

A Gál Ferenc Egyetem tudományos folyóirata

DELIBERATIONES

Scientific Journal of Gál Ferenc University

14. évfolyam 2. szám 2021/2

Vol. 14; Ed. No.2/2021

A Gál Ferenc Egyetem tudományos folyóirata
DELIBERATIONES

Scientific Journal of Gál Ferenc University

Főszerkesztő / Editor: Janka Ferenc

Szerkesztésért felelős személy / Responsible editor: Halasi Szabolcs

Szerkesztő Bizottság / Board

ÁRPÁSI ZOLTÁN, FEJES RUDOLF ANZELM, GELLÉN MÁRTON, GURKA DEZSŐ,
HALASI SZABOLCS, HORVÁTH GÁBOR, JUHÁSZ ATTILA, KOVÁCS JÓZSEF,
PETRÓCZI ERZSÉBET, PUSKÁS ATTILA, VAJDA TAMÁS

Szerkesztőségi titkár / Secretary

Kónya Tünde

Lektorálta / Lectors

Árpási Zoltán, Halasi Szabolcs, Horváth Gábor,
Janka Ferenc, Kovács József, Soós Zsolt, Vajda Tamás, Párduczné Szöllősi Andrea,
Petróczi Erzsébet, Szabóné Balogh Ágota

Borító / Cover: Horváth Gábor fotója

Kiadó / Publishing: Gerhardus Kiadó

Felelős kiadó / Responsible: Dux László, rektor

Kiadó/szerkesztőség címe / Contact: 6720 Szeged, Dóm tér 6.

E-mail: deliberationes@gfe.hu

Terjesztési forma: nyomtatott és online

Distribution: print and online

ISSN 1789-8919

e-ISSN 2786-1562

TARTALOM

Deliberationes tudományos folyóirat

14. évfolyam 2. szám 2021/2

e-ISSN 2786-1562

Gál Ferenc Egyetem

Deliberationes Scientific Journal

Vol.14; Ed.No.2021/2

ISSN 1789-8919

Gál Ferenc University, Hungary

BEKE SZILVIA - TÖMŐ ZSOLT

AZ EGÉSZSÉG, MINT FOGALOM ÉS ÉRTÉK ALAKULÁSA
A JÁRVÁNYÜGYI IDŐSZAK TÜKRÉBEN. 5

TODAY, THE PANDEMIC SITUATION IS REDEFINING
HOW WE THINK ABOUT HEALTH AS A CONCEPT OR VALUE. 5

SÁNDOR ZITA

BETEGSÉGRŐL ALKOTOTT KÉP FELTÁRÁSNAK
FONTOSSÁGA A GYÓGYÍTÓ MUNKÁBAN. 14

THE IMPORTANCE OF THE MEASURING ILLNESS COGNITIONS
DURING THE HEALING WORK 14

ROBERT PAP, BORIS POPOVIĆ, SZABOLCS HALASI, JOSIP LEPES

AZ 5-6 ÉVES LÁNYOK KOORDINÁCIÓS MINŐSÉGÉNEK KÜLÖNBBSÉGE,
FIGYELEMBE VÉVE A TÁPLÁLKOZÁSI ÁLLAPOTUKAT 27

QUALITY OF COORDINATION IN 5-6 YEARS-OLD GIRLS,
IN RELATION TO NUTRITIONAL STATUS 27

KOZMA GÁBOR, PETRÓCZI ERZSÉBET, THÉKES ISTVÁN, NAGYNÉ HEGEDŰS ANITA

A COVID-19 JÁRVÁNY OKOZTA MAGYARORSZÁGI
2021. TAVASZÁN BEVEZETETT DIGITÁLIS TÁVOKTATÁS
HATÁSA A PEDAGÓGUSOK ÉS A SZÜLŐK SZEMSZÖGÉBŐL -
A KÉRDŐÍVEK BEMUTATÁSA. 39

THE IMPACT OF DIGITAL DISTANCE LEARNING ON TEACHERS'
AND PARENTS' PERCEPTIONS OF THE COVID-19
EPIDEMIC IN HUNGARY IN SPRING 2021
- PRESENTATION OF THE MEASURING INSTRUMENTS 39

HOMOKI ANDREA

ÚTKERESÉSEK - ÓVODAI ISKOLAI SZOCIÁLIS

SEGÍTÉS FEJLŐDÉSE HAZÁNKBAN64

GROPINGS - THE INCREASING OF THE KINDERGARTEN

AND SCHOOL SOCIAL SUPPORTING64

AZ EGÉSZSÉG, MINT FOGALOM ÉS ÉRTÉK ALAKULÁSA A JÁRVÁNYÜGYI IDŐSZAK TÜKRÉBEN

Beke Szilvia,¹Tömő Zsolt²

1 Gál Ferenc Egyetem, Egészség- és Szociális Tudományi Kar
2 Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola

Absztrakt

Napjainkban a járványügyi helyzet újra definiálja az egészségről, mint fogalomról, illetve értékről alkotott képünket.

A tanulmány szakirodalmi összefoglalás alapján egy átfogó képet kíván adni, az egészség, mint fogalom értelmezésében bekövetkező folyamatos változásról, valamint a fogalom tárgykörébe tartozó szegmensek meghatározó jellegéről és az abban bekövetkező értékszemplélet változásáról.

A WHO egészségfogalmának 1946-ban történő megalkotása óta, folyamatos fejlődésen és változáson megy át. A korábbi teljes és magasfokú fizikai, szellemi, szociális jólléti állapot idealisztikus képéből, mára egy sokkal inkább realiztikus és az egyes egészségdeterminánsok közötti dinamikus kapcsolatra fókuszáló elképzelés az elfogadott.

Az egészségdeterminánsok közötti kapcsolatok meghatározó jellegét szem előtt tartva számos egészségmodell megalkotására került sor, melyet a tanulmány szerzői részletesen bemutatnak, azzal a szándékkal, hogy mindennek az értékszempléltre gyakorolt hatását kiemeljék. Egy-egy modell által képviselt értékszemplélet nem csak elméleti jelentőségű, hiszen a szakemberek által közvetített kép közvetetten, de kihat az egyén, illetve közösség egészségi állapotára is. Korábbi évtizedek szakmai elképzelését a biomedikális modell határozta meg, mely az egészséget alapvetően testi oldalról közelítette meg, s a lelki egészség jelentős mértékben háttérbe szorult, mind a prevenció, mind a gyógyítás színterein. A napjainkra jellemző holisztikus szemlélet ugyanakkor pont ennek ellenkezőjét képviseli, s az emberre teljes komplexitásában tekint, melyet a jelenlegi járványügyi helyzet csak még tovább erősített, hiszen a postcovid szindróma testi tünetei mögött számos mentális egészséget érintő probléma is megjelenik. A pandémia egészségre gyakorolt káros hatásai a magyar populáción belül is romló mentális státuszt eredményeztek, így a lelki egészség tekintetében

is káros következményekkel kell számolnunk, mely az érték szemléletet és az egészség fogalmának kérdéskörét is befolyásolja.

Kulcsszavak: egészségdeterminánsok, egészségmodellek, érték szemlélet, mentális egészség

TODAY, THE PANDEMIC SITUATION IS REDEFINING HOW WE THINK ABOUT HEALTH AS A CONCEPT OR VALUE

Szilvia Beke,¹ Zsolt Tömő²

1 Faculty of Health and Social Sciences, Gál Ferenc University, 2 University of Pécs

Based on a review of existing academic literature, the study aims to provide a comprehensive picture of the ongoing change in the interpretation of health as a concept, as well as the dominant nature of its segments and the shift in its perception as a core value.

Since the WHO concept of health was coined in 1946, it has undergone continuous development and change. Leaving behind the earlier idealistic picture of full and high-level physical, mental and social well-being, a much more realistic idea is now accepted, with a special focus on the dynamic relationship between the different determinants of health.

Bearing in mind the dominant nature of such relationships, a number of health models have been developed, which are presented in detail by the authors in order to underline their role in framing health as a key concept and value. The various approaches of the models are not only of theoretical importance, as the interpretations offered by the experts, albeit indirectly, affect the health of the individuals or the community as well. In previous decades, the dominant concept relied on the biomedical model, which approached health from a basic physical point of view, and mental health was significantly pushed into the background, both in the fields of prevention and treatment. At the same time, today's holistic approach represents the opposite view and acknowledges the full complexity of the human being. This thinking has been further reinforced by the current pandemic since the physical symptoms of the post-COVID (Coronavirus Disease) syndrome are often triggered by problems related to mental health. The detrimental effects of the pandemic on health have resulted in a deteriorating mental status within the Hungarian population, so we have to reckon with negative consequences for mental health as well, which affects the value approach and the issue of the concept of health, too.

Keywords: determinants of health, health models, value approach, mental health

AZ EGÉSZSÉG, MINT FOGALOM

A WHO egészségfogalmának 1946-ban történ megalkotása óta, folyamatos fejlődésen és változáson megy át. A hagyományos megfogalmazás, mely kimondja, hogy az egészség, nem más, mint „ az ember teljes és magasfokú, testi, lelki és szociális jólléti állapota, nem csak a betegség vagy rokkantság hiánya”. Ebben a megfogalmazásban egy idealisztikus célállapot került meghatározásra mely a legritkább esetben teljesül ilyen formában, így hazánkban is fogalmaztak meg kritikákat. „A WHO által megalkotott egészségdefiníció Székely (2007) álláspontja szerint – bár értéke vitathatatlan – statikus jellegűnek tekinthető, mely nem alkalmazható az egyes emberre, s nem lehet mutatója a lakosság egészségi állapotának sem, csupán arra a kérdésre ad választ, hogy mi szükséges az egészséghez.” (Petőné Csima, 2012). Realistábbnak tűnik a következő értelmezés: Az egészség az egyén biológiai működése, valamint a kora és neme szerint elérhető és/vagy a társadalom által elvárt biológiai működése közötti megfelelés. Az egészség megítélése a funkciók működésén (képességek, korlátozottságok), a fájdalom létén, jellegén, és mindennek az egyén általi mentális feldolgozásán (elfogadásán) alapul (ÁEEK, dátum nélk.). Az elvárt érték, azonban ismételtlen számos filozofikus kérdést vet fel, hiszen egy-egy társadalom elvárását számos tényező befolyásolja, így:

- Milyen jellemzőkkel bíró egyént tart egészségesnek az adott társadalom?
- Milyen szempontokat vesz figyelembe akkor, amikor egészséges életmódról beszélünk?
- Hol foglal helyet az egészség, a társadalmi értékrendszerben?
- Kinek, kiknek a felelőssége a felnövekvő generáció egészségműveltségének kialakítása

A kérdéssor szinte végeláthatatlanul folytatható lenne, ugyanakkor az elmúlt évtizedek demográfiai és egészségmutatóit is áttekintve elmondható, hogy hazánk helyzete korántsem mondható biztatónak.

A hazai társadalom egészségi állapota a legrosszabbak közé sorolható Európai Unió viszonylatban, különösen igaz ez a férfiakra és a sérülékeny csoportokra.

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MUTATÓI

Magyarországon a KSH adatai alapján elmondható hogy a jó egészségnek örvendő lakosság aránya 4%-s visszaesést jelzett 2019-ben az előző évek értékeihez viszonyítva. Egy 2018-ban készült kutatás rámutat, hogy az EU-n belül Magyarország az alsó negyed rangsorolást kapta, ahol a legalacsonyabb a jó egészségnek örvendő aránya. Az objektív mutatókat nézve számos Európai Unió országban a modern terápiás, diagnosztikus, prevenciósi eljárásoknak köszönhetően jelentős javulást értek el többek között a szív- és érrendszeri megbetegedések terén is, hazánkban is regisztrálható némi javulás, de korántsem olyan mértékű, mint más országokban (Európai Unió több mint 40%-kal csökkent az ischaemias szívbetegségből eredő halálozás, míg Ma-

gyarországon 12%-os a javulás). Sajnálatosan a rosszindulatú daganatos megbetegedések terén sem jobb az adatok, sőt szembeütően hazánkban a legmagasabb ezen érték, annak ellenére, hogy a nők esetében méhnyak-, emlőrák, míg férfiak esetében vastagbélrák korai felfedezése érdekében szervezett szűrővizsgálatok zajlanak, melyen történő megjelenési arány jelentősen elmarad a kívánatostól. Mindez ugyancsak visszavezethető a lakosság alacsony szinten álló egészségműveltségére, illetve egészségtudatosságára (OECD, 2019).

Az egészséget befolyásoló rizikófaktorok tekintetében Magyarországon az egészségmagatartás, mint rizikótényező tehető leginkább felelőssé a mortalitásért (KSH, 2019).

Pozitív változás a hazai egészségkutatási eredmények között (szubjektív jóllét, mentális egészség), hogy 2019-ben Magyarországon többen éltek meg jó emocionális egészségi állapotot ahhoz képest, mint a korábbi 2014-es statisztikai adatok mutatnak, így tehát a pozitív emocionális egészség tekintetében a hazai index a korábbi 58,5-ről 65,3-a emelkedett (*WHO- 5-jóllét index, KSH, 2019*)¹. Mindezen adatok az egészségi mutatókra is nyilvánvalóan hatást gyakorolnak, legfőképp ha az egészséget a bio-pszicho-szociális modell mentén definiáljuk.

A 2020 márciusa óta tartó járványügyi helyzet, rákényszerítette a szakembereket, hogy mélyebben foglalkozzanak az egészség kérdéskörével, több aspektusból is szemlélve a fogalmat, beleértve a járvány fizikai, pszichikai és szociális egészségi státuszra gyakorolt rövid és hosszú távú hatásait.

Egy korábbi OLEF2000 felmérés szerint, mint az egészséget befolyásoló tényező, a feszültség és a stressz jelenléte szerepel a második leggyakoribb okként (férfiak esetében 37%) míg nők esetében harmadik okként 37,4%-os arányt vonva maga után.²

Az egészség állapotra vonatkozó kutatások során a betegséget indikátorként használják, és elsősorban a leggyakoribb szomatikus betegségeket mérik, s csupán a vizsgálatok kisebb hányada tér ki a mentális, szociális állapot mérésére (Kállai, Varga, & Oláh, 2014).

AZ EGÉSZSÉG FOGALOM MEGKÖZELÍTÉSE A BIO-PSZICHO-SZOCIÁLIS MODELL ÉS EGYÉB EGÉSZSÉG-PERSPEKTÍVÁKON KERESZTÜL

Az egészség fogalmát számos modell alapján tudjuk értelmezni. Az akadémikus orvoslás által előnyben részesített biomedikális modellen túlmenően egyre nagyobb teret igényelne az a holisztikus megközelítés mely az egészséget bio-pszicho-szociális szegmensek alapján definiálja.

Engel 1977-ben fogalmazta meg, hogy a betegségek hátterében egy komplexebb hatásrendszert kell keresnünk, melyben az eddigi ismereteken túl pszichoszociális faktorok kölcsönhatásait is vizsgálnunk kell. A betegségre való fogékonyságra, a

1 https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/szubjektiv_jolet_2019/index.html

2 https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/846/Kutatasi_jelentes2000.pdf

betegség kiindulási idejére, a lefolyás súlyosságára hatást gyakorolnak, úgynevezett pszichofiziológiai kölcsönhatások és interakciók. A fizikális-szöveti károsodások, funkcionális zavarok vizsgálata mellett fontos lenne hangsúlyt fektetni mind arra, hogy milyen viselkedésbeli, emocionális és szociológiai változások mennek végbe a betegséggel küzdő személy betegséghez, diagnózishoz fűződő relációjában. A gyógyító tevékenységben részt vevő szakemberek számára egy megbetegedés biológiai okán túlmenően társadalmi és pszichológiai faktorok meglétének a hatásait is fókusz alá kellene venni. Az egészség helyreállításában tehát nélkülözhetetlen a modell alapján a betegség háttértényezőinek alaposabb vizsgálata, felderítése (Urbán, 2017).

A holisztikus rendszerszemléletű megközelítés figyelembe vesz olyan szegmenseket is, melyek a biomedikális nézőpontra túlmutatnak.

Az egészségi állapot felbomlását okozó multifaktoriális szemlélet ellentétben a monokauzális kontextussal körülbelül a XX. század derekán kezd előtérbe kerülni a krónikus betegségek etiológiáját tartva szem előtt. A krónikus betegségek epidemiológiai vizsgálataiban már bizonyítást nyert a pszichológiai és a társadalmi faktorok szerepe (Kömüves, 2017).

Az egészség, mint értékrendszerünk legmagasabb foka, értelmezésében több szubjektív komponens jelenléte is domináns szerephez jut. A WHO már az 1946 évi egészség definíciójában utal az egészség komplexitására, több faktoros mivoltára (testi, lelki, szociális jóllét), ami holisztikus megközelítést tükröz. A szubjektivitást azért emelném ki, mivel az egészség komplexét mérni egy mutatóval nem feltétlenül szemlélteti a komplexitásban rejlő egyéb tényezőket, noha már egy mutató segítségével következtetni lehet egy későbbi morbiditási ráta eredményeire. Az egészség 1984-es újra definiálása már úgy határoz, mint az egészség, egy egyfajta egyensúlyi állapot, egy adekvát életminőség forrása, mely inkluzív biológiai, személyes és szociális funkcionálisitást (Pikó, 2005).

Égészségpszichológiai kontextusból szemlélve az egészségi állapot nem más mint egy olyan erőforrás melyre az életünk követelményeivel való megküzdés esetén támaszkodhatunk. Az egészségpotenciál egy két elemből álló rész mely biológiai és a szerzett potenciállal értelmezhető. Életünk során a biológiai potenciálunk csökkenését ellensúlyozza a szerzett kompetencia, mely tartalmazza fizikai, pszichológiai, spirituális, tanulási kompetenciákat, illetve a társas kapcsolati erőforrásokat (Urbán, 2017).

Az egészségi állapot egy komplex, objektív és szubjektív komponensekből álló jelenség, mely szorosan kapcsolódik a pszichikai dimenziókhöz, ugyanis a testi-lelki működések kölcsönhatásai alakítják az egészségi állapotot. A jelenleg tapasztalt egészségi állapotunk mentális leképződés révén hatást gyakorol életminőségünkre (Pikó, 2005).

Andrejkovics és munkatársai (2013) tanulmányában részletesen ír egy a bio-pszicho-szociális modellt kiegészítő bio-pszicho-szocio-spirituális modellről, mely klinikai alkalmazása során jelzi hogy bizonyos megbetegedések esetében nem elégséges csupán a terápiát biológiai, pszichés, és szociális aspektusokból felállítani hanem

a spirituális identifikációt, valamint a transzperszonális szelf fejlődésre is fókuszálni kell.

A spiritualitás beépítése a terápiába nyilván nem minden betegség esetén egyforma fontossággal bír, de például a szenvedélybetegségekben (drog, alkohol), a poszttraumás stressz zavarban küzdők esetében jelentős javulást hozott. A bio-pszicho-szociális modell és a spirituális dimenzió között ugyan különbözőség van, viszont kölcsönös kapcsolat megléte révén a gyógyulás-gyógyítás folyamatában fontos a páciens spirituális előéletének ismerete, vallásos/spirituális megküzdési stratégiák, alkalmazása, spirituális jólléti fok/konkrét spirituális szükséglet feltérképezése. Mindig mérlegelni szükséges, hogy a spiritualitás alkalmazása mennyire segíti az adott problémában (betegségben) való előrelépést, de több szempontrendszer szerinti megközelítést alkalmazhat a terapeuta (pl. közös perspektíva, világnézet, hitrendszer alapján).

Chally, Carlson (2004), Awasti (2011) szerint (idézi: Andrejkovics és munkatársai) a krónikus betegségben szenvedők rehabilitációjában fontos szerepet tölt be a spirituális dimenzió.

Ezen perspektívájú modell iránti hivatalos szemléletváltásra viszont még várunk kell (Andrejkovics, Gasparik, Bokor, & Frecska, 2013).

Maga a spiritualitás jelenléte számos krízisben, betegségekben, különböző negatív aspektusú élethelyzetekben adhat mankót az egyénnek. Ezt a megállapítást tükrözi egy korábbi kutatás is, mely szerint a vallásosság az adaptív copingok kiválasztásán keresztül fejti ki pozitív lelkiegészség védő funkcióját (Kézdy, Martos, Urbán, & Horváth-Szabó, 2010).

Amennyiben pszichikai zavar áll fenn, mindez fizikális állapotunkra is hatást gyakorol, mindezen megállapítás biokémiai hatásmechanizmussal igazolható, ugyanis Knox (2001) szerint a pszichoszociális stressz és az érfalak elmeszesedését okozó plakkok között összefüggést fedeztek fel (Pikó, 2005). A bemutatott kutatások megállapításai is tükrözik, hogy a pszichénkben keletkezett zavar befolyással bír az egészségi állapotunkra, s a testi tüneteken túl lépve mentális státuszunk is legalább akkora figyelmet igényel.

Az egészség úgynevezett adaptációs készségként is definiálható, mely segítségével a körülöttünk végbemenő változásokra reagálunk, így nyilván sikeres adaptáció megköveteli a jó egészségi állapotot. A biopszichoszociális modell sajnos nem vált általános gyakorlat részévé a gyógyító tevékenység során. Ezen modell legeredményesebb tudományos alapokon nyugvó legitimációja volt az 1980-as években megjelenő pszichoneuroimmunológia (Csabai & Molnár, 2009).

Ross és Wu (1995), idézi (Kállai, Varga, & Oláh, 2014) szerint az egészségpszichológiai kutatások révén bizonyított, hogy az iskolázottság olyan fontos erőforrásokat alakításában vesz részt mint a életirányítási készség és a társas támogatás, így akik magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek pszichoszociális erőforrásaik jóval nagyobbak ezáltal jobb egészségi állapotnak örvendenek. Így az is elmondható, hogy a magasabb személyes kontrollt képviselő személyek egészség önértékelése kedvezőbb,

mint az alacsonyabb kontrollal rendelkezőké. A társas támogatás egészségre gyakorolt pozitív szerepe pszichikai és viselkedésszerű mechanizmusok révén jut érvényre, csökkentve a mortalitást, a depressziót, a szorongást (Kállai, Varga, & Oláh, 2014).

Az egészség fogalmának meghatározásában a fizikális tünetek hiánya, a jóllét állapota mellett a személyi erőforrások megőrzése és a környezeti tényezőkhöz való alkalmazkodási képesség is szerepet kap. Mind az objektív mind a szubjektív szociális helyzet meghatározó jelzője az egészségnek és a várható élettartamnak, ugyanakkor mindezen perspektívák magyarázatával intervenciók lehetőségeit tudunk eszközölni az egészségi egyenlőtlenségi mutatók csökkentésében (Urbán, 2017).

A fogyasztói társadalomban az egészség mint érték, szisztematikusan átértékelődik, ugyanis amennyiben az egyén egészségi állapota romlik vagy elveszíti, a mai társadalom úgy mond „vesztesévé” válik szocio-ökonómiai szempontból nézve, ugyanis ebben az esetben maga az egészség egyfajta fogyasztási potenciált biztosító eszköz is, ugyanakkor meghatározza az egyén társadalmi pozícióját is (Pikó & Keresztesi, 2019).

A PANDÉMIA ÉS AZ EGÉSZSÉG

2020 március 12 napján a WHO világvilágjárványnak nyilvánította az új típusú koronavírus. Ezzel egy új korszak vette kezdetét globális és nemzeti téren egyaránt, életünk egyre több színterét, elemét érintve.

A pandémia első hullámában végzett kutatás alapján az egészségi állapot és mentális státusza tekintetében nem jeleztek változást, ugyanakkor 10%-ának mentális egészségi állapotára hatást gyakorolt a járványügyi helyzet (Vida & Popovics, 2021).

A vírus terjedésének redukálása miatt alkalmazott karanténkötelezettség – a mentális egészség – PTSD között szoros relációt fedeztek fel, a hosszabb karantén (10 napon túli) romló mentális egészséget és több PTSD szimptomát eredményezett. Az infekció rizikójának való kitettség altruista megközelítése viszont csökkentette a PTSD és a depresszív tünetegyüttes megjelenését (Perczel-Forintos, 2020).

Osváth (2021) szerint a pandémia következtében az egészségi állapotot döntő mértékben befolyásoló distressz, szorongásos, depresszív tünetek valamint az addiktív magatartások növekedése került előtérbe. Az infekción átesettek körében szintén emelkedést észleltek a mentális eredetű zavarok tekintetében, ugyanis a szorongásos, depresszív tünetek számával egyidőben nőtt a PTSD megjelenési száma a fertőzést követően kialakuló hatások perspektíváját véve alapul (Osváth, 2021). A PTSD-n túlmenően beszélnünk kell a COVID megbetegedésen átesettek körében előforduló post-covid szindrómáról is, mely nagy mértékben ronthatja a későbbi egészségi állapotot, életminőséget.

A post covid tünetegyüttes esetén megkülönböztetünk akut és prolongált fázisokat, melyek neurológiai és neuropszichiátriai, cardiovascularis, pulmonológiai, reumatológiai szimptomákként manifesztálódnak. A postcovid szindróma a tünet-

mentes és fertőzősen átesett populációt is érintheti, ezért nehéz megbecsülni a valódi post-covid neuropszichiátriai tüneteket produkálók számát, viszont a kórházban kezelt páciensek 50%-a érintett (Freckska & Balla, 2021). Mindezen manifesztációk hatást gyakorolnak az egyén mentális/lelki státuszára, ezáltal rontva az általános egészségi állapotot.

Potenciális mértékben az egész társadalmat, mind a nem fertőzött populációt is jellemzi a letalitástól a szomatikus szövődményektől való félelem problematikája, másfelől a meghozott járványügyi intézkedések miatt kialakuló szociális elszigeteltség, valamint a meghozott intézkedések miatti esetleges munkanélküliség, pénzügyi gondok miatti szorongás okozva fokozva a mentális egészségre gyakorolt terhelést (Demertovics & Király, 2021).

ÖSSZEFOGLALÁS

A jelenleg is zajló pandémia átértékeli az eddigi egészséghez fűződő attitűdünket, érték szemléletünket. A tudomány egészség koncepcióin túlmenően nagyobb teret, prioritást kellene kapjon a holisztikus szemlélet, mivel a járvány pre- és poszt megközelítéséhez az egészség mentális dimenzióját is inkluzíválnunk kell. A bio-pszicho-szociális modell bizonyos betegségek redukálásában, eliminálásában kardinális jelentőségű lenne. A pandémia mentális hatásainak redukációjában, a neuropszichiátriai zavarok számának csökkentésében, prevenciójában szintén a mentális dimenzióra helyezett fókusz jelenthet segítséget, ezáltal javítva a lakosság egészségi státuszát.

Az akadémikus orvoslás nyitása a spirituális dimenzió felé egy mérőföldkő lenne a holisztikus szemléletű gyógyításban és véleményünk szerint ezen sík beépítése a terápiába hatékonyabbá tehetné a gyógyítás egészét. Jelen helyzetben már az előrelépés lenne, ha a szimptomák gyógyításán túlmenően a bio-pszicho-szociális megközelítés jutna érvényre.

Mindezzel együtt fontos, hogy az egészség fogalmát és annak determinánsait az egyén, közösség szociális és gazdasági környezetében értékeljük, s akkor, amikor annak bármely szegmensében beavatkozást tervezünk, számoljunk a többi szegmensre gyakorolt hatásával is.

Kapcsolattartó szerző:
Beke Szilvia
Gál Ferenc Egyetem
Egészség- és Szociális Tudományi Kar
5700 Gyula
Szent István tér 17-19.
beke.szilvia@gfe.hu

Corresponding author:
Szilvia Beke
Faculty of Health and Social Sciences,
Gál Ferenc University
Szent István square 17-19.
5700 Gyula, Hungary
beke.szilvia@gfe.hu

IRODALOMJEGYZÉK

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019). Magyarország Egészségügyi országprofil 2019. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_hu_hungary.pdf (Letöltés: 2021. november 3.)
- Perczel-Forintos, D. (2020). A jót keresd, ne a rosszat-megküzdés járvány idején. A COVID-19 pszichés hatásai. *Orvosképzés*, 95(3), 562-569.
- Vida, V., Popovics, P. (2021). A COVID-19 járvány hatása Magyarországon az élet különböző területeire (munka, magánélet, egészségi és mentális állapot). *Régió kutatás Szemle*, 4 (1), 25-36. doi:10.30716/RSZ/21/1/2
- Osváth, P. (2021). A COVID-19-pandémia mentálhigiénés következményei. Hogyan tudunk felkészülni a pszichodémiás krízisre? *Orvosi Hetilap*, 162 (10), 366-374. doi:10.1556/650.2021.31141
- Frecska, E., Balla, P. (2021). A COVID-19 fertőzés neuropszichiátriai szövődményei. *Lege Artis Medicinae*, 31.(7), 267-273.
- Pikó, B. (2005). *Lelki egészség a modern társadalomban*. Budapest: Akadémia Kiadó.
- Andrejkovics, M., Gasparik, É., Bokor, P., Frecska, E. (2013). Az orvoslás és a pszichoterápia új paradigmája: a bio-pszicho-spirituális modell. *Pszichoterápia*, 22.(2), 93-99.
- Csabai, M., Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Medicina Könyvkiadó.
- Kállai, J., Varga, J., Oláh, A. (2014). *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó.
- Kézdy, A., Martos, T., Urbán, S., & Horváth-Szabó, K. (2010). A vallásos attitűdök, megküzdési módok és a lelki egészség összefüggései serdülő és fiatal felnőtt korban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(1), 1-16.
- Pikó, B., Keresztesi, N. (2019). *Sport, lélek, egészség*. Akadémia Kiadó. doi:10.1556/9789634544630
- Urbán, R. (2017). *Az egészségpszichológia alapjai*. ELTE PPK.
- Kőműves, S. (2017). Az engeli biopszichoszociális modell. *Metszetek*, 4.(2.), 98-123.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH). (2019) *Európai Lakossági Egészségfelmérés*. (2019). https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/szobjektiv_jolet_2019/index.html (Letöltés: 2021. 10. 23.)
- Petőné Csima, M. (2012). *Az egészségmagatartás és koherencia-érzet szerepe az életminőség formálásában*. PhD disszertáció <https://docplayer.hu/47936766-Pecsi-tudomanyegyetem-bolcseszettudomanyi-kar-oktatas-es-tarsadalom-nevelestudomanyi-doktori-iskola-nevelesszociologia-program-petone-csima-melinda.html> (Letöltés: 2022.01.26.)
- Magyar Tudományos Akadémia (2021.március 2.) Demertovics, Z., Király, O.. A COVID-19 járvány hatása a mentális egészségre., forrás: https://mta.hu/tudomany_hirei/a-covid-19-vilagjarvany-hatasa-a-mentalis-egeszsegre-111251 (Letöltés: 2022.. 01. 16.)

BETEGRŐL ALKOTOTT KÉP FELTÁRÁSNAK FONTOSSÁGA A GYÓGYÍTÓ MUNKÁBAN

Sándor Zita

Gál Ferenc Egyetem, Egészség- és Szociális Tudományi Kar

Absztrakt

A komplex gyógyító munka során kiemelten fontos a szomatikus betegek betegséggel kapcsolatos nézeteinek és attitűdjeinek feltárása. Kutatások bizonyítják ugyanis, hogy a betegségrepresentációk számos gyógyulással összefüggő folyamatra közvetlen és közvetett hatással vannak.

A tanulmány célja bemutatni a betegségrepresentációk jellegzetességeit, valamint feltárásának lehetőségeit különböző kvantitatív és kvalitatív technikákkal. Továbbá esetek ismertetésével bemutatni a betegséggel kapcsolatos nézetek vizsgálata során nyerhető információkat.

Az elméleti áttekintés során hangsúlyozásra kerül, a betegségrepresentációk szubjektívek, egyediek, és a betegséglefolyás során folyamatosan változnak, továbbá eltérnek a kezelőszemélyzet nézeteitől. Valamint, hogy a betegséggel kapcsolatos kogníciók befolyásolják betegségviselkedést, valamint a testi és lelki felépülés különböző faktoraikat, így ezek feltárása és szükség szerinti módosítása a gyógyító munka során fontos.

A reprezentációk feltárására kvantitatív és kvalitatív módszerek is rendelkezésre állnak. A leginkább elterjedt mérőeszközök a Betegségpercepció Kérdőív (IPQ), valamint annak rövidített változata (B-IPQ), melyek a betegségpercepció különböző komponenseit tárják fel.

Azonban a tapasztalatok azt mutatják, hogy nagyon hasznosak tudnak lenni a betegségrepresentációk vizsgálatában a különböző nonverbális technikák, mint például a rajztesztek. Ugyanis a betegséggel kapcsolatos gondolatokat és érzéseket nem könnyű a pácienseknek szavakba önteni. Ráadásul a különböző nonverbális technikák segítenek a kevésbé tudatos nézetek és attitűdök feltárásában. A betegséggel kapcsolatos érzelmi és kognitív reprezentációk mérését szolgálja a PRISM-D rajzteszt, mely segítségével mind kvantitatív, mind kvalitatív adatokat is gyűjthetünk.

A tanulmány esetbemutatás részében két személy koronavírussal kapcsolatos reprezentációinak ismertetése történik meg, melynek során szemléltetjük, hogy a fenti

technikák kombinált alkalmazásával milyen gazdag információk gyűjthetők a reprezentációkról.

A tanulmány felhívja a figyelmet a szomatikus betegek betegségrepresentációinak vizsgálatának fontosságára. Valamint hangsúlyozza ezen ismeretek oktatásának beépítését az egészségügyi és szociális szakemberek hivatásképzésébe és továbbképzésébe.

Kulcsszavak: betegségrepresentációk, gyógyítás, rajzteszt

THE IMPORTANCE OF THE MEASURING ILLNESS COGNITIONS DURING THE HEALING WORK

Zita Sándor

Gál Ferenc University, Faculty of Health and Social Sciences

Abstract

The investigation of the somatic patient's illness beliefs and attitudes is very important because according to studies the illness representations have affects on several recovery-related processes.

The aim of the study is to present the characteristics of the illness representations and the possibilities of the exploration. Moreover the study presents two case-studies, which demonstrate the practical use of these methods.

This study draw attention to the importance of the examination of the illness representations of the somatic patients. As well as emphasises the importance of to education of this knowledge during training the health care and social professionals.

Keywords: illness representations, healing, drawing tests

BEVEZETÉS

Habár az elmúlt évtizedek egészségpszichológiai kutatásai rámutattak arra, hogy egy súlyos betegségből való felépülési folyamat kulcsfontosságú tényezője az, hogy a betegséggel küzdő személyek miként vélekednek a betegségükről, sajnálatos módon a gyógyító munkában sok esetben nem jelenik meg a betegséggel kapcsolatos reprezentációkkal való foglalkozás. Igen gyakran a gyógyító szakemberek nem fektetnek kellő hangsúlyt arra, hogy feltárják a páciensek betegséggel kapcsolatos nézeteit, vélekedéseit és érzéseit. Noha a kutatási és klinikai tapasztalatok alapján tudjuk, hogy a páciensek betegségükkel kapcsolatos kognícióik nagymértékben meghatározzák a betegség kimenetelét (pl. Weinman & Petrie, 1997; Juergens et al., 2009, Cherrington et al., 2004)

Ismeretes továbbá az is, hogy a betegek betegségükkel kapcsolatos nézetei nagyon egyediek, a betegséglefolyás során változnak (Petrie et al., 2007)., és időként rendkívül messze állnak az objektív valóságtól, akár a valós helyzetenél sokkal ijesztőbbnek, veszélyesnek szemlélik betegségüket, vagy éppen ellenkezőleg, bagatellizálnak, ve-

szélytelennek minősítenek egy súlyos kórt. Éppen ezért kiemelten fontos a hatékony betegellátás érdekében, hogy a gyógyító team tagjai képesek legyenek felismerni a maladaptív betegségrepresentációkat, azokat a saját segítői kompetenciahatáraink belül módosítani, szükség esetén pedig szakképzett egészségpszichológushoz irányítani.

Jelen tanulmány elsődleges célja a gyógyító szakemberek – orvosok, ápolók, gyógytornászok, fizioterapeuták, dietetikusok és egyéb gyógyító munkában részt vevő szakemberek - ismereteinek bővítése a betegségrepresentációkkal kapcsolatban. Továbbá, reflektálva az immár két éve tartó koronavírus-járvány hatásaira, fontos megjegyezni, hogy egyéb segítő területen dolgozó szakemberek számára is hasznosak lehetnek a fenti ismeretek, hiszen a járvány következtében nem csupán az egészségügyben dolgozók, hanem a pszichoszociális segítséget nyújtó szakemberek munkájában is megjelent a testi betegség problematikája. A szociális segítő kliensei is közvetett vagy közvetlen módon érintetté váltak, emiatt fontos, hogy a humán segítség különböző területein dolgozó szakemberek képesek legyenek komplex módon szemlélni a betegséggel kapcsolatos nézetek témakörét.

A tanulmány célja ez elméleti ismeretátadáson túl azon módszerek bemutatása, melyekkel a betegséggel összefüggő érzelmi és kognitív reprezentációk feltárhatóak. Mindezeket esetpéldákkal való szemléltetés egészíti ki.

BETEGSÉGREPRESENTÁCIÓ FOGALMA, JELLEGZETESSÉGEI

A beteggé válásban és a gyógyulásban egyaránt fontos szerepet játszik az, hogy a beteg hogyan vélekedik a betegségről és a tüneteiről, az, hogy hogyan értékeli azokat. Ezek az egyén egészséggel és betegséggel kapcsolatos kognitív reprezentációitól függnék (Csabai & Molnár, 2009). Az egészség és a betegség kognitív reprezentációit elsőként Howard Leventhal és munkatársai vizsgálták (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980). Tanulmányukban arra hívták fel a figyelmet, hogy a betegek betegség-fenyegetettséggel kapcsolatos reprezentációi döntően meghatározzák a későbbi válaszokat és alapvetően befolyásolják a betegségviselkedést. (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980)

A kutatási és klinikai tapasztalatok szerint minden betegek rendelkeznek egyfajta „szubjektív betegségelmélettel” vagy más néven „laikus betegségmodellel”, mely a betegek saját, személyes betegségről alkotott nézőpontját tükrözik (Tiringer et al., 2007). Leventhal szelfregulációs elmélete szerint, amikor szembesülünk egy súlyos betegséggel, elkészítünk egyfajta saját reprezentációt vagy modellt, mely összefoglalja a betegséggel kapcsolatos ismereteinket, benyomásainkat (Leventhal, Nerez & Steele, 1984; idézi Weinman & Petrie, 1997). Ezt ugyanolyan módon tesszük, mint ahogy a bennünket körülvevő világról alakítunk ki reprezentációkat, annak érdekében, hogy bejósoljuk és magyarázzuk az eseményeket. Tehát a betegek is kifejlesztnek egy egyszerű kognitív modellt a testükben zajló változásokról, mely változások vagy átmeneti tünetekben, vagy hosszabb távú betegségekben fejeződnek ki (Weinman & Petrie, 1997).

Ezek a betegségrepresentációk olyan konzisztens mintázatok, melyek segítségével a betegek strukturálni és rendszerezni tudják a betegségükkel kapcsolatos információikat. (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980). A páciensek azt annak érdekében alakítják ki, hogy értelmet tudjanak adni a kezdetben sokszor megfoghatatlan, ismeretlen és szorongatóan megváltozott testi állapotváltozásaiknak (Leventhal et al., 2001; idézi Tiringier et al., 2007). Alapvetően segít nekik megérteni a betegségükkel kapcsolatos tapasztalataikat és kifejleszteni a saját megküzdéses válaszuk alapjait (Leventhal, Nerez & Steele, 1984; idézi Weinman & Petrie, 1997). Lényeges mozzanata továbbá a betegségmagatartás és az önkezelési aktivitás szabályozásának (Tiringier és mtsai., 2007)

A betegségrepresentációk több tényezőből állnak (Petrie et al., 2007). Általában tartalmaznak egy úgynevezett **identitás** komponenst, ami a betegség nevét és azon tünetek sorát tartalmazza, melyekről a beteg úgy gondolja, hogy összefüggnek az adott betegséggel. Továbbá a betegségrepresentáció tartalmazza a betegség **okaival** kapcsolatos nézeteket, valamint egy elképzelést arról, hogy **mennyi ideig fog tartani** az adott betegség (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980). Emellett magába foglalja a betegségnek a beteg saját és a családja életére gyakorolt **hatásaival** kapcsolatos nézeteit, valamint a beteg azon hiedelmeit, hogy a betegség felett van-e **kontrollja** (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980).

Fontos hangsúlyozni, hogy a betegek állapotukról való elképzelései egyediek és sok esetben nagymértékben különbözhetnek a kezelőszemélyzet álláspontjától (Petrie és mtsai., 2007). Valójában gyakran előfordul az, hogy a kezelőszemélyzetnek nincs tudomása a betegek állapotukkal kapcsolatos elképzeléseiről, mivel legtöbbször a konzultációk alkalmával nem kerül sor ezen személyes elképzelések a feltérképezésére és tisztázására. Továbbá azt is érdemes figyelembe venni, hogy a betegek betegség-percepciói nagyon sokfélék lehetnek. Sokszor ugyanazon betegséggel vagy sérüléssel rendelkező betegek is teljesen különböző betegségrepresentációkkal rendelkeznek (Petrie és mtsai., 2007).

A tapasztalatok alapján szubjektív betegségkép tetten érhető abban is, ahogyan a páciensek interpretálják a betegségüket (Lipowski, 1983). Lipowski elméletében az alábbi betegséginterpretációs kategóriákat azonosította: betegség, mint ellenségként, büntetés, veszteség, gyengeség, kihívás, érték, felmentés, stratégia. További betegséginterpretációs kategóriaként azonosították a betegséget, mint az életet kedvezőtlenül megakasztó tényezőt, mely egyes vizsgálatokban a leggyakoribb betegséginterpretációs kategóriának bizonyult krónikus betegek (Büssing & Surzykiewicz, 2015) és krónikus fájdalomban szenvedő betegek körében (Büssing et al., 2010). A kutatási eredményeket figyelembe véve, érdemes azt vizsgálni, hogy az egyes betegek miként interpretálják a betegségüket, ugyanis a betegséginterpretációk befolyásolhatják a döntéshozási és a coping stratégiák megválasztását, melyek a felépülés szempontjából fontos tényezők (Büssing & Fischer, 2009).

BETEGSÉGREPREZENTÁCIÓK VIZSGÁLATÁNAK FONTOSSÁGA

A betegségreprezentációk feltérképezése alapvető fontosságú a gyógyító munka során, mivel azok a betegségviselkedés fontos meghatározói, és számos, a gyógyulás szempontjából jelentős kimenetellel függnek össze. Egyrészt összefüggést mutatnak a páciensek coping válaszaival és a stresszorokhoz való adaptációval, továbbá befolyásolják az észlelt jóllétet és az étellel való elégedettséget (Krikorian et al., 2014; Petrie & Weinman, 2012; Anagnostopoulos & Spanea, 2005). A betegséggel kapcsolatos kogníciók ugyanis egyfajta mediátorként foghatóak fel a betegség és a páciens jólléte között (Evers et al., 2001).

A betegséggel kapcsolatos érzelmi és kognitív reprezentációk befolyásolják továbbá a kezelés betartását (Weinman & Petrie, 1997), a műtét utáni felépülést (Juergens et al., 2009) és a komplikációk előfordulását, (Cherrington et al., 2004). Továbbá összefüggés mutatkozik a páciensek betegségreprezentációi valamint a rehabilitációs programokban való részvételük között (Weinman & Petrie, 1997). Eredmények szerint a páciensek szubjektív betegségképe hatással vannak továbbá a munkába való visszaállításra is (Petrie et al., 1996; Lacroix et al., 1991).

BETEGSÉGRŐL ALKOTOTT KÉP VIZSGÁLATÁNAK LEHETŐSÉGEI

A betegségreprezentációk feltérképezése tehát kiemelten fontos az egészségpszichológia tevékenység kapcsán, ugyanis a nem megfelelő betegségről alkotott kép negatívan befolyásolhatja a betegségből való felépülést. Amennyiben azonban sikerül hatékonyan feltérképezni a betegek betegségreprezentációit, célzott intervenciós módszerek segítségével át lehet strukturálni ezen képet, és ezáltal elősegíthető a betegek gyógyulása.

A betegségreprezentációk komponenseinek feltérképezésére alkalmas módszer Betegségpercepció Kérdőív, mely kidolgozása Weinmann és munkatársai nevéhez fűződik (IPQ, Weinman et al., 1996; idézi Moss-Morris et al., 2002). A kérdőív eredeti változata a betegségreprezentációk öt fő komponensét vizsgálata: az identitást, a következményt, az idői lefolyást, a kezelést/kontrollt és az okokat. A kérdőív Leventhal Szelfregulációs elméletén alapul (Leventhal, Nerez & Steel, 1984). A kérdőív egy módosított változatban kisebb pszichometriai problémák miatt két korábbi skálán, a kezelés/kontroll- és az idői lefolyás skálákon változtattak, valamint további skálákat fejlesztettek ki, úgymint a ciklikus idői lefolyás percepcióját, a betegség koherenciáját és az emocionális reprezentációkat. A kérdőív magyar változatát Reinhardt Melinda készítette el.

A mérőeszköznek született egy rövidített verziója (B-IPQ; Broadbent et al., 2006), mely az eredeti verzióhoz képest a klinikai gyakorlatban könnyebben és gyorsabban alkalmazható. Ezen verzió magyar nyelvű validálását Látos Melinda és munkatársai végezték el (Látos et al., 2021).

A betegséggel összefüggő reprezentációk feltárására alkalmasak továbbá a kü-

lönböző interjúmódszerek (Zhang et al., 2014; 2006; Dong et al., 2016). Például a betegséggel összefüggő narratívák felmérésére szolgáló McGill Illness Narrative Interview (MINI; Groleau, Young & Kirmayer, 2006), a betegség sémákat feltáró The Schema Assessment Instrument (SAI; Lacroix, 1991). Ugyanakkor a tapasztalatok azt mutatják, hogy a verbális technikák nem mindig kellően hatékonyak a betegséggel összefüggő reprezentációk feltárására. Ugyanis a betegséggel kapcsolatos – sokszor kevésbé tudatos – érzéseket és gondolatokat nem könnyű szavakba önteni.

Tapasztalatok azt mutatják, hogy a nonverbális technikák sikeresen alkalmazhatóak a kórházi kezelés alatt álló súlyos betegek esetében. A verbális technikákhoz képest (kérdőív, papír-ceruza tesztek, interjú) kevesebb energiaráfordítást igényelnek a páciensektől, ugyanakkor segítségükkel széles körű információ gyűjthető (Broadbent et al., 2006). További előnyük, hogy alkalmasak a kevésbé tudatos érzések és kogníciók vizsgálatára is (Cheung, Saini, & Smith, 2016). A leggyakrabban alkalmazott nonverbális technikák a rajztesztek. A hagyományos rajztesztek (pl. rajzolja le a betegségét, a sérült szervét, a testét a betegség előtt, a kezelés alatt vagy után) segítségével feltárhatóak a betegséggel és annak kezelésével kapcsolatos egyedi tapasztalások és a szubjektív, egyéni betegségpercepció (Tiemensma et al. 2012; Tiemensma et al. 2015; Kaptein & Broadbent, 2007).

A betegségről alkotott kép vizsgálatára alkalmas még a PRISM teszt, mely egy olyan nonverbális módszer, mely alkalmas az Én és a betegség viszonyának, valamint a szubjektív betegségteher mérésére (Büchi & Sensky, 1999). A PRISM teszt rajzteszt változata, a PRISM-D teszt pedig, ötvözi a PRISM teszt a rajztesztek előnyeit, és egy egyszerű, klinikai gyakorlatban könnyen alkalmazható módszerként képes differenciált módon vizsgálni a páciensek betegségükkel kapcsolatos érzelmi és kognitív reprezentációit (Sándor és Csabai, 2018; Sándor et al., 2020). A teszten egy előre nyomtatott, A/4-es fehér lapot kapnak a vizsgálati személyek, melyen a fehér terület a személyek aktuális életterét, a sárga kör pedig az személy énjét szimbolizálja. A lapra a vizsgálati személyek először egy piros filctollal rajzolják be a betegségüket, ezt követően tetszőleges színű filctollakkal életterük egyéb fontos tényezőit. (z ábrázolás során a vizsgálati személyeknek az egyes tényezőket tetszőleges méretű és elhelyezkedésű körök segítségével jelenítik meg). A kapcsolódó utótesztben pedig a berajzolt körök szubjektív jelentésére kérdeznek rá. A teszten a betegségpercepción túl képet nyerhetünk a betegség életterbe való ágyazottságáról, valamint a gyógyulást támogató erőforrásokról, vagy éppen az azt hátráltató tényezőkről.

ESETBEMUTATÁS

A jelen tanulmányban bemutatott esetekkel az adatfelvétel 2021. október-november hónapokban történt a résztvevők informált beleegyezésével. A kutatásban való részvétellel önkéntes volt. Az adatfelvétel során a résztvevők elsőként demográfiai kérdéseket válaszoltak meg, majd koronavírus-fertőzésben való érintettséggel, valamint társbeteg-

ségben való érintettségéről gyűjtöttünk adatot. Ezt követően a betegségrepresentációk vizsgálatára szolgáló saját összeállítású kérdőívet (metafora-analízis, betegség jellemzése, betegséggel kapcsolatos érzelmi reprezentációk és interpretációk skálás mérésére), és a Rövidített Betegségpercepció Kérdőívet (Látos et al., 2021). Ezt követően történt meg a PRISM-D teszt és annak utótesztjének (Sándor et al., 2020) felvétele.

Az esetismertetés célja annak bemutatása, hogy a vizsgálatban részt vevő személyek mennyire eltérő betegségpercepcióval rendelkeznek a koronavírussal kapcsolatban, felhívva a figyelmet a betegségről alkotott kép egyediségére. További célja a betegségrepresentációk vizsgálatának lehetséges módszereinek demonstrálása.

1. eset

Az elsőként bemutatott eset szintén egy 26 éves nő esete, aki jelenleg egyetemi hallgató és szociális segítő, tartós párkapcsolatban él. Alapbetegségként inzulinrezisztenciában szenved. Koronavírus fertőzésen egy éve esett át, közepes súlyos tünetekkel. Kórházi kezelésre nem szorult. Postcovid tünetek közül szaglász és ízlelés részleges kiesését tapasztalta.

A kérdőíven nyert adatok alapján a koronavírus aktuálisan terhet jelentett számára, negatív változást hozott az életében, és figyelmeztetésként, jelzésként interpretálja azt. A BIPQ teszt betegség hatása alskálán 7-es értéket jelölt be, mely arra enged következtetni, hogy a betegség jelenleg nagy hatással volt a személy életére.

A kérdőív nyitott kérdései esetében veszteséggként említette meg azt, hogy nehezített volt a külföldi családtagjaival a találkozás. A metafora-analízisben a betegséget az alább hasonlattal írta le: *Olyan ez a betegség, mint: amivel meg akarnak félemlíteni. És olyan, mint aki a sötétben mászkál, titokzatos, de áldozatokat szed.* Az alábbi módon jellemezte a betegséget: *„sok szempontból ismeretlen, gyorsan változik, valakit szeret, valakit kevésbé”.*

A PRISM-D teszten a betegséget szimbolizáló piros kört az Én szimbolizáló körhöz közel, azzal részben átfedésbe jelenítette meg, mely ábrázolásmód azt sugallja, hogy a betegséget a személy az Énje részének tekintette, számára aktuálisan terhet jelentett. A teszt klasszikus elemzése szerint a kicsi Én-betegség távolság nagymértékű betegségtől való szenvedésre enged következtetni.

A betegség-kör méretét tekintve nagy, mely utalhat annak szubjektív „nagyságára”, valamint kedvezőtlen betegségpercepcióra. A betegség-kör az Én-körrel közel egy méretű, mely alapvetően a megküzdés szempontjából nem tekinthető kedvezőnek. A koronavírus aktuálisan jelentős szerepet tölt be a személy életében.

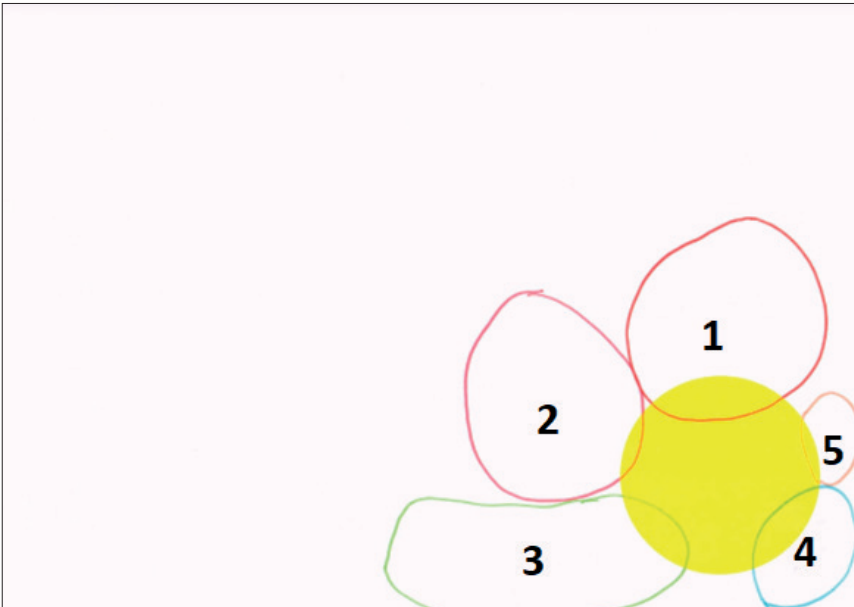
A betegség-körre vonatkozó utóteszt (Mit jelent az Ön számára a betegség?) válasza a következő volt: *„számomra a családi kapcsolatokban a kapcsolattartás nehézségeit. A betegség miatti fájdalmat testileg és lelkileg”.*

Összegezve a fenti eredményeket, az esetleírásban bemutatott személy számára a koronavírus alapvetően negatív jelentéssel bír, erről árulkodnak a kvantitatív és kvalitatív adatok is.

A PRISM-D teszt segítségével feltárt egyéb körök azonban erőforrásokat mutatnak be, melyek képesek lehetnek ellensúlyozni a betegség által okozott negatív hatásokat.

A teszten a szabadon ábrázolt körök az alábbi jelentéssel bírtak: tanulmányok, család, barátok, kutya. A fenti tényezőkhöz kapcsolódó utóteszt válaszai alapján ezek védőfaktoroként, erőforrásként funkcionálhatnak a betegség okozta feszültségekkel szemben.

Az 1. eset PRISM-D tesztjét az 1-es számú ábra mutatja be.



1. ábra: 1. eset PRISM-D tesztje: A körök jelentései a következők: 1. koronavírus, 2. tanulmányok, 3. család, 4. kutya, 5. barátok.

2. eset

A második esetbemutató egy 42 éves férfiről szól, aki főiskolai diplomával rendelkezik, jelenleg aktív dolgozó, házas, két gyermek édesapja. Koronavírus fertőzésen az adatfelvételt megelőzően 1 évvel esett át, enyhe tünetekkel. Postcovid tüneteket nem tapasztalt. Társbetegsége nincs.

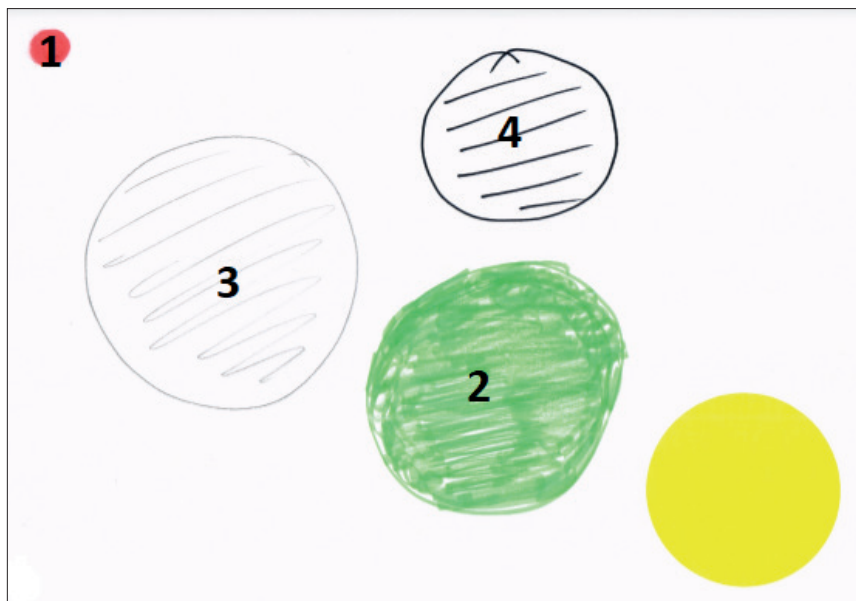
A metafora-analízisre adott válasz: Olyan ez a betegség, mint: „a többi”. A betegség jellemzéseként a koronavírust az influenzával azonosítja. A betegséggel kapcsolatos érzéseket és kogníciókat vizsgáló skála alapján elmondható, hogy a válaszadó számára a covid-19 egyáltalán nem okoz feszültséget, nem jelent terhet, valamint nem tekinti a betegséget ellenségnek vagy büntetésnek. Részben hozott számára negatív változást és veszteséget, továbbá teljes mértékben úgy érzi, hogy ez a betegség egy figyelmeztetés, jelzés. A B-IPQ betegség hatása alskála eredménye alapján a betegség közepes mértékben hatott az életére.

A PRISM-D teszt vizuális elemzése során szembetűnő, hogy a válaszadó a betegséget szimbolizáló piros kört a Szelfet szimbolizáló sárga körtől a lehető legtávolabb, a papírlap bal felső sarkában helyezte el. Méretét tekintve a betegség-kör lényegesen kisebb, mint az Én-kör, valamint a megjelenített egyéb körök, mely utal arra, hogy a páciens életterében a betegség nem foglal el jelentős helyet. A kicsi méretű betegség-kör a PRISM-D teszt esetében a kedvezőbb betegségpercepcióról árulkodik. Az utóteszt válaszában a „Mit jelent az Ön számára a Covid-19?” kérdésre az alábbi választ adta: „Egy betegség”.

Összevetve a különböző mérések eredményeit egybehangzóan látszik, hogy a személy számára a koronavírus nem bír nagy jelentőséggel, nem foglal el számottevő helyet az életében, negatív érzelmi és kognitív reprezentációk nem kapcsolódnak hozzá.

A vizsgálati személy a PRISM-D tesztjén a betegség-körön kívül 3 másik kört rajzolt be: családját (egészséget, egységet, boldogságot, szeretetet, jövőt jelentik neki), munkatársat (munkahely, elfogadás, problémamegoldás), valamint a barátokat, haverokat, szomszédokat jelenítette meg (jó kedv, zene, buli, szórakozás, sport). A család és a barátok a személy számára potenciális erőforrást jelenthetnek a mindennapi életben. A munkatárs azonban a kvalitatív elemzés alapján negatív tényezőként van jelen a személy életében, mellyel kapcsolatban igencsak szimbolikus, hogy fekete színnel rajzolta a rá vonatkozó kört.

A 2. eset PRISM-D tesztjét a 2-es számú ábra mutatja be.



2. ábra: 2. eset PRISM-D tesztje: A körök jelentései a következők: 1. koronavírus, 2. család, 3. munkatárs, 4. barátok.

ÖSSZEGZÉS

Összegezve a tanulmány első részében ismertetett szakirodalmi adatokat, valamint a bemutatott esetleírások tapasztalatait fontos hangsúlyozni, hogy a betegséggel kapcsolatos nézetek rendkívül egyediek, differenciáltak, érzelmi és kognitív komponenseket is tartalmaznak. Az esetbemutatók aláhúzták azt a szakirodalmi megállapítást, mely szerint ugyanazon betegség esetében is eltérő reprezentációkkal találkozhatunk. Az ismertetett esetek kapcsán láthattuk, hogy ugyanazon betegséget, jelen esetben a koronavírusot mennyire másként élték meg a vizsgálatban részt vevő személyek. Éppen ezért kiemelten fontos hangsúlyozni a betegség-reprezentációk feltárásának fontosságát.

A dolgozatban ismertetésre kerültek azok a technikák, melyekkel a betegség-reprezentációk vizsgálhatóak. Az esetbemutatók pedig jól szemléltetik, hogy az egyes mérőeszközökkel milyen információk mérhetőek. Látható, hogy a PRISM-D teszt lényegesen gazdagabb információt tud nyújtani a hagyományos papír-ceruza módszereknél.

JAVASLATOK

Szerencsére ma már számos hazai kórház szomatikus osztályain elérhető szakképzett egészségpszichológusi segítségnyújtást, melynek során fontos feladata a betegség-reprezentációk feltárása és szükség szerint annak módosítása a gyógyulás elősegítése érdekében. Fontos azonban, hogy a gyógyító team minden tagja, az orvosok, ápolók, gyógytornászok, dietetikusok, és más gyógyító szakemberek is kellő ismeretekkel rendelkezzenek a betegség-reprezentációk gyógyulásban betöltött szerepéről. Lényeges továbbá, hogy a gyógyító szakemberek hivatásképzésébe és továbbképzésébe beépítsük ezen ismeretek oktatását így növelve a jelen és a jövőbeli betegellátás színvonalát.

Kapcsolattartó szerző:

Zita Sándor
Gál Ferenc Egyetem
Egészség- és Szociális Tudományi Kar
5700 Gyula
Szent István tér 17-19.
sandor.zita@gfe.hu

Corresponding author:

Zita Sándor
Faculty of Health and Social Sciences,
Gál Ferenc University
Szent István square 17-19.
5700 Gyula, Hungary
sandor.zita@gfe.hu

FELHASZNÁLT IRODALOM:

- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., et al. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res.* 60, 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Büchi, S., & Sensky, T. (1999). PRISM: Pictorial Representation of Illness and Self Measure. A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psy-

- chosomatic medicine. *Psychosomatics*, 40(4), 314–320. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71225-9](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71225-9)
- Büssing, A., Fischer, J. (2009) Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles. *BMC Womens Health*, 9(2),1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-9-2>.
- Büssing, A., Ostermann, T., Neugebauer E., Heusser P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC Public Health*, 10. 507. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-507>.
- Büssing, A., Surzykiewicz, J. (2015). Interpretation of illness in patients with chronic diseases from Poland and their associations with spirituality, life satisfaction, and escape from illness - results from a cross sectional study. *Religions*, 6.763-780. <https://doi.org/10.3390/rel6030763>
- Cherrington, C.C., Moser, D.K., Lennie, T.A., Kennedy, K.W. (2004). Illness representations after acute myocardial infarction: Impact in in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care*, 12(2).136-145. <https://doi.org/10.4037/ajcc2004.13.2.136>
- Cheung, M. M. Y., Saini, B., & Smith, L. (2016) Using drawings to explore patients' perceptions of their illness: a scoping review. *Journal of Multidisciplinary Health-care*, 9, 631-646. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S120300>
- Csabai M & Molnár P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*, Medicina Kiadó. Budapest.
- Dong, S.T, Butow, P.N, Tongue, A., Agar, M., Boyle, F., Forster BC, et al. (2016). Patients' experiences and perspectives of multiple concurrent symptoms in advanced cancer: a semi-structured interview study. *Supportive Care in Cancer*, 24. 1373–1386. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2913-4>
- Evers, A.W., Kraaimaat, F.W., van Lankveld, W., Jongen, P.J., Jacobs, J.W., Bijlsma, J.W. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6).1026-1036. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1026>
- Groleau, D., Young, A., Kirmayer, L.J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry*, 43(4). 671-691. <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>.
- Hagger, M., Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18. 141-184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
- Juergens, M.C., Seekatz, B., Moosdorf, R.G., Pertie, K.J., Rief, W. (2009). Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6). 553-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.004>
- Kaptein, A. A., Zandstra, T, Scharloo, M., Vogel, J. J., Broadbent, E., Hughes, B. M.,

- ... van der Mey, A. G. (2011). "A time bomb ticking in my head": drawings of inner ears by patients with vestibular schwannoma. *Clinical Otolaryngology*, 36183-184. <https://doi.org/10.1111/j.1749-4486.2011.02264.x>
- Lacroix, J.M., Martin, B., Avendano, M., Goldstein, R. (1990). Symptom schemata in chronic respiratory patients. *Health Psychology*, 10(4). 268-273. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.10.4.268>.
- Látos, M., Lázár, Gy., Csabai, M. (2021). The reliability and validity of the Hungarian version of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Orvosi Hetilap*, 162(6). 212-218. <https://doi.org/10.1556/650.2021.31999>
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D.R. (1980). The Common sense representation of illness danger. In: Rachman S, editor. *Contributions to Medical Psychology*. New York, New York, USA: Pergamon Press.
- Lipowski, Z.J. (1983). Psychosocial reactions to physical illness. *Can Med Assoc J*, 128. 1069-1072.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buich, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1). 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Petire, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). A role of illness perceptions in patients with medical conditions, *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328014a871>
- Sándor, Z., Csabai, M. (2018). A PRISM-D rajzteszt alkalmazása a daganatos betegséggel összefüggő érzelmi és kognitív reprezentációk komplex vizsgálatára. *Orvosi Hetilap*, 59(48). 2021-2030. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31181>
- Sándor, Z., Látos, M., Pócza-Véger, P., Havancsák, R., Csabai, M. (2020). The drawing version of the pictorial representation of illness and self measure. *Psychology and Health*, 17. 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1707825>
- Tiemensma, J., Daskalakis, N.P., van der Veen, E.M., Ramondt, S., Richardson, S.K., Broadbent, E., et al. (2012). Drawings reflect a new dimension of the psychological impact of long-term remission of Cushing's Syndrome. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 97(9). 3123-3131. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-1235>
- Tiemensma, J., Pereira, A.M., Romijn, J.A., Broadbent, E., Biermasz, N.R., Kaptein, A.A. (2015). Persistent negative illness perceptions despite long-term biochemical 1 control of acromegaly: novel application of the drawing test. *European Journal of Endocrinology*, 172(5). 583-593. <https://doi.org/10.1530/EJE-14-0996>
- Tiringer, I., Varga, J., Molnár, E. (2007). Krónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája. In: Kállai J., Varga J. Oláh A. (Szerk): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris R., & Horne R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3), 431-445. <https://doi.org/10.1080/08870449608400270>

Zhang, Y., Fritzsche, K., Leonhart, R., Zhao, X., Zhang, L., Wei, J., et al. (2014). Dysfunctional illness perception and illness behaviour associated with high somatic symptom severity and low quality of life in general hospital outpatients in China. *Journal of Psychosomic Research*, 77(3). 187-195. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.06.005>

AZ 5-6 ÉVES LÁNYOK KOORDINÁCIÓS MINŐSÉGÉNEK KÜLÖNBSÉGE, FIGYELEMBE VÉVE A TÁPLÁLKOZÁSI ÁLLAPOTUKAT

Pap Róbert¹, Popović Boris¹, Halasi Szabolcs², Lepes Josip²

1. University of Novi Sad, Faculty of Sport and Physical Education, 2. University of Novi Sad, Hungarian Language Teacher Training Faculty

Absztrakt

A legtöbb kutatás azt mutatja, hogy az elhízott gyermekek általában fizikailag inaktívak, és motoros készségeik fejletlenek. A kutatás célja az volt, hogy meghatározzuk az 5-6 éves lányok koordinációs minőségének különbségeit, figyelembe véve a BMI-t, illetve a táplálkozási állapotukat.

A vizsgálatot 132 óvodásból álló mintán végeztük el. A tápláltsági állapot felméréséhez antropometriai jellemzőket, testtömeget, magasságot és BMI-t (kg/m^2) mértük. A koordináció minőségét a Körperkoordinationstest für Kinder (KTK) segítségével értékeltük.

Az eredmények statisztikailag szignifikáns különbséget mutattak, csak a gerendán hátrafelé járás változóban, 1-3 csoport között az 1. ($p = 0,01$) és 2-3 csoport között a 2. csoport javára ($p = 0,05$), míg a többi változóban, nem volt szignifikáns különbség a csoportok között.

A kapott eredmények alapján megállapítható, hogy a normál, túlsúlyos és elhízott lányok közötti koordináció minőségében tapasztalható különbségek nem drasztikusak, és a normál tápláltsági állapotú lányok összességében nem mutattak jobb motoros koordinációt, mint a túlsúlyos és elhízott lányok.

Kulcsszavak: motoros koordináció, óvodások, KTK teszt, BMI, különbségek.

Rövidítések:

BMI: Body Mass Index

KTK: Körperkoordinationstest für Kinder

QUALITY OF COORDINATION IN 5-6 YEARS-OLD GIRLS, IN RELATION TO NUTRITIONAL STATUS

Robert Pap¹, Boris Popović¹, Szabolcs Halasi², Josip Lepas²

1. University of Novi Sad, Faculty of Sport and Physical Education, 2. University of Novi Sad, Hungarian Language Teacher Training Faculty

Abstract

Most research indicates that obese children are in general, physically inactive and their motor skills are underdeveloped. The aim of this study was to determine the differences in the quality of coordination in girls aged 5-6 years, taking into account their BMI, respectively their nutrition status.

The study was implemented on a sample of 132 pre-schoolers. To assess the nutritional status, anthropometric characteristics such as body mass, height and BMI (kg/m^2) were measured. The Körperkoordinationstest für Kinder (KTK) was used to assess the quality of coordination.

The results showed a statistically significant difference, only in the variable walking backwards on the beam, between 1-3 group in favor of 1st ($p = 0.01$) and 2-3 group in favor of 2nd ($p = 0.05$), while in other variables of this study, there were no significant differences between the groups.

Based on the results obtained, we can conclude that the differences in the quality of coordination between normal, overweight and obese girls are not drastic, and that girls with normal nutrition status did not show overall higher quality of gross motor coordination than their overweight and obese peers.

Keywords: Gross Motor Coordination, Preschoolers, KTK test, BMI, differences.

INTRODUCTION

Over the last few decades, the number of overweight children has increased worldwide and has become a public health problem. One of the causes is, that children do not participate sufficiently in physical activity, which can lead to underdeveloped motor skills, which depend on each other.

Children have become less physically active in recent decades, moving significantly less than their peers 50 years ago and spend roughly 600kcal less and not meeting the average of 60 minutes of moderate activity per day (Boreham & Riddoch, 2001). This trend is accompanied by increased calorie intake with less physical activity, as well as an increased amount of time, that children spend in front of TVs and computers (Berkey et al., 2000).

The inactivity of a child brings with it a number of negative consequences both at present and later in adolescence and adulthood. Man evolved thanks to movement. High level of physical activity during childhood, is leading to decreased deposition of subcutaneous fat tissue during early adolescence (Moore, 2003; Rodrigues, Leitao & Lopes, 2013). The link between motor skills performance and physical activity is important for the health of the child, especially in the prevention of obesity (Hils, King & Armstrong, 2007; Williams et al., 2012).

Good motor coordination is essential for the overall well-being of children (Popović et al., 2010). Coordination is „the ability to perform complex motor tasks in a time and space-efficient and energy-efficient manner.” The correlation between coordination and intelligence is very high. In contrast to other motor skills, intelligence is most closely associated with coordination. People who have excellent coordination are often intelligent (Luz, Rodriguez & Cordovil, 2014; Sekulić & Metikoš, 2007; Smits-Englesman & Hill, 2012).

The child has to start from the earliest period to develop coordination, because after puberty, little can be done about it (Đorđić & Bala, 2007).

In most studies, the results indicate that overweight and obese children have less developed motor coordination than children with normal body mass. (Graf et al., 2004; Hardman et al., 2017; Laukkanen et al., 2017), while in the cases where, there are no differences, are less frequent (Castenassi et al., 2007). In our research, we wanted to see, in which of these two cases are the children from kindergartens in Novi Sad.

METHOD

In relation to knowledge of the problem, this research is a confirmatory study, where, based on the known problem, the hypothesis is tested using appropriate methods and research plans. In terms of the nature of the research, this was a transversal research. In relation to the degree of control, this scientific research belongs to the category of field research, which was realized in natural living conditions (Bala, 2007).

This research is a part of a short-term project of particular interest for sustainable

development in AP Vojvodina in 2018, namely “Improving the evaluation of the level of development of motor abilities and skills of AP Vojvodina children, in relation to international tests and standards”.

SAMPLE

The quality of coordination was evaluated on a sample of 132 examinees (girls) aged 5-6 years.

-Sample of measuring instruments

Basic anthropometric characteristics:

1. Body height (cm)
2. Body mass (kg)
3. BMI (kg/ m²)

KTK battery of tests were used to assess the quality of coordination (Kiphard & Schilling 1974):

1. Walking backwards (WB)
2. Hopping for height (HH)
3. Jumping sideways (JS)
4. Moving sideways (MS)
5. MQ- total

The sum of points in individually conducted trials, obtained for each KTK test, presents the raw results (values). Raw values say nothing about the height of a child's results. First, Raw results have to be compared with the average values of a particular age group. For KTK test, there are norms (standards) based on sex and age, from 5 to 14 years. MQ - values (motor coefficient), are used as standards in this test. Raw results are compared to the values, written in the table of norms for each task separately, according to age and gender. Finally, the MQ - values of all four KTK tasks are summed. The distribution of these cumulative values provides the basis for the total MQ - value, which is very reliable, undemanding and therefore suitable for individual diagnostics.

Based on the total MQ value, the level of coordination can be classified as: 1. very low (impaired motor coordination: $MQ \leq 70$; ≤ 2 th percentile), 2. low (uncommon motor coordination: $MQ = 71-85$; 3-16. percentile), 3. normal (normal body coordination: $MQ = 86-115$; 17-84. percentile), 4. high (good motor coordination: $MQ = 116-130$; 85-98. percentile) or 5. very high (excellent motor coordination: $MQ \geq 131$; ≥ 99 th percentile).

DESCRIPTION OF THE MEASUREMENT PROCEDURE

The research was conducted on a sample of children from kindergartens in Novi

Sad, Serbia. Assessment of the quality of coordination was realized after the parental consent was obtained, given that they are underage children, which meant applying the provisions of the Declaration of Helsinki on the rights of children to participate in research. The girls who wanted to participate in research, their parents had to give us their signature for the child's participation in research (WHO, 2013).

An anthropometer and a digital scale were used to evaluate the anthropometric characteristics.

-Data processing methods

For the measurement of the basic statistical parameters, we calculated the basic descriptive statistics for all variables: Mean

- Standard deviation (SD)
- Minimal value (Min)
- Maximal value (Max)
- Skewness (SKW)
- Kurtosis (KUR)

A Shapiro-Wilk test was used to test the normality of the distribution. Non-parametric Kruskal-Wallis test (in the case where, there was a statistically significant deviation from the normal distribution) and the ANOVA parametric test was used to determine statistically significant differences between the groups (in the case where there was no significant deviation from the normal data distribution). The categorization of body mass index into 3 groups, was based on the standardization established by Cole et al. (2000), considering the intersection points by age and gender (Cole et al., 2000). Data processing was done by using an SPSS 20.0 statistical package.

RESULTS

Table 1. Presents the basic descriptive statistics for all variables in children with normal, overweight and obese nutrition status and indicators of normality distribution.

AZ 5-6 ÉVES LÁNYOK KOORDINÁCIÓS MINŐSÉGÉNEK KÜLÖNBSÉGE

Table 1. Descriptive statistics with normality of distribution for anthropometric characteristics and KTK test.

VARIABLE	NS	MEAN(SD)	MIN	MAX	SKW	KUR	SW
Body height (cm)	Normal	115,35(5)	102,90	131,60	0,371	0,56	0,45
	Overweight	119,62(4,9)	112,40	130,10	0,64	-0,26	0,52
	Obese	118,14(4,77)	109,80	124,60	-0,26	-0,61	0,68
Body Mass (kg)	Normal	20,30(2,4)	14,8	27,2	0,48	0,096	0,10
	Overweight	25,93(2,35)	23	31,9	1,24	1,91	0,06
	Obese	29,64(4,18)	24,5	39	0,95	1,51	0,39
BMI (kg/m ²)	Normal	15,21(0,96)	13,3	17,2	0,14	-0,79	0,05
	Overweight	18,02(0,58)	17,4	19	2,23	-1,64	0,04
	Obese	21,15(1,81)	19,5	25,4	1,44	1,95	0,04
Walking Backwards (MQ)	Normal	92,02(11,31)	73	129	0,86	0,47	0,00
	Overweight	87,69(11,06)	75	122	2,17	5,97	0,02
	Obese	81,64(7,20)	74	99	1,56	2,58	0,04
Hopping for height(MQ)	Normal	95,37(16,32)	62	147	0,59	-0,21	0,00
	Overweight	93(17,38)	64	129	0,63	-0,06	0,39
	Obese	87,91(9,30)	78	106	1,17	0,64	0,03
Jumping Sideways (MQ)	Normal	105,21(13,97)	62	145	-0,2	0,49	0,77
	Overweight	99,19(12,04)	78	122	-0,13	-0,54	0,99
	Obese	101,36(8,48)	80	112	-1,67	3,84	0,52
Moving Sideways (MQ)	Normal	105,57(11,70)	77	142	0,34	0,40	0,21
	Overweight	103,56(8,71)	93	123	0,71	-0,19	0,20
	Obese	102,64(9,6)	89	123	0,76	0,66	0,59
Total result (MQ)	Normal	99,24(13,54)	72	142	0,29	-0,06	0,45
	Overweight	94,56(13,37)	73	126	0,74	0,65	0,70
	Obese	91,27(7,25)	78	103	-0,08	-0,12	0,97
Score- (MQ)	Normal	2,99(0,55)	2	5	0,33	1,70	0,00
	Overweight	2,81(0,54)	2	4	-0,19	0,55	0,00
	Obese	2,82(0,40)	2	3	-1,92	2,03	0,00

NS – Nutrition status; SD – Standard deviation; MIN – Minimal value; MAX – Maximal value; SKW – Skewness; KUR – Kurtosis; SW – Shapiro Wilk test.

Table 2. Differences between the groups for the KTK battery of tests.

VARIABLE	NS	M/MR	SD	f	H ²	p	P*
MQ(WB)	1	71,93	11,31				1-2 0,09
	2	55,44	11,06		13,08	0,00	1-3 0,01
	3	30,77	7,20				2-3 0,05
MQ(HH)	1	68,47	16,32				1-2 0,61
	2	63,09	17,38		1,84	0,40	1-3 0,19
	3	52,68	9,30				2-3 0,57
MQ(JS)	1	105,21	13,97				1-2 0,09
	2	99,19	12,04	1,66		0,19	1-3 0,37
	3	101,36	8,48				2-3 0,68
MQ(MS)	1	105,57	11,71				1-2 0,50
	2	103,56	8,71	0,50		0,60	1-3 0,41
	3	102,64	9,60				2-3 0,83
MQ- total	1	99,24	13,54				1-2 0,19
	2	94,56	13,37	2,45		0,90	1-3 0,06
	3	91,27	7,25				2-3 0,52

MQ(WB) - Motor coefficient for walking backwards on the beam; MQ(HH) – Motor coefficient for single-legged jumping; MQ(JS) – Motor coefficient for jumping sideways; MQ(MS) - Motor coefficient for moving sideways; MQ – Total motor coefficient; NS – Nutrition Status; M/MR – Mean/ Middle rank; SD – Standard deviation; f – f-test for ANOVA; H² – Chi square value of Kruskal Wallis test; p- significance level for f / Chi square; P* - Level of statistical significance between groups.

The results (Table 2.) of the non-parametric Kruskal Wallis test showed a statistically significant difference in the variable walking backwards on the beam, between 1-3 group in favor of 1st ($p = 0.01$) and 2-3 group in favour of 2nd ($p = 0.05$), while between the 1-2 group ($p = 0.09$) there was no statistically significant difference. In the case of the single- legged jumping variable, there was no statistically significant difference between the groups ($p = 0.40$). For other variables, the parametric test, univariate analysis of variance, was used. The results showed no statistically significant differences between the groups, in the variable jumping sideways ($p = 0.19$). The same is the case with moving sideways variable, there were no statistically significant differences ($p = 0.60$). Regarding the results of the total motor coefficient of the KTK test, no statistically significant differences were found between the groups.

Table 3. Assessment of motor coordination quality in relation to nutritional status.

VARIABLE	Normal (n=105)	Overweight (n=16)	Obese (n=11)
Score-1	/	/	/
Score -2	16(15,2%)	4(25%)	2(18,2%)
Score -3	76(72,4%)	11(68,8%)	9(81,8%)
Score -4	12(11,4)	1(6,3%)	/
Score -5	1(1%)	/	/

With very poor coordination, or score-1, which indicates a disorder of coordination, there were no subjects, while with score-2, 15.2% of girls with normal nutritional status, 25% with overweight and 18.2% with obese nutritional status were found. with score-3 were found; 72.4%, 68.8% and 81.8% girls of normal, overweight and obese nutritional status (Table 3). Score-4 was scored by 11.4% of girls with normal nutritional status, in overweight 6.3%, while obese girls failed to reach that score. The score-5 was scored by only one girl with normal nutritional status (Table 3).

DISCUSSION

The study was conducted to determine the differences in the quality of coordination among girls aged 5-6 years in relation to nutritional status. A KTK battery of tests was used to evaluate the quality of coordination. The results of the study showed that there are statistically significant differences in the quality of coordination, in the case of a variable, walking backwards motor coefficient (WB). In this variable, obese children had the lowest scores, followed by overweight children, while children with normal nutritional status achieved the best results. Other variables found no statistically significant differences between the groups. In other variables, we found no statistically significant differences between the groups.

In some of the previous studies that indicated clumsiness, or less developed gross motor coordination (D'Hondt et al., 2009; D'Hondt et al., 2014; Duncan, Bryant & Stodden, 2017; Lima et al., 2017; Logan et al., 2011; Marmeleira et al., 2017; Ortega et al., 2018; Silva-Santos et al., 2016; Spessato, Gabbard & Valentini, 2013), fine motor coordination (Gentier et al., 2013), manipulation of objects (Morano, Collela & Caroli, 2011), focus attention (Mond et al., 2007), etc. ... of overweight and obese children versus the children with normal nutrition status. In our study, specifically in the study of gross motor coordination, no drastic differences were found, that would indicate a superiority of children with normal nutritional status over the other two groups. Significant differences were observed only in the walking backwards variable.

The results of the study showed that girls with obese and overweight nutrition status, were present in 20% of girls, out of the total number of subjects we tested. This result is not ideal, but compared to a few years ago, the prevalence of obesity in Serbia was as high as 39% (Ostojić et al., 2011). While in studies which are unrelated to Serbia, were found over 30% prevalence of overweight and obese children (Brunet, Chaput & Tremblay 2007; Silva-Santos et al., 2016). Consequences of obesity are comprehensive, obesity adversely affects the health of the child and his health-related quality of life (Halasi et al., 2018; WHO, 2016).

Children with poor motor coordination (Lopes et al., 2011) and overweight nutrition status, reduce their physical activity levels earlier than children with normal nutrition status, especially girls, and feel that their physical activity levels are similar to children who are not overweight (Gillis, Kennedy & Bar-Or, 2006). The development of motor

skills is the primary mechanism that promotes physical activity (Stodden et al., 2008; Wrotniak et al., 2006).

More recent research by Ortega et al. (2018) is speaking about the paradox, where obese children who are in good cardiorespiratory and muscular form, are healthier than children with normal nutrition status, who are not in good cardiorespiratory and muscular form, which means that body mass itself does not appear to be the key factor for the health of the child and indicates that the health and development of the child is not solely related to the body mass or the child's nutrition status, but in this case it is rather placed on third place, immediately after cardiorespiratory and muscular form (Ortega et al., 2018).

CONCLUSION

Based on the results obtained, it can be generally concluded that children with normal nutrition status, were not much superior and did not show excessively higher quality of motor coordination than their overweight and obese peers.

Author Contribution

R.P. conceptualized the study and wrote the initial draft of the manuscript . B.P. prepared and analyzed the data. SZ.H. proposed the statistical analysis approach. J.L. critically reviewed the manuscript.

COMPLIANCE WITH ETHICAL STATEMENTS

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Funding: The Republic of Serbia, Autonomous Province of Vojvodina, Provincial Secretariat for higher education and scientific research. Number: 142-451-2785/2017

Ethical approval: The study design was approved by the local IRB at the University of Novi Sad (ID 142-451-2785/2017/2019), with the study protocol systematized in accordance with the Declaration of Helsinki.

Kapcsolattartó szerző:

Pap Róbert

Újvidéki Egyetem

Sport és Testnevelési Kar

21000 Novi Sad, Szerbia

Lovčenska 16.

robert.the.king.94@gmail.com

Corresponding author:

Róbert Pap

Faculty of Sport and Physical Education

University of Novi Sad

Lovčenska 16.

21000 Novi Sad, Serbia

robert.the.king.94@gmail.com

REFERENCES

- Bala, G. (2007). *Dizajniranje istraživanja u kineziologiji*. Novi Sad: Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja.
- Berkey, C. S., Rockett, H. R., Field, A. E., Gillman, M. W., Frazier, A. L., Camargo, C. A., & Colditz, G. A. (2000). Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. *Pediatrics*, 105(4), E56.
- Boreham, C., & Riddoch, C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Sciences*, 19(12), 915-929.
- Brunet, M., Chaput, P., & Tremblay, A. (2007). The association between low physical fitness and high body mass index or waist circumference is increasing with age in children: the 'Quebec en Forme' Project. *International journal of obesity*, 31(4), 637-643.
- Castenassi, F., Marquess, I., Barbiero, B., Basso, L., Vaz Ronque, E., Mendes-Gerage, A. (2007). Relationship between body mass index and gross motor skill in four to six year-old children. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 13(4).
- Cole, J., Bellizzi, C., Flegal, M., & Dietz, H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7244), 1240-1243.
- D'Hondt, E., Deforche, B., Bourdeaudhuij, I., & Lenoir, M. (2009). Relationship between motor skill and body mass index in 5 to 10 year-old children. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26, 21-37.
- D'Hondt, E., Deforche, B., Gentier, I., Verstuyf, J., Vaeyens, R., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., & Lenoir, M. (2014). A longitudinal study of gross motor coordination and weight status in children. *International Journal of obesity*, 22(6).
- Duncan, M., Bryant, E., & Stodden, D. (2017). Low fundamental movement skill proficiency is associated with high BMI and body fatness in girls but not boys aged 6-11 years old. *Physical Activity for Health*, 35(21), 2135-2141.
- Dorđić, V., i Bala, G. (2006). Fizička aktivnost dece predškolskog uzrasta. U G. Bala (Ur.), *Fizička aktivnost devojčica i dečaka predškolskog uzrasta* (str. 57-74). Novi Sad: Fakultet fizičke kulture.
- Gentier, I., D'Hondt, E., Shultz, S., Deforche, B., Augustijn, M., Hoorne, S., Verlaecke, K., Bourdeaudhuij, I., & Lenoir, M. (2013). Fine and gross motor skills differ between healthy-weight and obese children. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4043-4051.
- Gillis, L. J., Kennedy, L. C., & Bar-Or, O. (2006). Overweight children reduce their activity levels earlier in life than healthy weight children. *Clinical journal of sport medicine*, 16(1), 51-55.
- Graf, C., Koch, B., Kretschmann-Kandel, E., Falkowski, G., Christ, H., Coburger, S., . . . Dordel, S. (2004). Correlation between BMI, leisure habits and motor abilities in

- childhood (CHILT-project). *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28(1), 2226.
- Halasi, Sz., Lepeš, J., Đorđić, V., Stevanović, D., Ihasz, F., Jakšić, D., . . . & Marinković D. (2018). Relationship between obesity and health-related quality of life in children aged 7-8 years. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 149.
- Hardman, C., de Souza Wanderley Junior, R., Antunes de Oliveira, E., & Gomes de Barros, M. (2017). Relationship between physical activity and BMI with level of motor coordination performance in schoolchildren. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 19(1), 50-61.
- Hils, A., King, N., & Armstrong, T. (2007). The Contribution of Physical Activity and Sedentary Behaviours to the Growth and Development of Children and Adolescents. *Sports Medicine*, 37(6), 533-545.
- Kiphard, E.J., & Schilling, F. (1974, 2007, 2017). Körperkoordinationstest für Kinder: KTK. Beltz-Test.
- Laukkanen, A., Pesola, A., Finni, T., & Saakslanti, A. (2017). Body Mass Index in the Early Years in Relation to Motor Coordination at the Age of 5–7 Years. *Sports (Basel)*, 5(3), 49. doi: 10.3390/sports5030049
- Lima, R. A., Bugge, A., Pfeiffer, K. A., & Andersen, L. B. (2017). Tracking of Gross Motor Coordination From Childhood Into Adolescence. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 88(1), 52–59.
- Logan, W., Scrabis-Fletcher, K., Modlesky, C., & Getchel, N. (2011). The relationship between motor skill proficiency and body mass index in preschool children. *Research quarterly for exercise and sport*, 82(3), 442-448.
- Lopes, V. P., Rodrigues, L. P., Maia, J. A. R., & Malina, R. M. (2011). Motor coordination as predictor of physical activity in childhood. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 21(5), 663-669.
- Luz, C., Rodrigues, L., & Cordovil, R. (2014). The relationship between motor coordination and executive functions in 4th grade children. *European Journal of Developmental Psychology*, 12(2), 129-141.
- Marmeleira, J., Veiga, G., Cansado, H., & Raimundo, A. (2017). Relationship between motor proficiency and body composition in 6- to 10-year-old children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53(4).
- Mond, J., Stich, H., Hay, P., Kraemer, A., & Baune, B. (2007). Associations between obesity and developmental functioning in pre-school children: a population-based study. *International journal of obesity*, 31, 1068-1073.
- Moore, L. L., Gao, D., Bradlee, M. L., Cupples, L. A., Sundarajan-Ramamurti, A., Proctor, M. H., . . . Ellison, R. C. (2003). Does early physical activity predict body fat change throughout childhood.? *Preventive Medicine*, 37(1), 10-17.
- Morano, M., Colella, D., & Caroli, M. (2011). Gross motor skill performance in a sample of overweight and non-overweight preschool children. *International journal of pediatric obesity*, 2, 42-46.

- Okely, A. D., Booth, M. L., & Chey, T. (2004). Relationships between body composition and fundamental movement skills among children and adolescents. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 75(3), 238–247.
- Ortega, F. B., Ruiz, J. R., Castillo, M. J., Sjoström, M. (2008). Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *International journal of obesity*, 32(1), 1-11.
- Ostojić, S., Stojanović, M., Stojanović, V., Marić, J., & Njaradi, N. (2011). Corelation between fitness and fatness in 6-14- year Old Serbian Schol Children. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(1), 53-56.
- Popović, B., Radanović, D., Stupar, D., & Jezdimirović, T. (2010). Efekti programiranog vežbanja na razvoj brzine i eksplozivne snage kod devojčica predškolskog uzrasta. *Conference: Kondicijska priprema sportaš*, at Zagreb.
- Rodrigues, L. P., Leitao, R., & Lopes, V. P. (2013). Physical fitness predicts adiposity longitudinal changes over childhood and adolescence. *Journal of science and medicine in sport*, 16(2), 118-123.
- Sekulić, D. i Metikoš, D. (2007). Osnove transformacijskih postupaka u kineziologiji. Split: Fakultet prirodoslovno-matematičkih znanosti i kineziologije Sveučilita.
- Silva-Santos, S., Santos, A., Vale, S., & Mota, J. (2016). Motor fitness and preschooler children obesity status. *Journal of Sport Sciences*, 35(17), 1704-1708.
- Smits- Engelsman, B., & Hill, E. (2012). The relationship between motor coordination and intelligence across the IQ range. *Pediatrics*, 130(4), e950-e956.
- Spessato, B., Gabbard, C., & Valentini, N. (2013). The role of motor competence and body mass index in children's activity levels in physical education classes. *Journal of Teaching in Physical Education*, 32, 118-130.
- Stodden, D., Goodway, J., Langendorfer, S., Robertson, M., Rudisill, M., Garcia, C., & Garcia, L. (2008). A developmental perspective on the role of motor skill competence in physical activity: an emergent relationship. *National Association for Kinesiology in Higher Education*, 60(2), 290-306.
- WHO (World Health Organization). (2016) Report of the commission on ending childhood obesity. Geneva, Switzerland; WHO, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf
- Williams, G. H., Pfeiffer, A. K., O'Neil, R. J., Dowda, M., & McIver, L. K. (2012). Motor Skill Performance and Physical Activity in Preschool Children. *Obesity*, 16(6), 1421-1426.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194.
- Wrotniak, B. H., Epstein, L. H., Dorn, J. M., Jones, K. E., & Kondilis, V. A. (2006). The relationship between motor proficiency and physical activity in children. *Pediatrics*, 118(6), e1758-1765.

A COVID-19 JÁRVÁNY OKOZTA MAGYARORSZÁGI 2021. TAVASZÁN BEVEZETETT DIGITÁLIS TÁVOKTATÁS HATÁSA A PEDAGÓGUSOK ÉS A SZÜLŐK SZEMSZÖGÉBŐL – A KÉRDŐÍVEK BEMUTATÁSA

Kozma Gábor^{1,2}, Petróczi Erzsébet³, Thékes István³, Nagyné Hegedűs Anita³

1 Gál Ferenc Egyetem

2 Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar

3 Gál Ferenc Egyetem, Egészség- és Szociális Tudományi Kar

Absztrakt

A Gál Ferenc Egyetem Marczell Mihály Speciális Pedagógiai Kutatócsoportja 2020 májusában már végzett egy nagymintás kutatást. Ennek eredményeit számos tanulmányban már közzétettük. A kutatás menetét korábbi tanulmányban már bemutattuk (Kozma és mtsai, 2020). A 2020. évi munkánkat követően ezúttal (szintén online) két mérőeszközt fejlesztettünk. Az egyik kérdőívvel a pedagógusok tapasztalatairól gyűjtöttük az adatokat, a másikkal pedig a szülőket kérdeztük meg. A célunk ezzel a mérőeszközcsomag-fejlesztésével az volt, hogy az adatokat matematikai statisztikai vizsgálatok elvégzésével összevethessük és a mélyebb összefüggéseket feltárjuk, ami a karanténban eltöltött életvitel és az ezzel járó tanítási/tanulási kihívásokat illeti. A kérdőív fejlesztése 2021. májusában zárult és az adatfelvételre ebben a hónapban és júniusban került sor. A kérdőívet 267 szülő és 239 pedagógus töltötte ki. A kitöltők többsége, mint a 2020-as kutatás során is többsége nő volt. A tanulmányban a két kérdőívet mutatjuk be.

Kulcsszavak: világjárvány, oktatás, szülők, pedagógusok, kérdőív

THE IMPACT OF DIGITAL DISTANCE LEARNING ON TEACHERS' AND PARENTS' PERCEPTIONS OF THE COVID-19 EPIDEMIC IN HUNGARY IN SPRING 2021 – PRESENTATION OF THE MEASURING INSTRUMENTS

Gábor Kozma¹, Erzsébet Petróczi², István Thékes², Anita Nagyné Hegedűs²

¹ Gál Ferenc University - Pázmány Péter Catholic University, Faculty of Humanities and Social Sciences ² Gál Ferenc University, Faculty of Health and Social Sciences

Abstract

The Marczell Mihály Marczell Special Pedagogical Research Group of the Gál Ferenc University already carried out a large-scale research in May 2020. The results have already been published in several papers. The process of the research has been described in a previous paper (Kozma et al., 2020). Following our work in 2020, we have now developed two measurement tools (also online). One questionnaire was used to collect data on teachers' experiences and the other was used to survey parents. Our aim with this data gathering instrument development was to compare the data by performing mathematical statistical tests and to explore deeper correlations between the life in quarantine and the teaching/learning challenges it brings. The development of the questionnaire was completed in May 2021 and data collection took place in that month and June. Two-hundred-and-sixty-seven parents and 239 teachers completed the questionnaire. As in the 2020 survey, the majority of respondents were female. The two questionnaires are presented in this study.

Keywords: pandemic, education, parents, teachers, questionnaire

BEVEZETÉS

A WHO főigazgatója 2020 márciusában a Covid-19-et világméretűvé nyilvánította, miután értékelte a halálos vírus gyors terjedését és súlyosságát a világon, és a világméretű terjedésének megfékezése érdekében további társadalmi távolságtartást jelentett be. Magyarországon 2020. március 16-tól vezettek be korlátozásokat, ami az iskolák bezárását is jelentette. Egyben a digitális távoktatás időszaka következett. A járvány első két hullámát követően Magyarországon 2021. áprilisában rendeltek el ismét digitális távoktatási rendet a köznevelésben. Jelen tanulmányban a 2021. tavaszi félévében végzett kutatásunk mérőeszközait mutatjuk be.

1. A KUTATÁS MENETE

A Gál Ferenc Egyetem Marczell Mihály Speciális Pedagógiai Kutatócsoportja 2020 májusában már végzett egy nagymintás kutatást (N>1.000). Ennek eredményeit számos tanulmányban már közöltük. A kutatás menetét korábbi tanulmányban

már bemutattuk (Kozma és mtsai, 2020). A 2020. évi munkánkat követően ezúttal (szintén online) két mérőeszközt fejlesztettünk. Az egyik kérdőívvel a pedagógusok tapasztalatairól gyűjtöttük az adatokat, a másikkal pedig a szülőket kérdeztük meg. A célunk ezzel a mérőeszközcsomag-fejlesztésével az volt, hogy az adatokat matematikai statisztikai vizsgálatok elvégzésével összevethessük és a mélyebb összefüggéseket feltárjuk, ami a karanténban eltöltött életvitel és az ezzel járó tanítási/tanulási kihívásokat illeti. A kérdőív fejlesztése 2021. májusában zárult és az adatfelvételre ebben a hónapban és júniusban került sor. A kérdőívet 267 szülő és 239 pedagógus töltötte ki. A kitöltők többsége, mint a 2020-as kutatás során is többsége nő volt.

Online kérdőívünk megtervezése és fejlesztése 2020. márciusában kezdődött, rögtön a azt követően, hogy Magyarország Kormánya veszélyhelyzet elrendeléséről döntött, melynek következtében az iskolák hivatalosan bezárták kapuit és digitális távoktatásra álltak át, valamint a cégek többsége kénytelen volt egy új még szabályozatlan munkahelyi kultúrát kialakítani, az ún. home-office munkavégzést. Továbbá hivatalos csatornákon a lakosságot arra kérték, hogy lehetőség szerint maradjanak otthon, továbbá az idősebb korosztállyal ne érintkezzenek a rokonok sem. Ez egy új száz éve nem látott jelenséget idézett elő, amit karantén-jelenségnek is hívnak már a szakirodalomban (pl. Brook és mtsai., 2020). Mérőeszközünk fejlesztésénél közös online konferenciák során igyekeztünk feltárni azokat a tényezőket, amelyeket egyrésztől mérni érdemes másrésztől mérhetővé tudunk tenni. Meghatároztuk azokat dimenziókat amelyek köré kérdéscsokrokat tudunk megfogalmazni. A kérdőív kitöltésére hozzávetőlegesen két hét állt rendelkezésre. Az adatok adatbázisba való rendezése 2020 júniusában történt, az adatelemzést pedig SPSS 23 szoftverrel végeztük. A továbbiakban bemutatjuk mind a pedagógusi mind a szülői kérdőívünket.

2. KÉRDŐÍVEK BEMUTATÁSA

A továbbiakban bemutatjuk mind a pedagógusi mind a szülői kérdőívünket.

2.1 Pedagógusok részére összeállított kérdőív

Ebben a fejezetben az online oktatásban részt vett gyermekek pedagógusainak készített kérdőívet ismertetjük, mely 42 kérdést tartalmaz.

A kérdőív címe: „Online oktatás a karanténban” a GFE Marczell Mihály Speciális Pedagógiai Kutatócsoport felmérése. Kérdőív az online oktatásban részt vett gyermekek pedagógusainak

A kérdőív célja:
Kitöltése önkéntes!
Kedves Pedagógus!

A Gál Ferenc Egyetem kutatócsoportja ezzel a kérdőívvel szeretne minél többet megtudni a pedagógusoknak az online oktatásról szerzett tapasztalatairól, véleményéről. Tisztelettel kérjük Öntől a kérdőív anonim kitöltését, ami közel fél órát igényel.

Kérjük, ajánlja ismerősei figyelmébe is kérdőívünk kitöltését, mert több válasszal megalapozottabb tudományos következtetésekre juthatunk!

Köszönjük, hogy részvételével hozzájárul vizsgálatunk eredményességéhez!

Jó egészséget kívánunk!

A kérdőív kérdései:

1. Mi az Ön neme?

1. Férfi
2. Nő

2. Mi az Ön életkora?

1. 23-35
2. 36-45
3. 46-55
4. 56-

3. Az Ön munkahelye (iskolája) milyen településen van?

1. Főváros/megyeszékhely
2. 20000-60000 fő lakosú városban
3. 5000-20000 fő lakosú településen
4. 5000 főnél kevesebb lakosú településen

4. Milyen intézményben tanít?

1. Általános iskola
2. Gimnázium
3. Alapfokú művészeti iskola
4. gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai nevelési-oktatási intézmény
5. Technikum
6. Szakképző iskola
7. Szakgimnázium
8. Egyéb

5. Milyen fenntartásban működik az Ön iskolája?

1. Állami fenntartásban
2. Nemzetiségi önkormányzat fenntartásában
3. Egyház által fenntartott

4. Gazdasági társaság által fenntartott
5. Alapítvány vagy egyesület által fenntartott
6. Állami felsőoktatási intézmény által fenntartott
7. Nem állami felsőoktatási intézmény által fenntartott
8. Egyéb

6. Mi a legmagasabb iskolai végzettsége?

1. érettségi
2. felsőfokú végzettség (BA, BSC főiskolai)
3. felsőfokú végzettség (MA/MSC egyetemi)
4. doktori fokozat (PhD, DLA)

7. Milyen lakásban él?

- 1 - családi házban
- 2 - erkélyes és/vagy kertes társasházi lakásban
- 3 - erkély/kert nélküli társasházi lakásban
- 4 - egyéb

8. Mekkora lakásban él?

1. 15 m²/fő alatt
2. 15-20 m²/fő
3. 21-30 m²/fő
4. 30 m²/fő felett

9. Hány lakosú településen él?

1. Főváros/megyeszékhely
2. 20000-60000 fő
3. 5000-20000 fő
4. 5000 főnél kevesebb

10. Mi az Ön vallási hovatartozása?

- 1 - Római/görögkatolikus
- 2 - Egyéb katolikus
- 3 - Református
- 4 - Evangélikus
- 5 - Egyéb protestáns
- 6 - Ortodox keresztény
- 7 - Egyéb keresztény
- 8 - Izraelita
- 9 - Muzulmán
- 10 - Nem tartozik vallási közösséghez
- 11 - Egyéb vallás

11. A vallásgyakorlatot tekintve melyik kijelentést érzi magához a legközelebb?

- 1 - Vallásos, egyháza tanítását követi.
- 2 - Vallásos a maga módján.
- 3 - Nem tudja megmondani, hogy vallásos-e vagy sem.
- 4 - Nem vallásos, az ilyen dolgok nem érdeklik.
- 5 - Meggyőződése szerint nem vallásos.
- 6 - Nem válaszol

12. Utaztak-e nyaralni a családjával 2020-ban?

1. Igen
2. Nem

13. Hol volt a családi pihenés?

1. Magyarországon
2. Külföldön

14. Milyen időtartamú pihenésre volt lehetőségük?

1. 1 hétnél kevesebb
2. 1-2 hét
3. 2-3 hét
4. 3 hétnél több

15. Ez a korábbi évhez (2019) viszonyítva:

1. Hosszabb volt
2. Rövidebb volt
3. Kb. ugyanolyan hosszú volt

16. Sikerült megoldani az online oktatást a 2020/2021-as tanév tavaszi félévében. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem sikerült.
2. Nehezen, nem mindig.
3. Megfelelő módon.
4. Teljes mértékben.

17. Ez több időt vett igénybe, mint a tavalyi évben.

1. Nem vett igénybe több időt.
2. Néha, nem mindig.
3. Sokszor több időt vett igénybe.
4. Mindig több időt vett igénybe.

18. Nehézségeim voltak az online oktatással. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem voltak.
2. Néha voltak.
3. Sok nehézség volt.
4. Rengeteg nehézség volt.

19. Tanulóim követték útmutatásaimat az online tanulás során. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem követték.
2. Néha követték, de nem mindig.
3. Sokszor követték.
4. Mindig követték.

20. Javult tanulói tanulmányi eredménye az előző tanévhez képest. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem javult.
2. Keveset javult.
3. Sokat javult.
4. Rengeteget javult.

21. Szerintem az online oktatásnak számos előnye van. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Semmilyen előnye sincs.
2. Időnként van előnye.
3. Sok előnye van.
4. Rengeteg előnye van.

22. Szeretném, ha a jövőben nagyobb szerepet kapna az online oktatás a hagyományos oktatás mellett. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Egyáltalán nem szeretném.
2. Időnként szeretném
3. Nagy mértékben szeretném.
4. Teljes mértékben szeretném.

23. Az online oktatás összességében csak pozitívumokat hozott az oktatás terén. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Semmilyen pozitívumokat nem hozott.
2. Időnként hozott pozitívumokat
3. Sok pozitívumot hozott.
4. Rengeteg pozitívumot hozott.

24. Jobban tudtam segíteni a tanulásban a diákokat a második online oktatási időszak során. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem tudtam jobban segíteni.
2. Kis mértékben tudtam jobban segíteni.
3. Nagy mértékben tudtam jobban segíteni.
4. Teljes mértékben jobban tudtam segíteni.

25. Meg tudtam küzdeni a mindennapi kihívásokkal a második online oktatási időszak során. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem tudtam megküzdeni.
2. Nem mindig.
3. Megfelelő módon.
4. Teljes mértékben.

26. Növekedett a családokon belüli konfliktusok száma a karantén alatti online oktatás idején. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Rengeteg konfliktus volt.
2. Sokkal több konfliktus volt.
3. Némileg vagy kis mértékben növekedett.
4. Nem növekedett.

27. Szorongással töltött el az online tanítás. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem okozott szorongást.
2. Ritkán okozott szorongást.
3. Sok szorongást okozott.
4. Rengeteget szorongást okozott.

28. Minden nap izgalommal kezdtem el az online órákat. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem minden nap kezdtem izgalommal az online órákat.
2. Ritkán kezdtem izgalommal az online órákat.
3. Sokszor kezdtem izgalommal az online órákat.
4. Mindig izgalommal kezdtem az online órákat.

29. Izgultam a diákjaimért, hogyan teljesítenek az online feladatokon/dolgozatokon. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem izgultam.

2. Ritkán izgultam.
3. Sokszor izgultam.
4. Mindig izgultam.

30. Igyekeztem mindig kreatívan felkészülni az online órákra. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem igyekeztem.
2. Ritkán.
3. Sokszor.
4. Mindig igyekeztem kreatívan felkészülni.

31. Élveztem, hogy új módszerrel taníthatom a diákjaim az online oktatás során. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem élveztem.
2. Ritkán élveztem.
3. Sokszor élveztem.
4. Nagyon élveztem.

32. Élveztem, hogy új feladatokat adhatok a diákjaimnak. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem élveztem.
2. Ritkán élveztem.
3. Sokszor élveztem.
4. Nagyon élveztem.

33. Volt-e különbség a 2021 tavaszi online oktatás és a 2020 tavaszi online oktatás között? (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

- 1 Nehezebb volt a 2020 tavaszi online oktatás
- 2 Könnyebb volt a 2020 tavaszi online oktatás
- 3 Hasonló volt a két év

34. Tudtam segíteni a tanulók online tanulását. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem tudtam.
2. Nehezen, nem mindig.
3. Megfelelő módon.
4. Teljes mértékben.

35. Nehézségeik voltak tanulóimnak az online tanulással. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem voltak.

2. Néha voltak.
3. Sok nehézség volt.
4. Rengeteg nehézség volt.

36. Változott tanulói tanulmányi eredménye az előző tanévhez képest. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Romlott
2. Nem változott
3. Kicsit javult
4. Sokat javult

37. A családom könnyebben meg tudott küzdeni az idej online oktatás miatti kihívásokkal. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem tudott megküzdeni.
2. Nem mindig.
3. Megfelelő módon.
4. Teljes mértékben.

38. Volt-e különbség a 2020 tavaszi és a 2021 tavaszi online oktatás között?

- 1 Nehezebb volt a 2020 tavaszi online oktatás
- 2 Könnyebb volt a 2020 tavaszi online oktatás
- 3 Hasonló volt a két év

39. Miből adódott a különbség, illetve a hasonlóság a 2020 tavaszi és a 2021 tavaszi online oktatás között? Kérjük, írja le röviden!

Saját válasz

40. Kérjük fejtse ki, milyen konkrét nehézségei voltak az online oktatással!

Saját válasz

41. Az online oktatás szerintem... (Írja le azt az 5 szót, amelyek leginkább kifejezik az online oktatással kapcsolatos véleményét/érzéseit!)

Saját válasz

42. Tanított SNI (sajátos nevelési igényű) vagy BTMN (beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő) nevelési feladatot igénylő gyerekeket?

1. Igen
2. Nem

Köszönjük, hogy kitöltötte a Gál Ferenc Egyetem Marczell Mihály Speciális Pedagógiai Kutató Csoport kérdőívét!

2.2 A Szülők részére összeállított kérdőív

Ebben a fejezetben az online oktatásban részt vett gyermekek szüleinek készített kérdőívet ismertetjük, mely 32 kérdést tartalmaz.

A kérdőív címe: „Online oktatás a karanténban” a GFE Marcell Mihály Speciális Pedagógiai Kutatócsoport felmérése. Kérdőív az online oktatásban részt vett gyermekek szüleinek.

A kérdőív célja:

Kitöltése önkéntes!

Kedves Szülő!

A Gál Ferenc Egyetem kutatócsoportja ezzel a kérdőívvel szeretne minél többet megtudni a családoknál tapasztalt otthoni, online oktatás okozta nehézségekről. Tisztelettel Kérjük Öntől a kérdőív anonim kitöltését, ami közel fél órát igényel.

Kérjük, ajánlja ismerősei figyelmébe is kérdőívünk kitöltését, mert több válasszal megalapozottabb tudományos következtetésekre juthatunk!

Köszönjük, hogy részvételével hozzájárul vizsgálatunk eredményességéhez!

Jó egészséget kívánunk!

A kérdőív kérdései:

1. Mi az Ön neme?

1. Férfi
2. Nő

2. Mi az Ön életkora?

1. 18-25
2. 26-35
3. 36-45
4. 46-55
5. 56-

3. Mi az Ön iskolai végzettsége?

- 1 - 8 általános
- 2 - Szakmunkás
- 3 - Szakközépiskolai érettségi
- 4 - Gimnáziumi érettségi
- 5 - Főiskola/egyetem
- 6 - Egyéb

4. Mi az Ön munkaviszonya?

- 1 - alkalmazott

- 2 - alkalmazott + levelező tagozatos egyetemista/főiskolás
- 3 - vállalkozó
- 4 - alkalmi munkás
- 5 - háztartásbeli
- 6 - GYES/GYED
- 10 - nyugdíjas
- 11 - közmunkás
- 12 - munkanélküli
- 13 - egyéb inaktív
- 14 - jövedelem nélküli
- 15 - egyéb

5. Mi az Ön családi állapota?

- 1 - hajadon/nőtlen
- 2 - házas
- 3 - élettársi közösségben
- 4 - özvegy
- 5 - elvált
- 6 - házas, de külön él
- 7 - egyéb

6. Hányan élnek az Ön háztartásában?

- 1. 2 fő
- 2. 3 fő
- 3. 4-5 fő
- 4. 5 fő felett

7. Hány generáció él együtt az Ön háztartásában?

- 1. Egy generáció
- 2. Két generáció
- 3. Három generáció
- 4. Négy generáció

8. Hány gyermek él az Ön háztartásában?

- 1. 1 gyermek
- 2. 2-3 gyermek
- 3. 4-5 gyermek
- 4. 5-nél több gyermek

9. Milyen nevelési-oktatási intézménybe tartoznak gyermekeik?

1.	otthon/bölcsődés	1 gyermek	2 gyermek	3 gyermek	4 gyermek	5 gyermek
2.	óvodás	1 gyermek	2 gyermek	3 gyermek	4 gyermek	5 gyermek
3.	1-4. osztályos	1 gyermek	2 gyermek	3 gyermek	4 gyermek	5 gyermek
4.	5-8. osztályos	1 gyermek	2 gyermek	3 gyermek	4 gyermek	5 gyermek
5.	9-13. osztályos	1 gyermek	2 gyermek	3 gyermek	4 gyermek	5 gyermek

10. Milyen lakásban él?

- 1 - családi házban
- 2 - erkélyes és/vagy kertes társasházi lakásban
- 3 - erkély/kert nélküli társasházi lakásban
- 4 - egyéb

11. Mekkora lakásban él?

1. 15 m²/fő alatt
2. 15-20 m²/fő
3. 21-30 m²/fő
4. 30m²/fő felett

12. Hány lakosú településen él?

1. Főváros/megyeszékhely
2. 20000-60000 fő
3. 5000-20000 fő
4. 5000 főnél kevesebb

13. Milyen családban él?

1.	Egy felnőtt	1 gyermekkel	2 gyermekkel	3 gyermekkel	4 gyermekkel	5 gyermekkel
2.	Két felnőtt	1 gyermekkel	2 gyermekkel	3 gyermekkel	4 gyermekkel	5 gyermekkel
3.	Egy szülő és egy nagyszülő	1 gyermekkel	2 gyermekkel	3 gyermekkel	4 gyermekkel	5 gyermekkel
4.	Egy szülő és két nagyszülő	1 gyermekkel	2 gyermekkel	3 gyermekkel	4 gyermekkel	5 gyermekkel
5.	Két szülő és egy nagyszülő	1 gyermekkel	2 gyermekkel	3 gyermekkel	4 gyermekkel	5 gyermekkel
6.	Két szülő és két nagyszülő	1 gyermekkel	2 gyermekkel	3 gyermekkel	4 gyermekkel	5 gyermekkel

14. Mi az Ön vallási hovatartozása?

- 1 - Római/görögkatolikus
- 2 - Egyéb katolikus
- 3 - Református

- 4 - Evangélikus
- 5 - Egyéb protestáns
- 6 - Ortodox keresztény
- 7 - Egyéb keresztény
- 8 - Izraelita
- 9 - Muzulmán
- 10 - Nem tartozik vallási közösséghez
- 11 - Egyéb vallás

15. A vallásgyakorlatot tekintve melyik kijelentést érzi magához a legközelebb?

- 1 - Vallásos, egyháza tanítását követi.
- 2 - Vallásos a maga módján.
- 3 - Nem tudja megmondani, hogy vallásos-e vagy sem.
- 4 - Nem vallásos, az ilyen dolgok nem érdeklik.
- 5 - Meggyőződése szerint nem vallásos.
- 6 - Nem válaszol

16. Utaztak-e nyaralni a családjával 2020-ban?

- 1. Igen
- 2. Nem

17. Hol volt a családi pihenés?

- 1. Magyarországon
- 2. Külföldön

18. Milyen időtartamú pihenésre volt lehetőségük?

- 1. 1 hétnél kevesebb
- 2. 1-2 hét
- 3. 2-3 hét
- 4. 3 hétnél több

19. Ez a korábbi évhez (2019) viszonyítva:

- 1. Hosszabb volt
- 2. Rövidebb volt
- 3. Kb. ugyanolyan hosszú volt

20. Tudtam otthon biztosítani a gyermek(ek) online tanulását. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

- 1. Nem tudtam.
- 2. Nehezen, nem mindig.
- 3. Megfelelő módon.
- 4. Teljes mértékben.

21. Nehézségeink voltak az online tanulóssal. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem voltak.
2. Néha voltak.
3. Sok nehézség volt.
4. Rengeteg nehézség volt.

22. Segíteni tudtam a gyermek(ek)nek az otthoni online tanulásban. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem tudtam.
2. Nem mindig.
3. Megfelelő módon.
4. Teljes mértékben.

23. A gyermek(ek) tanulmányi eredménye javult az előző tanévhez képest. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem javult.
2. Keveset javult.
3. Sokat javult.
4. Rengeteget javult.

24. Szerintem az online oktatásnak számos előnye van. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Semmilyen előnye sincs.
2. Időnként van előnye.
3. Sok előnye van.
4. Rengeteg előnye van.

25. A család könnyebben meg tudott küzdeni az idej online oktatás miatti kihívásokkal. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem tudott megküzdeni.
2. Nem mindig.
3. Megfelelő módon.
4. Teljes mértékben.

26. Naponta hány órát kellett/lehetett segíteni a gyermek(ek) otthoni online tanulásában?

1. 3 óránál többet.
2. 2-3 órát.
3. 1-2 órát.
4. 1 órát vagy kevesebbet. (Alig kellett segíteni vagy semmit.)

27. Növekedett a családon belüli konfliktusok száma az online oktatás időszakában. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem növekedett.
2. Némileg vagy kis mértékben növekedett.
3. Sokkal több konfliktus volt.
4. Rengeteg konfliktus volt.

28. Szorongással töltött el az online oktatás. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem okozott szorongást.
2. Ritkán okozott szorongást.
3. Sok szorongást okozott.
4. Rengeteget szorongást okozott.

29. Stresszes volt számomra a gyermek(ek) otthoni online tanulása. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem volt stresszes.
2. Némileg volt stresszes.
3. Sok stresszet okozott.
4. Rengeteg stresszel járt.

30. Élveztem, hogy új módszerrel tanulhatott a gyermekem az online oktatás során. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem élveztem.
2. Ritkán élveztem.
3. Sokszor élveztem.
4. Nagyon élveztem.

31. Változott gyermeke(i)m tanulmányi eredménye az előző tanévhez képest. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Romlott
2. Nem változott
3. Kicsit javult
4. Sokat javult

32. Volt-e különbség a 2020 tavaszi és a 2021 tavaszi online oktatás között?

- 1 Nehezebb volt a 2020 tavaszi online oktatás
- 2 Könnyebb volt a 2020 tavaszi online oktatás
- 3 Hasonló volt a két év

33. Miből adódott a különbség, illetve a hasonlóság a 2020 tavaszi és a 2021 tavaszi online oktatás között? Kérjük, írja le röviden!

Saját válasz

34. Kérjük fejtse ki, milyen nehézségei voltak az online oktatással!

Saját válasz

35. Az online oktatás szerintem... (Írja le azt az 5 szót, amelyek leginkább kifejezik az online oktatással kapcsolatos véleményét/érzéseit!):

Saját válasz

36. Van-e sajátos nevelési igényű (SNI-s) gyermek a családban?

Amennyiben igen, akkor a szakértői véleményben szereplő pontos diagnózisa:

Saját válasz

37. Van-e – szakértői bizottság által diagnosztizált – beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségekkel (BTMN-es) küzdő gyermek a családban?

Amennyiben igen, akkor a szakértői véleményben szereplő pontos diagnózisa:

Saját válasz

38. Jelzett-e az iskola a gyermekénél olyan beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséget, amivel foglalkozni kell, de nincs róla szakértői vélemény?

1. Igen

2. Nem

39. Amennyiben a 37. kérdésre igen választ adott, akkor kérjük, írja le, mi volt az?

Saját válasz

Köszönjük, hogy kitöltötte a Gál Ferenc Egyetem Marczell Mihály Speciális Pedagógiai Kutató Csoport kérdőívét!

3. A szülői kérdőív leíró statisztikai adatai

Ebben a szövegrészben közöljük a szülők által közölt információk leíró statisztikai elemzését. Későbbi tanulmányokban sort kerítünk a pedagógusok által közölt adatok elemzésére és az összefüggések mélyebb feltárására. Jelenleg a nominális és ordinális skálán megjeleníthető szülőktől kapott adatokat prezentáljuk.

Eredmények:

1. Mi az Ön neme?

- 1. Férfi: 18 fő / 6,7%
- 2. Nő: 249 fő / 92,9%
- hiányzó: 1 fő / 0,4%

2. Mi az Ön életkora?

- 1. 18-25: 1 fő / 0,4%
- 2. 26-35: 38 fő / 14,2%
- 3. 36-45: 146 fő / 54,5%
- 4. 46-55: 77 fő / 28,7%
- 5. 56-: 6 fő / 2,2%

3. Mi az Ön iskolai végzettsége?

- 1 - 8 általános: 12 fő / 4,5%
- 2 – Szakmunkás: 47 fő / 17,5%
- 3 - Szakközépfiskolai érettségi: 62 fő / 23,1%
- 4 - Gimnáziumi érettségi: 44 fő / 16,4%
- 5 - Főiskola/egyetem: 98 fő / 36,6%
- 6 – Egyéb: 5 fő / 1,9%

4. Mi az Ön munkaviszonya?

- 7 - alkalmazott: 192 fő / 71,6%
- 8 - alkalmazott + levelező tagozatos egyetemista/főiskolás: 1 fő / 0,4 %
- 9 - vállalkozó: 26 fő / 9,7%
- 10 - alkalmi munkás: 1 fő / 0,4 %
- 11 - háztartásbeli: 9 fő / 3,3%
- 12 - GYES/GYED: 24 fő / 9,0%
- 16 - nyugdíjas: 1 fő / 0,4 %
- 17 - közmunkás: 3 fő / 1,1%
- 18 - munkanélküli: 4 fő / 1,5%
- 19 - egyéb inaktív: 0 fő
- 20 - jövedelem nélküli: 3 fő / 1,1%
- 21 - egyéb: 3 fő / 1,1%
- hiányzó: 1 fő / 0,4 %

5. Mi az Ön családi állapota?

- 8 - hajadon/nőtlen: 12 fő / 4,4%
- 9 - házas: 169 fő / 63,1%
- 10 - élettársi közösségben: 57 fő / 21,3%

- 11 - özvegy: 2 fő / 0,7%
 12 - elvált: 23 fő / 8,6%
 13 - házas, de külön él: 4 fő / 1,5%
 14 - egyéb: 1 fő / 0,4

6. Hányan élnek az Ön háztartásában?

1. 2 fő: 14 fő / 5,2%
 2. 3 fő: 77 fő / 28,7%
 3. 4-5 fő: 160 fő / 59,7%
 4. 5 fő felett: 17 fő / 6,4%

7. Hány generáció él együtt az Ön háztartásában?

1. Egy generáció: 108 fő / 40,3%
 2. Két generáció: 149 fő / 55,6%
 3. Három generáció: 10 fő / 3,7 %
 4. Négy generáció: 0 fő
 Hiányzó: 1 fő / 0,4%

8. Hány gyermek él az Ön háztartásában?

1. 1 gyermek: 82 fő / 30,6%
 2. 2-3 gyermek: 170 fő / 63,4%
 3. 4-5 gyermek: 11 fő / 4,1%
 4. 5-nél több gyermek: 5 fő / 1,9%

9. Milyen nevelési-oktatási intézménybe tartoznak gyermekeik?

1.	otthon/bölcsődés	1 gyermek 14 fő / 5,2%	2 gyermek 6 fő / 5,2%	3 gyermek 1 fő / 0,4%	4 gyermek 0 fő	5 gyermek 0 fő
2.	óvodás	1 gyermek 28 fő / 10,4%	2 gyermek 12 fő / 4,5%	3 gyermek 1 fő / 0,4%	4 gyermek 0 fő	5 gyermek 0 fő
3.	1-4. osztályos	1 gyermek 101 fő / 37,7%	2 gyermek 33 fő / 12,3%	3 gyermek 1 fő / 0,4%	4 gyermek 0 fő	5 gyermek 0 fő
4.	5-8. osztályos	1 gyermek 91 fő / 34,0%	2 gyermek 53 fő / 19,8%	3 gyermek 2 fő / 0,7%	4 gyermek 1 fő / 0,4%	5 gyermek 0 fő
5.	9-13. osztályos	1 gyermek 58 fő / 21,6%	2 gyermek 38 fő / 14,2%	3 gyermek 1 fő / 0,4%	4 gyermek 0 fő	5 gyermek 0 fő

10. Milyen lakásban él?

- 5 - családi házban: 219 fő / 81,7%
- 6 - erkélyes és/vagy kertes társasházi lakásban: 30 fő / 11,2%
- 7 - erkély/kert nélküli társasházi lakásban: 12 fő / 4,5%
- 8 - egyéb: 5 fő / 1,9%
- Hiányzó: 2 fő / 0,7%

11. Mekkora lakásban él?

- 1. 15 m²/fő alatt: 12 fő / 4,5%
- 2. 15-20 m²/fő: 65 fő / 24,3%
- 3. 21-30 m²/fő: 86 fő / 32,1%
- 4. 30m²/fő felett: 102 fő / 38,1%
- Hiányzó: 3 fő / 1,1%

12. Hány lakosú településen él?

- 1. Főváros/megyeszékhely: 53 fő / 19,8%
- 2. 20000-60000 fő: 44 fő / 16,4%
- 3. 5000-20000 fő: 90 fő / 33,6%
- 4. 5000 főnél kevesebb: 81 fő / 30,2%

13. Milyen családban él?

1.	Egy felnőtt	1 gyermekkel 13 fő / 4,9%	2 gyermekkel 12 fő / 4,5%	3 gyermekkel 1 fő / 0,4%	4 gyermekkel 4 fő / 1,5%	5 gyermekkel 2 fő / 0,7%
2.	Két felnőtt	1 gyermekkel 64 fő / 23,9%	2 gyermekkel 97 fő / 36,2%	3 gyermekkel 41 fő / 15,3%	4 gyermekkel 7 fő / 2,6%	5 gyermekkel 5 fő / 1,9%
3.	Egy szülő és egy nagyszülő	1 gyermekkel 1 fő / 0,4%	2 gyermekkel 3 fő / 1,1%	3 gyermekkel 0 fő	4 gyermekkel 0 fő	5 gyermekkel 0 fő
4.	Egy szülő és két nagyszülő	1 gyermekkel 3 fő / 1,1%	2 gyermekkel 0 fő	3 gyermekkel 0 fő	4 gyermekkel 0 fő	5 gyermekkel 0 fő
5.	Két szülő és egy nagyszülő	1 gyermekkel 3 fő / 1,1%	2 gyermekkel 7 fő / 2,6%	3 gyermekkel 1 fő / 0,4%	4 gyermekkel 0 fő	5 gyermekkel 0 fő
6.	Két szülő és két nagyszülő	1 gyermekkel 1 fő / 0,4%	2 gyermekkel 1 fő / 0,4%	3 gyermekkel 1 fő / 0,4%	4 gyermekkel 0 fő	5 gyermekkel 0 fő

14. Mi az Ön vallási hovatartozása?

- 1 - Római/görögkatolikus: 91 fő / 34%
- 2 - Egyéb katolikus: 11 fő / 4,1%
- 3 - Református: 34 fő / 12,7%

- 4 – Evangélikus: 28 fő / 10,4%
- 5 - Egyéb protestáns: 0 fő
- 6 - Ortodox keresztény: 0 fő
- 7 - Egyéb keresztény: 1 fő / 0,4%
- 8 – Izraelita: 0 fő
- 9 – Muzulmán: 1 fő / 0,4%
- 10 - Nem tartozik vallási közösséghez: 96 fő / 35,8%
- 11 - Egyéb vallás: 3 fő / 1,1%
- Hiányzó: 3 fő / 1,1%

15. A vallásgyakorlatot tekintve melyik kijelentést érzi magához a legközelebb?

- 1 - Vallásos, egyháza tanítását követi: 30 fő / 11,2%
- 2 - Vallásos a maga módján: 115 fő / 42,9%
- 3 - Nem tudja megmondani, hogy vallásos-e vagy sem: 12 fő / 4,5%
- 4 - Nem vallásos, az ilyen dolgok nem érdeklik: 28 fő / 10,4%
- 5 - Meggyőződése szerint nem vallásos: 27 fő / 10,1%
- 6 - Nem válaszol: 54 fő / 20,1%
- Hiányzó: 2 fő / 0,7%

16. Utaztak-e nyaralni a családjával 2020-ban?

- 1. Igen: 129 fő / 48,1%
- 2. Nem: 138 fő / 51,5%
- Hiányzó: 1 fő / 0,4%

17. Hol volt a családi pihenés?

- 1. Magyarországon: 110 fő % 41%
- 2. Külföldön: 19 fő / 7,1%
- Hiányzó: 139 fő / 51,9%

18. Milyen időtartamú pihenésre volt lehetőségük?

- 1. 1 hétnél kevesebb: 80 fő / 29,9%
- 2. 1-2 hét: 47 fő / 17,5%
- 3. 2-3 hét: 2 fő / 0,7%
- 4. 3 hétnél több: 0 fő
- Hiányzó: 139 fő / 51,9%

19. Ez a korábbi évhez (2019) viszonyítva:

- 1. Hosszabb volt: 13 fő / 4,9%
- 2. Rövidebb volt: 49 fő / 18,3%
- 3. Kb. ugyanolyan hosszú volt: 67 fő / 25%
- Hiányzó: 139 fő / 51,9%

20. Tudtam otthon biztosítani a gyermek(ek) online tanulását. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem tudtam: 1 fő / 0,4%
 2. Nehezen, nem mindig: 20 fő / 7,5%
 3. Megfelelő módon: 121 fő / 45,1%
 4. Teljes mértékben: 125 fő / 46,6%
- Hiányzó: 1 fő / 0,4%

21. Nehézségeink voltak az online tanulóval. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem voltak: 63 fő / 23,5%
 2. Néha voltak: 159 fő / 59,3%
 3. Sok nehézség volt: 37 fő / 13,8%
 4. Rengeteg nehézség volt: 8 fő / 3 %
- Hiányzó: 1 fő / 0,4%

22. Segíteni tudtam a gyermek(ek)nek az otthoni online tanulásban. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem tudtam: 20 fő / 7,5%
 2. Nem mindig: 82 fő / 30,6%
 3. Megfelelő módon: 101 fő / 37,7%
 4. Teljes mértékben: 64 fő / 23,9%
- Hiányzó: 1 fő / 0,4%

23. A gyermek(ek) tanulmányi eredménye javult az előző tanévhez képest. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem javult: 153 fő / 57,1%
 2. Keveset javult: 74 fő / 24,6%
 3. Sokat javult: 28 fő / 10,4%
 4. Rengeteget javult: 7 fő / 2,6%
- Hiányzó: 6 fő / 2,2%

24. Szerintem az online oktatásnak számos előnye van. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Semmilyen előnye sincs: 93 fő / 34,7%
 2. Időnként van előnye: 155 fő / 57,8%
 3. Sok előnye van: 16 fő / 6%
 4. Rengeteg előnye van: 3 fő / 1,1%
- Hiányzó: 1 fő / 0,4%

25. A család könnyebben meg tudott küzdeni az ideai online oktatás miatti kihívásokkal. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem tudott megküzdeni: 8 fő / 3%
 2. Nem mindig: 95 fő / 35,4%
 3. Megfelelő módon: 122 fő / 45,5%
 4. Teljes mértékben: 41 fő / 15,3%
- Hiányzó: 2 fő / 0,7%

26. Naponta hány órát kellett/lehetett segíteni a gyermek(ek) otthoni online tanulásában?

1. 3 óránál többet: 51 fő / 19%
 2. 2-3 órát: 52 fő / 19,4%
 3. 1-2 órát: 56 fő / 20,9%
 4. 1 órát vagy kevesebbet. (Alig kellett segíteni vagy semmit.): 108 fő / 40,3%
- Hiányzó: 1 fő / 0,4%

27. Növekedett a családon belüli konfliktusok száma az online oktatás időszakában. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem növekedett: 109 fő / 40,7%
 2. Némileg vagy kis mértékben növekedett: 100 fő / 37,3%
 3. Sokkal több konfliktus volt: 50 fő / 18,7%
 4. Rengeteg konfliktus volt: 8 fő / 3%
- Hiányzó: 1 fő / 0,4%

28. Szorongással töltött el az online oktatás. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem okozott szorongást: 107 fő / 39,9%
 2. Ritkán okozott szorongást: 102 fő / 38,1%
 3. Sok szorongást okozott: 49 fő / 18,3%
 4. Rengeteg szorongást okozott: 9 fő / 3,4%
- Hiányzó: 1 fő / 0,4%

29. Stresszes volt számomra a gyermek(ek) otthoni online tanulása. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem volt stresszes: 80 fő / 29,9%
 2. Némileg volt stresszes: 118 fő / 44%
 3. Sok stresszt okozott: 58 fő / 21,6%
 4. Rengeteg stresszel járt: 11 fő / 4,1%
- Hiányzó: 1 fő / 0,4%

30. Élveztem, hogy új módszerrel tanulhatott a gyermekem az online oktatás során. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Nem élveztem: 114 fő / 42,5%
 2. Ritkán élveztem: 98 fő / 36,6%
 3. Sokszor élveztem: 43 fő / 16%
 4. Nagyon élveztem: 11 fő / 4,1%
- Hiányzó: 2 fő / 0,7%

31. Változott gyermeke(i)m tanulmányi eredménye az előző tanévhez képest. (Mondjon erről véleményt az egyik alábbi lehetőség megjelölésével!)

1. Romlott: 49 fő / 18,3%
 2. Nem változott: 149 fő / 55,6%
 3. Kicsit javult: 57 fő / 21,3%
 4. Sokat javult: 9 fő / 3,4%
- Hiányzó: 4 fő / 1,5%

32. Volt-e különbség a 2020 tavaszi és a 2021 tavaszi online oktatás között?

- 1 Nehezebb volt a 2020 tavaszi online oktatás: 123 fő / 45,9%
 - 2 Könnyebb volt a 2020 tavaszi online oktatás: 45 fő / 16,8%
 - 3 Hasonló volt a két év: 94 fő / 35,1%
- Hiányzó: 6 fő / 2,2%

ÖSSZEGZÉS

A kutatás menetének és a szülők által közölt adatok leíró statisztikai bemutatását követően további tanulmányokban elemezzük a kapott eredményeket, valamint a mélyebb összefüggések feltárását és a következtetések levonását is későbbi tanulmányokban publikáljuk.

Kapcsolattartó szerző:
Thékes István
Gál Ferenc Egyetem
Egészség- és Szociális Tudományi Kar
5700 Gyula
Szent István tér 17-19.
thekes.istvan@gfe.hu

Corresponding author:
István Thékes
Faculty of Health and Social Sciences,
Gál Ferenc University
Szent István square 17-19.
5700 Gyula, Hungary
thekes.istvan@gfe.hu

IRODALOM

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Kozma Gábor, Petróczi Erzsébet, Thékes István, Nagyné, Hegedűs Anita (2020). A megfelelő életvitel kialakítása „karantén” helyzetben a megküzdési stratégiák összefüggéseinek tükrében. In: Dr. Kozma, Gábor (szerk.) *A speciális pedagógia társadalompedagógiai lehetőségei, különös tekintettel a családra.* (pp.81-98.). Szeged, Gerhardus Kiadó.

Deliberationes tudományos folyóirat

14. évfolyam 2. szám 2021/2, 64-76. oldal

Kézirat beérkezése: 2022.06.02.

Kézirat befogadása: 2022.06.23.

[10.54230/Delib.2021.2.64](https://doi.org/10.54230/Delib.2021.2.64)

Deliberationes Scientific Journal

Vol.14; Ed.No. 2/2021, pages: 64-76

Paper submitted: 2th June 2022

Paper accepted: 23th June 2022

[10.54230/Delib.2021.2.64](https://doi.org/10.54230/Delib.2021.2.64)

ÚTKERESÉSEK – ÓVODAI ISKOLAI SZOCIÁLIS SEGÍTÉS FEJLŐDÉSE HAZÁNKBAN

Homoki Andrea

Gál Ferenc Egyetem Egészség-és Szociális Tudományi Kar

Absztrakt

A tanulmány a Magyarországon 2018-ban a köznevelésben bevezetett speciális szociális szolgáltatás jellemzőit, a bevezetést követő segítői dilemmákat és nehézségeket és a pandémia ellenére kimutatható fejlődési lehetőségek tényezőit írja le.

A longitudinális kutatás 2018-2021. években a szolgáltatás által érintett szakemberek és társszakmák képviselőinek bevonásával Magyarország nagyrégióiban kvalitatív módszerekkel zajlott.

Eredményeink szerint a kezdeti nehézségek ellenére kimutatható a speciális gyermekjóléti szolgáltatás fejlődése, az elérhetőségének kiszélesedése, az alkalmazott módszerek és szakmai készségek bővülése, a befogadás és együttműködés szintjének növekedése.

Kulcsszavak: speciális szociális szolgáltatás, óvodai és iskolai szociális segítő, alkalmazott módszerek

GROPINGS – THE INCREASING OF THE KINDERGARTEN AND SCHOOL SOCIAL SUPPORTING

Andrea Homoki

Faculty of Health and Social Sciences, Gál Ferenc University

Abstract

The study introduces the features (dilemmas and difficulties) of a new special social service (the kindergarten and school social supporting) after the beginning (2018) and during the COVID-19 too. (2019-2021.).

It's about the results of the longitudinal research (2018-2021.) that was carried out with qualitative methods on part of the professionals and associates from the child well-being system in various regions of Hungary.

According to results the development of the special child welfare service was showed despite of the initial difficulties especially in the field of the cooperation among the professionals, the inclusion and the expansion of the applied methods.

Keywords: special social service, the kindergarten and school social helper, methods

BEVEZETÉS

A tanulmányban az iskolai gyermekvédelem tárgyköréhez kapcsolható régi/új szolgáltatást nyújtó szakemberek útkereséséről írunk. Hazánkban a normatív alapon 2018 szeptemberétől óvodai iskolai szociális segítség megnevezéssel bevezetett iskolai szociális munka nem újkeletű szakterülete a szociális munkának.

Az 1997. évi XXXI. számú „A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló” törvény végrehajtási rendeletében¹ és a 2018 augusztusi deklarációban meghatározott szakmai policy-k, a szolgáltatás kiterjesztése a köznevelési intézményrendszer minden szintjére számos új kihívás elé állította az összes érintett társadalmi szereplőt: a szociális munkát, szociális segítséget végző szakembereken túl a pedagógustársadalom tagjait éppúgy, ahogyan a legfőbb érintetteket, a kisgyermeket és az iskolás korcsoporthoz tartozó tanulókat, diákokat és szüleiket, gondozóikat is.

A Gál Ferenc Egyetem Egészség- és Szociális Tudományi Karán végzett longitudinális kutatásunk (2018-2021) a szolgáltatás bevezetését követően indult, azért, hogy a kezdetektől nyomon követhessük a szakmai területen végbemenő folyamatokat. Felsőoktatási képzőintézményként a Szociális munka tanszéken célunk volt támogatást, mentorálást biztosítani a kar hallgatói, egykori hallgatói, az Iskolai szociális munka szakirányú továbbképzésbe bekapcsolódó szakemberek és a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet által az óvodai, iskolai szociális segítők kötelező szociális továbbképzésbe delegált szakemberei számára. Célunk volt az egyetemi együttműködéssel és hozzájárulással szolgálni az önkéntesen igénybe vehető, azonban kötelezően előírt speciális szolgáltatás folyamatos fejlődését.

A speciális szociális szolgáltatás fejlesztése (Sinka, 2019) és az ellátás folyamatosságának biztosítása kiemelt általános gyermekvédelmi cél. Korábbi kutatási eredményeink szerint (Homoki&Czinderi, 2020) országszerte magas volt egy évvel az óvodai iskolai szociális segítői munkakörök betölthetőségét követően a területelhagyás. A nagymértékű fluktuáció hosszabb távú fennmaradása a bevezetésekor egyaránt realizált szakemberhiányt tovább súlyosbíthatja – az első két évben a szociális munka végzésének adott szakterületén közel 50%-os hiánnyal számolhattunk, ami a segítői folyamatok sikerességét gátolhatja. Megakadályozhatja a speciális gyermekjóléti szolgáltatás gyökereinek megerősödését, kvázi megkapaszkodását a kezdeti kedvezőtlen

1 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (iskolai szociális munka: 25-26. §)

körülmények ellenére való szárba szökkenését, majd virágba borulását. Holott fontos társadalmi hatással bír a fiatal generációknál a közösségi integráció elérését célzó speciális szociális szolgáltatás, mely az iskolai közösségre, csoportokra és egyéni szükségletekre komplex módon, valós szakmai jelenléttel és a szociális munka sokszínű eszköz- és módszerkészletével reflektál.

A tanulmány témájához kapcsolódó elméleti áttekintés, fogalmi, jogszabályi előírások rövid ismertetését követően képet adunk eredményeink alapján a fenti képi hasonlat értelmében az indulás – gyökerek, kapaszkodók – tapasztalatairól, kihívásairól. A tanulmány záró fejezetében azokat a tényezőket gyűjtjük össze, melyek a COVID-19 pandémia időszakában hirdett vészhelyzet következtében megélt *átstrukturálódás* ellenére is segítették a továbbfejlődést. Rámutatunk azokra a tényezőkre, melyek lehetővé tették a megerősödést (szárbaszökkenés), avagy a gyenge (gyökér)szálakkal még éppen csak megkapaszkodó szolgáltatást teljesen 0 pontra, újbóli kiindulóhelyzetbe sodorták vissza.

Az ilyen, kevésbé szerencsésnek minősíthető esetekben negatív tapasztalatokat, bizonytalanságot és akutálisan a vizsgálat időszakában szakmai identitásválságot megélt szakemberek számára is erőforrásként, inspirációként szolgáltak a kutatás harmadik szakaszában (2021) megvalósított online szakmai workshopok, melyekbe Magyarország statisztikai nagyrégióiból hívtunk meg szakembereket feltárva a pandémia első és második hullámában mozgósított emberi és szakmai erőforrásait, melyek a szakmai készségeiket, rezilienciájukat erősítették és a feladatmegoldás innovatív, új útjaira vezették őket.

ELMÉLETI, FOGALMI, JOGSZABÁLYI HÁTTÉR

Az óvodai iskolai szociális segítség a köznevelési intézményekben a szociális munka eszközeivel és módszereivel megvalósított professzió a prevenciótól az intervencióig.

A szakmai célok eléréséhez az innovatív, az intézmények helyi sajátosságaihoz szervesen igazodó egyéni, csoportos és közösségi szociális munka eszközrendszerének kialakításánál, alkalmazásakor a szakembernek ismernie kell a kiindulópontul szolgáló iskolai gyermekvédelmi, iskolai szociális munka modelleket. A világ 50 országában egy évszázados múltra vezethető vissza az iskolai szociális munka. Nemzetközi szakmai protokollját (1994) előkészítő modellek a XX. század második felében jelentek meg. (Alderson, 1972; Costin, 1975; Allen&Meares et al. 1986) Az ezekre építő modern humán-ökorendszer szemléletű hazai modellek az egyén-társadalom viszonyrendszeréből indulnak ki és a feladatok sokszínűsége mellett, többek között rámutatnak a tudatos, tervezett segítő tevékenységekre való szakmai jártasságok, szakmai alkalmasság fontosságára is. (Máté&Gergál, 2009, Dávid&Estefánné, 2014, Homoki, 2010; 2016, Soós, 2017, Máté, 2020) Az egyéni és közösségi szükségleteknek megfelelő szolgáltatás előfeltétele, hogy a szociális segítők, akár szociális és/vagy pedagógiai

végzettségűek képesek legyenek megfelelni a feljük támasztott jogi és szakmapolitikai, szakmai készségekkel kapcsolatos elvárásoknak. (V.Gönczi, 2019, Homoki, 2019)

Professzionális tudásbázissal és eszközkészletükkel hatékonyan járulhatnak hozzá, „*a gyerekek, tinédzserek, fiatalok, tanulók mindennapi óvodai, iskolai, kollégiumi közösségi, otthoni vagy lakóhelyi, szünidői életének jobbításához.*” (Budai, 2020:8) A gyerekeken túl az intézmények további szereplői (pedagógusok, családok) preventív programok eredményeképpen tapasztalhatják meg a szociális problémák csökkenésének, a súlyos krízisek, traumák, konfliktushelyzetek elkerülésének stratégiáit. Kiemelten fontos társadalmi-, gazdasági szerepe van a komplex iskolai gyermekvédelmi feladatot ellátó segítőknek az iskolai lemorzsolódás csökkentésében, ezáltal a társadalmi réteghelyzettől független munkapiaci integráció elősegítésében. (Bányai, 2020) A hétköznapi segítő tevékenységgel, célzott intervenciókkal a szakemberek képessé válnak arra, hogy felismerve a korai jeleket, megállíthassák a korai iskolaelhagyást eredményező fokozatos eltávolodást. A figyelmeztető jelek felismerésének fontosságán túl a szerző ír az egyéni, speciális támogatási formákról és programokról, melyek sikeresek lehetnek, hangsúlyozza azonban a célravezető, jól átgondolt és tervezett outreach tevékenységeket, melyekkel hatékonyan megelőzhető és visszafordítható a lemorzsolódás, amely egy-egy családnál generációkon átívelő folyamat lehet.

A szociális segítők tevékenysége által jól vezethető át a fiatal a köznevelési intézményrendszer magasabb szintjeire és a befogadó programok sikeres kompetencia- és attitűdök formáló hatásával végül sikeresen integrálhatók a fiatalok a munkaerőpiacra.

Kutatásunk kezdeti szakaszában feltárt eredményeink szerint a szakemberek dacára(vagy talán éppen ebből fakadóan) az iskolai gyermekvédelem több évtizedes hazai gyakorlatának, a szolgáltatás megjelenését követően számos kezdeti nehézségekről, dilemmáról adtak képet.

Az elfogadás-befogadás- konstruktív együttműködési keretek kijelölésének szükségességével már a szolgáltatás bevezetésekor szembe kellett nézniük a segítőknek a magyar köznevelési intézményekben prevenció vagy korrekatív tevékenységeik megvalósítása során. (Homoki&Czinderi, 2020) A fenti eredmények egybecsengenek a gyermekvédelmi ellátórendszert zárt, „*önmagába záródó gyermekvédelem*”-ként említő szerző, a nyitást és láthatóságot, benne a szakma láthatóságát is sürgető gyermekvédelmi szakértő alábbi gondolataival:

„*[...] gyermekvédelmi rendszer nyisson a társadalom felé, vagyis egyfajta közelítést sürgetnek, elsőként olyan módon, hogy széleskörű és hatékony tájékoztatás segítségével tompítsák a szakmával szembeni idegenkedést, illetve lerombolják azokat a kialakult, negatív hatású toposzokat, melyek a segítő szakmák körül kialakultak.*”(Rácz, 2022:8)

A „komplex és dinamikus posztmodern ökológiai modellek”, a híd-szerepkör fontosságára irányítják a figyelmet, melyek a segítő és környezetének erősségeire építenek, a gyermeki és közösségi reziliencia fejlesztésére utalnak (Homoki, 2019) és egyre

inkább hangsúlyozzák az interprofesszionális együttműködés, az intézményiesülés, hálózatépítések szükségességét. (Sinka, 2019)

A szociális munka 2014. évi globális definíciója és a nemzetközi iskolai szociális munka meghatározások tartalmi elemeinek jól érthető és logikus rendszerezésével Budai (2020) szintén hangsúlyozza a szociális és pedagógiai tevékenység végzése közben a kompetenciahatárok betartását, az interprofesszionális és multiteamek működtetésének szükségességét.

Az iskolai szociális munka nemzetközi történetének alakulása szerint hazánk közel egy évszázados lemaradásban van, amely a szakirodalmi áttekintést követően leginkább az alkalmazott módszerek és a fókuszok eltérésében ragadható meg. Magyarországon a jelenlegi szolgáltatás intézményi kiépülése és megszilárdulásának folyamata zajlik, míg az iskolai szociális munka bölcsőjének tekinthető Amerikában az elsődleges prevenciós szakaszban szervezett, egyes korcsoportok valós szükségleteire (Lou, 2018; Dupper, 2020) reflektáló programok hatékonyságának folyamatos fejlesztéséről olvashatunk.

A mielőbbi, gyors ütemű fejlődés irányába mutat és a fentiek megvalósításának útjára vezethet Magyarországon a humán ökológiai megközelítéshez igazodó, a feladatellátás kereteit kijelölő 2/2018. (I.18.) EMMI rendelet iránymutatása, hiszen célként jelenik meg az, hogy:

- a gyermekek-családok és az iskola közelebb kerüljön egymáshoz,
- a szociális munka klasszikus értelmezéséhez köthető kontrolláló, szankcionáló, büntető, adott esetben minősítő funkciója helyett a nehéz helyzetekből pozitív irányt, fejlődési utat mutató támogató segítség kerül előtérbe.
- Az intézmény életét meghatározó kölcsönösségi és visszaható folyamatokban minden szereplő érdekeinek és jogainak tiszteletben tartását, az erőszakmentes iskolai környezet kialakítását az iskolai szociális munkás prevenciós munkájával segíti.
- A szakember a „segítés eszközeivel dolgozik, hatósági és rendészeti” teendőket delegál az illetékes társszaktám képviselői (például az iskolarendőr) felé. (Budai, 2020:16 Idézi: Homoki, 2021.évi recenziójában).

A gyakorló szakemberek tollából született írások és kutatási eredmények tükrében Tanító (2020) Boros (2020) Bozó-Kutyifa (2020) Csobán (2020) Mayor (2020) Máté&Gergál (2020) Pataki (2020) Pintér&Valkony (2020) Boda (2020) Boda&Hajdú (2020) Németh&Reszler (2020) jól látható az óvodai, iskolai szociális segítők, nemzetközi szóhasználattal élve, az iskolai szociális munkások feladatvégzésének sokszínűsége, a társszaktámokkal való együttműködés során többek között a pszichoedukáció keretében megjelenő feladataik:

- a konstruktív konfliktuskezelés,
- az előítéletek mérséklése,
- egyéni készségek, képességek,
- és a szociális készségek, képességek fejlesztése,
- szociabilitás
- és a reziliencia fejlesztése is.

KUTATÁSI ELŐZMÉNYEK

Az óvodai, iskolai szociális munka magas színvonalú megvalósításához jól képzett, rendszerszemléletű, kreatív, a változásokhoz folyamatosan igazodó, innovatív, szociálisan érzékeny, szükségletorientált szemléletű segítők képzése és alkalmazása országsszerte kihívás. Ennek megfelelően irányult kutatási fókuszunk *képzőintézményként a vizsgált terület felé.*

„A szociális munka kutatás [...] elválaszthatatlan a szociális munka problématerületeitől, a problémamegoldó folyamatoktól, az értékeléstől, és a szociális programok, szolgáltatások fejlesztésétől. Ahogyan maga a terület is transzdiszciplináris, azaz a problémamegoldás *érdekében egységbe olvaszt különböző elméleti területeket, sőt a gyakorlatot is, úgy a szociális munka kutatás is transzdiszciplináris, mind szemléletben, mind pedig módszereiben....*” *a világról szólnak, amelyben mi élünk, azokról a nehézségekről és eredményekről, amikkel mi magunk is nap mint nap találkozunk. Így a kutatás valóban a praxist fogja segíteni, és ez az új tapasztalat akár elvezethet a két terület, praxis és kutatás a jelenleginél sokkal szorosabb kapcsolatához.*” (Fábián-Hegyesi&Talyigás, 2021:1)

A makroszintű társadalmi változások értelmezésének készségén túl a szociális munka kutatás módszereivel az eltérő társadalmi kultúrák: életmódok (Wessely, 2003), szervezeti kultúrákban jellemző kommunikációs mintázatok és szokások, a közösségi kapcsolatok, a csoportdinamika vizsgálata, a szakember szakmai identitására is rekurzív hatású személyes életút vizsgálata egyaránt cél volt a longitudinális vizsgálat különböző szakaszaiban.

A szolgáltatás bevezetését követő fél évben a metafora-analízis és az interjú módszerekkel feltárt eredményeink azt mutatták, hogy közvetlenül a bevezetést követően az új szakember megjelenését minden intézménytípusban ugyan nagy várakozással fogadták, ennek ellenére fél évvel a működést követően mind a segítők, mind a szolgáltatást igénybe vevők vagy az abban társszakmaként közreműködő szakemberek válaszai ambivalens érzelmeket tükröztek.

Ebben a szakaszban még a szolgáltatás kereteinek, a szolgáltató személyiségének és szakmai tudásának korlátai érhetők tetten többségében, elvéve mutatható ki egy-egy olyan sikeresen megvalósított szociális segítő-pedagógus közötti együttműködés, melynek eredményeként a gyermek tanulmányi munkájához vagy sikeres közösségi inklúziójához biztosítottak professzionális hátteret.

A válaszadóink többsége a fókuszcsoporthoz tartozó interjú keretében alkalmazott „Holtartó méter”-skálán az első szakaszban lassú beindulást, megtorpanást, időnként a hátrafelé haladást jelző válaszokat jelölt.

2018/2019. tanév végére a kezdeti nehézségeket követően az óvodai, iskolai szociális segítők tevékenységével kapcsolatosan szemléletes változást mértünk a pedagógusok, köznevelési intézmények részéről tanúsított támogató, elfogadó attitűd vonatkozásában. Eredményeink igazolták:

- a nyitást a társszakmák felé,
- a kölcsönös kezdeményező-készség szintjének emelkedését,
- és azt is, hogy a szervezeti szempontból „kint is vagyok, bent is vagyok” létállapotban működő szociális segítők,
- akár az időbeosztásuk, feladatvállalásaik, az irányukba megnyilvánuló kritikai észrevételek kezelése terén igazodtak, változtattak, fejlődtek, azaz nagyfokú segítői rezilienciáról, rugalmasságról, a komfortzónájukból való kilépéssel jellemezhető áldozatvállalásokról tesznek tanúbizonyságot.

1. táblázat:

A kvalitatív eredmények összefoglaló szemléltetése

Kutatási irány, kérdéscsoport	Dilemma	Jellemző	Szakmai megélés Jó gyakorlatok
Az iskolavezetéssel, pedagógusokkal való kapcsolat hatása a szervezeti integrációra?	JELÉNlét lehetősége	Integráció - Fluktuáció	„Vannak iskolák, ahol tárt karokkal fogadnak bennünket, mivel sok a problémás helyzet amiben eddig egyedül voltak a tanárok, mert nem volt segítség és most végre kaptak egy segítséget , amibe erősen kapaszkodnak.”
Segítői funkciógyakorlás köznevelési intézményben?	Segítői hivatás, szakmai identitás, crédo	Hitelesség	„Rengeteg téma van... ki kell gyomlálni. Amikben valaki jól és kompetensen meg tud jelenni, fel tudja vállalni, véghez tudja vinni. Nem kell mindent felvállalni, mert mindenhez senki nem ért és ezzel is a hiteltelenséget fogja sugallni. Minden segítőnek megvan a saját specialitása, amit meg kell találnia. Minden iskola is más, ezzel a hangulat is más, aminél nem kirívó, ha az iskolai szociális segítő programja is más. ”

1. táblázat: A kvalitatív eredmények összefoglaló szemléltetése			
A szakmai és szakmai-közi együttműködések?	Újszerűség-ellenállás	Priváció Szükséglet-orientáció	<p>„...azt hiszik az emberek, hogy ezzel majd felfedi a rendszer azokat a problémás gyerekeket, akik eddig nem kerültek felszínre.”</p> <p>„Én nem látok nagy ellenállást a tanárok részéről, sőt szerintem a tanároknak szükségük lenne a szociális szemléletmódra, mivel ők nagyon sokat szakmáznak és nagyon egyedül vannak ebben a helyzetben. Nincsen a tanároknak szupervíziója és ezzel is foglalkozhatna a szakma. A tanári kiegészéssel.”</p> <p>Ahol nem tudunk beavatkozni, oda hívunk még társszakmákat, az egy másik típusú hangulat és lehetőség. Még egy nagyon fontos, ha egy tanár jelzést tesz egy problémás gyerekről az bekerül a rendszerbe és nem történik vele semmi. Azért mondom ilyen csúnyán, hogy éreztétek a súlyát. Azért nem tesz a pedagógus jelzést, mert azt gondolja, hogy „úgysem jut el még egy pszichológushoz sem...”, mert éppen nincs. Meg eljut fél év múlva és akkor vagy már nem lesz krízisben, vagy akkor már pont, hogy sokkal nagyobb krízisben lesz. Az a baj, hogy így a szolgáltatás ajánlása ezzel hiteltelenné válik.”</p>
Miben mérhető a siker?	Új tartalmak és módszerek Tér-idő átszervezés	Interaktivitás, Interperszonális kapcsolatok	<p>„Nagyon örültem, hogy a pedagógus kért, hogy mutakozzák be valami játékos módon, mivel volt problémás gyerek az osztályban és nem először hozzá mentem, hanem a közösséggel foglalkoztam első sorban egy 45 percen keresztül. Ők is bemutakoztak, majd ezután került sor a személyes beszélgetésre a gyermekkel és azóta is a megfelelő eszközökkel folytatódik a segítése.”</p> <p>„... a gyerekek szeretik azokat a foglalkozásokat, ahol nem kell tanórán ülni.”</p>

Visszajelzések módja, gyakorisága, formáló hatása, eredmények visszacsatolása?	Kommunikációs minták	Hatékony-ságnövelés Nyílt kommunikáció	„ <i>Hadilábon áll a kommunikáció, itt siklik el.</i> ” „ <i>Különböző intézményekben máshogy érződik a szakmai fejlődés.</i> ” „ <i>A tapasztalatok, jó gyakorlatok megosztása fontos iskolán belül és kívül egyaránt, elősegíti a beágyazódást.</i> ”
--	----------------------	---	---

Forrás: saját szerkesztés, 2021.

A kutatás harmadik szakaszában arra az eredményre jutottunk, hogy az, hogy a pandémia időszakában az ország különböző településein hogyan folytatódott az óvodai, iskolai szociális segítség nagyfokú heterogenitást mutat. A jogi szabályozók a kihirdetett vészhelyzetben a munkakörülményeket változtatták meg, voltak azonban olyan települések, melyeken a szociális munkások alacsony száma miatt átcsoportosítással élt az intézmény-, szolgáltatásvezető és hivatkozva az iskola- és **óvodabezárásokra** a tevékenységet teljes egészében felfüggesztette. Érdekes összefüggés, hogy ez nagy szomorúsággal és keserőséggel töltötte el az érintett szakembereket, melynek mentális lenyomatát tükrözték válaszaik. Enerváltabbnak, idegesebbnek, bizonytalanabbnak és terhekkel teli újrakezdőnek érzik magukat az újrainítást követően.

A kutatás során kibontakozott azonban egy teljesen eltérő pozitív irány is, amikor a családjaikban játszó és tanuló gyermekeket és az őket segítő pedagógusokat a távolból is innovatív módon segítő óvodai, iskolai szociális munkások aktívan keresték a megoldásokat, mérték fel a megváltozott szükségleteket és az elmúlt időszak alatt elmondásuk szerint nem kevesebbnek, hanem többnek érzik magukat, szakmaiságukban meg tudtak erősödni.

KONKLÚZIÓ

A pandémia okozta struktúraváltáshoz való sikeres alkalmazkodásból fakadó fejlődési folyamatnak a lényegi elemeit fenti eredményeink szerint az alábbiakban határozhatjuk meg:

- multi team szervezése és működtetése (azonos munkakörben, sokféle iskolai végzettséggel, képzettséggel segítő szakemberek feladatcsoportja)
- online térbe áthelyezett segítő munka – rugalmas tér-idő keretek
- strukturáltabb működés, jól meghatározott szakmai keretek
- új (online térben is alkalmazható) programok, szolgáltatások módszertanának kidolgozása
- belső képzések (interprofesszió és multi team előnyeinek tudatos kihasználása)

- online közösségi élményekkel az összetartozás erősítése (esetmegbeszélésekkel, heti online kávézással, kollegális kapcsolatok ápolásával, szakmai hét szervezésével)
- önkéntesek, civil szervezetek bevonása, forrásallokáció,
- online csoportszervezés (szülőknek, gyerekeknek és köznevelési intézmények dolgozóinak)
- online szolgáltatási katalógus tervezése és megosztása a szakmai felületeken, online osztályfőnöki órákon és szülőcsoportokban, a szolgáltatási kínálat bővítése.

Az összefoglalt pozitív eredmények kiemelése rámutat arra, hogy hazánk Dunántúli és Közép-Magyarország nagyrégióiban (KSH, 2016) voltak olyan szakemberek, akik sikeresen találtak utat az új, megváltozott körülmények közepette is önmagukhoz, egymáshoz, társszakmáik képviselőihez és a szülő-gyermek csoportokhoz.

Rendszertényezőként jelent meg és területileg kimutatható differenciáló jelleggel bírt a vezetői elköteleződés a szolgáltatás folyamatosságának biztosításával kapcsolatosan. A köznevelési intézmények fenntartói és vezetése illetve a szociális -, gyermekjóléti intézmények fenntartóinak nagyon nagy eltéréseket mutató, vészhelyzetben meghozott szakmapolitikai döntései. Az Észak és Alföld nagyrégióban jellemzőbb megoldás volt, hogy gyakorlatilag átmenetileg megszüntették a speciális szociális szolgáltatást.

Egyéni differenciáló tényezőként említhető az adott szakember beágyazódása, kapcsolódása a gyermekvédelemhez és a szociális munkához. A gyermekvédelmi szemléletmód és korábbi gyakorlati tapasztalatok abban az esetben eredményeztek innovációkat, amikor a szakember környezetében a feladatellátásban megjelenő más végzettségű kollégáival szervezett multi-teamekben egymás emberi és szakmai támogatásán túl teret nyert az együttgondolkodás és a „vészhelyzetbeni” túlélési stratégiák tervezése és megvalósítása során szolgáltatás folyamatosan elérhető volt minden aktor számára.

Ezeknek a sikeres kezdeményezéseknek a pozitív hatásai jóval túlmutatnak a pandémián és jelentősek, jó gyakorlatként, követendő példaként szolgálhatnak az újra „gyökeresedő” az óvodák, iskolák talaján még bizonytalanul álló szociális segítők előtt.

Az útmutatásra a bevezetést követő három év után is nagy szükség van, az eredményekből kiolvashatók azok a területek is, amelyeken a képzést nyújtó intézményeknek is folyamatos vállalásai lehetnek a pedagógusok, szülők és családok jól-létének elősegítését célzó és a gyermekek érdekében, védelmében folytatott professzionális segítők és a szolgáltatás fejlesztésében.

Kapcsolattartó szerző:
Homoki Andrea
Gál Ferenc Egyetem
Egészség-és Szociális Tudományi Kar
5700 Gyula
Szent István tér 17-19.
homoki.andrea@gfe.hu

Corresponding author:
Andrea Homoki
Faculty of Health and Social Sciences,
Gál Ferenc University
Szent István square 17-19.
5700 Gyula, Hungary
homoki.andrea@gfe.hu

FELHASZNÁLT IRODALOM:

- A szociális munka globális definíciója (2014). *A szociális munka globális definíciója – New Global Definition of Social Work. IFSW, IASSW.* <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> Utolsó látogatás: 2021. 05. 28.
- Bányai, E. (2000). Az iskolai szociális munka és lehetőségei az ezredfordulón Magyarországon. *Háló (5)* 8. 3-5.
- Bányai, E. (2020). A korai iskolaelhagyás megelőzése a szociális munka eszközeivel. In: (szerk.: Budai, I. &Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác. 31-45.
- Boda, K. (2020). Jelszó: Bolyhos Nyuszi In: (szerk.: Budai, I. &Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác.
- Boda, K. & Hajdú Sz. (2020). „Mr. Gordon „be-szabaduló” szoba” In: (szerk.: Budai, I. &Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác.
- Boros, J. (2020). Lehetőségek vagy kötelezettségek? A köznevelési intézményekben dolgozó szociális munkások továbbképzése In: (szerk.: Budai, I. &Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác.
- Bozó-Kutyifa, E. (2020). „Vendég a háznál” – Az óvodai és iskolai szociális segítő szerepe és dilemmái In: (szerk.: Budai, I. &Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác.
- Budai, I. (2020). Az iskolai szociális munka (segítés) egyetemes paraméterei. In: (szerk.: Budai, I. &Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác. 7-30.
- Costin, L. B. (1975). School Social Work Parctice: A New Model. *Social Work 20/21. (April)* 135–39

- Csobán Marianna (2020). „Roma gyerekek integrációja a B-i általános iskolákban” In: (szerk.: Budai, I. & Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác.
- Dávid, M. & Esetefánné Varga, M. et al. (2008). *Hatékony tanulómegismerési technikák.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság, Budapest.
- Dupper, David. R. (2020). *School social work: skills and interventions in effective practice.* Wiley.
- Fábián, G., Hegyesi, G. & Talyigás, K. (2020): Előszó. In: *A szociális munka elmélete és gyakorlata. 7. kötet Tudományos gondolkodás és kutatás a szociális munkában.* (szerk: Fábián, G. & Hegyesi, G.) MTA Szociológiai Tudományos Bizottság Szociális Munka Albizottság, Budapest. 1-5.
- Gergál, T. & Máté, Zs. (2009). Az iskolai szociális munka lehetőségei: a pécsi modell. In: (Máté Zs. & Szemelyácz, J. (szerk.): *Az iskolai szociális munka kézikönyve.* INDIT Közalapítvány, Pécs.
- Homoki A. & Czinderi, K. (2020). Óvodai és iskolai szociális segítők beágyazódása a köznevelési intézmények szervezeti kultúrájába. In: *Új kutatások a neveléstudományokban 2019. I. kötet,* (Szerk.: Varga A., Andle, H. & Molnár-Kovács Zs.) MTA Pedagógiai Tudományos Bizottság és PTE BTK Neveléstudományi Intézet. Pécs. 47-57. <https://nevtud.btk.pte.hu/onk2019/uj-kutatasok-nevelestudomanyokban>.
- Homoki, A. (2016). *Gyermekvédelemben élni a Szeretet erejével: A boldogulás elősegítése nehéz helyzetben lévő serdülők körében.* ISBN: 9783639509878. Áldott Remény Könyvkiadó.
- Homoki, A. (2019). A gyermekvédelmi szükségletorientáció az óvodai, iskolai segítésben. *Deliberationes. XII. Évfolyam 1. Szám.* Gerhardus Kiadó. Szeged. 43-71.
- Homoki, A. (2010). Child Care's Dilemmas in the Primary Schools. *Practice and Theory in Systems of Education,* (5. évf.) 4. sz. 321-330.
- Központi Statisztikai Hivatal (2016). *Magyarország statisztikai nagyrégióinak ismertetése.*
<https://hunmix.hu/nagyregioik/>
- Lou, S. (2018). *Legal Issues in Social Work Practice and Research* ISBN 10: 3319774123 ISBN 13: 9783319774121 Springer.
- Máté Zs. & Gergál T. (2020). Az iskolai szociális munka gyakorlata. A prevenció munkáról In: (szerk.: Budai, I. & Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác.
- Máté, Zs. & Gergál, T. (2020). Az iskolai szociális munka gyakorlata. A prevenció munkáról. In: (szerk.: Budai, I. & Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác. 147-173.
- Mayor, N. (2020). A különleges bánásmódot igénylő gyermekek helyzete a közoktatás-

- ban és az óvodai-iskolai szociális segítő feladatai ezzel összefüggésben In: (szerk.: Budai, I. &Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác.
- Mearns, A. P. (2010). *Social Work Service in Schools*. 6th edition, Chicago.
- Mearns, A. P., Washington, R.O. & Welsh, B. L. (1986). *Social Work Services in Schools*. Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs (NJ).
- Németh, M. & Reszler, B.(2020). Az óvodai és iskolai szociális munka és a művészet- és meseterápiás foglalkozások összekapcsolhatóságáról. In: (szerk.: Budai, I. &Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác.
- Pataki, É.(2020). A csoportmunka alkalmazása az óvodai, iskolai szociális munkában. Programok, kezdeményezések Zuglóban In: (szerk.: Budai, I. &Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác.
- Pintér, B.&Valkony, K.(2020). Szakmák találkozása: ismerkedés és együttműködés csoportmódszerekkel In: (szerk.: Budai, I. &Bányai, E.). *Szociálpedagógia. Iskolai szociális munka – óvodai, iskolai, szociális segítés (tematikus szám). 16. kötet.* ISSN 2064-2709. Apor Vilmos Katolikus Főiskola. Vác.
- Rácz, A. (2022). Önmagába záródó gyermekvédelem – a nyitás lehetséges útjai. 1-17. (kézirat, megjelenés alatt)
- Sinka, E. (2019). Bevezető-Alapvetések. Útmutató az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység bevezetéséhez és gyakorlathoz az iskolában (szerk.: Csillag, M.& Pálotás, Z.) Oktatási Hivatal. Budapest. 5-9.
- Soós, Zs. (2017). Szociális ismeretek oktatása a pedagógus BA képzésekben. *Szociálpedagógia. Diskurzusok, horizontok.* (szerk.: Mándi, N.) 3-4.sz. 24-39. Vác.
- Tanító, Zs. (2020). Egy iskolai szociálismunka-csapat szubjektív története
- V. Gönczi, I. (2018). Határok mentén. Szociálpedagógiai szemlélet a pedagógusképzés tükrében. In: (szerk.: Soós, Zs.) *A szociális hivatás múltja, jelene és lehetséges jövője. Szociálpedagógia 12. kötet.* 96-109.