

MEGOLDÁSFÓKUSZÚ ISKOLAI REHABILITÁCIÓS PROGRAMON RÉSZT VEVŐ KRÓNIKUS BETEGSÉGGEL ÉLŐ ÉS EGÉSZSÉGES GYERMEKEK PSZICHOSZOCIÁLIS KÉSZSÉGEI¹



GÁCSIG-SOMOGYI Borbála
Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet
somogyi.borbala@phd.semmelweis.hu

PAPP Zsuzsanna Katalin
Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet
papp.zsuzsa@semmelweis.hu

TÖRÖK Szabolcs
Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet
torok.szabolcs@semmelweis.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A kutatásunkban egy olyan iskolai osztályokban alkalmazott intervenciós programot vizsgáltuk, mely krónikus betegségben érintett gyermekek iskolai beilleszkedését segíti. A terápiás rekreáció módszerét és megoldásközpontú intervenciós módszereket alkalmazó program célja, hogy támogassa a betegségben érintett gyermekek és osztálytársaik probléma-megoldási készségét, életminőségét és közösségét.

Módszer: A kutatásban az intervenciós program hatását mértük a résztvevő gyermekek pszichoszociális készségeire: életminőségére, énhatékonyságára, valamint betegség- és énele fogadására. A vizsgálatban három olyan iskolai osztály diákjai ($N = 54$) vettek részt a 2x90 perces intervenciós programon, melynek tagjai között legalább egy krónikus betegségben érintett gyermek van. A résztvevők életkora 9-14 év. A kutatás egy kérdőíves, két mérési pontos követéses vizsgálat (az intervenció előtti napokban és az intervenció után 2 héttel), mely tartalmazza a PedsQL gyermek változatát, az énhatékonyság skálát, és 5 további tételt a betegség- és énele fogadásra vonatkozóan.

¹ A kutatást az Egészségügyi Kutatási Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá (ETT TUKEB IV-4802-3).

Eredmények: A két mérési pont közötti különbséget összetartozó mintás Wilcoxon próbával vizsgáltuk. A teljes mintán nem kaptunk szignifikáns különbséget az érzelmi, társas és iskolai jóllét, az énhatékonyság és az énefogatás mutatók intervenció előtti és utáni értékei között, azonban a változók és skálák közötti összefüggések erősödtek a program előtti állapotról a program utáni állapotra. Osztályok szerint megvizsgálva az egyik negyedik osztályban ($N = 15$) szignifikáns javulás mutatkozott a társas jóllétben és az énhatékonyságban, egy hetedik osztályban ($N = 17$) szignifikáns csökkenést találtunk az iskolai jóllét értékében az intervenciók után.

Következtetések: A kis mintán alkalmazott intervenció program biztató eredményeket mutatott a gyermekek énhatékonyságának növelésében, ezért a program folyamatos fejlesztése mellett a hatékonyság mérése is fontos információkkal szolgálhat a továbbiakban.

Kulcsszavak: iskolai intervenció, életminőség, énhatékonyság, énefogatás

BEVEZETÉS

Az orvostudomány fejlődésével a betegségek egyre nagyobb arányban váltak gyógyíthatóvá, azonban ezáltal folyamatosan növekszik azoknak a gyermekeknek és felnőtteknek a száma, akik a betegségek hosszú távú hatásaival élnek együtt (Saito et al., 2022). Ebből fakadóan a beteg gyermekek kezelését a kórházi és gyógyszeres kezelés végeztével nem tekinthetjük lezártnak. A gyermekek a gyógykezelés során kiesnek az élet mindennapi, hétköznapi körforgásából, így fontos figyelmet fordítanunk a családba, iskolába és társadalomba való visszaintegrálásukra. Egy betegség kezelése során nem elegendő a fizikai tünetek megszüntetésére fókuszálni, hiszen az életminőség alakulásában a fizikai egészség mellett a mentális egészség sem elhanyagolható. Az utóbbi évtizedben egyre több figyelem helyeződött az iskolai intervenció programokra, hiszen az iskolák hozzájárulhatnak a gyermekek mentális egészségének megőrzéséhez és javításához, valamint az iskolai közegben könnyen kiszűrhetővé válnak a mentális nehézségek (Berger et al., 2022).

Kutatásunkban egy olyan, iskolai osztályokban alkalmazott intervenció program hatékonyságát vizsgáltuk, mely az osztályközösség megerősödését támogatva, segíti a krónikus betegségben érintett gyermekek iskolai beilleszkedését, miközben egészséges társaikat is ösztönzi az elfogadásra és a folyamatos fejlődésre.

Az elmúlt 20 évben egyre több krónikus és súlyos beteg gyermek számára váltak elérhetővé a terápiás rekreáció alapelvein működő nyári táborok Közép- és Kelet-Európában. Kutatások bizonyították, hogy az egészséges és beteg gyermekek pszichoszociális fejlődésére egyaránt rendkívül pozitív hatást gyakorolnak ezek a táborok (Békési et al., 2011; Meltzer et al., 2018; Papp et al., 2021; Tominey, 2015; Török et al., 2006), így felmerült az igény további hasonló programok kialakítására. A jelen kutatásban bemutatott, a terápiás rekreáció módszerét és megoldásközpontú rendszerszemléletű intervenciókat alkalmazó program az iskola falain belül valósul meg, ezzel is segítve a beteg gyermekek integrációját egészséges társaik közé. A két említett módszertannal a tanulmány során később még mélyreható-

an foglalkozunk. A foglalkozás célja, hogy támogassa a betegségben érintett gyermekek és osztálytársaik egymással való kapcsolatot, miközben fejleszti a kommunikációs- és problémamegoldó készségeiket. A pozitív megerősítéssel kísért kihívások erősítik az osztályközösséget, mely által a gyermekek erősebb kapcsolatokat tudnak kialakítani egymással. Egy ilyen pozitív közegben a problémák és a betegséggel kapcsolatos nehézségek is megoszthatóvá válnak.

A gyermekeket vizsgáló kutatások leggyakrabban a szülők, gondviselők, tanárok vagy orvosok bevonásával készülnek (Hunleth et al., 2022). Ezek a felnőtt személyek rendkívül fontos szerepet töltenek be a gyermekek életében, azonban tanulmányok bizonyítják, hogy a kizárólag a gyermekeket körülvevő felnőttek beszámolóin alapuló kutatások azzal a kockázattal járhatnak, hogy más aspektusból ábrázolják a tényleges helyzetet és a gyermekek szükségleteit (Eiser & Morse, 2001; Hunleth et al., 2022; Papp et al., 2022). A felnőttek, beleértve a szülőket és gondviselőket is, nem mindig tudják pontosan felmérni, hogy mit tudnak, értenek vagy tapasztalnak gyermekeik, és eltérően értelmezik a gyermekek szükségleteit és szubjektív jóllétét (Clark, 2003). Wong és munkatársai bélbetegséggel élő gyermekek vizsgálatakor azt találták, hogy az egészséggel összefüggő életminőséget a gyermekek önkitöltős kérdőívészés során minden korcsoportban magasabbra értékelték, mint a szüleik, gondviselőik (Wong et al., 2022). Ezt a lehetséges torzítást igyekeztünk elkerülni azzal, hogy kutatásunk során a kérdőíves adatfelvétel a teljes program alatt a gyermekekkel történt.

Tanulmányunk témája ötvözi a pszichológia, a szociológia és az egészségtudomány területeit. Cikkünkben először a krónikus

betegségekkel és az ezzel összekapcsolható egészségmutatókkal foglalkozunk, majd ismertetjük a kortárskapcsolatok jelentőségét és nehézségeit. Későbbiekben szó lesz az intervenciós program elméletéről és gyakorlati bemutatásáról, valamint a kutatás módszertani jellemzőiről. Az eredmények ismertetésekor külön figyelmet fordítunk a kezdetben megfogalmazott 4 kutatási kérdésünkre, végül kitérünk a kutatás korlátaira is.

Krónikus beteg gyermekek mentális egészsége és életminősége

Kutatásunkban krónikus betegként definiáljuk azokat a gyermekeket, akik jelenleg vagy korábban hosszú ideig rendszeres orvosi és vagy kórházi ellátást igényeltek, emellett valamilyen terápiás vagy gyógyszeres ellátásban részesültek, adott esetben hosszú távon különleges diétát vagy speciális életmódot kell folytatniuk (Németh & Várnai, 2019). A gyermekkori krónikus megbetegedések aránya az utóbbi évtizedben növekedést mutatott, amit részben az életmódbeli és a környezeti változásokkal magyarázhatunk, amelyeket egyúttal fontos rizikótényezőkként tarthatunk számon (Endre et al., 2007; Halfon & Newacheck, 2010). Egy közelmúltban Magyarországon végzett reprezentatív felmérés szerint a kamaszok 20,8%-a él saját bevétele szerint olyan betegséggel, tünettellel, mely rendszeres orvosi ellátást igényel (Németh & Várnai, 2019). A nyugati államokban pedig a valamilyen krónikus betegséggel élő gyermekek és serdülők aránya az adott ország populációjának 20-31%-át teszi ki (Kitsantas et al., 2013; Marques et al., 2019).

Habár a betegségek túlélési rátája javul, a gyógyulás sok esetben még további tünetekkel, élethosszig tartó gyógyszererezéssel

és kezelésekkel járhat (Halfon & Newacheck, 2010); a betegségnek, a kezelésnek és a fennmaradó tüneteknek nemcsak testi, hanem lelki és társas hatása is fennmaradhat az érintett gyermekek egész élete során (Pyngottu et al., 2018).

A krónikus betegségben érintett gyermekeknek a gyakori kórházi tartózkodás és az ismételt orvosi vizsgálatok miatt kevesebb a lehetőségük, hogy minőségi időt töltsenek a családjukkal és erős kortárskapcsolatokat alakítsanak ki. A betegséggel járó fájdalmas beavatkozások és kezelések mellett ez is hozzájárul ahhoz, hogy a betegség gyakran negatív érzelmekkel és viselkedési problémákkal társul (Hamlett et al., 1992), valamint problémákat okoz a fizikai, mentális és szociális működésben (Corathers et al., 2017; Halfon & Newacheck, 2010; Pyngottu et al., 2018; Weitzman & Wegner, 2015). Neurodegeneratív betegséggel élő gyermekek körében végzett életminőség vizsgálatokban azt találták, hogy a betegség tünetei nemcsak a fizikai, de a pszichoszociális életminőségre is nagy hatással vannak (Chiu et al., 2022). Habár a daganatos és krónikus betegségek az orvostudomány fejlődésével egyre jobban kezelhetőek, a kezelésekké miatti iskolai hiányzások elszigeteltség érzéshez és magányossághoz vezethetnek (Moody et al., 2006). A kortárs kapcsolatok hiánya pszichológiailag sérülékenyebbé teheti a beteg gyermekeket (Neville et al., 2019) és növelheti a depresszió, valamint az alacsony önértékelés gyakoriságát (Schultz et al., 2007).

Személyes kontroll és énhatékonyság

A gyermekek önmagukról alkotott képe főként az őket ért külső reakciók mentén (Vargyas-Tóth, 2022), a környezettel való interakciók során alakul ki (Bóta & Máth,

2000). Mivel az idejük több mint felét az iskolában töltik, ezért rendkívül fontos számukra a kortársaik, szűkebben véve az osztálytársaik visszajelzése. Azonban a gyermekek önmagukról és a világról alkotott képét nemcsak mások visszajelzése határozza meg, ebben a személyes kontroll és a vélt énhatékonyság érzése is fontos szerepet játszik. Ha a személy kontrollálni tudja az őt körülvevő pszichológiai környezetet, az pozitív hatással van a jóllétére. A kontroll érzése mellett a pszichés jóllét másik fontos forrása az énhatékonyság. Bandura énhatékonyságnak nevezi azt az észlelt adottságot, amikor a személy képesnek érzi magát egy cselekvés végrehajtására, egy helyzet elfogadására (Bandura, 1977). Krónikus betegség esetén azonban előfordulhat az is, hogy egy személy alapvetően erős kontrollt érez a saját testi és lelki egészsége felett, azonban egy kórházi kezelés, vagy egy specifikus terápia során elveszti a hatékonyság érzését (Roddenberry & Renk, 2010). Mivel az énhatékonyság hatással van a betegséghez és a kezelésekké való hozzáállásra, valamint a stressz szintre (Roddenberry & Renk, 2010), ezért rendkívül fontos, hogy a kezelésekké és a gyógyulás ideje alatt segítsük a betegeknek visszaszerezni és megtartani a kontrollérzetüket és támogassuk énhatékonyság érzésüket.

A különféle betegségek és az énhatékonyság összefüggéseit több irányból is vizsgálták a közelmúltban. Korábbi kutatásokban a daganatos betegség során észlelt énhatékonyság szignifikánsan korrelált az életminőséggel, az étellel való elégedettség-gel, valamint a betegség hatásával az adott személyre (Merluzzi et al., 2001). Chirico és munkatársai eredményeikben fordított összefüggést mutattak ki a daganatos betegséggel való megküzdéskor átélt énhatékonysággal.

ság és a szorongás között, valamint pozitív kapcsolatot találtak az énhatékonyság és az életminőség között (Chirico et al., 2017). A magasabb énhatékonyság sikeresebb egészségmegőrző magatartással jár krónikus betegségben szenvedő gyermekeknél, beleértve a cukorbetegeket és az asztmásokat (Mickley et al., 2013), és az énhatékonyság pozitív hatással van a betegek fizikai állapotára (Hoffman et al., 2009).

Kortárs kapcsolatok

A kortársak rendkívül fontos szerepet játszanak a gyermekek mindennapi életében, hiszen mind az egészséges, mind a beteg gyermekek a kortársaikat tekintik az egyik alapvető viszonyulási pontnak, akikkel képest önmagukat meghatározzák.

Habár a bullying jelenségének átfogó bemutatása meghaladja a jelen tanulmány kereteit, fontos kiemelnünk, hogy az általunk vizsgált iskolai programban mind az egészséges, mind a beteg gyermekek között találhatunk potenciális áldozatokat. Akkor beszélhetünk ilyen jellegű bántalmazásról, ha az agresszív viselkedés szándékos, emellett ismétlődően és hosszabb ideig fennáll (Olweus, 1993). A bántalmazás egyenlőtlen erőviszonyokkal jellemezhető kapcsolatokban jelenhet meg, áldozatai lehetnek külsőleg vagy belsőleg mások, mint a többiek (bőrszín, betegség okozta elváltozás), érkehetnek más környezetből, más szülői háttérrel (Menesini & Salmivalli, 2017), vagy egyszerűen lehetnek csak zárkózottabbak, mint kortársaik, alacsony önértékeléssel.

Bátor Tábor Suliprogram

A Bátor Tábor iskolai intervenciós programja a terápiás rekreáció módszereit ötvözi

a megoldás-fókuszú rövid terápia eszközeivel. A gyermekek alapvetően igyekeznek megfelelni az őket körülvevő vélt vagy valós elvárásoknak, ezért viselkedésük mögött meghúzódik a megfelelés és az elfogadottság iránti vágy (Vargyas-Tóth, 2022). Ennek tükrében a program kidolgozásakor kiindulási alapnak az autonómia, a kompetencia és a valahova tartozás érzését tekintették, melyek az öndetermináció alapvető feltételei (Pólya & Martos, 2012). Ennek tükrében a Bátor Tábor Alapítvány munkatársai az iskolai intervenció egyik fő céljának azt tűzték ki, hogy az osztályközösségekben egyfajta alapvető elfogadás formálódjon, illetve alakuljon ki mindenki iránt, így mindenki megfelelőnek érezheti magát, úgy ahogy van. Céljuk, hogy hozzásegítsék az osztályokat egy olyan légkör fenntartásához, ahol nincsenek tabuk, lehet kérdezni, könnyebb segítséget kérni és adni.

Terápiás rekreáció módszere

A terápiás rekreáció a rehabilitációs programok egy irányzata, melyet a Bátor Tábor honosított meg Magyarországon (Schumiczky & Hosszú, 2018). Napjainkban a terápiás rekreációs táborok alkalmazása egyre népszerűbb pszichoszociális beavatkozási módszer súlyosan beteg gyermekek részére (Green et al., 2018). Az önkéntesek és programtartók a képzésük során elsajátítják a visszatükrözés és a reflektív kérdezés technikáját, mellyel a terápiás rekreációt alkalmazó táborokban és programokon segíteni tudják a gyermekeket abban, hogy önmagukban új képességeket és értékeket ismerjenek fel (Schumiczky & Hosszú, 2018). A terápiás rekreáció módszertana négy elemből (illetve ezek körforgásából) tevődik össze, melyek játékos keretek között, az élmények-

re építve jönnek létre. A négy kulcsfogalom, építőelem a következő: kihívás, sikerélmény, megerősítés és felfedezés. A megfelelő szintű, személyes kihívások teljesítése sikerél-

mény érzéséhez vezet, melyet egy külső társ megerősítése követ. Mindezek által megszületik a felfedezés a személyben, hogy mi mindenre képes (Papp, 2021).



1. ábra. A terápiás rekreáció lépései (Papp, 2021).

A korábbi vizsgálatok azt mutatták, hogy a terápiás rekreációs táborok hatására növekedett a beteg gyermekek önbizalma, magabiztossága és valahova tartozás érzésének kifejezése (Békési et al., 2011; Meltzer et al., 2018; Papp et al., 2021; Tominey, 2015; Török et al., 2006).

Megoldás-fókuszú megközelítés

A megoldás-fókuszú rövid terápia (Solution Focused Brief Therapy, továbbiakban SFBT) a pszichológia különböző területein széleskörűen alkalmazott megközelítés Amerikában, Európában és Ázsiában egyaránt (Franklin & Hai, 2021; Franklin et al., 2012; Liu et al., 2015). Az SFBT megközelítés egyik célja, hogy olyan tudással és tapasztalattal gazdagítsa a résztvevőit, melynek birtokában sikeresebbek, reziliensebbek és kiegyensúlyozottabbak lesznek rövid és hosszú távon egyaránt. Az SFBT a rövid terápiák egyik

formájaként fejlődött ki, és gyakran azért javasolt, mert kevesebb idő alatt és alacsonyabb költséggel lehet vele eredményt elérni, mint más megközelítésekkel (De Shazer et al., 1986; DeJong & Berg, 2008). Több, különböző szakterületen végzett vizsgálat bizonyította, hogy a megoldásfókuszú terápia pozitív kimenetellel jár (Gingerich & Peterson, 2013) bármilyen életkorban. Alkalmazási területe széles, tanulmányok igazolták, hogy nemcsak gyermekek tanulmányi (Farrington et al., 2011) és viselkedési problémáinak enyhítésére alkalmas (Cepukiene & Pakrošnis, 2011), hanem a felnőttkori mentális egészség segítésére, a depresszió csökkentésére (Smock et al., 2008), az öregedéssel együtt járó problémák megoldására, valamint bizonyos szegmensei alkalmazhatóak családokkal és család- és párterápiában is (Wilmshurst, 2002).

A megoldásfókuszú megközelítés fókuszában az áll, hogy minden személy a saját

megoldásainak szakértője. A szakember által vezetett intervenciónak 4 lényegi lépése van: először minden személy megfogalmazza a számára vágyott jövőt (1), számba veszi a múlt sikereit (2), átgondolja és elismeri a meglévő erőforrásait (3), majd igyekszik többször és jobban csinálni azt, ami korábban már működött (4) (Berg & Sándor, 2007).

Intervenció bemutatása

Kutatásunkban a Bátor Tábor Alapítvány Suliprogram elnevezésű intervencióját vizsgáljuk, mely során a Bátor Tábor Alapítvány kiképzett munkatársai, valamint önkéntes facilitátorai 2 alkalommal 90-90 percre (két osztályfőnöki óra keretein belül) találkoznak az iskolai osztályokkal. A program során a terápiás rekreáció és az SFBT módszer egymásra építve segíti a gyermekek szemléletváltozását játékos feladatokon keresztül. A programtartók rögzített tematikával dolgoznak és igyekeznek minden osztályban ugyanazokat a feladatokat és játékokat ugyanabban a sorrendben megvalósítani. Minél játékosabb a feladatmegoldás, annál jobban bevonódnak a gyermekek, és annál könnyebben megoszthatóvá válnak a nehézségek, valamint a potenciális erőforrások. A terápiás rekreációban alkalmazott kisebb kihívást jelentő feladatok során a gyerekek egyenként és kisebb csoportban, valamint osztályként is megtapasztalhatják, milyen könnyen el tudnak érni apróbb sikereket. Kihívás lehet korcsoporttól függően egy labdás feladat, egy közös kártyajáték megoldása, de akár a másik megszólítása vagy az osztály előtti megszólalás. A megoldásfókuszú szemlélet bevezetésével pedig a programtartók segítik az osztályfőnökök és az osztály tanulóinak figyelmét a jól működő dolgokra fókuszálni (például mi

az, ami jó az osztályukban, mi esik jól egy dicséretben, mitől jó egy barát, mikor jön jól a segítség), melyek megerősítésével a problémák és a konfliktusos helyzetek könnyebben megoldhatóvá válnak. Az egyénileg és közösen elért sikerek, valamint ezeknek a verbalizálása és elismerése a társak és az osztályfőnök által segíti a korábban kiemelt 3 komponens, az autonómia, a kompetencia és a valahova tartozás érzés megélését, melyek a gyermekek alapvető szükségletei.

Az intervenció program során csoportos élményszerű játékokba vonják be a résztvevőket. Minden játék egy bizonyos téma köré szerveződik és a játékos feladatot követően a megélt tapasztalatokról beszélgetnek. Egy konkrét példán szemléltetve, először arra kéri a gyermekeket kis csoportokban, hogy szedjék össze mi az, amiben ők, mint osztály jól működnek. Miben szoktak ők maguk dicséretet kapni, és mit dicsérnek meg másokban. Ehhez illeszkedik olyan játék, ahol ott helyben tapasztalhatják meg, milyen visszajelzést kapni másoktól, és milyen mikor nekik kell visszajelzést adni a társaiknak. A foglalkozás során a programtartók erősíthetik azt, amit már jól csinálnak és bátoríthatják őket abban, hogy mit próbáljanak ki a következőkben.

Célkitűzések és kutatási kérdés

Kutatásunk célja, hogy megvizsgálja, a Bátor Tábor iskolai programja mennyiben képes elérni a célkitűzését, mely egy nyitottabb, befogadóbb légkör létrehozása egy olyan osztályban, ahol az egyik gyermek valamilyen krónikus betegséggel állapottal él, valamint a közérzet javítása valamennyi résztvevőnél. A közösségi érzés megerősítésével az intervenció arra hívja fel a gyermekek figyelmét, hogy érezzék, mindig van kire számíta-

niuk, akkor is, ha baj van. Az intervenció prevenció jelentősége abban is áll, hogy ezen programmal csökkenthető a jellemzően kamaszkorban kezdődő mentális betegségek kockázata, ugyanis számos kutatás kimutatta, hogy a mentális betegségek kialakulásának kezdeti időpontja legtöbb esetben a serdülőkor közepe és vége közé tehető mind az egészséges, mind a fizikai betegséggel élő populáció esetében is (Bowman et al., 2017). Emellett a programtartók kiemelt figyelmet fordítanak arra, hogy a betegségről is nyíltan lehessen beszélni, kérdezni és válaszokat kapni, valamint segítsék a gyermekeket annak megértésében, hogy hogyan tudnak segítséget kérni és adni.

Pozitív eredmények, és megfelelő számú iskolai megkeresés, valamint programtartói kapacitás bevonása után várható az intervenció, és ezzel a kutatásunk elemszámának bővülése is.

A kutatás során 4 kutatási kérdést fogalmaztunk meg. (1) Vannak-e összefüggések a program előtti (T1) adatfelvétel során mért változók között? Illetve a program utáni (T2) adatfelvétel során mért változók között? (2) Létre jön-e kimutatható változás az intervenció program előtti és a program utáni érzelmi, társas és iskolai jóllétben? (3) Lehetséges-e ilyen rövid programmal mérhetően segíteni a gyermekek énhatékonyságát? (4) Mely tényezőkben figyelhetünk meg változást; mi az, amire érdemes a további kutatás során kiemelt figyelmet fordítanunk?

MÓDSZER

Résztevők

A mintánkat három olyan iskolai osztály diákjai alkották (egy 3-os, egy 4-es és egy

7-es osztály), akik mindannyian részt vettek a 2x90 perces intervenció programon, melyet ugyanaz a programtartó csapat vezetett mindenhol, azonos programterv alapján, korosztályspecifikus módosításokkal. Minden osztály tagjai között legalább egy krónikus betegségben érintett gyermek volt. A programok során a Bátor Tábor munkatársait a kórházi ápolásban részesülő gyermek szülei vagy az iskola képviselője keresték meg. A mintát összesen 54 fő, 27 fiú és 27 lány alkotta. A vizsgálatban résztvevő gyermekek életkora 9 és 14 év között volt. Az átlagéletkor 11,7 év (SD = 3,34). A résztvevők közül egyetlen gyermek volt korábban táborozó a Bátor Tábor nyári turnusában. A kutatócsoport döntése alapján ezt az egy résztvevőt nem kezeltük külön, bent tartottuk a teljes mintában. A programon résztvevő lányok átlagéletkora 12,29 év (SD = 2,72), némiképp magasabb volt, mint a fiú résztvevőké, mely 11,14 év (SD = 3,38). Az 54 fős mintából 9 fő vallotta magát krónikus betegnek (asztma, cukorbetegség, bőrbetegség, epilepszia és allergia), 45 fő pedig egészséges volt. A statisztikai elemzések során kontrolláltunk a nemre, a korra, valamint a betegség meglétére.

Mérőeszközök

Az önkitöltős kérdőív csomag négy részből állt:

(1) A demográfiai részben a gyermek korára, nemére, valamint krónikus betegségre kérdeztünk rá 3 tétellel. („Van-e olyan betegség, amivel rendszeresen (havonta vagy kéthavonta) orvoshoz jársz, vagy rendszeresen gyógyszert szedsz? Ha az előző kérdésre IGEN-t választottál, mi a betegség?”).

(2) Az életminőség felmérésére a PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) magyar-

ra adaptált változatának (Berkes et al., 2008) önkitöltős változatát alkalmaztuk, ezen belül is csak a társas (5 tétel), az érzelmi (5 tétel) és az iskolai alskálákat (5 tétel), melyben gyermekek ötfokú skálán értékelték a helyzeteket. Jelen kutatásban a transzformált adatokat

közöljük, ahol a magasabb pontszámok jobb életminőséget jelentenek. (Az alacsony pontszám például nehezebb kapcsolattartást mutat a barátokkal). A PedsQL alskáláinak reliabilitása mintánkban megfelelő volt, a Cronbach- α értékeket az 1. táblázat szemlélteti.

1. táblázat: A PedsQL alskáláinak reliabilitásvizsgálata

Skála neve	Cronbach- α Program előtt (T1)	Cronbach- α Program után (T2)
PedsQL - érzelmi skála	0,71	0,79
PedsQL - társas skála	0,72	0,72
PedsQL - iskolai skála	0,66	0,69

(3) A kutatásban Schwarzer és Jerusalem 10 tételes Énhatékonyság skálájának (Schwarzer, 1993), Kopp Mária által készített magyar adaptációját használtuk (Kopp et al., 1993) melyben a kitöltők egy négyfokú skálán értékelték a különböző helyzeteket (10 tétel), mint például: „Ha szembesülök egy problémával, általában több ötletem támad a megoldásra” vagy „Mindig sikerül megoldanom a nehéz problémákat, ha nagyon akarom”. A skála reliabilitása mintánkban megfelelőnek mutatkozott (Cronbach- α T1=0,76; Cronbach- α T2=0,90).

(4) Az énefogadás és a betegség-elfogadás mérésére a szerzők által összeállított, és egy korábbi terápiás rekreációs tábor hatását vizsgáló kutatásban használt öt elemű tétel-sort alkalmaztunk, melyet a kitöltők egy ötfokú skálán értékelték:

1. Elfogadom magam
2. Elfogadom a betegséget (Ha nincs semmilyen betegséged, hagyd üresen ezt a kérdést!)
3. Úgy érzem, megértene engem a hozzá közel állók
4. Nyitott vagyok az újdonságokra
5. Megélem az összetartozást

A statisztikai elemzéseket SPSS 27.0-ban végeztük. Ellenőriztük a reliabilitást a kérdőívünk alskáláin (PedsQL érzelmi, társas és iskolai skálái, énehatékonyság skála, valamint az énefogadásra és betegségelfogadásra irányuló kérdések) a program előtti és a program utáni adatokon. A leíró statisztikát a 2. táblázat, a normalitásvizsgálatot pedig a 3. táblázat mutatja be. Az ordinális változók kapcsolatának vizsgálatként parciális Spearman korrelációt végeztünk, az egyes itemek között keresztmetszeti elrendezésben, majd a T1 és T2 eredménye között, nemre és korra kontrollálva. Végül Wilcoxon próbát alkalmaztunk az intervenció előtti és utáni eredmények közötti különbségek vizsgálatára.

Eljárás

A kutatásban az intervenció program hatását mértük a résztvevő gyermekek pszichoszociális készségeire: életminőségére, énehatékonyságára, valamint a betegségben érintett gyermekek betegség-elfogadására. A kutatás egy kérdőíves, két mérési pontos követéses vizsgálat volt, melyben a kérdőívek felvétele a gyermekekkel történt. Az

adatfelvétel az intervenció előtti napokban (T1), illetve az intervenció után 2 héttel (T2) valósult meg.

A nyomtatott kérdőíveket a gyerekek az iskolai befogadó nyilatkozat és a szülői beleegyező nyilatkozatok visszaérkezését követően iskolai tanóra keretein belül töltötték ki, anonim módon. Az előtte-utána mérésekben összetartozó mintákat alkalmaztunk. A program előtti és utáni kérdőívek párosítását kódrendszer segítette, így azonosíthatóvá vált, hogy a résztvevők mindkét iskolai foglalkozáson részt vettek-e és kitöltésre került-e általuk a kérdőív (T1 és T2 során egyaránt).

A vizsgálat megkezdése előtt a kutatási tervet az Egészségügyi Kutatási Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá (ETT TUKEB IV-4802-3).

ÉREDMÉNYEK

A PedsQL érzelmi, társas és iskolai skálái, énhatékonyság skála, valamint az éneelfogadásra és betegségelfogadásra irányuló kérdések alapstatisztikáit a 2. táblázat tartalmazza.

2. táblázat: A kutatás során felhasznált skálák, alskálák és egyes itemek leíró statisztikái

Skálák	Alskálák/ Itemek	Program előtti (T1) adatfelvétel					Program utáni (T2) adatfelvétel				
		N	M	Min.	Max.	SD	N	M	Min.	Max.	SD
PedsQL	Érzelem Alskála	52	62,57	15	100	21,27	48	62,45	25	100	20,26
	Társas alskála	52	75,1	25	100	18,72	48	76,25	35	100	16,19
	Iskolai Alskála	52	72,4	25	100	17,72	48	72,08	40	100	16,24
Éneelfogadás és betegségelfogadás	Betegség elfogadás	9	4	3	5	0,87	6	4,67	3	5	0,816
	Éneelfogadás	52	4	1	5	1,05	47	3,91	1	5	1,21
	Megértés	52	4	1	5	0,86	47	3,74	1	5	1,11
	Nyitottság az újdonságokra	52		3	5	0,81	47	3,96	1	5	1,16
	Összetartozás	51	3,88	1	5	0,86	47	4	1	5	1,04
Énhatékonyság	Énhatékonyság	52	2,63	1,6	3,5	0,51	47	2,78	1	4	0,62

A PedsQL alskáláinak és az énhatékonyság skálának a reliabilitása megfelelő volt, így ezeket az elemzésünk során skálákként értelmeztük. Az éneelfogadásra és betegségelfogadásra vonatkozó tételek Cronbach- α értéke a program előtti adatfelvétel (T1) során nagyon alacsony (0,39) volt, így habár a program utáni (T2) már értelmezhető (0,78), ezeket a tételeket megtartottuk egyesével, nem skálaként kezeltük az elemzés során.

Ezt követően normalitásvizsgálattal ellenőriztük az adatok eloszlását, melyet a 3. táblázatban ismertetünk. A Shapiro-Wilk-teszt eredményei alátámasztották feltételezésünket, miszerint a változók nem normál eloszlásúak ($p < 0,05$), ezért a továbbiakban nemparaméteres eljárásokat alkalmaztunk.

3. táblázat: A kutatás során használt skálák, alskálák és egyes itemek normalitásvizsgálata

Skálák	Alskálák/itemek	Shapiro-Wilk - Program előtti adatfelvétel (T1)			Shapiro-Wilk - Program utáni adatfelvétel (T2)		
		Statisztika	df	p	Statisztika	df	p
PedsQL	PEDSQL Érzelem Alskála	0,97	45	0,205	0,94	45	0,03
	PEDSQL Társas Alskála	0,93	45	0,008	0,93	45	0,013
	PEDSQL Iskolai Alskála	0,94	45	0,022	0,97	45	0,252
Énefogatás és betegség-elfogatás	Betegség elfogatás	0,63	4	0,001	0,63	4	0,001
	Énefogatás	0,95	4	0,683	0,86	4	0,272
	Nyitottság az újdonságokra	0,73	4	0,024	0,86	4	0,272
	Megértés	0,63	4	0,001	0,86	4	0,272
	Összetartozás	0,63	4	0,001	0,86	4	0,272
Énhatékonyosság	Énhatékonyosság	0,97	45	0,203	0,97	45	0,334

ÖSSZEFÜGGÉSEK VIZSGÁLATA

Az összefüggések vizsgálatának eredményeit öt részre bontva fogjuk ismertetni. Először a program előtti adatfelvétel (T1) változói közötti összefüggéseket ismertetjük, melyet a program utáni (T2) eredmények követnek. Ezután bemutatjuk, hogy a változók önmagukkal hogyan korreláltak a program előtt és után, majd az összes skála összes változóval való összefüggéseit elemezzük. Végül külön bekezdésben tárgyaljuk az énhatékonysággal kapcsolatos eredményeinket.

Program előtti korrelációk

(T1 időpontban a változók közötti összefüggések)

Erős korrelációt mutatott egymással a PedsQL társas és iskolai alskálája ($r = 0,62; p < 0,000$), valamint közepes korrelációt figyeltünk meg az érzelmi és társas alskálák ($r = 0,49; p = 0,001$), továbbá a megértés és a társas alskála között ($r = 0,41; p =$

$0,007$). Mindezek mellett gyenge, de szignifikáns korrelációk tapasztalhatók az énefogatás tétel és a megértés tétel ($r = 0,34; p = 0,026$), a nyitottság tétel és az összetartozás tétel ($r = 0,39, p = 0,011$), a megértés tétel és a PedsQL iskolai alskálája ($r = 0,38; p = 0,014$), valamint az énefogatás tétel és a PedsQL iskolai alskálája között ($r = 0,30; p = 0,050$).

Az énefogatás T1 időpontban nem korrelált az összetartozással és a nyitottsággal, ahogyan a megértés és a nyitottság, valamint a megértés és az összetartozás között sem volt kimutatható szignifikáns korreláció.

Program utáni korrelációk

(T2 időpontban a változók közötti összefüggések)

Erős korrelációkat találtunk a PedsQL érzelmi és iskolai skálái között ($r = 0,65, p < 0,00$), valamint a nyitottság és összetartozás változók között ($r = 0,63; p < 0,00$). Közepes korrelációkat figyeltünk meg az énefogatás

gadás és összetartozás között ($r = 0,42$; $p = 0,005$), az énefogatás és nyitottság között ($r = 0,41$; $p = 0,008$), a megértés és összetartozás között ($r = 0,49$; $p = 0,001$), a PedsQL érzelmi és társas skálája között ($r = 0,56$; $p < 0,00$), a PedsQL társas és iskolai skálája között ($r = 0,51$; $p = 0,001$), valamint a megértés és a PedsQL társas skálái között ($r = 0,42$; $p = 0,006$). Gyenge, de szignifikáns korrelációkat figyeltünk meg az énefogatást és megértést szűrő tételek ($r = 0,36$; $p = 0,020$), a megértést és nyitottságot mérő tételek ($r = 0,39$; $p = 0,011$), valamint az énefogatás és érzelmi jóllét ($r = 0,31$; $p = 0,47$), a megértés és érzelmi jóllét között ($r = 0,32$; $p = 0,037$)

és a megértés és az iskolai jóllét között ($r = 0,34$; $p = 0,028$). Valamint ugyancsak gyenge, de szignifikáns negatív korrelációkat találtunk a második adatfelvétel során a kor és a PedsQL iskolai skálája között ($r = - 0,34$; $p = 0,018$).

Előtte és utána önmagukkal

Egyazon skála tábor előtti (T1) és utáni (T2) értékei között Spearman korrelációkat mértünk. A PedsQL alszkálái, valamint az énefogatás, a megértés, a nyitottság és az összetartozás tételek önmagukkal való korrelációit a 4. és az 5. táblázat szemlélteti.

4. táblázat: Korrelációs együtthatók a PedsQL érzelmi, társas és iskolai jóllét alszkáláinak program előtti (T1) és program utáni (T2) értékei között

Skála	korrelációs együtthatók
Érzelem (T1) és érzelem (T2) skála	$r = 0,78$ ($p < 0,001$)***
Iskolai (T1) és iskolai (T2) skála	$r = 0,75$ ($p < 0,001$)***
Társas (T1) és társas (T2) skála	$r = 0,71$ ($p < 0,001$)***

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

5. táblázat: Korrelációs együtthatók az énefogatás, megértés, nyitottság és összetartozás tételek program előtti (T1) és program utáni (T2) értékei között

Változók	korrelációs együtthatók
Énefogatás (T1) és Énefogatás (T2)	$r = 0,36$ ($p = 0,009$)**
Megértés (T1) és megértés (T2)	$r = 0,32$ ($p = 0,020$)*
Nyitottság (T1) és nyitottság (T2)	$r = 0,38$ ($p = 0,007$)**
Összetartozás (T1) és összetartozás (T2)	$r = 0,01$ ($p = 0,946$)

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Az összetartozással kapcsolatos kérdésre („Megélem az összetartozást”) program előtt (T1) és program után (T2) adott válaszok között nem mutatható ki korreláció, míg a másik három tételnél gyenge korrelációkat figyeltünk meg.

A programot megelőző és a program utáni korrelációk megváltozása

Az énefogatás érzése, a megértés és az összetartozás érzése gyenge korrelációkat mutattak egymással a program előtti adatfelvételben, mely összefüggések jelentősen

erősödtek minden esetben a második adatfelvétel során. Emellett a program utáni adatokon a nyitottsággal való összefüggé-

se is megerősödött ezeknek a változóknak. A korrelációs együtthatók értékeit a 6. táblázat mutatja.

6. táblázat: Korrelációs együtthatók az énefogadás, megértés, nyitottság és összetartozás változók között

Változók	Program előtti (T1) adatok	Program utáni (T2) adatok
Énefogadás és megértés	$r = 0,34$ ($p = 0,026$)*	$r = 0,36$ ($p = 0,020$)*
Énefogadás és összetartozás	$r = 0,13$ ($p = 0,406$)	$r = 0,42$ ($p = 0,005$)**
Énefogadás és nyitottság	$r = 0,14$ ($p = 0,359$)	$r = 0,41$ ($p = 0,008$)**
Megértés és nyitottság	$r = 0,03$ ($p = 0,847$)	$r = 0,39$ ($p = 0,011$)*
Megértés és összetartozás	$r = 0,09$ ($p = 0,585$)	$r = 0,49$ ($p = 0,001$)***
Nyitottság és összetartozás	$r = 0,39$ ($p = 0,011$)*	$r = 0,63$ ($p < 0,001$)***

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

A PedsQL skála alszkáláinak vizsgálatok az érzelmi, társas és iskolai jóllétben is az alszkálák közötti összefüggések erősödését figyeltük meg. A program utáni adatokon (T2) erősödött a korreláció az érzelmi és a társas jóllét, valamint az érzelmi és az

iskolai jóllét között a program előtti szinthez képest. A társas és iskolai jóllét a T1-ben megfigyelt korreláció közepesre gyengült a T2-re. A korrelációs együtthatókat a 7. táblázatban ismertetjük.

7. táblázat: Korrelációs együtthatók a PedsQL érzelmi, társas és iskolai jóllét alszkálái között (ahol szignifikáns kapcsolat mutatható ki)

	Program előtti (T1) adatok	Program utáni (T2) adatok
Érzelmi és társas skála	$r = 0,53$ ($p < 0,001$)***	$r = 0,56$ ($p < 0,001$)***
Érzelmi és iskolai skála	$r = 0,49$ ($p = 0,001$)***	$r = 0,65$ ($p < 0,001$)***
Társas és iskolai skála	$r = 0,62$ ($p < 0,001$)***	$r = 0,51$ ($p = 0,001$)***

*** $p \leq 0,001$

Jobb iskolai jóllét mutatható ki azoknál a gyermekeknél, akik jobban el tudják fogadni önmagukat és úgy érzik, a társaik megértik őket ($r = 0,34$; $p = 0,028$). Szignifikáns pozitív kapcsolatot találtunk a program előtti iskolai jóllét és énefogadás ($r = 0,30$; $p = 0,05$) között. Valamint azonos szintű összefüggést találtunk a tábor előtti ($r = 0,38$; $p = 0,014$) és tábor utáni ($r = 0,34$; $p = 0,028$) megértés és az iskolai jóllét között.

Énhatékonyság összefüggései a vizsgált változókkal és skálákkal

Az énhatékonyság nem korrelált egyik skálával és tétellel sem a program előtti eredmények között, azonban a program utáni adatfelvétel elemzésekor gyenge korrelációt találtunk az énefogadással ($r = 0,32$; $p = 0,037$) és a nyitottsággal ($r = 0,39$; $p =$

0,010), valamint közepes korrelációt figyeltünk meg a megértéssel ($r = 0,54$; $p < 0,000$).

Az intervenció előtti és utáni eredmények közötti különbségek vizsgálata

A korrelációk vizsgálata után az ordinális változóinkra tekintettel Wilcoxon próbát végeztünk. Habár mind az énefogadás, mind pedig az összetartozás érzés növekedést mutatott a program utáni pontszámokban a program előttihez hasonlóan, ez a különbség nem bizonyult szignifikánsnak egyik esetben sem (énefogadás: $Z = -0,06$; $p = 0,955$, összetartozás érzés: $Z = -1,61$; $p = 0,107$).

Az énhatékonyságot vizsgálva teljes mintán nem találtunk szignifikáns eltérést a Wilcoxon próba elvégzése során a két adatfelvétel között ($Z = -1,566$ $p = 0,117$). A program előtti és utáni adatfelvétel jóllét pontszámai között a Wilcoxon-teszt elemzése során nem találtunk szignifikáns különbséget, habár pozitív változás figyelhető meg az érzelmi ($Z = -0,44$; $p = 0,662$) és társas skálakon ($Z = -1,02$; $p = 0,307$).

A teljes mintán alkalmazott elemzések után osztályonkénti elemzéseket is végeztünk, melyet az életkori különbségek miatt indokoltnak tartottunk. Osztályonként vizsgálva szignifikáns különbséget találtunk a program előtti (T1) és program utáni (T2) énhatékonyságban ($Z = -2,93$; $p = 0,003$), a második mérési ponton (T2) jobb énhatékonysággal rendelkeztek a negyedik osztályban, valamint szignifikáns javulás mutatkozott ugyanebben az osztályban a társas jóllétben ($Z = -1,93$; $p = 0,053$). Szignifikáns különbséget találtunk az iskolai jóllétben ($Z = -2,09$; $p = 0,037$), második mérési ponton (T2) rosszabb iskolai jólléttel a 7. osztályosoknál.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az alábbiakban a kapott eredményeinket a bevezetésben bemutatott kutatási kérdéseink mentén tárgyaljuk, összevetve a kérdéskört korábban kutatók eredményeivel.

A korrelációs eredményeinkkel kimutatható, hogy a pozitív élmények közötti összefüggés erősebb volt a második mérési ponton, a program után. Ha a személy jól érzi magát, akkor a közösségtől is több jó visszajelzést kap, ezáltal pedig úgy érzi, hogy az őt körülvevő világ is megérti őt. Emellett a vizsgálatunkban résztvevő gyermekeknél azt figyeltük meg, hogy aki úgy érzi, jobban megértik őt a társai, annak jobb a társas és iskolai életminősége (program előtt és program után is). Mivel a program egyik fő célja a gyermekek közötti kommunikáció fejlesztése, valamint az egymás elfogadására való nevelés, így ez az eredmény pozitív visszajelzésül szolgálhat a programtartóknak, hogy a megértés és megértettség érzése erősen hozzájárul a gyermekek jóllétéhez.

A PedsQL kérdőív alskáláinak vizsgálata során az érzelmi, társas és iskolai jóllétben is az alskálák közötti összefüggések erősödését figyeltük meg. A program utáni adatokon (T2) erősödött a korreláció az érzelmi és a társas jóllét, valamint az érzelmi és az iskolai jóllét között a program előtti szinthez képest. A társas és iskolai jóllét a T1-ben megfigyelt korreláció közepesre gyengült a T2-re. Korábbi kutatásaiban Varni és munkatársai (2007) azt találták, hogy a beteg gyermekek és szüleik szignifikánsan alacsonyabb életminőségről számolnak be mindhárom alskálán, mint az egészséges gyermekek és szüleik (Varni et al., 2007). Hasonló eredményt találtak bélbetegséggel élő gyermekek vizsgálatakor is, ahol a bélbetegséggel élők pontszámai alacsonyabbak voltak a PedsQL

iskolai és társas alskáláján, mint a más krónikus betegséggel élő társaiknál is, valamint az összes alskálán rosszabb életminőségről számoltak be az egészséges társaiknál (Wong et al., 2022). Jelen vizsgálatunk során a PedsQL mérőeszköz alskáláinak elemzése során a fókuszot inkább a program előtti és utáni állapot közötti különbségre helyeztük. A program egyik célja, hogy felhívja a gyermekek figyelmét a vágyott jövőre és arra a pozitív állapotra, hogy milyen az, amikor egy közösség jól működik. A program során tudatosan figyelnek egymásra, középpontba kerülnek az erőforrásaik és megtapasztalják az együttműködésből fakadó közösség erejét. A program előtti és utáni adatok összehasonlításakor nem találtunk szignifikáns különbséget a teljes mintán a két adatfelvétel között, azonban az osztályonkénti elemzés során a negyedik osztálynál szignifikáns javulás mutatkozott a társas jóllétben. Feltételezésünk szerint ez lehet a programok során átélt pozitív megerősítések hozadéka, melyet a további vizsgálatok során mindenképp érdemes lesz elemeznünk. Azonban a pillanatnyi pozitív megerősítések mellett a gyermekek tudatosabbá is válnak és a második adatfelvételkor már jobban értik és látják milyen is a vágyott jövő. Az iskolai jóllét szignifikáns csökkenését a 7. osztályos tanulóknál (T1-ről T2-re) ennek a fajta szemléletváltásnak tulajdoníthatjuk, hiszen a programnak köszönhetően más lesz a viszonyítási pont. A foglalkozások következtében a gyermekek megértik, hogyan lehetne tovább javítani azt, amit korábban jónak, elfogadottnak tartottak. Ezt a nagyobb mintás adatfelvétel során a későbbiekben mindenképp vizsgálni fogjuk.

Az énhatékonyság erősítése javíthatja a krónikus betegséggel élők betegségének kimenetelét és a betegek életminőségét (Wu et al., 2016) ezért az utóbbi években

több intervenciós program is irányult a betegséggel élők énhatékonyságának fejlesztésére. Farley (2020) öt területet azonosított, melyeket az egészségügy területén alkalmaztak a krónikus betegséggel élők énhatékonyságának erősítésére. Ezek az (1) önmenedzsment (self-management) programok, (2) a távegészségügy, (3) a mobil alkalmazások, (4) a játékosítás és (5) a közösségi média. Ezek közül leggyakoribbak a önmenedzsment programok, melyek célja, hogy a betegek napi szinten időt és energiát fordítsanak a saját gyógyulásukra és a betegségükkel összefüggő folyamatokra (Grady & Gough, 2014), ezáltal képessé váljanak kezelni mindezt és együtt tudjanak élni vele. Ezekhez a programokhoz kapcsolhatjuk bizonyos szinten a vizsgálatunkban szereplő intervenciós programot is, hiszen a programtartók célja, hogy felhívják a gyermekek figyelmét a saját és társaik erősegeire (a betegségtől függetlenül), és hogy megerősítsék a közöttük lévő pozitív kapcsolatot a kommunikáció erősítésével. Ezáltal mind az egészséges, mind a beteg gyermekek hatékonyabban kommunikálhatnak egymással, könnyebben mernek segítséget kérni egymástól és megerősítést kapnak a társaiktól a saját kompetenciájukban. Kutatásunk során a program utáni énhatékonyság elemzésekor korrelációt találtunk az énelfogadással ($r = 0,32$ $p = 0,037$), a nyitottsággal ($r = 0,39$ $p = 0,010$) és a megértéssel ($r = 0,54$ $p < 0,001$), valamint a program erősen hat a társas faktorra. A programban mindenki teret kapott arra, hogy elmondja az érzéseit és véleményét, így a megosztások során javulhatott a megértettség érzése. A korrelációkat úgy is értelmezhetjük, hogy akiknek javult az énhatékonyság érzésük, azoknak javult a megértettség érzése is, így ők többet profitáltak a programból.

Az énhatékonyságot fejlesztő programok hatásának hosszú távú fennmaradásával

kapcsolatban nem egyértelmű a szakirodalom. A diabéteszes mintán végzett kutatások rövid távon (1-6 hónap) hatékonynak bizonyultak (Young et al., 2020; Zheng et al., 2020), azonban a 9. hónapban már nem volt tapasztalható javulás (Young et al., 2020). Habár a kutatásunkban teljes mintán nem találtunk szignifikáns eltérést a Wilcoxon próba elvégzése során a két adatfelvétel között, a negyedik osztályban szignifikáns javulás mutatkozott ($Z = -2,926$; $p = 0,003$). A kis mintán alkalmazott intervenció program a gyermekek éhatékonyságának növelésében biztató eredményeket mutatott, ezért a program folyamatos fejlesztése mellett a hatékonyság mérése a továbbiakban is fontos információkkal szolgálhat. A program folytatásaként a továbbiakban a minta-elemszám növekedését követően mindenképpen érdemes megismételni a mérést.

Habár korábbi kutatások bizonyították, hogy a jobb éhatékonyság együtt jár egy jobb életminőséggel (Wu et al., 2016), vizsgálatunkban az éhatékonyság nem korrelált a jóllét egyik skálájával sem, valamint a kiegészítő tételekkel sem találtunk összefüggést a program előtti eredmények között.

Három kérdéscsoportot azonosítottunk, amelyekre a kutatás további fázisaiban érdemes fókuszot helyezni. Ezek a gyermekek önmagukról alkotott képe, az osztályközösség megerősödésének mérése, valamint a nemi különbségek vizsgálata. A kutatásunkban nem vizsgáltunk olyan külső tényezőket, mint az iskola, az osztályok vagy az osztályfőnökök sajátosságai, melyekre érdemes lehet a hosszú távú kutatás során figyelmet fordítanunk, így a további adatfelvételeket kiegészítjük ezekkel a kérdésekkel.

Korábbi vastag- és végbéldaganatos betegek körében végzett vizsgálatok azt mutatták, hogy szignifikáns különbség van

a betegségelfogadás tekintetében a férfiak és a nők között, a férfiak körében mért magasabb pontszámmal, azonban nem figyelhető meg különbség a betegek életminőségében a vizsgált felnőtt populációban (Szpilewska et al., 2018). Kutatásunk folytatásaként nagyobb mintaelemszámmal mindenképpen hangsúlyt fektetünk a gyermekek önmagukról alkotott képének változására mind teljes mintán, mind nemenként is. A kis mintás adatfelvételünkben előzetesen olyan adatokat figyelhettünk meg, miszerint a magasabb korhoz alacsonyabb énefogadás társul. A mintában résztvevő gyermekek korát tekintve ez magyarázható lehet a tinédzserkorba való belépéssel és az ehhez tartozó életciklusbeli nehézségekkel, így ezzel érdemes foglalkoznia kutatás folytatása során. A krónikus beteg gyermekek esetén az önmagukról kialakult kép egy fontos tényezője a betegségelfogadás, melyet az alacsony mintaelemszám miatt a jelenlegi adatfelvételben nem teszteltünk, azonban a kutatás következő szakaszaiban mindenképpen vizsgálni tervezünk.

Az énefogadás változó mutatta a legerősebb összefüggést a program előtti és utáni értékek között. Az előtte állapot nagymértékben befolyásolja azt, hogy milyen lesz az énefogadása a program után, azaz, hogy tud-e javulni, és ha igen, milyen mértékben. A gyermekek intervenció utáni énefogadása erőteljes függvénye az intervenció előtti állapotaiknak.

Az énefogadás érzése, a megértés és az összetartozás érzése gyenge korrelációkat mutattak egymással a program előtti adatfelvételben, mely összefüggések minden esetben jelentősen erősödtek a második adatfelvétel során. Az eredményeink alapján azt feltételezzük, hogy az énefogadás változása, az összetartozás változására is hat, így

ezek a tényezők a program hatására összefüggésbe kerültek.

Emellett a program utáni adatokon a nyitottsággal való összefüggése is megerősödött ezeknek a változóknak. Azt feltételezhetjük, hogy a program hatása jobban érvényesül azoknál a gyermekeknél, akik nyitottabbnak vallják magukat.

A pozitív összefüggések szinte minden változó esetében megerősödtek. A korrelációs eredményeink azt mutatták, hogy az összetartozással kapcsolatos kérdésre („Megélem az összetartozást”) program előtt (T1) és program után (T2) adott válaszok között nincs összefüggés. Ez arra enged következtetni, hogy a program az összetartozás érzéssel kapcsolatos gondolatokra volt a kutatás során a legnagyobb hatással, hiszen az intervenció előttihez képest ez mutatta a legjelentősebb változást (a 45 résztvevőből 21 főnek nőtt a pontszáma). Habár nem találtunk szignifikáns hatást a két időpontban történt felvétel között, kijelenthető, hogy a program jelentős mértékben - és a különböző gyerekeknél eltérő mértékben - tudott változtatni ezen a változón.

Korábbi kutatások kimutatták, hogy a lányok önreflexívebbek, jobban ki tudják fejezni érzelmeiket és könnyebben vallják be, ha kellemetlenül vagy rosszul érzik magukat (McTaggart et al., 2022). Russell és munkatársai (2016) azt találták, hogy a szülők kevesebb szociális és érzelmi problémáról számolnak be óvodás és kisiskolás korban lányoknál, a tanári értékelések azonban ennek éppen az ellenkezőjét mutatták (Russell et al., 2016). Ebből adódóan a nagyobb mintás adatfelvétel során érdemes vizsgálnunk, hogy melyik nem tagjai számolnak be több negatív érzelméről, valamint, hogy ebben találunk-e különbséget a korosztályok között. Sok kutató kiemeli, hogy a fiúk és a lányok egyaránt kompe-

tensek az érzelmeik kifejezésében, azonban a szociális kompetencia általában fejlettebb a lányoknál, mint a fiúknál a korai években (Denham, 2006; Thayer, 2012; Vahedi et al., 2012). Feltételezhetjük, hogy a lányok között gyakrabban előfordul negatív érzelmeik kifejezése a fejlettebb szociális érzéküknek, az őket körülvevő világ erőteljesebb monitorozásának hatása. Emellett iskolai mentális egészséget célzó intervenciók programokat vizsgálva, összességében azt találták, hogy ezeknek a programoknak a pozitív hatásait túlnyomórészt lányoknál lehet kimutatni, míg a fiúkra tett hatásuk korlátozottabb (Berger et al., 2022). Ezeket a korábbi hipotéziseket a nemi különbségre alapozva a nagyobb mintás adatfelvétel során mi is vizsgálni szeretnénk.

Habár mind a PedsQL, mind pedig az Énhatékonyság skáláknak a gyermek változatát alkalmaztuk, fontos figyelembe venni, hogy gyermekekkel történt az adatfelvétel, így előfordulhattak olvasási nehézségből és értelmezésből adódó hibák. A gyermekek a teszteket osztályfőnöki óra keretein belül tanári jelenléttel töltötték ki. A tanári instrukciókban szerepelt, hogy segíthetnek a gyermekeknek az értelmezésben, de kértük, hogy a tényleges válaszadást ne befolyásolják. Az adatfelvételünk eredményeinek áttekintése, valamint a tanári visszajelzések alapján úgy véljük, hogy a gyermekek megértették a kérdéseket és a kitöltés nem jelentett problémát számukra. Eredményeink értelmezésekor azonban nem zárhatóak ki a mérési hibák. Az adatok azt mutatták, hogy a második adatfelvételkor jobban összefüggenek az eredményeink, melyet okozhatta a kérdések második felvételekor felmerülő ismerősségi hatás, valamint az, hogy az életminőség, az énhatékonyság és az énefogadás már önmagukban is összefüggő konstruktumok. Emellett, bár kértünk erre vonatkozó információt

az osztályfőnököktől és nem jeleztek vissza semmi kiemelkedőt, nem tudhatjuk pontosan, hogy történt-e olyan hatás a két program között eltelt időben, ami a programnál jobban magyarázza az eredményeket. A továbbiakban érdemes a kutatásunkban külső/kontextuális tényezőkkel is mélyrehatóbban foglalkoznunk, mint például az iskola vagy az osztály sajátosságai.

A kutatás során összesen 45 fős mintán vizsgáltuk az intervenciós program hatását, amelyet mindenképpen egy korlátként szükséges kezelnünk. A további adatfeltételekkel, melyek a következő években megvalósulnak, törekszünk az elemszám növelésére, valamint a kontroll csoportok bevezetésére. Az éneklést, megértést, nyitottságot, betegség elfogadást, valamint az összetartozás megélését külön-külön tételekkel mértük, melyek nem egy standardizált skála elemei voltak, így főképp a tájékozódást szolgálták.

A kutatásunk mintaelemszámának növelése után mindenképpen szeretnénk figyelmet fordítani az egészséges és beteg gyermekek eredményei közötti összehasonlításra, melyre jelen kutatás során még nem volt lehetőségünk.

ÖSSZEFOGLALÁS

Összességében tanulmányunkban a kortárs kapcsolatok és a társas támogatás fontosságát vizsgáltuk az életminőséggel összefüggésben, mely kutatási és gyakorlati jelentőséggel is bír. A kutatás során 4 kutatási kérdésre kerestük a választ. Elsőként arra, hogy vannak-e összefüggések a program előtti (T1) adatfelvétel, valamint a program utáni (T2) adatfelvétel során mért pszichoszociális változók között. A korrelációs vizsgálatok azt mutatták, hogy amelyik

gyerekek úgy érzik, hogy a társaik megértik őket, összességében jobb a társas és iskolai életminőségük, és fordítva is: jobb társas vagy iskolai jóllét magasabb megértéssel jártak együtt (program előtt és program után is). Ezek összefüggő konstruktumok, az intervenció utáni erősebb összefüggések mégis pozitív visszajelzésül szolgálhatnak a programtartóknak arra vonatkozóan, hogy a megértés és megértettség érzésének erősítésével segíthetjük a gyermekek jóllétének emelkedését.

A kutatásunk második kérdésköre az volt, hogy létrejön-e kimutatható változás az érzelmi, társas és iskolai jóllétben. A program előtti és utáni adatok összehasonlításakor nem találtunk szignifikáns különbséget a teljes mintán a két adatfelvétel között, azonban szignifikáns javulást figyeltünk meg a társas jóllétben a negyedik osztálynál, valamint szignifikáns csökkenést iskolai jóllétben a hetedik osztálynál. Emellett kimutatható volt az összefüggések erősödése az érzelmi, társas és iskolai jóllétben is az alsókálák közötti korrelációk vizsgálatakor.

A kutatásunk harmadik fókuszpontja az énhatékonyság volt, és arra kerestük a választ, hogy lehetséges-e ilyen rövid programmal mérhetően segíteni a beteg és egészséges gyermekek énhatékonyságát. Eredményeink azt mutatták, hogy bár a vizsgálatunk során a teljes mintán nem találtunk szignifikáns eltérést a program előtti és utáni értékek között, a negyedik osztályban szignifikáns javulás mutatkozott ($p=0,003$). A program utáni énhatékonyság korrelált az énekléssel ($r=0,322$ $p=0,037$), a nyitottsággal ($r=0,391$ $p=0,010$) és a megértéssel ($r=0,543$ $p<0,000$).

Végül a negyedik kutatási kérdésünkben arra kerestük a választ, hogy mely tényezőkben figyelhetünk meg válto-

zást, és mire érdemes a további kutatás során kiemelt figyelmet fordítanunk. A kis mintán végzett kutatásunk legfőbb jelentősége abban rejlik, hogy kimutathatóvá vált, hogy a rövid iskolai intervenció program hozzájárul a pozitív élmények összekapcsolásához és segíti a gyermekeket abban a felismerésben, hogy milyen fontos hatással vannak egymásra. A korrelációs vizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy a gyermekek élnifogadása erőteljesen függött a program előtti állapotaiktól. A program előtti élnifogadás érzés, megértés és összetartozás érzés közötti gyenge korrelációk jelentősen erősödtek a második adatfelvétel során. A kommunikáció fejlesztése támogatja a gyermekek közötti megértés és elfogadás kialakulását, mely elősegíti a társas és az iskolai jóllét emelkedését. Jelen kutatásunkban nem hasonlítottuk össze az egészséges és beteg gyermekek eredmé-

nyeit az alacsony mintaelemszám miatti torzítások elkerülése végett, de a hosszabbtávú kutatásokban mindenképpen tervezünk foglalkozni ezzel a témakörrel is.

Feltételezésünk az volt, hogy a vizsgálatba bevont intervenció program az összetartozás érzéssel kapcsolatos gondolatokra gyakorolja az egyik legnagyobb hatást, melyet az eredményeink részben meg is erősítettek. Habár nem találtunk szignifikáns különbségeket a két időpontban történt felvétel között a résztvevők majdnem felének növekedett az összetartozást mérő pontszáma.

Végezetül pedig fontos kiemelnünk, hogy elemzésünk során egy kialakulóban lévő programot vizsgáltunk kvantitatív módszerrel, így az eredményeket nemcsak a program hatásának mérésére használtuk, hanem a visszajelzések a program továbbfejlesztésében is segítségünkre lehetnek.

SUMMARY

THE IMPACT OF A SOLUTION-FOCUSED SCHOOL INTERVENTION PROGRAM ON PSYCHOSOCIAL SKILLS OF CHRONICALLY ILL AND HEALTHY CHILDREN

Background and aims: The school-based intervention program is based on therapeutic recreation and solution focused therapy, strives to help the (re-)integration process of children living with serious illnesses back to their school environment, creating an inclusive surrounding where they feel safe and understood.

Methods: In the research, we measured the impact of the intervention program on psychosocial skills such as quality of life, self-efficacy, self-acceptance, and illness acceptance. Three school classes ($N = 54$) participated in the 2x90-minutes intervention. Participants were 9-15 years old and there was at least 1 child in each class who lives with a serious illness. The research is a follow-up study with two measuring points (before and 2 weeks after the intervention), which included the pediatric version of PedsQL, self-efficacy scale and 5-items about illness acceptance.

Results: There was no significant difference between the values of emotional, social, and school well-being and self-acceptance indicators before and after the intervention (measured

with Wilcoxon test) on the whole sample. However, the correlations between the variables and scales strengthened from the pre-program to the post-program state. When examined by class, one of the fourth-grade classes ($N = 15$) showed a significant improvement in social well-being ($p = 0.053$) and self-efficacy ($p = 0.003$). In a seventh-grade class ($N = 17$) we found a significant decrease in the value of school well-being ($p = 0.037$) after the interventions.

Discussion: The small sample intervention program has shown promising results in increasing children's self-efficacy, but further research in this area using a larger sample is required.

Keywords: School-based intervention, self-efficacy, quality of life, self-acceptance

IRODALOM

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Békési, A., Török, S., Kökönyei, G., Bokrétás, I., Szentes, A., & Telepóczki, G. (2011). Health-related quality of life changes of children and adolescents with chronic disease after participation in therapeutic recreation camping program. *Health and quality of life outcomes*, 9, 43. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-43>
- Berg, I. K., & Sándor, B. (2007). *Konzultáció sokproblémás családokkal*. Animula Kiadó.
- Berger, E., Reupert, A., Allen, K. A., & Campbell, T. C. H. (2022). A systematic review of the long-term benefits of school mental health and wellbeing interventions for students in Australia. *Frontiers in Education*, 7, Article 986391. <https://doi.org/10.3389/educ.2022.986391>
- Berkes, A., Kiss, M., Kemény, C., & Mogyorósy, G. (2008). Hungarian validation of the Cardiac Module of the Pediatric Quality of Life Inventory™. *Orvosi Hetilap*, 149(48), 2261-2268. <https://doi.org/10.1556/oh.2008.28322>
- Bóta, M., & Máth, J. (2000). Pozitívabb-e a kiemelkedő képességű tanulók énképe? *Alkalmazott Pszichológia*, 2(4), 15–29.
- Bowman, S., McKinstry, C., & McGorry, P. (2017). Youth mental ill health and secondary school completion in Australia: time to act. *Early intervention in psychiatry*, 11(4), 277-289. <https://doi.org/10.1111/eip.12357>
- Cepukiene, V., & Pakrosnis, R. (2011). The outcome of Solution-Focused Brief Therapy among foster care adolescents: The changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. *Children and Youth Services Review*, 33(6), 791-797. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.11.027>
- Chirico, A., Lucidi, F., Merluzzi, T., Alivernini, F., Laurentiis, M., Botti, G., & Giordano, A. (2017). A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. *Oncotarget*, 8(22), 36800-36811. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.15758>

- Chiu, A. T. G., Wong, S. S. N., Wong, N. W. T., Wong, W. H. S., Tso, W. W. Y., & Fung, C. W. (2022). Quality of life and symptom burden in children with neurodegenerative diseases: using PedsQL and SProND, a new symptom-based scale. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 17(1), Article 334. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02485-5>
- Clark, C. D. (2003). *In sickness and in play: children coping with chronic illness*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Corathers, S. D., Mara, C. A., Chundi, P. K., & Kichler, J. C. (2017). Psychosocial Patient-Reported Outcomes in Pediatric and Adolescent Diabetes: a Review and Case Example. *Current Diabetes Reports*, 17(7), 45. <https://doi.org/10.1007/s11892-017-0872-5>
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E. V. E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief Therapy: Focused Solution Development. *Family Process*, 25(2), 207-221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x>
- DeJong, P., & Berg, I. K. (2008). *Interviewing for Solutions* (3rd ed). Thomson Higher Education, C.A.
- Denham, S. A. (2006). Social-Emotional Competence as Support for School Readiness: What Is It and How Do We Assess It? *Early Education and Development* 17(1):57-89. https://doi.org/10.1207/s15566935eed1701_4
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10(4), 347-357. <https://doi.org/10.1023/a:1012253723272>
- Endre, L., Láng, S., Vámos, A., Bobvos, J., Páldy, A., Farkas, I., Collinsné Horváth, Z., & Varró, M. J. (2007). Increase in prevalence of childhood asthma in Budapest between 1995 and 2003: is there a connection with the air pollution data or the total pollen count?. *Orvosi Hetilap*, 148(5), 211-216. <https://doi.org/10.1556/OH.2007.27900>
- Farley, H. (2020). Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. *Nursing open*, 7(1), 30-41. <https://doi.org/10.1002/nop2.382>
- Fearrington, J. Y., McCallum, R. S., & Skinner, C. H. (2011). Increasing Math Assignment Completion Using Solution-Focused Brief Counseling. *Education & Treatment of Children*, 34(1), 61-80. <https://doi.org/10.1353/etc.2011.0005>
- Franklin, C., & Hai, A. H. (2021). Solution-Focused Brief Therapy for Substance Use: A Review of the Literature. *Health & Social Work*, 46(2), 103-114. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlab002>
- Franklin, C., Trepper, T. S., Gingerich, W. J., & McCollum, E. E. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Oxford University Press.
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies. *Research on social work practice*, 23(3), 266-283. <https://doi.org/10.1177/1049731512470859>
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *American journal of public health*, 104(8), e25-31. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302041>

- Green, F., Brown, C., Gordon, E., & Martin, D. (2018). Therapeutic Recreation in the Public Schools: A Community Partnership. *Prog Community Health Partnersh*, *12*(1s), 129-137. <https://doi.org/10.1353/cpr.2018.0028>
- Halfon, N., & Newacheck, P. W. (2010). Evolving Notions of Childhood Chronic Illness. *JAMA*, *303*(7), 665-666. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.130>
- Hamlett, K. W., Pellegrini, D. S., & Katz, K. S. (1992). Childhood Chronic Illness as a Family Stressor. *Journal of Pediatric Psychology*, *17*(1), 33-47. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/17.1.33>
- Hoffman, A. J., von Eye, A., Gift, A. G., Given, B. A., Given, C. W., & Rothert, M. (2009). Testing a theoretical model of perceived self-efficacy for cancer-related fatigue self-management and optimal physical functional status. *Nursing Research*, *58*(1), 32-41. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181903d7b>
- Hunleth, J. M., Spray, J. S., Meehan, C., Lang, C. W., & Njelesani, J. (2022). What is the state of children's participation in qualitative research on health interventions?: a scoping study. *BMC Pediatrics*, *22*(1), 328. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03391-2>
- Kitsantas, P., Kornides, M. L., Cantiello, J., & Wu, H. (2013). Chronic physical health conditions among children of different racial/ethnic backgrounds. *Public Health*, *127*(6), 546-553. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.02.006>
- Kopp, M., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1993). Hungarian Questionnaire in Psychometric Scales for Cross-Cultural Self-Efficacy Research. *Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin*.
- Liu, X., Zhang, Y. P., Franklin, C., Qu, Y., Chen, H., & Kim, J. S. (2015). The practice of solution-focused brief therapy in mainland China. *Health & Social Work*, *40*(2), 84-90. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv013>
- Marques, A., Demetriou, Y., Tesler, R., Gouveia, É. R., Peralta, M., & Matos, M. G. d. (2019). Healthy Lifestyle in Children and Adolescents and Its Association with Subjective Health Complaints: Findings from 37 Countries and Regions from the HBSC Study. *International journal of environmental research and public health*, *16*(18), 3292. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183292>
- McTaggart, V., McGill, R., & Stephens, S. (2022). Gender differences in the development of children's social and emotional competencies during the pre-school year. *Early Child Development and Care*, *192*(12), 1952-1966. <https://doi.org/10.1080/03004430.2021.1957859>
- Meltzer, L. J., Graham, D. M., Leija, S., Booster, G. D., Carroll, T., Seeger, B., & Bledsoe, M. (2018). Benefits of disease-specific summer camps: Results from quantitative and qualitative studies at Roundup River Ranch. *Children and Youth Services Review*, *89*, 272-280. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.046>
- Menesini, E., & Salmivalli, C. (2017). Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. *Psychology, Health & Medicine*, *22*(sup1), 240-253. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1279740>
- Merluzzi, T. V., Nairn, R. C., Hegde, K., Martinez Sanchez, M. A., & Dunn, L. (2001). Self-efficacy for coping with cancer: revision of the Cancer Behavior Inventory (version 2.0).

- Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(3), 206-217. <https://doi.org/10.1002/pon.511>
- Mickley, K. L., Burkhart, P. V., & Sigler, A. N. (2013). Promoting normal development and self-efficacy in school-age children managing chronic conditions. *Nursing Clinics*, 48(2), 319-328. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2013.01.009>
- Moody, K., Meyer, M., Mancuso, C. A., Charlson, M., & Robbins, L. (2006). Exploring concerns of children with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 14(9), 960-966. <https://doi.org/10.1007/s00520-006-0024-y>
- Németh, Á., & Várnai, D. (2019). *Kamaszélelmód Magyarországon [Adolescents' lifestyle in Hungary, International research Health Behaviour of School Aged Children in cooperation with World Health Organisation]*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Neville, A. R., Moothathamby, N., Naganathan, M., Huynh, E., & Moola, F. J. (2019). „A place to call our own”: The impact of camp experiences on the psychosocial wellbeing of children and youth affected by cancer - A narrative review. *Complementary therapies in clinical practice*, 36, 18-28. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.04.007>
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- Papp, Z., K. (2021). Krónikus beteg gyermeket nevelő családok pszichoszociális intervenciójáról – terápiás rekreációs táborok. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. 20(2), 21-27. <https://doi.org/doi: 10.53020/IME-2021-204>
- Papp, Z., K., Somogyi, B., Török, S., & Wilson, C. (2021). Health Acceptance through Camp: Qualitative Data from a Central-European Therapeutic Recreational Based Camp for Seriously Ill Children. *European Journal of Mental Health*, 16(2), 120-145. <https://doi.org/https://doi.org/10.5708/EJMH.16.2021.2.6>
- Papp, Z. K., Török, S., Szentés, A., Hosszú, D., & Kökönyei, G. (2022). Parent-child agreement on health-related quality of life: the role of perceived consequences of the child's chronic illness. *Psychology & Health*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2057496>
- Pólya, B., & Martos, T. (2012). Miért jó önkéntes munkát vállalni? Az önkéntesség és az élettel való elégedettség kapcsolata öndetermináció-elméleti megközelítésben. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 13(3), 255—271. <https://doi.org/DOI: 10.1556/Mental.13.2012.3.1>
- Pyngottu, A., Werner, H., Lehmann, P., & Balmer, C. (2018). Health-Related Quality of Life and Psychological Adjustment of Children and Adolescents with Pacemakers and Implantable Cardioverter Defibrillators: A Systematic Review. *Pediatric Cardiology*, 40(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s00246-018-2038-x>
- Roddenberry, A., & Renk, K. (2010). Locus of Control and Self-Efficacy: Potential Mediators of Stress, Illness, and Utilization of Health Services in College Students. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(4), 353-370. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0173-6>
- Russell, C. G., Taki, S., Laws, R., Azadi, L., Campbell, K. J., Elliott, R., Lynch, J., Ball, K., Taylor, R., & Denney-Wilson, E. (2016). Effects of parent and child behaviours on overweight and obesity in infants and young children from disadvantaged backgrounds: systematic review with narrative synthesis. *BMC Public Health*, 16, 151. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2801-y>

- Saito, M., Hiramoto, I., Yano, M., Watanabe, A., & Kodama, H. (2022). Influence of Self-Efficacy on Cancer-Related Fatigue and Health-Related Quality of Life in Young Survivors of Childhood Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), Article 1467. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031467>
- Schultz, K. A. P., Ness, K. K., Whitton, J., Recklitis, C., Zebrack, B., Robison, L. L., Zeltzer, L., & Mertens, A. C. (2007). Behavioral and Social Outcomes in Adolescent Survivors of Childhood Cancer: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of Clinical Oncology*, 25(24), 3649-3656. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.09.2486>
- Schumiczky, J., & Hosszú, D. (2018). Lélekmadár Tábor. A gyermeküket elvesztett családok veszteségének feldolgozását segítő komplex program bemutatása. *Thanatológia Szemle*, 2018/1.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin.
- Smock, S. A., Trepper, T. S., Wetchler, J. L., McCollum, E. E., Ray, R., & Pierce, K. (2008). Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. *J Marital Fam Ther*, 34(1), 107-120. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00056.x>
- Szpilewska, K., Juzwizsyn, J., Bolanowska, Z., Bolanowska, Z., Milan, M., Chabowski, M., & Janczak, D. (2018). Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stoma. *Pol Przegl Chir*, 90(1), 13-17. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0011.5954>
- Thayer, S. C. (2012). Early Social-Emotional Competence: Preschool and Kindergarten Predictors. *George Mason University ProQuest Dissertations Publishing*, 2012. 3547196.
- Tominey, S. L., Pietrzak, R., Southwick, S., & Mayes, L. C. (2017). More Than Just SeriousFun: The Impact of Camp on Resilience for Campers with Serious Illness 2014-2015 Report. *SeriousFun Children's Network*. https://seriousfun.org/wp-content/uploads/2018/12/2015-SeriousFun-Pre-Post-Report_2-7-2016.pdf.
- Török, S., Kökönyei, G., Károlyi, L., Ittész, A., & Tomcsányi, T. (2006). Outcome effectiveness of therapeutic recreation camping program for adolescents living with cancer and diabetes. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 445-447. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.018>
- Vahedi, S., Farrokhi, F., & Farajian, F. (2012). Social competence and behavior problems in preschool children. *Iranian journal of psychiatry*, 7(3), 126-134.
- Vargyas-Tóth, J. (2022). Hogyan építsünk osztályközösséget megoldásfókuszú megközelítéssel? A Bátor Tábor suliprogramjának módszere. *Katedra, Szlovákiai Magyar Pedagógusok és Szülők lapja*. http://katedra.sk/Folyoirat/29/10/29_10.pdf
- Varni, J. W., Limbers, C. A., & Burwinkle, T. M. (2007). Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: A comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, Article 43. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-43>
- Weitzman, C., Wegner, L., Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Council on Early Childhood, Society for Developmental and Behavioral Pediatrics, & American Academy of Pediatrics

- (2015). Promoting optimal development: screening for behavioral and emotional problems. *Pediatrics*, *135*(2), 384–395. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3716>
- Wilmshurst, L. A. (2002). Treatment programs for youth with emotional and behavioral disorders: an outcome study of two alternate approaches. *Mental Health Services Research*, *4*(2), 85-96. <https://doi.org/10.1023/a:1015200200316>
- Wong, M., Neam, V. C., Horslen, S. P., Faino, A., & Javid, P. J. (2022). Child self-reported quality of life in pediatric intestinal failure. *Journal of Pediatric Surgery*, *57*(9), 143-148. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2021.11.007>
- Wu, S. F., Hsieh, N. C., Lin, L. J., & Tsai, J. M. (2016). Prediction of self-care behaviour on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator. *Journal of Clinical Nursing*, *25*(17-18), 2609-2618. <https://doi.org/10.1111/jocn.13305>
- Young, H. M., Miyamoto, S., Dharmar, M., & Tang-Feldman, Y. (2020). Nurse Coaching and Mobile Health Compared With Usual Care to Improve Diabetes Self-Efficacy for Persons With Type 2 Diabetes: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth and Uhealth*, *8*(3), e16665. <https://doi.org/10.2196/16665>
- Zheng, X., Yu, H., Qiu, X., Chair, S. Y., Wong, E. M., & Wang, Q. (2020). The effects of a nurse-led lifestyle intervention program on cardiovascular risk, self-efficacy and health promoting behaviours among patients with metabolic syndrome: Randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *109*, 103638. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103638>