

ABSZTRAKT

A magyar népesség egészségi állapota több szempontból sem nevezhető kielégítőnek, melyet mind a szubjektív egészségi állapotot mérő vizsgálatok, mind pedig a morbiditási, illetve mortalitási statisztikák is alátámasztanak. Ugyanakkor, ha hosszú távon pozitív eredményeket kívánunk elérni, azt már a kora gyermekkori nevelés során el kell kezdeni. Az egészségpedagógia soha nem egy-egy ágazat feladata, hanem az mindig inter- és multidiszciplináris összefogást igényel, hiszen maga az egészség mint fogalom is egy szerteágazó, testi, mentális, környezeti, társadalmi elemeket tartalmazó értékünk (Beke, 2022).

A tanulmány szerzőinek célja, hogy különböző szegmenseket figyelembe véve egy átfogó betekintést nyújtsanak mindazon jó gyakorlatokra, melyek hozzájárulnak a felnővekvő generáció egészséges fejlődéséhez, valamint a szépkorúak minél további aktivitásának megőrzéséhez, hiszen a tudatos egészségmegőrzés, a fizikai állóképesség és a szellemi aktivitás edzése a betegségek megelőzésének leghatásosabb módszerei közé tartoznak (Lepes, 2022), ugyanakkor nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy egy betegség esetén miként tudjuk az egyén szociális hálóját megvédeni és gyógyulását elősegíteni (Sándor, 2022).

Mindezzel támogatva azt, hogy a jó gyakorlatok továbbvihetők legyenek más-más területre, az ottani lehetőségeket figyelembe véve adaptálhatók legyenek, és hozzá tudjanak járulni ahhoz, hogy mind a szemléletmód, mind a tágabb értelemben vett népesség egészségi állapota javuljon.

Kulcsszavak: fizikai egészségi állapot, mentális egészség, sportpedagógia, egészségpedagógia, reziliencia

ABSTRACT

The health status of the Hungarian population cannot be called satisfactory from several points of view, which is supported both by subjective health status tests and by morbidity and mortality statistics. At the same time, if we want to achieve positive results in the long term, it must be started during early childhood education. Health pedagogy is never the task of a single sector, but always requires inter- and multidisciplinary cooperation, since health itself, as a concept, is a value of ours that includes diverse, physical, mental, environmental and social elements (Beke, 2022.)

The aim of the authors of the study is to take into account different segments and provide a comprehensive insight into all the good practices that contribute to the healthy development of the rising generation, as well as to preserving the activeness of the elderly as much as possible, since conscious health preservation, physical endurance and mental activity training are key to the prevention of diseases. are among its most effective methods (Lepes, 2022), but at the same time, we cannot forget how we can protect the individual's social network and promote recovery in the event of an illness (Sándor, 2022).

With all this, we support the fact that good practices can be transferred to other areas, that they can be adapted, taking into account the opportunities there, and that they can contribute to improving both attitudes and the health of the population in a broader sense.

Keywords: physical health, mental health, sports pedagogy, health pedagogy, resilience

APSTRAKT

Zdravstveno stanje madarskog stanovništva se sa više tačaka gledišta ne može nazvati zadovoljavajućim, što potkrepljuju kako testovi kojima se meri subjektivno zdravstveno stanje, tako i statistika morbiditeta i mortaliteta. Istovremeno, ako želimo da postignemo pozitivne rezultate na duži rok, to se mora započeti tokom ranog obrazovanja u detinjstvu. Zdravstvena pedagogija nikada nije zadatak samo jednog sektora, već uvek zahteva inter- i multidisciplinarnu saradnju, jer je samo zdravlje, kao pojam, naša višestruka vrednost koja obuhvata fizičke, mentalne, ekološke i socijalne elemente (Beke, 2022.).

Cilj autora studije je da se uzmu u obzir različiti segmenti i da se da sveobuhvatan uvid u sve dobre prakse koje doprinose zdravom razvoju mlade generacije, kao i očuvanju aktivnosti starijih u što većoj meri, buduć i da su svesno očuvanje zdravlja, fizička izdržljivost i trening mentalne aktivnosti najefikasniji načini i metode prevencije bolesti (Lepes, 2022.), ali istovremeno ne možemo zaboraviti kako možemo zaštititi društvenu mrežu pojedinca i promovisati oporavak u slučaju bolesti (Sándor, 2022.).

Sve ovo ide u prilog činjenici da se dobre prakse mogu prenositi, prilagodavati različitim oblastima uzimajući u obzir mogućnosti koje postoje i mogu doprineti poboljšanju kako stavova, tako i zdravstvenog stanja stanovništva u širem smislu.

Ključne reči: fizičko zdravlje, mentalno zdravlje, sportska pedagogija, zdravstvena pedagogija, elastičnost



Dr. BEKE SZILVIA
 Gál Ferenc Egyetem Egészség és Szociális Tudományi Kar,
 beke.szilvia@gfe.hu
 Dr. HALASI SZABOLCS
 Gál Ferenc Egyetem Pedagógiai Kar halasi.szabolcs@gfe.hu
 Dr. LEPEŠ JOSIP
 Gál Ferenc Egyetem Egészség és Szociális Tudományi Kar,
 lepes.josip@gfe.hu
 NAGYNÉ DR. HEGEDŰS ANITA
 Gál Ferenc Egyetem Teológiai Kar,
 nagyne.hegedus.a@gmail.com
 Dr. SÁNDOR ZITA
 Gál Ferenc Egyetem Egészség és Szociális Tudományi Kar,
 sandor.zita@gfe.hu
 Dr. LIPCSEI IMRE
 Gál Ferenc Egyetem Pedagógiai Kar
 lipcsei.imre@gfe.hu
 Dr. SOÓS ZSÓLT
 Gál Ferenc Egyetem Egészség és Szociális Tudományi Kar,
 soos.zsolt@gfe.hu
 SZALAINÉ MILASIN KATALIN
 Szeged-Csanádi Egyházmegye Katechetikai Intézete,
 szalainemilasin.katalin@gmail.com
 Dr. habil. HOMOKI ANDREA
 Gál Ferenc Egyetem Egészség és Szociális Tudományi Kar,
 homoki.andrea@gfe.hu

TESTI-LELKI EGÉSZSÉG MEGŐRZÉSÉNEK SPECIÁLIS PEDAGÓGIAI ÖSSZEFÜGGÉSEI EGY KUTATÁS TÜKRÉBEN

*POSEBNE PEDAGOŠKE VEZE FIZIČKOG I
 MENTALNOG ZDRAVLJA U SVETLU ISTRAŽIVANJA*

*SPECIAL PEDAGOGIC CONTEXTS OF
 MAINTAINING PHYSICAL AND MENTAL HEALTH
 IN THE LIGHT OF A RESEARCH*

Bevezetés

A nyugat-európai országokhoz hasonlóan Magyarország is – a COVID-19 okozta pandémia járványtól eltekintve – folyamatos küzdelmet folytat a krónikus degeneratív megbetegedésekből eredő halálozásokkal, melyeknek jelentős része a nem megfelelő életmódból adódik. 2020-ban a születéskor várható átlagos élettartam férfiak esetében 72,21, míg nők esetében 78,74 év volt, mely az elmúlt néhány évhez képest romlott, de ennek oka alapvetően a pandémia okozta megbetegedésekben és halálozásokban keresendő, nem pedig az életmódunk romlásában. Bár tény, hogy a 2000. évhez képest jelentős javulást értünk el a születéskor várható élettartamban, de az Európai Unió 2019. évi átlagához képest még így is több mint öt éves (a 2019. évben férfiak esetében 78,5, nőknél 84 év) elmaradás tapasztalható (KSH, 2019). A különbség nemzetközi összehasonlításban a várható élettartam területén az iskolázottság tekintetében is jelentős, a 30 éves felsőfokú végzettséggel rendelkező férfiak mintegy 12, míg a nők 6 évvel élnek tovább, mint az alacsony végzettséggel rendelkezők. A várható élettartamban az iskolázottság szerint meglévő különbség jóval meghaladja az uniós átlagot (férfiak esetében 7,6, nők esetében 4,1 év), ami részben azzal magyarázható, hogy az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők kevésbé egészségtudatosak a mindennapok során, melyet mint „elsődleges szocializációs színtér” tovább is „örökítenek” szokások formájában gyermekeiknek. A rizikómagatartáson túl a magasabb iskolai végzettség magasabb társadalmi státusszal jár, mely befolyásolja a jövedelmi, életszínvonalbeli lehetőségeket is (Uzzoli, 2016). Az iskolázottság, a gyermeket felnőtté válásig érő hatások ugyanakkor nemcsak testi, de a lelki és szociális magatartására is jelentős hatást gyakorolnak. A gyermekek esetében a pedagógiai eszközökkel kompetenci-

ákat igyekszünk fejleszteni, melyek hozzájárulnak ahhoz, hogy a gyermek kellő ismeretek vagy megfelelő érzékenyítés hatására megfelelő döntéseket tudjon hozni a saját egészségét illetően, vagy be tudjon illeszkedni az adott társadalmi közegbe (Soós, 2022). A megfelelő kompetenciák kialakulása és azok fejlesztése hozzájárul az egyén sikerességéhez, legyen az az egészség fogalmának bármely szegmense, és az élethelyzetekkel való megküzdéshez, ezáltal a lélektani rugalmasság megőrzéséhez (Homoki, 2022).

Az egészség, mint fogalom, értelmezése és modellezése

A WHO 1948-ban fogalmazta meg azt, hogy mit is értünk egészség alatt, ebben az értelmezésben az egyén teljes és magas fokú fizikai, lelki és szociális állapota, nemcsak a betegség vagy rokkantság hiánya került a fókuszba (Beke, 2022). Jelen megfogalmazást több szakterület részéről érte már kritika, elsősorban annak statikus jellege miatt. Lalonde 1974-es modellje alapvetően négy kategóriát vetett fel, melyhez 2002-ben McGinnis arányokat is társított, ezek a következőképpen alakultak:

- életmód 40%,
- genetika 30%,
- környezeti tényezők 5%
- társadalmi-gazdasági környezet 15%,
- míg az egészségügyi ellátórendszer 10%-ban (McGinnis, Williams-Russo & Knickman, 2002).

Számos kutatás és modellalkotás követte mindezt, azonban lényeges eltérés esetlegesen az arányokban tapasztalható, a tényezők körében nem, sőt a sorrendiség is az egyes szegmensek között megmaradt. Első helyen minden esetben az életmód kerül figyelembe vételre, melyet ha tovább bontunk, kiemelt tényezőként kell szerepelnie a:

- táplálkozásnak,
- fizikai aktivitásnak,
- mentális egészségnek, melyben további szerephez jutnak o a szociális kapcsolatok
- o a lelki rugalmasság, alkalmazkodóképesség (reziliencia),
- egyéni felelősségvállalás a saját egészségi állapot területén.

A fenti szegmensek elválaszthatatlanok az egyén társadalmi, gazdasági, valamint szociális státuszától, minderre az egészség társadalmi-gazdasági-kulturális modellje igyekszik rávilágítani, melyet Dalgren-Whitehead 1991-ben alkotott meg. A korábbi modellekhez hasonlóan ennek is a középpontjában az egyén áll, ugyanakkor hangsúlyozza, hogy a társadalmi és környezeti feltételek ismerete elengedhetetlen az egyén és az osztársadalom egészségi állapotának megismeréséhez. Rávilágít, hogy bár az egyén életmódja az, ami a legközelebb áll az egyénhez, de a következő „szociális és társadalmi közeg” kiemelt hatást gyakorol az életmódra, hiszen nem légüres térben élünk. A rokonok, a barátok az elsődleges szocializációs szülői téren túl meghatározóak az egészségmagatartásunk terén

(Dahlgren & Whitehead, 1991). A hagyományokból következő szegmensében található az oktatás, egészségügyi ellátás, munkahely, mely következő lépésként a hozzáférési egyenlőtlenségek feltárásához és az ebből eredendő egészségyenlőtlenségek vizsgálatához vezetett. Az egészségmodellek alapján jól kirajzolódott az egészségnevelés, illetve egészségfejlesztés fogalomrendszere, amelyet évtizedeken keresztül egymás szinonimájaként használtak, holott korántsem ugyanaz. Az egészségnevelés egy alapvetően pedagógiai feladat, mint ahogy az elnevezésben is megjelenik, míg az egészségfejlesztés több szektoron átívelő, a lakosság egészségkultúráltságának emelését célzó koncepció, mely mind települési, munkahelyi, iskolai szinten érvényesülhet.

Az egészségfejlesztése területén megjelenő „jó gyakorlatok”

A bio-pszicho-szociális modell értelmében a különböző szegmensek minden esetben egymásra hatást gyakorolva érvényesülnek, ezért ennek tükrében a következő fejezet során ugyan részterületenként haladva, de egymástól nem elválasztva kerülnek ismertetésre a jó gyakorlatok.

A fizikai aktivitásnak, napjaink egyik legnagyobb problémáját jelentő szegmensének fiataloktól a szépkorúak aktivitásának megőrzéséig kiemelt szerephez kell juttatni, hiszen a gyerekek személyiségének teljes fiziológiai és pszichológiai rendszerére hatással van, míg az idősebbeknél is az aktivitáson túl jelentős hatással bír a szellemi képességek megőrzésére (Halasi, 2022), (Lapes, 2022). Mozgás hatására az általános erőnlétben túl fejlődik a döntéshozó képességünk, a kreativitásunk, a szociális kapcsolatrendszerünk. A nyílt jellegű mozgáskészségek improvizációt igényelnek, melyek különösen jó hatással bírnak a gyors döntéshozatali tulajdonság és a jó helyzetfelismerés készségnek a fejlesztésére. A testnevelés órán a megfelelő gyakorlatok összeállítás, az egyéni képességek figyelembevételével, hozzásegíti a gyermeket a sikerélményhez, ezáltal önbizalom-fejlesztővé tud válni. Nem beszélve arról a hosszú távú szocializációs hatásról, melynek köszönhetően a gyermeknél kialakul a mozgásra való igény, mely jó esetben végigkíséri az egész életet. A hobbisportokon túl a versenysport kialakítja a gyermekben a kemény munka tiszteletét, a fegyelmet, az értékeket, a normákat, növeli az iskolai részvételt és segíti a tanulók jobb teljesítményét az élet más területén is, ezzel hozzájárulva a tanulmányi eredményességhez is (Miller et al. 2004, Homoki & Rácz, 2021). Számos jó gyakorlat mutat rá arra a fontos tényre, hogy akkor, amikor testnevelésről beszélünk, az valóban egy holisztikus szemléletet megkövetelő feladat, mely során a pedagógus felelőssége is nagyban megmutatkozik abban, hogy az adott gyermek milyen úton indul el. Ha megfelelően kerül felmérésre és kialakításra az adott tematika, és a gyermeket fizikai alkatától függetlenül sikerélményhez juttatja, nagy valószínűséggel felnőtt korában is jelentősebb mennyiségű időt fog fordítani a saját fizikai, egészségi állapotának szinten tartására, mintha sorozatos kudarcok érik, nem beszélve mindennek a mentális egészségre, szociális és tanulási eredményességre gyakorolt hatásáról (Halasi, 2022). A gyermekek mozgásszeretétén túl nagy jelentőséggel bír a szépkorúak

aktivitásának megőrzése is, hiszen a nyugat-európai országok többsége küzd a mozgás-szegény életmódnak köszönhetően kialakuló krónikus nem fertőző megbetegedésekkel, ezek közül is a mozgás szempontjából ki kell emelni a kardiovaszkuláris, valamint ízületi megbetegedéseket. Az aktivitás megőrzésének a betegségek megelőzésén túl nagy szerepe van az idő előtti öregedés megelőzésében, a funkcionális függetlenség megőrzésében, az elsődleges és másodlagos fogyatékoságból eredő kockázati tényezők csökkentésében, valamint az élethosszig tartó elégedettség növelésében. A hatékonyság megőrzése céljából azonban nagyon gondos tervezést igényel a mozgásprogram összeállítás. Heti 150 perc mérsékelt intenzitással végzett aerob edzés, mint például a séta, vagy más mérsékelt intenzitású aerob típusú tevékenységek, legalább 30%-kal alacsonyabb morbiditási, mortalitási és funkcionális függetlenség kockázatával járnak az inaktív állapothoz képest (Chouetal, 2014; Paterson & Warburton, 2010). Ugyanakkor a heti 5–7 alkalommal történő rendszeres séta 50–80%-kal képes csökkenteni a mozgási problémák kockázatát (Clark & Manini, 2008; Roh & Park, 2013), valamint közel 4 évvel képes az élettartamot meghosszabbítani, és körülbelül két évvel hosszabbítja meg a fogyatékoság nélküli élettartamot (Ferrucci et al., 1999). Lepes Josip a fizikai erőnlét kapcsán 2021 első felében végzett egy kísérleti kutatást 65 éven felüli hölgyek körében, mely során egy $n_1 = 41$ fő kísérleti csoport és $n_2 = 41$ fő kontrollcsoport eredményeinek összehasonlítása történt. Az első program során a kísérleti csoport 12 hetes, meghatározott tartalmú erősítő edzésen vett részt erősítő gumiszalagokkal, míg a kontrollcsoport csak a szokásos napi tevékenységet végezte. A második kísérlet során az első kísérleti csoport (e1) hetente kétszer, a második kísérleti csoport (e2) pedig hetente háromszor vett részt programozott erősítő edzésen. Mindkét kísérlet esetében valamennyi résztvevő tesztelése a program kezdetén és végén is megtörtént.

Az edzésprogramban való részvétel rendszeres volt, minden alany 26 ± 1 edzésen vett részt, ami kb. 96%-a az előre tervezett edzések számának. Ki kell emelni, hogy a kísérleti gyakorlat során az egyik alany szervezetében sem észleltek káros reakciót. Amint a 1. táblázat elemzéséből kiderül, az első kísérleti gyakorlat során a kezdeti mérésben nem találtunk statisztikailag szignifikáns különbséget a kísérleti és a kontrollcsoport között (1. táblázat; $p > 0,05$).

1. táblázat: A vizsgáltak fizikai jellemzői a kezdeti méréskor az első kísérleti tevékenység időszakában (Lepes, 2022)

Változók	Kísérleti csoport $n_1 = 41$	Kontrollcsoport $n_2 = 41$	Összesen $n = 82$
Kor	$75,7 \pm 8,9$	$74,5 \pm 8,2$	$75,1 \pm 8,5$
Testmagasság (cm)	$161,1 \pm 6,4$	$159,1 \pm 6,3$	$160,1 \pm 6,4$
Testsúly (kg)	$71,3 \pm 12,2$	$69,9 \pm 11,8$	$70,6 \pm 12,0$

Megjegyzés: az értékek átlag \pm SD formában vannak megadva. Nem találtak statisztikailag szignifikáns különbséget a csoportok között

2. táblázat A vizsgáltak fizikai jellemzői a kezdeti méréskor a második kísérleti tevékenység időszakában (Lepes, 2022)

Változók	Kísérleti csoport I. n ₁ =41	Kísérleti csoport II. n ₂ =41	Összesen n=82
Kor	75,7 ± 8,9	74,5 ± 8,2	75,1 ± 8,5
Testmagasság (cm)	160,2 ± 5,6	162,4 ± 6,3	160,0 ± 6,0
Testsúly (kg)	70,8 ± 12,3	72,3 ± 11,6	71,6 ± 11,9

Megjegyzés: az értékek átlag ± SD formában vannak megadva. Nem találtak statisztikailag szignifikáns különbséget a csoportok között

Nem találtunk statisztikailag szignifikáns különbséget a kezdeti és a végső mérések között a glükóz, összkoleszterin, High Density Lipoprotein (HDL) és Low Density Lipoprotein (LDL) szint tekintetében a kísérleti csoportban, valamint a glükóz tekintetében a kontrollcsoportban (p>0,05) (2. táblázat). Viszont a csoportok és az idő kölcsönhatásának elemzése azt mutatja, hogy statisztikailag szignifikáns különbségek mutatkoznak a glükóz, összkoleszterin, HDL és LDL változókban a kísérleti és a kontrollcsoportok között (p < 0,05).

2. táblázat: Az első kísérleti és kontrollcsoport biokémiai paramétereinek kétirányú varianciaanalízis eredményei az első kísérleti tevékenység időszakában (Lepes, 2022)

Változók	Kísérleti csoport n ₁ =41			Kontrollcsoport n ₂ =41		
	Pre test	Post test	%	Pre test	Post test	%
Glükóz (mmol/l)	5,96 ± 1,76	5,64 ± 1,68*†	-5	6,30 ± 2,24	6,44 ± 2,28*	2
Összkoleszterin (mmol/l)	6,01 ± 1,29	5,56 ± 1,22*†	-7	6,09 ± 1,42	6,07 ± 1,27	1
HDL (mmol/l)	1,31 ± 0,34	1,37 ± 0,38*†	4 4	1,50 ± 0,37	1,47 ± 0,40	-2
LDL (mmol/l)	3,90 ± 1,22	3,52 ± 1,04*†	-10	3,84 ± 1,22	3,84 ± 1,15	0
Trigliceridek (mmol/l)	1,66 ± 0,74	1,65 ± 0,66	-1	1,68 ± 0,62	1,71 ± 0,65	1

Megjegyzés: az értékek átlag ± SD formában vannak megadva. HDL – nagy sűrűségű lipoprotein; LDL – alacsony sűrűségű lipoprotein. * statisztikailag szignifikáns különbséget jelez előtte/utána p<0,05 esetén; † statisztikailag szignifikáns különbséget jelez a kísérleti és a kontrollcsoport között p<0,05 értéknél

Mindkét csoport statisztikailag szignifikáns különbséget mutatott a kezdeti és a végső állapot között a következő változóban: alsó végtag ereje, felső végtag ereje és állóképesség, míg vállízület hajlékonyságában, a dinamikus egyensúlyváltózkodásban csak a kísérleti csoportban értek el statisztikailag szignifikáns különbséget a kezdeti és a végső mérések között.

A második kísérleti csoport esetében ugyancsak 82 fő szépkorú nő vett részt, ebben az esetben mindkét csoport statisztikailag szignifikáns különbséget mutatott a kezdeti és a végső állapot között a következő változóban: alsó végtag ereje, felső végtag ereje, állóképesség, vállízület hajlékonysága, dinamikus egyensúly és mobilitás, míg kizárólag az 1. kísérleti csoportban állapították meg a kezdeti és a végső állapot közötti különbséget az alsó végtag ízületi lazasága változóban. A hetente kétszer-háromszor végzett erőnléti edzés hatásainak különbsége a biokémiai paraméterek esetében csak a HDL változóban jelzett statisztikailag szignifikáns különbséget (előtte = $1,34 \pm 0,34$ mmol / l utána = $1,30 \pm 0,35$ mmol / l versus előtt = $1,40 \pm 0,35$ mmol / l után = $1,28 \pm 0,40$ mmol / l heti két és három edzés esetén ($p < 0,05$)).

A mozgáson túl fizikai állapotunkat jelentősen befolyásoló tényező a táplálkozás. A magyar lakosság jelentős többsége túlsúlyos vagy elhízott, sőt a COSI felmérés adatai alapján gyermekeink tápláltsági állapota is a túlsúly, illetve elhízás irányába mozdult el (Kovács & Erdei, 2019). A probléma visszaszorítása érdekében számos intézkedés indult már el, így például az oktatási, nevelési intézmények által biztosított közétkeztetés megreformálása (Beke, 2021), a népegészségügyi termékadó bevezetése, ugyanakkor rendkívül fontosak azok az alulról jövő kezdeményezések is, melyeket a szakmai szervezetek ezt követően felkarolnak és koordinálnak. Ilyen volt a Gyermek Egészsége Program (GYERE), mely a Nestlé és a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségével közösen valósítottak meg két városban, Dunaharaszti és Szerencsén 2014–2018 között. A program célja, hogy az összefogás megvalósításával a helyi közösségeket és a közösségek tagjait hozzásegítse az aktív és egészséges életmód kialakításához és annak hosszú távú fenntartásához, ezzel csökkentve a gyermekkori elhízást. A program során nemcsak a gyermekek és szülők edukációja valósult meg, hanem szolgáltatások hozzáférhetősége, valamint a vállalkozói szféra is jelentős mértékben hozzájárult ahhoz, hogy sikerre vihető legyen a kezdeményezés. Mind a két város esetében felmérésre kerültek a gyermekek tápláltsági állapotmutatói. Míg Dunaharasztiiban sikeres volt a program és a pilot kezdeményezés végére 7%-kal nőtt a normál tápláltságú és 9%-kal csökkent az elhízottak aránya, addig a szerencsi helyszínen semmilyen szignifikáns javulás nem volt tapasztalható. Sok kérdést vetett fel, hogy milyen okok húzódnak meg a sikertelenség mögött, hiszen ugyanazon pedagógiai eszközök kerültek alkalmazásra és ugyanazon „protokoll” mentén igyekeztek a környezeti feltételeket is javítani a vizsgálat kivitelezői (OGYEI, 2016).

A két város adatainak elemzését követően a következő megállapítások tehetők:

- a két csoport szocio-ökonómiai háttere jelentős eltéréseket mutatott,
- az sikereket elkönyvelő helyszínen a szülők is felmérték és belátták a problémát, és örültek a támogató segítségnek,
- a közösség nyitottsága az újra.

Összességében ezen „jó gyakorlat” esetében elmondható, hogy egy adott kezdeményezés csak akkor lehet sikeres, ha az alkalmazkodni képes az adott területen élők tudás-, lehetőség- és kompetencia szintjéhez (Beke, 2022).

A fenti gyakorlatok egy minden különleges helyzetet mellőző időszakban igyekeztek reagálni az egészségi állapotot befolyásoló tényezőkre, azonban nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy az elmúlt néhány évben egy olyan időszakot élhettünk meg, melyre több évtized óta nem volt példa, nevezetesen a COVID-19 járvány időszakát. Ez az időszak az egészségi állapotunk valamennyi szegmensét érintette, hiszen a karantén ideje alatt kevesebbet mozogtunk, rendszertelenebbé váltak a mindennapjaink, de talán a legnagyobb károkat a szociális kapcsolatok szenvedték el, ezen belül is a gyermekek voltak azok, akik ezt a legnehezebben élték meg. Nagyné Hegedűs Anita a Gál Ferenc Egyetem Marczell Mihály Kutatócsoportja által végzett kérdőíves kutatás segítségével ezekre a változásokra igyekszik felhívni a figyelmet. A veszélyhelyzet előtti, alatti és azt követő időszakokra a következő főbb megállapítások tehetők:

- minél fiatalabb az egyén, annál jellemzőbbnek ítélte magára vonatkozóan a személyes kapcsolattartási formát a veszélyhelyzet előtt (az életkor és a személyes beszélgetés útján történő kapcsolattartás: $r=-,078$; $p=,012$), melynek lehetősége a veszélyhelyzet idején számottevően csökkent,

- a kapcsolattartáson túl a szabadidő rendelkezésre állása is a kutatás körébe tartozott, szignifikánsan jellemző volt, hogy azok, akik a veszélyhelyzet előtt úgy ítélték meg, hogy alig, vagy nincs szabad idejük, most úgy nyilatkoztak, hogy a veszélyhelyzet alatt nőtt, ezen különbségek leginkább az iskolás korosztályt érintették,

- az előző kérdéskörhöz kapcsolható a veszélyhelyzet előtt és a veszélyhelyzet alatt jellemző szabadidő eltöltési szokások közötti összefüggések vizsgálata, mely minden esetben pozitív, szignifikáns korrelációt mutatott (tévénézés veszélyhelyzet előtt és alatt: $r=,728$; $p=,000$; olvasás veszélyhelyzet előtt és alatt: $r=,612$; $p=,000$; zenehallgatás veszélyhelyzet előtt és alatt: $r=,772$; $p=,000$; kreatív tevékenység veszélyhelyzet előtt és alatt: $r=,521$; $p=,000$; testmozgás veszélyhelyzet előtt és alatt: $r=,439$; $p=,000$). Ezen eredmények arra utalnak, hogy azon személyek, akik a veszélyhelyzet előtt szívesen választottak egy-egy kikapcsolódási formát, azoknál a veszélyhelyzet idején is jellemzőbb volt annak megjelenése.

- a szabadidő mennyiségének növekedésével összhangban a tévézés és a zenehallgatás mennyisége az iskolás korosztály esetében növekedett a legnagyobb mértékben, míg a testmozgás mennyisége esetükben – bár csak kis mértékben, de – csökkent.

Mindez az egészségtudatos magatartás kialakítása során felhívja annak tudatosságára is a figyelmet, hiszen felnőttként is legtöbbször rendelkezik azon információkkal, melyek az életmódunkat helyes irányba terelnék, mégis a tudatos odafigyelésünk háttérbe szorul. Egyúttal a karantén és az azt követő időszak rámutatott arra a tényre is, hogy az online időszakot követően mekkora segítségre és támogatásra van szüksége a fiataljainknak az offline világba való visszatéréshez (Nagyné Hegedűs, 2022).

A fizikai jóllétünkön túl rendkívül nagy szerepe van a mentális jóllétnek, melyben a szociális kapcsolataink, a közösségi szellem, a lelki rugalmasságunk, konfliktuskezelési képességünk is meghatározó.

Szociális kapcsolataink során részben öröklött elemekkel találkozhatunk, részben pedig tanultakkal, mely tudáson és nevelésen alapszik. A szociális és érzelmi tanulás fejlesztése (SEL) során Zsolnai és mtsai. (2015, 60.) abból a feltevésből indultak ki, „hogy az érzelmi és a szociális készségek, képességek fejlettsége, illetve alulfejlettsége erősen befolyásolja az egyének fizikai és lelki egészségét, a társas kapcsolataik, valamint az iskolai és a szakmai teljesítményük sikerességét [...]”. A szociális és érzelmi tanulás során a gyerekek elsajátítják az érzelmek felismerésének, megértésének és szabályozásának képességét, a kortársakkal és a felnőttekkel való kapcsolattartás készségeit és szabályait, a szociális probléma-megoldás képességét. E folyamatban a gyerekek kognitív, szociális, érzelmi készségei és képességei egyaránt fejlődnek, egymás működését kiegészítve és erősítve, aminek eredményeként kialakul a hatékony szociális viselkedés [...]”. A program kiemelt elemei közé tartozik az önismeret, az éntudatosság, a felelősségvállalás, a felelős döntéshozatal, mely a korábban taglalt elemeket is végiggondolva elengedhetetlen ahhoz, hogy az egyén teljes és egészséges életet tudjon élni (Soós, 2022). Kiemelt jelentőséggel bír az érzelmi intelligencia fejlesztése, mely a jelenlegi közoktatási rendszerben nem kap kellő hangsúlyt (Szalainé Milasin, 2022), valamint a gyermeki reziliencia kérdésköre, hiszen a gyermek pozitív kapcsolatai egyfajta védőhálóként működnek, főként a több szempontból is hátrányos helyzetű gyermekek esetében (Homoki, 2022). Az egyéni reziliencia befolyásolja a közösségi rezilienciát és fordítva: egy reziliens közösségben az egyén is sokkal inkább fér hozzá rezilienciáját előmozdító erőforrásokhoz, viselkedésmintákhoz. Épp ezért, ahogyan arról már a fentiekben esett szó, a reziliencia nem állandó, hanem az idő, a kontextus függvényében folyamatosan változó jelenség (Shafi & Templeton, 2020). A gyermekek esetében fontos azt is kiemelni, hogy a rezilienciát nem csak pozitívan erősítő hatások vannak, hanem annak kialakulását gátlók is, ezek:

- deviancia, destruktív életszervezés, életcél nélküli sodródás, negatív egészségmagatartás,
- mérgező szülők, diszfunkcionális családok,
- bántalmazás, iskolai erőszak (Homoki, 2022).

Volentics Anna kutatásai során felhívja a figyelmet arra, hogy a környezeti hatások meghatározóak a gyermek viselkedésének, neveltségi szintjének fejlesztésében. Abban az esetben, amennyiben sikerül jól funkcionáló környezetben nevelni a gyermekeket, a problémákkal küzdők esetében is sikerek érhetőek el (Volentics, 1993). Ha mindezt a gyermek, illetve a későbbi felnőtt egészségmagatartásának oldaláról nézzük, vitathatatlan szerepe van a reziliencia fejlesztésének és ezzel a megfelelő kompetenciák kialakításának. A család mint szocializációs színtér önmaga is olyan elemeket épít be a gyermek érték- és normarendszerébe, mely a mindennapokban kihatással lesz a saját egészség iránti felelősségvállalásra, a közösségi kapcsolatokra, valamint az egyéni és a társadalmi szerepvállalásra.

Az elsődleges szocializációs színtéren és a közoktatási intézmények keretein túl mindazon pedagógiai eszközöknek is jelentős szerepe van, melyek direkt vagy indirekt módon erősítik az egyén értékrendszerének és közösségi kapcsolatainak kialakítását. Ennek egy kitűnő szervezeti példája a cserkészmozgalom, mely egyszerűen ad teret a keresztény értékrend

kialakításának, valamint az egymást segítő közösségi attitűd erősítésének (Lipcsei, 2022). A cserkészlet mindenki előtt nyitott, származásra, fajra és vallásra való tekintet nélkül. Három alapelve: az Isten, a haza és az embertárs iránt önként vállalt kötelezettség feltétlen betartása, a cserkészőtörvények szellemében való élés, a mások iránti gyöngédség, s ugyanakkor saját magával szembeni szigorúság (Bokody, 2009). Magyarországon 1910-ben alakították meg az első cserkészcsapatot, ezt követően 1911-től számos új csapat alakult. 1948-tól a rendszer-váltásig a mozgalom megszűnt, majd ezt követően a korábbi értékek felvállalása mellett újra megalakultak. Ha megnézzük a mozgalom által deklarált célokat, az szinte az első helyen kezeli az egyén társadalmi felelősségvállalását, embereszménye szerint a társadalmat olyan életrevaló, elkötelezett, felelős, egészséges polgárok alkotják, akik természetközelséget vállalva, folyamatosan tesznek saját maguk fejlesztéséért is. A cserkészlet során fontos a cselekedve tanulás, mely a gyakorláson, bizonyos szokások berögződésén is alapszik. Mindezzel a közösség is folyamatosan épül, hiszen a túrák, portyák folyamán közös élmények teszik összetartóbbá és egymást támogatóvá az adott csapatot, és a közvetett és közvetlen pedagógia eszközeivel neveli a gyermekeket (Lipcsei, 2022).

A fentiek az egészséges gyermek és felnőtt személyiségfejlesztése során alkalmazható testi és lelki egészség megőrzését előmozdító pedagógia jó gyakorlatait foglalták össze, de mi történik abban az esetben, ha a gyermek valamilyen oknál fogva hosszabb ideig kórházi ellátásra szorul. Hirtelen megváltozik minden, a betegség jellegétől és súlyosságától függően, mind a gyermek, mind a szülő életében súlyos traumaként jelentkezik. A betegség következtében megváltozott élethelyzet próbára teszi a gyermek lelki teherbíró képességét, mely negatív irányba befolyásolhatja a pszichoszociális fejlődés folyamatát is. Már önmagában a betegség okozta distressz, veszteségélmény és traumák következtében megnő az esélye a komorbid pszichés megbetegedések kialakulásának (Lavigne & a Faier Routman, 1992; Livneh & Antonak, 2005; Scott et al., 2007), ezzel párhuzamban a társas közegből való kiszakadással jár, mely tovább fokozza a gyógyulás nehezítettségét (Sándor, 2022). Több kutatás is rávilágított arra a tényre, hogy egy-egy gyermek krónikus megbetegedése a tanulás folyamatán túl az érintett életnek valamennyi szegmensére kihat. Annak érdekében, hogy ezen hatások mérsékelhetők, illetve kiküszöbölhetőkké váljanak, mindenképpen speciális pedagógiai támogatás nyújtása szükséges. A betegséggel való küzdelem során az új ismeretek elsajátítása, a tanulási folyamat eltereli a figyelmet a betegségről, valamint a kezelés esetleges negatív hatásairól, és sikerélményhez juttatja a gyermeket. Tapasztalatok arra is rávilágítottak, hogy a szisztematikusan felépített pedagógiai munka a gyermek számára az egészséges életbe való visszatérés reményét is erősíti, ezzel is támogatva a gyógyulás folyamatát. A gyermeken túl ennek a folyamatnak a kulcsszereplője a kórházpedagógus, aki munkája során rehabilitációs szakemberként több diszciplína eredményeit felhasználva vesz részt más terület szakemberével közösen a teammunkában. Annak érdekében, hogy a kórházpedagógiai tevékenység sikeres legyen, szükség van jól képzett, megfelelő szemlélettel rendelkező, a szakterület iránt elkötelezett pedagógusokra (Sándor, 2022).

A fenti jó gyakorlatokra a Gál Ferenc Egyetem Témakiválósági pályázata során számos pedagógus továbbképzési program, valamint a Kórházpedagógia szakirányú továbbkép-

zési szak, és a Kórházpedagógia pedagógus-szakvizsgára felkészítő szakirányú továbbképzés kidolgozására került sor, melyeknek egyöntetű célja volt, hogy a már működő jó gyakorlatok módszertanát a programban dolgozó oktatók, kutatók minél szélesebb körben ismertethessék meg, ezzel is elősegítve a felnövekvő generáció egészségmegőrzését mind testi, mind mentális vonatkozásban.

Összefoglalás

A cikkben több kutató eredményein keresztül kaphatunk betekintést a holisztikus egészségmegőrzés lehetőségeibe. Jelen programok többsége ma is élő jó gyakorlatként működik azzal a céllal, hogy a ma még igen kedvezőtlen halálozási és megbetegedési mutatók, ha lassan is, de javuló tendenciát mutassanak. Mindehhez azonban elengedhetetlen egy szemléletváltás, melyben a különböző szektorok felelősségén túl megjelenik az egyéni felelősség is, hiszen egy-egy ágazat csak a lehetőséget tudja biztosítani, a döntés ezt követően már az egyéné. A szerzők remélik, hogy tudtak olyan gondolatokat ébreszteni, mellyel a cél minél szélesebb körben megvalósulhat és a jövő nemzedéke már egy olyan környezetben nőhet fel, mely hozzájárul ahhoz, hogy az élet ezen területén is tudatosan és felelősséggel tudjanak dönteni.

Irodalomjegyzék

- Beke, S. (2021). Egészségfejlesztés, tudatos táplálkozás kialakítása a mindennapokban a közétkeztetési szolgáltatáson keresztül. *Deliberationes*, 14., 102–119. doi:10.54230/Delib.2021.1.102
- Beke, S. (2022). Az egészségnevelés speciális pedagógiai eszköze. *Deliberationes*, 15.(1.), 22–33. doi:10.54230/Delib.2022.1.22
- Bokody, J. (2009). Megszületik a cserkészlet. In G. Merva, M. (Ed.) A magyar cserkészettörténete 1910-től napjainkig. (pp.7–21) *Gödöllői Városi Múzeum*.https://godolloimuzeum.hu/wp-content/uploads/2014/07/GVM_MF_A-magyar-cserk%C3%A9s-zet-t%C3%B6rt%C3%A9nete-1910-t%C5%91l-napjainkig_2009.pdf
- Chou, W. T., Tomata, Y., Watanabe, T., Sugawara, Y., Kakizaki, M., Tsuji, I. (2014). Relationships between changes in time spent walking since middle age and incident functional disability. *Preventive Medicine Journal*, 59.
- Clark, B. C., Manini, T. A. (2008). Sarcopenia \neq dynapenia. *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(8).
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Ferrucci, L., Izmirlan, G., Leveille, S., Phillips, C. L., Corti, M. C., Brock, D. B., Guralnik, J. M. (1999). Smoking, physical activity, and active life expectancy. *American Journal of Epidemiology*, 149.

- Gyermekek Egészsége Program. (2016. 11. 10.). Budapest, Pest, Magyarország. Forrás: <https://merokanal.hu/egyeb/502-2>
- Halasi, S. (2022). A testnevelés és a sport speciális pedagógiai eszközei a szociális és tanulási készségek fejlesztésében. *Deliberationes*, 44-50. doi:10.54230/Delib.1.44.
- Homoki, A. (2022). A rezilienciára való nevelés speciális pedagógiai eszközei. *Deliberationes*, 15.(1.), 51–61. doi:10.54230/Delib.2022.1.51
- Homoki, A. & Rácz, A. (2021). Gyermekreziliencia- és szülői kompetencia-mérések a magyar gyermekvédelemben, *Social Review*, 14(1), 19–24. doi.org/10.15170/SocRev.2021.14.01.03
- Kovács, V. A., & Erdei, G. (2019). Gyermekkori elhízás előfordulása Magyarországon. *Magyar Tudomány*, 180.(5.), 739–748. doi:10.1556/2065.180.2019.5.12
- Lavigne, J. V., & Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders: A metaanalytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 133–157. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/17.2.133>
- Lepes, J. (2022). A testnevelés és a sport speciális pedagógiai eszközei az egyes korosztályok egészségének megőrzésében. *Deliberationes*, 15.(1.), 86–98. doi:10.54230/Delib.2022.1.86
- Lipcsei, I. (2022). A cserkészlet speciális pedagógiai eszközei. *Deliberationes*, 15.(1.), 99–108. doi:10.54230/Delib.2022.1.99/
- McGinnis, J., Williams-Russo, P., & Knickman, J. (2002). The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. *Health Affairs*, XXI.(2.), 78-93.
- Nagyné Hegedűs, A. (2022). A karantén körülmények speciális pedagógiai eszközei. *Deliberationes*, 15.(1.), 109–116. doi:10.54230/Delib.2022.1.109
- Paterson, D. H., Warburton, D. E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's physical activity guidelines. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7.
- Shafi, A. A., Templeton, S. (2020). Towards a Dynamic Interactive Model of Resilience. In: Shafi, A., Middleton, T., Millican, R., & Templeton, S. (Eds.). *Reconsidering Resilience in Education. An Exploration using the Dynamic Interactive Model of Resilience*
- Sándor, Z. (2022). Betegség következtében különleges bánásmódot igénylő gyermekek nevelését segítő speciális pedagógiai eszközök. *Deliberationes*, 15.(1.), 126–138. doi:10.54230/Deli.2022.1.126
- Soós, Z. (2022). A szociális érzékenységre nevelés speciális pedagógiai eszközei. *Deliberationes*, 15.(1.), 139–148. doi:10.54230/Delib.2022.1.139
- Szalainé Milasin, K. (2022.). A hitre az Isteni szeretetre nevelés speciális pedagógiai eszközei. *Deliberationes*, 15.(1.), 163-170. doi:10.54230/Delib.2022.1.163
- Születéskor várható átlagos élettartam. (2019). Letöltés dátuma: 2021. október 30., forrás: *Központi Statisztikai Hivatal*: https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0061.html
- Születéskor várható átlagos élettartan-nők. (2019). Letöltés dátuma: 2021. október 30., forrás: *Központi Statisztikai Hivatal*: https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0062.html
- Uzzoli, A. (2016). Health inequalities regarding territorial differences in Hungary by discussing life expectancy. *Regional Statistics*, VI(1), 139-163.
- Volentics A. (1993). Bentlakásos intézményeink az európai kultúra és gyermekvédelem fejlődésének tükrében. In Volentics A. (ed.) *Változások Közép-Európa nevelőotthonaiban*.
- Zsolnai, A., Rácz, A., Rácz, K. (2015). Szociális és érzelmi tanulás az iskolában. *Iskolakultúra*, 25 (10), 59–68.