

HORVÁTH CINTIA – CSÁNYI TAMÁS – RÉVÉSZ LÁSZLÓ

Iskolai szintéren megvalósuló egészségfejlesztő célú intervenciók elemzése

ÖSSZEFOGLALÓ

A gyermekek, fiatalok körében megvalósuló egészségfejlesztő programok hatékonyságvizsgálata népszerű témának számít nemzetközi viszonylatban. Már néhány évtizeddel ezelőtt megállapította a WHO, hogy az iskola a legoptimálisabb hely a fiatalok egészségfejlesztéséhez. A nemzetközi gyakorlatban számos koncepció elterjedt az iskolai egészségfejlesztés területén. Kutatásunk célja, hogy megvizsgáljuk a nemzetközi szinten megvalósult iskolai egészségfejlesztési intervenciókat, valamint, hogy javaslatokat fogalmazzunk meg a hatékony elemek hazai iskolai egészségnevelés gyakorlatába történő beépítésére. Kutatásunk során olyan tanulmányokat vizsgáltunk, melyek nemzetközi iskolai egészségfejlesztő intervenciók hatékonyságvizsgálataival foglalkoznak. A tanulmányok kiválasztásakor alapul szolgált az *Egészségfejlesztés* folyóirat 2021-ig frissített oldalán található, „...az iskolai egészségfejlesztés területéről” című tematikus cikkválogatás, amely a folyóirat 2016–2020 között megjelent lapszámaiból, az iskolai egészségfejlesztés területén hasznosítható közleményeket tartalmazza. Az ajánlást felhasználva kerestük meg az eredeti közleményeket, mely alapján hét szaktanulmányt vizsgáltunk. Az elemzést követően megállapítottuk, hogy négy vizsgált intervenció nem hozott jelentős változást, míg három eredményessége kimutatható volt. Az eredménytelen intervenciók sikertelenségének okát abban látjuk, hogy az intervenciók ugyan szigorú módszertant alkalmaztak, ám nem voltak elég intenzívek, komplexek, nem vontak be annyi szektort, komponenst és szereplőt, amennyi szükséges lett volna a tanulók viselkedésváltozásának eléréséhez. A kimutatható eredményt elérő intervenciók sikerességét épp az segíti, hogy több komponensből és több szinten valósultak meg, továbbá hatékonyságuk kulcsfontosságú tényezője, hogy a tanulókra való fókuszáláson túl bevonták a programokba a szülőket és az iskolát, ideértve az iskolai személyzetet, a pedagógusokat és a vezetőket is. Az eredménytelen intervenciók megerősítették azt a tapasztalatot, hogy a hagyományosnak tekinthető (pedagógusra és családra fókuszáló) programok által nem lehet tartós pozitív változást elérni. Az eredményes intervenció programok a WHO által felsorolt alapértékek megvalósítását biztosító legfontosabb pilléreket figyelembe vették. Jelenleg Magyarországon jellemzően akcióprogramok keretein belül szervezik meg az iskolai egészségfejlesztést, így hazánkban törekedni kell a nemzetközi mintához hasonló, hosszabb időintervallumú, több szintű és komponensű nevelési megközelítésre.

Kulcsszavak: *iskolai egészségfejlesztés, egészségfejlesztő intervenció program, nemzetközi intervenció*

1. BEVEZETÉS

A gyermekek, fiatalok körében megvalósuló iskolai egészségfejlesztő programok egyre elterjedtebbek nemzetközi viszonylatban (*Nabors és mtsai, 2007; Lemstra és mtsai, 2009; Harris és mtsai, 2009; Cale és Harris, 2006; Danish és mtsai, 2002; Petitpas és mtsai, 2005*). Ezek a kezdeményezések rendkívül sokszínűek a célok meghatározását, a résztvevők szerepét és az alkalmazott módszereket illetően egyaránt, de a célcsoport vonatkozásában is. Mint ismert, a gyermekkorban kialakított megfelelő egészségmagatartás kulcsszerepet játszik a lakosság egészségének fenntartásában és javításában, ezért a köznevelési intézményekben történő egészségfejlesztési beavatkozások kiemelt szerepet kell, hogy kapjanak a népegészségügyi beavatkozások körében (*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2015*).

A szakirodalomban különféle szóhasználattal találkozunk, amikor az egészség javítását célzó tevékenységekről olvasunk. Alkalmazzák a különböző tudományterületek az *egészségvédelem, egészségfejlesztés és egészségnevelés* kifejezéseket is. Hazánkban, és így a magyar nyelvben az *egészségfejlesztés* és az *egészségnevelés*

értelmezése gyakran átfedésbe kerül (*Nagy és Barabás, 2011*). A két fogalom terminológiai meghatározása nehéz-

séget jelent, hiszen a neveléstudomány területén szinonimaként alkalmazzák azokat, míg más tudományterületen, illetve a nemzetközi nyelvhasználatban is elválik egymástól az egészségfejlesztés és egészségnevelés (Health Promotion; Health Education). Megállapítható tehát, hogy e tekintetben egy interdiszciplináris

terminológiai dilemma alakult ki. A nemzetközi publikációkban az egészségnevelést az egészségfejlesztés meghatározó részeként jelenítik meg, és tartalmukat elkülönítik.

Az egészségfejlesztés itt egy olyan komplex tevékenységrendszer, amely magába foglalja az egészségügyi szolgáltatásokat, a közösségi szintű munkát, a szervezetfejlesztést, a környezettel kapcsolatos intézkedéseket, a gazdasági és szabályozási tevékenységeket, valamint az egészségnevelést, s ezek mentén törekszik az egyének és közösségek egészségének javítására, valamint az egészség feletti kontrolljuk fokozására (*Deutsch, 2012*). Ebben az értelmezésben az egészségnevelés egy egyénekre és csoportokra fókuszáló ismeretközvetítő, készségfejlesztő tevékenység, amely az egészségfejlesztés egyik eszköze (*Tényi és Sümegi 1997; Ewles és Simnett, 1999; Kishegyi és Makara, 2004*). Éppen ezért tanulmányunkban a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott „health-promoting school intervention” kifejezést *iskolai egészségfejlesztési intervencióként* fordítjuk, míg a hazai iskolák tevékenységeit, programjait *egészségnevelésnek, egészségnevelési programnak* nevezzük.

Az iskolai egészségnevelés nem korunk vívmánya, hiszen bármely történelmi kor oktatást-nevelést érintő szakirodalmát tanulmányozzuk, azt látjuk, hogy mindig is része volt az intézményes nevelésnek. Számos szemléletmód tükrében megjelent az iskolai egészségnevelés az elmúlt évszázadok során

(*Deutsch, 2012*). Az intézményes egészségnevelés addig holisztikus felfogása azonban a 19. században hanyatlásnak indult. A mindent átfogó egészségnevelés tanórákon való ismeretközvetítéssé redukálódott. A valamikori komplex, holisztikus egészségértelmezés szétesett, töredezetté vált az iskolai egészségnevelés színterén (*Meleg,*

a kezdeményezések rendkívül sokszínűek

1991). Napjainkban az iskolai egészségnevelés legfőbb feladata a fiatalokat egészségmagatartásuk formálásával intézményes keretek közt előkészíteni arra, hogy felnőttkorukban aktív szerepet tudjanak vállalni a saját életmódjuk, életminőségük megőrzésében, fejlesztésében (Meleg, 2002). Az iskola mint egészségfejlesztő szintér az utóbbi időben kiemelt hangsúlyt kapott; számos intervenció programot vittek véghez (Naylor és McKay, 2009) az intézményrendszerekben. Az iskolai egészségfejlesztő beavatkozások növekvő számának fő oka, hogy a diákok az iskolában könnyen elérhetőek, sok időt töltenek ott (Ribeiro és mtsai, 2010). Számos program lezajlott a közelmúltban a káros szenvedélyek (Nabors és mtsai, 2007; Lemstra és mtsai, 2010), az elhízás, a túlsúly (Harris és mtsai, 2009) csökkentése és az inaktív életmód megváltoztatása érdekében (Cale és Harris, 2006).

A WHO 1995-ben indította el *Globalis Iskolai Egészség Kezdeményezés* (Global School Health Initiative) programját annak érdekében, hogy a leghatékonyabban támogathassa az egyes államok iskolai egészségfejlesztési kezdeményezéseit. A korszerű iskolai egészségfejlesztés a világ legtöbb országában a WHO által deklarált alapelveken nyugszik, és a WHO által javasolt intervenciók logikát alkalmazza. Az iskolai egészségfejlesztés alapértékei, amelyek levezethetők az egészségfejlesztés általános alapértékeiből: a *méltányosság*, azaz az egyenlő hozzáférés mindenki számára a tanulásához és az egészséghez; a *fenntarthatóság*, azaz, hogy a tevékenységek és programok hosszabb időtávon, tervezetten valósulnak meg;

a befogadás (hiszen az iskolák olyan tanulási közösségek, ahol minden szereplő bizalmat és tiszteletet kap); a *felhatalmazás*, miszerint az iskola közösségének minden tagja részese az egészségfejlesztésnek; és a *demokrácia*, ami alapján az egészségfejlesztő iskola a demokratikus alapértékek szerint működik (TIE Konceptió, 2015). Az iskolai egészségfejlesztés felsorolt alapértékeinek megvalósítását biztosító legfontosabb pillérek, hogy az iskolai egészségfejlesztés teljes körű; minden fontos szereplő részt vesz benne, beleértve a tanulókat, az iskola személyzetét és a szülőket is; az egészségfejlesztő iskola jobb minőségű oktatásra törekszik, és eredményei is jobbak; a tudományos bizonyítékok szolgálnak a tevékenységek és fejlesztések alapjául; az iskolák a közösség fejlesztésének aktív szereplői, hozzájárulnak a helyi társadalmi tőke fejlesztéséhez és a közösség egészségműveltségének növeléséhez.¹

A hatékony, eredményes, viselkedésváltozást előző iskolai egészségfejlesztő intervenciók során a többszintű és

hogyan felnttkorukban aktív szerepet tudjanak vállalni a saját életmódjuk, életminőségük megőrzésében, fejlesztésében

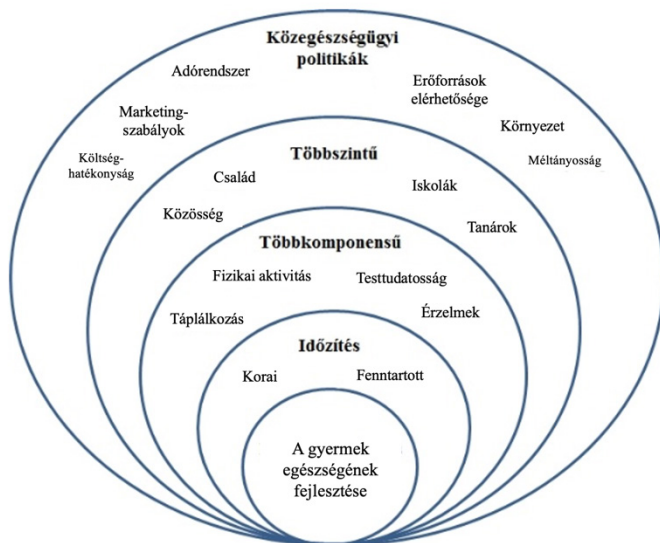
többkomponensű nevelési megközelítésre kell törekedni, amelyet már kisgyermekkorban el kell kezdeni, és folytatni kell egészen a gyermek fejlődése során. A többszintű megközelítés alatt azt értjük, hogy

a programba a gyermekek kívül több szereplőt is javasolt bevonnani, úgymint a tanárokat, a családokat és az iskolát, továbbá a komponenseket tekintve érinteni kell az egészségmagatartás több összetevőjét is, mint például a táplálkozás, fizikai aktivitás, testtudatosság, stressz- és érzelmkezelés, vagy akár a káros szenvedélyek terepe (1. ábra).

¹ Better Schools Through Health: The Third European Conference on Health Promoting Schools; http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/vilnius_resolution.pdf

1. ÁBRA

A hatékony egészségfejlesztő beavatkozások faktorai és komponensei



FORRÁS: saját szerkesztés (Fernandez-Jimenez és mtsai, 2018, 3316. alapján)

A nemzetközi gyakorlatban elterjedt, azonban hazánkban még nem jellemző az „egésziskola-megközelítés” (whole-school approach), az „egészségfejlesztő iskolák koncepciója” (health promotion schools concept) és a „komprehenzív iskolai egészségprogramok” (comprehensive school health programs) alkalmazása (Nagy és Barabás, 2012). Az elmúlt évtizedben számos tanulmány készült a komplex rendszerek különböző megközelítését és alkalmazhatóságát vizsgálva, ami arra utal, hogy a rendszerszinten történő gondolkodás, a rendszerszemlélet már hosszú évek óta kutatási témája a szakembereknek (Carey és mtsai, 2015).

A komprehenzív iskolai egészségprogramok az egészségügyi oktatás, az egészségfejlesztés és a betegségek megelőzése, valamint az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés összekapcsolását javasolják az iskola színterén. Míg

az iskolai egészségfejlesztési programok korábbi generációi túlnyomórészt a fertőző betegségek veszélyének elhárításával foglalkoztak, ezeket a problémákat mára nagy mértékben felváltották az „új betegségek” – sérülések, erőszak, szerhasználat, kockázatos szexuális viselkedés, pszichológiai és érzelmi rendellenességek, továbbá a szegénység miatti problémák – és az aggodalom, hogy sok tanuló nem rendelkezik hozzáféréssel az egészséggel kapcsolatos megbízható információkhoz és az egészségügyi ellátáshoz (Dryfoos, 1994). A komprehenzív iskolai egészségprogramok ígéretes megközelítést jelenthetnek a gyermekek és fiatalok számos egészségügyi problémájának kezelésében (Allensworth és Kolbe, 1987; Nader, 1990; Lavin és mtsai, 1992; AAP, 1993, 1994). A komprehenzív iskolai egészségprogramok célja, hogy kihasználják az iskola sarkalatos helyzetét, s az iskolát integrált programok és

szolgáltatások összességének terepévé teszik a gyermekek és családjuk oktatásának, egészségének és jólétének fokozása érdekében. Ezek a programok nemcsak javíthatják a tanulók egészségi és oktatási eredményeit, hanem csökkenthetik az egészségügyi ellátás általános költségeit is, hangsúlyozva a megelőzést és az egészségügyi problémák korai felismerését, valamint az ellátáshoz való könnyű hozzáférést (*IOM*, 1995).

A *WHO* által 1995-ben kifejlesztett újabb irányelvben készítői megegyeztek abban, hogy az *Egészségfejlesztő Iskolák* (Health Promoting Schools, HPS) képesek áthidalni az egészség és a tanulás között fennálló szakadékot. A kezdeményezés fő célja, hogy a leghatékonyabban támogathassa az egyes államok iskolai egészségfejlesztési kezdeményezéseit (*SHE*, 2013). Az „egészségfejlesztő iskolák” (HPS) megközelítést számos tanulmány vizsgálta és értékelt. Bizonyítékok állnak rendelkezésre, amelyek szerint a „HPS” megközelítés az egészség számos fontos területét képes fejleszteni, ám a hatásosságát az eddigi vizsgálatok nem tudták igazolni (*Langford és mtsai*, 2014).

Indokolttá vált tehát, hogy a hazai egészségnevelési programokat felülvizsgáljuk és kitekintést tegyünk a nemzetközi szintésre, hiszen az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartását vizsgáló nemzetközi kutatás eredményei azt mutatják, hogy a hazánkban élő iskoláskorúak egészségi állapota nem megfelelő, elmarad a vizsgálatban részt vevő országok eredményeihez képest (*Németh és Költő*, 2016). Egy országos vizsgálatból kiderült, hogy a hazai iskoláskorúak fele számára leginkább a fizikai aktivitás, testmozgás témái ismerősek az egészséges életmóddal kapcsolatban,

azonban az egészséges életvezetés, mint a táplálkozási szokások, a káros szenvedélyek, csak csekély hányadukat érdeklí (*Zsíros, Balku és Vitrai*, 2016).

Annak érdekében, hogy a hazai iskoláskorúak egészségmagatartása – és így hosszú távon az egészségi állapota – javuljon, szükséges, hogy a hazánkban tervezett iskolai egészségnevelési programokat megfelelő tartalommal és módszerekkel, tényekre alapozottan valósítsák meg, ezért szükséges, hogy megvizsgáljuk és összegezzük a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott és eredményesnek tekinthető rendszereket, módszereket.

Kutatásunk célja, hogy megvizsgáljuk a nemzetközi szinten megvalósult iskolai egészségfejlesztési intervenciókat, azok tartalmát, fejlesztési irányait és hatásait, valamint, hogy javaslatokat fogalmazzunk meg a hatékony elemek hazai iskolai egészségnevelés gyakorlatába történő beépítésére.

2. ANYAG ÉS MÓDSZEREK

A kutatás során olyan tanulmányokat elemeztünk, amelyek a nemzetközi iskolai egészségfejlesztő intervenciók programok hatékonyságával, azok kritikai vizsgálatával foglalkoznak. Tanulmányunk elméleti-analitikus jellegű: az iskolai egészségfejlesztő intervenciók hatásvizsgálatai nyomán kiemeli a beavatkozások erősségeit és gyengeségeit, fókuszálva a hazai iskolai egészségfejlesztésbe átvehető elemekre. A feldolgozott tanulmányok az elmúlt évtized nemzetközi iskolai egészségfejlesztő intervenciók hatékonyságvizsgálataival foglalkoznak.

A tanulmányok kiválasztásakor alapul szolgált az *Egészségfejlesztés* folyóirat

hanem csökkenthetik az egészségügyi ellátás általános költségeit is, hangsúlyozva a megelőzést

az iskolai egészségfejlesztő intervenciók hatásvizsgálatai nyomán kiemeli a beavatkozások erősségeit és gyengeségeit, fókuszálva a hazai iskolai egészségfejlesztésbe átvehető elemekre.

„...az iskolai egészségfejlesztés területéről” elnevezésű tematikus cikkválogatása, amely a folyóirat 2016 és 2020 között megjelent lapszámaiból az iskolai egészségfejlesztés területén hasznosítható közlemények elérhetőségét tartalmazza (*Tematikus*, 2020).

A címekre alkalmazott kulcsszavas szűkítést követően hét szaktanulmányt találtunk. E publikációkban vizsgáltuk a nemzetközi szinten megvalósult iskolai egészségfejlesztő intervenciók hatásvizsgálatait annak érdekében, hogy a hasznos és eredményes intervenciók tartalmi elemeit szintetizáljuk, és hazai alkalmazására javaslatokat fogalmazzunk meg.

3. EREDMÉNYEK

Kutatásunk eredményeit két alfejezetben ismertetjük. Elsőként azokat az intervenciós programokat elemezzük, amelyek esetében nem történt jelentős változás az intervenció hatására, majd ezt követően a hatékony beavatkozási stratégiának bizonyult intervenciókat vizsgáljuk meg.

3.1 Intervenciók, amelyeknek nem volt kimutatható pozitív hatásuk

Angliában valósult meg a HeLP iskolai intervenció (Healthy Lifestyles Programme), vagyis az Egészséges Életmód Program, amely egy 9–10 éves tanulókat célzó, 24 hónapos iskolai beavatkozás. A célja a pozitív viselkedésváltozás, továbbá a túlzott súlygyarapodás megakadályozása. A program időtartama négyszer 12 hét, mely során az iskolai és a családi környezet is kiterjedő aktivitások valósultak meg.

A program keretében testmozgásműhelyeket működtettek, oktatást végeztek rövid házi feladatokkal, drámafoglalkozásokat tartottak, valamint egyéni célok kitűzését

segítették a viselkedés módosítására. A hatékonyságvizsgálat arra kérdezett rá, hogy az intervenciós program képes-e megakadályozni

a túlzott súlygyarapodást. Az eredmények kiértékelése során nem mutattak ki változást a tanulóknál az intervenció hatására, így a HeLP program eredménytelennek bizonyul. Annak ellenére, hogy az iskola kiváló helyszíne a különböző intervenciós beavatkozásoknak, a szerzők úgy vélik, hogy a HeLP *nem volt elég intenzív* ahhoz, hogy mind az iskolát, mind a családi környezetet befolyásolja, és így kimutatható változást érjen el (*Lloyd és mtsai*, 2017).

Egy másik, szintén Angliában zajló kutatás célja az volt, hogy megvizsgálja az egészséges életmódra irányuló iskolai és családi programokat a gyermekkori elhízás megelőzésére gyakorolt befolyásuk alapján. A vizsgálatot 6–7 éveseket célzó intervenciók tekintetében végezték. A program időtartama 12 hónap volt, amely alatt a tanulók és családjuk az egészséges táplálkozás és a rendszeres fizikai aktivitás elméleti és gyakorlati elemeivel ismerkedhettek meg. A program hatékonyságvizsgálata során a kutatók méréseket végeztek a 15. és 30. hónapban. Egyik mérési időpontban sem találtak szignifikáns különbséget a kontrollcsoport és az intervenciós csoport eredményei között. Ez az eredmény azt mutatja, hogy a tapasztalati tanulásra fókuszáló beavatkozásnak nem volt statisztikailag kimutatható hatása a gyermekkori elhízás megelőzésére. Eredményeik szerint az iskolák önmagukban valószínűleg nem elég hatékonyak a gyermekkori elhízás visszaszorításában, hiszen az eredményes

nem történt jelentős változás az intervenció hatására

intervencióhoz *több szektorban és számos környezeti tényezőben szükséges* beavatkozni. Több szisztematikus áttekintés is azt sugallja, hogy az iskolaalapú beavatkozások eredményesek lehetnek a gyermekkori elhízás megelőzésében, azonban a jelen közlemény adatai alapján az iskolai oktatást ki kell egészíteni szélesebb körben tett beavatkozásokkal a hatékonyság növeléséhez (Adab és mtsai, 2018).

Bonde, Stjernqvist, Sabinsky és Maindal 2018-ban publikált tanulmányából ismerünk egy Dániában megvalósult intervenció programot és annak eredményeit. A „We Act” névre keresztelt program egy átfogó, a gyerekeket, a tanárokat és a szülőket is bevonó dán iskolai egészségtámogató intervenció program, amelynek célja, hogy javítsa a tanulók táplálkozási, sportolási szokásait, jóllétét és szociális készségeit. Ennek eléréséhez az „Investigation, Vision, Action & Change” (IVAC) módszert alkalmazták, melynek keretében a gyerekeket az egészséges iskolai és otthoni környezet kialakításában való aktív közreműködésre sarkallták. A vizsgálat első fázisában, melyben a gyerekek táplálkozásának és fizikai aktivitásának felmérése történt, táplálkozási naplót és lépésszámlálót alkalmaztak a kutatók. Ezt követte a második szakasz, melyben a tanulók kidolgozták a saját iskolai egészségtámogató akcióterveiket, és bemutatták azt az egész iskola előtt. A beavatkozás zárószakaszában, melyben a kutatók a változást előidézni kívánták, a gyerekek az elképzelés szerint megvalósították az általuk megtervezett és bemutatott terveket az intézmény, a tanárok és a szülők támogatásával. A programban ez a szakasz bizonyult a legkevésbé sikeresnek, az első

és második, „vizsgálat és elképzelés” szakaszok pedig a leginkább működőképesnek. Motiválóan hatott a diákokra, hogy bemutathatták az akciótervötleiteiket, azonban ezután lelkesedésük alábbhagyott és sikerérzetük csökkent, így az általuk kidolgozott akcióterveket nem sikerült hosszú távon fenntartani egyik iskolában sem. A hatékony működést befolyásoló környezeti tényezők közül a szülők bizonyultak a legnagyobb kihívásnak, akik jellemzően sem a program megvalósításában, sem az eredmények mérésében nem vettek részt aktívan. Problémát

táplálkozási naplót és lépésszámlálót alkalmaztak a kutatók

jelentett továbbá az iskola vezetése, hiszen nem tanúsítottak teljeskörű támogatást, ugyanis a legtöbben úgy ítélték meg, hogy az nem igazán illeszthető bele az iskolai tantervbe. A vizsgálat tapasztalata, hogy bár az intervenció széleskörű, több környezeti tényezőt is figyelembe vesz, mégsem volt kifejezetten mérhető a hatása. Feltételezésük szerint a hatékonyságot növelhetné *a munkában résztvevő oktatók alaposabb, hosszabb ideig tartó felkészítése*. A tanulmány rávilágított arra is, hogy a program működésében *a legnagyobb nehézséget a szülők bevonása jelenti*, illetve kulcsfontosságú, hogy *az adott intézmény vezetősége mennyire támogató* (Bonde, Stjernqvist, Sabinsky és Maindal, 2018).

Egy norvég kutatás során megvizsgálták a „Fruit and Vegetables Make the Marks” elnevezésű intervenció programot, melyben 38, véletlenszerűen kiválasztott iskolát vizsgáltak Norvégiában. Az iskolák közül kilenc kapott ingyenes gyümölcsöt vagy zöldséget a 2001/02. tanévben, 29 iskola diákjai pedig a kontrollcsoportot alkották. Az eredmények során kevés bizonyítékot találtak arra vonatkozóan, hogy az ingyenesen hozzáférhető gyümölcs vagy zöldség módosította volna

az ezekhez, illetve az egészségtelen ételekhez kapcsolódó fogyasztási szokásokat. A tanulmány arra is rámutatott, hogy *aktív szülői részvétel nélkül* ezek a változások a gyermekek életrendjében nem lesznek tartósak (Hovdenak és mtsai, 2019).

A négy intervenciós program mindegyike érintette az általános iskolás korosztályt. A programok 6–24 hónapig tartottak, s

a kutatók a tanulókon kívül jellemzően a családot is bevonták.

Az intervenciók eredménytelenségét általánosan abban látjuk, hogy az intervenciók nem voltak elég intenzívek, komplexek, nem sikerült annyi szektort és szereplőt bevonni, amennyi szükséges lett volna a tanulók viselkedésváltozásának eléréséhez (1. táblázat).

1. TÁBLÁZAT

Intervenciók összefoglalása, amelyeknek nem volt kimutatható pozitív hatásuk

| Helyszín | Korosztály | Cél | Célközönség | Időtartam | A kutatók következtetése |
|----------|--------------------------|--|----------------------|-----------|---|
| Anglia | általános iskola | elhízás visszaszorítása, pozitív viselkedésváltozás | iskola, család | 6 hónap | nem elég intenzív, nem tudott hatással lenni a környezetre |
| Anglia | általános iskola | elhízás visszaszorítása | tanuló, család | 12 hónap | több szektorban szükséges beavatkozni |
| Dánia | általános iskola | táplálkozási-sportolási szokások, jóllét, szociális készségek javítása | tanár, tanuló, szülő | 7 hónap | oktatók alaposabb felkészítése |
| Norvégia | általános és középiskola | táplálkozási szokások javítása | tanuló | 24 hónap | ingyenes hozzáférhetőség önmagában nem elegendő a viselkedésváltozáshoz |

FORRÁS: saját szerkesztés

3.2 Intervenciók, amelyeknek volt kimutatható, pozitív hatásuk

Elsőként *Shinde* és munkatársai (2018) tanulmányából ismert eredményeket ismeretjük. A tanulmány a SEHER elnevezésű komplex egészségfejlesztő beavatkozást vizsgálta, amely a 13–14 évesek körében

zajlott az indiai Bihar államban. A SEHER a serdülőkorúak egészségfejlesztését szolgáló, tényeken alapuló iskolai beavatkozás volt (Kis, 2019), amely tartalmazott az egész iskolát érintő, osztályszintű, továbbá egyénnek szóló programelemeket. A tanulmány fő célja volt megvizsgálni, hogy milyen hatással van az intervenció hatékonyságára, ha nem az iskola valamely

alkalmazottja, pedagógusa vezeti a beavatkozást, hanem egy külső, nem pedagógus munkatárs, aki nem lát el tanári feladatokat az iskolában, így nem terhelik az iskolai teendők, kizárólag az egészségfejlesztő feladatra tud koncentrálni. A kutatásban 75 iskola vett részt, véletlenszerűen három csoportba osztva. Az első csoportba tartozó iskolákban külsős szakember, tehát nem pedagógus vezette a programot. A második csoport iskoláiban a pedagógusok koordinálták a programot, míg a harmadik csoport iskoláiban nem a SEHER programot követték, hanem a kormány által vezetett tanterem-alapú, serdülőkorú oktatási programot hajtották végre.

A beavatkozás egy tanévben (8 hónapon) keresztül zajlott. Az elő- és utómérések során azt az eredményt kapták a kutatók, hogy az első csoport iskoláiban jelentősen javult az iskolai klíma és a tanulók egészséggel kapcsolatos mutatói, míg a második és harmadik csoport iskoláiban alig volt változás ezekben a vizsgált tényezőkben. Megállapították tehát, hogy ahol a SEHER programot követték külsős, nem pedagógus munkatárs vezetésével, ott minden mért tényezőben jobban teljesítettek a tanulók a másik két csoport iskoláihoz képest. Ezek az eredmények megerősítették egyrészt azon korábbi kutatási eredményeket, amelyek alapján egy komplex, egész iskolára kiterjedő egészségfejlesztő beavatkozás javíthatja az iskolai klímát és a tanulók egészségi állapotát. A külső személy pozitív hatására lehetséges magyarázatként – igazolva az előzetes elvárásokat – fogalmazták meg a szerzők, hogy a beavatkozást vezető szakembernek *kizárólag az egészségfejlesztő beavatkozásra kellett koncentrálnia*, így nem terheltek egyéb pedagógusi feladatokat. Más szemszögből: a nem külső

vezetéssel fejlesztő iskolákban a pedagógusok nem tudtak hatékonyan váltani az egészségfejlesztő- és a pedagógusszerepek között, így a diákoknak sem volt egyértelmű, hogy mikor milyen kérdésekkel fordulhatnak a beavatkozást vezető pedagógushoz (Shinde és mtsai, 2018). Ebből fakadóan az egyik lényegi intervenció szempontnak a beavatkozást koordináló személye, tevékenységi köre, a másiknak a komplexitás és az egész iskolára való kiterjesztés tekinthető.

Egy Ausztráliában, Melbourne külvárosi részén megvalósuló iskolai beavatkozás a „*Fun 'n healthy in Moreland*” nevet kapta.

Középpontjában az elhízási, az iskolai környezet és szabályozások, a fizikai aktivitás, az egészségmagatartás és gyermekjólét áll, és a szülők bevonásával tervezték elvégezni.

A programot, amely három és fél évig tartott, egy egyetemi kutatócsoport és a helyi egészségügyi ellátó fejlesztette ki. 24 általános iskola tanulóit vizsgálták. Az intervenció – annak ellenére, hogy *szignifikáns* különbség nem mutatkozott a diákok testtömegindexét illetően – hatékonynak bizonyult. Ugyanis kimutatható volt, hogy a kontrolliskolákhoz képest az intervencióban részt vevő tanulók közt gyakrabban észlelhető a megfelelő testtömeg, a napi zöldség- és gyümölcsbevitel, valamint a vízfogyasztás is gyakoribb volt. A tanulók mutatóin túl fejlődés történt az iskolai szabályozás terén, valamint a szülők aktív részvételében. A gyermekkori viselkedésváltozás és ezáltal az egészségi mutatók formálásához *komplex intervenciók szükségesek*, melyet szükséges több szintre tervezni: iskola mint mikroközösség, környezet, szülők (Waters és mtsai, 2017). A fentiek alapján a következő kiemelendő intervenciók szempont a komplexitásra

egy komplex, egész iskolára kiterjedő egészségfejlesztő beavatkozás javíthatja az iskolai klímát

vonatkozik. Elmondható, hogy a hatékony intervenciók kiterjednek a tanulókon túl az egész iskolára, az iskolai környezetre, a pedagógusokra, az iskolai szabályozásra, valamint fontos tényező még a szülők aktív részvétele is.

Egy Hollandiában megvalósult intervenció program hatékonyságvizsgálatát végezték el *Busch* és munkatársai (2015). A vizsgálatba négy középiskolát vontak be; két iskola esetén intervenció történt, két iskola pedig a kontrollcsoportot alkotta. A program kétéves volt, az egészségmagatartást, a testtömegindexet és a pszichoszociális problémákat célozta meg. A két intervenció iskola a gyakoribb testmozgás népszerűsítését, az egészséges táplálkozást és a képernyő előtt töltött órák számának csökkentését tűzte ki célul az iskolára és tanulóikra jellemzők alapján. Az egyik iskolában a tanulók testtömegindexe és a túlzott internethasználatuk gyakorisága is csökkent, de a többi egészségétényezőben, illetve a másik intervenció iskola tanulóiban esetében egyáltalán nem történt változás a kontroll iskolákhoz képest. A beavatkozás sikeresen

magvalósult; jelentős fejlődés mutatkozott a diákok pszichoszociális egészségében, csökkent az alkoholfogyasztás és a dohányzás mértéke. Ezekből az eredményekből azt a következtetést lehet levonni, hogy *személyre szabott intervenciókra van szükség, együtt azzal, hogy az intervenció csak azokra a témákra és tényezőkre fókuszáljon, amelyek elsődlegesen fontosak az iskola szempontjából. A kutatás számunkra kiemelendő tanulsága az intervenció első, tervezési szakaszára vonatkozik, amely során diagnosztikus felmérést kell végezni annak érdekében, hogy a beavatkozást az egyének és az iskola sajátosságainak, problémáinak megfelelően tudjuk megtervezni, összeállítani.*

A kimutatható eredményt elérő intervenciók sikerességében tehát azt látjuk, hogy több komponens együttes fókuszba állításával (pl. táplálkozás, fizikai aktivitás, iskolai klíma, környezeti tényezők) és szimultán több szinten (tanuló, iskola, család) valósultak meg. Hatékonyságuk kulcsfontja, hogy a tanulókon túl bevonták a programokba a szülőket, az iskolát, így a pedagógusokat és a vezetőket is (2. táblázat).

2. TÁBLÁZAT

Intervenciók összefoglalása, amelyeknél volt kimutatható, pozitív hatás

| Helyszín | Korosztály | Cél | Célközönség | Időtartam | A kutatók következtetése |
|------------|------------------|--|--------------------------|-----------|---|
| India | középiskola | iskolai klíma, tanulói egészségi állapot | iskola, osztály, tanuló | 1 tanév | külső személy pozitív hatása |
| Ausztrália | általános iskola | elhízás, iskolai környezet és szabályozás, fizikai aktivitás, egészségmagatartás, gyermekjólét | iskola, szülő, tanuló | 3,5 év | több komponens, több szint, komplex intervenció |
| Hollandia | középiskola | egészségmagatartás, testtömegindex, pszichoszociális problémák | pedagógus, szülő, tanuló | 2 év | személyre, iskolára szabott tervezés |

FORRÁS: saját szerkesztés

4. KONKLÚZIÓ

Kutatásunk során megvizsgáltuk a nemzetközi szinten megvalósult iskolai egészségfejlesztési intervenciókat azok hatékonyságvizsgálatainak keresztül annak érdekében, hogy javaslatokat tudjunk megfogalmazni a hatékony elemek hazai iskolai egészségnevelés gyakorlatába történő beépítésére. Hét szaktanulmányt vizsgáltunk meg.

Kutatásunk alapján az eredményes egészségfejlesztő intervenciók programok fő jellemzői a következők:

- az első és legfontosabb: az egészségnevelési programok megtervezése során a diagnosztikus szakasz kijelölése, melyben felmérjük a tanulókat, és meghatározzuk a változtatni kívánt tényezőket;
- a beavatkozást koordináló személyének pontos kinevezése, feladatkörének meghatározása;
- a beavatkozás során megvalósuló tevékenységek gyakori volta (akár mindennapi tevékenységek is tervezhetők), erős intenzitása és megfelelő időbeli hossza (legalább egy tanév időintervallumú intervenciók szükségesek);
- többszintű beavatkozás a család, az iskola, a mikroközösségek, a pedagógusok szintjén, továbbá mindennek szakpolitikai, közegészségügyi támogatottsága;
- több komponens mozgósítása, például táplálkozás, fizikai aktivitás, káros szenvedélyek, mentálhigiéné, stressz- és érzelmezés, iskolai klíma, környezeti tényezők;
- az egészségértelmezés komplex, holisztikus felfogása;
- a szülők aktív bevonása a programba;

- a tanulókat körülvevő kapcsolati háló feltérképezése, figyelembevétele;
- intézményvezetői támogatás;
- amennyiben szükséges, a pedagógusok alapos, hosszú ideig tartó felkészítése;
- a program folyamatos értékelése tudományos módszerekkel;
- az intervenció végeztével hatásvizsgálat.

A vizsgált nemzetközi szakirodalomhoz képest Magyarországon jelenleg kevés törekvést találunk arra, hogy igazoltan hatékony és komplex egészségnevelési beavatkozások valósuljanak meg az iskolákban. Az iskolák legjellemzőbben akcióprogramok keretein belül „tudják le” az egészségnevelést, amely, mint ismeretes, csak információk közvetítésére szolgál, képesség-készségfejlesztés nem érhető el vele (*Deutsch*, 2011). Hazánkban az iskolák széttagozott, csak egyes dimenziókra kiterjedő egészségfelfogást képviselnek, s erre építik az egészségnevelési programjukat, azonban ezzel a gyakorlattal nem lehet a tanulók életmódját tartósan befolyásolni, jobb irányba terelni.

A kutatások eredményei azt mutatják, hogy azok az iskolák, amelyek nevelési feladataik között külön jelzik az egészségnevelés fontosságát,

jellemzően csak az aktuális trendeknek és társadalmi kihívásoknak megfelelően, az iskola klasszikus időkeretébe foglalva tesznek a kitűzött célokért, ismeretközvetítés és figyelemfelkeltés céljából – a komplex készségfejlesztés helyett (*Deutsch*, 2012).

Nagy Judit (2005) tanulmányában az egészségfejlesztés elméletei tükrében vizsgálta az iskolai Egészségnevelési Programok stratégiáit. Empirikus kutatása kiterjedt 11 iskola Pedagógiai Programja Egészségnevelési Program-részének dokumentumelemzésére. Eredményei

Az iskolák legjellemzőbben akcióprogramok keretein belül „tudják le” az egészségnevelést

alaján megállapítható, hogy a Pedagógiai Programok megfelelnek a törvényi szabályozásnak, hiszen tartalmazzák az Egészségnevelési Programot, azonban a leírt feladatok megvalósítása jellemzően az osztályfőnöki órára korlátozódik.

Az iskola javarészt

az egészségügyi szolgálat

szakembereire bízta

a tényleges egészségne-

velést, a pedagógusok

feladatkörébe az akció-

programok épültek be

a mindennapi, folyama-

tos és interdiszciplináris

tevékenységek helyett. A leggyakrabban

megjelenő program az egészségkárosító

magatartás elutasítására sarkalló akció,

amelyet külső szakemberek bevonásával

valósítanak meg az iskolák, azonban ez

a komplex egészségnevelés célrendszeré-

nek csak szűk metszetét fedi le. Fontos

kutatási eredmény, hogy egész tanéven

átívelő fejlesztési tervvel nem rendelkeznek

az iskolák. A legtöbb egészségnevelési

program kitér arra, hogy a diákok szoci-

okulturális hátterére építve, a szülőkkel

együttműködve valósulhat meg hatékony

egészségnevelés, azonban a kapcsolattartási

forma kidolgozatlan, illetve az egészség-

nevelési munkatervben nem jelennek meg

célcsoportként a szülők (Nagy, 2005).

Mindezt annak tükrében érdemes

megfontolni, hogy a vizsgált intervenció

programok hatásvizsgálatainak eredménye

szerint azok a beavatkozások bizonyultak

hatékonyak és eredményesnek, amelyek

a WHO által felsorolt alapértékek megva-

lósítását biztosító legfontosabb pillérek

figyelembe vették, úgy mint a komplexitás,

a teljes iskolára kiterjedő, több szereplő

bevonó (tanulók, pedagógusok, szülők,

vezetők) programok, illetve amelyek

tudományos bizonyítékokat vesznek

alapul a tevékenység és fejlesztés során,

tehát diagnosztikus szakasszal kezdődnek, így személyre szabott és ezáltal az egész iskolára kiterjedő intervenció programokat tervezhetnek és valósíthatnak meg.

Kiderült továbbá, hogy a beavatkozások eredménytelenségének legfőbb oka, hogy

a sokszereplős inter-

vencióknak, ezeknek

az összetett rendszerek-

nek, amelyeket a peda-

gógusokon és a szülőkön

kívül másokat is magába

foglaló kapcsolati háló

alakít, nem történt meg

a feltérképezése, megér-

tése. További feltételezhető probléma lehet,

hogy bár több szektort és számos egyéb

környezeti tényezőt szükséges lenne bevonni

a beavatkozásba, ez nem történik meg,

ennek hiányában pedig nem valósul meg

tartós viselkedésváltozás. Számos esetben

a szülők bevonása sem történik meg, ezáltal

csak az iskolai környezetre, mint mikrokör-

nyezetre fókuszál a beavatkozás. Egyes ese-

tekben a vizsgálatok a szülők bevonásának

nehézségeit jelölték meg, mint az eredmény-

telenség okát. A kutatások eredményeiből

kítúnik még, hogy az intézmények vezetőse-

gének támogatása és a pedagógusok alapos,

hosszú ideig tartó felkészítése is rendkívül

szükséges a hatékony és viselkedésváltozást

elérő intervenció programok érdekében.

Hazánkban törekedni kell a hatékony és

eredményes egészségnevelési intervenciókra,

ám ezek csak akkor valósulhatnak meg, ha

a nemzetközi mintához hasonlóan, több-

szintű és többkomponensű nevelési megkö-

zelítésben épülnek föl, illetve ha a hatékony

egészségfejlesztő beavatkozások további fak-

torait és komponenseit (Fernandez-Jimenez

és mtsai, 2018) is beépítik a programba;

fontos például, hogy az intervenció már kis-

gyermekkorban elkezdődjön, és folytatódjon

végig a gyermek fejlődése során, továbbá,

hogy az egészség több komponensét is

az intézmények vezetőségének támogatása és a pedagógusok alapos, hosszú ideig tartó felkészítése is rendkívül szükséges

érintse, mint például a táplálkozás, fizikai aktivitás, mentálhigiéné, stressz- és érzelmezés, stb. Fontos, hogy szimultán több szinten valósuljon meg: a család, az iskola, a mikroközösség, a tanárok szintjén, ahogy fontos kritérium a szakpolitikai, közegészségügyi támogatottság is. Emellett kiemeljük a programok folyamatos kiértékelésének és tudományos módszerekkel történő elemzésének szükségességét – ugyancsak a programok eredményességének növelése érdekében.

5. KORLÁTOK ÉS PERSPEKTÍVÁK

Kutatásunk korlátjaként tudjuk megemlíteni a szűrési mechanizmust, amellyel a vizsgálni kívánt tanulmányokat választottuk

ki, valamint a vizsgálatba bevont kevés számú publikációt, továbbá a vizsgált időszak nagyságát.

Kutatásunkat a későbbiek során kiterjesztjük az *Egészségfejlesztés* folyóirat elmúlt tíz évében megjelent publikációira, valamint további hazai tudományos folyóiratokra és a témához kapcsolódó szerkesztett tanulmánykötetekre, annak érdekében, hogy még átfogóbb képet kapjunk a nemzetközi szintű eredményesnek és hatékonynak mutató iskolai egészségfejlesztő rendszerekről, módszerekről és programokról. Ezen ismeretek szintetizálása által a pedagógusok, iskolavezetők és egészségfejlesztő szakemberek minden bizonnyal sokkal nagyobb számban képesek válnak majd az eredményes iskolai egészségnevelési programok megtervezésére, lebonyolítására és értékelésére.

IRODALOM

- Adab, P., Pallan, M. J., Lancashire, E. R., Hemming, K., Frew, E., ... és Cheng, K. K. (2018): Effectiveness of a childhood obesity prevention programme delivered through schools, targeting 6 and 7 year olds: cluster randomised controlled trial (WAVES study). *BMJ (Clinical research ed.)*, 360, k2111. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2111>
- Allensworth, D. D., Kolbe, L. J. (1987): The Comprehensive School Health Program: Exploring an Expanded Concept. *Journal of School Health*, 57. 10. sz., 409–411.
- American Academy of Pediatrics (1994): *Principles to Link By: Integrating Education, Health, and Human Services for Children, Youth, and Families*. Report of the Consensus Conference. Washington, D.C.
- American Academy of Pediatrics, Committee on School Health (1993): *School Health: Policy and Practice*. Elk Grove Village.
- Barabás Katalin és Nagy Lászlóné (2012): Egészségi állapot, egészségmagatartás. In: Csapó Béla (szerk.): *Mérlegen a magyar iskola*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 477–510.
- Better Schools Through Health (2009): The third European Conference on Health Promoting Schools, 15–17 June, Vilnius, Lithuania: conference report. Letöltés: <https://hdl.handle.net/20.500.12259/45285> (2021. 03. 14.)
- Bonde, A. H., Stjernqvist, N. W., Sabinsky, M. S. és Maindal, H. T. (2018): Process evaluation of implementation fidelity in a Danish health-promoting school intervention. *BMC Public Health*, 18. 1407. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6289-5>
- Busch, V., De Leeuw, J. R. J., Zuithoff, N. P. A., Van Yperen, T. A. és Schrijvers, A. J. P. (2015): A Controlled Health Promoting School Study in the Netherlands: Effects After 1 and 2 Years of Intervention. *Health promotion practice*, 16. 4. sz., 592–600. <https://doi.org/10.1177/1524839914566272CALE>
- Cale, L. és Harris, J. (2006): Interventions to promote young people's physical activity: issues, implications and recommendations for practice. *Health Education Journal*, 65. 4. sz., 320–337.

- Carey, G., Malbon, E., Carey, N., Joyce, A., Crammond, B. és Carey, A. (2015): Systems science and systems thinking for public health: a systematic review of the field. *BMJ Open*, **5**. 12. sz.: e009002. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009002>
- Danish, S. J., Fazio, R. J., Nellen, V. C. és Owens, S. S. (2002): Teaching life skills through sport: Community-based programs to enhance adolescent development. In: Van Raalte, J. L., Brewer, B. W. (szerk.): *Exploring sport and exercise psychology*. American Psychological Association. 269–288. <https://doi.org/10.1037/10465-013>
- Deutsch Krisztina (2011): Iskolai egészségfelfogás és egészségfejlesztés kvalitatív és kvantitatív kutatások tükrében. *Új Pedagógiai Szemle*, **61.**, 1–5. sz., 19.
- Deutsch Krisztina (2012): *Elvek és gyakorlat. Egészségfelfogás, egészségnevelés és mentálhigiénés szemléletmód az általános iskolai egészségnevelési programok és a pedagógusokkal készült interjúk tükrében*. Doktori értekezés.
- Dryfoos, J.G. (1994): *Full-Service Schools: A Revolution in Health and Social Services for Children, Youth, and Families*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Elekes Zsuzsanna (2016): *Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015 Magyarországi eredmények*. Budapesti Corvinus Egyetem Társadalomtudományi és Nemzetközi Kapcsolatok Kar Szociológia és Társadalompolitika Intézet, Budapest.
- Ewles, L. és Simnett, I. (1999): *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató*. Medicina Kiadó, Budapest. [23–37]
- Fernandez-Jimenez, R., Al-Kazaz, M., Jaslow, R., Carvajal, I. és Fuster, V. (2018): Children Present a Window of Opportunity for Promoting Health. *Journal of the American College of Cardiology*, **72**. 2. sz., 3310–3319.
- Harris, K. C., Kuramoto, L. K., Schulzer, M. és Retallack, J., E. (2009): Effect of schoolbased physical activity interventions on body mass index in children: a metaanalysis. *Canadian Medical Association Journal*, **180**. 7. sz., 719–726.
- Hovdenak, I. M., Holte Stea, T., Twisk, J., te Velde, S. J., Klepp, K-I. és Bere, E. (2019): Tracking of fruit, vegetables and unhealthy snacks consumption from childhood to adulthood (15 year period): does exposure to a free school fruit programme modify the observed tracking? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, **16**. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0783-8>
- Institute of Medicine (1995): *Defining a Comprehensive School Health Program: An Interim Statement*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9084>.
- Kis Bernadett (2019): Cikkismertetés: Az iskolai klíma és az egészségi állapot javítása középiskolában. *Egészségfejlesztés*, **60**. 2. sz.
- Kishegyi Júlia és Makara Péter (szerk.) (2004): *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Poulou, T., Murphy, S. M., ... és Campbell, R. (2014): The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **4**. No.: CD008958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>
- Lavin, A. T., Shapiro, G. R., Weill, K. S. (1992): Creating an agenda for school-based health promotion: a review of 25 selected reports. *The Journal of school health*, **62**. 6. sz., 212–228. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1992.tb01231.x>
- Lemstra M., Bennett N., Nannapaneni U., Neudorf C., Warren L., Kershaw T. és Scott C. (2010): A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research and Theory*, **18**. 1. sz.: 84–96.
- Lloyd, J., Creanor, S., Logan, S., Green, C., Dean, S. ... és Wyatt, K. (2018): Effectiveness of the Healthy Lifestyles Programme (HeLP) to prevent obesity in UK primary-school children: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet. Child & adolescent health*, **2**. 1. sz., 35–45. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30151-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30151-7)
- Maczali Katalin (2017): Egy kontrollált Egészségfejlesztő Iskola vizsgálat Hollandiában: hatások a beavatkozás után 1 és 2 évvel. *Egészségfejlesztés*, **58**. 3. sz., 53–54.
- Mayorga-Vega, D., Montoro-Escañó, J., Merino-Marban, R. és Viciano, J. (2016). Effects of a physical education-based programme on health-related physical fitness and its maintenance in high school students: A cluster-randomized controlled trial. *European Physical Education Review*, **22**. 2. sz., 243–259. <https://doi.org/10.1177/1356336X15599010>

- Meleg Csilla (1991): Egészségérték és intézményes befolyásolás. *Társadalomkutatás*, **9**. 2–3. sz., 81–89.
- Meleg Csilla (2002): Iskolai egészségnevelés: A feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, **102**. 1. sz., 11–29.
- Nabors, L., Jobst, E. A. és McGrady M. E. (2007): Evaluation of school-based smoking prevention programs. *Journal of School Health*, **77**. 6. sz., 331–333.
- Nader, P.N. (1990): The Concept of “Comprehensiveness” in the Design and Implementation of School Health Programs. *Journal of School Health*, **60**. 4. sz., 133–138.
- Nagy Judit (2005): Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában. *Magyar Pedagógia*, **105**. 4. sz., 263–282.
- Nagy Lászlóné és Barabás Katalin (2011): Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei In: Csapó Benő és Zsolnay Anikó (szerk): *Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 173–224.
- Naylor, P-J. és McKay, H. A. (2009): Prevention in the first place: schools a setting for action on physical inactivity. *British Journal of Sports Medicine*, **43**. 1. sz., 10–13.
- Németh Ágnes és Költő András (2016): *Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- Petitpas, A. J., Cornelius, A. E., Van Raalte, J. L. és Jones, T. (2005): A Framework for Planning Youth Sport Programs That Foster Psychosocial Development. *The Sport Psychologist*, **19**. 1. sz., 63–80. Letöltés: <http://journals.humankinetics.com/view/journals/tsp/19/1/article-p63.xml> (2021. 03. 25)
- Ribeiro, I. C., Parra, D. C., Hoehner, C. M., Soares, J., Torres, A., ... és Brownson, R. C. (2010): School-based physical education programs: evidence-based physical activity interventions for youth in Latin America. *Global Health Promotion*, **17**. 2. sz., 5–15.
- SHE strategic plan 2013-2016. SHE assembly meeting on 10 October 2013.
- Shinde, S., Weiss, H. A., Varghese, B., Khandeparkar, P., Pereira, B., ... és Patel, V. (2018): Promoting school climate and health outcomes with the SEHER multi-component secondary school intervention in Bihar, India: a clusterrandomised controlled trial. *Lancet*, **392**. 10163. szám, 2465–2477. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31615-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31615-5)
- Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptió. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (2015) Letöltés: https://egeszseg.hu/uploads/dokumentumok/Teljes_koruu_Iskolai_Egeszsegfejlesztes_Konceptio.pdf (2021. 02. 22.)
- Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről (2020). *Egészségfejlesztés*, **61**. 4. sz. Letöltés: <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=665&path%5B%5D=pdf> (2021. 03. 14.)
- Tényi Jenő és Sümei Gyöngyi (1997): *Egészségfejlesztés – egészségnevelés*. POTE, Pécs. [96–105].
- Waters, E., Gibbs, L., Tadic, M., Ukoumunne, O. C., Magarey, ... és Gold, L. (2017): Cluster randomised trial of a school-community child health promotion and obesity prevention intervention: findings from the evaluation of fun + healthy in Moreland!. *BMC Public Health*, **18**. 1. sz., 92. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4625-9>
- Zsíros Emese, Balku Eszter és Vitrai József (2016): Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés. *Egészségfejlesztés*. **57**. 3. sz., <https://doi.org/10.24365/ef.v57i3.45>



Szörny-projekt (Belvárosi Tanoda, 2003)