznapi mozgásaink alapfeltételeként említhetjük az imént felsorolt egyensúlyt, ehhez kapcsolódik szorosan a lábunk, mely fontos szerepet játszik- többek között- az egyensúly és a helyes testtartás megtartásában (Pósa, 2021). Ezen egység fejlesztése elengedhetetlen gyermek- és felnőttkorban ahhoz, hogy az ember komplexitását szemlélve minél magasabb szintre tudjunk eljutni a mozgások kivitelezésében.

Összegzés

A mozgásszegény, ülő életmód a fejlett országokban globális problémaként jelenik meg, amely egészségfejlesztési, egészségmegőrzési, gazdasági szempontból ad kihívást a szakembereknek. A gyermekek egészséges fejlődését kötelességünk biztosítani, többek közt a gerinc fiziológiás görbületeinek kialakulását segítve. Hosszú távú célként jelenik meg, ha a rendszeres testmozgás, a helyesen kivitelezett mozgások már gyermekkorba beépülnek a mindennapokba, akkor az kedvező hatást fog gyakorolni a felnőttkorra is, ezzel megelőzve a felnőttkori, esetleg súlyosabb mozgatószervrendszeri problémákat. Az iskolai színtérben nemcsak a tanulókra kell koncentrálni, hiszen a felnőtt korosztály egészségének megőrzése nemcsak az ő aspektusukból fontos, hanem a jövő generációjának is. Elkötelezetté kell tenni a színtérben megjelenő szereplőket abban, hogy fontosnak érezzék, hogy minden szempontból tenniük kell a saját és mások egészségéért.

Összességében elmondhatjuk, hogy akár a pedagógusokról, akár a tanulókról beszélünk az iskolai színtérben, elengedhetetlenül fontos a rendszeres fizikai aktivitás. Hiszen pozitívan befolyásolja többek között a mozgatószervrendszert, ezen belül például a testtartást, jótékony hatással van egyebek mellett az anyagcsere-folyamatokra, az idegrendszerre, a viselkedésre, a kognitív képességre, a pszichés állapotra és nem utolsósorban a társas kapcsolatainkra. Akár az iskola falain belül, akár azon kívül végezzük a rendszeres testmozgást, elérhetjük ezeket az előnyös hatásokat.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-Fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

Benkő, Zs. & Lippai, L. (2001). Teljességigény egy egészségműhelyben. Egészségfejlesztő mentálhigiénikus képzési spektrum a szegedi egyetemen. *Új Pedagógiai Szemle, 51*(5), 36–53.

Benkő, Zs. (2019). Az egészség történeti és modern megközelítése. Az egészségfejlesztés fogalma, szemléletmódja. In Benkő, Zs., Lippai, L. & Tarkó, K. (szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére: Egészségtanácsadási kézikönyv.* Szegedi Egyetemi Kiadó – Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 15–48.

Beregi, E. (2021). Iskolai egészségnevelés lehetőségei a testi-lelki egészségmegőrzés érdekében, különös tekintettel a rekreációs tevékenységek alkalmazására. In K. Nagy, E. & Zagyváné Szűcs, I. (szerk.), *Kihívások és megoldások a XXI. század pedagógiájában.* Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Líceum Kiadó. 145–158.

Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S. & mtsaik (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine,* 54. 1451–1462. doi:10.1136/bjsports-2020-102955

Burford, E. M., Ellegast, R., Weber, B., Brehmen, M., Groneberg, D., Sinn-Behrendt, A. & Bruder, R. (2017). The comparative analysis of postural and biomechanical parameters of preschool teachers pre- and post-intervention within the ErgoKiTa study. *Ergonomics, 60*(12), 1718–1729.

Burton, A., Balague, F., Cardon, G., Eriksen, H. R., Henrotin, Y., Lahad, A. & mtsaik (2006). Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. *European Spine Journal, 5*(2), 136–68.

Chaiklieng, S. & Suggaravetsiri, P. (2012). Risk factors for repetitive strain injuries among school teachers in Thailand. Work. *A Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation, 41*(1), 2510–2515.

Chiu, T. T. & Lam, P. K. (2007). The prevalence of and risk factors for neck pain and upper limb pain among secondary school teachers in Hong Kong. *Journal of Occupational Rehabilitation, 17*(1), 19–32.

Chong, E. Y. & Chan, A. H. (2010). Subjective health complaints of teachers from primary and secondary schools in Hong Kong. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 16*(1), 23–39.

Csányi, T. (2019). Szemelvények az utóbbi tíz év iskolai testnevelés-oktatását szabályozó európai tantervi irányzatokból – Következtetések a mindennapos testnevelés tartalmi fejlesztése érdekében. *Új Pedagógiai Szemle, 69*(3–4), 16–36.

Erick, P. N. & Smith, D. R. (2011). A systematic review of musculoskeletal disorders among school teachers. *BMC Musculoskeletal Disorders, 12*(260). doi: 10.1186/1471-2474-12-260.

Erick, P., Tumoyagae, T. & Masupe, T. (2022). Musculoskeletal Disorders in the Teaching Profession. *Ergonomics – New Insights.* DOI: 10.5772/intechopen.103916

Gately, P. J., Cooke, C. B., Butterly, R. J., Mackreth, P. & Carroll, S. (2000). The effects of a children's summer camp programme on weight loss, with a ten month follow-up. *International Journal of Obesity, 24*(11), 1445–1453.

Grimmer, K., Dansie, B., Milanese, S., Pirunsan, U. & Trott, P. (2002). Adolescent standing postural response to backpack loads: a randomised controlled experimental study. *BMC Musculoskeletal Disorders, 3*(1), 10.

Haldeman, S., Kopansky-Giles, D., Hurwitz, E. L., Hoy, D., Erwin, W. M., Dagenais, S., Kawchuk, G., Strömqvist, B. & Walsh, N. (2012). Advancements in the management of spine disorders. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 26*(2), 263–280. https://doi.org/10.1016/j.berh.2012.03.006

Hills, A. P., King, N. A. & Armstrong, T. P. (2007). The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of children and adolescents: implications for overweight and obesity. *Sports Medicine, 37*(6), 533–545.

Hurwitz, E. L., Morgenstern, H. & Chiao, C. (2005). Effects of recreational physical activity and back exercises on low back pain and psychological distress: findings from the UCLA Low Back Pain Study. *American Journal of Public Health, 95*(10), 1817–1824.

Kis, B. (2018). A testmozgás jelentősége az egészségi állapot megtartásában és fejlesztésében, valamint a betegségek megelőzésében. In Lippai, L. (szerk), *Testmozgás, aktív szabadidő-eltöltés és a holisztikus egészség: Egyetemi jegyzetsorozat.* Szegedi Tudományegyetem. 9–21.

Kistner, F., Fiebert, I., Roach, K. & Moore, J. (2013). Postural Compensations and Subjective Complaints Due to Backpack Loads and Wear Time in Schoolchildren. *Pediatric Physical Therapy, 25*(1), 15–24.

KSH (2021). *Testmozgás 2019*. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/testmozgas_2019/index.html#nttamunkjukatlvevgzkarnya

Lippai, L. (2018). A testmozgást, mint egészségmagatartást befolyásoló pszichológiai változók. In Lippai, L. (szerk), *Testmozgás, aktív szabadidő-eltöltés és a holisztikus egészség: Egyetemi jegyzetsorozat.* Szegedi Tudományegyetem. 22–29.

Mátó, V., Tarkó, K., Tóth, K., Nagymajtényi, L. & Paulik, E. (2016). Health Behaviour of Higher Education Employees – Value-Transmitting Conduct of Professionals to their Students. *Practice and Theory in Systems of Education, 11*(3), 162–173.

McCarthy, P. J., Jones, M. V. & Clark-Carter, D. (2008). Understanding Enjoyment in Youth Sport: A Developmental Perspective. *Psychology of Sport and Exercise, 9*(2), 142–156.

Nemzeti alaptanterv (2012). https://njt.hu/jogszabaly/2012-110-20-22

Országos Lakossági Egészségfelmérés (2006). *OLEF 2003 kutatási jelentés*. Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ.

Osváth, V. (2018). A testmozgás személyiségfejlesztő hatása: örömforrás és játék. In Lippai, L. (szerk), *Testmozgás, aktív szabadidő-eltöltés és a holisztikus egészség: Egyetemi jegyzetsorozat.* Szegedi Tudományegyetem. 31–37.

Pillastrini, P., Mugnai, R., Bertozzi, L., Costi, S., Curti, S., Mattioli, S. & Violante, F. S. (2009). Effectiveness of an at-work exercise program in the prevention and management of neck and low back complaints in nursery school teachers. *Industrial Health, 47*(4), 349–354. doi: 10.2486/indhealth.47.349.

Pósa, G., Gombár, Cs., Sohár, G. & Nagy, E. (2021). Stabil és instabil felületen végzett gyakorlatok eredményességének összehasonlító vizsgálata. *Fizioterápia, 30*(1), 10–16.

Shuai, J., Yue, P., Li, L., Liu, F. & Wang, S. (2014). Assessing the effects of an educational program for the prevention of work-related musculoskeletal disorders among school teachers. *BMC Public Health, 14*(1), 1211. DOI:10.1186/1471-2458-14-1211

Somhegyi, A. (2016). Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE): jelen helyzet. *Különleges Bánásmód, 2*(4), 61–80. DOI 10.18458/KB.2016.4.61.

Steele, E., Bialocerkowski, A. & Grimmer, K. (2003). The postural effects of load carriage on young people—a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorder, 4*(1), 12. DOI: 10.1186/1471-2474-4-12

Suchetha, P. S., Dhanesh Kumar, K. U. & Kovela, R. K. (2018). Back pack and postural changes! Impact of physiotherapist's awareness program on school going children. *International Journal of Creative Research Thoughts, 6*(2).

Tóthné Steinhausz, V. & Tóth, K. (2015). *Tudatos ülés gerinciskolája általános iskolásoknak: Az iskolai testnevelésben végzendő tartáskorrekciót kiegészítő gerinciskola*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar. 154.

Uchechukwu, A. E., Elom, N. E., Paulinus, C. I., Lazarus, E. E., Scholastica, O. & Uchenna, C. U. (2020). Awareness of Awkward Posture and Repetitive Motion as Ergonomic Factors Associated With Musculoskeletal Disorders by Health Promotion Professionals. *Global Journal of Health Science, Canadian Center of Science and Education, 12*(6), 128–128.

Yamamoto, N., Saeki, K. & Kurumatani, N. (2003). Work-Related Musculoskeletal Disorders and Associated Factors in Teachers of Physically and Intellectually Disabled Pupils. *Journal of Nara Medical Association*, *54*(2), 83–101.

Young, I., St Leger, L. & Buijs, G. (2013). *School health promotion: evidence for effective action*. Background paper SHE Factsheet 2.

World Health Organization (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979

Absztrakt

Ebben a tanulmányban egy rövid áttekintést szeretnénk nyújtani a rendszeres mozgás jelentőségéről, akár prevenciós, akár kuratív beavatkozásnak szánjuk az iskolai színtérben. Ezeken a falakon belül a felnőtt és a diák populáció is megjelenik, akár több generációt felvonultatva, így nagyon változatos képet adva, hogy az őket ért fizikai, lelki, szociális, környezeti és társadalmi hatások hogyan jelennek meg. A középpontban a krónikus, nem fertőző megbetegedések közül a mozgásszervi elváltozások elsődleges megelőzése és kezelése kerül tárgyalásra. A csont- és izomrendszeri elváltozások az egyik leggyakrabban előforduló problémák közé tartoznak a dolgozói populációban és a diákság körében is. Ezek hatást gyakorolnak a mindennapjainkra, az életminőségünkre. Általában egynél több testrész vagy szerv, szervrendszer érintett, és párhuzamosan több tényező játszik szerepet a kialakulásukban, ezért a megközelítésnek holisztikusnak és a lehető legkörültekintőbbnek kell lennie (Erick, 2022).

Kulcsszavak: pedagógusok, tanulók, gerinc, megelőzés

tanulmány

Nóbik Attila

MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, SZTE JGYPK Alkalmazott Társadalomismereti és Kisebbségpolitikai Intézet

Szempontok az iskolai egészségnevelés történetének értelmezéséhez

A tanulmány célja olyan szempontok bemutatása, amelyek szerepet játszottak az iskolai egészségnevelés kialakulásában és meggyökeresedésében. A modernizáció részfolyamatai közül témánk szempontjából az emberi test és psziché kontrollja iránt megnövekedett társadalmi, hatalmi igény az egyik legjellemzőbb. A testről és a pszichéről zajló társadalmi diskurzus, amelyet leginkább a higiéniai diskurzus kifejezéssel ír le a szakirodalom, egyre inkább az orvostudományok nyelvén zajlott. Általában véve is elmondható, hogy a társadalmi kérdések orvosi problémaként történő kezelése – a medikalizáció – a modern társadalmak egyik alapjelensége. Tanulmányunk utolsó részében pedig azt a folyamatot mutatjuk be, amelynek során a modern tömegoktatási rendszerek és a pedagógia a társadalmi problémák megoldásának kiemelkedő terepévé vált. A nyugati szakirodalomban pedagogizációnak nevezett jelenség adja annak magyarázatát, hogy a higiéniai diskurzus miért jelent meg iskolai keretek között.

A tömegoktatási rendszerek kialakulása a modern társadalmak létrejöttének egyik legfontosabb részfolyamata. A korábbi, töredezett, jellemzően az egyházak által fenntartott, a gyermekek nagy részét be nem csatornázó iskolák helyébe olyan rendszer jött létre, amelybe a népesség egésze bekapcsolódott, amelyet – főleg Kelet-Közép-Európában – az állam által hozott törvények szabályoznak, az állam hatóságai felügyelnek, és amelynek fenntartásában a közpénz játszik döntő szerepet (Halász, 2001).

A tömegoktatási rendszerek a modern társadalmak alapvető alrendszerei közé tartoznak, és számos olyan feladatot ellátnak, amelyek túlmutatnak az oktatás szorosan vett kötelezettségein. Már korai történetüktől kezdve ezek közé tartoznak az egészségneveléssel, egészségfejlesztéssel, iskola-egészségüggyel kapcsolatos feladatok is (Tigyi, 2011). Az egészségnevelés történetileg változó fogalom, amely szoros összefüggésben van az egyes korszakok egészségfelfogásával. A modern iskolarendszerek kialakulása a korábbi előzmények után a 19. században vett jelentősebb lendületet. Ahogy arra Meleg Csilla felhívja a figyelmet, az egészségfogalomban ekkor bekövetkező jelentős változások alapvetően formálták a frissen alakuló tömegoktatási rendszerek egészségneveléssel kapcsolatos feladatait:

> „Az egészségnevelés ettől az időszaktól kezdve elsősorban testneveléssel és közegészségüggyel kapcsolatos problémává szűkül, lelki nevelésről már alig esik szó az oktatásirányítás különböző szintjein. […] A mindent analizáló, szintézisben gondolkodni sem tudó szakemberek által törvénycikkekre és tantárgyakra bontott teljesség következménye az lesz, hogy az egészséges ember nevelése kikerül a nevelési-oktatási rendszer egészét érintő feladatok közül, és szakórákon megtanítandó tananyaggá transzformálódik." (Meleg, 2002. 12–13.)

A 20. században a fent jelzett változások folytatódása figyelhető meg.: egyrészt az egészségfogalom teljességének további szétesése, aminek következtében a lelki tartalmak háttérbe szorulnak, másrészt az egészségnevelésnek nevelési feladatból információátadási folyamattá történő átalakulása (Meleg, 2002).

Az iskolai egészségnevelés jelenlegi helyzetével és fent csak egy bekezdésben vázolt történetével több magyar publikáció is foglalkozott (Ackermanné, 2006; Karácsony, 2019; Sanda, 2016; Tigyi, 2011; Tigyiné, 2013), amelyek a részfolyamatokat alaposan körbejárták. Ezért jelen tanulmány célja, a tematikus szám részeként, néhány, a magyar szakirodalomban kevésbé említett olyan aspektus bemutatása, amely szerepet játszott az egészségnevelés (részben) iskolai feladattá válásában. Nem foglalkozunk ezért részletesen a modernitást megelőző időszak egészségfogalom-történetével, a premodern életvilágok gyakorlataival, de nem érintjük a kortárs egészség-értelmezéseket vagy az egészségnevelés jelenlegi helyzetét sem. Célunk tehát nem a téma teljességre törekvő bemutatása – ezt a terjedelmi korlátok nem is teszik lehetővé –, hanem néhány tendencia felvillantása.

Meglátásunk szerint az egészségnevelés iskolai megjelenése elválaszthatatlan a modern társadalmak és a modern tömegoktatási rendszerek létrejöttétől. Ezért a tanulmány első részében áttekintünk a modernitás fogalmával kapcsolatos néhány kérdést, majd a modernitás alapfolyamatai közül néhányat (pl. normalizáció, medikalizáció, pedagogizáció), amelyek szerepet játszottak az egészségnevelés iskolai feladattá válásában.

A modernitás mint az egészségnevelés értelmezési kerete

A tömegoktatási rendszerek kialakulása a modern nyugati társadalmak kialakulásának alapvető részfolyamata. A modernitás datálása nem egyértelmű a szakirodalomban. A talán legelterjedtebb felosztás szerint a 16. és 18. század közé eső időszakot koramodern időszaknak tekintik, míg a 18. századtól kezdődő időszakra használják a modern(itás) kifejezést. Más történészek még szűkebben, a francia forradalommal (1789) kezdődő és az I. világháborúval végződő „hosszú 19. század" szinonimájaként használják. Nem egyértelmű a modernitás végének datálása sem, tették már az I. vagy éppen a II. világháború utánra, de az 1990-es évekre is. A tanulmány szempontjából a modernitás időszakának a nyugati társadalmak 18., 19. és 20. századi időszakát tekintjük.[1] A datálásnál azonban a téma szempontjából lényegesebbek a modernitás mibenlétével foglalkozó kutatások.

A modernitás sokat kutatott, mégis nehezen megragadható fogalom (Lauzon, 2011). Az egyik lehetséges megközelítés szerint a modern társadalmak meghatározása a premodern társadalmakkal történő összehasonlítással történhet. Ha a modernt a világ leírására,

[1] A modernitás fogalma és időbelisége körül zajló nemzetközi és hazai szakirodalmi viták részletes ismertetése nem célja a tanulmánynak. Ezért csak utalunk a datálás és a fogalom körüli bizonytalanságra (ld. pl. Chakrabarty, 2011; Starn, 2002), a többszörös modernitásnak a magyar szakirodalomban még kevéssé reflektált problémájára (Eisenstadt, 2000; Wittrock, 2000), vagy éppen a térségünkben kiváltképpen releváns kérdésre, a szovjet típusú rendszerek és a modernizmus viszonyára (Arnason, 2000; Rainer M., 2012).

a premoderntől való megkülönböztetésre használjuk, akkor, általában, azokat a jellegzetességeket értjük alatta, amelyek az utóbbi néhány évszázadban váltak meghatározóvá. A modern Európában az emberek jobb körülmények között laknak, egészségesebbek és kevesebbet éheznek, ezért jóval tovább élnek. A falvak helyett jellemzően városokban, nagycsaládok helyett nukleáris családok élnek. Felettük a hatalmat a modern (jog)állam gyakorolja, amely a hatalomgyakorlás korábbi személyes jellegét felváltva, absztrakt szerveződésként jelenik meg. A modern állam a korábbihoz képest hatalmas létszámú, professzionális bürokráciát működtet, amely a polgárok életének kifinomult kontrolljára képes. A modern világ teremti meg az emberi és polgári jogok fogalmát, és biztosít fokozatosan hozzáférést egyre szélesebb rétegeknek a politikai hatalomgyakorlás különféle formáihoz. A modern világ felszámolja (vagy legalább erre törekszik) a különböző hátrányosan megkülönböztetett csoportokat (jobbágyok, rabszolgák, nők, zsidók, stb.) sújtó jogi megkülönböztetést.

Gazdasági értelemben a modernitás a mezőgazdaság háttérbe szorulását, az ipar és a szolgáltató szektorok meghatározó szerepét jelenti. Átalakulnak az emberek kommunikációs lehetőségei, a távolságok lerövidülnek, a hagyományos társadalmi kapcsolatok, a zárt apró közösségek világát fokozatosan felváltja az individuumok hálózata (Palmer és mtsai, 2002).

A modernitás nem csupán az anyagi struktúrában és az életkörülményekben jelent változást. Megváltozik az embereknek a térhez, az időhöz és saját testükhöz való viszonya, ezért pl. új életritmus és új tevékenységi formák nyernek teret. A modern világ jórészt szakít a korábbi gondolkodási struktúrákkal, a korábbi világmagyarázatok helyére egy racionális, a (természet)tudományok eredményeivel igazolt világmagyarázatot állít (Németh, 2004).

Mindezeken felül, sajátos jelenségként, a modern világ kiváló terepet nyújt a modernséggel való szembefordulásra, az annak létét végigkísérő kételyek megjelenésére is. Bár a modernitás lassan, sem térben, sem időben nem egyenletesen kialakuló jelenség, az európai modernitás mintái ma mindenhol megtalálhatók, és átformálták a hagyományos élettereket, életformákat és gondolkodásmódot. A modern Európa államai korábban nem elképzelhető belső és külső hatalomra tettek szert, amely a gyarmatbirodalmak kialakításával érte el csúcspontját. Azóta Európa szerepe hanyatlóban van, nem utolsósorban a modernitás sikeres exportja miatt: az Egyesült Államok, majd más országok is sikeresebbnek bizonyultak a modern fejlődés kiaknázásában, így mára a modernitás globálissá vált. Meg kell azonban említeni, hogy az utóbbi évtizedekben felerősödött a modernitás (számos esetben erőszakos) exportjának, a nyugatosításnak (*westernization*) a kritikája, a modernizáció és a nyugatosodás többféle útjának bemutatása (Palmer és mtsai, 2002)

Ettől eltérő, az előzővel nem ellentétes lehetséges megközelítés a modernitást ideológiaként értelmezi, amelyben a szabadság és haladás eszméje központi szerepet játszik. A modernitás mint ideológia gyökereit a reneszánszban és a reformációban látja, de formába öntésének idejét a 18. századra, a felvilágosodás időszakára teszi:

> „A felvilágosodás azon a hitvalláson alapul, hogy – ahogy azt végül az Amerikai Függetlenségi Nyilatkozat megfogalmazta – minden ember szabadnak születik és egyenlően van a Teremtő által ésszel és lelkiismerettel felruházva, s hogy mindenkinek joga van az élethez, a szabadsághoz és saját boldogulása kereséséhez. Ez a hitvallás ellentmondott minden hagyományos társadalom credójának, nevezetesen annak, hogy az egyik ember szabadnak születik, a másik rabszolgának, az egyik nemes úrnak, a másik városi polgárnak, a harmadik jobbágynak vagy szolgának." (Heller, 2005. 14.)

A haladásban való hitet a tudomány és a technika fejlődése táplálta, amelynek kumulatív volta éltette a reményeket, hogy a világban összességében csökken az emberek kiszolgáltatottsága, növekszik az életszínvonal, kevesebb az egyenlőtlenség és lehetséges egy „jobb világ" felépítése. Ez az elképzelés magában foglalja azt a hitet is, hogy a modern világ értékesebb és jobb, nem csupán a régi, premodern időszaknál, hanem annak a jelenben továbbélő maradványainál, vagy éppen a „primitív" társadalmaknál. Ezért a modernitás terjesztése a modern társadalmak és modern társadalmi osztályok, elsősorban a középosztály erkölcsi kötelessége.

A modernitás fent csak vázlatosan említett jellegzetességei jelölik ki azokat az alapvető kereteket, amelyeken belül a modern társadalmaknak az egészséghez, az iskolázáshoz és az egészségneveléshez fűződő elképzelései alakultak.

A modernitás és a test

A modernitás ideológiája jelentősen átalakította a nyugati embernek a testhez és a pszichéhez fűződő viszonyát. Itt csak utalunk rá, hogy a test, a lélek és az elme viszonya a modern filozófia, a biológiatudomány, az orvostudomány, a pszichológia és több másik tudomány egyik központi problémája.

A testről való gondolkodás történetének részletes ismertetése meghaladná a tanulmány kereteit, ugyanakkor érdemes megjegyezni, hogy a test és az elme fogalmának átalakulása jelentős hatást gyakorolt nem csupán általában a filozófia fejlődésére, hanem az egészség fogalmának változásaira is. Az európai kultúra testhez és egészséghez való viszonyának egyik forrása az antik örökség. A görögség számára az ép és egészséges test kiemelt fontossággal bírt. Nagy hangsúlyt fektettek az egészség megőrzésére, és a gyógyító hagyománynak számos eleme fakadt a görög orvoslás és filozófia olyan képviselőitől, mint például Hippokratész vagy Arisztotelész. A római hagyomány számára is kiemelt fontosságú volt a test edzése, noha olyan testkultuszról, mint a görögség esetén, nem beszélhetünk. A keresztény hagyományban a lélek és a test működése szervesen összekapcsolódott, elképzelésük szerint a test csak a lélek harmonikus működése esetén működhetett egészségesen. A fogyatékosságra például sokszor úgy tekintettek, mint isteni büntetésre valamely bűnös cselekedetért. Ugyanakkor a lélek fontosságát hangsúlyozták a test felett, a test „szenvedése" számos esetben a lélek megtisztulását szolgálta. A világi kultúrában (lovagi kultúra) azonban megjelent a testedzés fontossága is. A keresztény felfogás mellett érintőlegesen meg kell említeni az iszlám hatását is, amely egyrészt az ókori orvosi irodalom átmentésével és újragondolásával, másrészt holisztikus egészségszemléletével jelentős hatást gyakorolt a nyugati kultúra egészségfogalmának alakulására. A középkor végén bekövetkező változások, a reneszánsz és a humanizmus okozta szemléletbeli átalakulás, a nagy járványok tapasztalatai, az orvostudományok fejlődése, a könyvnyomtatás megjelenése mind megtermékenyítőleg hatottak a testről és az egészségről zajló diskurzusokra. A koramodern kor egyre inkább „felfedezte" és szabályok közé szorította a testhasználatot (Benkő, 2019; Kéri, 2007).

A modern társadalmaknak a testhez való viszonya átalakulásának egyik fontos vonulata a test természetének újragondolása volt. A 18. századi kartéziánus elképzelés még gépként írja le az emberi testet: „itt van a testrészeknek ez az egész gépezete, amelyet még a tetemben is megszemlélhetünk, és amelyet a »test« elnevezéssel illettem." Descartes szerepe az elméről való gondolkodás szempontjából is fontos. A test és az elme dualitását hangsúlyozta: „…ez az én, azaz a lélek, amely által az vagyok, ami vagyok, teljességgel különbözik a testtől, sőt: könnyebben is lehet megismerni, mint a testet, s ég akkor is egészen az volna, ami, ha a test nem léteznék" (Descartes, 1993. 43.).

Noha ezek az gondolatok jelentős továbblépésnek számítottak a középkor, vagy éppen a kora újkor testképéhez képest, már a 18. században jónéhányan eltávolodtak ettől az elképzeléstől. A test-elme dualitásának kérdése ugyanakkor, ahogy erre még utalunk később, a modern korban is folyamatosan felbukkant.

Az orvostudomány fejlődésével, a neurológiai vizsgálatok megjelenésével az emberi testet már nem a technikai, hanem a biológiai paradigma felől közelítették meg. Az emberi test anatómiájának részletes feltárása, a testben zajló biológiai folyamatok korábbinál jóval pontosabb megismerése azzal az ígérettel párosult, hogy lehetséges minden emberi létfolyamat pusztán biológiai magyarázattal történő leírása. A 18. század végétől a keresztény antropológián alapuló testkép átadta a helyét a modern természettudományos világnézetnek és a tudományos beszédmódnak.

Ráadásul az orvostudomány mellett a természettudományok más ágai – elsősorban a biológia – tovább erősítették az emberi test működésének biológiai magyarázatait. A társadalomtudományok felől érkező evolúció elmélete tudományos magyarázatot jelentett az emberi faj eredetére. A folyamat részleteinek megértését pedig majd a genetika tette lehetővé. Azt is érdemes megemlíteni, hogy ezek az új fejlemények ágyaztak meg a századvég és századelő olyan mozgalmainak is, mint a szociáldarwinizmus vagy az eugenika.

A modern korban tehát egyre meghatározóbbá vált a gondolat, hogy lehetséges a test és az elme tudományos szempontból alapértelmezett, „normális" működésének leírása. E szerint a naturalista megközelítés szerint az abnormális működés tulajdonképpen biológiai diszfunkció (Chadwick, 2017).

A modern kor egészség- és betegségfelfogása éppen ezen a biomedikális modellen alapult. Ezt a felfogást majd a 20. században érik erős kihívások. Egyrészt az egészség biokulturális megközelítésének megjelenésével, másrészt annak felismerésével, hogy az egyes testi és mentális betegségek nem kizárólagosan a modern életforma következményei, de kulturálisan lehorgonyzottak is, értelmezésükhöz a nyugati modern társadalmak tudományos beszédmódja szükséges (Sharf és Vanderford, 2003).

A fent bemutatott folyamatok jól nyomon követhetők magának az egészségfogalomnak a történetében is. Az egészségmegközelítéseket összefoglaló tanulmányában Benkő Zsuzsanna hangsúlyozza, hogy a 19. század végéig, a 20 század elejéig „az egészség megítélésében a fizikai, lelki és szűkebb-tágabb társadalmi összefüggések összetartozásában lényeges változás nem történt" (Benkő, 2019. 19.). Az ezután kialakuló biomedicinális, majd pszichoszociális modell szintéziseként létrejövő biopszichoszociális modell már arra törekedett, hogy a betegségeket és azok megelőzését biológiai, pszichológiai és szociális tényezők együtteseként értelmezze. Az alapvetően a betegség fogalmából kiinduló egészségfogalmak a 20 században fokozatosan adták át helyüket az egészséget központba helyező modelleknek és az egészségfejlesztés megjelenésének. (A folyamat részletes elemzésére ld. Benkő, 2019.)

A test és a testhasználat azonban nem csak az elméletalkotók számára vált fontossá, hanem – ennek egyes részleteit később bemutatjuk – az ekkoriban formálódó modern államok számára is. Ennek egy példája a test nevelése és a háborúskodás, amely az emberiség történetében szorosan összekapcsolódott. Ugyanakkor a professzionalizálódó hadseregek támasztotta igény formálta az iskolai testnevelés megjelenését és tartalmát is (Szikora, 2004). „A 19. századi Európában, különösen annak második felében, a tömeghadseregek elterjedését követően az iskolai és az iskolán kívüli testi nevelés egyik célját a katonai szolgálatra való előkészítésben látták." (Tangl, 2017. 45.)

De a modern társadalmak „testkultuszának" jeleként lehetne említeni a tömegsportot vagy az olimpiai mozgalmakat, a testedzés népszerűségét, vagy éppen a testtel kapcsolatos nem nyugati ismeretek (pl. keleti orvoslás vagy akár a jóga) fokozatos beépülését a nyugati kultúra ismeretvilágába.

A modern társadalmak tehát egyre többet tudásra tettek szert a test és az elme vagy éppen a lélek működéséről, ami jelentős társadalmi szereplővé tette az egészséggel foglalkozó szakembereket, és kiemelt társadalmi feladattá az egészséges életmód terjesztését, valamint a betegségek legyőzését. Az egészség felértékelődése a modern társadalmak alapjelensége. Ám mielőtt erről esne szó, érdemes jelezni, hogy a „normális", egészséges testi működés elterjesztésének programja egy tágabb társadalmi kontextusba, a testhasználat normalizálására irányuló törekvésekbe illeszkedik.

Norma, normalitás és abnormalitás a modern társadalmakban

A modern társadalmak egyik jellegzetessége a testhasználat normalizálása, a test használata hatékonyságának növelésére irányuló törekvés. Kutatások arra hívják fel a figyelmet, hogy a test felfedezése nem a modern, hanem a koramodern időszakban kezdődött. Itt kell utalni Norbert Elias alapművére, amely a civilizáltság (magyar fordításban civilizáció) kialakulását és történetét kutatta. Elias megmutatta, hogy a test szabályozására irányuló törekvések először a magánszférában (pl. étkezés) jelennek meg, és képezik egy új ideológia, a civilizáltság alapját. A civilizált embert a nyilvános térben a visszafogott, szabályozott testhasználat jellemzi (Elias, 1987).

Ez a civilizáltság-fogalom „lefelé szivárgó", és akkor lesz a modernitás ideológiája, amikor annak vezető társadalmi rétege, a polgári középosztály magáévá teszi. A normalizálás tehát nem újkori találmány, az új fejlemény, hogy a hatalom is felfedezi magának a testet, és hatékony technikákat hoz létre a társadalmi kontrollhoz. Ez a megközelítés közvetlen kapcsolatot jelenthet Foucault munkásságához.

Michel Foucault elemzésiben megmutatta, hogy a 18. és 19. század folyamán az állampolgárok feletti állami ellenőrzés minden területen felerősödött és egyre kifinomultabb lett. A fegyelmezés nem új jelenség, mondja, de új formákkal és új tartalommal töltődik meg, a testet már nem tömegként, hanem részleteiben kezeli, valamint

> „megszakítatlan, állandó kényszerítést von maga után, mely a tevékenység folyamataira ügyel inkább és nem az eredményére, s olyan törvényalkotás szerint gyakorlódik, amely a legszorosabb hálóba foglalja az időt, a teret és a mozgást. A test működésének tüzetes ellenőrzését lehetővé tevő módszereket, amelyek erőinek állandó alávetettségét biztosítják, s rákényszerítik az engedelmesség-hasznosság viszonyát, »fegyelmezésnek« hívják." (Foucault, 1990. 188–189.)

Foucault azonban nemcsak a test, hanem az elme fegyelmezése történetének is jelentős figyelmet szentelt. A bolondság történetéről szóló munkájában részletesen elemzi azt a folyamatot, amelynek során a mentális betegségekkel, problémákkal élők a társadalom kirekesztettjeivé válnak. Ellentmondásos folyamat ez, mert egyszerre van jelen benne a nagyobb figyelem, az odafordulás gesztusa és az „abnormálisak" társadalmi kirekesztése. Az új érzékenység ideológiája mögött ugyanis az abnormálisak elkülönítésének erőteljes megvalósítása húzódott. Ahogy az értelmifogyatékosság-képről alkotott könyvében Magyar Adél felhívja rá a figyelmet, ez az elidegenítés a közgondolkodás szerves részévé vált. „A hatalom által befolyásolt közgondolkodás tehát a számára zavaró, valamilyen szempontból az átlagtól, a normától eltérő, másságot hordozó személyekből »idegeneket« teremt, akiket azután stigmatizálhat, majd kirekeszthet és elzárhat az erre a célra létesített intézményekbe. Mindezt azért, hogy a polgárok ideális társadalmát megtisztítsa tőlük." (Magyar, 2019. 85.) Foucault végkövetkeztetése szerint a 18. században az emberek élete a norma felügyelete alá került (Felber, 2007).

Ez a gondolat jelenik meg abban, hogy a modern társadalmak a testet olyan személyes „tulajdonnak" tekintették, amely a személyes egészséges, a normális működésen keresztül közösségi, társadalmi célokat szolgál. A normális, egészséges testhasználat ugyanis nem csupán, vagy nem elsősorban az egyén boldogulását szolgálja, hanem társadalmi haszna van. Ez az érvelés jelenik meg a korszak számos higiénés mozgalma mögött.

Csak egy példát röviden említve, ilyen az iskolákban is vívott alkoholellenes harc is. Az antialkoholista mozgalmak története és kapcsolódásuk az iskolarendszerhez a nemzetközi szakirodalomban részletesen feltárt (pl. Giles, 1991; Lender, 1977; Mold, 2016; Zimmerman, 1999), Magyarországon viszont kevésbé kutatott terület. A Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium több rendeletet is kiadott, amely kötelezte a tanítókat az alkoholizmus, különösen a pálinkaivás elleni harcra, például felvilágosító előadások tartására. Az 1880-as évektől különösen megélénkült az érdeklődés a téma iránt, a minisztérium által kiadott *Néptanítók Lapjá*ban rendszeresen közölt írásokat az alkoholizmus (iszákosság) mint népbetegség témakörében. Ezek rendszerint az iszákosság társadalmi kárait említik fel.

Mi sem mutatja jobban, hogy a téma később sem vesztett jelentőségéből, mint hogy a két világháború közötti népiskolai értesítő könyvecskék – mai szóval bizonyítványok – számos esetben tartalmaztak az egészséges életvitelre vonatkozó „szükséges tudnivalók"-at. Ezekben az alkoholizmus hatásai mellett felhívják a figyelmet a rendszeres tisztálkodás, a helyes táplálkozás, az orvostudomány alkalmazásának fontosságára. A tudnivalók sztenderd szövege az alkoholizmus társadalmi következményeire is utalt. Majd a szöveg zárásaként megállapította, hogy „Csak józan és erkölcsös élet teszi boldoggá az embert! Csak ép elméjű és munkabíró polgárok teszik boldoggá a hazát!"

Az újkorban kialakuló tudományok közül a normális testműködés leírására elsősorban az orvostudomány vállalkozott. A leírásból táplálkozó és abból a 18-19. században kibontakozó, a fenti, antialkoholista mozgalom kapcsán is érzékelhető ún. higiéniai diskurzus a modern társadalmak egyik meghatározó diskurzusává vált (Sarasin, 2007). A higiéniai diskurzus fontosságát hangsúlyozta Németh András is, a higiéniai mozgalom kibontakozását a felvilágosodás korszakára datálva. A higiéniai diskurzus egyszerre törekszik az emberi test és materiális környezete viszonyának leírására, illetve azok szabályozásának meghatározására. Éppen ezért a higiéniai diskurzus érdeklődése számos gyakorlati és elméleti területet foglalt magába. „A 19. század higiénikusainak tudásterébe beletartozott minden olyan környezeti tényező, amely kapcsolatban van az egészség és a betegség különböző vonatkozásaival." (Németh, 2013. 110.)

Ki kell azonban emelni, hogy a higiénia a kortársak számára nem csupán a testi, hanem a mentális higiéniát is jelentette. Ez két jelentősebb következménnyel járt.

Egyrészt létrejöttek azok a tudományok, amelyek a természettudományos paradigma beszédmódjával próbálták értelmezni a mentális folyamatokat és a mentális problémákat. A tudományok közül az egyre professzionálisabbá váló pszichológia vállalta a lélek működésének leírását, az ezzel kapcsolatos tudományos és közbeszéd normalizálását. Az orvostudomány felé orientálódó pszichiátria különböző területei pedig a mentális működés és a mentális zavarok orvosi kezelésére vállalkoztak, beemelve ezeket a területeket a hagyományos orvostudomány sáncai mögé. Mindkét tudományágra, de főleg a pszichiátriára igaz, hogy azokon a területeken ért el gyors sikereket, ahol a normális és abnormális működés élesen elkülönül egymástól. A pszichiátria működése mára jelentős mértékben eltávolodott az elmegyógyintézetek és kórházak világától, és olyan enyhébb mentális eltérések és zavarok kezelésével (is) foglalkozik, ahol sokkal inkább elmosódik a határ az abnormális működés és az emberi faj természetes varianciája között. Az mindenképpen jól látható, hogy az az elképzelés, hogy mentális zavarok és betegségek objektív módon léteznek, mára elfogadottá vált és beépült a mindennapi társadalmi gyakorlatunkba. Erre egy kiragadott példa lehet a jogrendszer, ahol a bűnelkövetők megítélése és a rájuk

kiszabott büntetés nagymértékben függ az elkövető mentális állapotától. (Wakefield, 2017).

Másrészt a 19-20. században számos fogyatékosságtípus és mentális zavar, betegség biológiai alapjait sikerült kimutatni. Ezek az eredmények azzal kecsegtettek, hogy minden mentális „abnormalitást" sikerülhet a biomedicinális modell keretében meghatározni. Néhány zavar azonban nem ilyen könnyen leírható, hiszen elsősorban a társadalmi és nem a biológiai működésben okoz problémákat. Ezért a téma szakértői a fentiekkel összefüggésben időről időre felvetik a test és a lélek dualitásának vagy egységének korábban már említett kérdését (Wakefield, 2017).

Összességében azonban a szakirodalom egyetért abban, hogy a pszichológia alapvetően a normalitás koncepciója szerint működik. A norma jelentheti a már említett foucault-i megközelítést, de tudományos szempontból számos esetben a populáció leggyakrabban előforduló tulajdonságát értik alatta. A pszichológia pont a normalizálás miatt hozzájárulhat a társadalmi minták és az egyenlőtlenségek fenntartásához, vagy megalapozhatja bizonyos társadalmi csoportok kizárását, elnyomását (Furtado és mtsai, 2018). Itt talán elég arra utalni, hogy több, ma már az emberi társadalomban természetesen előfordulónak tekintett állapotot korábban mentális betegségként írtak le és kezeltek.

A fenti folyamatok kritikai megközelítése azonban folyamatosan jelen van a modern társadalmak és a modern életmód kritikájában. Az életreform-mozgalmak gazdag nemzetközi és hazai szakirodalma alaposan feltárta, hogy a század utolsó harmadában kibontakozó, a modern társadalmak életformájának visszásságait kritizáló ellenkulturális mozgalmak törekvéseinek egyik fontos szándéka volt, hogy az embernek a saját testével és elméjével a modernitás által megbontott, korábban fennálló harmonikus viszonyát helyreállítsa. A test felszabadításának gondolata húzódik meg az életreform-mozgalmak olyan törekvései mögött, mint pl. a természetgyógyászat, az új testkulturális mozgalmak, az étkezési reformok vagy éppen a nudizmus (R. Németh, 2013).

A tudományok közül az egyre professzionálisabbá váló pszichológia vállalta a lélek működésének leírását, az ezzel kapcsolatos tudományos és közbeszéd normalizálását. Az orvostudomány felé orientálódó pszichiátria különböző területei pedig a mentális működés és a mentális zavarok orvosi kezelésére vállalkoztak, beemelve ezeket a területeket a hagyományos orvostudomány sáncai mögé. Mindkét tudományágra, de főleg a pszichiátriára igaz, hogy azokon a területeken ért el gyors sikereket, ahol a normális és abnormális működés élesen elkülönül egymástól. A pszichiátria működése mára jelentős mértékben eltávolodott az elmegyógyintézetek és kórházak világától, és olyan enyhébb mentális eltérések és zavarok kezelésével (is) foglalkozik, ahol sokkal inkább elmosódik a határ az abnormális működés és az emberi faj természetes varianciája között.

A fenti vázlatos áttekintésből is látható, hogy a modern társadalmakban a test, a mentális működés, az egészség és a betegség fogalma központi szerepet játszik. Természetesen meg kell említeni, hogy az orvosok és az orvoslás nem modern kori jelenségek, hanem végigkísérik az emberiség történetét. Az orvoslástörténet áttekintése meghaladná a tanulmány kereteit (a magyar vonatkozások összefoglalására ld. Krász, 2015), ezért itt

azt emeljük ki, hogy a modernitásban bekövetkező változások (pl. az egészségfogalom változásai, az orvosi hivatás professzionalizációja) nyomán az ezen a területen dolgozó szakemberek a társadalmak jelentős presztízzsel bíró szereplői, akiknek tevékenysége alapvetően határozza meg azok működését.

A medikalizáció mint a modernitás alapjelensége

Az előző fejezetben vázlatosan áttekintett mozzanatok egyik következménye, hogy a modern társadalmak hajlamosak számos társadalmi problémát elsősorban egészségügyi problémaként értelmezni és kezelni. Ennek a jelenségnek a leírására a szakirodalom a medikalizáció kifejezést használja (Correia, 2017; Harwood és McMahon, 2014). A kifejezés korábbi előzmények után a ’60-as évek végétől jelent meg erőteljesebben a társadalomtudományi kutatásokban (Frawley, 2015).

Irving Zola szerint a medikalizáció az a folyamat, amelynek során a mindennapi élet egyre nagyobb része került orvosi uralom, befolyás és felügyelet alá (Zola, 1972). Hasonló tartalommal, de némiképp másképpen megfogalmazva, „a ’medikalizáció’ azt a folyamatot írja le, amelynek révén nem-medikális problémák medikálissá minősülnek át” (Conrad, 2007. 4., idézi Bánfalvi, 2009. 25.).

A folyamat eredményeképpen a nonkonformista, abnormális viselkedés és testhasználat leírása és kezelése egyre inkább kikerül az azt korábban meghatározó egyház kezéből, és az orvostudomány fogalomkészletével definiálják. Egyúttal ezek kezelése is egyre inkább az orvosi eszközökkel, például gyógyszerekkel történik. Meg kell említeni, hogy a fogalmat már kialakulásától kritikai konnotációval használták (pl. Illich, 1976). Van azonban olyan kutató, aki felhívja a figyelmet arra, hogy a megalapozott medikalizációnak lehetnek pozitív hatásai (pl. bizonyíték-alapú orvoslás, az egészségtudatosság növekedése, bizonyos betegségek destigmatizálása, stb.), amelyek miatt érdemes lehet a jelenséget elkülöníteni a túlmedikalizálástól (*over-medicalization*) (Kaczmarek, 2019).

Foucault munkássága (Foucault, 2004) a medikalizáció jelenségének megértéséhez is fontos adalékokkal szolgál. Foucault amellett érvel, hogy a modern korszakban az államok a testhasználat, a testápolás, a test egészsége és a betegség területét az állami beavatkozás helyénvaló terepeként látták. Érvelése szerint egyfajta „szomatokrácia” jött létre, amelyben – korábbi gyökerekre építve – az orvosok egyre inkább kiterjesztették hatásukat és hatalmukat a személyes egészség és a betegség területén kívül álló dolgokba, fontos szerepet játszva a norma és a normalitás fogalmának meghatározásában.

1720 és 1750 közé teszi azt az időszakot, amikor az orvostudomány kiszabadult a középkor óta tartó stagnálásából, és a beteg embereken és a betegségek biológiai okain kívül elkezdett más területek iránt is érdeklődni, és gyógyító jellegű területből társadalmivá vált. Négy olyan kulcsfolyamatot azonosít, amely segített az orvostudomány kiemelt társadalmi szerepének megalapozásában: (1) Az orvosi tekintély megjelenése, amely olyan társadalmi tekintély, amely lehetővé tette, hogy az orvosok egy várost, egy körzetet, egy intézményt vagy egy rendeletet érintő döntéseket hozhattak. (2) A 18. századtól az orvostudományi kompetencia területévé váltak olyan, a betegségektől elkülönülő területek, mint az építkezések, a levegőminőség, a víz vagy a csatornázás. (3) Az orvoslás központi intézményének, a kórháznak a megjelenése. Korábban a kórház, érvel Foucault, nem a gyógyítás, hanem a halálra váró szegények megsegítésének intézménye volt. (4) Az orvosi adminisztráció bevezetése, mint például az adatok rögzítése, statisztikák gyűjtése és összehasonlítása (Foucault, 2004). Ezek a folyamatok együttesen eredményezték az orvosok társadalmi súlyának, a társadalmi problémák iránti felelősségüknek és az azok kezelésében játszott szerepüknek a megerősödését.

Bánfalvi Attila összegzése szerint a medikalizáció folyamatának számos mozgatórugóját megemlíti a szakirodalom. Egyik ilyen motívum lehet az orvosok szakmai dominanciája kiterjesztésének és megerősítésének szándéka. Egyes kutatók szerint a medikalizáció az orvosok válasza az indusztrializációra és a bürokratizációra. Más kutatók az egészségipar kapitalista érdekei és a gyógyszerekkel függőségbe kényszerített társadalmi rétegek harcaként írják le. A feminista elemzés arra a szerepre hívja fel a figyelmet, amelyet a medikalizáció játszik a női testnek és életvitelnek a patriarchális társadalmi rend fennmaradása érdekében történő szabályozásában. Vannak továbbá olyanok, akik a modern társadalmakra jellemző normalizáció részfolyamatának tekintik. Ők a medikalizációt a „nyílt erőszakot helyettesítő, morálisán szabályozott konformitás, az emberi testtel kapcsolatos anatomo-politika és a népesség feletti biopolitika egyik meghatározó aspektusaként írjak le" (Bánfalvi, 2009. 25–26.).

A Bánfalvi által is említett módon a medikalizáció jelenségét lehet értelmezni a professzionalizáció folyamata felől. A professzióelméletekről és a hazai professziótörténeti kutatásokról több alapos magyar nyelvű összefoglaló is született (pl. Garai, 2020; Halmos és Szívós, 2010; Kleisz, 2002; Magos, 2017), így most csak utalunk rá, hogy a modern hivatások kialakulása a modern társadalmak kialakulásának egyik alapjelensége.

Szintén csak megemlítjük, hogy az orvosi hivatás mind az angolszász területeken, mind a kontinentális Európában a legkorábban professzionalizálódó hivatások közé tartozott. Kelet-Közép-Európában a felvilágosult abszolutista kormányzatok intézkedéseihez kapcsolható a modern, professzionális orvosi hivatások kialakulásának kezdete. Fontos lépésnek tekinthető a kvalifikáció szabályozása, állami felügyelet alá vonása, vagy éppen a korábbi céhrendszer felszámolása. Ennek jó példája, hogy 1760-ban Mária Terézia elrendelte, hogy az orvosi céhekbe minden orvosi diplomával rendelkezőt fel kell venni (Kovács M., 2001. 29., a folyamat részletesebb bemutatására ld. Vári, 2010).

Minden hivatás igyekszik az általa gyakorolni kívánt tevékenységterületek monopolizálására. Teszi ezt a professzió fogalmának meghatározásával, a képzés megkövetelésével és szigorításával, a hivatás tudományos hátterének megalapozásával és fejlesztésével. Minden professziónak célja kizárni működési területéről a kontárokat és laikusokat, akik veszélyeztetik a hivatás monopóliumait.

A monopolizáció indítékát többféleképpen lehet értelmezni. A professzionalizációval kapcsolatos kutatások egyik elsődleges célja volt a hivatások közös tulajdonságainak jellemzése. Ezeket a definíciós törekvéseket összegezve Peter D. John az alábbi közös tulajdonságlistát állította össze: empirikus technikákon és elméleti komplexitáson alapuló tudás; a tudás magas szintű használata hosszú képzési periódusokat kíván, és a képzések jellemzően egyetemiek; a specializált képzést úgy tervezik meg, hogy egyszerre felszereljen az adott professzió kultúrájával és szimbólumaival, és szocializáljon is azokba; tevékenységek, amelyek természetüknél fogva értékesek a társadalom számára, és relevánsak kulcsfontosságú társadalmi és emberi értékek szempontjából; a tagokat a kliensek jólléte motiválja; a tagok hosszútávú elkötelezettséget mutatnak a professzió és a folyamatos önfejlesztés irányába; a tevékenységek végrehajtására nagyfokú autonómia jellemző, és a professziót jól fejlett etikai normarendszer vezérli, amely irányítja a gyakorlatot, és definiálja a professziók értékeit (John, 2008).

Ebből a megközelítésből a medikalizáció pozitív olvasata következik. Az orvosi szakma és a medikalizáció a kliensek érdekeit szolgálja. Valóban nem lehet tagadni, hogy az orvosok gyógyítási monopóliumának kialakulása, a közegészségügy kiépülése, vagy éppen az egészségnevelés és az egészségfejlesztés gyakorlatának elterjedése jelentősen növelte a modern társadalmak emberének életminőségét és élettartamát. A korábban gyógyíthatatlannak számító betegségek legyőzése, a járványok elleni hatékonyabb védekezés, az emberi működés jobb megértése és az erre alapuló modern gyógyszeripar és gyógyászat azt eredményezte, hogy a modern társadalmakban az egészséges lét vált

az alapértelmezett, vagy legalábbis az elvárt állapottá.

A monopolizációs törekvéseket lehet azonban negatívan is értelmezni, és ez közelebb áll a medikalizáció szokásos értelmezéséhez. Ahogy a medikalizáció bemutatása kapcsán láthattuk, a negatív értelmezés szerint a medikalizáció célja a kliensek jóléte szolgálatának álcája mögött tulajdonképpen a modern orvoslás és a modern gyógyszeripar iránti erősebb függés kialakítása.

A kompetenciatöbblet és a monopólium kérdése felvethet egy ma még kevéssé vizsgált kérdést is. Az iskolai egészségnevelés két hivatás határterületén helyezkedik el: az egészségügyi kérdésekben monopóliumot kialakítani igyekvő orvosok, valamint a nevelés és oktatás területén ugyanerre törekvő pedagógusok között. Mindkét hivatás joggal tarthatná a másikat a saját területére tévedőnek, ami potenciálisan érdekkonfliktusokhoz vezethet közöttük. Az esetleges konfliktusok hazai történetének részletes feltárása még várat magára. Mindenesetre, mivel az iskolai egészségnevelés nyelvezete és jellege elsősorban medikális, annak megjelenése az orvosok sikeres térhódításának tekinthető az iskolai, pedagógiai praxis területén.

A medikalizáció és az iskola, vagy tágabban az oktatási rendszer kapcsolatával a nemzetközi szakirodalom részletesebben foglalkozott (Harwood és McMahon, 2014; Petrina, 2006). Itt a kapcsolatból csupán három elemet emelek ki. Egyrészt maga az iskola a társadalom egyik olyan szereplője, amely a medikalizált társadalmi közbeszédet közvetíti. Az iskolai oktatás tartalma számos formában foglal magában egészséggel és betegséggel, normálissal és abnormálissal kapcsolatos tartalmakat, akár az írott, akár a rejtett tanterv részeként. A korábban említett higiéniai diskurzus nyelvezete szükségképpen medikális, és ez a nyelvezet erőteljesen jelen van az iskolai egészségnevelés történetében is.

A medikalizáció és az iskola, vagy tágabban az oktatási rendszer kapcsolatával a nemzetközi szakirodalom részletesebben foglalkozott (Harwood és McMahon, 2014; Petrina, 2006). Itt a kapcsolatból csupán három elemet emelek ki. Egyrészt maga az iskola a társadalom egyik olyan szereplője, amely a medikalizált társadalmi közbeszédet közvetíti. Az iskolai oktatás tartalma számos formában foglal magában egészséggel és betegséggel, normálissal és abnormálissal kapcsolatos tartalmakat, akár az írott, akár a rejtett tanterv részeként. A korábban említett higiéniai diskurzus nyelvezete szükségképpen medikális, és ez a nyelvezet erőteljesen jelen van az iskolai egészségnevelés történetében is.

Másrészt fontos, hogy a modern társadalmak hajlamosak néhány, korábban pedagógiainak tekintett problémát medikális problémaként kezelni. Tipikusan ilyen területnek tekinthetők az iskolai viselkedési problémák. Ezek olyan sajátos problémák, amelyeket az iskolarendszer kiépülése és az iskolakötelezettség hoz létre. Az iskola mint intézmény nem az emberi faj természetes közege, az ahhoz történő adaptáció számos gyermek számára jelent komoly kihívást. Ezt a problémát korábban pedagógiai természetűnek tekintették, és kezelését az eredményes pedagógusi működés körébe utalták. Ez történhetett fegyelmezéssel éppúgy, mint jutalmazással, motiválással, egyéni tanulás támogatásával vagy éppen színes, érdekes módszertan alkalmazásával. Mára ezeknek a viselkedési problémáknak a kezelése sok esetben rutinszerűen medikális módon, gyógyszerekkel történik.

A harmadik, most csak érintőlegesen említett következmény a pedagógiai kutatások „medikalizációja" (Tröhler, 2015). Tanulmányában Daniel Tröhler szemléletesen mutatja meg, hogy az utóbbi évtizedek pedagógiai kutatásai milyen sokat merítettek az orvostudományi kutatásokból: egyrészt befolyásolták, hogy mit tekintünk megbízható és érvényes kutatásnak, másrészt a nagymintás, empirikus kutatásokat tette elfogadottá, harmadrészt elsősorban a beavatkozás sikere, mintsem a betegség kiváltó oka érdekli.

Az iskola és a társadalmi problémák

Már a medikalizáció kapcsán érintettük, hogy a modern társadalmakban az iskola fontos szerepet játszik a társadalmi problémák kezelésében. A jelenség azonban messze túlmutat a fent bemutatott területeken.

A tömegoktatási rendszerek a modern társadalmak egyik legfontosabb társadalmi alrendszereként jellemezhetők, amely számos területen alapjaiban határozza meg a társadalmak működését. Halász Gábor a modern tömegoktatási rendszerek alábbi funkcióit különbözteti meg: az egyének személyiségének alakítása, a kultúra újratermelése, a társadalmi struktúra újratermelése vagy átalakulásának elősegítése, a gazdaság működésének és növekedésének elősegítése, a politikai rendszer legitimálása, a társadalmi integráció biztosítása, különböző közvetlen szolgáltatási funkciók ellátása, a társadalmi változások elősegítése vagy fékezése és az örömszerző funkció (Halász, 2001).

A modern társadalmakban az iskolák nem pusztán fontos társadalmi alrendszerré váltak, hanem azzá tették őket. A nyugati neveléstörténet-írásban pedagogizációnak (*Pädagogisierung* v. *Educationalization*) nevezik a folyamatot, amelynek során a társadalmi problémákat pedagógiai problémaként értelmezték.

A fogalom megalkotása Janpeter Kob nevéhez fűződik, aki az indusztrializáció és a bürokratizáció mellett a pedagogizációt tartotta a modern nyugati társadalmak alapvető jellegzetességének. A pedagogizáció nyomán a nevelésre és azon belül az iskolára úgy tekint a társadalom, mint amely képes társadalmi problémákat orvosolni. Ezek a társadalmi problémák nagyon különfélék lehetnek: társadalmi egyenlőtlenségek, elhízás, fiatalkori szex, a közegészségügy állapota vagy éppen az olimpiai teljesítmények (Smeyers és Depaepe, 2008).

Depaepe és Smeyers a pedagogizáció egy fontos jellegzetességére hívja fel a figyelmet:

> „Mint a modern nemzetépítés egyik tényezője a felvilágosodás óta, az iskolaügy a kereszténység szekularizált változataként manifesztálódott. A tanár az oktatással kapcsolatos lelkészi kötelességeket testesítette meg; a hatalom, a bölcsesség, a helyes viselkedés és az erkölcsök forrásaként a tanár volt a vezető, akinek a diákok alá voltak vetve az osztályteremben. A tanár tudta az utat, amelyet követni, és a technikákat, amelyeket alkalmazni kellett. A legfőbb gond a gyermek »megmentése« volt, segítséget nyújtani neki, hogy ne válhasson bántalom tárgyává. Ez a pedagógiai szférára irányuló megnövekedett figyelem az emberek morális felemelését is elérni volt hivatott. A pedagogizáció összefonódott a moralizációval. Több pedagógia ezért nem szükségképpen eredményezte a gyermek nagyobb autonómiáját, hanem épp ellenkezőleg, nagyobb függőséget eredményezett." (Smeyers és Depaepe, 2008. 380.)

A pedagogizációhoz, noha olyan semleges fogalomként született meg a szakirodalomban, amely a modernizáció egy lényegi részfolyamatát írja le, az idők folyamán számos negatív konnotáció társult. A több nevelés és oktatás gyakran olyan jelenségekhez vezet,

amelyeket megnövekedett függőségként, gyámságként, gyámkodásként vagy éppen infantilizációként írhatunk le. Ebben a tekintetben, hívják fel a figyelmet, a pedagogizáció nem különbözik jelentősen a medikalizációtól. Ahogy a több nevelés nem jelent nagyobb autonómiát, úgy a medikalizáció sem szükségképpen vezet egészségesebb társadalomhoz, de megnövelheti a függőséget az egészségügyi rendszertől.

Ahogy a korábbi fejezetekben láthattuk, a normalizált testhasználat, a testi és a lelki egészség kérdése a modern társadalmak egyik központi kérdésévé vált. A pedagogizáció következtében pedig az egészséggel kapcsolatos kérdések pedagógiai problémaként artikulálódtak, amelyeknek megoldására az egyik eszközt a tömegoktatási rendszerek jelentették.

Bár az egészséggel kapcsolatos tartalmaknak az oktatásban és a nevelésben történő megjelenése egyidős magának a nevelésnek a történetével, szervezett, tömeges formáról azonban csak az újkor óta beszélhetünk (Smith, 2007). A hazai egészségnevelés és az iskolai egészségügy története a Ratio Educationis idejéig visszanyúlig. Az iskolai tartalmak az elmúlt évszázadokban folyamatosan jelen voltak a tantervekben, taneszközökben, a pedagógiáról, a pedagógusról és a pedagógiai terekről szóló diszkurzusokban (Ackermanné, 2006; Karácsony, 2019; Sanda, 2016; Tigyiné, 2013).

Meg kell azonban jelezni, hogy az egészségnevelésnek az iskola csupán az egyik – bár kiemelt – terepe volt. Az alfabetizáció terjedésével egyre több embert értek el azok a népszerű kiadványok is, amelyek az egészséggel kapcsolatos jó tanácsokat, követendő példákat és értékeket promotáltak. Ezeknek a népszerűsítő kiadványoknak a története azonban jórészt még feldolgozatlan.

Összegzés

Tanulmányunkban néhány olyan társadalomtörténeti folyamatot mutattunk be, amely hozzájárultak ahhoz, hogy a 19-20. században az egészségneveléssel és egészségfejlesztéssel kapcsolatos tartalmak megjelenjenek a tömegoktatási rendszerek iskoláiban. Célunk nem az iskolai egészségnevelés történetének bemutatása, hanem a tágabb kontextus néhány elemének megrajzolása volt.

Érvelésünk szerint az egészségnevelés iskolai megjelenése elválaszthatatlan a modern társadalmak és a modern tömegoktatási rendszerek létrejöttétől. Értelmezésünkben modernnek azokat a 18. századtól kialakuló, a premodern társadalmakhoz képest számos eltérő sajátossággal rendelkező társadalmakat tekintettük, amelyekre többek között az indusztrializáció, az urbanizáció, a modern polgári államok kiépülése, a bürokratizáció, az állami közszolgáltatások, köztük az oktatási rendszerek és az egészségügyi ellátórendszer kiépülése jellemző. A modern társadalmak egyik törekvése volt a testhasználat és a mentális működés normalizálása, a normális működés elterjesztése, az abnormalitás visszaszorítása. Ennek eszközei voltak a modernizáció olyan alapfolyamatai, mint a higiéniai diskurzus, a medikalizáció és a pedagogizáció. A higiéniai diskurzus a testi és lelki egészség folyamatainak orvosi alapú leírására, a normális működés meghatározására és szabályozására törekedett. A törekvések olyan sikeresnek bizonyultak, hogy egyre több problémára medikális problémaként tekintettek a modern társadalmak, orvosi nyelven leírva és „kezelve” azokat.

A medikalizált normalitás iskolai megjelenése pedig egyenesen következik a társadalmi problémák – itt a higiéniai diskurzus által keretezett normális testhasználat és mentális működés – pedagógiai kezelésének szándékából. Az iskolai egészségnevelés megjelenése és térnyerése érvelésünk szerint tehát végső soron a modernizáció természetes következményei közé tartozik, és értelmezhető a pedagógia medikalizációjára tett kísérletként is.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

Ackermanné Kelő, K. (2006). Iskola-egészségügyi törekvések a XIX-XX. század fordulóján. Az egészségtan beépülése a hazai tantárgyi rendszerbe. *Studia Caroliensia, 2*, 5–20.

Arnason, J. P. (2000). Communism and Modernity. *Daedalus, 129*(1), 61–90. DOI: 10.4324/9781315124872-3

Bánfalvi, A. (2009). Ami morális volt, medikálissá vált. In Loboczky János (szerk.), *Az Eszterházy Károly Főiskola tudományos közleményei. Tanulmányok a filozófiatudományok köréből*. EKF Líceum. 24–35.

Benkő, Z. (2019). Az egészség történeti és modern megközelítése. Az egészségfejlesztés fogalma, szemléletmódja. In Benkő, Z., Lippai, L. & Tarkó, K. (szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére*. Szegedi Egyetemi Kiadó – Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 15–48.

Chadwick, R. (2017). Normality as Convention and as Scientific Fact. In Schramme, T. & Edwards, S. (szerk.), *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Springer Netherlands. 17–28. DOI: 10.1007/978-94-017-8688-1_9

Chakrabarty, D. (2011). The Muddle of Modernity. *The American Historical Review, 116*(3), 663–675. DOI: 10.1086/ahr.116.3.663

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.

Correia, T. (2017). Revisiting Medicalization: A Critique of the Assumptions of What Counts As Medical Knowledge. *Frontiers in Sociology, 2*, 14. DOI: 10.3389/fsoc.2017.00014

Descartes, R. (1993). *Értekezés a módszerről*. Ikon.

Eisenstadt, S. N. (2000). Multiple Modernities. *Daedalus, 129*(1), 1–29.

Elias, N. (1987). *A civilizáció folyamata: Szociogenetikus és pszichogenetikus vizsgálódások*. Gondolat.

Felber, T. (2007). Michel Foucault pedagógiakritikája, avagy az oktatás mint a normalizáló hatalomgyakorlás hálózata. *Új Pedagógiai Szemle, 57*(11), 73–80.

Foucault, M. (1990). *Felügyelet és büntetés: A börtön története*. Gondolat.

Foucault, M. (2004). The Crisis of Medicine or the Crisis of Antimedicine? *Foucault Studies,* 5–19. DOI: 10.22439/fs.v0i1.562

Frawley, A. (2015). Medicalization of Social Problems. In Schramme, T. & Edwards, S. (szerk.), *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Springer Netherlands. 1–18. DOI: 10.1007/978-94-017-8706-2_74-1

Furtado, R. N., de Oliveira Camilo, J. A. & de Luiz, G. M. (2018). Social Hygiene Movement and Psychology: Towards Another Paradigm in Mental Health. *Psychology, 09*(05), 934–944. DOI: 10.4236/psych.2018.95058

Garai, I. (2020). Szakmásodás, szakszerűsödés, hivatássá formálódás. In Garai, I., Kempf, K. & Vincze, B. (szerk.), *Mestermunka. A neveléstudomány aktuális diskurzusa.* L'Harmattan Kiadó. 200–211.

Giles, G. J. (1991). Temperance before the temperance movements: Some examples from eighteenth century children's literature in England and Germany. *History of Education, 20*(4), 295–305. DOI: 10.1080/0046760910200401

Halász, G. (2001). *Az oktatási rendszer*. Műszaki Kiadó.

Halmos, K. & Szívós, E. (2010). Doktor úr, tanár úr, főszerkesztő asszony: A hivatások a köztudatban és a modern történetírásban. *Korall, 11*(42), 5.

Harwood, V. & McMahon, S. (2014). Medicalization in Schools. In Florian, L. (szerk.), *The SAGE Handbook of Special Education: Two Volume Set*. SAGE Publications Ltd. 915–930. DOI: 10.4135/9781446282236.n55

Heller, Á. (2005). Mi a modernitás? In Hitseker, M. & Szilágyi, Z. (szerk.), *Mindentudás Egyeteme.* 4. Kossuth Kiadó. 7–21.

Illich, I. (1976). *Medical nemesis: The expropriation of health.* 1st American ed. Pantheon Books.

John, P. D. (2008). The Predicament of the Teaching Profession and the Revival of Professional Authority. A Parsonian Perspective. In Johnson, D. & Maclean, R. (szerk.), *Teaching: Professionalization, Development and Leadership*. Springer Netherlands. 11–24. DOI: 10.1007/978-1-4020-8186-6_2

Kaczmarek, E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy, 22*(1), 119–128. DOI: 10.1007/s11019-018-9850-1

Karácsony, I. (2019). Iskola és egészségügy összekapcsolódása, az iskola és az egészségügy feladatai az egészséges életmódra nevelésben. *Képzés és gyakorlat, 17*(1), 121–132. DOI: 10.17165/tp.2019.1.10

Kéri, K. (2007). Az egészség kultúrtörténeti megközelítése (az ókortól a 18. századig). In Kállai, J., Varga, J. & Oláh, A. (szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó. 35–51.

Kleisz, T. (2002). A professziódiskurzus. *Tudásmenedzsment, 3*(2), 28–51.

Kovács M., M. (2001). *Liberalizmus, radikalizmus, antiszemitizmus. A magyar orvosi, ügyvédi és mérnöki kar politikája 1867 és 1945 között*. Helikon Kiadó.

Krász, L. (2015). A medicina reprezentációi a magyar művelődéstörténet-írásban. Eredmények és perspektívák. In Monok, I. (szerk.), *Mérföldkövek a magyar művelődéstörténet-írásban*. Eszterházy Károly Főiskola (EKF). 97–118.

Lauzon, M. J. (2011). Modernity. In Bentley, J. H. (szerk.), *The Oxford Handbook of World History*. Oxford University Press. 72–88. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199235810.013.0005

Lender, M. E. (1977). The Role of History in Early Alcohol Education: The Impact of the Temperance Movement. *Journal of Alcohol and Drug Education, 23*(1), 56–62.

Magos, G. (2017). Mérlegen a hivatások. A professzionalizációs paradigma historiográfiája. *Aetas, 32*(2), 138–157.

Magyar, A. (2019). *Fejezetek az értelmifogyatékosság-kép történetéből: Elzárás, gyógyítás, fejlesztés a kezdetektől a 19. század végéig*. Gondolat Kiadó.

Meleg, C. (2002). Iskolai egészségnevelés: A feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia, 102*(1), 11–29.

Mold, A. (2016). 'Everybody Likes a Drink. Nobody Likes a Drunk'. Alcohol, Health Education and the Public in 1970s Britain. *Social History of Medicine,* hkw094. DOI: 10.1093/shm/hkw094

Németh, A. (2004). Az ember – és „világainak" változásai. In Németh, A. & Pukánszky, B. (szerk.), *A pedagógia problématörténete*. Gondolat Kiadó. 11–99.

Németh, A. (2013). A néptanítói szakismeretek konstrukciós folyamatai a 20. Század elején—A Néptanítók Enciklopédiája példája alapján (1911–1915). *Magyar Pedagógia, 113*(2), 101–118.

Németh, R. (2013). Az életreform-mozgalmak eszmei háttere és civilizációkritikai szerepe. *Jog, állam, politika, 5*(3), 81–109.

Palmer, R. R., Colton, J. & Kramer, L. S. (2002). *A history of the modern world: To 1815*. McGraw-Hill.

Petrina, S. (2006). The Medicalization of Education: A Historiographic Synthesis. *History of Education Quarterly, 46*(4), 503–531. DOI: 10.1111/j.1748-5959.2006.00030.x

Rainer M., J. (2012). A szovjet típusú rendszer vége – történeti diskurzusok. In Ballabás, D. (szerk.), *Rendszerváltás – történeti távlatból*. Líceum Kiadó. 32–41.

Sanda, I. D. (2016). Az iskola-egészségügy és a tanulási környezet korszerűsödése Magyarországon – a századforduló körüli évtizedekben. *Pedagógiatörténeti Szemle, 2*(3–4), 86–105. DOI: 10.22309/ptszemle.2016.3.5

Sarasin, P. (2007). The Body as Medium: Nineteenth-Century European Hygiene Discourse. *Grey Room, 29*, 48–65. DOI: 10.1162/grey.2007.1.29.48

Sharf, B. F. & Vanderford, M. L. (2003). Illness narratives and the social construction of health. In *Handbook of health communication.* Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 9–34.

Smeyers, P. & Depaepe, M. (2008, szerk.). *Educational Research: The Educationalization of Social Problems*. Springer Netherlands. DOI: 10.1007/978-1-4020-9724-9

Smith, V. S. (2007). *Clean: A history of personal hygiene and purity*. Oxford University Press.

Starn, R. (2002). The Early Modern Muddle. *Journal of Early Modern History, 6*(3), 296–307. DOI: 10.1163/157006502x00167

Szikora, K. (2004). *A magyar ifjúság testi nevelésének története*. Magyar Sportmúzeum.

Tangl, B. (2017). Katonás nevelés és a militarizmus kérdése a dualizmus-kori Magyarországon. *Aetas, 32*(1), 45–67.

Tigyi Zoltánné Pusztafalvi, H. (2011). Az egészségnevelés intézményesülésének folyamata hazánkban a dualizmus és a két világháború között. *Doktori értekezés*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

Tigyiné Pusztafalvi, H. (2013). Az egészségnevelés intézményesülésének története. *Educatio®, 22*(2), 224–234.

Tröhler, D. (2015). The medicalization of current educational research and its effects on education policy and school reforms. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education, 36*(5), 749–764. DOI: 10.1080/01596306.2014.942957

Vári, A. (2010). Félprofik, parciális polgárok, egészen úriemberek?. A professzionalizációs folyamat útjai és kutatási alternatívái a 19. századi Európában. *Korall, 11*(42), 151–178.

Wakefield, J. C. (2017). Mental Disorders as Genuine Medical Conditions. In Schramme, T. & Edwards, S. (szerk.), *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Springer Netherlands. 65–82. DOI: 10.1007/978-94-017-8688-1_1

Wittrock, B. (2000). Modernity: One, None, or Many? European Origins and Modernity as a Global Condition. *Daedalus, 129*(1), 31–60. DOI: 10.4324/9781315124872-2

Zimmerman, J. (1999). *Distilling democracy: Alcohol education in America's public schools, 1880–1925*. University Press of Kansas.

Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review, 20*(4), 487–504. DOI: 10.1111/j.1467-954x.1972.tb00220.x

Absztrakt

A modern társadalmak iskolarendszerei számos nem oktatási feladatot látnak el, köztük az egészségneveléssel és egészségfejlesztéssel kapcsolatosakat is. A tanulmány célja olyan szempontok bemutatása, amelyek szerepet játszottak az iskolai egészségnevelés kialakulásában és meggyökeresedésében. A tanulmányban amellett érvelünk, hogy az iskolai egészségnevelés megjelenése elválaszthatatlan a modern társadalmak kialakulásától, illetve annak néhány alapjelenségétől. Ezért a tanulmány első részében azokat a sajátosságokat mutatjuk be, amelyek a modernizációt jellemzik. A modernizáció részfolyamatai közül témánk szempontjából az emberi test és psziché kontrollja iránt megnövekedett társadalmi, hatalmi igény az egyik legjellemzőbb. A modern társadalmak egyik legfőbb célja a normalitás definiálása és a normális testi és pszichés működés általánossá tétele, az abnormalitás visszaszorítása, társadalmi elkülönítése. Tanulmányunkban áttekintjük ezeknek a folyamatoknak a legfontosabb jellemzőit. A testről és a pszichéről zajló társadalmi diskurzus, amelyet leginkább a higiéniai diskurzus kifejezéssel ír le a szakirodalom, egyre inkább az orvostudományok nyelvén zajlott. Általában véve is elmondható, hogy a társadalmi kérdések orvosi problémaként történő kezelése – a medikalizáció – a modern társadalmak egyik alapjelensége. Tanulmányunk utolsó részében pedig azt a folyamatot mutatjuk be, amelynek során a modern tömegoktatási rendszerek és a pedagógia a társadalmi problémák megoldásának kiemelkedő terepévé vált. A nyugati szakirodalomban pedagogizációnak nevezett jelenség adja annak magyarázatát, hogy a higiéniai diskurzus miért jelent meg iskolai keretek között. Véleményünk szerint az iskolai egészségnevelést olyan diskurzusként értelmezhetjük, amely orvosi nyelvezettel rendelkezik és az iskolában zajlik.

Kulcsszavak: egészségnevelés, modernizáció, higiéniai diskurzus, medikalizáció, pedagogizáció

tanulmány

Kocsis-Fuszkó Zita

Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

Várandósok egészség-magatartása hazai és nemzetközi viszonylatban – Edukációs lehetőségek az egészségnevelés területén

Jelen tanulmányban a várandósokra jellemző egészség-magatartást vetjük össze hazai, illetve nemzetközi mintán. Célunk felhívni a figyelmet az esetleges hasonlóságokra és különbözőségekre ezeken a területeken, a hiányosságokat figyelembe véve az egészséges életmódra nevelés révén lehetőség adódhat jövőbeli fejlesztésekre a várandósok körében.

Bevezetés

A várandósság egy kitüntetett periódus a nők életében, hirtelen és gyors testi, illetve szellemi változáson mennek keresztül a kismamák a kilenc hónap alatt. Ebben a ciklusban nagyobb hangsúlyt kaphat az egészség, az egészséges életmód, jellemzően nagyobb a motiváció az életmódváltásra, a rossz szokások elhagyására, hiszen a várandós hölgyek érezhetik azt, hogy már nem csak a saját testi egészségükért, hanem a bennük növekvő életért is felelősséggel tartoznak.

Jelen szakirodalmi összefoglaló a várandósság alatti egészség-magatartás jellemzőit hivatott feltárni, célja összefoglalni és összehasonlítani a nemzetközi és a magyar tanulmányokat, megvizsgálva, milyen hasonlóságok és eltérések jelennek meg a különböző mintákon. Ezzel együtt célunk a várandós kismamák edukációja az egyes területek kapcsán, hozzájárulva a teljesebb, egészségesebb várandós és gyermekágyi időszakhoz.

Egészség-magatartás és a várandósság

Az egészség-magatartás mindazon cselekvések összessége, melyekkel az egészségi állapotunkat befolyásoljuk. Ezek lehetnek preventívek, ilyen például a vitaminok szedése, a rendszeres testmozgás és az egészséges táplálkozás, azonban lehetnek kockázatnövelők is, ilyen a dohányzás, alkoholfogyasztás (Gochman, 1988; Matarazzo, 1984).

A várandósok gondozása manapság nagyobb figyelmet igényel, hiszen a fejlett nyugati társadalmakban egyre alacsonyabb a születésszám, az első gyermek vállalása korban eltolódik, nehezebb a teherbeesés, több a vetélés, és gyakoribb a születési rendellenesség is. Az egészség-magatartás, az egészséggel kapcsolatos döntések és viselkedések nagymértékben befolyásolják az előbbiekben említett nehézségek meglétét (Faden és mtsai,

1997; Mills, 1984; Sági és Lentner, 2020; Sobotka, 2017; Savitz és Pastore, 1999), ebből adódóan érdemes nagy hangsúlyt fektetni az életmódbeli tényezőkre várandósság alatt.

A kismamák sok egymásnak ellentmondó információval is találkozhatnak arról, mit fogyaszthatnak várandósság alatt, azonban nem csak a minőségre, a mennyiségre is fontos figyelni. A várandósság alatti súlytöbblet megnöveli a gyermekkorban kialakuló diabétesz előfordulását, akár vetélést vagy koraszülést is eredményezhet, kihatással van a szív- és érrendszer fejlődésére is, mindezek ellenére egyre gyakoribb az elhízás a várandósok körében. Ezek a kockázati tényezők életmódváltással, megfelelő egészség-magatartással kiküszöbölhetőek lennének (Ágoston és mtsai, 2005; Egészségvonal, 2022).

A várandósság alatti dohányzás egyértelmű negatív, hosszú távú következményekkel jár, a születendő gyermek hajlamosabb a depresszióra, az agresszióra, különböző kötődési és viselkedéses zavarok jelenhetnek meg nála (Dombi és mtsai, 2019). A várandósság alatti káros egészség-magatartás szignifikánsan befolyásolja a születési súlyt és az első 5 percben mért Apgar-pontszámokat, a várandósság alatti dohányzás és a depresszió megléte pedig összefüggést mutat (Dombi és mtsai, 2019; Faden és mtsai, 1997).

Összességében fontos azt is látni, hogy a várandósság alatti egészség-magatartás és az ebben az időszakban megjelenő érzelmi változások, jellemzően a depresszió, illetve szorongás kölcsönhatásban vannak egymással. Azok a várandósok, akiknél magasabb a szorongás, kevesebb folsavat szedtek, hiszen egészségüket egy külső hatás függvényeként kezelték, nem éreztek kontrollt saját egészségi állapotuk felett, így a valóságban ezért aktívan nem tettek, minek következtében tényleges egészségromlás is bekövetkezhet. A dohányzó várandósoknál gyakrabban jelenik meg a depresszió, az alkoholt fogyasztóknál viszont alacsonyabb önértékelést mértek (Bödecs és mtsai, 2010; Dombi és mtsai, 2019).

Egészség-magatartás a várandósok körében Magyarországon

A várandósság alatti egészség-magatartás szerteágazó lehet, azonban a követhetőség érdekében ebből négy tényezőt választunk ki. Ennek oka, hogy a téma vizsgálatánál jellemzően ez a négy egészség-magatartás kerül előtérbe: táplálkozás, vitaminok szedése, testmozgás, és az egészségkárosító magatartásformák (dohányzás, alkoholfogyasztás) (Dombi és mtsai, 2019; Faden és mtsai, 1997). Ezen a négy kategórián keresztül kívánjuk mi is megvizsgálni a gyermeket váró édesanyák életmódbeli jellemzőit.

A hazánkban jelenlévő, hiteles ajánlás szerint már a fogantatás előtt három hónappal, a várandósságra készülve javasolt az életmódváltás. Ebben az időszakban a felelős gyermekvállalással együtt megjelenik a tudatos egészség-magatartás is, a káros szenvedélyekről való lemondás, az életmód egészségesebbé tétele, oly módon, hogy az a születendő gyermek érdekét támogassa. Hajlamosak vagyunk az édesanya szerepének hangsúlyozása mellett elfelejteni az édesapák felelősségét, azonban mindkét szülő életmódváltása javasolt a gyermekvállalás előtt (Ágoston és mtsai, 2005). A várandósok fokozottabb figyelmet fordítanak a táplálkozásra, mint a várandósság előtti időszakban. A megkérdezettek 16%-a egyáltalán nem foglalkozott az egészséges táplálkozással várandósság előtt, 50%-uk időnként, 29%-uk tudatosan táplálkozott, és a minta 5%-a tartotta fontosnak, hogy egészségesen étkezzen. A teherbeesést követően 40% volt az, aki néha, 47% viszonylag gyakran, míg 13% nagyon fontosnak tartotta, hogy egészségesen táplálkozzon a várandósság alatt (Gubányi, 2018).

A táplálkozás mellett a fokozott vitaminbevitel is az egészség-magatartás részét képezi. Egy magyar mintán végzett kutatásból az derül ki, hogy a megkérdezett nők 86%-a fogyaszt várandósság alatt vitaminkészítményt (multivitamint, vagy magzatvédő vitamint), a szülést követően ez az arány valamivel kisebb, 79,4%-ra esik vissza

(Dombi és mtsai, 2019). Egy másik magyar kutatás ennél alacsonyabb vitaminszedéssel kapcsolatos eredményeket kapott, az általuk megkérdezett kismamák 55,4%-a szedett rendszeresen folsavat, egyéb vitaminokat pedig a válaszadók 30,5%-a vitt be. Az említett kutatás talált egy érdekes összefüggést, miszerint a felmért hölgyek közül, aki magas szorongásszinttel rendelkezett, kisebb eséllyel szedett vitamint, ennek oka a kontrollhelyben keresendő: azok, akik magas szorongásszinttel rendelkeznek, kevésbé érzik azt, hogy kontrollt gyakorolhatnak az egészségi állapotuk alakulására, így kisebb eséllyel fognak vitaminokat szedni (Bödecs és mtsai, 2010).

Az életutunk folyamán a mozgás általános egészségvédő hatással bír, javítja az ellenállóképességet, a vérkeringést, csökkentheti a stresszt, jobb közérzetet eredményez. Ez várandósság alatt is igaz a testmozgásra, azonban mivel ez egy megváltozott állapot, így a testmozgás tekintetében is érdemes az előírt intenzitást és a megfelelő mennyiséget végezni az egészség megőrzése érdekében (Prémusz és mtsai, 2018). Ahhoz, hogy a testmozgás ezen hatása megnyilvánuljon a legfrissebb hivatalos hazai ajánlás szerint a kismamáknak heti legalább három alkalommal 30-40 percet kell mozgással tölteniük, tehát összesen 90-120 percet (Egészségvonal, 2022). A magyar várandós kismamák átlagosan heti két órát, tehát 120 percet töltenek gyaloglással, kerékpározással, közlekedéssel, és ezen felül még egy órát, 60 percet rekreációs célú mozgással. A vizsgálat szerint a magyar nők 47,46%-a teljesíti a heti 150 perc mozgást, ami az Amerikai Sportorvostársaság várandósokra vonatkozó ajánlása (Prémusz és mtsai, 2018).

Az életutunk folyamán a mozgás általános egészségvédő hatással bír, javítja az ellenállóképességet, a vérkeringést, csökkentheti a stresszt, jobb közérzetet eredményez. Ez várandósság alatt is igaz a testmozgásra, azonban mivel ez egy megváltozott állapot, így a testmozgás tekintetében is érdemes az előírt intenzitást és a megfelelő mennyiséget végezni az egészség megőrzése érdekében (Prémusz és mtsai, 2018). Ahhoz, hogy a testmozgás ezen hatása megnyilvánuljon a legfrissebb hivatalos hazai ajánlás szerint a kismamáknak heti legalább három alkalommal 30-40 percet kell mozgással tölteniük, tehát összesen 90-120 percet (Egészségvonal, 2022). A magyar várandós kismamák átlagosan heti két órát, tehát 120 percet töltenek gyaloglással, kerékpározással, közlekedéssel, és ezen felül még egy órát, 60 percet rekreációs célú mozgással.

A várandósság alatti káros egészség-magatartásnak egyértelmű negatív következményei vannak mind a magzat, mind az édesanya egészségére, így már a várandósság tervezésénél fontos ezeket a káros viselkedésformákat elhagyni (Ágoston, 2022). Több, egymástól független magyar kutatás (Bödecs és mtsai, 2010; Dombi és mtsai, 2019) is igazolta azt, hogy a várandósság alatt megjelenő depresszió és a dohányzás szoros kapcsolatban van egymással, az ok-okozati összefüggések ebben a kontextusban viszont tisztázatlanok. A megkérdezett kismamák 5,9%-a dohányzik rendszeresen vagy rendszertelenül a várandósság alatt, és 17,1%-uk rendszertelenül, de fogyaszt alkoholt (Dombi és mtsai, 2019). Egy másik hazai mintán végzett kutatás eredménye drasztikusabb eredményeket közöl: a megkérdezettek 28,8%-a dohányzott, és 66,8%-uk fogyasztott alkoholt a várandósság alatt. Azonban érdemes megemlíteni azt is, hogy a magas

eredmények annak is köszönhetőek, hogy a kutatók a várandósság kilenc hónapja alatt előfordult egyszeri alkoholfogyasztást vagy dohányzást is az „igen" kategóriába sorolták (Bödecs és mtsai, 2010).

Egészségmagatartás a várandósok körében nemzetközi viszonylatban

Jelen fejezetben a választott tanulmányok angol, amerikai és dán kutatások, későbbiekben ezek eredményeit vetjük össze a hazai vizsgálatok eredményeivel.

Egy Angliában végzett fókuszcsoportos kutatásban a várandósság előtti és alatti táplálkozással kapcsolatos szolgáltatási igényeket mérték fel, melyből kiderült, hogy a jelenlévő nők gyermekvállalás előtt már életmódot váltanak, és figyelnek az egészséges táplálkozásra. A felmérés eredményeként az derült ki, hogy a várandós nők számára nem csak információra, szórólapra van szükség az egészséges táplálkozásról, hanem szívesen járnának olyan csoportba, ahol gyakorlati tudást tanulhatnának más nőktől a témában (Olander, 2012). Egy amerikai adoleszcens várandósokat vizsgáló kutatásból az derült ki, hogy a kismamák számára fontos az egészséges táplálkozás, napi háromszor vagy többször táplálkoznak, egészséges ételekből választva, azonban az étkezések közötti időszakban gyakran nyúlnak kevésbé egészséges rágcsálnivalókhoz (Wise és Arcamone, 2011). Azoknál a nőknél, akik alacsonyabb minőségű étrendet követnek, gyakrabban megjelent a depresszió, és alacsony volt a társas támogatás (Fowles és mtsai, 2012).

Egy Angliában végzett fókuszcsoportos kutatásban a várandósság előtti és alatti táplálkozással kapcsolatos szolgáltatási igényeket mérték fel, melyből kiderült, hogy a jelenlévő nők gyermekvállalás előtt már életmódot váltanak, és figyelnek az egészséges táplálkozásra. A felmérés eredményeként az derült ki, hogy a várandós nők számára nem csak információra, szórólapra van szükség az egészséges táplálkozásról, hanem szívesen járnának olyan csoportba, ahol gyakorlati tudást tanulhatnának más nőktől a témában (Olander, 2012). Egy amerikai adoleszcens várandósokat vizsgáló kutatásból az derült ki, hogy a kismamák számára fontos az egészséges táplálkozás, napi háromszor vagy többször táplálkoznak, egészséges ételekből választva, azonban az étkezések közötti időszakban gyakran nyúlnak kevésbé egészséges rágcsálnivalókhoz (Wise és Arcamone, 2011).

A nemzetközi vizsgálatok közöl egy dán kutatásból kiderül, hogy a várandósság tervezettsége és az egészség-magatartás erős együtt járást mutat, tervezettség esetén 57%-uk, míg nem tervezett gyermekáldásnál 43%-uk szedett rendszeresen folsavat (Backhausen és mtsai, 2013). Egy londoni kutatás az előbbieket támasztja alá: a nők 61%-a szedett vitamint, ebből 81%-uk napi rendszerességgel (Jawad és mtsai, 2019).

Az Amerikai Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság (2015) szerint ahhoz, hogy a várandósság szövődménymentesen végbemehessen, heti 150 perc mozgásra van szükség, azaz a hét majdnem minden napján 20-30 perc mozgás javasolt (ACOG, 2015). A várandósság alatti testmozgást vizsgálva Watson és munkatársai (2017) eredményei alapján a megkérdezett nők 67,80%-a volt fizikálisan aktív, a felmért hölgyek az első trimeszterben átlagosan napi 26,2 percet töltöttek mozgással, a második trimeszterre ez 16,6 percre csökkent.

Egy dán nőkkel végzett kutatás szerint a várandósság tervezettsége nagymértékben befolyásolja a várandósság alatti egészség-magatartást. Azoknál a nőknél, ahol a várandósság tervezett volt, 6%-uk dohányzott, ahol nem volt tervezett, ott 17%-uk. Az alkoholfogyasztást vizsgálva kiderült, hogy a tervezett várandósság esetében a nők 20%-a rendszeresen fogyaszt alkoholt, a nem tervezettség ezt 31%-ra emeli (Fowles és mtsai, 2012). Az előző kutatásokat alátámasztja egy londoni kutatás is, mely szerint a várandósság tervezettsége nagymértékben befolyásolja az egészség-magatartást, a tervezettséggel csökken a dohányzás és az alkoholfogyasztás mértéke. A várandósok 9%-a fogyasztott alkoholt a várandósság alatt (Jawad és mtsai, 2019).

Összehasonlítás

Táplálkozás terén Magyarországon viszonylag kevés kutatás született, azonban összevetve a nemzetközi felmérésekkel látható, hogy a nők 16%-a várandósság előtt nem tartotta fontosnak az egészséges táplálkozást, teherbeesést követően ez megváltozott (Watson és mtsai, 2018), míg Angliában a megkérdezettek nagy része már várandósság előtt figyelmet fordít az egészséges étkezésre (Olander, 2012). Magyarországon a vitamint szedő kismamák aránya 55,4–86% között mozog (Bödecs és mtsai, 2010; Dombi és mtsai, 2019), más országokban ez 43–61% közé tehető. Az eredményekből tehát kiderül, hogy a magyar várandós nők között a vitamint szedő hölgyek aránya nagyobb, összefüggést feltételeznek a vitaminok szedése és a várandósság tervezettsége között (Fowles és mtsai, 2012; Jawad és mtsai 2019). A testmozgást tekintve már az ajánlások is eltérőek, Magyarországon heti 90-120 perc (Egészségvonal, 2022), Amerikában heti 150 perc javasolt (ACOG, 2015), ez az eltérés megmutatkozik a várandósok mozgási szokásaiban. A magyar nők 47,46%-a teljesíti a heti 150 percet (Prémusz és mtsai, 2018), míg más országokban élő hölgyek 67,80%-a volt fizikálisan aktív (Watson és mtsai, 2018). Az egészségkárosító magatartásokat vizsgálva eltérő eredmények születtek, mely a válaszok különböző értelmezéséből fakad: Bödecs és munkatársai (2010) az egyszeri alkoholfogyasztást vagy dohányzást, mely a kilenc hónap alatt előfordult, az „igen” kategóriába tette. Így a dohányzó kismamák aránya Magyarországon 5,9–28,8%, az alkoholt fogyasztók aránya 17,1–66,8% (Bödecs és mtsai, 2010; Dombi és mtsai, 2019). A dán várandós, dohányzó nők aránya 6–17% között mozog, alkoholfogyasztásuk pedig 20–31%, ami a terhesség tervezettségének függvénye (ACOG, 2015). A dohányzók aránya hasonló, az alkoholt fogyasztók azonban így jóval magasabb százalékban jelennek meg a magyar mintán, a pontosabb eredmények érdekében fontos lenne az erre a kérdésre adott választ egy újabb kutatásban tovább differenciálni.

Fontosnak tartjuk kiemelni azt, hogy a vizsgált tanulmányokból nem vonható le messzemenő következtetés arról, hogy a hazai vagy a más országokban élő várandós hölgyek az egészségtudatosabbak.

Összefoglaló

Ma Magyarországon a várandósok egészséges táplálkozása kapcsán több ajánlás, javaslat megjelenik, azonban kevésbé kutatott területe a témának az, hogy valójában milyen táplálkozási szokásokat követnek a kismamák. A prevenció hatékonysága érdekében érdemes lenne több, hiteles kutatást végezni az étkezési szokásokról. A testmozgás tekintetében pedig érdemes lenne a prevencióban hangsúlyozni a mozgás jelentőségét, hiszen a várandós nők fele sem éri el a javasolt mozgással töltött időt.

A várandósság alatti egészség-magatartás és annak változása rendkívül fontos téma, hiszen nem csak a kismama testi, illetve lelki egészségére, hanem a magzat fejlődésére és későbbi életére is hatást gyakorolhat. Célunk a hazai, illetve nemzetközi eredmények összefoglalásán át tisztább képet adni a várandósság alatt megjelenő egészség-magatartással kapcsolatos változásokról. Így érdemben hozzájárulni ahhoz, hogy az ebben az időszakban megjelenő nehézségeket, akár érzelmi, akár testi terheket, az életmód megváltoztatásán keresztül meg tudjuk előzni. Ebben hatékony eszköz lehet az edukáció, különböző várandósok által használt fórumokon való információ megosztás a téma kapcsán.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-Fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

ACOG Committee Opinion No. 650 (2015). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstetics Gynecology, 126*(6), e135–142. DOI: 10.1097/aog.0000000000001214

Ágoston, H., Bőcs, É., Domonkos, A., Fekete, K., Greiner, E. dr. & Szórád, I. (2005). *Táplálkozási ajánlások várandós kismamáknak*. Készült a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében. Országos Egészségfejlesztési Intézet. http://vmek.oszk.hu/08200/08259/08259.pdf Utolsó letöltés: 2022. 12. 09.

Backhausen, M. G., Ekstrand, M., Tydén, T., Magnussen, B. K., Shawe, J., Stern, J. & Hegaard, H. K. (2013). Pregnancy planning and lifestyle prior to conception and during early pregnancy among Danish women. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception, 19*(1), 57–65. DOI: 10.3109/13625187.2013.851183

Bödecs, T., Horváth, B., Szilágyi, E., Diffelné Németh, M. & Sándor, J. (2010). A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke összefüggései a várandósok egészségmagatartásával. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 11*(1), 17–30. DOI: 10.1556/mental.11.2010.1.2

Dombi, E. dr., Berta, R. & Jámbori, Sz. dr. (2019). Az ante- és posztnatális időszakban előforduló hangulati zavarokat befolyásoló szociális, szociodemográfiai és intrapszichés tényezők vizsgálata – Perinatális hangulati zavar. *Magyar Nőorvosok Lapja,* (82), 257–266.

Egészségvonal (2022). *Mozgás kismamaként*. Készült az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése" kiemelt projekt keretében. https://egeszsegvonal.gov.hu/m/1636-mozgas-kismamakent.html Utolsó letöltés: 2022. 12. 09.

Faden, V. B., Hanna, E. & Graubard, B. I. (1997). The effect of positive and negative health behaviour during gestation on pregnancy outcome. *Journal of Substance Abuse,* (9), 63–76. DOI: 10.1016/s0899-3289(97)90006-7

Fowles, E. R., Stang, J., Bryant, M. & Kim, S. (2012). Stress, Depression, Social Support, and Eating Habits Reduce Diet Quality in the First Trimester in Low-Income Women: A Pilot Study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 112*(10), 1619–1625. DOI: 10.1016/j.jand.2012.07.002

Gochman, D. S. (1988). Health behavior: Plural perspectives. In Gochman, D. (szerk.), *Health Behavior. Emerging Research Perspectives*. Plenum. 3–17. DOI: 10.1007/978-1-4899-0833-9_1

Gubányi, E. (2018). *A testképpel való elégedetlenség a várandósság időszakában*. Nem publikált szakdolgozat. SZTE, ETSZK.

Jawad, A., Patel, D., Brima, N. & Stephenson, J. (2019). Alcohol, smoking, folic acid and multivitamin use among women attending maternity care in London: *A cross-sectional study. Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives, 22*, 100461. DOI: 10.1016/j.srhc.2019.100461

Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for the healthsciences professions. In Matarazzo, J. D., Millner, N. E., Weis, S. M. & Herd, J. A. (szerk.), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. John Wiley. 3–40.

Mills, J. L., Graubard, B. I., Harley, E. E., Rhoads, G. G. & Berendes, H. W. (1984). Maternal alcohol consumption and birth-weight: how much drinking during pregnancy is safe? *Journal of American Medical Association,* 252, 1875–1879. DOI: 10.1001/jama.252.14.1875

Prémusz, V., Makai, A., Melczer, Cs., Perjés, B., Ács, P. dr., Bódis, J. dr., Lampek, K. dr. és Várnagy, Á. dr. (2018) Habituális fizikai aktivitás és életminőség összefüggése várandósság alatt a WHO Global Physical Activity Questionnaire alapján. *Magyar Nőorvosok Lapja,* (81), 29.

Savitz, D. A. & Pastore, L. M. (1999). Causes of prematurity. In McCormick, M. C. & Siegel, J. E. (szerk.), *Prenatal Care: Effectiveness and Implementation.* Cambridge University Press. 63–104. DOI: 10.1017/cbo9780511544729.005

Sági, J. & Lentner, Cs. (2020). A magyar népességpolitikai intézkedések tényezői és várható hatásai. *Közgazdasági Szemle, 67*(3), 289–308. DOI: 10.18414/ksz.2020.3.289

Sobotka, T. (2017). Childlessness in Europe: Reconstructing long-term trends among women born in 1900–1972. In Kreyenfeld, M. & Konietzka, D. (szerk.), *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences. Demographic Research Monographs (A series of the Max Planck Institute for Demographic Research)*. Springer. 17–53. DOI: 10.1007/978-3-319-44667-7_2

Olander, E., Atkinson, L., Edmunds, J. & French, D. (2012). Promoting healthy eating in pregnancy: What kind of support services do women say they want? *Primary Health Care Research & Development, 13*(3), 237–243. DOI: 10.1017/s1463423611000636

Watson, E. D., Micklesfield, L. K., Van Poppel, M. N. M., Norris, S. A., Sattler, M. C. & Dietz, P. (2017). Validity and responsiveness of the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) in assessing physical activity during pregnancy. *PloS one, 12*(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0177996

Wise, N. J. & Arcamone, A. A. (2011). Survey of Adolescent Views of Healthy Eating During Pregnancy. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 36*(6), 381–386. DOI: 10.1097/nmc.0b013e31822f4778

Absztrakt

Gyakori, hogy várandósság alatt a kismamák nagyobb motivációval rendelkeznek az életmódváltás terén, fontosabbnak tartják az egészséges táplálkozást, a megfelelő testmozgást. Ezért érdemes ebben az időszakban nagyobb figyelmet fordítani az életmódváltással kapcsolatos edukációra, különböző prevenciós programok szervezésére, hiszen a csoportba tartozó hölgyek nagyobb nyitottsággal fordulnak az egészséggel kapcsolatos információk felé.

Az egészség-magatartás alatt értünk minden olyan viselkedést, mely az egészségi állapot befolyásolására irányul, ilyen például az egészséges táplálkozás, a testmozgás, a vitaminok szedése, de ezen felül a káros egészség-magatartással kapcsolatos viselkedések is, mint például a dohányzás vagy az alkoholfogyasztás. Jelen tanulmányban a hazai, illetve nemzetközi mintán mért egészség-magatartással kapcsolatos hasonlóságokat, illetve különbözőségeket mutatjuk be. Az összehasonlításból kiderült, hogy a magyar nők bizonyos hányada a várandósság előtt nem tartotta fontosnak az egészséges táplálkozást, azonban várandósság alatt ez megváltozott, míg Angliában a megkérdezettek nagy része már várandósság előtt figyelmet fordít az egészséges étkezésre. Magyarországon a vitamint szedő kismamák aránya nagyobb, mint más vizsgált országokban. A testmozgást tekintve a magyar nők kevesebb mint fele végez heti legalább 150 perc mozgást, más országokban nagyobb arányban voltak fizikailag aktívak. A dohányzók aránya hasonló, az alkoholt fogyasztók azonban jóval magasabb százalékban jelennek meg a magyar mintán. Célunk felhívni a figyelmet az esetleges hiányosságokra és különbözőségekre ezeken a területeken, így lehetőség adódhat fejlesztésekre a várandósok körben az egészséges életmódra nevelés révén.

Kulcsszavak: várandósság, egészség-magatartás, egészségnevelés, prevenció

Abstracts

Where to go next in terms of health promotion in Hungarian schools?

László Lippai – József Vitrai

Abstract

The comprehensive institutional health promotion has been a mandatory task for public education institutions for a decade. Recently, however, important international documents have come to light which justify a rethinking and to some extent a reassessment of the national situation. Based on the World Health Organization's (WHO) 2021 publication "Making every school a health-promoting school" and the Schools for Health in Europe Network's methodological manual, updated in 2020, we outline the current objectives of health promotion in public education, the theoretical framework and global standards for effective health promotion, and the professional recommendations for implementation. In our view, the more difficult the financial, professional and social situation of public education institutions, the more necessary it is for them to take steps to mitigate the health threats to their communities, in line with the possibilities. In our study, by analysing the above materials, we aim to provide guidance for educators, school health professionals, school leaders and policy makers interested in health promotion.

Keywords: health promotion, school health promotion

HECAT – Health Education (framework) Curriculum Analysis Tool

Klára Tarkó – Veronika Mátó – Uitumen Erdenezul – Dóra Szabó-Prievara

Abstract

Recent international research on health behaviour in school-age children reports negative trends, highlighting the importance of improving children's health behaviour from a young age. The school is one of the most important places for socialising children to healthy lifestyles, according to the setting-based approach to health education and health promotion. Building on a holistic approach to health, modern health education addresses the physical, mental, emotional, spiritual, social and societal dimensions of health. Health education is successful when it aims at habit change, i.e. helping to transform lifestyles into a system of habits of pleasure and thus a quality life for a lifetime. In Hungary, the objectives of health education and health promotion in public education are defined in the National Core Curriculum, and detailed in framework curricula, local curricula and pedagogical programmes. This paper aims to provide a brief, awareness-raising introduction to a tool for analysing health education (framework) curricula (HECAT). HECAT is designed to enable a consistent and comprehensive analysis of the representation of health education and health promotion in national-, framework- or local curricula, the results of which can be used to revise, develop and strengthen curricula and thus enable school health educators to better influence the health behaviour and health indicators of school-age children and young people. The document can be used as an effective analytical tool by both the education provider and the school. HECAT can also be used to analyse the national core curricula, but works best when used to analyse the detailed health education and health promotion framework curriculum.

Keywords: health promotion, health education, health behaviour, curriculum analysis

Participatory methods in school health promotion

Zsófia Kollányi – Melinda Várfi

Abstract

Participatory methods are used in the design process of health promotion programs in many parts of the world. The essence of the method is to involve the target group of a program as well as other stakeholders in the development process of the program itself, beginning with the problem assessment phase. The programs developed this way can rely on more realistic and precise problem definitions that are more in line with the target group's perception of reality; develop interventions that are better suited to these and to the available resources and limitations; and enjoy a greater commitment of those involved both to the program and in general to overcoming the problem itself. Therefore, participatory programs can be equal competitors to programs designed in a non-participatory, expert-based process in terms of effectiveness and efficiency. In addition, the participation process itself can initiate a number of positive changes in local communities, which themselves can have an impact on health status: the empowerment of citizens with little or no power and, in general, the promotion of a say in shaping public affairs as a democratic right. Participatory programs, however, can differ significantly depending on the initial timing of the involvement in the decision-making process, as well as the method and the ultimate goal of the involvement. According to scientific experience, the participatory process can be more effective if the stakeholders are involved as early as possible in the process, in a way that allows interactions between the stakeholders to the greatest extent possible, and with the honest intention of actual empowerment of people.

Keywords: health promotion; participatory methods; school health; democracy

The introduction of the health sciences course in Hungarian education. Health education in primary schools (1946-1950)

Natasa Fizel

Abstract

The importance of a healthy lifestyle and health promotion is increasingly in the spotlight today. The protection of physical and mental health is a defining problem in the 21st century, and counteracting the adverse effects is an important mission. We only need to think about environmental protection, global epidemics, diseases caused by stress, or the negative consequences of a sedentary lifestyle, which is increasingly common with the spread of mass media. These problems do not only affect adults, children also suffer intensely. And the negative effects on children always become problems for the education system. In addition to the fact that education for a healthy lifestyle is an important task of public education, eliminating the harmful effects caused by the world around us, which is often reflected in the behaviour of pupils, is - in part - also the schools' task. In this study, I present the origins and the first steps of this mission, primarily with regard to schools for 6-14-year-olds (elementary school, civil school and then primary school), that is the appearance of health sciences, health promotion as content, and later as a subject in the Hungarian education system. After the presentation of the first 1917 curriculum supplement related to healthy living, I analyse the curricula of both elementary schools and civil schools between the two world wars, monitor the emergence and then disappearance of the health sciences subject, and then briefly review the new type of school created in 1946 , the circumstances of the establishment of the primary school, as well as the curriculum published in 1946 and 1950, of course also searching for content related to health promotion.

Keywords: health sciences, health promotion, primary school

Health promotion in schools. Best practice from Germany

Gabriella Nádudvari – Tünde Sárvári

Abstract

One of the most important elements of the strategies "Healthy Hungary 2014-2020" (EM, 2015) and "Healthy Hungary 2021-2027" (EM, 2017), which define the main public health goals and actions, is the comprehensive institutional/school health promotion, which focuses on healthy nutrition, daily physical education and other physical activity, education for mental health and the transfer of health knowledge and skills. The aim of our research is to investigate what good practices can be found in Germany, which, according to the 2022 survey of the German Federal Statistical Office, has the highest amount of money spent on school health promotion compared to EU Member States (DESTATIS, 2022). We are particularly interested in the topics, target groups and success rates of projects at national and province level. Our research shows that, in addition to emphasising the importance of a balanced diet and sufficient physical activity, they focus on strengthening resilience, effective stress management, effective prevention of addictions and the promotion of non-violence. The reports on the project results show that the effectiveness of each health promotion initiative depends on the participants' sensitivity to the topic, their willingness to cooperate and their networking efforts. In order to ensure the effectiveness and sustainability of school health promotion programmes in Hungary, it is worth drawing on the experience of health promotion projects in Germany.

Keywords: Germany, health promotion in schools, good practices

Problematic amount of internet use among children – Application of the Internet Addiction Test for Families (IAT-F) in Hungary

Dóra Szabó-Prievara – Klára Tarkó

Abstract

The early use of the internet is becoming an increasingly common phenomenon, and the children are becoming users of the digital world at a more and more younger age. As they get older, the amount of their internet use further increases, and even a problematic internet use may develop in adolescence. The level of involvement in certain online activities is so high, that it can lead to the neglect of other areas and tasks (e.g., homework, sleep, friends) in the life of the child. In our research, we translated the Internet Addiction Test for Families (IAT-F) questionnaire to Hungarian, and we used the two separate sets of questions compiled for parents of children aged 3-11 (Problematic and Risky Media Use in Children Checklist) and 12-18 (Parent-Child Internet Addiction Test). 225 parents participated in the data collection, their children were 117 girls and 108 boys, 114 from the age group of 3-11 and 111 from the 12-18 years old one. According to our results, more than 30 percent of the 3-11 years old age group was exhibiting risky or problematic behaviours, and among the 12-18 years old children 20 percent was at moderate, and 10 percent was at severe level. Moreover, the screen use behaviour of the parents (both in quantity and quality) correlated with the habits of the child. All these highlight the responsibility of the parents in creating the digital habits of the children, even in adolescence, not only through their regulation, but also as a role model.

Keywords: problematic internet use, child, parent, screentime

The importance of family patterns – children's and parents' media use during COVID-19

Dóra Szabó-Prievara– Gabriella Nádudvari

Abstract

Nowadays, children are also considered as media users, and this process has only been accelerated by the COVID-19 pandemic, for example by the transition to the online education. The aim of our research was to examine the parental attitude towards the media using habits of their child and the principles of regulation. We were especially interested in how the previous use has changed during the pandemic. 30 participants were interviewed, 15 parents (5 parents of pre-schoolers, 5 parents of elementary school children, and 5 parents of adolescents), and 15 participants who are planning to have children in the future. The data collection took place in the spring of 2022. The main focus of the questions were the digital facilities of the families, the amount and the rules of using digital devices. Based on our results, the families are well equipped with digital devices, and the preferred device is changing with the age of the child. The main activity is watching television among the pre-schoolers, while later on the smartphone and the children's own computer or laptop takes this place. The intensity of media use increases with age, and particularly increased during the pandemic. At the same time, parental control and the regulation of the media use decreased. However, the parental model of the use has significant impact on the child's own habits (especially at primary school age). The regulation should include not only the amount of the digital content, but also the quality and the conditions of the consumption.

Keywords: media use, parental role model, COVID-19 pandemic

The formation and prevention of burnout

Mária Mihálka

Abstract

The mental well-being of teachers cannot be considered as a private matter: they set an example with their behaviour to the pupils they educate and teach. In the helping profession the main tool of the individual is his or her own personality, and the protection or maintenance of this requires enhanced attention, awareness and responsibility in the individual's life. Different professional situations challenge helpers, because their responsibility extends to the people who are entrusted to them. Other than doubled responsibility throughout practicing their profession they are exposed to enhanced spiritual and physical strain, which makes an impression and can leave a mark on their spiritual, physical or mental health, therefore, conscious professional presence and responsibility has inestimable value. The teaching profession is a stressful job. Without the protection or maintenance of the individuals' personality, he or she risks his or her health. The manifestation of this imprint or mark could be the phenomenon of burnout. Burnout is the spiritual, physical and emotional exhaustion formed by prolonged strain and stress, during which in their social interactions the individuals cannot judge realistically either their own or other people's behaviour or performance in their environment. Negative self-evaluation and a more negative peer perception than reality is common. Work-related goals are devalued; the joy of working and the creative enthusiasm disappears and the individual's ability to cope is impaired. In the process of preventing burnout, the drafting of prevention options is necessary on personal and organizational levels.

Keywords: burnout, causes of burnout, process of burnout, prevention of burnout

Pedagogical approaches in relations and community development

Veronika Mátó

Abstract

In this short theoretical work, the understanding of community, its functioning and the characteristics of a well-functioning community will be presented. It also describes the importance of pedagogy in community development. It is crucial that professionals working with communities have this knowledge to help them to be effective in their work. A community can be taken as a cluster (Ewles and Simnett, 1999) or as a 'dynamic social unit' (Szécsényi, 2009), but it cannot be equated with the term group (Gergencsik, 2005). When a community functions well, whose characteristics are known in the literature, a sense of community is created. We become members of many communities throughout our lives. As a member of communities, relationships are formed between individuals, sometimes characterised by conflicts. As long as a community has not achieved its purpose, it exists, and there is room for improvement. The community development activity is based on understanding the potential of the community and its individual members, and fosters cooperative action. In doing so, we promote experiential learning, which helps to create a sense of community. There are many ways of learning about communities, one of which can be drama pedagogy. The game as a method can contribute to the development of communities.

Keywords: community, relationship building, community development, pedagogy

The importance of regular physical activity in the school setting

Gabriella Pósa

Abstract

In this study, we would like to provide a brief overview of the importance of regular physical exercise, whether as a preventive or curative intervention in the school setting. Within these walls, both the adult and student populations are present, including several generations, thus giving a very diverse picture of how they are affected by the physical, mental, social, environmental and societal influences. The focus is on the primary prevention and treatment of chronic, non-infectious diseases (mental disease, cardiovascular disease, musculoskeletal disorders and cancer). Musculoskeletal diseases are one of the most common problems among the working population and among students. These have an impact on our everyday life and quality of life. Generally, more than one body part or organ or organ system is affected, and multiple factors play a role in their development at the same time, so the approach must be holistic and as comprehensive as reasonably practicable (Erick, 2022).

Keywords: educators, pupils, spine, prevention

Reflections on the history of health education in schools

Attila Nóbik

Abstract

In modern societies, school systems perform many non-instructional tasks, including health education and health promotion. The aim of this study is to present features that have played a role in the development and establishment of health education in schools. The study argues that the emergence of health education in schools is closely tied with the emergence of modern societies and some of their basic phenomena. Therefore, in the first part of the paper, we present some of the features of the modernization. The increased social and governmental demand for control of the human body and mind became one of the most important consequences of modernization. Modern societies aim at defining normality and making normal bodily and mental functioning general and repressing abnormality. The social discourse on the body and the mind, which is described in the literature as 'hygiene discourse', has increasingly been conducted in medical language. Handling social issues as medical problems – medicalization – is a fundamental phenomenon of modern societies. In the final part of our study, we describe the process by which modern mass education systems and pedagogy have become a key

tool for solving social problems. Pedagogization explains the reasons why the discourse of hygiene emerged in the school context. In our opinion, health education in schools can be understood as a discourse that has medical language and takes place in schools.

Keywords: health education, modernization, hygiene discourse, medicalization, pedagogization

Health behaviour during pregnancy in national and international comparison – educational opportunities in the field of health education

Zita Kocsis-Fuszkó

Abstract

It is common among pregnant women to be more motivated to change their lifestyle during pregnancy, and to pay more attention to healthy nutrition and proper physical exercise. That is why it is worth paying more attention during this period to education related to lifestyle changes and to the organization of various prevention programs, since the women in this group are more open to health-related information. By health behaviour we mean all behaviours that are aimed at influencing health, such as healthy nutrition, physical exercise, taking vitamins, as well as health-damaging behaviours like smoking or alcohol consumption. In this study, we present the similarities and differences related to health behaviour measured in national and international samples. The comparison revealed that a certain proportion of Hungarian women did not consider healthy nutrition important before pregnancy, but this changed during pregnancy, while in England most of the respondents pay attention to healthy nutrition even before pregnancy. In Hungary, the proportion of expectant mothers taking vitamins is higher than in foreign countries. In terms of physical exercise, less than half of Hungarian women do at least 150 minutes of physical exercise a week, while a higher proportion of foreign women were physically active. The percentage of smokers is similar, but the percentage of those who drink alcohol is much higher in the Hungarian sample.

Keywords: pregnancy, health behaviour, health education, prevention

szerkesztőség

Szerkesztőség:
Szegedi Tudományegyetem
Bölcsészet- és Társadalomtudományi
Kar Dékáni Hivatal,
6722 Szeged Egyetem u 2.
e-mail: iskolakultura@iskolakultura.hu

Elektronikus változat,
közlési feltételek:
www.iskolakultura.hu

HU ISSN 1215 5233

Lapzárta: 2023. február 15.

iskolakultúra könyvek

15. *H. Nagy Péter* (2002, szerk.): Ady-értelmezések
16. *Kéri Katalin* (2002): Nevelésügy a középkori iszlámban
17. *Géczi János* (2003): Rózsahagyományok
18. *Kocsis Mihály* (2003): A tanárképzés megítélése
19. *Gelencsér Gábor* (2003): Filmolvasókönyv
20. *Takács Viola* (2003): Baranya megyei tanulók tudásstruktúrája
21. *Lajtai L. László* (2004): Nemzetkép és iskola, 1777–1888
22. *Franyó István* (2004): Biológiai műveltségünk
23. *Golnhofer Erzsébet* (2004): Pedagógiai nézetek Magyarországon, 1945–1948
24. *Bárdos Jenő* (2004): Nyelvpedagógiai tanulmányok
25. *Kamarás István* (2005): Olvasásügy
26. *Géczi János* (2005): Pedagógiai tudásátadás
27. *Révay Valéria* (2005, szerk.): Nyelvészeti tanulmányok
28. *Pukánszky Béla* (2005, 2006): Gyermekszemlélet a 19. században
29. *Szépe György – Medve Anna* (2005, 2006, szerk.): Anyanyelvi nevelési tanulmányok I.
30. *B. Nagy Ágnes – Medve Anna – Szépe György* (2006, szerk.): Anyanyelvi nevelési tanulmányok II.
31. *Géczi János* (2006): Az iskola kultúrája: nevelés és tudomány
32. *Kelemen Elemér* (2007): A tanító a történelem sodrában. Tanulmányok a magyar tanítóság 19–20. századi történetéből
33. *Medve Anna – Szépe György* (2008, szerk.): Anyanyelvi nevelési tanumányok III.
34. *Boros János* (2009): Filozófia!
35. *Hoffmann Zsuzsanna* (2009): Antik nevelés
36. *Orbán Jolán* (2010): Jacques Derrida szakmai hitvallása
37. *Boros János* (2010): A tudomány, a tudás és az egyetem
38. *Géczi János* (2010): Sajtó, kép, neveléstörténet
39. *Révay Valéria* (2010): A nyelvhasználat szintjei a XVII–XIX. században Északkelet-Magyarországon
40. *Medve Anna – Farkas Judit – Szabó Veronika* (2010): 4×12 mondat
41. *Koltai Zsuzsa* (2011): A múzeumi kultúraközvetítés változó világa
42. *Boros János* (2011): Demokrácia és szabadság
43. *Érfalvy Lívia* (2012): Kosztolányi írásművészete
44. *Nagy Péter Tibor* (2012): Oktatás, -történet, -szociológia
45. *Horváth József* (2012): Íráspedagógiai tanulmányok
46. *Boros János* (2013): Időszerű etika
47. *Boros János* (2014): Szenvedély és szükségszerűség
48. *Mészáros György* (2014): Szubkultúrák és iskolai nevelés
49. *Bence Erika* (2015): Virtuális irodalomtörténet
50. *Mekis D. János* (2015): Auctor ante portas
51. *Boros János* (2016): Etika és politika
52. *Racsko Réka* (2017): Digitális átállás az oktatásban.

Lippai László – Vitrai József

Merre tovább a magyar iskolai egészségfejlesztésben?

A teljeskörű intézményi egészségfejlesztés a köznevelési intézmények egy évtizede kötelezővé tett feladata. Azonban a közelmúltban olyan fontos nemzetközi szakdokumentumok láttak napvilágot, melyek indokolttá teszik a hazai helyzet átgondolását, és bizonyos mértékű újraértékelését. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2021-ben megjelent „Tegyünk minden iskolát egészségfejlesztő iskolává" című szakanyaga, valamint az Iskolák az Egészségért Európában Hálózat módszertani kézikönyvének 2020-ban aktualizált verziója alapján tanulmányunkban felvázoljuk a köznevelésben megvalósuló egészségfejlesztés jelenlegi célkitűzéseit, a hatékony egészségfejlesztésre vonatkozó elméleti kereteket és globális standardokat, valamint a gyakorlati megvalósításra vonatkozó szakmai ajánlásokat is. Megítélésünk szerint minél nehezebb anyagi, szakmai és társadalmi helyzetben vannak a köznevelési intézmények, annál szükségesebb, hogy a lehetőségekhez igazodva önerőből is történjenek lépések az adott közösség egészségét veszélyeztető tényezők enyhítésének irányába. Tanulmányunkban, a fenti a szakanyagok elemzésével ebben szeretnénk támpontokat nyújtani az egészségfejlesztés iránt érdeklődő pedagógusok, iskolaegészségügyi szakemberek, iskolai vezetők és döntéshozók számára.

Tarkó Klára – Mátó Veronika – Uitumen Erdenezul – Szabó-Prievara Dóra

HECAT – Az egészségnevelési feladatok (keret)tantervi megjelenésének elemzésére szolgáló eszköz

Az egészségnevelés, egészségfejlesztés színtér alapú megközelítése értelmében az iskola az egyik legfontosabb helyszíne az egészséges életmódra történő szocializálásnak. A modern egészségnevelés az egészség holisztikus megközelítésére építve egyaránt foglalkozik az egészség testi, mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi dimenzióival. Az egészségnevelés akkor sikeres, ha a szokásváltoztatást tűzi ki céljául, vagyis segíti az életmódot örömmel végzett szokások rendszerévé alakítani és ezáltal minőségi életet élni élethosszig tartóan. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés közoktatásra vonatkozó célkitűzéseit Magyarországon a Nemzeti Alaptanterv határozza meg, részletezése a kerettantervek, helyi tantervek és pedagógiai programok szintjén történik. Jelen írásunk egy az egészségnevelési (keret)tantervek elemzésére szolgáló eszköznek (Health Education Curriculum Analysis Tool – HECAT) a rövid, figyelemfelkeltő bemutatására törekszik. A HECAT célja, hogy lehetővé tegye az egészségnevelés, egészségfejlesztés nemzeti-, kerettvagy helyi tantervi megjelenésének konzisztens és átfogó elemzését, melynek eredményei nyomán sor kerülhet a tanterv felülvizsgálatára, fejlesztésére és megerősítésére és ezáltal az iskola egészségnevelési feladatokat ellátó pedagógusai képessé válnak hatékonyabban befolyásolni az iskoláskorú gyerekek és fiatalok egészségmagatartását és egészségmutatóit.

Kollányi Zsófia – Várfi Melinda

Részvételi módszerek az iskolai egészségfejlesztésben

A részvételi módszereket a világ számos pontján alkalmazzák egészségfejlesztési programok kidolgozásában. A módszer lényege, hogy egy program célcsoportját és más érintettjeit magukat is bevonják a program kidolgozásába, akár a problémafelmérés fázisától. Az így kidolgozott programok reálisabb, pontosabb, a célcsoport valóságérzéklésének jobban megfelelő problémadefiníciókat, az ezekhez és a rendelkezésre álló erőforrásokhoz és korlátokhoz jobban illeszkedő beavatkozási irányokat alkalmaznak, és jelentősen növekedhet az érintettek elkötelezettsége a program, illetve a probléma leküzdése iránt. Ezért a részvételi alapokon álló programok hatásosság és hatékonyság tekintetében is versenyképesek az érintetteket be nem vonó, kizárólag szakértői tervezésen alapuló programokkal szemben. Emellett a részvételi eljárás maga is számos pozitív folyamatot indíthat be a helyi közösségekben, amelyek maguk is hatással lehetnek az egészségi állapotra. A részvételi programok jelentősen különbözhetnek egymástól aszerint, hogy a döntéshozatali, illetve döntés-előkészítési folyamat mely szakaszában, milyen módon, és milyen céllal vonják be az érintetteket. A tapasztalatok szerint annál nagyobb hatású lehet a részvételi folyamat, a döntéshozatalnak minél korábbi szakaszában, az érintettek egymás közötti interakcióit minél nagyobb mértékben lehetővé tevő módon, és a tényleges megerősítés szándékával történik meg az érintettek bevonása.