

DOI: 10.15773/EKKE.2022.009

Eszterházy Károly Katolikus Egyetem

Neveléstudományi Doktori Iskola



Doktori Iskola vezetője: Dr. Pukánszky Béla, DSc, egyetemi tanár

Doktori Iskola Programigazgatója: Dr. habil. Szűts Zoltán, PhD, doktor habil.

Doktori (PhD) disszertáció

Horváth Cintia

Egri gimnáziumi tanulók egészségmagatartásának, egészségműveltségének és az iskolai egészségnevelés pedagógiai hatásrendszerének vizsgálata az Iskolai Egészség Index (iEGI) tükrében

Témavezetők:

Dr. habil. Révész László, egyetemi docens

Dr. habil. Csányi Tamás, egyetemi docens

Eger

2022.

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS.....	4
1.1 KUTATÁSI PROBLÉMA	7
1.2 CÉLKITŰZÉSEK.....	8
2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	11
2.1 AZ EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS FOGALMI RENDSZER	11
2.1.1 <i>Az egészség fogalmának komplex értelmezése</i>	11
2.1.2 <i>Az egészségnevelés és egészségfejlesztés rendszere</i>	14
2.2 AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS	18
2.2.1 <i>Hazai iskoláskorú tanulók egészségmagatartása</i>	22
2.3 AZ EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG.....	26
2.3.1 <i>Hazai iskoláskorú tanulók egészségműveltsége</i>	29
2.4 A NEMZETKÖZI ISKOLAI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS	31
2.4.1 <i>A nemzetközi iskolai egészségfejlesztést meghatározó irányelvek, támogató stratégiák, projektek</i>	31
2.4.2 <i>Nemzetközi iskolai egészségfejlesztési intervenciók</i>	39
2.5 A HAZAI ISKOLAI EGÉSZSÉGNEVELÉS.....	44
2.5.1 <i>A hazai iskolai egészségnevelést meghatározó törvények és rendeletek</i>	44
2.5.2 <i>A hazai iskolai egészségnevelést támogató országos stratégiák, projektek</i>	46
3. KUTATÁSI KÉRDÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK	51
4. ANYAG ÉS MÓDSZER.....	53
4.1 MINTAVÉTELI ELJÁRÁS.....	53
4.2 AZ ADATFELVÉTEL MÓDSZEREI	58
4.3 AZ ALKALMAZOTT ADATFELVÉTELI ESZKÖZÖK	59
4.3.1 <i>Interjú</i>	59
4.3.2 <i>Az Iskolai Egészség Index kialakítása - az iEGI kérdőív</i>	60
4.3.3 <i>Az adatfelvétel időpontjai, módjai és limitáló tényezői</i>	67
4.4 STATISZTIKAI ELJÁRÁSOK	67
5. EREDMÉNYEK	69
5.1 AZ EGÉSZSÉGNEVELÉSI PROGRAMOK DOKUMENTUMELEMZÉSE	69
5.2 AZ INTERJÚK TARTALOMELEMZÉSE	84
5.3 A TANULÓK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSÁNAK JELLEMZŐI	102
5.4 A TANULÓK EGÉSZSÉGMŰVELTSÉGÉNEK JELLEMZŐI	122
5.5 AZ ISKOLAI EGÉSZSÉG INDEX.....	124
6. KÖVETKEZTETÉSEK.....	137
6.1 HIPOTÉZIS-VIZSGÁLAT	137
6.2 AZ EGÉSZSÉGNEVELÉSI PROGRAMOK ÉS A PEDAGÓGUSI INTERJÚK EREDMÉNYEINEK ÖSSZEVETÉSE	140
6.3 AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁSSAL ÉS EGÉSZSÉGMŰVELTSÉGGEL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK ÉRTELMEZÉSE	144
6.4 AZ IEGI ISKOLAPROFILOK EREDMÉNYEINEK ÉRTELMEZÉSE	146
6.5 TOVÁBBI TERVEK ÉS AZ IEGI GYAKORLATI JELENTŐSÉGE	148
7. ÖSSZEFOGLALÁS	150
8. TUDOMÁNYOS PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE.....	153
8.1 TANKÖNYV, JEGYZET, NYELVKÖNYV.....	153
8.2 ORSZÁGOS TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATBAN MEGJELENT, MAGYAR NYELVŰ, LEKTORÁLT TANULMÁNY.....	153
8.3 HAZAI ÉS KÜLFÖLDI KONFERENCIÁN TARTOTT, ELŐBÍRÁLT, MAGYAR NYELVŰ ELŐADÁS.....	154
8.4 NEMZETKÖZI KONFERENCIÁN TARTOTT IDEGEN NYELVŰ ELŐADÁS (ELŐBÍRÁLT, ISMERT NEMZETKÖZI SZERVEZET ÁLTAL RENDEZETT)	155
8.5 ELŐBÍRÁLT, MAGYAR NYELVŰ POSZTER	155
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	157

FELHASZNÁLT IRODALOM	158
ÁBRA- ÉS TÁBLÁZATJEGYZÉK	177
FÜGGELÉK	180
1. KUTATÁSETIKAI ENGEDÉLY	181
2. INTÉZMÉNYVEZETŐI INTERJÚ KÉRDÉSEK	182
3. PEDAGÓGUSI INTERJÚ KÉRDÉSEK	183
4. TANULÓI KÉRDŐÍV	184

1. BEVEZETÉS

Nem szükséges pedagógusnak, neveléstudósnek, életmód- és magatartáskutatónak lenni ahhoz, hogy belássuk, a magyar gyermekek életmódja, egészségmagatartása és ebből kifolyólag egészségi állapota nem mutat kedvező képet. Fontos társadalmi, gazdasági és népegészségügyi feladat, hogy ezen javítsunk. Testnevelő és egészségfejlesztő tanárként számomra is fontos, hogy a felnövekvő generáció egészségi állapotának javulása érdekében tegyek valamit, ami tényleges haszonnal, eredménnyel jár, hiszen a mi jövőnk is a gyermekeink kezében van. Testnevelő tanári munkám során általános és középiskolában is tanítottam, így rálátásom lett az első osztályos gyermekektől kezdve a 12. osztályos fiatal felnőttek egészségmagatartására, életmódjára, érték- és szokásrendszerére, egészségi állapotára.

Egyetemi tanulmányaimra, kutatásaimra, a hazai és nemzetközi szakirodalomra, valamint a tanári pályám tapasztalataira támaszkodva mondhatom, hogy az iskolai egészségnevelés lehetőségei kevésbé vannak kiaknázva hazánkban, mint amit lehetővé tenne.

Az egészségügyi országprofil 2019¹-es adatai alapján látjuk, hogy a legtöbb uniós szomszédunkhoz képest a hazai lakosság várható élettartama alacsonyabb. Az elmúlt években ugyan emelkedett ez a szám (2000-ben 71,9 év, 2017-ben 76,0 év), azonban a javuló tendencia ellenére még mindig hazánk a legalacsonyabbak között van az EU viszonylatában (80,9 év). A magyar nők átlagos várható élettartama 79,3 év, míg a férfiaké 72,5 év, mely hét év differencia szintén magasabb az EU átlaghoz (5,2 év) képest.

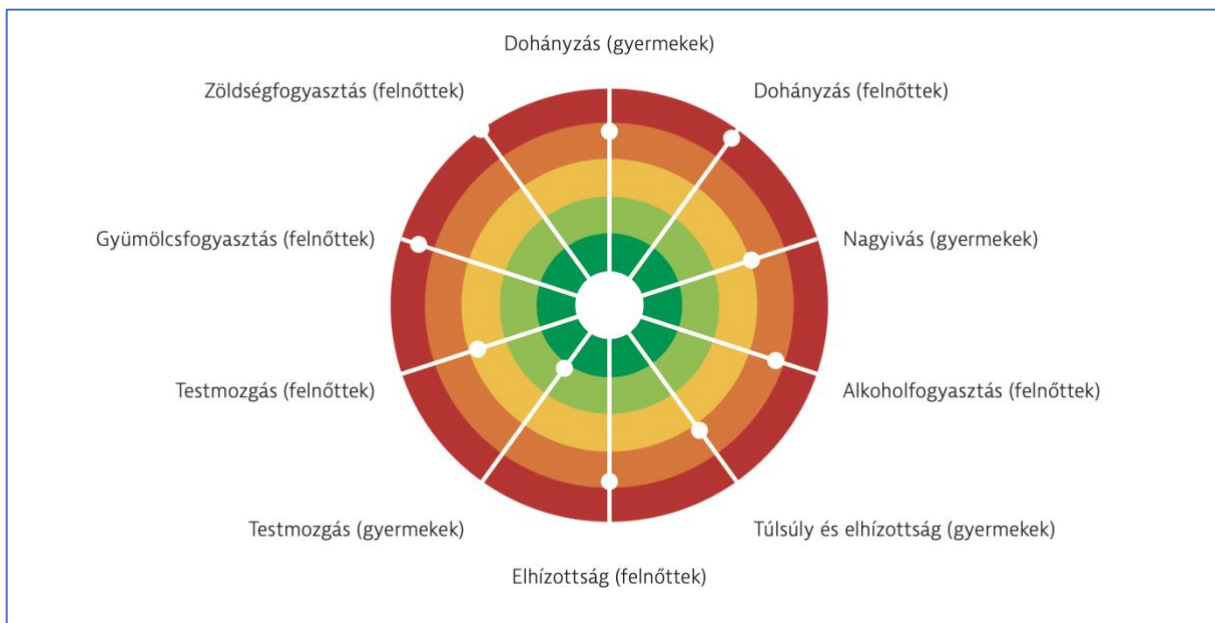
Hazánkban a halálozások feléért az életmóddal összefüggő kockázati tényezők felelősek, úgymint a helytelen táplálkozás, a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a kevés testmozgás (IHME, 2018). Ez az arány jóval magasabb a 39%-os uniós értéknél. 2017-ben minden ötödik felnőttre jutott egy elhízott, ráadásul az elmúlt évtizedek során ez az arány folyamatos növekedést mutatott.

Már a gyermekek körében is egyre növekvő probléma a túlsúly és elhízás, amely majdnem minden ötödik 15 évest érintette 2013-2014-ben. 2017-ben a halálozások 28 %-ának étrenddel összefüggő kockázati oka volt, úgymint a kis mennyiségű gyümölcs- és zöldségfogyasztás, magas só- és cukorfogyasztás. Ez az adat szintén magasabb az EU átlagnál 10 %-kal. Az aktív és passzív dohányzást tekintve a halálesetek 21 %-a vezethető vissza erre a kockázati tényezőre, továbbá közel 10 %-a az alkoholfogyasztásra és 4%-a a kevés testmozgásra. Az alkoholfogyasztás okozta halálozás az egyik legmagasabb az unióban.

¹ State of Health in the EU – Magyarország – Egészségügyi Országprofil (2019). Az országprofil az OECD és a European Observatory on Health Systems and Policies közös munkájának eredményeként jött létre, az Európai Bizottsággal együttműködésben.

A vezető halálokok hazánkban a szív- és érrendszeri megbetegedések. Annak ellenére, hogy a stroke okozta mortalitás csökken a 2000-es évekhez képest, továbbra is a keringési rendszer betegsége a legmagasabban vezető halálokok, jelentősen nagyobb számban fordul elő, mint a legtöbb uniós országban. Az ischaemiás szívbetegségből eredő halálozás hazánkban 12 %-kal csökkent 2000 és 2016 között, ez mégis elmarad az EU 40 %-ához képest. Szintén lesújtó adat, hogy 2016-ban Magyarországon a legmagasabb a rák okozta mortalitás. Az önbevallásos szubjektív egészségi állapotot tekintve 2017-ben öt magyar felnőttből hárman jónak ítélték azt, amely eredmény 10 %-kal marad el az EU átlagtól. A magyar lakosság a legtöbb uniós országhoz képest kockázatosabb egészséggel kapcsolatos magatartást tanúsít (1. ábra) (OECD, 2019).

1. ábra: A magyar lakosság egészségmagatartásának jellemzői²



Forrás: OECD, 2019 8.o.

²Minél közelebb helyezkedik el a pont a középponthez, annál jobban teljesít az adott ország az uniós országokkal összevetve. Egyik ország sincs a fehér „célterületen” belül, mivel minden ország számára adott a fejlődési lehetőség minden területen. Adatok forrása: A gyermekekre vonatkozó mutatók a 2015-ös ESPAD-felmérésen és a 2013–14-es HBSC-felmérésen alapulnak; míg a felnőttekre vonatkozó mutatók a 2017-es EU-SILC, a 2014-es EHIS és az OECD 2019-es egészségügyi statisztikáin alapuló OECD-számításokat veszik alapul.

Fókuszáltn az iskoláskorú lakosságra vonatkozóan megállapítható, hogy nem megfelelő az egészségmagatartásuk, valamint ebből kifolyólag az egészségi állapotuk, melyet számos nemzetközi (HBSC³, ESPAD⁴), hazai országos szintű (iEKF⁵) és területi, kisebb mintán végzett kutatás (Horváth és Bognár, 2019; Horváth és Bognár, 2020) is alátámaszt. Az iskoláskorúak egészségmagatartását vizsgáló nemzetközi kutatás (HBSC) hazai adataiból látjuk, hogy az elmúlt évtizedben romló tendencia mutatkozik a napi szintű mozgást, fizikai aktivitást, a naponta reggelizők számát, a zöldség- és gyümölcsfogyasztási szokásokat, a kortársbántalmazást, valamint a szexuális magatartás esetében a védekezést tekintve. Pozitív mintázat is kirajzolódik az elmúlt évek felméréseit tekintve, ugyanis csökkent a dohányzók és alkoholfogyasztók száma, továbbá stagnálás mutatkozik a droghasználatot tekintve (Németh és Költő, 2011; Németh és Költő, 2016; Németh és Várnai 2019).

Ezen életmódbeli tényezők pozitív irányú befolyásolására két fő nevelési színtér van nagy hatással, a család és az intézményes nevelés. Elsődleges szocializációs színtérnek tekintjük a családot, hiszen ez az első és időben a legkorábban megjelenő közeg, ahol a gyermekek szocializációja, (egészség)nevelése elkezdődik. A szocializáció egy olyan folyamat, amely során az egyén elsajátítja azokat a normákat és értékeket, amelyek a társadalom által elfogadottak, amely során megtanulja a társadalmi szerepeket és alkalmazkodik hozzájuk. A társadalomba való beilleszkedés során az egyén megismeri önmagát, az őt körülvevő környezetet, a lehetséges és elvárt érték- és szokásrendszert (Bányász, 2008). Buda szerint a szocializáció egy interakciós folyamat, amely során az egyén viselkedése módosul az őt érő ingerek alapján (Buda, 1986). Az iskolát másodlagos szocializációs színtérnek tekintjük, ahol a gyermeknek már nem a közvetlen családi környezete közvetíti a kultúrát, az érték- és szokásrendszert, hanem más, jelentős személyek: nevelők, tanárok, pedagógusok, iskolatársak, barátok (Tóth, 2003). Az intézményes nevelést tekintve fontos színtér az iskola, mely a disszertáció központi elemét jelenti. Évtizedek óta ismert, hogy az iskola, mint szocializációs színtér fontos szerepet játszik az ember életében, hiszen jellemzően hatéves kortól egészen a munkába állásáig valamilyen oktatási intézményben tölti élete jelentős részét, ebben a közegben tanul meg együttműködni másokkal, kapcsolatokat kialakítani, fenntartani vagy akár versengeni másokkal (Thornberry, 1987).

³ Health Behavior of School-Aged Children

⁴ European School Survey on Alcohol and other Drugs

⁵ Iskolai Egészségkommunikációs Felmérés

Az oktatáson kívül meghatározó feladata van az iskolának a szociális tanulás tekintetében, a kapcsolatok kialakítása terén, mind a társakkal, mind a pedagógusokkal (Szabó, Zsadányi és Hangya, 2015). Kutatások bizonyítják, hogy a pedagógusokhoz való kötődés pozitív hatással van nem csak a tanulmányi eredményre, de a konstruktív, egészségtudatos életvezetés kialakítására is (Kuperminc, Leadbeater és Blatt, 2001; Susánszky, Szántó és Hajnal, 2006). Ezek mind olyan értékek, amelyeket kizárólag formálisan, oktatás révén nem lehet elérni, elsajátítani, ráadásul olyan mennyiségű információ és tudás áll a rendelkezésünkre, hogy elengedhetetlen, hogy a gyermekekben kialakuljon az élethosszig tartó és az élet minden területére kiterjedő tanulás igénye (Csapó, 2005). Az intézményes nevelés keretein belül végzett törekvések és tevékenységek a konstruktív életvezetés, egészséges viselkedés- és magatartás megalapozása és megerősítése érdekében, az iskolai egészségnevelés folyamatában teljessé válnak ki. Az iskolai egészségnevelés rengeteg lehetőséget rejt magában, ha megfelelően tervezzük és szervezzük azt.

1.1 Kutatási probléma

A kutatási probléma kiválasztásakor olyan lényeges és hazánkban kevésbé kutatott területet választottam, amely megoldást jelenthet az iskolai egészségnevelés pedagógiai, nevelési hatásrendszerének vizsgálatára és segítő eszközt nyújt annak eredményessége érdekében.

Az elmúlt évek testnevelő és egészségfejlesztő tanári tapasztalataim, valamint kutatóként a szakirodalom feltárása során hiányterületként jelent meg a tudományos ismeretek rendszerében azaz intézményértékelési modell, mérési-értékelési eszköz, amely intézményi szintű, a tanulói szükségletek és igények irányából értékeli az iskolai egészségnevelés komplex pedagógiai hatásrendszerét, amely mérési-értékelési rendszer kiindulási pontot és segédletet jelenthet az egészségnevelési programok tervezése, fejlesztése és nyomon követése során.

Annak ellenére, hogy hazánkban számos előremutató iskolai egészségnevelési projekt van, ezek jellemzően elszigetelten valósulnak meg (Járomi és Vitrai, 2017). Az iskolákra és tanulókra szabott egészségnevelési program hatékony megtervezésének és eredményességének érdekében fontos felismerni és beazonosítani azokat a tényezőket, területeket, amelyek az adott iskolára kedvezően vagy kedvezőtlenül hatnak, továbbá az iskolára jellemző erősségeket és fejlesztendő területeket.

A szükséges beavatkozási területek beazonosításával, majd azok fejlesztésével elérhető egy olyan diagnosztikus vizsgálatok eredményeire alapozott, gyakorlatorientált és komplex egészségnevelési program, amely képes a tanulók pozitív szokás- és viselkedésváltozását elérni, mely az egészségi állapotuk javulását eredményezi, ahogyan azt nemzetközi kutatási eredmények is alátámasztják (*Busch és mtsai, 2015; Waters és mtsai, 2017; Shinde és mtsai, 2018*).

Hazánkban történt számos kezdeményezés az iskolai egészségnevelés eredményességének növelése és a tanulók egészségi állapotának fejlesztése érdekében, azonban ezek jellemzően egy-egy területét emelték ki az egészségnevelés komplex tevékenységrendszerének (*Matóné, 2010; Csányi, 2011; Deutsch, 2012*), illetve csak egy-egy intézmény egészségnevelési programjára vonatkozóan, annak eredményességének fejlesztése érdekében. Kétségtelenül fontosak az egyes egészségmagatartási tényezőket vizsgálni. A fizikai aktivitásnak, táplálkozásnak, mentálhigiénének, rizikómagatartásoknak kiemelt szerepük van az egészség szempontjából. Ennek ellenére kevésbé került előtérbe hazánkban a komplex megközelítés, továbbá az egészségműveltség vizsgálata. Hazánkban még kevésbé kutatott terület az egészségműveltség, főleg az iskolai szinten annak ellenére, hogy az egészség releváns meghatározója (*WHO, 2013*), ami által napjainkban kiemelt társadalmi és gazdasági igény annak fejlesztése.

Doktori kutatásom során tehát olyan, hazánkban még nem alkalmazott intézményértékelési modellt és pedagógiai hatásrendszert mérő-értékelő eszközt dolgozok ki, mely objektív mutatók mentén képes a pedagógiai hatásrendszert és a tanulók egészségmagatartási, egészségműveltségi jellemzőit feltárni, az összefüggéseket elemezni, valamint hozzájárul az evidenciaalapú beavatkozások tervezéséhez és megvalósításához.

1.2 Célkitűzések

Annak érdekében, hogy a hazai iskolai egészségnevelés hatékonyságát növelni lehessen, a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan precízebb programok tervezésére van szükség. Történt kezdeményezés az iskolai egészségfejlesztő intervenciók fejlesztésére és hatékonyságvizsgálatára (*Cselik, 2017; Devosa, 2017*), azonban ezen kutatások esetében csupán az egészségnevelés egy-egy területét (fizikai aktivitás, táplálkozás, szexuális magatartás) kiragadva történt beavatkozás.

Kutatni érdemes azonban az iskolai egészségnevelést komplex megközelítéssel, így az egyes egészségmagatartási tényezők jellemzőin túl vizsgálni a tanulók egészségműveltségi jellemzőit, valamint a diákokat körülvevő fizikai és személyi környezet hatásait egyaránt. Mivel az iskolai oktató-nevelő munka hatékonyságának mérése-értékelése nehéz kutatási feladat a számos befolyásoló tényező miatt, így a fő célom vizsgálatának érdekében további alcélokat fogalmaztam meg, melyet a 2. ábra szemléltet. Ezen alcélok mentén több oldalról is vizsgálni tudom az iskolai egészségnevelést, elméleti és gyakorlati irányból.

A fő kutatási célom kialakítani egy olyan intézményértékelési keretrendszert, amely objektív mutatók mentén képes a pedagógiai hatásrendszernek és a tanulók egészségmagatartási, egészségműveltségi jellemzőinek feltárására, nyomon követésére, az összefüggések elemzésére, valamint az adatokon alapuló evidenciaalapú beavatkozások tervezésére és megvalósítására.

A fő célon túl elméleti irányból, deduktív logika alapján vizsgálom a kutatásban részt vevő iskolák egészségneveléssel összefüggő célkitűzéseit, tevékenységeit és módszereit a Pedagógiai Programok Egészségnevelési Programjainak tükrében, mely során formai és tartalmi elemeket is vizsgálok, az alábbi szempontok alapján:

- a dokumentumok terjedelme, kidolgozottsága,
- egészségnevelés és egészségfejlesztés elnevezések alkalmazása,
- egészségértelmezés,
- célkitűzések,
- iskolára, tanulókra szabott igények, diagnosztikus mérések,
- tevékenységek, programok, módszerek,
- érintett témakörök,
- szinterek, időintervallum,
- megvalósítók, szereplők,
- hatékonyságvizsgálat, eredményesség mérése-értékelése.

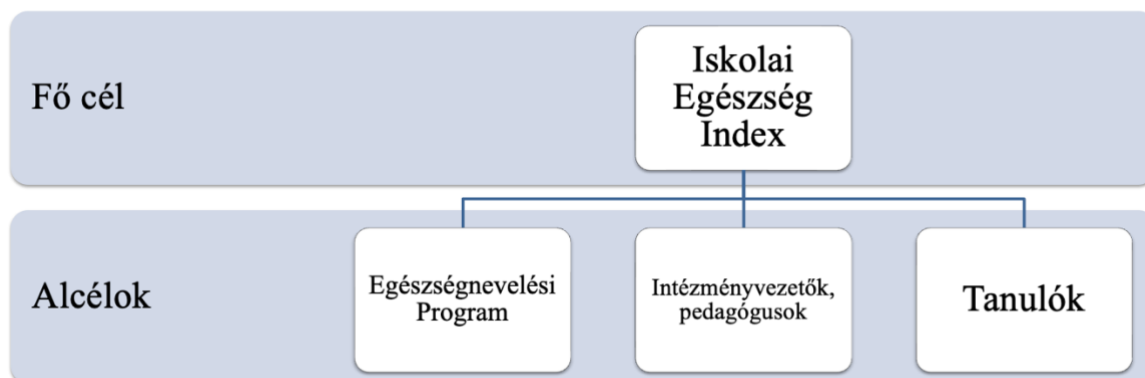
Céлом megismerni a gyakorlat irányából, hogy az intézményvezetők, valamint az egészségnevelésért felelős pedagógusok milyen egészségfelfogással rendelkeznek, valamint milyen szerepet vállalnak az egészségnevelésben. Ezzel kapcsolatban a vizsgált témakörök:

- egészségértelmezés,
- egészségnevelés szemléletmódja,
- egészségnevelési program célkitűzéseinek alapjai,
- módszerek és tevékenységek a gyakorlati munka során.

További célom a kutatással, hogy feltárjam Eger gimnáziumi tanulóinak:

- egészségműveltségét, valamint
- egészségmagatartását (1) a fizikai aktivitás, (2) a táplálkozási szokások, (3) az alkohol- és drogfogyasztás, (4) a dohányzás, (5) a szexuális magatartás továbbá (6) az iskolai és internetes kortársbántalmazás tekintetében.

2. ábra: A kutatás célkitűzésének folyamatábrája



Forrás: Saját szerkesztés

2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1 Az egészséggel kapcsolatos fogalmi rendszer

Az egészséggel kapcsolatos fogalmi rendszer áttekintése során a disszertáció szempontjából fontos definíciók ismertetésére törekszem, úgymint:

- egészség,
- egészségnevelés-fejlesztés,
- egészségműveltség és
- egészségmagatartás.

Bemutatásra kerülnek a releváns szakirodalom általi megfogalmazások annak érdekében, hogy az olvasó számára egyértelmű legyen ezen fogalmak disszertáns általi értelmezése.

2.1.1 Az egészség fogalmának komplex értelmezése

Az egészség definícióját más és más értelmezésben használták az idők során, köszönhetően a változó világképeknek, ideológiáknak, a betegségekkel kapcsolatos új ismereteknek, valamint az orvostudomány és a gyógyítást célzó új technikai eljárásoknak, eszközöknek (Tóth, 2014), éppen ezért sokan, sokféle megfogalmazásban írták le az egészséget.

Az egészség érték, amelynek meghatározásakor érdemes annak tartalmi összetevőit feltárni. Ahhoz, hogy az iskolai egészségnevelésről beszéljünk, meg kell határozni annak alapját képző egészségfogalom már ismert tartalmi elemeit és mindazon körülményeket, amelyek meghatározták a kialakulását. Sokfélék lehetnek a tudományos egészségdefiníciók (Aggleton, 1994). Vannak kutatók (Field, 1976; Blayter és Paterson, 1982; Macintyre, 1986), akik negatív egészségdefiníció szerint fogalmazzák meg az egészség jelentését, amely szerint az a testi-lelki betegségek hiánya. Ezzel a megközelítéssel ellentétben mások az egészség tartalmi összetevőit próbálják előtérbe helyezni, tehát az egészség nem valami hiányként fogalmazódik meg, hanem valami megléte alapján (WHO, 1946; Dubos, 1959; Parsons, 1972; Seedhouse, 1986).

A legismertebb fogalom, amely tükrözni hivatott az egészség komplexitását, az Egészségügyi Világszervezet (1946) definíciója, mely 1946-ban került megfogalmazásra a New Yorkban megrendezett Egészség Konferencián, majd, amelyet 1948-ban a WHO Alkotmánya tett széleskörűen ismertté: „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya” (WHO, 1948, o. n.). Annak ellenére, hogy napjainkig a legtöbbször idézett megfogalmazás, többen illették kritikával. Ádány szerint túl idealisztikus célt fogalmaz meg, nem a mindennapos népegészségügyi tevékenység elérendő célját (Ádány, 2011), vagy „a WHO által megalkotott egészségdefiníció Székely (2007) álláspontja szerint – bár értéke vitathatatlan – statikus jellegűnek tekinthető, mely nem alkalmazható az egyes emberre, s nem lehet mutatója a lakosság egészségi állapotának sem, csupán arra a kérdésre ad választ, hogy mi szükséges az egészséghez” (Petőné, 2012, 14.).

Számos nemzetközi konferencia foglalkozott az egészség megfogalmazásának kérdéskörével az elmúlt évtizedek során. Az Egészségügyi Világszervezet által szervezett koppenhágai konferencián⁶ (1984) komplex módon értelmezték a korábbi, 1946-ban megfogalmazott egészség meghatározást. Erőforrásként tekintettek az egészségre, amely a mindennapi élethez szükséges (WHO, 1984). Néhány év múlva, az I. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián⁷ (Ottawa, 1986) már úgy említették az egészségi állapotot, mint a társadalmi tényezők, a fizikai környezet, továbbá az egyéni ismeretek, magatartás és tapasztalatok által befolyásolt állapot (WHO, 1986), továbbá hogy „... a teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza” (WHO, 1986. o. n.).

Ezt követően, a II. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Adelaide, 1988) záródokumentumába⁸ leírásra került, hogy az egészség alapvető emberi jog, így a kormányoknak is komoly felelősségük van állampolgárai egészségi állapotának javításában, melyet az egészséget támogató társadalompolitika révén kell elérni (WHO, 1988). A III. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián (Sundsvall, 1991) 81 ország képviseltette magát.

⁶ Koppenhágai Vitairat

⁷ Ottawai Charta

⁸ Adelaide-i ajánlások

A II. Nemzetközi Egészségfejlesztő Konferencia eredményeképpen a Sundsvalli Nyilatkozat (1991) már nagy jelentőséget tulajdonított a politikának, hiszen mint már ismeretes volt, a kormányok is jelentősen befolyásolják az egyén és az egész lakosság egészségi állapotát. A IV. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Dzsakarta, 1997) dokumentuma⁹ leírja, hogy az egészség a külső környezeti tényezők, az egyéni viselkedés tényezői, valamint a személyes tényezők együttes hatásaként jellemezhető (Nagy és Barabás, 2011).

Elmondható tehát, hogy az egészségdefiníció jelentős változásokon ment keresztül az elmúlt évtizedekben, és ez a változás mind a mai napig fennáll. Azt már régóta tudjuk, hogy az egészség értelmezésekor biológiai, pszichológiai és szociológiai tényezőket is figyelembe kell venni, azok egymásra kölcsönösen ható tényezőinek eredőjeként írható le, tehát az egészség napjainkban már sokkal többet jelent, mintsem egy statikus, a betegség hiányát leíró fogalom (Feith és mtsai, 2016).

A WHO (1948) egészségdefiníciójának, valamint azok továbbfejlesztett verzióinak még tovább gondolása napjainkban is aktuális a környezeti feltételek megváltoztatása következtében. Fontos figyelembe venni, hogy az ember egészsége szoros kölcsönhatásban áll a környezetével, így az informatikai világháló, a globalizáció, a szabad költözés, a munkaerő-verseny, a turizmus hatásai is befolyásolják az egyén egészségét. Ezért indokoltá vált az egészség modern megfogalmazása (Székely, Vergeer, Simon, 2007). Székely és mtsai (2007) által kidolgozott modern modellben négy különféle egészség felfogást rendszereztek. A szerzők bemutatják az egészség fogalom alkalmazásának lehetséges módjait, valamint az új koncepciót a globalizáció követelményrendszerébe ágyazza. Indokolt az újra értelmezés, tovább gondolás az egészség fogalmával kapcsolatban, hiszen a jelenkor elvárásaihoz kell igazítani azt, szem előtt tartva, hogy a korábbi megfogalmazásokat sem szabad elvetni. A négy különféle egészségfelfogás (1) az orvos-biológiai statikus felfogás, (2) a folyamatértelmezésű felfogás, (3) a kompetenciaalapú felfogás, valamint (4) az explorált egészségfogalom.

⁹ Dzsakartai Nyilatkozat

Az egészségdefiníció modern értelmezése alapján: „*az egészség az ember életfolyamatában olyan báziskompetencia, amely a testi-lelki-szociális alkalmazkodó-, alakító- és önmegvalósító képesség biztosítéka (potenciálja) a globalizált környezet szocializációs feltételei között. Az egészség az ember tulajdonsága, amely azt mutatja, hogy egyéni élete folyamán hogyan képes alapkompenciáit, tanulási folyamatait, biológiai-pszichikus-szociális alkalmazkodó- és alakítóképeségét irányítani, a környező világ követelményeit és a tudományos eredményeket elsajátítani, a globális világ aktuális és jövőbeni realitásaihoz – amelyekben mindenki emberként létezik – alkalmazkodni, saját magát megvalósítani*” (Székely, Vergeer, Simon, 2007, 48 o.).

Mint ismeretes, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-os meghatározása egyértelművé tette már a régmúltban is, hogy az egészségnek több dimenziója van, úgymint a fizikai, lelki, emocionális, mentális és szociális dimenzió. E dimenziók mentén értelmezhetővé és megragadhatóvá válik az egészség. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO, 1986) meghatározása szerint, az egészség területei (1) a fizikai egészség, amely a szervezet megfelelő biológiai, élettani működését mutatja, (2) a lelki egészség, amely a személyes világnézetünk, magatartásbeli alapelveink, illetve a tudat nyugalmanak és az önmagunkkal szembeni békének a jele, (3) az emocionális egészség, amely az érzések felismerésének, illetve azok megélésének, kifejezésének a képessége, (4) a mentális egészség, a tiszta és következetes gondolkodásra való képesség, (5) továbbá a szociális egészség dimenzió, amely magába foglalja a társadalmi és társas kapcsolataink minőségét. A komplex egészség-értelmezés és a sokféle dimenzió tudatában egyértelművé válik, hogy az egészség megőrzése, védelme és fejlesztése társadalmi feladat, melyhez szükség van többek között a megfelelő intézményrendszerre, továbbá az egyén felelősségére is (Bárdos és Kraiciné, 2018).

2.1.2 Az egészségnevelés és egészségfejlesztés rendszere

A WHO meghatározása szerint „*az egészségfejlesztés az a folyamat, mely képessé teszi az embereket arra, hogy saját egészségüket felügyeljék és javítsák. Az egészségfejlesztés átfogó társadalmi és politikai folyamat, mely nemcsak az egyének képességeinek és jártasságának erősítésére irányuló cselekvéseket foglal magába, hanem olyan tevékenységeket is, amelyek a társadalmi, környezeti és gazdasági feltételek megváltoztatására irányulnak azért, hogy azoknak a köz és az egyén egészségére gyakorolt hatása kedvező legyen*” (WHO, 1986. o.n.). Ez alapján az egészségfejlesztés az egészségműveltség fejlesztésére, az egészségtudatos magatartásra, valamint a megelőzésre irányuló tevékenység (Gritz, 2007).

A WHO (1998) úgy definiálja az egészségnevelést, mint „*ami magában foglalja a tudatosan megalkotott lehetőségeket a tanulásra, beleértve néhány megtervezett kommunikációs formát az egészségműveltség fejlesztésére, amely tartalmazza a tudás fejlesztését és a személyes és a közösségi egészséghez vezető életkézségek kifejlesztését*” (*Health Promotion Glossary, WHO, 1998. o.n.*). A Pedagógiai Kislexikonban csak az egészségnevelés jelenik meg, az egészséges életmód céljait megvalósító pedagógiai tevékenységként (*Naszákné, 1996*). Az egészségnevelés célja, hogy a lakosságot tájékoztassa a betegségek megelőzési módjairól, illetve életmód-változtatásra ösztönözzön (*Nagy és Barabás, 2011*).

A fent említettek alapján látjuk, hogy az egészségnevelés az egészségfejlesztés meghatározó részeként jelenik meg és azok tartalma elkülönül. Az egészségfejlesztés egy 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, amelyek 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 (*Ewles és Simnett, 1999*).

A hazai neveléstudományi szakirodalomban különféle szóhasználattal találkozunk, amikor az egészség javítását célzó tevékenységekről olvasunk. Alkalmazzák a különböző tudományterületek az egészségnevelés (mint iskolai egészségnevelési program) és az egészségfejlesztés (mint iskolai egészségfejlesztő intervenció) kifejezést is. Ha a hazai iskolai gyakorlatot vizsgáljuk, akkor az egészségfejlesztés és egészségnevelés szinkronfogalomként van jelen, melyre kutatási adatok, empirikus tapasztalatok utalnak (*Paksi és mtsai, 2004; Aszmann, 2005; Meleg, 2006; Pikó, 2007; Felvinczi, 2007; Deutsch, 2012;*), így egyértelmű interdiszciplináris terminológiai dilemma áll fenn a tanulók egészségmagatartását, életminőségét befolyásoló iskolai folyamatok tekintetében.

Disszertációm fogalomhasználatában a neveléstudományi keretek meghatározóak, így a hazai egészségmagatartást és életmódot befolyásoló iskolai tevékenységet rendszerint egészségnevelésnek nevezem, míg a nemzetközi szakirodalomra való hivatkozás során az egészségfejlesztés kifejezést alkalmazom.

Egészségfejlesztési modellek

Az egészségfejlesztési célok és feladatok meghatározására különböző megközelítési módok és modellek alakultak ki, mely modellek ritkán fordulnak elő tisztán, legtöbbször keverednek (Holló, 2006), (1) orvosi megközelítés modellje, (2) magatartást módosító megközelítés modellje, (3) nevelési megközelítés modellje, (4) résztvevőközpontú megközelítés modellje, és (5) társadalmi változás oldaláról történő megközelítés modellje.

Az orvosi megközelítési modell célja a betegségek megelőzése, a betegségektől való teljes mentesség elérése. Preventív módon a betegség megelőzése áll a fókuszban. Ezen modell legfőbb célja az egyének meggyőzése arról, hogy alávessék magukat a preventív vizsgálatoknak, szűrővizsgálatoknak, immunizálásnak. A magatartást módosító megközelítési modell célja az egészségtelen szokások, tevékenységek terén történő beavatkozás, azok módosítása, valamint a pozitív egészségmagatartási elemek beillesztése az egyén életmódjába. Ezen folyamat az egyéni beállítódás és viselkedés megváltoztatásával történik az egészséges életmód kialakítása érdekében. A modell fontos eleme a szakember hitelessége, példamutatása. A nevelési megközelítés modell célja a megfelelő információközvetítést követően az egyének tudásának és megértő képességének fejlesztése a megalapozott és megfelelő döntéshozatal lehetővé tételére, szem előtt tartva az egyénnek azon jogát, hogy saját egészségével, egészségmagatartásával kapcsolatban szabadon dönthessen. A résztvevőközpontú megközelítés modell célja, hogy a folyamatban részt vevő egyének megismerjék saját helyzetüket és lehetőségeiket annak érdekében, hogy megfelelően dönteni tudjanak az egészségmagatartásuk kapcsán továbbá, hogy képesek legyenek a változásokat végrehajtani. A tradicionális oktatással szemben elvárt, hogy a résztvevők kritikusan és tudatosan gondolkodjanak. A társadalmi változás oldaláról történő megközelítés modell célja létrehozni egy olyan fizikai, szociális és gazdasági környezetet, amely lehetővé teszi az egészséges életmód választását. Fontos a hozzáférhetőség mindenki számára azon szolgáltatásokhoz, melyek segítik és támogatják az egészséges életmód megalapozását és fenntartását. Ezen modell már szükségessé teszi a politikai és társadalmi tevékenységek meglétét (Holló, 2006)¹⁰.

Jelenleg számos, az egészségfejlesztés magatartásváltozásra vonatkozó elméleti modellt ismerünk.

¹⁰ https://efop180.antsz.hu/attachments/article/120/Egyeni_egeszsegfejlesztes_modszertana_ET_V1_Publ.pdf

Vannak, amelyek az egyén szerepére fókuszálnak (elsősorban a pszichológia területén alkalmazott modellek), valamint létrejöttek olyan modellek, amelyek a viselkedésre, a viselkedéssel és az egyénnel kapcsolatban lévő fizikai és szociális környezetre fókuszálnak.

Vitrai és Varsányi (2015) összefoglaló tanulmányában is látható, hogy számos, tudományosan megalapozott viselkedést változtató módszer létezik. Ezen beavatkozások egyszerre bővítik az egészséggel és egészséges életmóddal kapcsolatos ismereteket, készségeket, motiválnak, továbbá biztosítják a viselkedésváltozást támogató fizikai és szociális környezetet. A COM-B modell a magatartás és az azt befolyásoló tényezők szerkezetét meghatározó rendszer, mely alapján a magatartás megváltoztatásához 3 elemre van szükség, (1) képesség (capability), (2) motiváció (motivation) és (3) lehetőség (opportunity) (3. ábra).

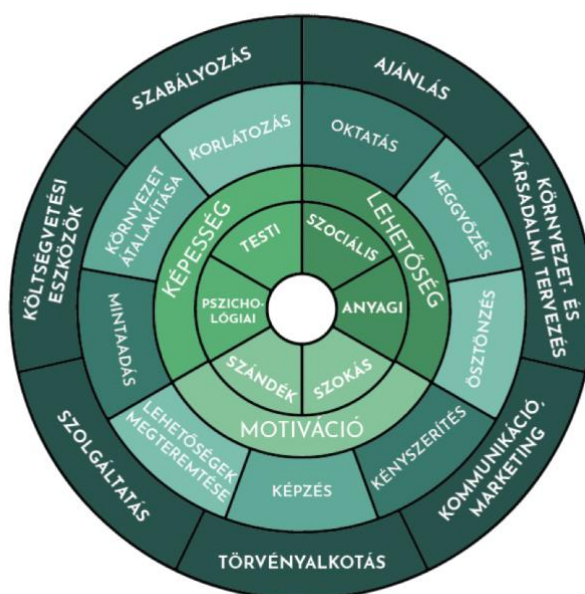
3. ábra: A COM-B modell szerkezete



Forrás: *Vitrai és Varsányi*, 2015

2011-ben jelent meg a „viselkedésváltozás kereke” modell, melynek alapját a COM-B modell képezi. A modell tartalmaz kilenc beavatkozást és hét szakpolitikát. A viselkedésváltozáshoz a modell alapján szükség van a készségekre, a motivációra, a támogató körülményekre, kiegészítve a szakpolitikával. A „viselkedésváltozás kereke” (4. ábra) rámutat arra, hogy a szakpolitikák és beavatkozások együttes hatása szükséges a magatartás szabályozásokon túl fontos szerepe van az oktatásnak, a környezet átalakításának és a lehetőségek megteremtésének (*Vitrai és Varsányi*, 2015).

4. ábra: A viselkedésváltozás kereke



Forrás: Vitrai és Varsányi, 2015

Ezen egészségfejlesztési modellek is alátámasztják azt az igényt, hogy az iskolai egészségnevelés folyamatát komplexen, több beavatkozás együttes hatása mentén vizsgáljunk, számos komponens, ismeret, képesség és szabályozás figyelembevételével, amely tényezők együttesen képesek hatékonyan befolyásolni az egészségmagatartásra és életmódra irányuló iskolai tevékenységet.

2.2 Az egészségmagatartás

A kutatás szempontjából releváns megközelítés szerint az egészséggel és betegséggel összefüggő magatartás- és viselkedésformákat *Kasl és Cobb* (1966) eleinte 3 kategóriába sorolták: (1) a testi megbetegedések megelőzését szolgáló tevékenységek, úgymint a kiegyensúlyozott táplálkozás, rendszeres fizikai aktivitás; (2) azok a magatartásformák, amelyek akkor jelentkeznek, ha a betegség gyanúja fennáll, úgymint orvoshoz fordulás; valamint (3) a betegség bekövetkezése után jelentkező, a gyógyulást elősegítő viselkedésformák, például gyógyszeresedés (*Kasl és Cobb*, 1966). Később *Matarazzo* (1984) másféleképpen gondolkozott az egészség-betegségmagatartás- és viselkedésforma kategóriákat illetően. Az adott tevékenység egészre gyakorolt hatása alapján fogalmazta meg az egészségkárosító és egészségvédő magatartásformákat.

Egészségkárosító magatartásnak vélte a túlzott mértékű alkoholfogyasztást, az egészségtelen, mértéktelen táplálkozást, a mozgásszegény életmódot, valamint a dohányzást, míg egészségvédő kategóriába sorolta azokat a tevékenységeket, amelyek közvetlen egészségnyeréssel járnak. Ezen kategóriába tartozik a megfelelő mennyiségű pihenés, a szűrővizsgálatokon való részvétel, a személyi és környezeti higiéné, a kiegyensúlyozott táplálkozás, továbbá a rendszeres fizikai aktivitás (*Matarazzo*, 1984).

Kasl és Cobb (1966) és *Matarazzo* (1984) megközelítéseit, kategóriarendszerét szintézisbe hozva megállapítható, hogy egészségmagatartás alatt értünk minden olyan tevékenységet, amely az egyén egészségi állapotát befolyásolja, akár pozitív, akár negatív irányban (*Ogden*, 2007).

Az egészségnevelés-fejlesztés célja a protektív egészségmagatartás megalapozása, megerősítése, valamint a pozitív irányba való elmozdítása. *Fishbein és Yzer* (2003) szerint három elmélet a legátfogóbb, melyek figyelembevételre fontos egészségmagatartás- és fejlesztés során: (1) az egészséghit modell¹¹ (*Rosenstock*, 1974; *Janz és Becker*, 1984); (2) a szociális kognitív elmélet¹² (*Bandura*, 1977, 1986, 1997); valamint (3) a szándékolt és nem szándékolt cselekvés elmélete¹³ (*Fishbein és Ajzen*, 1975; *Ajzen és Fishbein*, 1980).

Az egészséghit-modell szerint a javasolt egészségmagatartás végrehajtásához nagyon fontos a hit. Hinni kell, hogy egy negatív egészségeredmény kialakulása valóban kockázatos, továbbá, hogy a védő magatartás előnyösebb, mint annak költsége. A szociális kognitív elmélet *Bandura* (*Bandura*, 1977, 1986, 1997) munkássága eredményeként alakult ki, mely alátámasztja, hogy egy egészségvédő magatartás adaptációja csak akkor lehet sikeres, ha annak pozitív hozadéka nagyobb mértékű, mint a negatív. Pozitív hozadék alatt értendő az egészségre gyakorolt pozitív hatás, negatív pedig például a költségek. Ezen modellnek is fontos pontja az egyéni meggyőződés, azonban itt már párosulnia kell a személyes közreműködés és énhatékonyság érzésével is annak érdekében, hogy a pozitív viselkedésforma változó körülmények között is jelen lehessen. *Fishbein és Ajzen* (1975) által kidolgozott indokolt cselekvés elmélet szerint az egészségvédő magatartás kivitelezésének sikere a teljesítési szándék és attitűd összefüggésében áll.

¹¹ Health Belief Model

¹² Social Cognitive Theory

¹³ Theory of Reasoned Action

Az integrált modellben¹⁴ (Fishbein és Yzer, 2003) összegződnek az előző elméletek fontos elemei, amely alapján egy magatartás végrehajtása függ az egyén erős szándékától, az ehhez szükséges készségek és képességek meglététől, valamint a környezeti kényszerek és korlátok hiányától. Nagy és Barabás (2011) tanulmányának összefoglalásában kiemeli, hogy az integrált modellben összefoglalt tényezőktől függ alapvetően az egyén magatartása, viselkedése.

A korszerszerű egészségmagatartás meghatározásnak magába kell foglalnia, hogy az egyén tisztába legyen azzal, hogy saját döntései milyen jelentőséggel bírnak az egészségével kapcsolatban, mint például a helyes táplálkozás (Szabó és Pikó, 2017), a megfelelő mennyiségű folyadékfogyasztás (Antal, Schmidt és Bíró, 2015), a fizikai aktivitás (Somhegyi, 2015), valamint az egészséges környezet (Tompai, 2015).

Napjainkra szinte közismert tényé vált, hogy a fizikai aktivitás, testmozgás segíti a testi-lelki jóllét fenntartását. Tudományos kutatások bizonyították, hogy a rendszeres testmozgásnak jótékony hatása van a szervezetre (Csányi, 2010; Uvacsek, 2015). Számos betegség megelőzésében játszik szerepet a fizikai aktivitás, például a kettes típusú cukorbetegség, csontritkulás, különböző szív- és érrendszeri megbetegedések (Lee és mtsai, 2012). Pozitív hatásai közé tartozik a közérzetjavulás vagy a megfelelő, egészséges mentális állapot (Driver és Taylor, 2000).

A fizikai aktivitás mellett az egyik legfontosabb életmódtényező a táplálkozás, mely esetében annak minősége, mennyisége és összetétele is fontos az egészség szempontjából. Kutatások vizsgálják a táplálkozási szokások esetében az egyes ételek (pl. zöldségek, gyümölcsök, cukros üdítőitalok, energiaital, édességek) fogyasztásának gyakoriságát, a főétkezések gyakoriságát és annak társas-kulturális aspektusát. A reggelizési szokások és az egészségi állapot között kapcsolatot mutattak ki a kutatások, miszerint a reggelit rendszerint kihagyó gyerekek és serdülők esetében magasabb a testtömeg-index érték, így nagyobb eséllyel kerülnek az elhízott kategóriába, továbbá megtartva ezen szokásukat, felnőttkorban nagyobb eséllyel lesz kardio-metabolikus megbetegedésük (Smith és mtsai, 2010; Ardeshirlarijani és mtsai, 2019; Ricotti és mtsai, 2021).

¹⁴ *Integrated Theoretical Model*

Az egészségkockázati magatartásformák közül a serdülők esetében jelentős kockázatot jelent a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztási szokások megjelenése, kialakulása. A dohányzás az egyik legfontosabb elkerülhető kockázati tényező a korai halálozás esetében (*Lim és mtsai, 2012*). Nemcsak a dohányzó, de a környezete számára is jelentős egészségkockázatot jelent a dohányzás (*Max, Sung és Shi, 2012*). Serdülőkorban kezdődik a nikotinfüggőség kialakulása, ezért fontos életszakasz a megelőzés szempontjából. A dohányzás mellett az alkoholfogyasztás is jelentős egészségtehernek számít. A dohányzáshoz hasonlóan az alkohol kipróbálása is a serdülőkorra tehető, így már akár annak rendszeressé válása vagy problémás formái is megjelenhetnek (*Marshall, 2014*). A drogfogyasztással, annak első kipróbálásával kapcsolatos kutatások (*Paksi mtsai, 2009; Magi és mtsai, 2017*) kimutatták, hogy a serdülőkor, azon belül is a középiskolás időszak nagy kitétséggel a drogokkal való találkozás szempontjából.

A kortársbántalmazás, azaz bullying egy másik személy feletti agresszív hatalomgyakorlás (*Pepler és Craig, 2000*). Szándékos, ismétlődő jelenség, továbbá egyenlőtlen erőviszony jellemző az elkövető és az áldozat között. A formáit tekintve előfordulhat fizikai, verbális, kapcsolati, továbbá napjainkra egyre jellemzőbb az online típus, mely során a bántalmazás digitális technológia útján történik (*Kowalski, 2012; Domonkos, 2014*).

A serdülők életében jelentős szerep jut a társas kapcsolatoknak, az életkor előre haladtával pedig a romantikus párkapcsolatoknak, melyeknek negatív és pozitív hatásai is lehetnek. Negatív hatás közé sorolható a korai életkorban létesített szexuális kapcsolat, mely esetében kiemelt kockázati tényezőt jelentenek a szexuális úton terjedő betegségek, valamint a nem kívánt serdülőkori korai terhesség. A betegségek és a nem kívánt terhesség megakadályozható a megfelelő védekezési módszerek használatával, ezért fontos a serdülőkori prevenció. Az önminősített egészségi állapot, azaz a szubjektív egészségi állapot kapcsolatban áll az étellel való elégedettséggel, így befolyásolja az egyén egészségvédő és egészségkárosító viselkedését (*Moor mtsai, 2014*).

2.2.1 Hazai iskoláskorú tanulók egészségmagatartása

A fiatal felnőttek egészségmagatartási jellemzői népszerű kutatási területnek számítanak hazánkban és nemzetközi szinten is: számos nemzeti és nemzetközi felmérés segíti a tanulók egészségének, egészséghez való viszonyulásának feltérképezését (HBSC, ESPAD, ELEF¹⁵, OLEF¹⁶, iEKF). A HBSC kutatás az egyik – ha nem a legfontosabb – országos szintű forrásunk az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartásával kapcsolatban. Több, mint harminc éve (az első mérés az 1985-86-os tanévben történt) indult a nemzetközi adatfelvétel, amely már negyvennél is több országban zajlik egységes módszertannal, négyévenkénti ismétléssel. Jelentős siker, hogy Magyarország már a kezdetektől fogva stabil tagja az együttműködésnek¹⁷. A kutatás előnye és jelentősége abban rejlik, hogy nem csak egy-egy aspektusát vizsgálja az egészségmagatartásnak, hanem átfogóan méri az iskoláskorú gyermekek jellemzőit¹⁸.

A HBSC kutatás legfrissebb, 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés 2019-ben jelent meg¹⁹ (Németh és Várnai, 2019). Ahhoz, hogy a kutatás szempontjából a releváns célcsoport egészségmagatartását megismerjük, ezen kutatás legfrissebb publikált eredményeivel fogom szemléltetni azt, összevetve korábbi eredményekkel, hogy képet kapjunk a megmutatkozó változásokról, trendekről, tendenciákról.

A kutatásban résztvevő hazai iskoláskorúak válaszai alapján elmondható, hogy alig több, mint egyhatodik (17,9%) mozog eleget, azaz minden nap legalább mérsékelt intenzitással, legalább 60 percet (WHO, 2010). A megkérdezettek 21,5%-a közel elegendő mennyiségű fizikai aktivitást végez, azaz a WHO javaslata szerint legalább 5 napon sportolt, továbbá 20,1 %-uk kevés testmozgással jellemezhető. Az iskoláskorúak 30,3 %-a nagyon keveset mozog a felmérés alapján. Minél magasabb évfolyamú a tanuló, annál alacsonyabb szintű fizikai aktivitás jellemzi. A semennyit nem mozgó fiatalok aránya a 9. évfolyamosok körében a legmagasabb. A heti legalább kétszer intenzíven mozgó fiatalok arányában az egyes évfolyamokat vizsgálva szignifikáns csökkenés tapasztalható. Míg a legfiatalabbak 81,1 %-a végez ilyen jellegű testmozgást, addig a 11. évfolyamon tanulók csupán 61,7%-ára jellemző.

¹⁵ Európai Lakossági Egészségfelmérés

¹⁶ Országos Lakossági Egészségfelmérés

¹⁷ korábban Aszmann Anna, jelenleg pedig Németh Ágnes vezetésével

¹⁸ táplálkozási, alvási, szerhasználati, szexuális, fogápolási, fizikai aktivitás szokásokat, valamint a családdal, kortársakkal való kapcsolat

¹⁹ az ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó által, Budapesten

A hazai serdülők csupán 17,9 %-ára jellemző, hogy napi szinten eleget mozog (Kun, Németh, Szabó és Demetrovics, 2019). Ez az arány csökkent a 2014-es adatfelvételhez képest (Németh, 2016), ugyanis akkor a megkérdezettek közel 20 %-a végzett napi szinten elegendő testmozgást.

A vizsgálatban részt vevő tanulók 32,3%-a soha nem reggelizik hétköznapokon. Míg 5. évfolyamon még a megkérdezettek 51,8%-a mindennap reggelizik, úgy a 11. évfolyamosoknál ez az arány már csak 36,1 %. A napi rendszerességgel gyümölcsfogyasztó tanulók a megkérdezettek 28,8%-a, mely hasonló értéket mutat a zöldségfogyasztáshoz, a fiatalok 27,2 %-a fogyaszt napi rendszerességgel zöldséget. Az évfolyamok növekedésével mintegy 20 %os csökkenés figyelhető meg. A legfiatalabbak közel 40 %-a fogyaszt napi rendszerességgel gyümölcsöt, ez az arány a 11. évfolyamra lecsökken 20 % körülire. A gyümölcsfogyasztással kapcsolatban minden évfolyamon szignifikáns különbség figyelhető meg, a zöldségfogyasztás esetében „csak” a legfiatalabb és legidősebb tanulók között. A diákok 24,1 %-a fogyaszt napi rendszerességgel édességet (Németh és Román, 2019). A legfrissebb eredményeket összevetve a régebbi adatfelvételek eredményeihez elmondható, hogy a jellegzetes mintázatok a legtöbb esetben nem változtak (Németh, 2016). A naponta reggelizők, illetve a gyümölcs- és zöldségfogyasztók arányában is csökkenés mutatkozik, mely tendencia aggasztónak mondható.

A HBSC legfrissebb publikált eredményei alapján az 5. évfolyamban tanulók 1,2 %-a számolt be valamilyen szintű dohányzáról, addig a 11. évfolyamon ez az arány már 34,5 %. A naponta dohányzók aránya 9. évfolyamon 15,3 %, 11. évfolyamon 22,9 % (Urbán, 2019). Folyamatos csökkenés figyelhető meg a 2010-ben (Halmai és Németh, 2011), 2014-ben (Arnold, 2016) és a legújabb HBSC beszámolóban a 11. évfolyamosok körében, a rendszeres, legalább heti gyakoriságú dohányzók aránya az elmúlt 10 évben mintegy harmadával csökkent a fiúknál és negyedével mérséklődött a lányoknál, mely tendencia az alkoholfogyasztással kapcsolatban is megmutatkozik.

A HBSC nemzetközi vizsgálatban résztvevő hazai tanulók 60,7 %-a már fogyasztott alkoholt eddigi élete során. A magasabb évfolyamok felé haladva növekszik az alkoholt kipróbálók aránya. A legnagyobb mértékű növekedés a 7. és 9. évfolyam között figyelhető meg, közel 35 %, míg 9. és 11. évfolyam között mérséklődik a növekedés (13,1%). A vizsgálatban résztvevők 36,9 %-a volt már legalább egyszer részeg élete során, valamint 25,7 %-a legalább kétszer (Horváth, 2019). A dohányzáshoz hasonlóan az előző (2014) adatfelvétel eredményeihez képest javuló tendencia mutatkozik (Arnold, 2016).

A HBSC kutatásban résztvevő hazai 9. és 11. évfolyamos tanulók 24,6 %-a már használt élete során legalább egy alkalommal valamilyen tiltott drogot és/vagy fogyasztott valamilyen legális szert visszaélészerűen. Az évfolyamokat tekintve a diákok drogérintettségét megállapítható, hogy a felsőbb évesek nagyobb arányban kerültek kapcsolatba valamilyen droggal. A 9. évfolyamosok 19,4 %-a próbált ki már valamilyen drogot, míg a 11. évfolyamosoknál ez az arány 30,8 % (Paksi, 2019). Jelen legfrissebb publikált HBSC adatok azonosságot mutatnak az előző, 2014-es adatfelvétel során kapott adatokkal (Arnold, 2016b)

A HBSC kortársbántalmazásra vonatkozó kérdéseiből kiderül, hogy a diákok közel háromnegyedét nem érintette, míg közel ötödét legalább egyszer-kétszer érintette a bántalmazás iskolatársa által a vizsgálatot megelőző hónapban. A heti vagy hetente többszöri bántalmazás a megkérdezettek 6,7 %-át érinti. A bántalmazott tanulók aránya az évfolyamok növekedésével szignifikánsan csökken. Az 5. évfolyamon a tanulók 42,2 %-a élt már át bántalmazást, addig a 11. évfolyamos tanulók 17,5 %-a. Előző évi felméréshez képest növekedett az áldozattáválás aránya minden évfolyamon. Az online viktimizáció az 5. évfolyamos tanulók 18,1 %-át érinti, a 11. évfolyamon ez az arány 17,1 %, így megállapítható, hogy az iskolai kortársbántalmazással ellentétben az online bántalmazás nem csökken az életkorral (Várnai, 2019). Nemzetközi kutatások esetében csökkenő tendencia mutatkozik a kortársbántalmazás előfordulását tekintve (Chester és mtsai, 2015), azonban hazánkban a korábbi HBSC adatfelvételeket vizsgálva ennek az ellenkezőjét mutatják (Várnai és Zsíros, 2016).

A vizsgált diákok 43,2 %-ának már volt szexuális kapcsolata. A 9. évfolyamon tanulók közel 30 %-a, míg a 11. évfolyamon tanulók közel 60 %-a számolt be arról, hogy volt már szexuális kapcsolata. Az első szexuális élményt tekintve azt láthatjuk, hogy a szexuálisan aktív 9. évfolyamos fiúk közel 50 %-a 14 évesen vagy korábban szerezte meg első szexuális élményét, míg a lányok esetében ez az arány közel 35 %. A 11. évfolyamos, szexuálisan aktív tanulók körében mind a fiúk, mind a lányok esetében ez az arány közel 20 %-os. A szexuálisan aktív tanulók körében az óvszerhasználat a legelterjedtebb védekezési módszer, a megkérdezettek 22 %-a alkalmazta legutóbbi szexuális együttlét során. Nem használt semmilyen védekezési módszert a megkérdezettek 20 %-a, valamint további 5,7 %-a válaszolta a tanulóknak, hogy nem tudja, védekezett-e a legutóbbi szexuális együttlét során (Bóthe, 2019). A szexuális aktivitást vizsgálva nem történt változás a 9. évfolyamosok körében a korábbi kutatások eredményeihez képest, azonban 11. évfolyamon igen, miszerint a lányoknál 6 %-os csökkenés figyelhető meg (Költő, 2016).

Jelenlegi eredmények alapján elmondható, hogy a fiúk esetében stagnál, míg a lányok esetében enyhe növekedés figyelhető meg a korábbi évekhez képest a fiatal korban kezdett szexuális aktivitást tekintve. A védekezési módszereket tekintve megállapítható, hogy a korábbi adatokkal összevetve a legfrissebb eredményeket növekedett azok aránya, akik semmilyen védekezési módszert nem alkalmaznak. A megelőző évek felméréseit is vizsgálva látható, hogy ebben a tényezőben folyamatos a növekedés: 2006-ban kb. 7% (Várnai és Németh, 2007), 2010-ben kb. 10% (Költő, 2011), 2014-ben kb. 14% (Költő, 2016), a jelenlegi eredmények szerint a tanulók közel 20%-a nem használt semmilyen védekezési módszert a legutóbbi szexuális együttlét során.

Szubjektív jóllét eredményeit áttekintve látjuk, hogy a megkérdezett tanulók 25,6 %-a kitűnőnek, 48,8 %-a jónak, valamint 21,3 %-a megfelelőnek és 4,3 %-a rossznak értékelte az egészségi állapotát. A 9. és 11. évfolyamos lányok esetében szignifikánsan magasabb a kedvezőtlenebb egészségi állapotról beszámoló aránya az alacsonyabb évfolyamokhoz képest. Mindkét nem esetében gyakran fordul elő kedvetlenség, idegesség és fáradtság, mely esetében kiugróan magas eredmények születtek a 9. és 11. évfolyamosok körében. A megkérdezett 11. évfolyamos lányok 70 %-a jelezte, hogy hetente többször fáradt, 50 %-a pedig, hogy heti többször ideges. Az ingerlékenység a középiskolás lányok harmadát, míg a fiúk ötödét érinti (Örkényi és Kökönyei, 2019). A legtöbb vizsgált tényezőt tekintve nincs jelentős változás a korábbi felméréshez képest, azonban az idegességet és a gyakori fáradtságot tekintve 15-15 %-kal nőtt az arány a 11. évfolyamos lányok esetében (Költő, 2016).

Összességében megállapítható a HBSC kutatások által nyert eredmények mintázatáról, hogy míg a káros szenvedélyek esetében pozitív tendencia mutatkozik, addig a többi vizsgált egészségmagatartási tényezőben negatív. A dohányzási és az alkoholfogyasztási szokásokat elemezve látható, hogy az évek során csökkenő tendencia mutatkozik, míg a droghasználatot tekintve stagnál, azonosság látható a korábbi évekhez viszonyítva. Sajnos negatív a mintázata a tanulók fizikai aktivitásának, táplálkozási szokásainak, a kortársbántalmazásának és a szexuális magatartásának a longitudinális elemzés alapján. Csökkent a napi szinten mozgó serdülők aránya, a naponta reggelizők, zöldséget és gyümölcsöt fogyasztók aránya, valamint növekedés látható a kortársbántalmazást tekintve, valamint azon tanulók arányában, akik nem alkalmaznak semmilyen védekezési módszert szexuális együttlét során.

2.3 Az egészségműveltség

Az egészségműveltség az egészség releváns meghatározójának tekinthető (WHO, 2013), ezért napjainkban kiemelt társadalmi és gazdasági igény az egészségműveltség megléte, valamint annak fejlesztése, aminek egyik fontos színtere az iskola. A nemzetközi szakirodalomban először 1974-ben jelent meg a „health literacy” kifejezés. A fogalom 1970-es évekbeli megjelenését követően (Simonds, 1974) 2012-ben készült egy angol nyelvű, szisztematikus áttekintése az egészségműveltség definícióinak és modelljeinek, amelyben multidimenzionális fogalomként említik azt, 17 különböző meghatározással (Sørensen és mtsai, 2012), amelyek közül az egyik leggyakrabban idézett a WHO megfogalmazás, mely szerint az egészségműveltség *„az emberek kognitív és szociális készsége (skills), amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét (ability), amely segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket”* (Nutbeam, 1998, o.n.).

Az egészségmagatartással, egészségneveléssel-fejlesztéssel foglalkozó hazai kutatásokban is megjelent az egészségműveltség fogalom, azonban gondot okoz a health literacy kifejezés magyarra fordítása, leggyakrabban egészségműveltségként, de egészségértésként, egészségjártasságként vagy egészségkultúraként is említene. Magyar nyelvű szakirodalomban ezen kifejezések gyakran szinonimaként jelennek meg. *„Az egészségkultúra magába foglalja mindazokat az ismereteket, magatartásokat és szokásokat, amelyek az egészség, a testi épség, a szellemi jóllét megőrzéséhez, a betegségek és egyéb ártalmak elkerüléséhez szükségesek”* (Ander, 1986). *„Az egészségműveltség lényegében olyan magatartásforma, amely alkalmas a betegségek, ártalmak vagy sérülések elkerülésére, valamint a testi, lelki és társadalmi jó közérzet fenntartására. Mint ilyen, szoros kapcsolatban áll az ember sokoldalú nevelésének minden oldalával”* (Ander, 1986). Az egészségértés az egészségműveltség csak egy kis szeletére fókuszál, nem hangsúlyozva annak folyamat jellegét és interaktivitását. Az egészségjártasság sem fejezi ki eléggé az egészségműveltség tartalmát, hiszen szűkíti azt a szaktudás és gyakorlottság területeire. Mindezen definíciók és Csizmadia (2016) egészségműveltség meghatározásait összegző tanulmányának alapján az egészségműveltség kifejezést ajánlatos alkalmazni. Történt kezdeményezés az egészségműveltség fogalmának és elméleti keretének az iskoláskorúakra való kiterjesztésére és a serdülők egészségműveltségének mérésére alkalmas eszköz kifejlesztésére, azonban ez napjainkig nem megoldott (Nagyné és mtsai, 2015).

A modellek közül fontos kiemelni *Nutbeam* (2000) modelljét, amely az egészségműveltség három típusát határozta meg. Az első az alapkészségeket tartalmazó funkcionális egészségműveltség, a második az interaktív egészségműveltség, amelyet aktívan lehet alkalmazni a változó körülmények között is a társas helyzetekben, információszerzésnél vagy a kommunikációs formák megértésénél. A harmadik a kritikai egészségműveltség, amely során kognitív és társas készségek alkalmazása során az információk kritikus elemzésére kerül sor, melyeket a saját élethelyzetek feletti kontroll megszerzésére használnak az egyének.

Sørensen és mtsai (2012) az egészségműveltség áttekintését összegző tanulmányukban megalkották az integrált modellt, mivel az addigi modelleket statikusnak vélték, amelyek nem veszik figyelembe az egészségműveltség folyamatát. Az integrált modell magába foglalja a hozzáférést, a megértést és az információátadást. Az így kialakított modell arra épül, hogy „*az egészségműveltség kapcsolatban áll a műveltséggel és hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá váljon az egészség információkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez és alkalmazásukhoz a mindennapi életben bekövetkező véleményalkotás és döntéshozatal idején az egészségügyi ellátás, a prevenció és az egészségfejlesztés területén, annak érdekében, hogy fenn tartsuk vagy javítsuk az életminőséget életünk során*” (*Sørensen és mtsai*, 2012, 9.o.).

Az egészségműveltség olyan személyes erőforrás, amely lehetővé teszi az egyén számára, hogy döntéseket hozzon az egészségügyi szolgáltatások, prevenció és egészségfejlesztés területein a mindennapokban (*Nutbeam*, 2008). Az egészségműveltség jelentőségét azok a vizsgálatok támasztják alá, amelyek kimutatták, hogy annak szintje alapvetően befolyásolja az egyének különböző egészséggel kapcsolatos jellemzőit. Így az alacsony egészségműveltség összefüggést mutat az alábbi tényezőkkel: nem megfelelő egészségi állapot, magas halálozási arány, kórházban töltött napok nagyobb száma, orvosi utasítások nem megfelelő betartása, az egészségügyi szakemberekkel való kevésbé hatékony kommunikáció, a prevenció tevékenységekben való alacsonyabb részvétel, kedvezőtlenebb egészségmagatartás, végül pedig a magasabb egészségügyi kiadások (*Dodson*, 2015).

Annak ellenére, hogy nemzetközi szinten a kutatók körében egyre nagyobb az érdeklődés a serdülők egészségműveltsége és annak mérése iránt (*Brown, Teufel és Birch*, 2007; *Manganello*, 2008), a legtöbb tanulmány mégis a felnőtt lakosságra összpontosít, hiszen a felnőtteknél magasabb az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi aránya, ezért nagyobb prioritást élveznek az egészségműveltség vizsgálatokor.

Az egészségműveltségi szint jellemzéséről nem áll rendelkezésünkre adat az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójának minden tagállamából, azonban egy 2015-ben lezajlott kutatás, melyben nyolc európai uniós országban mérték az egészségműveltséget (European Health Literacy Survey) az eredményei alapján a kutatásban résztvevő országok lakosságának 47,6 %-a rendelkezik problémás vagy elégtelen egészségműveltségi szinttel (*Sørensen és mtsai, 2015*). Magyarország esetében ugyanezen felmérés eredménye azt mutatta, hogy a felnőtt lakosság 52 %-ának nem elegendő mértékű az egészségműveltsége (*Koltai és Kun, 2016*).

Bár az alacsony egészségműveltségi szint minden korcsoportban megjelenhet és problémát okozhat, azonban különösen fontos ennek meghatározása és fejlesztése a diákok körében. A diákok kritikus fejlődési szakaszban vannak a serdülőkorban a felgyorsult biológiai, pszichológiai, társadalmi és érzelmi változások miatt (*Khajouei és Salehi, 2017*). A serdülőkor az az időszak, mely az egészséges életmód kialakításában meghatározó, így felértékelődnek az egészséges életmóddal kapcsolatos beavatkozások. Mivel az egyéni egészség garantálja a közösség egészségét, fontos, hogy minden olyan hatást és változást megpróbáljunk megállapítani, amelyek elősegítik a fiatalabb generáció egészségét (*Najafi, Mozafari és Mirzaee, 2012*). Annak érdekében, hogy az egészségműveltség képes legyen pozitív befolyással lenni az egészségre egy életen át (*Bröder és mtsai, 2017; Bröder és mtsai, 2019*), egyre nagyobb jelentőséggel bír a gyermekkori és serdülőkori egészségműveltség mérése és fejlesztése (*WHO, 2013*). Az iskoláskorúak körében az egészségműveltséget fejlesztő eredményes intervenciók kidolgozásához mélyreható ismeretekre van szükség az ebben a korcsoportban meglévő egészségműveltség szintjéről. A rendelkezésre álló adatok és eredmények azonban még mindig korlátozottak nemzetközi és hazai szinten is, ugyanis az eddigi kutatások jellemzően a felnőtt lakosságra, a felnőtt lakosság egészségműveltségének feltárására összpontosítottak (*Nagyné és mtsai, 2015; Okan és mtsai, 2018*).

Az elmúlt években Iránban történt jelentős fejlődés az iskoláskorúak egészségműveltségének mérésével kapcsolatban, melynek alapját jelentette egy serdülők körében alkalmazható kérdőív (HELMA) kidolgozása, amely az iskolai egészségnevelés területén alkalmazható eszköz, amellyel a tanulók egészségműveltsége, az információkhoz való hozzájutásának és megértésének képessége, azok alkalmazása, valamint éhatékonyságuknak és az egészséggel kapcsolatos információk kommunikációjának képessége is mérhető (*Ghanbari és mtsai, 2016*).

Dehghankar és mtsai (2019) ezen mérőeszközt alkalmazva, iráni iskoláskorúak egészségműveltségét vizsgálták, mely során megállapították, hogy a tanulók 36,6% -ának rossz az egészségműveltsége (alacsony és nem megfelelő egészségműveltségi szint), és a diákok 63,4%-ának jó az egészségműveltsége (megfelelő és magas egészségműveltségi szint). Néhány évvel korábban *Saeedi és mtsai* (2016) tanulmányában szintén a HELMA kérdőívet alkalmazva megállapították, hogy a diákok 74,5% -a korlátozott, nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkezik.

2.3.1 Hazai iskoláskorú tanulók egészségműveltsége

Hazánkban az iskolai egészségnevelés során az egészségi állapot javítása érdekében végzett oktatói-nevelői munka folyamatában az egészségműveltség egyre nagyobb hangsúlyt kap, melyben a testnevelésnek és a testneveléshez kapcsolódó attitűdnek is szerepe van (*Kaj és mtsai*, 2015). Az iskolai környezetben fontos az egészségműveltség elemeinek azonosítása, az elemek fejlődésének és fejleszthetőségének monitorozása (*Nagy és mtsai*, 2015). A serdülőkor fontos életszakasz, különös tekintettel az önálló döntéshozatalra, ezért kulcsfontosságú, hogy a serdülőket pontos és megbízható egészséggel kapcsolatos információkkal lássuk el, hogy az egész életen át tartó egészséges életmód és viselkedés kialakulhasson (*Santoro és Speedling*, 2011), továbbá, hogy képesek legyenek a saját egészségi állapotuk feletti kontrollra (*Manganello és Shone*, 2013). A kutatók alátámasztják, hogy az iskola megfelelő helyszíne az egészségműveltség növelésére. Szükségesnek tartják az egészséggel kapcsolatos információk megértését a helyes döntések meghozatala és a lehetséges jövőbeli egészségproblémák elkerülése érdekében (*Gazmararian és mtsai*, 2005). Hazai kutatások is bizonyítják, hogy az iskolai egészségnevelő programok fókuszában megtalálható az egészséggel kapcsolatos információk közvetítése (Molnár, 2015), egyúttal az egészségműveltség fejlesztése (*Feith, Melichner és Falus*, 2015).

Az egészségműveltség mérésére, tekintettel a jelenleg létező sokfajta megközelítésre és a definíció komplexitására, többféle mérőeszközt is létrehoztak. Egy 2018-ban megjelent áttekintő tanulmány 29 mérőeszközt vizsgált (Guo és mtsai, 2018), amelyben csak néhány található, mely a serdülő korosztályt célozza: (1) REALM-TeenS²⁰ (Davis és mtsai, 2006), (2) eHEALS²¹ (Normann és Skinner, 2006), (3) HELMA²² (Ghanbari és mtsai, 2016), (4) c-sTOFHLAd²³ (Chang és mtsai, 2012), (5) NVS²⁴ (Driessnack és mtsai, 2014). A felsorolt kérdőívek az egészségműveltség különböző típusait hivatott mérni (1. táblázat). A HELMA és az eHEALS kérdőívek mérik a funkcionális, interaktív és kritikai egészségműveltséget is, azonban a HELMA faktorstruktúrája változatosabb, és mivel minden tényezőnek legalább három eleme van, így a HELMA kérdőív megbízhatóbb felépítésű.

1. táblázat: Az egészségműveltséget mérő kérdőívek

Kérdőív	Szerzők	Mért egészségműveltség típusa(i)
REALM-TeenS	Davis és mtsai, 2006	funkcionális
eHEALS	Normann és Skinner, 2006	funkcionális, interaktív, kritikai
HELMA	Ghanbari és mtsai, 2016	funkcionális, interaktív, kritikai
c-sTOFHLAd	Chang és mtsai, 2012	funkcionális
NVS	Driessnack és mtsai, 2014	funkcionális

Forrás: Saját szerkesztés

Tuza és mtsai hazai kutatása a NVS teszt alapján megállapították, hogy a vizsgálatban résztvevő fiatalok 45,83%-a rendelkezik nagy valószínűséggel megfelelő egészségműveltségi szinttel (Tuza és mtsai, 2020a), míg egy nagyobb mintájú felmérésük során a vizsgált tanulók már 50,49%-a került a nagy valószínűséggel megfelelő egészségműveltségi kategóriába (Tuza és mtsai, 2020b). Ezen korábbi hazai kutatások eredményeivel szemben a nemzetközi felmérések jobb eredményeket mutatnak, mely alapján összességében a vizsgált személyek több, mint 60%-ának megfelelő az egészségműveltségi szintje (Driessnack és mtsai 2014, Linnebur és Linnebur 2018).

²⁰ Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine Short Form

²¹ eHealth Literacy Scale

²² Health Literacy Measure for Adolescents

²³ Chinese version of short-form Test of Functional Health Literacy in Adolescents

²⁴ Newest Vital Sign

Korábbi saját kutatásunk során (Horváth, Csányi és Révész, 2021) célunk volt feltárni a magyar középiskoláskorú diákok egészségműveltségi szintjét. Hazai vonatkozásban először került alkalmazásra a magyar nyelvre validált HELMA-H (Serdülőkorúak Egészségműveltsége kérdőív) kérdőív, amely alkalmas a magyarországi iskoláskorúak egészségműveltségének mérésére. Megállapítottuk, hogy a HELMA-H érték a megkérdezett középiskolás tanulók 18,0%-ának kiváló, 53,1%-ának megfelelő, 21,2%-ának problémás és 7,7 %-ának nem megfelelő eredményt mutat. Összességében tehát a megkérdezett középiskolás tanulók 71,1 %-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, míg 28,9 %-ának korlátozott (2. táblázat).

2. táblázat: Középiskolás tanulók egészségműveltsége

	Kiváló	Megfelelő	Problémás	Nem megfelelő	Összesen
N (Fő)	49	145	58	21	273
%	18,0	53,1	21,2	7,7	100

Forrás: Saját szerkesztés

2.4 A nemzetközi iskolai egészségfejlesztés

2.4.1 A nemzetközi iskolai egészségfejlesztést meghatározó irányelvek, támogató stratégiák, projektek

Az iskola, mint egészségfejlesztő színtér az utóbbi időben kiemelt hangsúlyt kapott, és számos intervenciós programot vittek véghez nemzetközi szinten (Naylor és McKay, 2009). Az iskolai egészségfejlesztő beavatkozások növekvő számának fő okai, hogy a diákok könnyen elérhetőek, sok időt töltenek az iskolában (Riberio 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) és az inaktív életmód csökkentése érdekében (Cale és Harris, 2006).

A WHO 1995-ben indította el Globális Iskolai Egészség Kezdeményezés²⁵ 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 intervenciós logikát alkalmazza.

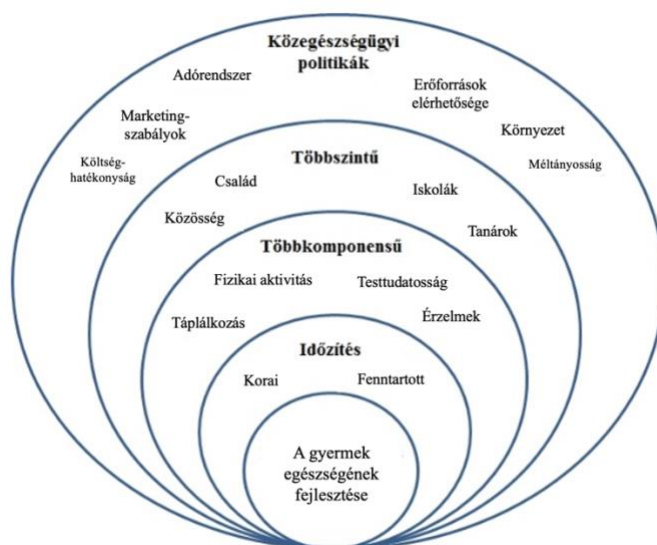
²⁵ Global School Health Initiative (WHO, 1995)

Az iskolai egészségfejlesztés alapértékei, amelyek levezethetők az egészségfejlesztés általános alapértékeiből a méltányosság, azaz az egyenlő hozzáférés mindenki számára a tanuláshoz 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 az iskolai egészségfejlesztésben, 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.²⁶

A hatékony, eredményes és viselkedésváltozást elérő iskolai egészségfejlesztő intervenciók során a többszintű és 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 gyermekén kívül több szereplőt is javasolt bevonni, 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 érzelemkezelés, vagy akár a káros szenvedélyek kerülése (5. ábra).

²⁶ (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.)

5. 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 (1) „egésziskola-megközelítés”²⁷, az (2) „egészségfejlesztő iskolák”²⁸ és a (3) „komprehenzív iskolai egészségprogramok”²⁹, az (4) „egész gyermek”³⁰ vagy az (5) „teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek”³¹ alkalmazása (Nagy és Barabás, 2011). Az elmúlt évtizedben számos tanulmány készült a komplex rendszerek különböző megközelítését és alkalmazhatóságát vizsgálva, mely arra utal, hogy a rendszerszinten történő gondolkodás, a rendszerszemlélet már hosszú évek óta kutatási témája a szakembereknek nemzetközi viszonylatban (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.

²⁷ whole-school approach

²⁸ health promoting schools

²⁹ comprehensive school health programs

³⁰ whole child framework

³¹ whole school, whole community, whole child model

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 a megbízható egészséggel kapcsolatos 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 azáltal, hogy az iskolát integrált programok és szolgáltatások összességévé teszik a gyermekek és családjaik 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). Az „egész gyermek” megközelítés a tanulót teszi a középpontba: (1) minden diák egészségesen lép be az iskolába, és megtanulja az egészséges életmódot, és azt gyakorolja, (2) minden diák olyan környezetben tanul, amely fizikailag és érzelmileg biztonságos a diákok és a felnőttek számára, (3) minden diák aktívan részt vesz a tanulásban, és kapcsolatban áll az iskolával és a tágabb közösséggel, (4) minden diák hozzáfér a személyre szabott tanuláshoz, és képzett, gondoskodó felnőttek támogatják, (5) minden tanulót tanulmányi kihívások elé állítanak, és felkészültek a főiskolai vagy továbbtanulási sikerre, valamint a munkára, globális környezetben való részvétel.

Az egész iskola, egész közösség, egész gyermek (WSCC) megközelítés ötvözi az egész gyermek modell és a CSH megközelítés elemeit egy olyan egységes modellben, amely támogatja az egészség és a tanulás szisztematikus, integrált és együttműködésen alapuló megközelítését. A WSCC modellt úgy tervezték, hogy közös keretet és megközelítést biztosítson a döntéshozatalhoz és a cselekvéshez az együttműködés jegyében. A modell egészét a közösség veszi körül, ezzel kiemelve a közösség támogatásának fontosságát, a központi eleme pedig a tanuló (Lewallen és mtsai, 2015).

Az 1995-ben, a WHO által kifejlesztett újabb irányelvben megegyeztek abban, hogy az Egészségfejlesztő Iskolák (Health Promoting Schools, későbbiekben: HPS) képesek áthidalni az egészség és a tanulás között fennálló szakadékot, amely 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).

Az Amerikai Egyesült Államok iskoláskorú lakossága, hasonlóan hazánk iskoláskorú lakosságához, problémával küzd a gyermekkori elhízást tekintve. Az amerikai iskolai egészségfejlesztést legfőbb célja a fizikai aktivitás és táplálkozási szokások pozitív irányú módosítása. Az iskolák fontos szerepet játszanak a gyermekek és serdülők egészségének és biztonságának előmozdításában, segítve őket az egész életen át tartó életmód minták kialakításában (Pearlman és mtsai, 2005). A nemzet állami iskoláinak többségében különféle típusú táplálkozási és testmozgási programok vannak érvényben (West és mtsai, 2001; Flood és mtsai, 1999; Bobo és mtsai, 2004; Miller és mtsai, 2004; ADA, 2004).

Felismerve az iskolák azon lehetőségét, hogy egészségesebb táplálkozási és fizikai aktivitási környezetet biztosítsanak a nemzet fiataljai számára, és kezeljék a gyermek- és serdülőkori elhízás „járványát” (Ogden és mtsai, 2002; Strauss és Pollack, 2001), az Amerikai Járványügyi és Betegségmegelőzési Központja (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) 2000-ben kidolgozta a Testmozgás és az Egészséges Táplálkozás Iskolai Egészségindexét (School Health Index – SHI), amely egy önértékelési és tervezési eszköz, egyfajta szolgáltatás az iskolák számára (CDC, 2000), és amely támogatja és értékeli az iskolai egészségfejlesztési kezdeményezéseket. Az SHI egy csapatalapú értékelési eszköz, folyamat. Az ajánlott közreműködők között szerepelnek adminisztrátorok, pedagógusok, iskolai egészségügyi dolgozók, táplálkozási személyzet, szülők és külső együttműködők, szervezetek. Az iskolai team tagjai minden SHI témakörben egy sor kérdésre válaszolnak, majd a kérdéseket pontozzák, így olyan indexet kap az iskola, amely tükrözi annak erősségeit és gyengeségeit. Az SHI tartalmaz egy tervezési részt is, amely segíti az iskolákat az index pontszámok felhasználásában a cselekvési tervek kidolgozása során (CDC, 2000).

A CDC összehangolt iskolai egészségügyi programmodellje köré építve az SHI értékelési tételeit empirikus kutatásokból, valamint két CDC jelentésben ajánlott irányelvekből és gyakorlatokból dolgozták ki, amely útmutató az egész életen át tartó egészséges táplálkozás elősegítéséhez az iskolai egészségügyi programokhoz, valamint az egész életen át tartó fizikai aktivitás ösztönzéséhez az iskolai és közösségi programok iránymutatásaihoz (*Sallis és mtsai, 2001; Datar és Sturm, 2004*).

Az SHI első változata a 2000. évből a táplálkozásra és a fizikai aktivitásra összpontosított, a későbbiekben pedig kibővítették a dohányzás és a sérülések megelőzésével. Jelenleg az SHI kézikönyv, amelyet a CDC ingyenesen biztosít az iskoláknak, körülbelül 100 oldalas, és nyolc modult tartalmaz az iskola különböző programterületeinek értékelésére (*Austin és mtsai, 2006*). A modell az egészséges iskolai környezetet írja le, amelyben a szabályozások, gyakorlatok és programok integrációja elősegíti az egészséges életmód viselkedését és csökkenti az egészséggel kapcsolatos kockázati magatartást (*CDC, 2005*).

Az SHI igazodik az egész iskola, a teljes közösség, az egész gyermek (WSCC) modellhez. Lehetővé teszi az iskolák számára, hogy azonosítsák az egészségvédelmi és biztonsági irányelvek és programok erősségeit és gyengeségeit, segítséget nyújt a diákok egészségének javítására irányuló cselekvési terv kidolgozásához, amely beépíthető az iskolai fejlesztési tervbe, továbbá fontos eleme, hogy lehetővé teszi a tanárok, szülők, diákok és közösség bevonását az egészségmagatartás és az egészségi állapot előmozdításába. Kiemelkedő elméleti megalapozottságú, hiszen a CDC kutatási alapú irányelveire épül, amelyek meghatározzák azokat az elméleti irányelveket, és gyakorlatokat, amelyek a leghatékonyabbak a fiatalok egészségkárosító viselkedésének csökkentésére. Napjainkra az SHI már 11 témakört, modult tartalmaz, amelyek az egész iskola, a teljes közösség, az egész gyermek (WSCC) modell köré épülnek fel: Iskolai egészség, biztonság és környezetvédelem; egészségnevelés; testnevelési és testmozgás programok; táplálkozás; iskolai egészségügyi szolgáltatások; iskolai tanácsadás, pszichológiai és szociális szolgáltatások; szociális és érzelmi légkör; fizikai környezet; munkahelyi egészségfejlesztés; családi élet; közösség. Ez a modell kiemeli az egész iskola, az egész közösség és az egész gyermek modell valamennyi elemének bevonásának fontosságát, amely erőteljesen befolyásolhatja a diákok egészségmagatartását, egészségi állapotát (*Pearlman és mtsai, 2005*).

Brener és munkatársai 2011-ben publikálták azon kutatási eredményeiket, melyekben vizsgálták, hogy hány amerikai iskola teljesíti az SHI ajánlásait az iskolai egészségügyi és biztonsági, a környezettudatossági, az egészségnevelési, táplálkozási és testmozgás programok területein. Várható eredményként közölték, mely megerősítette a korábbi kutatásokat, hogy a legtöbb iskola csak egy-egy programra összpontosított ahelyett, hogy minden, az Iskolai Egészség Index területére megfogadták és alkalmazták volna az ajánlásokat. Azonban pozitívként emelték ki, hogy a táplálkozás még mindig vezető helyen szerepel, mint az iskolákba bevezetett egészségfejlesztő program, továbbá egyre növekvő tendenciát mutat a korábbi mérésekhez viszonyítva az iskolai egészségügy és biztonság és a környezettudatossági programok bevezetése. Kutatási eredményeik megerősítették azon Iskolai Egészség Index törekvéseket, hogy szükség van a további erőfeszítésekre annak érdekében, hogy az iskolák alkalmazzák a gyakorlatban a komplex, sokrétű egészségfejlesztő programrepertoárt. A szerzők szükségét érzik a hasonló kutatások lefolytatásának, hiszen fontos fejlesztési kiindulópont beazonosítani azon területeket, ahol beavatkozás szükséges (*Brener, Pejavara és McManus, 2011*).

A Kanadában, a waterlooi egyetem által kidolgozott projekt, a COMPASS rendszer elsődleges célja a fiatalok megelőzésével kapcsolatos kutatások és gyakorlatok hatékony irányítása és folyamatos fejlesztése. Tanulási rendszerként a COMPASS-t céltudatosan úgy tervezték, hogy (1) erősítse a fiatalok egészségének előmozdításához több területen szükséges stratégiák megtervezéséhez, cselekvéséhez, értékeléséhez és adaptálásához szükséges képességeket (pl. elhízás megelőzése, egészséges táplálkozás és testmozgás népszerűsítése, szerhasználat megelőzése, dohányzás-ellenőrzés, zaklatás megelőzése); (2) vonja be a kutatókat a „való világ” beavatkozás szempontjából releváns tanulmányokba olyan tanulmányok lefolytatásával, amelyek célja a természetes kísérletek kiaknázása, amely bizonyítékokon alapuló gyakorlat és gyakorlaton alapuló bizonyítékok előállításának eszközeként szolgál, mivel a beavatkozások különböző kontextusokban és joghatóságokban találhatóak; (3) tegye lehetővé a helyi egészségügyi és oktatási rendszerek érintettjeinek a bizonyítékok alapján történő helyi kezdeményezések tervezését, testre szabását és értékelését; (4) az egészségügyi egyenlőtlenségek megértése és kezelése képességének erősítése; (5) képességfejlesztés annak megértésére, hogy a különböző társadalmi és fizikai környezetek hogyan alakítják a fiatalok egészségi állapotát, vagy hogyan befolyásolják a különböző beavatkozások eredményeit az idő múlásával (például annak értékelése, hogy a különböző épített környezetek hogyan befolyásolhatják az egyes beavatkozások sikerét vagy kudarcát); (6) ösztönözni kell az

elsődleges megelőzési intézkedéseket és a tényeken alapuló gyakorlatot a kutatók és a tudásfelhasználók közötti partnerségek révén. A COMPASS rendszer egyértelműen arra összpontosít, hogy lehetővé tegye az ismeretek és bizonyítékok időben történő előállítását a fiatalok egészségének előmozdítása érdekében, a kapacitás kiépítésével a kutatás, az értékelés, a politika és a gyakorlat integrálására a kanadai (és nemzetközi) megelőzési rendszerben³².

A COMPASS rendszert irányító elvi keretet a korábbi kutatások alapján adaptálták az Iskolai Egészségügyi Akciótervezési Értékelő Rendszer³³ modelljével (*Leatherdale, 2012; Leatherdale, 2009*). A COMPASS célja az volt, hogy az iskolai érdekeltek számára bizonyítékokat szolgáltatson az elhízással, az egészséges táplálkozással, a dohányzáshoz, az alkohol és marihuána használatához, a fizikai aktivitáshoz, az ülő magatartáshoz, az iskolai kapcsolathoz, a zaklatáshoz és a tanulmányi eredményekhez kapcsolódó iskolai beavatkozások irányításához és értékeléséhez. A COMPASS-t úgy tervezték, hogy megkönnyítse a nagyszabású, iskolai alapú adatgyűjtéseket, és a korábbi kutatásokkal összhangban az osztály egész iskolájában végzett mintavételi adatgyűjtési módszereket használja. A COMPASS megkönnyíti az ismeretek átadását és cseréjét azáltal, hogy minden résztvevő iskolának évente iskolai specifikus visszajelzési jelentést (Iskolai Egészség Profil – School Health Profile – SHP) ad, amely kiemeli az egyes iskolák specifikus prevalenciáját az egyes eredmények tekintetében, összehasonlítja a tartományi és nemzeti normákkal vagy irányelvekkel, és bizonyítékokon alapuló javaslatokat nyújt az iskolai beavatkozásokhoz, amelyek célja a visszajelzési jelentésben szereplő eredmények kezelése.

A SHP (School Health Profile, Iskolai Egészség Profil) lényegében lehetővé teszi az iskolai érdekeltek számára, hogy „egy pillanat alatt” gyorsan lássák, mi történik az iskolában, és hogyan kell tervezniük a jövőbeni iskolai egészségfejlesztő programokat és intervenciók tevékenységeket. Minden résztvevő iskola kap egy 20 oldalas Iskolai Egészség Profilt (SHP), amely felvázolja iskolája dohány-, kábítószer- és alkoholfogyasztással, zaklatással, iskolai kapcsolatokkal és mentális egészséggel kapcsolatos eredményeit. Az Iskolai Egészség Profil részletezi, (1) hogyan viszonyul az iskola a régió többi iskolájához képest a kábítószer-fogyasztás, a zaklatás és az iskolai kapcsolatok terén; (2) mennyire érzik a diákok magukat biztonságban az iskolában; (3) a kábítószer-fogyasztás és az iskolában felmerülő egyéb

³² <https://uwaterloo.ca/compass-system/about>

³³ School Health Action, Planning and Evaluation System – SHAPES <https://uwaterloo.ca/compass-system/about>

kérdések közötti kapcsolat; (4) források az iskola számára a kábítószer-fogyasztás, az iskolai kapcsolatok, a zaklatás és a mentális egészségi problémák kezelésére³⁴.

2.4.2 Nemzetközi iskolai egészségfejlesztési intervenciók

Annak érdekében, hogy a hazai iskoláskorúak egészségmagatartása, és így hosszútávon az egészségi állapota javuljon, szükséges, hogy a hazánkban megvalósítani tervezett iskolai egészségnevelési programok megfelelő tartalommal, módszerekkel, bizonyíték alapon történjenek. Az értekezés szempontjából releváns iskolai egészségfejlesztést támogató modellek és koncepciók elméleti áttekintését követően megvizsgálom a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott és hatékonyságvizsgálatot is tartalmazó iskolai egészségfejlesztő intervenciók módszereit és jellemzőit. Kitekintésemben európai, ázsiai és ausztrál programokat elemzek, először olyan intervenciókat, melyek esetében nem volt kimutatható pozitív hatás, hiszen fontosnak tartom ezeket is megvizsgálni, mert fontos elemeket, tényezőket ismerhetünk meg belőlük.

Az egyik Angliában megvalósuló iskolai intervenció (N=1324) a HeLP (Healthy Lifestyles Programme), vagyis az Egészséges Életmód Program, amely 24 hónapos beavatkozásnak a célja a pozitív viselkedésváltozás, továbbá a túlzott súlygyarapodás megakadályozása. A program időtartama négyszer 12 hét, mely során az iskolai és a családi környezetre is kiterjedő aktivitások valósultak meg. A program magába foglalt többek között testmozgásműhelyeket, oktatást rövid házi feladatokkal, drámafoglalkozásokat, valamint egyéni célok kitűzését a viselkedés módosítására. A HeLP hatékonyságát tekintve azt vizsgálták, hogy az intervenció 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 intervenciók beavatkozásainak, 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 érjenek el (*Lloyd és mtsai, 2017*).

³⁴ (<https://uwaterloo.ca/canadian-student-tobacco-alcohol-drugs-survey/school-health-profile>)

A másik Angliában zajló kutatás célja az volt, hogy megvizsgálja az egészséges életmódra irányuló iskolai és családi programokat a gyermekkori elhízás megelőzésére gyakorolt befolyásuk alapján. A vizsgálatban 54 iskola vett részt (N=980), 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, napi 30 perces iskolai mozgáslehetőséget, az Aston Villa futballklubjával közös hathetes interaktív készségalapú programot, családi mozgáslehetőséget, továbbá családi workshopokat az egészséges táplálkozás ismereteiről és készségeiről biztosítva. A program hatékonyságvizsgálata során a kutatók méréseket végeztek a 15. és 30. hónapban. Egyik mérési időpontban sem találtak szignifikáns különbséget a kontrollcsoport és az intervenció csoport eredményei között, tehát 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 beavatkozáshoz több szektorban és számos környezeti tényezőben szükséges beavatkozni. Több szisztematikus áttekintés is azt sugallja, hogy az iskola alapú 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 tanulmányukban ismertetnek egy Dániában megvalósult intervenció programot és annak eredményeit. A „We Act” névre keresztelt program egy átfogó, a tanulókat (N=289), a tanárokat (N=22) és a szülőket (N=52) is bevonó dán iskolai egészségtámogató intervenció program, amelynek célja, hogy javítsa a diákok táplálkozási, sportolási szokásait, jóllétét és szociális készségét. Ennek eléréséhez az IVAC „Investigation, Vision, Action & Change” (vizsgálat, elképzelés, cselekvés & változás), módszert alkalmazták, melynek keretében a gyermekeket az egészséges iskolai és otthoni környezet kialakításában való aktív közreműködésre sarkallták. A vizsgálat első fázisa, mely során a gyerekek táplálkozásának és fizikai aktivitásának felmérése történt, táplálkozási naplót és lépésszámlálót alkalmaztak a kutatók. Ezt követte a második szakasz, mely során a tanulók kidolgozták a saját iskolai egészségtámogató akcióterveiket, és bemutatták az egész iskola előtt. A beavatkozás változást előidézni kívánt szakasza zárásként jelenik meg a programban, amikor a gyerekek megvalósítják az általuk megtervezett és bemutatott terveket az intézmény, a tanárok és a szülők támogatásával.

A program részei közül ez a szakasz bizonyult a legkevésbé sikeresnek, az első és második, „vizsgálat és elképzelés” szakasz pedig a leginkább működőképesnek. Motiválóan hatott a diákokra, hogy bemutathatták az akciótervötleteiket, azonban a lelkesedésük és a kezdeti siker alábbhagyott, így a terveket 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 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 és mtsai, 2018*).

Egy norvég kutatás során megvizsgálták a „Fruit and Vegetables Make the Marks” elnevezésű intervenció programot, melyben 38, véletlenszerűen kiválasztott iskolát vizsgáltak Norvégiában (N=1950). Az iskolák közül 9 kapott ingyenes gyümölcsöt vagy zöldséget, 29 iskola diákjai pedig a kontrollcsoportot alkották. Az eredmények során kevés bizonyítékot találtak arra vonatkozóan, hogy az ingyenesen hozzáférhető gyümölcs vagy zöldség módosította volna azok, illetve az egészségtelen ételek fogyasztását. A tanulmány arra is rámutatott, hogy aktív szülői részvétel nélkül ezek a változások a gyermekek étrendjében nem lesznek tartósak (*Hovdenak és mtsai, 2019*).

A négy vizsgált intervenció program 6-24 hónapig tartott, melyek során a tanulókon kívül jellemzően a családot is bevonták a programokba. Az intervenciók eredménytelenségét abban látjuk, hogy az intervenciók nem voltak elég intenzívek, komplexek, nem sikerült annyi szektort és szereplőt bevonni, amely szükséges lett volna a tanulók viselkedésváltozásának eléréséhez.

Azon intervenciók közül, amelyeknek volt kimutatható, pozitív hatásuk elsőként a *Shinde és munkatársai* (2018) tanulmányából ismert SEHER³⁵ elnevezésű komplex egészségfejlesztő beavatkozást vizsgálok, amely az indiai Bihar államban zajlott.

³⁵ Strengthening Evidence base on scHool-based intErventions for pPromoting adoles- cent health programme in the state of Bihar, India

A SEHER a serdülőkorúak egészségfejlesztését szolgáló, bizonyítékon-alapuló iskolai beavatkozás (Kis, 2019), amely tartalmazott az egész iskolát érintő, osztályszintű, továbbá egyénnek szóló program elemeket. 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 (N=14414), véletlenszerűen 3 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, serdülőkori oktatási programot hajtották végre. A beavatkozás 1 tanéven (8 hónap) 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 azt fogalmazták meg a szerzők, hogy a beavatkozást vezető szakembernek kizárólag az egészségfejlesztő beavatkozásra kellett koncentrálnia, így nem terheltek egyéb pedagógusi feladatok, továbbá lehetséges magyarázat még, hogy a pedagógusok nem tudtak hatékonyan váltani az egészségfejlesztő és a pedagógus szerepek 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 intervenciószempontnak a beavatkozást koordináló személye, tevékenységi köre, továbbá 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, amelynek középpontjában az elhízás, az iskolai környezet és szabályozások, a fizikai aktivitás, az egészségmagatartás és gyermekjólét áll, a szülők bevonásával. A programot, amely 3,5 évig tartott, egy egyetemi kutatócsoport és a helyi egészségügyi ellátó fejlesztette ki, amely során 24 iskola tanulóit vizsgálták (N=350).

Az intervenció hatékonynak bizonyult annak ellenére, hogy szignifikáns különbség nem mutatkozott a diákok testtömegindexét tekintve, azonban kimutatható volt, hogy a kontroll iskolákhoz képest az intervencióban részt vevő tanulók esetében gyakrabban fordult elő a megfelelő testtömeg és a napi zöldség és gyümölcs bevitel, 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 kiemelő intervenciók szempont a komplexitásra 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 végezte el *Busch és munkatársai* (2015), melybe 4 középiskolát vontak be, két iskola esetén intervenció történt, 2 iskola pedig a kontrollcsoportot (N=605) alkotta. A program 2 éves volt, az egészségmagatartást, a testtömegindexet és a pszicho-szociális 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 egyik iskolában a tanulók testtömegindexe és túlzott internethasználata is csökkent, de a többi egészségtényezőben, illetve a másik intervenció iskola tanulóiban sem történt egyéb változás a kontroll iskolákhoz képest. A beavatkozás sikeresen magvalósult és jelentős fejlődést mutatott a diákok pszicho-szociális egészségében, csökkentette az alkoholfogyasztást és a dohányzást. Ezekből az eredményekből azt a következtetést lehet levonni, hogy személyre szabott intervenciókra van szükség, hiszen egy ilyen megközelítés során valószínűbb egy olyan intervenció megvalósulása, amely releváns az adott iskolára nézve, hiszen csak azokra a témákra és tényezőkre fókuszál, amelyek elsődlegesen fontosak az iskola szempontjából. A kutatás számunkra kiemelő 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 komponensből (például táplálkozás, fizikai aktivitás, iskolai klíma, környezeti tényezők) és több szinten (tanuló, iskola, család) valósultak meg. Hatékonyságuk kulcsfontosságú, hogy a tanulóakra való fókuszáláson túl bevonták a programokba a szülőket, az iskolát, így a pedagógusokat és a vezetőket is.

A bemutatott intervenciók kutatások alapján az alábbi lényegi megállapításokat fogalmaztam meg: (1) az első legfontosabb lépés az egészségnevelési programok megtervezése során a diagnosztikus szakasz, mely során felmérjük a tanulókat és meghatározzuk a változtatni kívánt tényezőket, fontos továbbá (2) a beavatkozást koordinálók személyének pontos kinevezése, feladatkörének meghatározása, (3) a beavatkozás során megvalósuló tevékenységek gyakorisága (akár mindennapi tevékenységek), intenzitása és időbeli hossza (legalább egy tanév időintervallumú intervenciók), hogy (4) több szinten történjen a beavatkozás, a család, az iskola, a mikroközösségek, a pedagógusok szintjén, továbbá fontos kritérium a szakpolitikai, közegészségügyi támogatottság, (5) a több komponens érintése, például táplálkozás, fizikai aktivitás, káros szenvedélyek, mentálhigiéne, stressz- és érzelmenkezelés, iskolai klíma, környezeti tényezők, (6) az egészség-értelmezés komplex, holisztikus felfogása, (7) a szülők aktív bevonása a programba, (8) a tanulókat körülvevő kapcsolati háló feltérképezése, figyelembevétele, (9) az intézményvezetői támogatás, (10) amennyiben szükséges, a pedagógusok alapos, hosszú ideig tartó felkészítése, (11) a program folyamatos értékelése tudományos módszerekkel, valamint (12) az intervenció végeztével hatásvizsgálat.

2.5 A hazai iskolai egészségnevelés

2.5.1 A hazai iskolai egészségnevelést meghatározó törvények és rendeletek

Magyarország Alaptörvénye XX. cikk (1) bekezdése szerint „*Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez*”.

Az utóbbi 10 évben megfogalmazott jogszabályok, törvénymódosítások, szakmai stratégiák és programok további támogató közeget nyújtanak az iskolai egészségnevelés számára. Ebben a fejezetben bemutatom azokat a szabályozó rendeleteket, amelyek támogatják az iskolai egészségfejlesztést, annak teljeskörűségét.

Az elmúlt évek egészségügyi felmérései alapján kapott adatok, valamint az Egészségügyi Világszervezet (WHO) nemzetközi és hazai vizsgálatai alapján indokoltá vált, hogy módosítsák a közoktatási törvényt olyan módon, hogy az iskolai egészségfejlesztés, egészségnevelés jogszabályi feladatai megjelenjenek benne, valamint, hogy sor kerüljön az iskolák egészségnevelési stratégiájának kidolgozására, megvalósítására. Ez legelsőként a 2003. évi LXI. törvényben történt meg (Simonyi, 2004). A 2003. évi LXI. törvény az iskolai egészségnevelés feladatainak jogi szabályozását tartalmazza, amelyben megfogalmazásra került, hogy az iskolák alapdokumentumának, Pedagógiai Programjának részeként megfogalmazásra kerüljenek az egészségnevelésre vonatkozó célok és feladatok. 2004. szeptember 1. napjától tehát új feladattal bővült a dokumentum, ezzel együtt a pedagógusok feladatköre is (Nagy, 2005). A teljesség igénye nélkül tartalmaznia kell az Egészségnevelési Programnak: a tantestület és tanulók egészségének védelmét szolgáló intézkedéseket, programokat, az egészséges környezet kialakításáról szóló rendelkezéseket, a szabadidő hasznos eltöltésének lehetőségeit, a társas támogatás, a lelki egészségfejlesztés feladatait (2003. évi LXI. törvény).

A Nemzeti Köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény a nevelést állítja középpontba a gyermek testi-lelki egészségének elősegítésével, amit a törvény számos paragrafusával alátámaszt. A törvényben meghatározásra és leírásra került a mindennapos testnevelés (heti 5 tanóra testnevelés) (27.§. (11)), melynek bevezetése felmenő rendszerben alakult, így a 2015. szeptemberében kezdődő tanévben tudott teljessé válni minden évfolyam számára (97.§.(6)).

A törvényeket kiegészítve számos rendeletet hoztak, melyek az iskoláskorúak egészségi állapotát védik, támogatják. A 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendeletben már teljeskörűségről olvashatunk az iskolai egészségfejlesztés kapcsán. A rendeletben megfogalmazott célok, hogy minden gyermek részesüljön a teljes testi-lelki jóllétét, egészségét támogató, fejlesztő, az iskola mindennapjaiban rendszeresen működő egészségfejlesztő tevékenységben. Továbbá leírásra került, hogy az iskolákban csak olyan programok jelenhetnek meg, amelyek rendelkeznek a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) szakmai ajánlásával. Továbbá a X. fejezet tartalmazza azokat a feladatokat, melyek a tanulók egészségével és biztonságával kapcsolatosak, úgymint a koordinált és nyomon követhető, mérhető egészségfejlesztési program.

A fiatalok egészséges táplálkozását támogatja a Közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV. 30) EMMI rendelet. A rendelet megjelenése és hatályba lépése segíti a tanulók egészséges táplálkozásának támogatását, a helyi termékek felhasználásával.

Az iskolai egészségnevelés sarkalatos pontja a káros szenvedélyek, így a dohányzási szokások visszaszorítása, melyet a Nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény 2011-ben történt szigorítása jelentősen támogat.

További rendeletek, melyek támogatják a teljeskörű iskolai egészségfejlesztést, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 42.§.1. bekezdése, az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény és az iskolaegészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX.3.) NM rendelet, valamint a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet, valamint az ÁNTSZ-ről, a népegészségügyi szakigazgatási feladatok ellátásáról és a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 323/2010 (XII. 27) Korm.rendelet is (*TIE Konceptió*, 2016).

A fejezet során bemutatásra kerültek a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés rendszerszerű megvalósítását előíró jogszabályok. Annak érdekében, hogy a tevékenység ne csak törvényekben és rendeletekben megfogalmazott elvárás legyen, fontos, hogy a szülők, tanulók és pedagógusok, iskolák támogatást kapjanak az egészségnevelési-egészségfejlesztési tevékenységhez, akár a tervezés, lebonyolítás, nyomon követés, értékelés területén (Somhegyi, 2016).

2.5.2 A hazai iskolai egészségnevelést támogató országos stratégiák, projektek

Magyarország elkötelezett az ország lakosságának, valamint az iskoláskorúak egészségi állapotának, egészségügyi helyzetének javítása mellett, mely érdekében számos stratégia látott napvilágot. A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014-2020, valamint az Egészséges Magyarország Stratégia 2014-2020 alapvető céljai, hogy javuljon a magyar lakosság egészségi állapota, lelki egészsége, növekedjen az egészségben eltöltött életévek száma, növekedjen a fizikai és lelki egészség egyéni és társadalmi értéke, elősegítse az egészségtudatos magatartást, csökkentse az egészség-egyenlőtlenségeket, valamint javítsa az egészségügyi ellátórendszerhez

való hozzáférés lehetőséget, továbbá fontos szerepet tölt be a mentális betegségek prevenciója. Az 1722/2018. (XII. 18) Korm. határozattal elfogadta a Kormány az egészségügy átfogó megújítására irányuló 2019-2030 közötti időszakra szóló 5 Nemzeti Egészségügyi Programot, melyek a Nemzeti Rákellenes Program, Nemzeti Keringési Program, Nemzeti Mozgásszervi Program, Nemzeti Mentális Egészségügyi Program, Nemzeti Gyermekegészségügyi Program. Az újabb stratégiai időszak, a hosszabb távú intézkedések fenntartani kívánják a 2020-ig kitűzött és elért célokat, továbbá a hosszú távú intézkedésekkel a népegészségügyi fordulat elérését, megerősítését tűzték ki célul, amely akár több évtizedes munkát igényelhet („Egészséges Magyarország 2021–2027” Egészségügyi Ágazati Stratégia, 2021).³⁶

Az iskoláskorúak egészségi állapotára, valamint az iskolai egészségnevelésre fókuszáló stratégiák közül a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) az Emberi Erőforrások Minisztériumának (EMMI) speciális háttérintézménye kapott felhatalmazást, hogy a Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztési program (TIE) koncepcióját kidolgozza. A Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztés az egészség megőrzését, fejlesztését, a betegségek hatékony megelőzését, az egészségtudatos magatartást és az egészségismereten alapuló szemléletet elősegítő iskolai tevékenységek összefoglaló neve. A TIE a köznevelésre vonatkozó jogszabályokban 2012 óta előírásként szerepel és más, vonatkozó jogszabály is támogatja³⁷. A koncepció középpontjában a teljeskörűség áll, azaz hogy nem szűkül le egy-egy beavatkozási területre, egy-egy akció időtartamára, egy iskolai közösség valamely részére, a tantestület egyes tagjaira, az iskolán belül egy-egy közösségre, hanem törekszik arra, hogy mindegyik egészség-kockázati tényezőt befolyásolja, hogy az iskola mindennapi életében folyamatosan jelen legyen, hogy az iskola minden tanulója, a teljes tantestület, a szülők, a fenntartó valamint az iskola közelében működő, erre alkalmas civil szervezetek is részt vegyenek, így hasonló jegyek fedezhetők fel a WHO irányelvei, valamint a WSCC modell jellemzőivel.

³⁶<https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/Egészséges%20Magyarország%202021%E2%88%922027%20Egészségügyi%20Ágazati%20Stratégia.pdf>).

³⁷ A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény, a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012 (VIII. 31.) EMMI rendelet X. fejezete, a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV.30) EMMI rendelet, a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló, 1999. évi XLII. törvény, az iskolaegészségügy segítő szerepéről az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 42.§.1. bekezdése, az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXXIII. törvény, az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX.3.) NM rendelet, az egészségügyről szóló egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet.

A TIE a nemzetközi és hazai szakirodalom eredményei alapján a tanulási eredményesség javítása, az iskolai lemorzsolódás csökkenése, a társadalmi befogadás és esélyegyenlőség elősegítése, a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a kábítószer-fogyasztás és egyéb szenvedélyek megelőzése, a bűnmegelőzés, a társas kapcsolatok javítása a kortársakkal, szülőkkel, pedagógusokkal, az önismeret és önbizalom javulása, az alkalmazkodókészség, a stresszkezelés, a problémamegoldás javulása, az autonóm személyiség kialakulása, a krónikus, nem fertőző népbetegedések elsődleges megelőzése, a társadalmi tőke növelése révén eredményezi a jobb egészséget (Somhegyi, 2016).

A TIE ajánlás alapján a tanulók teljeskörű egészséges életmódra nevelése akkor teljesül, ha (1) a fő egészségkockázati tényezőket befolyásolja (egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód, lelki egészség és egészségműveltség hiányosságai); (2) folyamatosan és rendszeresen jelen van az iskolai mindennapi életében; (3) az iskola minden tanulója, pedagógusa aktívan részt vesz az egészségfejlesztő folyamatban; (4) a pedagógusok feladatát az iskola-egészségügyi szakemberek és a nem-pedagógus dolgozók segítik; (5) bevonja a szülőket, civil szervezeteket, valamint az egészségfejlesztésre alkalmas intézményeket és az iskola társadalmi környezetét.

A TIE négy egészségfejlesztési alapeladatot ajánl, melyek megvalósítását rendszeresen, az iskolai mindennapokba beépítve kell végezni, a tanulók, a teljes tantestület, a nem-pedagógus dolgozók, az iskola-egészségügyi szakemberek, a szülők és az iskola környezetének bevonásával: (1) egészséges táplálkozás megvalósítása; (2) mindennapos testnevelés biztosítása; (3) lelki egészség elősegítése; valamint (4) az egészségismeretek (a balesetmegelőzés és elsősegélynyújtással, személyi higiéniával, szenvedélybetegségekkel és bántalmazással kapcsolatos ismeretek) széles köre készségszintű elsajátításának elősegítése. Ezen négy alaptévként kiegészítve fontos lehetőségeket is ajánl a TIE, úgymint (1) a szülők, pedagógusok, nem-pedagógus dolgozók és az iskola társadalmi környezetének bevonása, valamint a fizikai környezet egészségesebbé tétele; (2) a nyomon követés; továbbá (3) az iskola-egészségügyi és a népegészségügyi intézmények, a szociális, gyermekjóléti, kulturális-közművelődési intézmények, sportszervezetek, civil és egyházi közösségek bevonása az iskolai egészségnevelés folyamatába (Az egészség a TIE-d is! 2016).

Hazánkban egy másik országos szintű, ám a fizikai aktivitásra és testnevelésre korlátozott kezdeményezés a Magyar Diáksport Szövetséghez kötődik.

2013-ban elindult a Testnevelés az Egészségfejlesztésben Stratégiai Intézkedések (T.E.S.I.) elnevezésű projekt, amelynek fókuszába a NETFIT bevezetése; a korszerű módszertani ajánlások megfogalmazása, szakkönyvek kidolgozása; valamint a módszertani fejlesztések mellett stratégiai intézkedések implementációja valósult meg, mint az egészségfejlesztés egyik eleme (Vass és mtsai, 2015ab, Csányi és Révész, 2015). A projekt egyik kutatás-fejlesztési feladata volt egy egységes, egészségközpontú fittség mérési-értékelési rendszer, eszköz kifejlesztése (Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt=NETFIT), amely biztosítja az iskolák számára az egységes, egészségközpontú mérési rendszert, az összehasonlíthatóságot és emellett egészségnevelési célok megvalósulását is.

Egy másik egészségmagatartási tényezőhöz kapcsolódóan is több előremutató szabályozási lépés történt, amelyeknek célja az iskoláskorúak egészséges táplálkozási szokásainak elősegítése volt (OÉTI, 2005). Ezen intézkedések mellett megjelentek az Európai Unió által finanszírozott, az iskolai egészségfejlesztésre fókuszáló programok is. Az elsősorban tanulókat és pedagógusokat célzó projekt annak ellenére, hogy jelentős számban elérte a célcsoportokat, a komplex beavatkozások hiánya, úgymint az iskolai környezet és egyéb érintett társadalmi szereplő bevonásának, és a motivációnak az elmaradása miatt tartós pozitív irányú változást nem volt képes elérni (Járomi és Vitrai, 2017).

Az Egészségnevelési Programok 2004. évi bevezetése után olvashatunk néhány olyan kutatást, amely az iskolai Egészségnevelési Program elkészültére, megvalósulására, és a gyakorlati alkalmazására irányul. Ezekből a tanulmányokból kiderül, hogy az iskolákban megvalósult a Pedagógiai Programokon belül az Egészségnevelési Program létrehozása, ám a holisztikus egészségfelfogás helyett a legtöbb iskola csak a fizikai, biológiai dimenzióra fókuszál, és nem jelennek meg az egészség egyéb dimenziói, a szociális, lelki, mentális vagy emocionális területek (Nagy, 2005; Deutsch, 2011). Így, az egészség egyetlen dimenzióját megragadva nem beszélhetünk komplex, holisztikus szemléletű egészségnevelési programról.

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). Egyéb kutatások fényt derítettek arra a jelenségre, hogy az iskolák széttöredezett, csak egyes dimenziókra kiterjedő egészségfelfogást képviselnek, amelyre építik az egészségnevelési programjukat, azonban ezzel a gyakorlattal nem lehet a tanulók életmódját tartósan, komplex módon befolyásolni, jobb irányba terelni.

A pedagógusok (mint az iskolai élet kulcsszereplői) nevelésben (egészségnevelésben) betöltött szerepük fontos, hogy milyen minta közvetítésével teszik azt. Azok az iskolák, amelyek belefoglalják a nevelési feladataik közé az egészségnevelés fontosságát, a kutatások eredményei azt mutatják, hogy jellemzően csak az aktuális trendeknek és társadalmi kihívásoknak megfelelően, az iskola klasszikus időkeretébe foglalva teszik, ismeretátadás és figyelemfelkeltés céljából, a komplex készségfejlesztés helyett (*Deutsch, 2012*). *Deutsch* (2012) kutatásából az is kiderült, hogy az Egészségnevelési Programok célkitűzései, módszerei, akcióprogramjai nem állnak szinkronban a pedagógusok által bemutatott egészségnevelési gyakorlattal.

Nagy (2005) tanulmányában az egészségnevelés elméletei tükrében vizsgálta az iskolai Egészségnevelési Programok stratégiáit. Az empirikus kutatása kiterjedt 11 iskola Pedagógiai Program Egészségnevelési Program részének dokumentumelemzésére. Az eredményei alapján megállapítható, hogy a Pedagógiai Programok megfelelnek a törvényi szabályozásnak, hiszen tartalmazzák az Egészségnevelési Programot, azonban a leírt feladatok megvalósítása jellemzően az osztályfőnöki órára korlátozódnak. Az iskola az egészségügyi szolgálat szakembereire bízva az egészségnevelést, a pedagógusok feladatkörébe az akcióprogramok épültek be a mindennapi, folyamatos 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 egészségfejlesztés csak szűk metszetét fedi le. Kiemelkedő eredmény, hogy az iskolák Programjában megjelenik a mentálhigiéné, azonban csak általános alapelvek megfogalmazására került sor, az egész tanéven átívelő fejlesztési tervvel nem rendelkeznek az iskolák. A legtöbb egészségnevelési program kitér arra, hogy a diákok szociokulturális hátterére építve, a szülőkkel együttműködve valósulhat meg hatékony egészségnevelés, azonban kidolgozva nincs a kapcsolattartási forma, valamint az egészségnevelési munkatervben nem jelennek meg célcsoportként a szülők (*Nagy, 2005*).

3. KUTATÁSI KÉRDÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

A kutatási kérdéseimet és hipotéziseimet a vizsgálat három alappillére vonatkozóan fogalmaztam meg, melynek sorrendje nem jelent hierarchikus rendszert. A kutatás három alappillére a megfogalmazott kutatási célok alapján az (1) Egészségnevelési Programok elemzése, (2) a pedagógusi interjúk és (3) a tanulók egészségmagatartásának és egészségműveltségének feltárásán keresztül a vizsgált iskolák Iskolai Egészség Indexének vizsgálata.

K₁: Az intézmények Egészségnevelési Programjával kapcsolatos kutatási kérdéseim:

- **K_{1a}:** Kik az egészségnevelés feladatainak megvalósítói, a pedagógusok vagy az egészségügyi szakemberek kapnak hangsúlyos szerepet?
- **K_{1b}:** Diagnosztikus mérések jelentik-e a program tervezésének alapját?

K₂: A kutatás másik alappillére az iskolai egészségnevelés vizsgálata az intézményvezetők és pedagógusok szemszögéből interjúkon keresztül, mellyel kapcsolatban az alábbi kutatási kérdésekre keresem a választ:

- **K_{2a}:** Az egészségnevelésért felelős pedagógusok mire alapozták az egészségnevelési program célkitűzéseit?

K₃: Melyek az egyes iskolák erősségei és fejlesztendő területei:

- **K_{3a}:** az egészségnevelés hatásrendszerét befolyásoló személyi feltételek megítélése alapján (SZKM)?
- **K_{3b}:** az egészségnevelés hatásrendszerét befolyásoló fizikai környezeti feltételek megítélése alapján (FKM)?
- **K_{3c}:** a tanulók egészségműveltségének mutatója alapján (EMŰ)?
- **K_{3d}:** a tanulók egészségmagatartásának mutatója alapján (EMA)?
- **K_{3e}:** a tanulók szubjektív egészségi állapotát tekintve (SZEM)?
- **K_{3f}:** az Iskolai Egészség Index tükrében (iEGI)?

Hipotézisek

A hipotéziseket két alappillér mentén fogalmaztam meg deduktív logika alapján, a szakirodalmi áttekintés során hivatkozott szakirodalmi adatok és eredmények ismeretében.

Az Egészségnevelési Programok (H₁) vizsgálatának esetében az alábbi hipotéziseket fogalmazom meg:

H_{1a}: Feltételezem, hogy a vizsgált intézmények Egészségnevelési Programjában jellemzően nem holisztikus egészség értelmezés olvasható.

H_{1b}: Feltételezem, hogy az Egészségnevelési Programban jellemzően az osztályfőnöki, a biológia és a testnevelés óra jelenik meg, mint az egészségnevelés színtere, továbbá az osztályfőnök, biológia és testnevelő tanárok hangsúlyos szerepe.

H_{1c}: Feltételezem, hogy legnagyobb hangsúllyal a káros szenvedélyek megelőzésével kapcsolatos tevékenységek jelennek meg az Egészségnevelési Programokban.

Az intézményvezetők és pedagógusok (H₂) interjú alapú vizsgálatának esetében az alábbi hipotéziseket fogalmazom meg:

H_{2a}: Feltételezem, hogy mind az intézményvezetők, mind a vizsgált pedagógusok holisztikusan értelmezik az egészséget.

H_{2b}: Feltételezem, hogy a megkérdezett pedagógusok többsége szerint az egészségnevelésnek a biológia, a testnevelés szaktárgyi órák és az osztályfőnöki óra a színtere.

H_{2c}: Feltételezem, hogy a megkérdezett pedagógusok többsége szerint az egészségnevelés folyamatában részt vevő szereplők a pedagógusokon túl az egészségügyi szakemberek, a szülők és külső szervezetek előadói, munkatársai.

4. ANYAG ÉS MÓDSZER

4.1 Mintavételi eljárás

A kutatás során a populációt Eger nappali munkarendű gimnáziumaiban határoztuk meg, mely öt intézményt jelentett. Az iskolatípusokat tekintve a gimnáziumot érintette legkevésbé a megelőző években zajló iskolatípusok átalakítása, továbbá a gimnáziumok célja a legátfogóbb, az általános műveltség megalapozása, az érettségi vizsgára, illetve a felsőfokú iskolai tanulmányokra való felkészítés, ellentétben a szakképző iskolákkal, ahol gyakorlatorientált, akár cégekkel együttműködő duális képzés zajlik. Így a kutatásból kizártuk a nem gimnáziumként működő intézményeket, hogy az oktatás-nevelés folyamatában zajló egészségnevelés pedagógiai hatásrendszerének vizsgálatát ne befolyásolják az egyéb külső tényezők, úgymint a munkahely társadalmi és fizikai környezete.

Első lépésként mind az 5 gimnázium fenntartójának felkérő levél került kiküldésre, mely 5 intézmény esetén 3 különböző fenntartót jelentett (három tankerület által fenntartott iskola és kettő különböző egyházi fenntartású). A levél tartalmazta a kutatás rövid bemutatását, annak célját és jelentőségét, a tervezett adatfelvételi módszereket, a vizsgálati protokollt, a kutatásban részt vevő iskolák és személyek titkosságának védelmét, valamint az Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Kutatásetikai Bizottságának engedélyét (RK/1164/2021). Mind a 3 intézmény fenntartótól pozitív válasz érkezett vissza. Ezt követően vettem fel a kapcsolatot az intézmények vezetőivel.

Második lépésként felkérő levél került kiküldésre a kiválasztott intézmények vezetőinek, mely tartalmazta a fent felsorolt kutatásra vonatkozó információkat, kiegészítve az intézmény fenntartói hozzájáruló nyilatkozatával, valamint a COVID-19 világjárványra való tekintettel az adatfelvételre vonatkozó lehetséges módok (személyes, online, mindkettő) intézményvezetői engedélyének kérdésével. Az 5 intézmény mindegyike pozitív választ adott, így a teljes meghatározott populáció bekerült a mintába.

Pedagógusi minta

A vizsgálat során tíz pedagógussal és az öt intézmény vezetőjével készítettem interjút (N = 15). Az intézményvezetők esetében a teljes populáció, azaz mind az öt intézmény vezetője bekerült a mintába, míg a pedagógusokat tekintve szakértői mintavételt alkalmaztam. Az iskolánkénti két-két pedagógus kijelölésében az intézményvezetők voltak segítségemre, olyan pedagógusok ajánlásával, akik az iskolai egészségnevelés folyamatában kiemelt szerepet, feladatot vállalnak. Az igazgatók által javasolt pedagógusok közül mindenki vállalta az interjút.

Tanulói minta

A kutatás jellege, valamint a koronavírus-járvány miatti korlátozások meghatározták a tanulói minta kiválasztásának lehetőségét, így szakértői mintavételi eljárással kerültek a mintába a diákok (N = 747). A kutatás jellegét figyelembe véve, az egészségnevelés pedagógiai hatásrendszerét vizsgálva fontosnak tartottam, hogy olyan tanulói véleményeket és tapasztalatokat kapjak, amelyek legalább 1 teljes jelenléti oktatásban zajló tanévben ki tudtak alakulni.

A mintába kerülés szakértői szempontjai tehát a következők voltak:

- a tanuló legalább a második tanévét tölti az adott iskolában;
- a tanuló a felmérést megelőző tanévet nem digitális tanrendben végezte.

Ezen kritériumok figyelembevételével az iskolák 11. és 12. évfolyamos tanulóit vizsgáltam (2. táblázat), hiszen a 9. évfolyamos diákok az adatfelvétel idején csak 1-3 hónapja voltak tanulói az adott iskolának, továbbá a 10. évfolyamos diákok az adatfelvételt megelőző tanévben (2020/2021-es tanévben) ugyan már tanulói voltak az iskolának, azonban a világmjárvány miatt digitális tanrendben végezték a tanév 70 %-át, így az ő értékelésük is torzította volna az intézmény „normál”, klasszikus működésére (tehát nem digitális tanrend) jellemző egészségnevelési hatásrendszerét (3. táblázat).

3. táblázat: A tanulói minta és a kérdőívkitöltési aránya

Intézmény kódja	Tanulók száma (fő)	Tanulók száma a 11. és 12. évfolyamon (fő)	Kitöltők száma	Kitöltési arány (%)
G₁	639	312	182	56,7
G₂	687	315	204	64,8
G₃	335	129	103	79,8
G₄	361	178	106	59,6
G₅	542	235	152	64,7
Összesen	2564	1169	747	63,9

Forrás: Saját szerkesztés

Az iskolák jellemzői

Az iskolák adatainak titkossága védelmének érdekében az adatok titkosításának módja a kódolás, így a részt vevő iskolák G1, G2, G3, G4 és G5 kódokkal szerepelnek.

A beazonosíthatóság esélyének csökkentése érdekében csak a néhány fontos adatot közlök az iskolákról.

A kutatásban Eger nappali munkarendű gimnáziumai vettek részt, mely öt intézményt jelent. Három iskola esetén a fenntartó az Egri Tankerület, míg kettő iskola egyházi fenntartású. A 2021/2022 tanév adatai alapján a legnagyobb intézmények tanulói létszáma 687 és 639 fő, míg a legkisebb gimnáziumok tanulói létszáma 335 és 361 fő. Frekventált, a belváros szívében helyezkedik el két iskola, egy iskola közlekedési csomópontban, míg két iskola a város szélén helyezkedik el. A megközelíthetőség nem tükrözi a tanulói létszámot, hiszen az egyik legtöbb tanulója a város szélén található iskolának van, míg az egyik legkevesebb tanuló a közlekedési csomópontnál elhelyezkedő iskolának diákja. A gimnáziumok az általános oktatás-nevelésen kívül kínálnak specializációs osztályokat is, úgymint idegennyelvi-, művészeti-, biológia-, humán- és reálgazdasági.

Az intézményvezetők és pedagógusok jellemzői

A megkérdezett intézményvezetői és pedagógusi minta elemszáma $N = 15$, melyből $N = 5$ intézményvezető és $N = 10$ az iskolában tanító pedagógus. A megkérdezettek 53,4 %-a férfi (8 fő), 46,6 %-a (7 fő) nő, az átlag életkoruk 46,93 év $\pm 8,47$. Az intézményvezetők 60 %-a férfi, 40 %-a nő, az átlag életkoruk 51,4 év $\pm 5,41$. Átlagosan két és fél éve vezetők, a legrégebb óta intézményvezetői szerepet betöltő személy 5 éve igazgató, míg ketten az első tanévüket töltik intézményvezetőként. 60 %-uk angol szakos pedagógus, továbbá matematika, informatika, fizika, technika és történelem³⁸ szakos is van közöttük.

A szakértői mintavétel során az intézményvezetők olyan pedagógusokat jelöltek ki az interjúra, akiknek kiemelt feladata, szerepe van az iskolai egészségnevelés gyakorlati vagy elméleti megvalósítása, tervezése, szervezése, lebonyolítása kapcsán. Az iskolákban tanító megkérdezett pedagógusok átlag életkora 44,7 év $\pm 9,01$. A megkérdezettek 60 %-a testnevelő tanár, továbbá van köztük matematika, fizika, informatika, történelem, biológia és földrajz szakos pedagógus is. Átlagosan 17,66 éve $\pm 6,62$ dolgoznak pedagógusként, a legnagyobb tanári tapasztalattal rendelkező 28 éve van a pályán, míg a legrövidebb ideje tanárként dolgozó a 8. tanévét kezdte idén.

³⁸ szakpárokként értelmezve

A tanulói minta jellemzői

A vizsgált tanulói minta elemszámát tekintve $N=747$, melynek a vizsgált iskolánkénti eloszlása $N_{G1}=182$, $N_{G2}=204$, $N_{G3}=103$, $N_{G4}=106$ és $N_{G5}=152$. A minta 39 %-a fiú, 61 %-a lány. A nemek eloszlása iskolánként a 4. táblázatban olvasható.

4. táblázat: A tanulói minta nemek és iskolák szerinti megoszlása

	Nem				N
	Fiú	%	Lány	%	
G1	71	39	111	61	182
G2	88	43	116	57	204
G3	34	33	69	67	103
G4	34	32	72	68	106
G5	69	45	83	55	152
Összesen	295	39	451	61	747

Forrás: Saját szerkesztés

A vizsgált tanulók átlag életkora 17,22 év ($\pm 0,87$). Az iskolánkénti átlag életkort az 5. számú táblázat részletezi.

5. táblázat: A tanulók átlagéletkora iskolánként

	Év
G1	17,33 $\pm 0,90$
G2	17,12 $\pm 0,71$
G3	17,50 $\pm 0,94$
G4	17,02 $\pm 0,93$
G5	17,18 $\pm 0,90$
Összesen	17,22 $\pm 0,87$

Forrás: Saját szerkesztés

A tanulók 34%-a megyeszékhelyen lakik, 16 %-a városban, míg fele (50%) faluban vagy községben. Az iskolánkénti megoszlást tekintve G3 iskolába járnak a legnagyobb arányban a megyeszékhelyen élő tanulók, G1 iskolába a városban, továbbá G4 iskolába a faluban, községben élő tanulók.

Az évfolyamokat vizsgálva a megkérdezett tanulók 56 %-a 11. évfolyamos, 44 %-a pedig 12. évfolyamos. G2 iskolán kívül az egyes évfolyamokon tanulók arányának megoszlása közel azonos (6. táblázat).

6. táblázat: A tanulók lakhelye iskolánként

	Lakóhely						Évfolyam				
	Megyeszékhely	%	Város	%	Falu, község	%	11.	%	12.	%	
G1	46	25	41	23	95	52	90	49	92	51	
G2	62	30	38	19	104	51	135	66	69	34	
G3	56	54	10	10	37	36	56	54	47	46	
G4	24	23	16	15	66	62	50	47	56	53	
G5	68	45	11	7	73	48	86	57	66	43	
Összesen	256	34	116	16	375	50	417	56	330	44	
	747							747			

Forrás: Saját szerkesztés

A vizsgált tanulók szüleinek legmagasabb iskolai végzettsége a 7. és 8. táblázatokban olvasható.

7. táblázat: A tanulók édesapjának legmagasabb iskolai végzettségének száma iskolánként

Fő	Az édesapa legmagasabb iskolai végzettsége					
	általános iskola	szakmunkás bizonyítvány	érettségi bizonyítvány	diploma	nem tudom	N
G1	10	73	46	42	11	182
G2	0	52	75	58	19	204
G3	1	25	39	29	9	103
G4	4	40	26	13	23	106
G5	1	40	44	63	4	152
Összesen	16	230	230	205	66	747

Forrás: Saját szerkesztés

8. táblázat: A tanulók édesanyjának legmagasabb iskolai végzettségének száma iskolánként

Fő	Az édesanya legmagasabb iskolai végzettsége						N
	nem fejezte be	általános iskola	szakmunkás bizonyítvány	érettségi bizonyítvány	diploma	nem tudom	
G1	1	15	41	57	59	9	182
G2	0	0	36	57	102	9	204
G3	0	2	16	33	46	6	103
G4	0	4	22	33	28	19	106
G5	0	2	4	38	104	4	152
Összesen	1	23	119	218	339	47	747

Forrás: Saját szerkesztés

Korlátozó tényező

A mintaválasztási eljárás módszerét befolyásolta az időtényező, a korlátozott erőforrások, a mintához való hozzáférés lehetőségei, valamint a 2019-ben kirobbant COVID-19 világjárvány, mely nagyban befolyásolta mind az iskolák kutatásban való részvételének hajlandóságát, mind a pedagógusok, tanulók elérésének módját. Ennek oka, hogy az adatfelvétel idején hazánkban a világjárvány 3. és 4. hulláma tombolt, számos új napi megbetegedéssel és halálalással. Az intézmények a kormány ajánlása alapján hozták meg járványügyi rendelkezéseiket, melyek nehezítették az adatfelvételt.

4.2 Az adatfelvétel módszerei

A kutatás elsődlegesen neveléstudományi beágyazottságú, hiszen végső soron pedagógiai hatásrendszert vizsgál, azonban annak elemeiként a tanulók fizikai és személyi környezetének, az egészségmagatartás, egészségműveltség és szubjektív egészségi állapot jellemzőinek kutatását tekintve kapcsolódik az egészség- és sporttudományhoz is. A kutatás interdiszciplináris jellegét és komplexitását figyelembe véve kvalitatív és kvantitatív módszereket is alkalmazok.

A kvalitatív módszereket tekintve szóbeli kikérdezést, strukturált interjút a pedagógusok és intézményvezetők körében, valamint dokumentumelemzést az Egészségnevelési Programok esetében, míg a kvantitatív módszereket tekintve írásbeli kikérdezést, kérdőívet a tanulók körében. A két módszert alkalmazva értem el azt a célt, hogy az iskolai egészségnevelést elméleti, analitikus és gyakorlati oldaláról is tudjam vizsgálni.

Az Egészségnevelési Programok elemzése során a dokumentumelemzés módszerét alkalmaztam, mely módszer dokumentumnak tekint „(...) minden olyan, a közelmúltban vagy napjainkban készült anyagot, amely nem a pedagógiai kutatás számára készült, de amelyek elemzése a pedagógiai kutatás számára tanulságos” (M. Nádasi 2004, 317 o.). M. Nádasi megkülönböztet a címzettek szerint hivatalos, személyes, a személyességet előhívó hivatalos és nem címzett dokumentumokat. Az általam vizsgált dokumentumok az intézményi tervezéshez, szervezéshez és értékeléshez fűződnek, írásbeli, hivatalos és eredeti dokumentumok, ugyanis „*abban a konkrét formában és azzal a konkrét tartalommal adottak a kutató számára, ahogyan azok elkészültek*” (M. Nádasi 2004, 321 o.).

A szóbeli kikérdezés módszerén belül a strukturált interjút alkalmaztam, melynek sajátossága, hogy az adatfelvétel során a kikérdezési szituációja szabályozva van. M. Nádasi (2011) szerint abban az esetben indokolt ezt a fajtát alkalmazni, ha a kutató pontosan tudja, mit akar tudni.

A szakirodalom szerint a kérdéssor összeállítása során figyelembe kell venni bizonyos szempontokat, úgymint az (1) egyszerű és egyértelmű megfogalmazás, (2) a kérdések elhelyezkedése és sorrendje, (3) a sugalmazás kerülése (M. Nádasi, 2011), így ezen szempontrendszer alapján összeállítva a kérdéssort az elejére kerültek az érdeklődést felkeltő kérdések, majd ezeket követték a tartalmi szempontból fontos kérdések, majd néhány demográfiai jellemzőre utaló kérdéssel zártam az interjút. Az interjú szövegét tartalomelemzéssel vizsgálom, ugyanis Antal definícióját alapul véve, „(...) tartalomelemzésnek az olyan eljárásokat nevezzük, amelyek során közlemények, üzenetek törvényszerűen visszatérő sajátosságai alapján módszeres és objektív eljárással olyan következtetéseket vonunk le, amelyek a közleményben nyíltan kimondva nincsenek, de az üzenet megszerkesztettségének, azaz kódolásának módjaiból kiolvashatók, s esetleg más módon (nem tartalomelemzéssel) nyert adatok segítségével megerősíthetők” (Antal, 1976, 15 o.).

A dokumentum- és tartalomelemzés közti különbségek egyike, hogy a pedagógiai kutatás számára készült anyagok, így az interjúk szövegei által alkotott írásos dokumentumok tartalomelemzéssel analizálhatók, ugyanis a dokumentumelemzés kizárja ezeket a forrásokat. További különbség, hogy míg a dokumentumelemzés eljárása szabadabb, addig a tartalomelemzés szigorúan meghatározott lépéseket tartalmaz: (1) kategorizálás és kódolás, mely során a tartalmak adatokká alakulnak, melyekben szabályokat követve a szövegek tartalmi elemei besorolhatók, további lépésként (2) az értelmezések megfogalmazása mennyiségi és minőségi következtetések által (Szabolcs, 2004).

A tanulók körében az egyéni kikérdezés írásbeli módon történt, azaz kérdőíves felmérést alkalmazva, mely az egyik legelterjedtebb kutatási módszer. Gyorsan, sok adatot lehet gyűjteni nézetekre, véleményekre, szokásokra vonatkozóan. A kérdőíves felmérés sikerének titka a (1) gondos előkészítés, (2) kipróbálás és (3) értékelhetőség (M. Nádasi, 2011), mely szempontokat figyelembe véve és alkalmazva állítottam össze a kérdőívet.

4.3 Az alkalmazott adatfelvételi eszközök

4.3.1 Interjú

A szóbeli kikérdezés módszerén belül strukturált egyéni interjúkat alkalmaztam az intézményvezetők és a pedagógusok körében.

A kutatás céljának tartalmi szempontból fontos kérdései érintették az interjúalanyok iskolájára jellemzőket, úgymint az iskolai egészségnevelés folyamata, szereplői, színterei, tartalma, kiindulási alapja, célmeghatározása, továbbá az iskola tanári kara körében jellemző mintaadó és kevésbé mintaadó egészségmagatartás.

15 interjút készítettem, 5 intézményvezetővel és intézményenként 2-2 pedagógussal, melyek egyenként 40-50 perc terjedelemben zajlottak. Az interjúk közül 8 online, 7 pedig személyesen történt (9. táblázat), így minden esetben létrejött a személyes kapcsolat, tehát limitáló tényezőt nem jelentett az online tér, hiszen rendelkezésünkre álltak a megfelelő körülmények, úgymint hang, kép, internetkapcsolat, nyugodt és csendes környezet.

9. táblázat: Az interjúk lebonyolításának módja

Iskola	Intézményvezető	Pedagógus 1.	Pedagógus 2.
G₁	online	online	online
G₂	személyes	személyes	személyes
G₃	online	online	online
G₄	személyes	személyes	személyes
G₅	személyes	személyes	online

Forrás: saját szerkesztés

Az interjúkon hangfelvétel készült hozzájáruló engedéllyel, melyet felhasználva alakítottam a hanganyagot írásos anyaggá az elemezhetőség érdekében.

4.3.2 Az Iskolai Egészség Index kialakítása - az iEGI kérdőív

Az új intézményértékelési modell, az Iskolai Egészség Index, amely az iskolai egészségnevelés pedagógiai hatásrendszerét hivatott mérni, értékelni, innovatív jelleggel a tanulók irányából. Az iEGI elméleti alapját nyújtotta egyrészt a szakirodalmi áttekintésben bemutatott, magyar iskolai egészségnevelést meghatározó törvények és rendeletek, valamint az országos szintű kezdeményezések, stratégiák, ajánlások, másrészt a nemzetközi gyakorlatban hatékonyan működő School Health Index és School Health Profile elnevezésű projektek, iskolai egészségfejlesztést támogató szolgáltató rendszerek.

4.3.2.1 Az iEGI jelentősége

A hazai iskolai egészségnevelés területén egy új iskolaértékelési megközelítést kezdeményezünk, mely újszerű lehetőségeket nyújt az iskolai egészségnevelés pedagógiai hatásrendszerének mérésének-értékelésének, fokozásának érdekében.

Az új iskolaiértékelési keretrendszer jelentősége abban áll, hogy megfelel a hazai hatályban lévő törvények és rendeletek meghatározásának, továbbá figyelembe veszi az országos kezdeményezéseket, projekteket és stratégiákat. Az iEGI alkalmazásával egy iskolára, az iskola diákjaira szabott egészségnevelési program tervezhető, melyben pontosan beazonosításra kerülnek azok a tényezők és területek, amelyek az adott iskola egészségnevelési folyamatára pozitívan vagy negatívan hatnak, továbbá, hogy melyek azok a területek, amelyeket erősíteni kell a pozitív egészségi állapot változás érdekében.

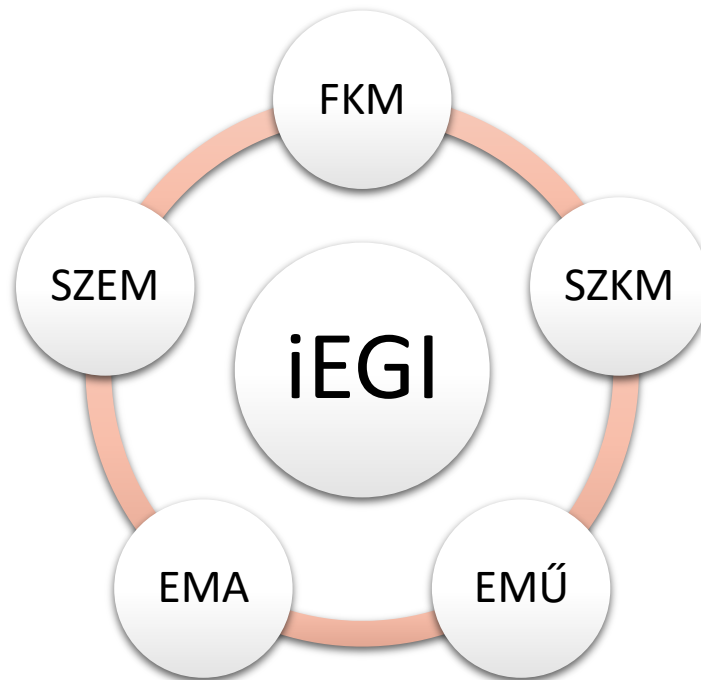
Az Iskolai Egészség Index lehetővé teszi az iskolák számára, hogy beazonosítsák az egészségnevelési programjuk erősségeit és gyengeségeit, segítséget nyújt az iskolák számára az egészségnevelési program tervezése és kidolgozása során, továbbá lehetővé teszi az iskolák személyi és környezeti tényezőinek, valamint a tanulók egészségmagatartási és egészségműveltségi fejlődésének nyomon követését. A következő alfejezetben kerül bemutatásra az iskolai egészségnevelési programok mérési-értékelési indikátorrendszere, amely lehetővé teszi az egyes területek beazonosítását, az intervenciók hatékony kidolgozását.

4.3.2.2 Az iEGI indikátorrendszere, a mutatóképzés elve

Az Iskolai Egészség Index indikátorrendszere 5 modulon keresztül méri az iskolai egészségnevelés pedagógiai hatásrendszerét a tanulói szemléleten keresztül, melyet a 6. ábra szemléltet. Az 5 modul a:

- (1) fizikai környezet mutató (FKM)
- (2) személyi környezet mutató (SZKM)
- (3) egészségműveltség mutató (EMÚ)
- (4) egészségmagatartás mutató (EMA)
- (5) szubjektív egészségi állapot mutató (SZEM)

6. ábra: Az Iskolai Egészség Index és moduljai



Forrás: Saját szerkesztés

Az 5 modul mérése egy komplex kérdőív alkalmazásával zajlik, mely során a kérdőív kérdéseinek csoportjai az 5 modul indikátorrendszere alapján lett összeállítva.

1. modul: A fizikai környezet mutató magába foglalja az iskola udvarának, udvari létesítményeinek, az iskolai épületének, a beltéri létesítményeknek, az iskola felszereltségének, az étel- és italkínálatnak, valamint a higiénia jellemzőinek feltárását a tanulói véleményeken keresztül. Fontosnak tartottuk, hogy az egészségügyi szempontoknak megfelelő indikátorrendszert alakítsunk ki, melybe beletartozik a beltéri és kültéri biztonság, a létesítmények és felszerelések, eszközök által nyújtott sportolási, pihenési, szabadidő eltöltési lehetőségek mind a tanórát mind a tanórák közötti és utáni szabadidőt tekintve. Felmérésre kerül a kérdőív által az iskola által nyújtott biztonságos közlekedést támogató lehetőségek, valamint az étel- és ital kínálat, úgymint a gyümölcsautomata megléte, az iskolai büfé kínálata. Szintén fontos fizikai környezet indikátor egészségügyi szempontból az osztálytermek, folyosók és mosdók tisztasága.

2. modul: A személyi környezet mutató mérése során feltárjuk az iskola egészségnevelés folyamatában részt vevők meglétét és szerepét. A tanulók megélése alapján értékeli a szülők bevonását, jelenlétét és feladatát az iskolai egészségnevelésben, továbbá az iskola és pedagógusok kapcsolattartását a szülőkkel.

Vizsgáljuk az iskolán belüli, valamint iskolán kívüli helyszíneken megvalósuló tevékenységek lehetőségét, mely során a tanulók egészséggel kapcsolatos programon vehettek részt, továbbá ehhez kapcsolódóan mérjük a külsős személy, tehát nem pedagógus vagy iskolai dolgozó által tartott előadás, program lehetőségét. A szülőkön, iskolai és külsős, nem iskolai dolgozó személyeken kívül felmérjük az iskola további humánerőforrását abból a tekintetből, hogy a tanulók tudják-e, kihez fordulhatnak egészséggel kapcsolatos kérdéssel, problémával és van-e olyan felnőtt személy az iskolában, akihez bátran és bizalommal fordulhatnak testi vagy lelki probléma, kérdés esetén. Utolsó személyi környezet indikátor a tanórákra és szaktanárookra irányul, miszerint a testnevelés, biológia és osztályfőnöki tantárgyakon, pedagógusokon kívül van-e legalább egy másik olyan tanóra, ahol a tanulók megismerik az egészséggel kapcsolatos információkat.

3. modul: Az egészségműveltség mutató a HELMA-H többdimenziós mérőeszköz alkalmazásával történik, mely során felmérésre kerül a tanulók funkcionális, interaktív és kritikai egészségműveltségi szintje is.

4. modul: Az egészségmagatartás vizsgálata során a HBSC kutatás validált kérdőívéből emeltünk ki olyan kérdéseket, melyek az általunk is vizsgált területeket mérik, úgymint fizikai aktivitás, táplálkozási szokások, biztonság, iskolai légkör, bántalmazás, szexuális magatartás és szokások, káros szenvedélyek, dohányzás, alkoholfogyasztás és egyéb drogfogyasztási szokások.

5. modul: A szubjektív egészségi állapot mutató vizsgálata során a validált WHO-Jóllét kérdőív mentén kerül feltárássra, mely során az elmúlt két hétre vonatkozóan kell válaszolniuk a megállapításokra a tanulóknak.

Az iEGI indikátorrendszere megfelel a Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztés által megfogalmazott alaptevékenységek és kiegészítő lehetőségek rendszerének.

A TIE 4 alaptevékenysége, mely 4 egészségfejlesztő alapeladat rendszeres végzését határozza meg egyrészt az egészséges táplálkozás, mely alapeladatot tartalmazza az iEGI fizikai környezet és egészségmagatartás mutatója, a mindennapos testnevelés, fizikai aktivitás, mely feladatot méri a fizikai környezet és egészségmagatartás mutatója, a lelki egészség alaptevékenység, mely az egészségmagatartás és szubjektív egészségi állapot modul része, továbbá az egészségismeret, mely az egészségműveltség modul részét képezi.

A TIE által megfogalmazott kiegészítő fontos lehetőségek közül a szülők, az iskolai nem-pedagógus dolgozók, az iskola-egészségügy és az iskola környezetének, a népegészségügy intézményeinek, valamint a szociális, gyermekjóléti, kulturális-közművelődési intézmények, sportszervezetek, civil és egyházi közösségek bevonását a fizikai és személyi környezet mutatók mérik fel. A rendszeres nyomon követhetőséget a köznevelés rendszerében maga az Iskolai Egészség Index és moduljai teszik lehetővé és biztosítják azt.

Az iEGI számítási folyamata az alábbi képlet segítségével történik, mely során meghatározhatók százalékos formában az egyes modulok eredményei, valamint a modulok által az iskola Egészség Indexe.

$$iEGI = \frac{FKM + SZKM + EM\ddot{U} + EMA + SZEM}{5}$$

5

Az Iskolai Egészség Index kiszámítása során az 5 modul pozitív válaszainak relatív gyakoriságának összegét szükséges elosztani 5-tel. Minden egyes modul tartalmaz különböző mennyiségű (5-44 db) kérdést, melyek esetén a kérdés típusától függően a pozitív értékelések kerülnek százalékos formában kiszámításra.

A fizikai és személyi környezet mutató esetén pozitív válasznak számított az 5 fokú Likert-skálán a 4 és 5 értékelés, azaz, hogy az adott állítással a tanuló egyetért vagy teljes mértékben egyetért. Az egészségmagatartással kapcsolatos kérdések pozitív válaszainak esetében a WHO ajánlást vettem alapul, így például a fizikai aktivitást tekintve a heti 3 vagy több alkalommal végzett, legalább 60 percig tartó mérsékelt intenzitású mozgás számít pozitív válasznak, míg az alkohol- és drogfogyasztás, dohányzást tekintve a soha válasz. Az egészségműveltség kérdéscsoport esetén, a tanulói válaszok alapján a négy kategóriából a kiváló és megfelelő kategóriába került tanulók válaszainak relatív gyakoriságát szükséges számítani.

Minél magasabb a százalékos érték, annál kedvezőbb képet mutat az iskoláról az adott modul, tanulói szempontból.

Az Iskolai Egészség Index, valamint az 5 modulja öt kategóriába sorolja az iskolai egészségnevelés és pedagógiai hatásrendszerének minőségét. A tanulói értékelések alapján 100 és 80 % közé eső értékelések kiváló minősítést jelentenek, 79 és 60 % között megfelelő, 59-40% között fejlesztendő, továbbá 39%-20 % fokozottan fejlesztendő minőséget, míg 19 % alatt rossz minőséget jelentenek.

iEGI intézményértékelő modell kategóriái:

- 100-80% Kiváló
- 79-60% Megfelelő
- 59-40% Fejlesztendő
- 39-20% Fokozottan fejlesztendő
- 19-0% Rossz

4.3.2.3 Az iEGI kérdőív

Az iskolai egészségnevelés pedagógiai hatásrendszerét vizsgálva egy komplex tanulói kérdőívet állítottam össze, mely folyamat során figyelembe vettem, hogy az egyes modulok tartalmazzanak legalább 5 kérdést, valamint validált kérdéscsoportokat az összehasonlíthatóság érdekében. Ez alapján az iEGI kérdőív 128, jellemzően zárt kérdést tartalmazott. A kitöltés során a tanulók egyszerű feleletválasztás, 5 fokú Likert-skála, valamint rövid válasz típusú válaszlehetőségeket adhattak meg (10. táblázat).

10. táblázat: Az iEGI tanulói kérdőív felépítése

Modul	Kérdések	Kérdések száma	Kérdéstípus
Demográfiai jellemzők	HBSC és saját fejlesztés	21	egyszerű feleletválasztás
FKM	HunPASS és saját fejlesztés	12	5 fokú Likert-skála
SZKM	saját fejlesztés	10	5 fokú Likert-skála
EMÚ	HELMA-H	45	5 fokú Likert skála és rövid válasz
EMA	HBSC és HunPASS	35	egyszerű feleletválasztás
SZEM	WHO-Jóllét	5	5 fokú Likert-skála
Összesen	HBSC, HunPASS, HELMA-H, WHO-Jóllét és saját fejlesztés	128	egyszerű feleletválasztás, rövid válasz, 5 fokú Likert-skála

Forrás: Saját szerkesztés

A demográfiai jellemzők kérdéscsoportja nyitotta a kérdőívet, a HBSC kérdőív adaptált kérdéseivel, valamint a kutatás célját szolgáló, saját megfogalmazású kérdésekkel, melyek érintették a tanulóra, szüleikre, lakókörnyezetükre, valamint tanulmányaikra vonatkozó jellemzőket. Minden egyes kérdés egyszerű feleltválasztás típusú.

(1) A fizikai környezet mutatója (FKM) a HunPASS kutatás (Csányi, 2011) kérdőívének egyes elemeit, valamint a kutatás célját szolgáló saját megfogalmazású kérdéseket tartalmazott. 12 állítás során kellett a kitöltőnek az 5 fokú Likert-skálán jelölnie a válaszát, mely válaszlehetőségek az „egyáltalán nem értek egyet”, „nem értek egyet”, „egyet is értek, meg nem is”, „egyetértek” és „teljesen egyetértek”.

(2) A személyi környezet mutatója (SZKM) a kutatás céljának megfelelő saját kidolgozású kérdéseket tartalmazott, felépítését tekintve hasonlóan a fizikai környezet mutatója kérdéseéhez. A 10 állítás során kellett a válaszadónak egy 5 fokú Likert-skálán jelölnie a válaszát, mely válaszlehetőségek az „egyáltalán nem értek egyet”, „nem értek egyet”, „egyet is értek, meg nem is”, „egyetértek” és „teljesen egyetértek”.

(3) Az egészségműveltség mutatója (EMŰ) kérdéscsoportot a HELMA-H (Horváth, Csányi és Révész, 2021) validált kérdőív alkotta, melynek jelentősége, hogy az első magyar nyelven validált kérdőív, mely a serdülők körében alkalmazható és mérni hivatott az egészségműveltség több dimenzióját is, úgymint a funkcionális, interaktív és kritikai egészségműveltség. A kérdőív 8 skálát tartalmaz, melyek az énhatékonyság, a hozzáférés, az olvasás, a megértés, az értékelés, az alkalmazás, a kommunikáció és a számítás kérdéscsoportok, skálánként 3–10 kérdéssel, kérdésenként 5 fokú Likert-skálán elhelyezkedő, illetve rövid válaszlehetőséggel. Az első 41 állítás esetében 5 fokú Likert-skálán kell megadnia a kitöltőnek a rá jellemző választ, „soha”, „ritkán”, „néha”, „általában”, „mindig” jellemző, mely állítások az énhatékonyság, a hozzáférés, az olvasás, a megértés, az értékelés, az alkalmazás és a kommunikáció skálákhoz tartoznak, skálánként 4–10 állítással, míg az utolsó három kérdés során, melyek a számítás skálához tartoznak, rövid választ kell adniuk a kitöltőknek, amely kérdések során matematikai műveletek alkalmazásával kell a helyes választ megadniuk.

(4) Az egészségmagatartás mutatója (EMA) kérdéscsoportot a HBSC és a HunPass kutatás egyes kérdései építik fel, mely kérdéscsoport foglalkozik a fizikai aktivitás, táplálkozás, iskolai légkör és biztonság, kortársbántalmazás, szexuális magatartás, dohányzási, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokások témaköreivel.

(5) A szubjektív egészségi állapot mutatója (SZEM) kérdéscsoportot a WHO-Jóllét rövidített kérdőív alkotja, mely 5 állítást tartalmaz, a válaszlehetőségeket tekintve pedig 5 fokú Likert-skálán jelölhetik a kitöltők a rájuk jellemzőt, hogy az adott állítás „soha”, „néha”, „az időnek kevesebb, mint felében”, „az időnek több, mint felében” vagy „mindig” igaz rá.

A kérdőívet a tanulók digitális formában, online töltötték ki, tanórán (osztályfőnöki, informatika, testnevelés) a szaktanárok és osztályfőnökök közreműködésével.

4.3.3 Az adatfelvétel időpontjai, módjai és limitáló tényezői

Az adatfelvétel 2021. szeptember – december közötti hónapokban zajlott.

Az intézmény fenntartókkal történő kapcsolatfelvétel a 2021-2022-es tanévet megelőző nyáron történt, melyet követően az intézményvezetőkkel 2021. szeptemberében zajlottak az első megbeszélések. Fontos eleme volt az adatfelvétel sikerességének az ekkor történő technikai egyeztetés, hiszen a világjárvány miatt hozott egyedi intézményi intézkedéseknek meg kellett felelni. Egyeztetésre kerültek az iskolák által preferált/engedélyezett adatfelvételi módok:

- interjúk esetében:
 - online térben, TEAMS, ZOOM és Facebook Messenger videóhívás alkalmazásával;
 - személyes jelenléttel, a járványügyi előírásoknak megfelelően, távolságtartással, kézfertőtlenítéssel és védőmaszk használata mellett;
- kérdőív esetében:
 - kizárólag online, digitális formában volt engedélyezett.

Limitáló tényezőt jelentett, hogy a tanulói kérdőív esetében nem engedélyezték az intézmények a személyes megkeresést, a papír alapú kitöltést, mely nagyobb arányú kitöltöttséget eredményezhetett volna, így a kitöltési arány átlagosan 63,90 %-os, az adatvesztés ennek megfelelően 36,10 %-os.

4.4 Statisztikai eljárások

Az adatfelvétel során kapott adatokat Microsoft Excel és IBM SPSS Statistics 23 programmal dolgoztam fel, amely során leíró statisztikát, kétmintás t-próbát és varianciaanalízist alkalmaztam.

Microsoft Excel programmal számítottam az iEGI kérdőív kérdéseire kapott pozitív válaszok relatív gyakoriságát (%) az egész mintára vonatkozóan, kérdésenként, modulonként, valamint az Iskolai Egészség Indexet tekintve.

IBM SPSS Statistics 23 programmal végeztem el az alapstatisztikai mutatók számítását, úgymint az átlag, szórás, minimum és maximum értékek.

Az iEGI egyes moduljainak eredményeit az iskolánkénti összehasonlítás során varianciaanalízissel vizsgáltam, a paraméteres adatok esetén, a nemi és évfolyamonkénti összehasonlításokat a normalitás teljesülése miatt kétmintás t-próbával vizsgáltam.

A tanulók egészségmagatartás jellemzőit varianciaanalízissel elemeztem a szülők iskolai végzettségének tekintetében.

A szignifikancia szintet 5 %-ban jelöltem meg.

5. EREDMÉNYEK

5.1 Az Egészségnevelési Programok dokumentumelemzése

Formai jellemzők

A formai jellemzőket tekintve két iskola esetében relatív hosszú (9,5-10,5 oldal), míg három iskola esetében relatív rövid (1-3 oldal) terjedelemről beszélhetünk. G3 (9,5 oldal) és G4 (10,5 oldal) dokumentumai hosszabbak, míg G1 (3 oldal), G2 (1 oldal) és G5 (3 oldal) dokumentumai rövidebbek.

A törvényi szabályozásban³⁹ is megjelenő 'Egészségnevelési Program' elnevezés két iskola esetében jelent meg (G1 és G3), míg a többi vizsgált iskola esetében a fejezet az 'A Teljeskörű Egészségfejlesztéssel Összefüggő Feladatok/Tevékenységek' elnevezést kapta, amelyek közül G5 'pedagógiai feladatoknak' nevezte meg azt, ezáltal szűkítve a nevelési folyamat színterét és szereplőit. A tartalmi vizsgálatot követően megállapítható, hogy a magyar nyelvű neveléstudományi szakirodalomban tapasztaltak alapján mindegyik dokumentum szinonimaként értelmezi és alkalmazza az egészségnevelés és egészségfejlesztés fogalmakat (11. táblázat).

11. táblázat: Az Egészségnevelési Programok formai jellemzői

Iskolák	Terjedelem (oldal)	Cím	Egészségnevelés – egészségfejlesztés
G1	3	egészségnevelés	szinonima
G2	1	egészségfejlesztés	szinonima
G3	9,5	egészségnevelés	szinonima
G4	10,5	egészségfejlesztés	szinonima
G5	3	egészségfejlesztés	szinonima

Forrás: Saját szerkesztés

Tartalmi jellemzők

(1) Egészség-értelmezés

A tartalmi elemzés során először a programokban fellelhető egészségdefiníciót vizsgáltam annak érdekében, hogy megismerjem az iskola egészséggel kapcsolatos felfogását és így az egészségnevelési feladatoknak az alapját.

³⁹ 2003. évi LXI. törvény

Három iskola (G1, G2 és G4) esetében nem jelenítettek meg a Programjukban egészség definíciót, nem került meghatározásra az egészségnevelési tevékenységük alapját képző egészségértelmezés, azonban kettő esetében, G1 és G2 utalás olvasható – ugyan nem holisztikus értelmezésben – a fizikai és lelki egészség dimenzióiról, továbbá azok passzív és statikus állapotáról (12. táblázat):

- „a testi és lelki egészség harmonikus együttható” (G1);
- „... a tanulók egészsége lelki és testi szempontból” (G2).

G3 és G5 iskolák esetében kifejtett, holisztikus szemléletű egészségértelmezés jelent meg:

- „Az egészség a szervezet belső összhangjának, valamint fizikai és társadalmi környezetével alkotott egységének az egyensúlyi állapota”;
- „Az egészség az életműködés zavartalansága, a szervek és a szervezet betegség nélküli állapota, a teljes testi-lelki és szociális jólét állapota, ami nem csupán a betegség, a testi-lelki nyomorúság hiánya, hanem jog is az egészséghez” (G3).
- „Az egészség a testi, lelki és szociális harmónia állapota” (G5).

12. táblázat: Az Egészségnevelési Programokban megjelenő egészség-értelmezés

Iskola	Egészségdefiníció hiánya	Testi-lelki egészség	Holisztikus egészségdefiníció
G1		✓	
G2		✓	
G3			✓
G4	x		
G5			✓

Forrás: Saját szerkesztés

(2) A diagnosztikus felmérés, értékelés

A vizsgált iskolák Programjának mindegyike leírta az iskola egészségügyi szolgálat törvényben meghatározott feladatát, az évenkénti szűrővizsgálatokat, azonban két iskola, G2 és G4 esetében ezen vizsgálatokat követően nem történik adatszolgáltatás az egészségnevelési program tervezésének érdekében.

Három iskola, G1, G3 és G5 alapos diagnosztikus eljárást határozott meg az Egészségnevelési Programban. A dokumentumok kitérnek arra, hogy a szűrővizsgálatokat kiegészítve G1 és G5 iskola helyzetfelmérést végez a tanulók egészségi, fizikai és mentálhigiénés állapotáról kérdőíves módszerrel, melyben feltárják a lelki és szociális veszélyeztetettséget, valamint az egészségkárosító fogyasztási szokásokat.

A kérdőívek kiértékelését követően statisztikai adatokat szolgáltatnak a nevelőtestület felé, valamint osztálytükör készül minden osztályfőnök részére, melyek alapján iránymutatást kapnak az egészségnevelés meghatározásához, az osztály aktuális egészségnevelési témáihoz. Bármilyen oktatási-nevelési-fejlesztési tevékenységről legyen szó, az időközi mérés-értékelés, nyomon követés, a hatékonyságvizsgálat nagyon fontos, így az egészségi állapot, egészségmagatartás monitorozása is. Csak a G3 iskola Programjában került meghatározásra az egészségnevelési tevékenység eredményességének mérése, mely során értékelik a diáksportkörben mozgó, sportoló diákok számarányának alakulását, a gyógytestnevelésre, könnyített testnevelésre és teljes felmentésre utalt diákok számának változását, valamint a tanulók mentális állapotában bekövetkezett kimutatható változások követését:

„Egészségnevelési tevékenységünk eredményességét ... az alábbiakban határozhatjuk meg:

- a diáksportkörben mozgó, sportoló diákok számarányának alakulása,
- a gyógytestnevelésre, könnyített testnevelésre és teljes felmentésre utalt diákok számának változása,
- a tanulók mentális állapotában bekövetkező kimutatható változások követése,
- jól felszerelt iskolaorvosi rendelő kialakítása,
- az iskolai védőnő mentálhigiénés tapasztalatainak megfogalmazása” (G3).

(3) Tartalom

Az iskolai egészségnevelés akkor hatékony, ha teljes körű, ha nem szűkül le egy-egy beavatkozási területre, hanem minél több egészség tényezőt érint, úgymint (1) fizikai aktivitás, (2) káros szenvedélyek, (3) táplálkozás, (4) mentálhigiéné, (5) társas kapcsolatok, párkapcsolat, szexuális nevelés, (6) egészségismeretek.

Fizikai aktivitás

A fizikai aktivitást tekintve a legnagyobb feladat a testnevelő tanárookra hárul, valamint jellemzően a mindennapos testnevelésben, a délutáni sportfoglalkozásokban és az iskola utáni sportági edzésekben nyilvánul meg.

G1 iskola dokumentumában számos említés található a fizikai aktivitás, a rendszeres testnevelés és sporttevékenység fontosságáról, valamint az egészségtudatos, fizikailag aktív életvezetésre történő szocializációról, azonban ennek konkrét iskolában történő megvalósulásáról, szintereiről, idejéről, tevékenységformáiról nem.

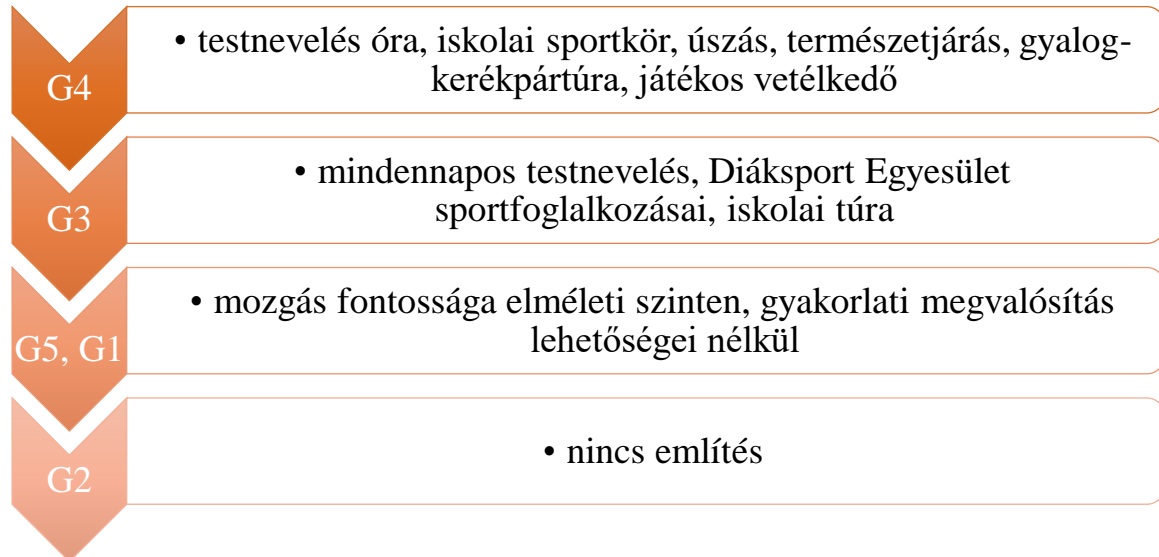
G3 iskola Programja több tekintetben is említette a fizikai aktivitás fontosságát, valamint az iskolai lehetőségeket.

Az egész életre kiható szokások kialakításának feladatkörét is a mozgás napi munkarendbe történő beillesztésével kezdte, biztosítva a tanórai és tanórán kívüli mozgás lehetőségét. A tanórai keretek között szó esett a mindennapos testnevelés szervezéséről, tanórán kívüli tevékenységeket tekintve pedig a Diáksport Egyesület sportfoglalkozásairól, a hétvégi iskolai túrákról, erdei iskoláról és sportprogramokról.

G4 iskola felsorolta a mindennapi testedzés lehetőségének biztosítását, mint elsődleges tevékenységforma, mely az iskolai egészségnevelést szolgálja. Megjelent a testnevelés óra, az iskolai sportkör foglalkozások, az úszásoktatás és a természetjárás, továbbá konkrét tanórán kívüli foglalkozások, úgymint félévente egy-egy gyalog- és kerékpártúra, évente játékos vetélkedő. Kiemelt jelentőséggel írt az úszásról, miszerint fontos, hogy tanulók biztonságosan tudjanak vízi közegben mozogni.

Két iskola esetében nem került kidolgozásra a fizikai aktivitással kapcsolatos tevékenységkört. G2 iskola esetében említésre sem került az, G5 iskola dokumentumában pedig csak a mozgás fontosságát olvashattuk, konkrét megvalósítandó irányelvek nélkül. A fizikai aktivitás témakör megjelenését a hangsúlyosság mértékének ábrázolásával a 7. ábra szemlélteti.

7. ábra: A fizikai aktivitás megjelenése az Egészségnevelési Programokban



Forrás: Saját szerkesztés

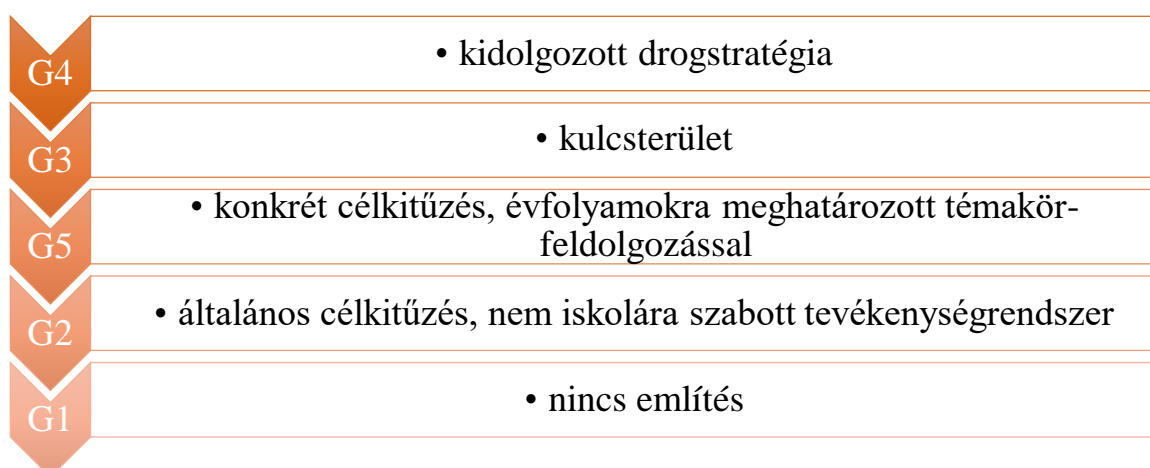
Káros szenvedélyek

A káros szenvedélyek, az addikciók az egyik legfontosabb, a középiskolás korosztályt érintő, egészségkárosító tényező.

G1 iskola Egészségnevelési Programjában nem jelent meg a káros szenvedélyek témája, sem kidolgozott program, sem kijelölt tevékenységek és felelősök nincsenek megnevezve.

G2 iskola Programjában megjelent, hogy a tanulók „...képesé kell, hogy váljanak a káros szenvedélyek tudatos elutasítására, meg kell tanulniuk a különböző elutasítási technikákat”, továbbá, hogy „ezek a technikák ne csak egyféle módszerrel, hanem széles spektrumú, változatot technikákkal kerüljenek elsajátításra”. Központi kérdést jelent a káros szokások kialakulásának megelőzése G3 iskolában. Kulcsterületként tekintenek a dohányzás visszaszorítására, illetve korlátok közé szorítására, valamint az alkohol- és drogprevencióra. „Drogprevenációs pályázat elnyerésével rendszeres kortárs-segítő képzés folyik az iskolában, ezt szeretnénk folytatni a jövő tanévekben is. Célunk: a segítségre szoruló, veszélyeztetett fiatalokhoz megfelelő ismeretek és kommunikációs képességek birtokában lévő, szakmailag és személyiségében felkészült fiatalok jussanak el. A szükséges elfogadás, a hasonlóság érzés, a bizalom könnyebben kialakulhat, így hatékonyabb lehet a segítő munka. A képzett diákok bekapcsolódnak a tanórán belüli munkába is: alkoholfogyasztás, legális drogok témakörében”. G4 iskola Programjának fókuszpontja a drogprevenáció, a tanulók az életkoruknak megfelelő szinten a tanórai és tanórán kívüli foglalkozások keretében foglalkoznak az alkohol- és kábítószerfogyasztás, a dohányzás káros hatásaival a szervezetre. Az iskola drogstratégiájának programjai tartalmazzák az ismeretközvetítést, a társas kapcsolatok fejlesztését, a droghelyettesítő alternatívák kínálatát, a helyes döntési technikák, konfliktuskezelési és drogkínálattal szembeni ellenállás technikáinak elsajátítását szolgáló tevékenységi formákat és preventív programok szervezését. G5 iskola Programjában meghatározásra került, hogy „a tanulóknak tisztában kell lenniük azzal, hogy az alkoholizálás, dohányzás, kábítószerfogyasztás, helytelen gyógyszerfogyasztás súlyosan rontja saját életkilátásait és rendkívüli módon terhelik a közösséget, társadalmat”. Ezen kiemelt célt a Programban leírtak szerint évfolyamokra meghatározott témakörök feldolgozásával érik el. A káros szenvedélyek témakör megjelenését a hangsúlyosság mértékének ábrázolásával a 8. ábra szemlélteti.

8. ábra: A káros szenvedélyek témakör megjelenése az Egészségnevelési programokban



Forrás: Saját szerkesztés

Táplálkozás

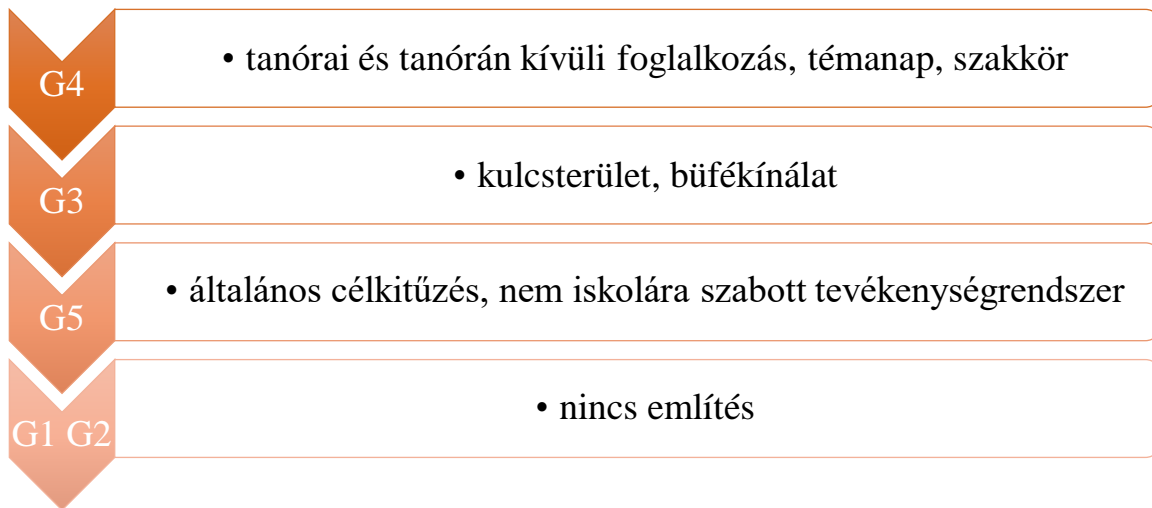
A táplálkozás, mint az egyik legfontosabb egészségtényező nem jelent meg G1 és G2 Programjában. Nem olvasható a táplálkozásra, közétkeztetésre vonatkozó cél, feladat, tevékenység.

G3 iskola kulcsterületnek tekinti a korszerű és egészséges táplálkozás biztosítását, azonban ez nem érződött a dokumentum kidolgozottságán, a Program csak a büfé kínálatának módosításának részleteiről ír.

Hasonlóan G5 iskola dokumentuma, amelyben csak annyi olvasható, hogy „*legfontosabb a megelőzés és az egészségmegőrző szokások kialakításának segítése: a helyes, egészségtudatos táplálkozás megismertetése*”, de a módszerek, célok, tevékenységek, programok nem kerültek kidolgozásra.

G4 iskolában a tanulók az életkoruknak megfelelő szinten, a tanórai és tanórán kívüli foglalkozások keretében foglalkoznak a táplálkozással. Évente egy alkalommal az egészségvédelemmel, helyes táplálkozással foglalkozó egészségnapot, témanapot szerveznek az iskola tanulói számára, ezenkívül táplálkozással kapcsolatos szakköröket említ a dokumentum. A táplálkozás témakör megjelenését a hangsúlyosság mértékének ábrázolásával a 9. ábra szemlélteti.

9. ábra: A táplálkozás megjelenése az Egészségnevelési Programokban



Forrás: Saját szerkesztés

Mentálhigiéne

Mindegyik iskola Pedagógiai Programjában olvashatunk külön fejezetként személyiségfejlesztésről, azonban szeretném feltárni, hogy az Egészségnevelési Programban milyen formában jelenik meg, fókuszálva a mentálhigiénére, lelki egészségre és a megfelelő stresszkezelésre.

G1 iskolában alapvető célok között volt felsorolva az egészséges személyiség fejlődésének biztosítása, amely a tanulók mentálhigiéne állapotának nyomon követésével és felmérésével kezdődik. A szűrések és kérdőívek által nyert statisztikai adatokból kapnak iránymutatást az osztályfőnökök, akiknek feladatuk egyes esetekben a pszichés nehézséggel küzdő tanulók szakemberhez irányítása. A megelőzéssel kapcsolatban nem volt olvasható tevékenység, módszer vagy feladat a dokumentumban.

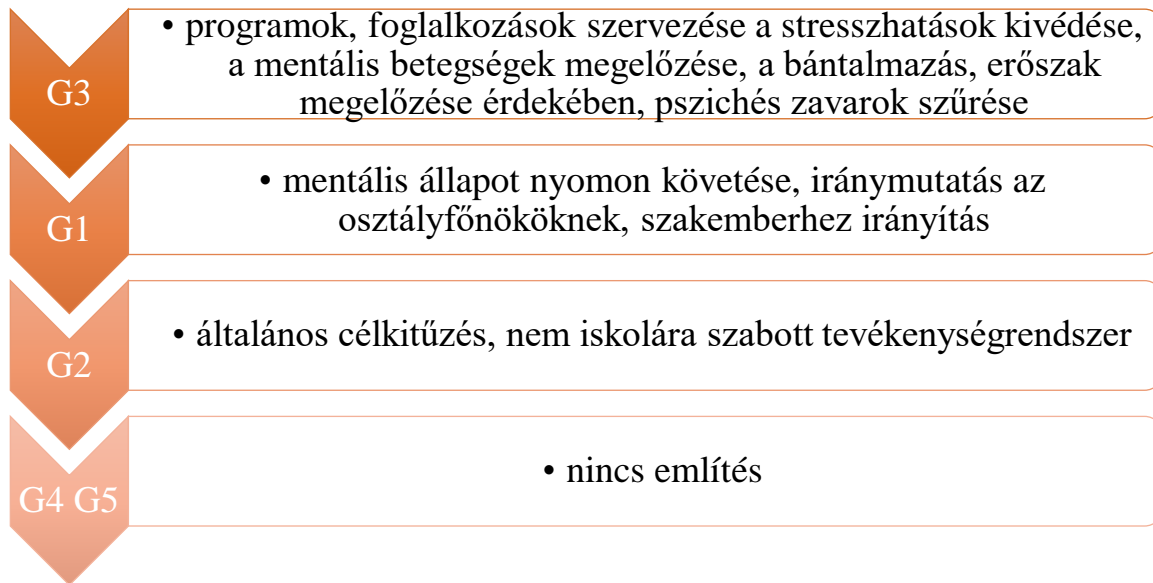
G2 iskola fontosnak tartja a tanulók lelki egészségének védelmét, „a harmonikus személyiségfejlődés része, hogy a gyermekek fel tudják dolgozni az iskolai és a magánéletben felmerülő kudarokat”, cél „csökkenteni az iskolán keresztül a pszichológiai, családi, kulturális és kortárs közösségek kockázati tényezőit”. Azonban ezen általánosan megfogalmazott feladatok és célok nem kerültek az iskolára szabottan kifejtésre a dokumentumban.

G3 a stresszhatások kivédését, a mentális betegségek megelőzését, a testileg és lelkileg kiegyensúlyozott gyermekek nevelését tűzte ki célul, mely fejlődést minden tanuló számára biztosít. Jellemzően a mentálhigiénevel, az iskolán belüli bántalmazással, és a testi és lelki erőszak megelőzésével foglalkozó programok megszervezését határozta meg a dokumentum.

Az iskolaorvos, iskolai védőnő, szakpszichológus, fejlesztőpedagógus, ifjúságvédelmi felelős és osztályfőnök bevonásával zajlanak, valamint mentális, pszichés zavarok szűrésével derítenek fel problémás eseteket a tanulók körében.

G4 és G5 programjában nem volt található említés ezekről a fontos területekről. A mentálhigiéne témakör megjelenését a hangsúlyosság mértékének ábrázolásával a 10. ábra szemlélteti.

10. ábra: A mentálhigiéne megjelenése az Egészségnevelési Programokban



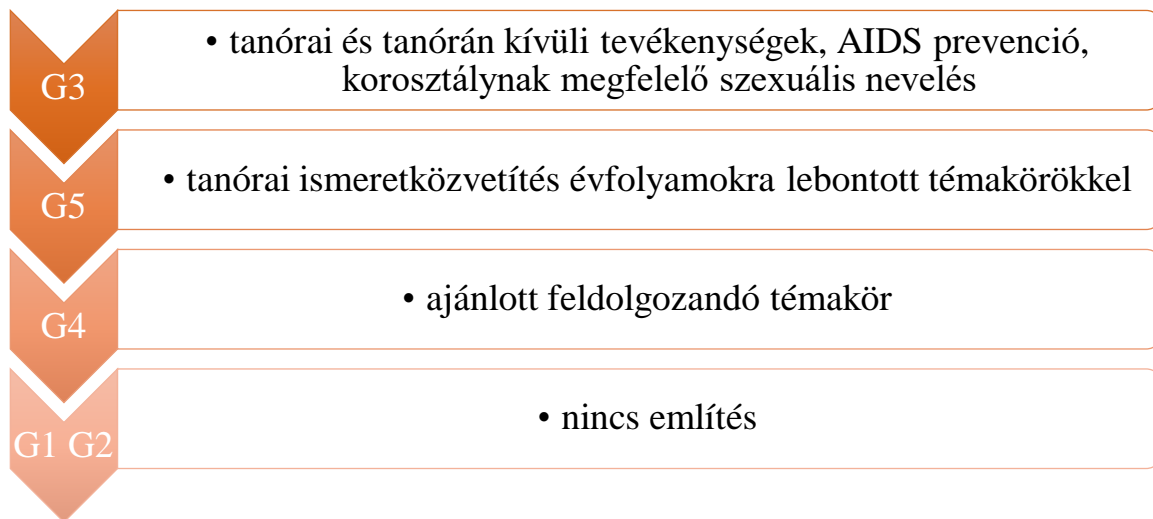
Forrás: Saját szerkesztés

Társas kapcsolat, párkapcsolat, szexuális magatartás

A középiskolás korosztály esetében fontos a párkapcsolat és a szexuális magatartás témakörével foglalkozni. Ennek ellenére G1 és G2 iskola Programjában egyáltalán nem lehetett olvasni a társas kapcsolatokkal, a párkapcsolatokkal és a szexuális neveléssel kapcsolatos feladatokról, tevékenységekről. G3 iskola az alapvetően fontos célkitűzései között kulcsterületként írta le az AIDS prevenciót, mely programtevékenységet megjelenítenek a tanórán és a tanórán kívüli foglalkozásokon is, a „barátság, párkapcsolatok, szexualitás szerepe az egészségmegőrzésben” témakörben. A Programban kiemelten szerepel a korosztálynak megfelelő szervezett szexuális nevelés, mely során 9. évfolyamon szerepet kap a felvilágosító munka, a korai nemi élet hátrányai, 10. évfolyamon a fogamzás menete, a fogamzásgátlás, a terhesség jelei, hatása a fiatal szervezetre, valamint az abortusz és annak következményei. A 11–12. évfolyamos tanulók számára előtérbe kerül a családtervezés, a szexuális kultúra témaköre. G4 iskola programjában egy-egy kifejezést olvashatunk, mint ajánlott előadás témakört.

G5 iskola programjában szerepel, hogy „*a tanulóknak tisztában kell lenniük azzal, hogy ... a szexuális szabadosság ... súlyosan rontja saját életkilátásaikat, és rendkívüli módon terhelik a közösséget, társadalmat*”. 9. évfolyamon nem találtunk tanórán ajánlott feldolgozandó témakört a párkapcsolat és a szexuális nevelést tekintve, 10. évfolyamon megjelent a „*felelősség a szerelemben, párválasztás, gyermekvállalás*”, 11. évfolyamon a nemi betegségek, a meddőség témaköre, valamint 12. évfolyamon a terhesség és a szülés. A tanórai ismeretközvetítésen túl nem jelent meg a Programban egyéb tevékenység, módszer. A társas kapcsolat, párkapcsolat, szexuális magatartás témakör megjelenését a hangsúlyosság mértékének ábrázolásával a 11. ábra szemlélteti.

11. ábra: A társas kapcsolat, párkapcsolat, szexuális magatartás megjelenése az Egészségnevelési Programokban



Forrás: Saját szerkesztés

Egészségismeret

G1 iskola Programjában olvasható, hogy megtartásra kerülnek egészségnevelési órák „*minden évfolyamon, korosztályhoz igazodóan ajánlott témákkal támogatjuk a munkát. A témák követik az ismeretspirált, fenntartva a tanulók érdeklődését*”. Azonban az említett témakörök nem kerültek meghatározásra a dokumentumban.

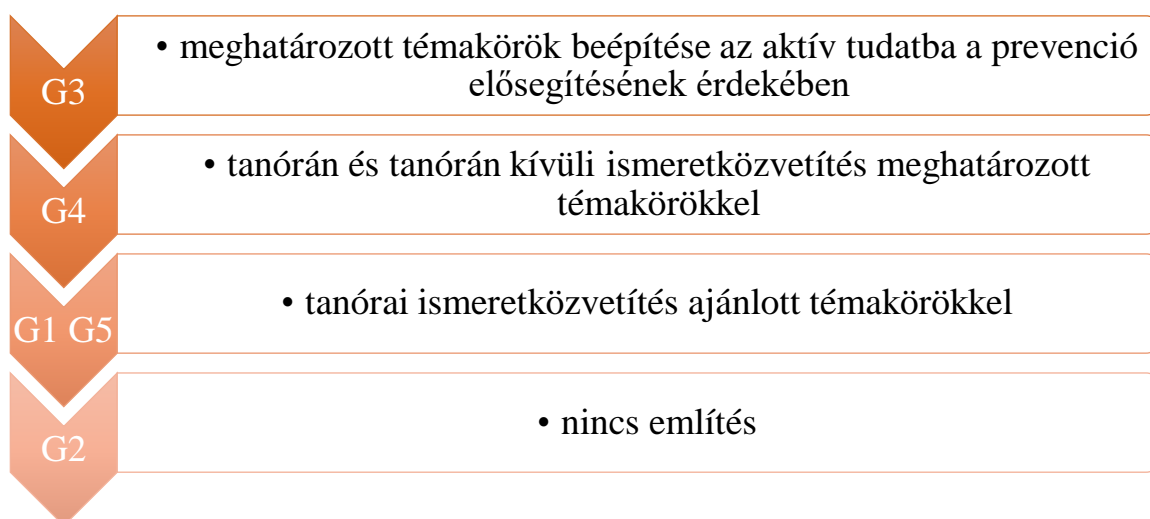
G2 iskola nem tett említést az egészségismeretekre vonatkozóan.

G3 iskolában „*fontosnak tartjuk az emberi szervezet működésével és a betegségek kialakulásával kapcsolatos ismeretek bővítését, az anatómiai és élettani ismeretek elmélyítését, saját szervezetünk megismerését és a fiziológiai folyamatok megértését. Meggyőződésünk, hogy ezen ismeretek használata és beépülése az aktív tudatba elősegíti a prevenció munkát*”.

Ezenkívül központi feladatként említette a diákok balesetvédelmi és elsősegélynyújtási ismereteinek bővítését.

G4 iskola tanulói az életkoruknak megfelelően foglalkoznak az egészség megőrzése szempontjából legfontosabb ismeretekkel tanórán és a tanórán kívüli foglalkozásokon is, úgymint a táplálkozással, a káros szenvedélyekkel, a családi és kortárskapcsolatokkal, a környezetvédelemmel, az aktív életmóddal, a személyes higiénével, az elsősegélynyújtással és a szexuális fejlődéssel kapcsolatos ismeretek. G5 Programjában leírásra kerültek az egészségfejlesztő foglalkozások tanórai megjelenésének ismeretköri, mely *„ajánlott témák feldolgozása a korosztálynak megfelelően az osztályfőnöki, a testnevelés, a biológia és a hittanórák keretein belül történik”* a helyi tantervben pontosan leírt témakörökkel. Az egészségismeret témakör megjelenését a hangsúlyosság mértékének ábrázolásával a 12. ábra szemlélteti.

12. ábra: Az egészségismeretek megjelenése az Egészségnevelési Programokban



Forrás: Saját szerkesztés

Összességében a témaköröket tekintve G3 iskola Programjában jelent meg minden vizsgált témakör hangsúlyosan, továbbá G4 iskola dokumentuma is kiterjedt a mentálhigiéné területet kivéve mindegyik témakörre, jellemzően hangsúlyos mértékben. Legkevésbé G2 iskola Programja kidolgozott, mely már a formai vizsgálat során is szembetűnő volt a maga nem egészen 1 oldalával.

A 13. táblázatban a témakörök láthatók, a hangsúlyosságot mutatva, ahol x azt jelenti, hogy a dokumentumban nem történt említés az adott egészség tényezőről, míg a két pipa a hangsúlyos megjelenést tükrözi.

13. táblázat: Az egyes témakörök megjelenésének hangsúlyossága

Témakörök	Vizsgált iskolák				
	G1	G2	G3	G4	G5
Fizikai aktivitás	✓	x	✓ ✓	✓ ✓	✓
Káros szenvedélyek	x	✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓
Táplálkozás	x	x	✓ ✓	✓ ✓	✓
Párkapcsolat, szexuális magatartás	x	x	✓ ✓	✓	✓ ✓
Mentálhigiéné	✓ ✓	✓	✓ ✓	x	x
Egészségismeretek	✓	x	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓

Forrás: Saját szerkesztés

(4) Időtartam

Az iskolai egészségnevelés akkor hatékony, ha nem szűkül le egy-egy akció időtartamára, hanem az iskola mindennapi életében folyamatosan és rendszeresen jelen van, így a következő szempont, ami alapján megvizsgáltam a dokumentumokat, az a programok időtartamára vonatkozik. Elemzésem során megvizsgáltam a tanórai, a tanórán kívüli tevékenységeket, valamint a rövidebb időtartamban megvalósuló akcióprogramokat. A vizsgálat során a tanórán megvalósuló egészségnevelés kapcsán elemeztem, hogy melyek azok a megnevezett tanórák, amelyeken jellemzően az egészséges életmódra nevelés zajlik.

G1 iskolában „szaktantárgyak tanrendjébe beépítve foglalkozunk az aktuális, egészségi állapottal kapcsolatos mutatókkal, országosan is tapasztalható tendenciákkal”. Ezen szaktárgyak közül az egészségnevelési órák, a biológia és osztályfőnöki órák kerültek említésre. Az egészségnevelési órákon „az egészségneveléssel kapcsolatos, tanórákon feldolgozható témák” kerülnek előtérbe, mely témákat nem részletez a dokumentum. Biológia és osztályfőnöki órákat tekintve pedig ez olvasható: „az elsősegélynyújtással kapcsolatos ismereteket beépítettük az osztályfőnöki és biológia órák tanterveibe a 9-10-11. évfolyamon”. G2 iskola Programjában nem esett említés az egészségneveléssel kapcsolatos célok elérésének időtartamára, színterére.

G3 iskola részletesen kidolgozta az időre és színterekre vonatkozó részeket. Meghatározta az osztályfőnöki órák egészségnevelő témaköreinek lehetőségeit:

- „önmagunk és egészségi állapotunk ismerete (testi higiénia),
- egészséges testtartás, a mozgás fontossága (testedzés fontossága),
- az értékek felismerése és ismerete,

- az étkezés, táplálkozás egészséget befolyásoló szerepe,
- a betegségek kialakulása és gyógyulási folyamatok (gyógyszerhasználat),
- elsősegély-nyújtási ismeretek,
- barátság, párkapcsolatok, szexualitás szerepe az egészségmegőrzésben (AIDS prevenció),
- személyes krízishelyzetek felismerése és kezelési stratégiák ismerete,
- tanulás és tanulás technikái,
- az idővel való gazdálkodás szerepe,
- rizikóvállalás és határai /közlekedés, személyes biztonság/,
- szenvedélybetegségek elkerülése /alkoholizmus, dohányzás/,
- a tanulási környezet alakítása,
- a természethez való viszony az egészséges környezet jelentősége (zaj, légszennyezés, hulladékkezelés)”.

Ezenkívül az egyes szaktárgyak (biológia, testnevelés, kémia, földrajz, osztályfőnöki, idegen nyelvi órák) tanítási óráin belül szervezett lehetséges témaköröket is meghatározta évfolyamhoz kötötten:

- „9. évfolyam: önismeret, személyiségfejlesztés (serdülőkori krízis okai), önbecsülés, önértékelés, stressz-kezelés, ellenállási készség fejlesztése (csoportnyomás kezelése), kockázatcsökkentés, problémamegoldás, képzett kortárs-segítő diákok bevonása a felvilágosító munkába (alkoholfogyasztás, táplálkozási devianciák, AIDS-prevenció), párkapcsolat, szerelem, szexualitás, korai nemi élet hátránya;
- 10. évfolyam: fogamzás menete, fogamzásgátlás, terhesség jelei, hatása a fiatal szervezetre, abortusz és következményei;
- 11. évfolyam: családtervezés, szexuális kultúra;
- 12. évfolyam: optimális családtervezés, a stressz hatása a szervezetre”.

Majd leírta, hogy az egészségnevelő munka hatékonysága abban mutatkozik, hogy „az egészségnevelés tanórán belül kevésbé alkalomszerű, mint inkább rendszeres, folyamatos”.

A tanítási órákon kívül tervezett tevékenységek között szerepelt:

- „a Diáksport Egyesület sportfoglalkozásai,
- csoportfoglalkozások,
- hétfélig iskolai program (túra, erdei iskola, sportprogramok, kulturális programok),
- rendezvények: a folyamatos kortárssegítő képzés adottságainak kihasználásával,
- drogforum évente egy alkalommal a Városi Diáknapok rendezvénysorozatán belül”.

A Program felsorolta az egyes tantárgyakban (magyar irodalom, történelem, matematika és fizika) rejlő fontos koncentrációs lehetőségeket.

Az egészséges életmód lehetőségei magyar irodalom órán: „(1) kiemelhető az ókori görög alkotók testkultusza – a versenyszellemben, (2) a természethez való vonzódás megjelent a reneszánszban, (3) a nyugalom vágya megoldást lelt a felvilágosultak természetimádatában (Csokonai, stb.), (4) a tájélmény része a romantikusok és realisták leírásainak (Byron, Jókai, Petőfi, stb.), (5) a sportos életmód figurái megjelennek a XX. századi regény és novella művelőinél (Thomas Mann, Camus, Márai, Kosztolányi, stb.), (6) a filmesztétikai ismeretek tanításakor a komikus megelevenítésre sporttémák használhatók (Chaplin, Louis de Funes amerikai sportolókról szóló életrajzi filmek), (7) a fogalmazástanításakor elbeszélő és leíró témaként adható sportélmény vagy természetismereti téma is. Az egészséges életmód témái a történelemben: (1) Ókori Görögország, (2) Olimpiai játékok versenyszámok, művészeti ábrázolások, (3) életmód, (4) felvilágosodás, (5) természetszeretet, (6) XIX. századvég társadalmi szerkezetének átalakulása, (7) szervezett szabadidő, intézményesített sportolás, (8) táplálkozási szokások átalakulása, (9) higiéniai körülmények javulása, (10) a globális világ problémái, (11) fejlődő országok, túlnépesedés- születésszabályozás, éhínség – segélyek, (12) betegségek – higiéniai viszonyok, (13) fejlett országok, népességcsökkenés, (14) táplálkozási problémák – elhízás, stressz, idegrendszeri túlterheltség, szabadidő – drog.

Az egészséges életmód és életszemlélet a matematika és fizika tanításában: (1) az emberi egészséget károsan befolyásoló tényezők statisztikai és valószínűségi vizsgálata (alkohol, dohányzás, drog stb.), adatok gyűjtése, grafikonok elemzése, valószínűségi becslés, (2) a sporttevékenységek fizikai alapjainak bemutatása, a mozgás öröme és esztétikája, (3) az izomműködés energetikai vizsgálata, mechanikai és elektromos jelenségeinek bemutatása, a testmozgás jelentősége, (4) az emberi érzékszervek biofizikájának bemutatása (látás, hallás, hőérzékelés), az egészség megőrzésének lehetőségei, (5) a radioaktivitás biofizikájának bemutatása, élettani hatásai, (6) a mindennapok fizikája (a víz tisztasága, a levegő szennyezettsége, környezeti hatások, stb.), (7) valószínűségi szemlélet kialakítása a biológia tanításának segítése érdekében. Az egészséges életmód és életszemlélet a biológia tanításában: (1) 11. évfolyam 2. félévében az ember szervezete a téma. Itt szervrendszerenként megbeszéljük a betegségeket, megelőzésüket és kezelésüket. A hormonális rendszer és reprodukció témájában sor kerül a szexuális felvilágosításra, illetve a már tanultak felelevenítésére. (mentálhigiénikus szakember segítségével), (2) genetika témájában öröklődő betegségekkel is foglalkozunk, előfordulásukkal stb., (3) a 10. évfolyamon a rendszertan témájánál külső és belső parazitákkal, védekezési módokról és kezelésükről esik szó, (4) génmanipulált növények fogyasztásának

egészségügyi vonatkozásai, magyarázatok, érvek és ellenérvek, (5) etológia – tanult és öröklött magatartásformáink, viselkedési változásaink (érintve a pszichológiát)”.

G4 iskola Programjának bevezetésében leírásra került, hogy „*az egészségnevelés minden tanórai és tanórán kívüli foglalkozás feladata*”. Tovább olvasva kiderült, hogyan határozta meg a dokumentum ennek teljesülését:

a) *„a mindennapi testedzés lehetőségének biztosítása:*

- *testnevelés órák;*
- *játékos, egészségfejlesztő testmozgás az első-negyedik évfolyamon;*
- *az iskolai sportkör foglalkozásai;*
- *tömegsport foglalkozások;*
- *úszásoktatás;*
- *természetjárás.*

b) *a helyi tantervben szereplő tantárgyak tananyagai (tanórán való feldolgozása)*

c) *az osztályfőnöki órák tanórain feldolgozott ismeretek;*

d) *évente egy egészségvédelemmel, helyes táplálkozással, elsősegély-nyújtással foglalkozó egészségnap (téma nap) szervezése az iskola tanulói számára;*

e) *az egészségnevelést szolgáló egyéb (tanórán kívüli) foglalkozások:*

- *szakkörök (Ifjúsági Vöröskereszt; csecsemőápolási, táplálkozási);*
- *minden fél évben osztályonként egy-egy gyalog- vagy kerékpártúra szervezése;*
- *minden évben egy alkalommal játékos vetélkedő az ötödik-tizenkettedik évfolyamos osztályoknak az egészséges életmódra vonatkozó tudnivalókkal kapcsolatosan.”*

G5 iskola csak a tanórai keretek közötti egészségnevelés irányait határozta meg a Programjában, azt sem konkrétan, miszerint „*az egyes tantárgyakban az egészségneveléshez kapcsolódó pontos témaköröket a helyi tanterv tartalmazza*”, továbbá az „*ajánlott témák feldolgozása a korosztálynak megfelelően az osztályfőnöki, a testnevelés, a biológia és a hittanórák keretein belül történik*”, leszűkítve ezáltal az egészségneveléssel foglalkozó tanórák számát.

A tanórai és tanórán kívüli tevékenységek megjelenését a 14. táblázat foglalja össze.

14. táblázat: Az egészségnevelés időtartamának megjelenése az Egészségnevelési Programokban

	tanórai tevékenységek	tanórán kívüli tevékenységek
G1	✓	x
G2	x	x
G3	✓ ✓	✓ ✓
G4	✓ ✓	✓ ✓
G5	✓	x

Forrás: Saját szerkesztés

(5) Az iskolai egészségnevelés szereplői

Az iskolai egészségnevelés hatékonysága akkor lesz tetten érhető, ha az egészséget célzó oktatási-nevelési folyamat nem szűkül le az iskolán belüli közösségre, hanem bevonja a szülőket és az iskola közelében működő, erre alkalmas civil szervezeteket, valamint az iskola társadalmi környezetét, fenntartóit. Az elemzés során megvizsgáltam a dokumentumokban megnevezett, az iskolai egészségnevelés folyamatában részt vevő iskolai munkatársakat, külső szervezeteket, személyeket, illetve a szülők bevonását a tevékenységekbe.

G1 iskolában „a tantestület alapelveként kezeli, hogy az egészséges életmódra nevelés mindenki ügye”. Az egészségfejlesztési programjuk elemei közül az első, hogy meghatározzák az egészségfejlesztésért felelős teamet, valamint annak tevékenységekörét. Azontúl, hogy minden pedagógus feladata az egészségnevelés, „az osztályfőnökök vendég előadókat hívhatnak, kérhetik az iskolaorvos, ifjúsági védőnő közreműködését”.

G2 iskola nem tett említést az egészségnevelés folyamatának részt vevőiről, szereplőiről.

G3 iskola Programjában leírtak alapján az egészségnevelés „alapos és kitartó munkát igényel pedagógustól és szülőtől egyaránt”. Pedagógusokat tekintve leírta, hogy „tantestületünk egésze részt vesz az ifjúság egészséges életmódra nevelésében a tanítási órákon és azokon kívül egyaránt”, továbbá „a betegségek megelőzésében, az egészséget támogató magatartás formálásában az iskolaorvos az orvosi szűrővizsgálatok alkalmával aktívan és folyamatosan részt vesz, probléma esetén szülővel, osztályfőnökkel, iskolavezetéssel, társszakemberekkel a szükséges lépéseket megteszi”, valamint kiemelte, hogy „a hatékony munka sikeressége továbbra is függ az iskolavezetéssel, ifjúságvédelmi felelőssel, osztályfőnökkel és munkaközösség-vezetőkkel, valamint a segítő feladatot ellátó társintézményekkel kialakult jó munkakapcsolattól és a szülőkkel való együttműködéstől”.

G4 iskola is úgy tartja, hogy „*az egészségnevelés az iskola minden pedagógusának feladata*”. A tanórán kívüli tevékenységek során együttműködik szakkörök formájában az Ifjúsági Vöröskereszttel, valamint az iskolai egészségügyi szolgálat (iskolaorvos, védőnő) segítségét is igénybe veszik.

G5 iskola szintén leírta Programjában, hogy „*a teljes körű egészségfejlesztés az iskola minden pedagógusának feladata*”, ezentúl pedig támogatja a külső előadók, szakemberek meghívását: „*az órákra javasolt külső előadók meghívása – szociális és családsegítő szolgálat, az iskolapszichológus, a rendőrség ifjúsági osztályának munkatársa, RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat⁴⁰, illetve az iskola-egészségügyi szolgálat keretében a védőnő, illetve iskolaorvos*”. Az iskolában az iskola-egészségügyi ellátás (védőnő és iskolaorvos) folyamatos, továbbá iskolapszichológus és családsegítő intézet kihelyezett munkatársa is szereplője az iskolai egészségnevelés folyamatának.

5.2 Az interjúk tartalomelemzése

A tartalomelemzés folyamata és szempontjai

Az interjúk tartalomelemzésének kategóriarendszere illeszkedik a kutatási célokhoz, továbbá a szakirodalmi áttekintés által nyert információk határozták meg azt, így előre meghatározott kategóriák alakultak ki, melyek (1) a pedagógusok egészségfelfogása, az iskolai egészségnevelés elméleti tervezettségén túl a gyakorlati megvalósítás, így annak (2) színtere, (3) szereplői, (4) a tartalom tervezésének folyamata, (5) a módszerek, tevékenységek, valamint (6) a pedagógusok között megjelenő mintaadó és kevésbé mintaadó egészségmagatartás jellemzői. Az elemzés során a szövegegységeket az interjúból vett szövegtörzsek (idézetek) alkotják, melyek jellemzően több kérdés válaszáinak, válaszáinak részleteiből épülnek fel az egyes kategóriákat vizsgálva, ezzel biztosítva az implicit tartalmak megismerését.

Az elemzés kategóriarendszere fő- és alkategóriákból épül fel:

- egészségfelfogás
 - testi-lelki
 - testi-lelki-szociális
- színtér
 - tanóra

⁴⁰ Remény, Élet, Változás - A Katolikus Karitás Szennvedélybeteg-segítő Szolgálata és annak hálózata a 90-es években jött létre a német karitás támogatásával, melynek célja a szenvedélybetegek, hozzátartozók és környezetük megsegítése, prevenció.

- testnevelés, biológia, osztályfőnöki
 - minden tanóra
 - tanórán kívüli foglalkozás
- szereplő
 - pedagógus
 - testnevelő, biológia, osztályfőnök
 - minden pedagógus
 - tanuló
 - szülő
 - egészségügyi szakember
 - külső részt vevő
- tartalom tervezése
 - tartalom tervezésének alapja
 - iskolára szabottan
 - általánosítva
 - tartalom tervezésének feladata
 - egészségügyi szakember
 - szaktanárok kijelölt csoportja
 - minden pedagógus és nem pedagógus (szülő)
- módszerek, tevékenységek
- pedagógusok magatartása
 - mintaadó
 - nem mintaadó

(1) A pedagógusok egészségfelfogása

G1 iskola esetében a vizsgált pedagógusok jellemzően holisztikus egészségfelfogással rendelkeznek, hiszen testi-lelki-szociális egészségterületekről is nyilatkoztak:

- „Sarkalatos része az egészségnek és egészséges életmódnak a testmozgás, az étkezés és, hogy mentálisan is egyensúlyban legyenek a tanulóink és dolgozóink”, „... vannak, akik nemcsak szociális dolgokkal foglalkoznak, hanem mentálhigiénével is, kapcsolatban vagyunk családsegítőkkal, kihelyezett szociális segítőnk van.” (Igazgató).

- „... testnevelés órán zajlik főleg az egészségnevelés fizikai része”, „kiemelném a ... programot, ... sok a lemaradás, ezért plusz órákkal, tehetséggondozással, felzárkóztatással, sokkal közelebb kerülünk a diákokhoz” (Pedagógus1),
- „a test egészsége, a fizikai erőnlét, a lelki egyensúly fontos ahhoz, hogy a diák megfelelően tudjon az iskolában teljesíteni, elérje a céljait”, „szociális segítőnk, RÉV segítőnk és iskolai pszichológus segítségével zajlik a mentálhigiénés fejlesztés, mely ugyanúgy fontos az egészség szempontjából, akár a testmozgás, a testnevelés óra” (Pedagógus2).

G2 iskola igazgatója az egészséggel kapcsolatban javarészt csak a fizikai dimenziót említette, úgymint:

- „az egészség szempontjából nagyon fontos a sport, melyre nagy hangsúlyt helyezünk iskolánkban”, A testmozgáson kívül nagy szerepe van a táplálkozásnak az egészség szempontjából, így „az iskolai büfében is megtalálhatók egészséges ételek. Figyelnek arra, hogy egészségkárosító inni- és ennielőt ne áruljanak. Személy szerint én is figyelek az egészséges táplálkozásra. Ezért fel is hívom a tanulók figyelmét arra, hogy kövessék a példám” (Igazgató).

A pedagógusok egészségfelfogását vizsgálva a fizikai mellett megjelent a lelki és szociális dimenzió is:

- „az egészség nem csak a testi jól-létben valósul meg, hanem hogy a tanulók lelkileg és szociálisan is rendben legyenek. A testi egészség megteremtésében, elősegítésében leginkább a testnevelők vállalnak szerepet, amihez hozzátartozik a személyi higiéné is, a lelki egészségben az iskolai szociális segítő, de rajtuk kívül természetesen mindenki feladata ez. Úgy gondolom tehát, hogy az egészséget testi-lelki és szociális jellemzők is befolyásolják” (Pedagógus1),
- „a testnevelésórán tudunk hatni a tanulókra, a legfontosabb, hogy megszerettségükkel velük a testmozgást, ez a legfontosabb az egészség szempontjából, hogy aktívak legyenek. A lelki egészséggel kapcsolatban mentálhigiénés szakemberrel és az iskolapszichológussal beszélgetnek” (Pedagógus2).

G3 iskolában az előzőekhez képest teljesen máshova helyezte a hangsúlyt, az igazgató elmondása alapján:

- „az iskolájuk fiataljai között leginkább a mentálhigiénés problémákat kell kezelniük”, emellett persze „hangsúlyos a testmozgás, a fizikai aktivitás, melyek a testnevelés órán kívül szabadidős tevékenységekben, túrázásban jelenik meg”, „figyelünk a tanulóink fizikai és lelki egészségére is” (Igazgató).
- „az egészség egy összetett dolog, több tényező is szerepet játszik. Én úgy gondolom, a fizikai egészség fejlesztése iskolánkban jól szervezett módon zajlik, versenyeket szervezünk, sportfoglalkozásokat tartunk, ehhez szorosan hozzátartozik a táplálkozás is, iskolatej és gyümölcsprogramban veszünk részt, ezen kívül fontos az egészség szempontjából a lélek, tanulóink iskolapszichológussal tudják tartani a kapcsolatot, illetve meg kell említeni a higiénéit, tiszta ruházatot, ápolt haját, bőrt is” (Pedagógus1).
- Az egészség fizikai és lelki dimenziója jelenik meg pedagógus2 válaszaiban, „az egészséges táplálkozás és a mindennapos testnevelés, testmozgás elengedhetetlen ahhoz, hogy egészségesek legyünk”, „felhívom a tanulóim figyelmét a stresszel való megküzdésre, különböző technikákat is elsajátítunk és beszélgetünk róla, ki és mi miatt stresszel éppen az adott nap, dolgozat, felelés, stb...” (Pedagógus2).

G4 iskola megkérdezett pedagógusai az egészséget fizikai és lelki dimenziók mentén fogalmazták meg:

- „Az egészség a legfontosabb, ha egészségünk nincs, akkor semmink nincs”, „egészségnevelési programunk szempontjából kiemelten fontos a tanulók testi és lelki egészsége is” (Igazgató).
- „A testi egészség megteremtése és javítása a sportfoglalkozások, mindennapos testnevelés és sportszakkörök során biztosított, a lelki egészség esetében pedig mentálhigiénés programokat, projekteket szervezünk” (Pedagógus1).
- „Egészséges az, aki fizikailag és lelkileg egyensúlyban van. Ezt leginkább testnevelés órán tudjuk fejleszteni, például mindennapos testnevelés, sportversenyek, de a táplálkozást tekintve a büfé és a menza kínálat is lényeges. A kötelező órákon túl sok egyéb programmal készülünk, egészség hét, prevenció előadások mentálhigiénés témakörben” (Pedagógus2).

G5 iskola vezetőjének válaszaiból kiderült, hogy:

- „Az egészség a testi, lelki harmónia”, „fontos, hogy a fiatalság felismerje, hogy az egészség érték, amely egyénnek és közösségnek egyaránt tudnia és ápolnia kell. Fontos, hogy kialakítsuk a diákokban az önmagukért és másokért érzett felelősségtudatát, melynek kifejeződése az egészséges életvezetés. Legfontosabb a megelőzés és az egészségmegőrző szokások kialakításának segítése. Helyes egészségtudatos táplálkozás és mozgáskultúra, a testápolási szokások megismertetése, az egészségkárosító tényezők lehetőleg teljes kizárása”.

A megkérdezett pedagógusok az egészséget fizikai és lelki jóllétként határozták meg, melyet elősegít az:

- „iskolánkban a mindennapos testnevelés, a délutáni sportfoglalkozások megteremtik a fizikai egészség megőrzését, valamint a büfében az egészséges ételek kínálata” (Pedagógus1),
- „a fizikai aktivitás elengedhetetlen az egészségünk szempontjából, ezentúl a lelki egészségre is odafigyelünk, különböző programokat szervezünk, előadásokat, beszélgetéseket” (Pedagógus2).

Az egészség-értelmezést a 15. táblázat foglalja össze.

15. táblázat: Az intézményvezetők és pedagógusok egészség-értelmezése

Válaszadó	G1	G2	G3	G4	G5
igazgató	holisztikus	fizikai	testi-lelki	testi-lelki	holisztikus
pedagógus1	fizikai- szociális	holisztikus	testi-lelki	testi-lelki	testi-lelki
pedagógus2	holisztikus	testi-lelki	testi-lelki	testi-lelki	testi-lelki

Forrás: Saját szerkesztés

(2) Az egészségnevelés megvalósításának szinterei az iskolában

Ezen kategóriarendszeren belül alkategóriaként jelenik meg a szakirodalomra támaszkodva a tanórai megjelenés, melyen belül vizsgáltam a biológia, testnevelés, osztályfőnöki óra hármas egységének jelenlétét, továbbá az egyéb tanórai és tanórán kívüli, szabadidőben végzett tevékenységek megjelenését. A következőkben az igazgatói interjúkat vetem össze a pedagógusok válaszaival, iskolánként.

G1 iskolában „sokrétűen, természetesen tantárgyi keretek között, biológiai órákon, testnevelési órákon történik, továbbá védőnő és iskolaorvos rendszeresen tart egészségnevelés órákat, felvilágosító órákat, bárkinek van szerepe az egészségnevelésben.

Például a matematika tanárnak, osztályfőnököknek.” (Igazgató), „a testnevelés és osztályfőnöki óra játszik szerepet az egészségnevelés szempontjából” (Pedagógus1), „az osztályfőnöki, testnevelés, biológia és életvitel/egészségnevelés órák” (Pedagógus2).

Ebből egyértelműen látszik, hogy G1 iskolában tanító pedagógusok a szakirodalomban már megjelenő korábbi kutatási eredményeket támasztják alá, miszerint a biológia, testnevelés és osztályfőnöki tanórák hármas egysége, valamint az egészségnevelés/életvitel órák a szinterei az egészségnevelés folyamatának.

G2 iskolát tekintve megoszlanak a vélemények, „az egészségvédelem az osztályfőnöki órán kap szerepet, ahol doktornők, illetve védőnők adnak elő” (Igazgató), „minden tanórán és a tanórán kívüli tevékenységek során is zajlik az egészségnevelés” (Pedagógus1), míg a második számú interjúalany szerint a „természettudományi tanórákon, (Pedagógus2).

G3 iskolában „A tananyagba szoktuk beépíteni, jellemzően a biológia órán hangsúlyos az egészségnevelés témaköre. Vannak kampányszerű programok: kézmosás világnapja, drogprevenció külső szereplőkkel. Időnként Zacher Gábort hívjuk meg előadást tartani, legutóbb 2 éve volt, 5 éves ciklusokban, ahogy a diákok cserélődnek” (Igazgató), míg a két pedagógus válaszaiban megjelent az osztályfőnöki, testnevelés és biológia óra, azonban kitértek a többi tanóra jelentőségére is, így G3 iskolában minden tanórán és tanórán kívüli tevékenységet tekintve megjelent az egészségnevelés.

G4 iskola esetében az igazgató válaszaiból kitűnt, hogy „az egészségnevelés minden pedagógus feladata, így akár tanórán, akár a tanórák közötti vagy utáni szünetekben, szabadidőben is megjelenik nálunk”, ezzel ellentétben azonban a két pedagógus válasza között csak az osztályfőnöki, biológia és testnevelés óra jelent meg.

G5 iskolában hasonlóan G4 iskolához, mind az igazgató, mind a pedagógusok válaszaiban a biológia, testnevelés és osztályfőnöki órák jelentek meg, mint az egészségnevelés szinterei az iskolában.

Az iskolai egészségnevelés szintereit a 16. táblázat foglalja össze a pedagógusi válaszok alapján, iskolánként.

16. táblázat: Az interjúkban megjelenő egészségnevelési szinterek

Válaszadó	G1	G2	G3	G4	G5
Igazgató	minden tanórán	osztályfőnöki óra	minden tanórán és tanórán kívül	minden tanórán és tanórán kívül	biológia, testnevelés, osztályfőnöki óra
Pedagógus1	biológia, testnevelés, osztályfőnöki óra	minden tanórán és tanórán kívül	minden tanórán	biológia, testnevelés, osztályfőnöki óra	biológia, testnevelés, osztályfőnöki óra
Pedagógus2	biológia, testnevelés, osztályfőnöki óra	természettudományi tanórák	minden tanórán	biológia, testnevelés, osztályfőnöki óra	biológia, testnevelés, osztályfőnöki óra

Forrás: Saját szerkesztés

(3) Az egészségnevelés folyamatában részt vevő szereplők

G1 iskola igazgatója a szereplőket tekintve a védőnőt és az iskolaorvost jelölte meg, továbbá „kapcsolatban vagyunk a családsegítőkkal, itt kihelyezett szociális segítő van, valamint a RÉV, a szenvedélybetegségekkel foglalkozó szakember hetente egyszer fogadóórát tart, ahol lehet hozzá fordulni... bárkinek van szerepe az egészségnevelésben. Például a matematika tanárnak, osztályfőnököknek. Ha elmegy kirándulni az osztály, a mai tizenéves megpróbálnak dohányterméket és alkohol tartalmú italt fogyasztani. Az osztályfőnöknek a feladata, hogy ezt kordában tartsa és felhívja ezen káros szenvedélyekre a figyelmet. Tulajdonképpen bárki, aki a gyerekekkel van, aki tudatosan akarja nevelni a gyereket. Otthon családban is, apának is és anyának is feladata az egészségnevelés” (Igazgató). Pedagógus1 szerint „az iskolavezetésnek, ezt fel kell vállalni, fontosnak kell tartani. Az iskola mellett minden iskolában működik orvosi szolgálat, elsősorban a védőnőknek a szerepe. Ők tartanak egészségnevelési előadásokat, de a testnevelő tanárok és osztályfőnökök is fontos szerepet töltenek be egészségnevelés szempontjából”, „illetve civil szervezetek, szakszolgálat, az önkormányzat, tankerület, metálhigiénés szakember, RÉV-sek”.

Pedagógus2 az iskolájára vonatkozóan elmondta, hogy „a tantestület alapelveként kezeli, hogy az egészséges életmódra nevelés mindenki ügye.

Minden pedagógusnak, de főleg az osztályfőnöknek, testnevelő, biológia, életvitel tanárnak. Iskolaorvosnak, védőnőnek. Külső előadóknak. Pszichológus, iskolai szociális segítőnek.”

G2 iskolában „minden pedagógus szereplője, azonban külsős előadók nincsenek, hiszen az iskolánkban megfelelő szaktudású tanárok, dolgozó tevékenykednek” (Igazgató). „Szerintem a tanári testületnek nagy szerepe van. Tagjai az igazgató irányításai alatt vannak. Ezenkívül minden tanárnak, nemcsak a biológiát tanítóknak, testnevelő tanároknak. Mindenképp szerepe van a testi egészségben a védőnőnek, iskolaorvosnak, lelki egészségben az iskolai szociális segítőnek is. Ezenkívül, amit én úgy gondolok, hogy mindenképp hozzátartozik, az a diákok önszorgató szerepe. Egymást tudják segíteni. Mindenképp mindenki beletartozik, még a takarítónő is, az egészségnevelés, egészséges környezetünk (karbantartók is). Nyelvtanárok is veszik ezt a témakört. Nem direktbe mondja, de mindenképpen közvetít ilyen szemléletet” (Pedagógus1). Összességében, akikhez tartozik, elsősorban a testnevelők, az iskolaorvosok. Gyógytestnevelő szintén van itt az iskolánkban. Biológusoknak is szerepe van az egészségnevelésben, ha az emberi testet tanulják. Úgy fogalmaznék, hogy a természettudományt oktató tanároknak tartozik ennek a szerepnek a betöltése” (Pedagógus2).

Az intézményvezető és a pedagógus1 úgy látták, hogy az iskolában megvalósult a teljeskörűség azon feltétele, hogy több szereplőt vonjanak be az egészségnevelés folyamatába, úgymint minden tanár, az iskolai egészségügyi dolgozók, a nem pedagógus dolgozók.

G3 iskolában „elsősorban az osztályfőnökök, akik ezt kézben tartják. Rajtuk kívül az iskolaorvos, illetve a két védőnő” (Igazgató).

„Az iskola minden dolgozója, de kiemelten a biológia és a testnevelés szakos pedagógusok a szereplők és az osztályfőnökök” (Pedagógus1),

„...elsősorban a testnevelő tanárok, viszont az osztályfőnökkel is sok időt töltenek a tanulók egy nap, ezért az Ő véleménye, nézőpontja is mérvadó lehet a diákok számára. Továbbá ide sorolnám az iskolaorvos és a védőnő által adott elő az egészséges életmódról, ami valljuk be elég ritka” (Pedagógus2).

G4 iskolában „résztvevői a diákok és a pedagógusok, de volt már, hogy például külsős, dietetikus jött, orvos anyuka vagy apuka ajánlotta fel, hogy tart előadást” (igazgató).

„Minden tanárnak nagy szerepe van benne, de különösen az osztályfőnököknek. Rajtuk kívül a védőnőnek is fontos szerepe van” (Pedagógus1).

„Közvetve minden pedagógusnak, illetve egyéb dolgozóknak (pedagógiai asszisztensek, iskolaorvos, védőnő). Más kérdés, hogy a valódi, egészségneveléssel kapcsolatos feladatok elvégzésében nagyon különböző mértékben veszünk részt.

Régebben volt egy már nyugdíjba vonult kolléganő, aki véleményem szerint nagyon jól átlátta és összefogta ennek a komplex kérdéskörnek a kezelését, jelenleg nem tudok ilyen kollégát azonosítani” (Pedagógus2).

G5 iskolában „ami kifejezetten van, azaz iskolai egészségi ügyeleti szolgálat keretein belül valósul meg. Ez jelenti az iskolai orvos, iskolai védőnő tevékenységét, (oltások, rendelés) egészségtudatos magatartás és prevenciók előadások, amelyek csoportbontásban vannak, továbbá az egészségügyi szakemberek, biológia és testnevelőtanárok”.

„Egészségügyi szakemberek például védőnő, iskolapszichológus, iskolaorvos, biológia, testnevelő tanárok és osztályfőnökök” (Pedagógus1)

„Iskolánkban jellemzően az egészségügyi szakembereknek van nagy szerepe, gondolok itt a védőnőnkre, iskolaorvosunkra vagy az iskolapszichológusunkra, továbbá leginkább a biológia, testnevelő tanároknak és osztályfőnököknek” (Pedagógus2).

Az iskolai egészségnevelés szereplőit a 17. táblázat foglalja össze a pedagógusi interjúk alapján, iskolánként.

17. táblázat: Az egészségnevelés folyamatának szereplői az interjúk alapján

Válaszadó	G1	G2	G3	G4	G5
Igazgató	pedagógusok, család	minden pedagógus	osztályfőnök, eü. szakemberek	diákok, pedagógusok, külső szervezetek	biológia, testnevelő, eü. szakemberek
Pedagógus1	eü. szakemberek, testnevelő, osztályfőnök, külső szervezetek	minden pedagógus, eü. szakemberek, nem pedagógus dolgozók	minden pedagógus	minden pedagógus, eü. szakemberek	biológia, testnevelő, osztályfőnök, eü. szakemberek
Pedagógus2	minden pedagógus	testnevelő, biológia tanár, eü. szakemberek	testnevelő, osztályfőnök, eü. szakemberek	minden pedagógus	biológia, testnevelő, osztályfőnök, eü. szakemberek

Forrás: Saját szerkesztés

(4) Az egészségnevelési program tartalmának tervezése

G1 iskolában „az egészségügyi szolgálat minden évben elkészíti az egészségnevelési programot, amit abban az évben végig akarnak vinni. Milyen oltásokat kívánnak felvenni, milyen egészségnevelési órákat akarnak tartani, mindezt különböző korosztályoknak megfelelően. Az igazgatónak ezt a programot be kell építenie az iskolai munkatervében. Ebbe mindenki beletekinthet, diák, tanár, szülő, akik javaslatot tudnak tenni. Minden szeptember második felében – attól függ, hogy mikor fogadja el a tantestület a munkatervet- abban szót kell ejteni az adott tanév egészségnevelési programjáról” (Igazgató). A tartalom megtervezését tekintve „minden olyan szakon, ahol később teljesíteni kell, nagy leterheltségűek a diákok. Ezért testnevelés órán zajlik főleg az egészségnevelés fizikai része. Ezt egyedi-, csapatjátékokkal oldjuk meg, játékos módon. Mindez mellett az orvosi szolgálat, ami felkarolja” (Pedagógus1).

„Az egészségneveléssel kapcsolatos, tanórákon feldolgozható témák listájának kidolgozása az iskolaorvossal, ifjúsági védőnővel közösen történt” (Pedagógus2).

G2 iskolában a program tervezését tekintve az igazgató azt nyilatkozta, hogy „nem volt olyan alkalom amikor erről beszéltünk. Egy értekezleten sem volt szó erről”, azonban a pedagógusok szerint „Egyrészt előírták, hogy létre kell hozni az egészségnevelési programot. Amikor ezt megírtuk, az iskolára adaptáltunk és a sajátosságaira. Ezt figyelembe vettük” (Pedagógus1), valamint „amikor az elsőt készítettük, az az én feladatomból volt, 2009-ben. Biológia, testnevelő tanárokkal, védőnővel, iskolaorvossal egyeztettünk. Én voltam a gyermeksegítő, akkor más segítő nem volt. Felmértük, hogy a gyerekeknek mi volt az igényük, illetve a szülők szerepét, de őket nagyon nehéz megközelíteni, de történt effajta próbálkozás. Azóta időnként frissítjük, módosítjuk a tanulók jellemzőinek változásai szerint” (Pedagógus2).

G3 iskolában „vannak rendszeres megbeszélésünk, ahol az osztályfőnökök felhozhatják az aktuális kérdéseket (pl. HPV, COVID oltás). Tervezésnél megadtunk egy alapot és azt csiszolgatjuk” (Igazgató)

Pedagógus1 elmondta, mi alapján zajlik a program tervezése, „a diáksportkörben mozgó és sportoló diákok számarányinak alakulása, a felmentettek a gyógytestnevelésre, könnyített testnevelésre, és teljes felmentésre utalt diákok számának változása, a tanulók mentális állapotában bekövetkező kimutatható változások követése alapján értékeljük, majd esetlegesen módosítjuk a programot”. Pedagógus2 elmondása alapján figyelembe veszik a tervezés során az „egészséges életmódra nevelés, egészséges étkeztetés, mindennapos testnevelés megvalósulásának lehetőségeit, különböző projektnapokat iktatunk be, amelyek kapcsolódnak az egészségneveléshez”.

G4 iskolában „általában kiscsoportban mindig megvitatjuk, azt is, hogy mennyivel többet kellene róla beszélni, csak mindenki azzal jön, amihez pénz kellene, azt nem tudjuk megvalósítani. Kiemelném a gyerekek a testi –lelki egészségét, COVID alatt egyre hangsúlyosabb volt a lelki egészség, ... meg volt egy időpont adva, amikor lehetett velük beszélgetni, azonnal csatlakoztak a gimnazisták, a pedagógusok nagyon igénylik, hogy a lelki egészségükre jobban figyeljek oda, nagyon fontosnak tartom, volt olyan kolléga, aki jógát tart, aki akar jöjjön este és jógáznak, csak ez a másfél év annyira kizökkentett bennünket, hogy vissza kell szokni, és akkor menni fog”. A pedagógusok eddigi munkájuk során nem vettek részt a Program tervezésében.

G5 iskolában „minden tanévkezdés előtt a tanári értekezleten, augusztus végén a doktornő részletes tájékoztatást ad az előző évben felmért tanulók egészségügyi állapotáról. Legfontosabb a megelőzés és az egészségmegőrző szokások kialakításának segítése. Helyes egészségtudatos táplálkozás és mozgáskultúra, a testápolási szokások megismertetése, az egészségkárosító tényezők lehetőleg teljes kizárása. Ez alapvető célkitűzés, erre próbáljuk a programokat is kialakítani. Nehéz a kamaszkorosztályt erre rávezetni. Külön munkacsoport, pedagógusok dolgozták ki a doktornő mellett. A doktornő minden évben prezentációs formában beszámol a nevelőtestület előtt – augusztus végén – az előző évben a gyerekek egészségügyi állapotáról. Kifejezetten nincs egy pedagógus csoport, aki ezzel foglalkozzon” (Igazgató)

A legfontosabb cél mindkét megkérdezett pedagógus szerint az „egészséges életmódra nevelés, egészséges étkeztetés, mindennapos testnevelés. A doktornő irányításával én és néhány pedagógus kolléga alakítottuk ki, miután az iskolaorvos tájékoztatott minket a tavalyi évre vonatkozóan a tanulók egészségügyi állapotáról”.

Az iskolai egészségnevelés tartalmi tervezését a 18. táblázat összegzi.

18. táblázat: Az egészségnevelés tartalmának tervezése az interjúk alapján

Válaszó	G1	G2	G3	G4	G5
Igazgató	eü szolgálat, bárki javasolhat	nincs megtervezve	folyamatos, sajátosságok alapján	kiscsoportban	statisztikai adatokra alapozva, eü szolgálat
Pedagógus1	szaktanárok	szaktanárok	statisztikai adatokra alapozva	nem vettek részt	statisztikai adatokra alapozva, eü szolgálat
Pedagógus2	egészségügyi szolgálat	szaktanárok, eü szolgálat	célokra alapozva	nem vettek részt	statisztikai adatokra alapozva, eü szolgálat

Forrás: Saját szerkesztés

(5) Az iskolai egészségnevelés gyakorlatában megjelenő módszerek és tevékenységek

G1 iskolában a módszereket és tevékenységeket tekintve az igazgató megemlítette, hogy „védőoltások vannak, egészségtanácsadással szolgálnak a tanulók számára, (pl. rossz a testtartás vagy elhízás) ezeket az iskolai dolgozók is végzik. Kapcsolatban vagyunk a családsegítővel, itt kihelyezett szociális segítő van, akik nemcsak szociális dolgokkal foglalkoznak, hanem mentálhigiénével is. Lehet hozzá tanácsért fordulni, beszélgetni, illetve a RÉV, a szenvedélybetegségekkel foglalkozó szakember hetente egyszer tart fogadóórát, ahol lehet hozzá fordulni. Nem csak a diákra vonatkozik, hanem más is tud segítséget kérni. Illetve, ha megfelelő pályázat adódik, akkor az iskola egésze, egészségnevelési pályázatokkal is foglalkozunk. Ezenkívül nyáron vízitúrát szerveztünk, amely vándortábor keretében valósult meg”.

„Egy személyes példán keresztül vagy privát beszélgetés kapcsán is sokat lehet segíteni. Mi abban az időben találkozunk a diákokkal, amikor nagyon nagy változáson mennek keresztül. Fizikailag, pszichésen, illetve lélektanilag. Gyerekként kezdik el a középiskolai tanulmányaikat és fiatalokként ballagnak el innen. Eközben hatalmas változásokat láthatunk minden tanulónál. A példamutatás az elsődleges, de ahhoz, hogy valaki ezt meg tudja csinálni, ahhoz saját magával is foglalkozni kell” (Pedagógus1).

„Osztályfőnöki órákon irányított beszélgetések keretében és az iskolai védőnő, doktornő, külsős előadók biztosításával. Szociális segítőnk, RÉV segítők és iskolai pszichológus segítségével a személyes törődés keretén belül. Valamennyi tanár személyes példamutatásával. Iskolai sportnap szervezés, ahol sok diák mozoghat, próbálhat ki új mozgásformákat. Előadások szervezése az egészségtudatos életmóddal kapcsolatban. Kiállítások megtekintésén keresztül a szenvedélyek, betegségek megelőzésére felhívni a diákok figyelmét. Videók felhasználása osztályfőnöki órán például táplálkozás, személyes higiénia. Személyes példa, internetes anyagok eljuttatása a tanulókhoz” (Pedagógus2).

G2 iskola vezetője a táplálkozással kapcsolatos intézkedéseket említette, „az iskolai büfében is megtalálhatók egészséges ételek. Figyelnek arra, hogy egészségkárosító inni-, ennivalót ne áruljanak.”

„Példamutatás, személyes példa. A példamutatás lehet az egészséges életmód, sokan sportolnak. Vannak maratonfutók, mások rendszeresen járnak edzésekre. Szervezünk speciális alkalmakat, mint például a tanár-diák foci. A tanórai anyagok is befolyásolják ezt. Én, mint történelem tanár, mutatok azokra példát, hogy a gyerekek egészséges életmód kialakítása nemcsak az óraban, hanem pl. társadalmi ismeretek órán is megjelenik, korokra levetítve. Utat mutatunk nekik, lehetőséget biztosítunk.

Az iskolánkban DÖK működik, ami tudományos önképző kör. Ezen a szakkörön a gyerekek szappant készítenek, mindent, ami az egészségneveléshez tartozik. Testnevelők nagyon jól be tudják vinni nemcsak a testmozgást, hanem a legalapvetőbb tisztálkodási módszereket is. Rengeteg előadót hívunk meg, pl. lelki egészséggel kapcsolatban, informális kapcsolatban működtetjük őket. Olyan szülőket, akik ilyen területen dolgoznak, hívtak fogászati asszisztent, lelki egészség témakörébe pszichológust. Bemutatták, hogy mivel foglalkoznak. Ez az előadás ismeretátadásra is szolgál. Mutatunk alternatívákat is. Indirekt módszereket, a példamutatást. A legfontosabb, hogy mi mit közvetítünk a gyerekek felé. Pl. direkt meghívunk előadókat drog témakörben. Az is egyfajta lehetőség erre. Én jobban szeretem a kisebb csoportos előadásokat, nincs is nagyon helyünk tömegével rendezett előadásokra. Ha egészségnevelésről beszélünk a véradás mindenképp benne van, ami az utóbbi időben nem nagyon sikeres” (Pedagógus1)

„Testnevelésen az a fontos, hogy a tanuló minél több ismerettel találkozzon, minél többet tudjon elsajátítani. Sohasem a teljesítmény fontos, mert megszerettetni akarjuk a mozgást. Valaki sétálni szeret, valaki kézilabdázni, különböző dolgokat, akkor abban találja meg az örömét. Példamutatással tudunk rájuk hatni, elmegyünk túrázni, teszünk fel róla képet, és ezeket látják, hogy a pedagógusok a szabad idejüket aktívan töltik el.” (Pedagógus2)

G3 iskola vezetője kiemelte a túrázást, valamint a véradást, mint egészségnevelő tevékenységet. Pedagógus1 kiemelte a személyes példamutatás fontosságát, továbbá, hogy milyen tevékenységek jelennek meg az iskola mindennapjaiba: „programok, versenyek, iskolatej, napi gyümölcs programhoz csatlakozás, kortárs segítség, tanfolyamok szervezése. Iskolai védőnővel, iskolapszichológussal való kapcsolattartás. Sportfoglalkozások, hétfégi iskolai programok, túra, erdei iskola, kulturális programok. Biológia-testnevelés szakos tanárként fontosnak tartom az emberi szervezet működésével és a betegségek kialakulásával kapcsolatos ismeretek bővítését, az anatómiai és élettani ismeretek elmélyítését, saját szervezetünk megismerését és a fiziológiai folyamatok megértését. A gyermeket szellemileg, érzelmileg és testi aktivitását figyelembe véve a kiegyensúlyozottságra kell nevelni. A pozitív példamutatás elengedhetetlen. Osztályfőnökként az egészséges táplálkozás elterjesztése, a diákok balesetvédelmi és elsősegély-nyújtási ismereteinek bővítése, valamint a beteg és sérült embertársaink iránti segítőkész magatartás kialakítása a cél. Hasonló fontosságú a káros szokások kialakulásának megelőzése. Testnevelő tanárként, edzőként, a testnevelés órákon és azon kívül az egészségfejlesztő testmozgás megvalósítását tartom fontosnak”.

„Nagy iskolának számítunk a térségben, ennek ellenére örömmel mondhatom, hogy elég családi és közvetlen a hangulat a tantestületben is és a diákokkal történő kapcsolattartásban is. Legnagyobb erőnek a kommunikációt és példamutatást tartjuk.

Beállunk a diákok közé sportolni, versenyezni. Az alsós tanítók aktívan részt vesznek a projektekben, be is állnak és helyes példát mutatnak a diákoknak. Egészségesen étkezünk, felhívjuk a figyelmet a megfelelő étkezésre. Aktívan sportolunk, ha kell be is állunk a diákok közé. Gyakran versenyhelyzetet alakítok ki közöttük, hogy ezzel motiváljam őket az aktivitásra. Rendszeresen versenyeztetjük a diákjainkat amatőr és profi diákolimpiai versenyeken. Rendszeres testmozgás, egészséges étkezés, dohányzás mentes életmód, igazolt versenyszerű sportoló vagyok. Igyekszem kerülni a stresszt, de ez nem mindig jön össze” (Pedagógus2).

G4 iskola igazgatójának elmondása alapján: „nagyon fontosnak tartom, szerencsések vagyunk, mert az iskolai gyümölcsprogramban benne vagyunk, tehát minden alkalommal a gyerekek megkapják az idénynek megfelelő gyümölcsöt. A portán és a folyosón is van kitéve, ami pluszban esetleg marad, tehát jövet-menet, bármelyik gyerek tud enni. Szerződésünk van ugye egy céggel, akik annak fejében, hogy tőlük rendeljük a zöldségeket, gyümölcsöket, zöldség-gyümölcs napokat rendszeresen tart egy félévben kétszer, tehát egy évben négy alkalommal. Bármennyire is mókásnak vagy érdekesnek hangzik, a zöldségeknél általában a karalábét azt ritkábban, répát, uborkát, paprikát mindig kapnak. Ilyenkor a pedagógiai asszisztensek a megfelelő tálcára ráteszik, beviszik az osztályba. Én először meglepően fogadtam, hogy a répát megeszik, de csodálkoztam, hogy az uborka, a paprika mellett kapkodják be a gyerekek, nagyon szeretik. Ez az egyik, a másik nem csak azért mert kötelező, hagyomány az iskolában az egészséghetek, amikor hol játékos formában megjelenik a testi lelki egészség, meg egyáltalán a rengeteg játék. Ilyenkor a tesis kollégák sportfeladatokat adnak a gyerekeknek, egészségtető szokott lenni, azt én szerveztem, azért emlékszem jól, az hatalmas siker volt, most a COVID sok mindent megakadályozott. A következő volt, hogy a szülőket is kicsit jobban be tudjuk vonni, a szülők a gyerekekkel osztályonként csapatot alkottak, 3-4 fős csapatokra kell gondolni. A verseny belépője egy salátarecept volt. Utána pályázati pénzből biztosítottuk a zöldséget, gyümölcsöt, joghurtot, a gyerekek készítették a szülők és a pedagógusok, osztályfőnökök vagy akit felkértek segítségével az iskola menzáján és a kinézetet is pontoztuk, fantasztikus volt. Már gyerekkoromban is hagyomány volt, én ezt meg is tartottam az év első szombatja az évindító túra. Nyelvi versenyt szerveztek, nagyon jó verseny volt, a szervező a városban rejtette el a feladatokat, a gyerekeknek végig kellett gyalogolni, pedagógus kíséretében kisebb csapatok voltak pedagógus kíséretével kellett megkeresni a bizonyos angol feladatokat, valakit meginterjúvolni, vagy boltba bemenni”.

Pedagógus1 szerint „jó mintával és érdekes programokkal be lehet a tanulókat vonni, de mindez sajnos csak az órák terhére lehetséges, a diákok nagy leterheltsége miatt.

Túl sok órájuk van, utána már nem nagyon lehet rájuk számítani. Elsősorban osztályfőnöki órákon valósulnak meg a felvilágosító órák, drog prevenciós foglalkozások. Van, amikor az iskolába meghívunk külsős szakembereket, sport bemutatók vannak”.

„Nyüzgő az iskolánk, a kötelező tanórákon túl sok egyéb programmal (egészség hét, különböző prevenciós programok/előadások, sportbemutatók). Az osztályfőnöki óra lehetőséget teremt általános ismeretátadásra, az ebben lévő lehetőségek azt gondolom adottak, akár meghívott előadók fogadása terén is. Van, aki tanórái többségét szabad levegőn tartja, gyakran szervez iskolai kirándulásokat, egészséges táplálkozás témakörében különböző „alkotásokat” készített tanulóival, tudatosan nem dohányzik tanítványai előtt (pedig valójában dohányos), részt vesz közös testmozgásokban, és sokféle lehet még a példa. Én személy szerint sportköri foglalkozásokat vezetek, soron kívüli mozgásos lehetőségeket teremtek a tanulóknak (ESSD, fesztivál jellegű foglalkozások havi-kéthavi szinten, alkalmanként iskolai házi bajnokságok szervezése, alkalmankénti túrázásba/táborokban való részvétel), nem élek káros szenvedélyekkel és a témáról alkalmanként beszélgetek is velük” (Pedagógus2).

G5 iskolában „minden tavasszal szokott lenni egy egészségnevelési hét. Sajnos az előző két évben nem kerül megrendezésre a koronavírus járvány miatt. Ez az egész hét erről szól, külsős előadókat hívunk, valamint nagyon aktívan, tevékenyen részt vesznek a biológiai és a testnevelő tanárok is. Ilyenkor egészséges ételeket készítenek a gyerekek a pedagógusokkal. Egésznap, szünetekben és délután is szervezeten mozgáskultúrát fejlesztő programok vannak. Az egész hét arról szól, hogy a diákok információt szerezzenek az egészséges táplálkozásról, a mozgásról, az ívóvíz fontosságáról. Tehát kifejezetten egy egész hetet tudunk ennek szentelni, mellette folyik a tanítás. Doktornő koordinálja a hetet. Az iskolai egészségügyi szolgálathoz tartozik a védőnőn és doktornőn kívül az iskolapszichológus, aki lelki, és mentál egészséggel foglalkozik. Előre megbeszélte időpontban lehet hozzá menni egyéneknél, illetve osztályoknak is. Van az iskolánkban szociális segítőnk, aki egyéniben, kisebb csoportokban, osztályokban is tevékenykedik. A RÉV szenvedélybeteg csoporttal is kapcsolatban vagyunk, nekik is egyszer egy héten van fogadóórájuk. Hozzájuk is fordulhatnak a gyerekek, de kifejezetten a tematikus egészségnevelés a testnevelési és biológiai órákon zajlik. A menza és a büfé az egészséges táplálkozás jegyében működik, de főleg a menza. Ebben az üzemeltető is partner” (Igazgató). Pedagógus1 tapasztalatai alapján „leginkább a példamutatás, ami hatékonynak bizonyul és a megfelelő kommunikáció, hogy beszéljünk a gyerekekkel az egészséggel kapcsolatban, akár táplálkozás, sportolás, vitaminok, étrendkiegészítők. Aktívan sportolunk a legtöbben, ezt látják a közös programok által, illetve akár a social media-ban is.

Pedagógus2 szerint is a példamutatás a leghatékonyabb módszer, a rendszeres testmozgás, egészséges étkezés és a dohányzásmentes életmód.

A 19. táblázatban szemléltetem az egészségnevelő tevékenységeket és módszereket iskolánként.

19. táblázat: Az intézményvezetői és pedagógusi interjúkban megjelölt egészségnevelő tevékenységek és módszerek

Válaszadó	G1	G2	G3	G4	G5
Igazgató	tanácsadás, táborok	büfékínálat	túra	gyümölcsprogram, egészséghét, versenyek	egészségét, ismeretek
Pedagógus1	beszélgetés, példamutatás	példamutatás, szakkörök, előadók	példamutatás, kortárssegítés, ismeretek	példamutatás, előadók	példamutatás, beszélgetés
Pedagógus2	beszélgetés, példamutatás, internetes források	példamutatás	példamutatás, versenyhelyzet	példamutatás, egészséghét, előadás, sportbemutató	példamutatás

Forrás: Saját szerkesztés

(6) Az iskolában megmutatkozó pedagógusi egészségmagatartás jellemzők

G1 iskola igazgatójának válaszából kiderül, hogy „számos tanárunk rendszeresen sportol és egészséges életet él. Ezt a diákok is látják. Sok kollega fut, úszik vagy természetjárással foglalkozik. Utóbbi rendszeresen szervez ilyen jellegű programokat a diákoknak. Van, akiről tudjuk, hogy versenyszerűen kerékpározik. A tanáraink jellemzően odafigyelnek az egészséges életmódra és táplálkozásra, ez nyilvánvalóan nagy hatással van a gyerekekre. Az iskolánk területén tilos a dohányzás, de ezen kívül nem tilthatjuk meg a tantestület tagjainak a dohányzást. Van olyan tanár, amely él ezzel a szerrel, de szigorúan csak az iskola területén kívül. Előfordul az az eset amikor túlsúllyal rendelkezik a tanár, mert nem figyel oda a helyes és egészséges táplálkozásra. Hiába nagyon jó tanár, de ha nem vigyáz az egészségére, akkor ez eléggé megosztó történet”.

„Sok olyan pedagógus kolléga van, aki nem testnevelés szakos, de rendszeresen sportol. Sőt kiemelkedő sportoló, ultramaraton futó. Rendszeresen sportoló kollégák, akik a diákokat is bevonják vízitúrázó, kerékpáros túrákat szervez. Ez mindenképpen példamutató. Az iskolavezetés számos sporttevékenységet nyújt, akár a tanároknak is. Ezek az összetartásokon főzünk és eszünk, valamint sportolunk. Ezek mind belejászanak. Az a tanár, aki kimegy az iskola elé, és ott szívja el a cigarettát a két óra közötti szünetben - nagyon ritkán - az rossz példát mutat. Korábban volt egy „kistanári”, ahol lehetett dohányozni. Nyilván van az iskolán kívüli programon túlzott alkoholfogyasztás, de a tanár akkor is tanár marad.

Ha elmegy osztálykirándulásra, vagy sítáborba viszi a gyerekeket, akkor azzal nem mutatok rossz példát, ha italozok velük, vagy tőlem kérnek cigarettát. De ez már valamennyire visszaszorult. Olyan lehet, hogy valaki nagyon elengedi magát, vagy sokat felszed, azt esetleg megjegyzi, de ez sem jellemző. Sok kollégát ismerek sok éve, mi sem leszünk fiatalabbak. Van, aki átesik egy betegségen és látható a hatása. Nagyon sok diák keres meg táplálkozási kérdésekkel, edzés- vagy táplálkozási kiegészítők, vagy akár doppingnak minősülő, fehérje bejutást segítő szerek használatával kapcsolatával” (Pedagógus1).

„Többen járnak kerékpárral az iskolába, sportolnak, rendszeresen túráznak és ezzel példát mutatnak. Kirándulásokon pl. helyes táplálkozás a közös étkezéseknél. Az évszaknak (időjárásnak) megfelelő öltözködéssel a pedagógus példát mutathat. A diákok az aktuális divatot követve gyakran felfáznak, megfáznak. Néhány kolléga dohányzik. A pedagógusok nem tudnak jó példával járni a mindennapos rendszeres étkezés terén, mert nincsen ebédszünet, ezért mindannyian futtában étkezünk” (Pedagógus2).

G2 iskola igazgatója szerint „maga a kolléga nem iszik, nem eszik órán. A büfében vásárolt termékekkel tud példát mutatni. Vízádagolót szereztünk be, abból fogyasztanak. Sok kolléga sportol, mozog, valaki kimondottan sok gyümölcsöt eszik, de ezeket nem látják a diákok. Sportnapok alkalmával a tanárok együtt mozognak a diákokkal. Iskolán belül nem jelenik meg káros szokás, de a dohányzó kollégákat iskolán kívül láthatják. Diákok is ott dohányoznak, ez a negatív dolog” (Igazgató).

„Kiemelném, hogy nincs alkoholistá kolléga nálunk. A tanárok elmennek futni, posztolják és ezt a gyerekek látják. Ott van az iskolaorvos szerepe, a védőnő különböző témában tart előadásokat, az osztályfőnökök megválaszthatják azokat. Előadásokat, (pl. drog) foglalkozásokat szervezünk. Elsősegélynyújtási ismerettel kapcsolatban tájékoztatjuk őket. Ezeket eltanulják. Országos versenyen vettek részt, első helyezettek lettek. Olyan helyen vagyunk, ahol láthatják a dohányzást. Azt látják, hogy gyerekek dohányoznak, de a tanárok oldaláról tanári összetartás van, a gyerekektől elzárva van. Egészségnevelésben – lelki egészségnevelésben érzem a gyengeséget, pl. az online tanítás alatt sok tanár élte meg a tehetetlenséget, nem tudta, hogyan segítsenek a gyerekeknek. Kiegészítő előkerült, nem volt alternatíva” (Pedagógus1).

Látnak a piacon, a boltban a családdal. Az alak is nagyon fontos, (minél korosabb az ember) de nem lehet mindig nádszálvékony, tiszta izom. Ha megtaláljuk a gyerekekkel a közös hangsúlyt és az együttműködés kapcsolatát, (ez 90 %-ban megtörténik) akkor egy jó hangulatú, vidám, közösségformáló órát tudunk tartani. Ez egy jó iskola, de kialvatlanul jön ide, mert buliból jön, lehet látni, hogy nincs ott fejben, minden mással foglalkozik.

Dohányfüstösen jön, akkor gyerek mondhatja, hogy minek hallgassak rá. Kocsival jár az ember, vagy biciklivel, sportol vagy nem sportol, túrázik, elmegy a családdal kikapcsolódni. Van olyan kolléga, aki rendszeresen túrázik” (Pedagógus2).

G3 Igazgató szerint „próbálunk jó mintát mutatni a diákoknak, például én leszoktam a dohányzásról. Szerencsére jó a tanári kar, ezért a példamutatás gyakori”.

„Egészséges táplálkozás, higiénia, tiszta ruházat, ápolt bőr, haj. Nem dohányzás, sok testmozgás, szabadtéri órák, elsősegély-nyújtás ismerete, azonban vannak kollégák, akik dohányoznak, vagy túlsúlyuk van, keveset mozognak” (Pedagógus1).

„Egészséges étkezés, a testnevelők rendszeresen sportolnak, ezzel példát mutatnak a diákoknak. Bemutatjuk a feladatokat az órán a tanulóknak. Néhány kolléga esetében előfordul dohányzás, egészségtelen étkezés, inaktív életmód, osztálykiránduláson vagy iskolán kívüli rendezvényen alkoholfogyasztás” (Pedagógus2).

G4 iskola vezetője elmondása szerint: „táplálkozás, csak csendben mondom, hogy van egy-két „elvetemült”, aki mindig mondják, hogy egyél almát, fogyassz gyümölcsöt, állandóan eszi az almát. A dohányzás az egyetlen negatív példa, meg hát az elhízás, mert a gyerekek a háta mögött mondják, hogy kövér. Tehát az elhízás, mert a dohányzás az iskola körzetének a legtávolabb szegletében van kijelölve dohányzóhely”

„Ápolt megjelenés, étkezési szokások, dohányzás kerülése, járványügyi helyzet előírásainak betartása a legjellemzőbb, azonban néhány kolléga dohányzik” (Pedagógus1).

„A pedagógusok a sportos programokon aktívak, illetve közvetítik is az aktív életmódot. Nem példamutató viselkedés például, hogy a tanulók által is nyomon követhető az étel- és italfogyasztás minősége, a büfés sütemények, a sok kávé, adott esetben energiaital. A dohányzás is előfordul, de van, aki figyel arra, hogy diák ne lássa” (Pedagógus2).

G5 iskola igazgatójának válaszát tekintve, „ha negatív akarok mondani, akkor vannak olyan kollégák, akik – nem sokan – dohányoznak. Az ablakból sajnos láthatják a pedagógust. Sajnos diák is van, aki dohányzik, azonban a legtöbb kolléga olyan ételeket fogyaszt, mely az egészséges táplálkozás része, tehát odafigyelnek a kollégák. Ez is példaértékű, ezt láthatják a gyerekek a büfében, a menzán. Bármilyen órán előjöhét a téma és példamutató, hogy sok kollégám eljár az iskolánkba tornára, amit a testnevelők szerveznek nekünk. Konditerembe járnak, gyerekekkel együtt. Van egy túra szakosztályunk, a testnevelő tanárok koordinálásával és erre diákok is járnak. Kiemelném, hogy a gyerekeknek a verbális dolgokon túl is példát mutatunk. Bármilyen szakmai napokat, előadásokat szervezünk fontos, hogy lássák a gyerekek, hogy a pedagógus hogyan viselkedik. Nem bort iszik és vizet prédikál, hanem a személyes példamutatásra törekszik.

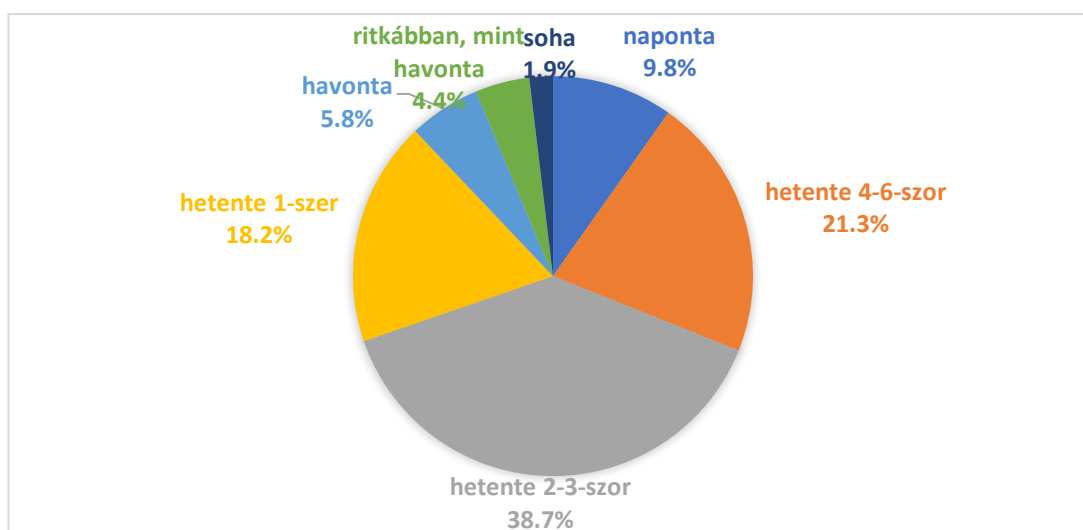
A pedagógusok válaszai alapján szintén az egészséges táplálkozás az, ami megjelenik az iskolában és a diákok láthatják a pedagógusokat, akár szünetben a folyosón, a menzán vagy a büfében. A dohányzás előfordul a tanárok és diákok körében is (Pedagógus1 és 2).

5.3 A tanulók egészségmagatartásának jellemzői

Fizikai aktivitás

A tanulók fizikai aktivitását vizsgáltam egyrészt a tanuló szabadidejében végzett fizikai aktivitásának gyakoriságát tekintve, másrészt a kitöltést megelőző 7 napra vonatkozó fizikai aktivitását, hogy hány napon végzett legalább 60 perces kiadós mozgást⁴¹ a tanuló. A megkérdezettek 9,8 %-a naponta, 21,3 %-a heti 4-6-szor, 38,7 %-a végez hetente 2-3-szor kiadós mozgást szabadidejében, 18,2 %-uk hetente mindösszesen egyszer, 5,8 %-uk havi rendszerességgel, 4,4 %-uk ritkábban, mint havonta és a válaszadók 1,9 %-a sohasem végez kiadós mozgást szabadidejében (13. ábra).

13. ábra: Szabadidőben végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (N=747)



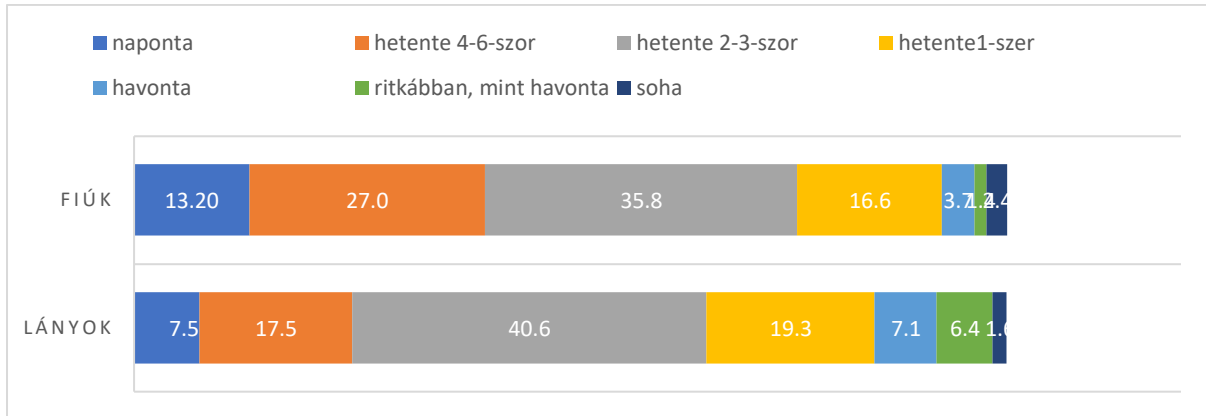
Forrás: Saját szerkesztés

A nemek között nincs szignifikáns különbség, szabadidejükben a lányok 7,5 %-a végez naponta fizikai aktivitást, valamint hetente legalább kétszer a megkérdezett lányok 58,1 %-a, míg a fiúk 13,2 %-a sportol minden nap szabadidejében, továbbá 62,8 %-uk legalább heti kétszer.

⁴¹ Kutatásomban „elegendőnek” tekintettem, ha a tanuló legalább hatszor mozgott legalább mérsékelt intenzitással, legalább 60 percet (WHO, 2010), „közel elegendőnek”, ha legalább 5 napon végzett testmozgást a kérdezést megelőző héten, „kevésnek”, ha ez 3-4 napon jellemző, és „nagyon kevésnek”, ha ez legfeljebb 1-2 napon fordult elő a kérdezést megelőző héten.

A lányok 1,6 %-a (7 fő) nyilatkozta, hogy soha nem mozog szabadidejében, míg a megkérdezett fiúk 2,4 %-a, azaz 7 fő (14. ábra).

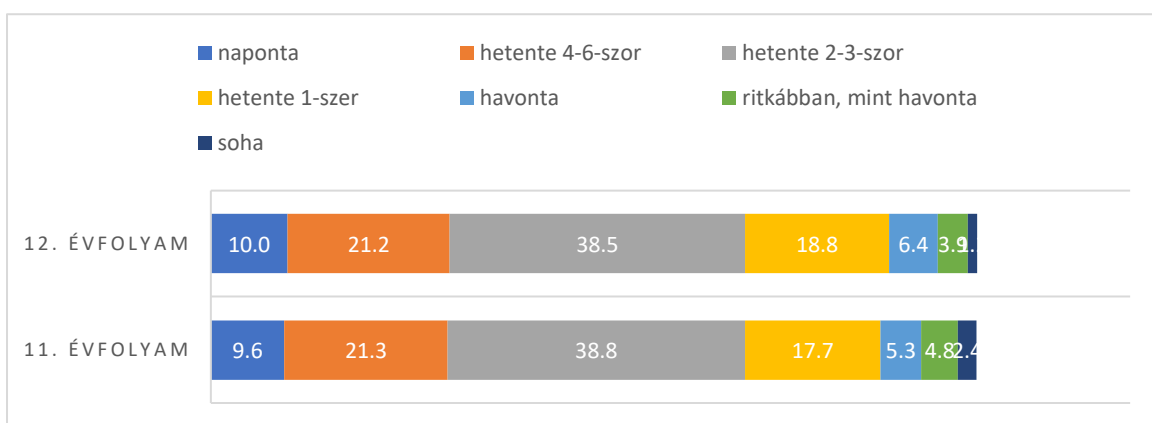
14. ábra: Szabadidőben végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (%) nemek szerint (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

A szabadidőben végzett fizikai aktivitásra vonatkozó válaszok alapján megállapítható, hogy az évfolyamok között nincs szignifikáns különbség, a 11. évfolyamosok 9,6 %-a végez naponta, 21,3 %-a hetente 4-6-szor, 38,8 %-a hetente 2-3-szor, 17,7 %-a hetente egyszer fizikai aktivitást, míg 5,3 %-a havonta vagy annál ritkábban. 12. évfolyamosok esetében a megkérdezettek 10,0 %-a naponta sportol, 21,2 %-a hetente 4-6-szor, 38,5 %-a hetente 2-3-szor, 18,8 %-a hetente egyszer, valamint 6,4 %-uk havonta vagy annál ritkábban (15. ábra).

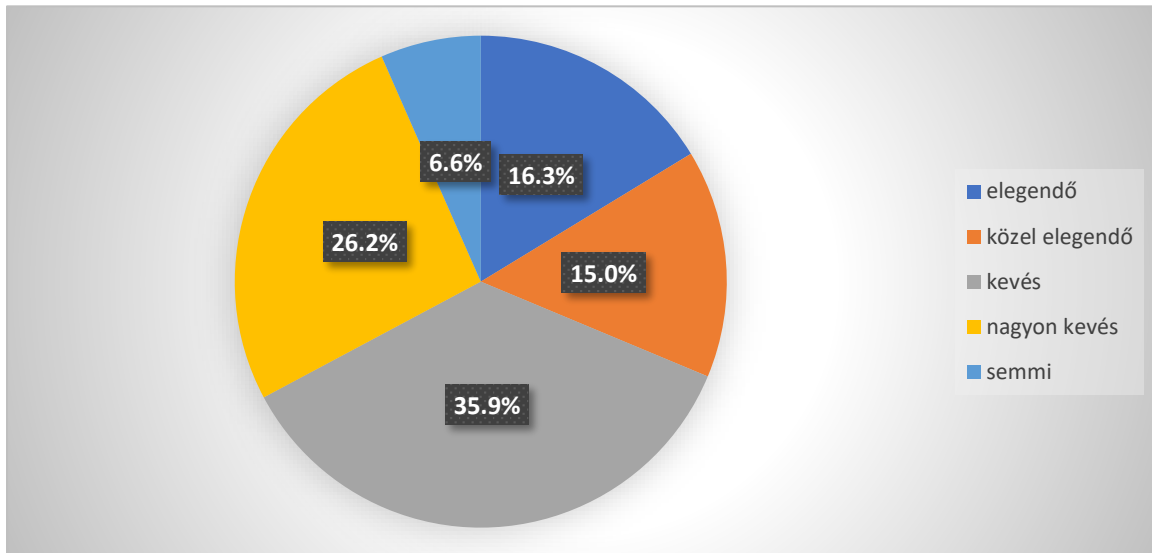
15. ábra: Szabadidőben végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (%) évfolyamok szerint (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

Az „elmúlt 7 napra” vonatkozó eredményekből látjuk, hogy 16,3 %-uk a megkérdezett tanulóknak legalább hatszor végzett fizikai aktivitást a héten, mely elegendőnek számít, 15,0 %-uk ötször, mely közel elegendő, keveset, tehát három-négy napon a válaszadók 35,9 %-a sportolt, és nagyon keveset az egy-két napon mozgók aránya 26,2 %, valamint egy napon sem mozgott a gimnazisták 6,6 %-a (16. ábra).

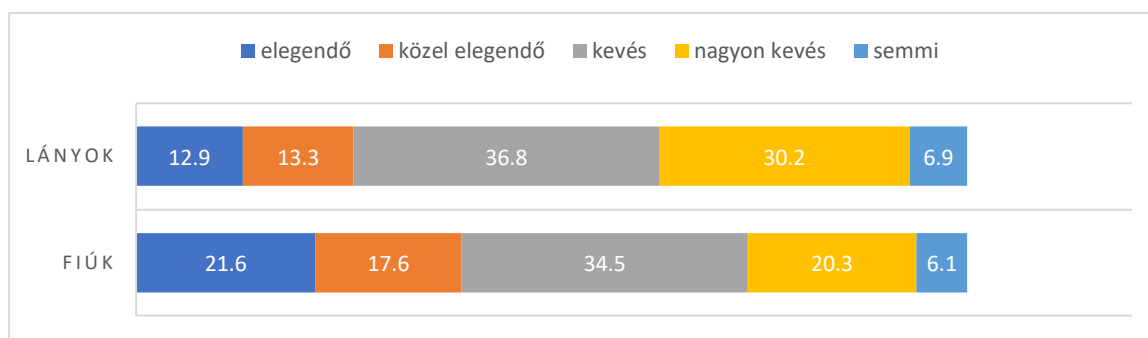
16. ábra: Az elmúlt 7 napban végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

Nincs szignifikáns különbség a lányok és fiúk elmúlt 7 napban történő mozgásának gyakoriságát tekintve. A lányok 12,9 %-a mozgott elegendő mennyiséget, közel elegendő mennyiséget a vizsgált lányok 13,3 %-a, míg keveset 36,8 % és nagyon keveset a lány tanulók 30,2 %-a, valamint 6,9 %-a a lányoknak nem mozgott egy napon sem. A fiúk esetében elegendő testmozgást végzett 21,6 %, közel elegendő mennyiséget 17,6 %, keveset és nagyon keveset 34,5-20,3 %, míg a megkérdezett fiúk 6,1 %-a nem végzett egy napon sem legalább mérsékelt intenzitással, legalább 60 perc fizikai aktivitást (17. ábra).

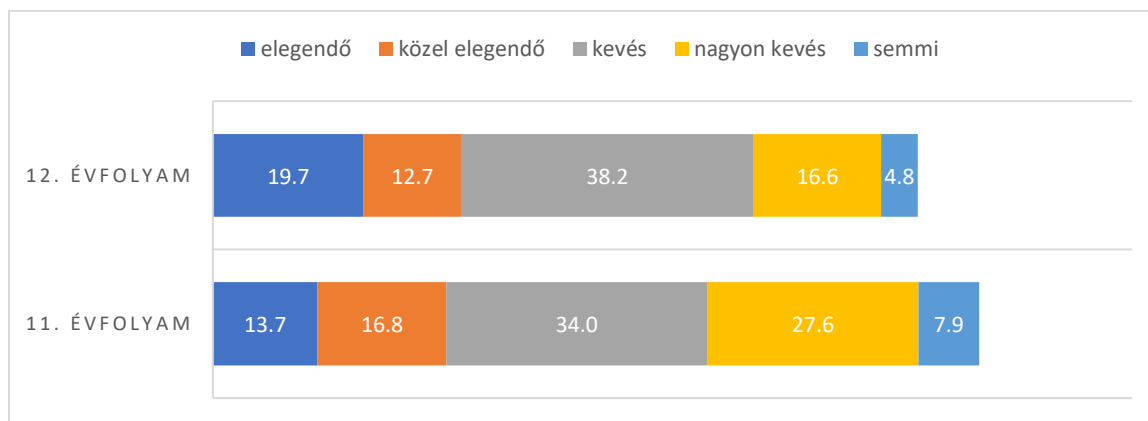
17. ábra: Az elmúlt 7 napban végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (%) nemek szerint (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

Szignifikáns különbséget az évfolyamokat vizsgálva sem találtam. Az elmúlt 7 napra jellemző fizikai aktivitást vizsgálva a 11. évfolyamos diákok 13,7 %-a elegendő mennyiségű fizikai aktivitást végzett, közel elegendőt mozgott 16,8 %, keveset 34,0 %, míg nagyon keveset mozgott a 11. évfolyamosok 27,6 %, míg 7,9 % semmit sem. 12. évfolyamosok esetében elegendő mozgást végzett a kitöltést megelőző 7 napban a megkérdezettek 19,7 %-a, közel elegendő mennyiséget 12,7 %, keveset 38,2 %, nagyon keveset a válaszadó 12. évfolyamos tanulók 16,6%-a, továbbá 4,8 %-a semmit sem (18. ábra).

18. ábra: Az elmúlt 7 napban végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (%) évfolyamok szerint (N=747)



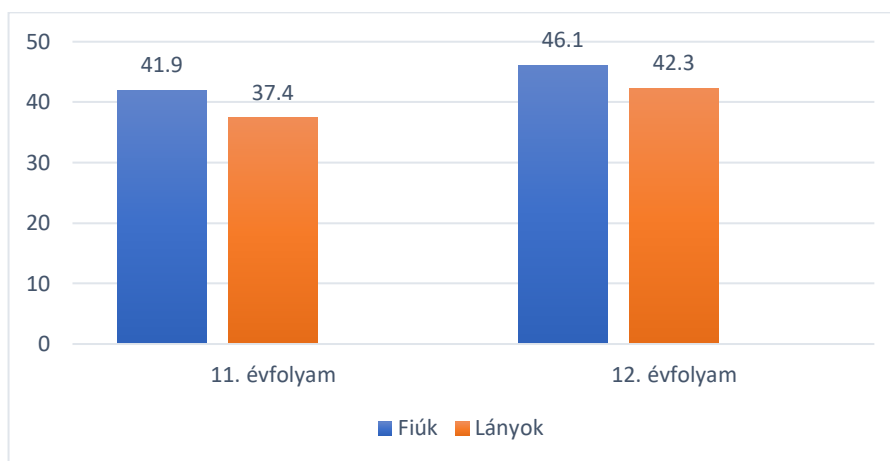
Forrás: Saját szerkesztés

Táplálkozási szokások

A táplálkozási szokásokat vizsgáltam a reggeli étkezés rendszeressége és a táplálkozás minősége szempontjából, úgymint a gyümölcs- és zöldségfogyasztás, az édességek, cukros üdítőitalok és energiatital fogyasztási szokások.

A megkérdezettek 41,2 %-a minden iskolai napon reggelizik, míg 24,8 %-a egyik hétköznapon sem fogyaszt reggelit. A hétvégét tekintve pozitívabb eredményt kaptam, miszerint a megkérdezettek 87,7 %-a legalább az egyik napon fogyaszt reggelit. A nemek között nincs szignifikáns különbség a reggelizési szokásokat tekintve. A lányok 25,7 %-a, míg a fiúk 23,3 %-a nem reggelizik tanítási napokon, továbbá a lányok 39,5 %-a minden tanítási napon fogyaszt reggelit, a fiúk esetében ez az arány magasabb, 43,9 %. A hétvégén történő reggelizések gyakoriságát elemezve sincs jelentős különbség az évfolyamok között, hiszen a tizenegyedikes tanulók 75,5 %-a, míg a tizenkettedikesek 73,9 %-a reggelizik szombaton és vasárnap is (19. ábra).

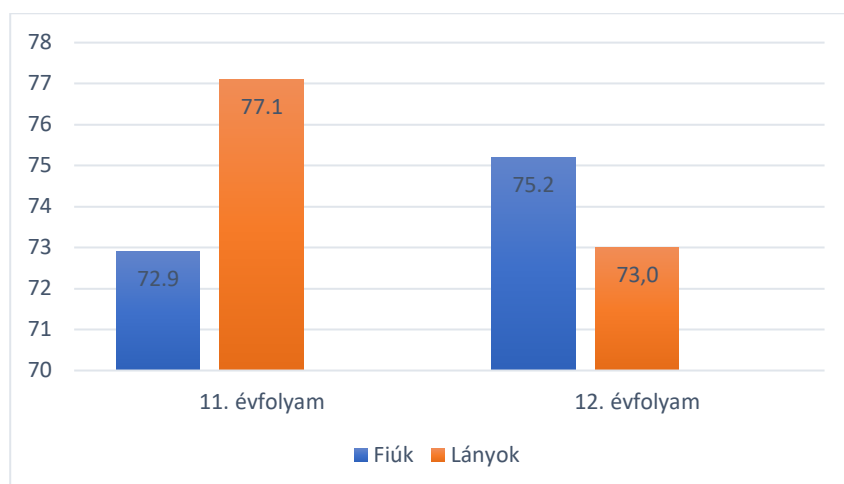
19. ábra: Minden tanítási napon reggeliző tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

A hétvégét vizsgálva közel azonos eredményt kaptam, miszerint a megkérdezett lányok 75,4%-a, a fiúk 74,0%-a reggelizik szombaton és vasárnap is. Az évfolyamok közötti különbségeket vizsgálva nincs szignifikáns különbség a táplálkozást tekintve a 11. és 12. évfolyam között. A 11. évfolyamos tanulók 25,2 %-a egyik tanítási napon sem reggelizik, 12. évfolyamon ez az arány közel azonos, 24,2 %. A minden nap reggelizők arányában nagyobb a különbség, a 11. évfolyamosok 39,1 %-a, míg a 12. évfolyamosok 43,9 %-a reggelizik minden tanítási napon. Egyik napon sem reggelizik hétvégente a válaszadó 11. évfolyamosok 11,5 %-a és a 12. évfolyamosok 13,3 %-a (20. ábra).

20. ábra: Hévégeken mindkét nap reggeliző tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N=747)



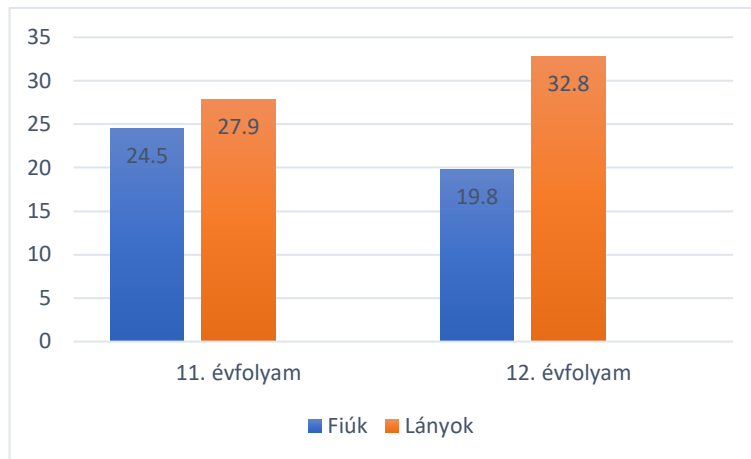
Forrás: Saját szerkesztés

A tanulók 26,9%-a válaszolta, hogy napi rendszerességgel⁴² fogyaszt gyümölcsöt. Mindössze 11,8% a naponta többször is fogyasztók hányada, és több mint 7% azoknak az aránya, akik még heti gyakorisággal sem esznek gyümölcsöt.

A zöldségfogyasztás napi aránya a gyümölcsfogyasztáshoz képest rosszabb eredményt mutat, a fiatalok 17,1%-ára jellemző, ezen belül 5,5 % fogyaszt zöldséget naponta többször is. Magasabb azoknak az aránya, akik még hetente sem esznek zöldségfélét (15,8%) a gyümölcsfogyasztáshoz képest. A nemek közötti különbségeket vizsgálva megállapítható, hogy nincs szignifikáns különbség a lányok és fiúk között a zöldség-gyümölcsfogyasztás, az édességek és energiatajfogyasztás gyakoriságát tekintve. A lányok 30 %-a fogyaszt napi rendszerességgel gyümölcsöt, míg 35,1 %-uk zöldséget, a fiúk esetében ez az arány kedvezőtlenebb, a megkérdezettek közül 22,3 % fogyaszt gyümölcsöt és 27,3 % fogyaszt zöldséget napi rendszerességgel. Heti rendszerességgel sem fogyaszt a lányok 6,9 %-a és a fiúk 9,5 %-a gyümölcsöt, míg zöldség esetében ez az arány lányok esetében 5,3%, fiúk esetében 6,8% (21. ábra).

⁴² Ez alatt összevontan értem azokat a tanulókat, akik a naponta egyszeri és akik a naponta többszöri fogyasztást jelölték meg.

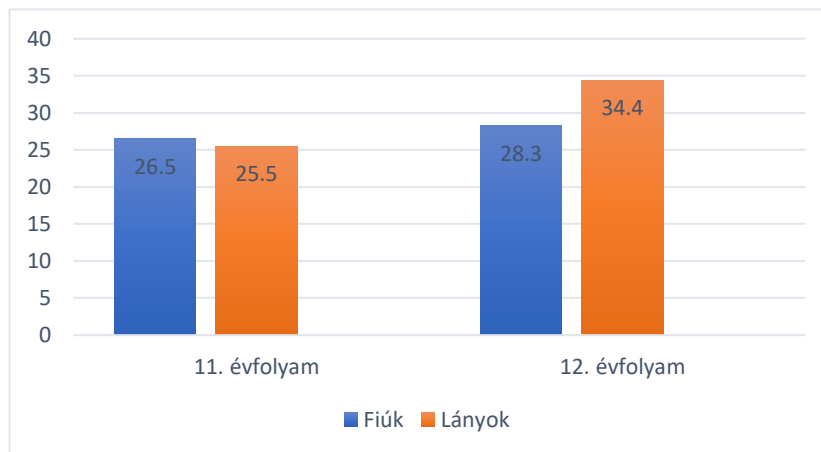
21. ábra: Gyümölcsöt naponta fogyasztó tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

A gyümölcs-zöldségfogyasztás gyakoriságát vizsgálva jelentős különbség nem mutatkozik a 11. és 12. évfolyamos tanulók esetében. A tizenegyedik évfolyamra járó tanulók 26,6 %-a legalább napi egyszer fogyaszt gyümölcsöt, valamint 32,1 %-uk zöldséget, míg a 12. évfolyamon tanulók 27,3 %-a fogyaszt gyümölcsöt és 31,8 %-a zöldséget legalább napi egyszer (22. ábra).

22. ábra: Zöldségféléket naponta fogyasztó tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)

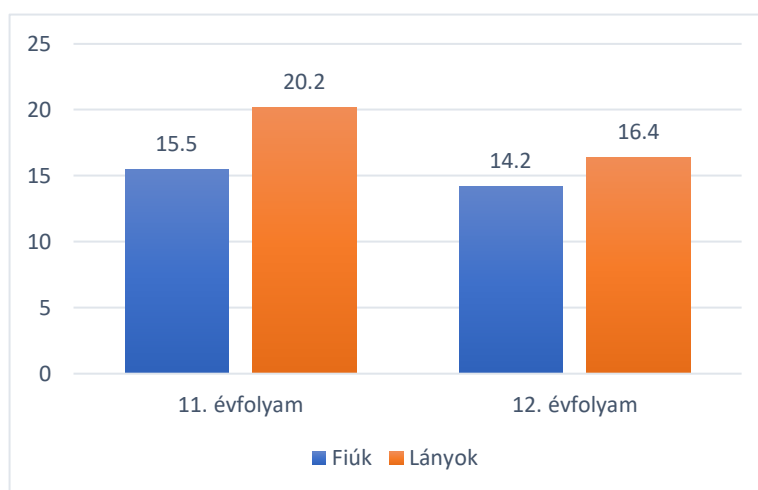


Forrás: Saját szerkesztés

Az édességek napi fogyasztása a diákok több, mint negyedére (32%) jellemző. 5,9 % azoknak az aránya, akik hetente sem esznek édességet. Az édességek napi fogyasztása a lányok közel ötödére (18,6%) jellemző. A megkérdezett lányok 14,6 %-a hetente sem fogyaszt édességet.

A fiúk napi édességfogyasztását tekintve a megkérdezettek 14,9 % fogyaszt rendszeresen édességet, míg 17,5 %-uk ritkábban, mint hetente. Az édességfogyasztást vizsgálva a különböző évfolyamokon megállapítható, hogy nincs jelentős különbség a 11. és 12. évfolyam között. A tizenegyedikes diákok 18,5 %-a, míg a tizenkettedikes diákok 15,5 %-a fogyaszt legalább napi rendszerességgel édességet. A 11. évfolyamosok 1,4 %-a, a 12. évfolyamosok 2,7 %-a sohasem fogyaszt édességet (23. ábra).

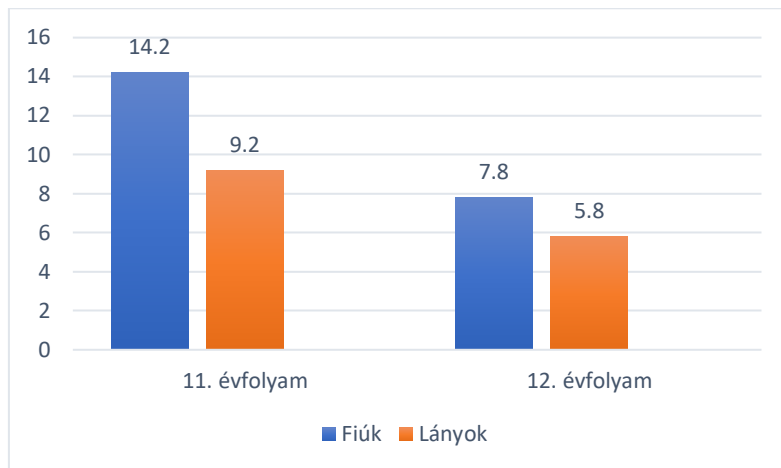
23. ábra: Édességeket naponta fogyasztó tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)



Forrás: Saját szerkesztés

Cukros üdítőitalt a fiataloknak kevesebb, mint 10 %-a fogyaszt minden nap. A heti egy alkalomnál ritkábban fogyasztók hányada 38,5%. Szignifikáns különbség van a nemek esetében a cukros üdítőitalok fogyasztását tekintve, miszerint a fiúk ($t=2,938$ $p=0,003$) szignifikánsan többször fogyasztanak cukros, szénsavas üdítőitalt, mint a lányok. A lányok 14,0 %-a, míg a fiúk 10,8 %-a soha nem fogyaszt üdítőitalt, továbbá rendszeresen fogyaszt a lányok 7,7 %-a, valamint a fiúk 11, %-a napi rendszerességgel cukros üdítőitalt. Cukros üdítőitalt fogyaszt legalább napi rendszerességgel a 11. osztályos tanulók 11,1 %-a, míg a 12. osztályosok csupán 6,6 %-a. Ez a különbség megjelenik a soha válaszlehetőséget bejelölők között, ugyanis a 11. évfolyamosok 10,1 %-a, a 12. évfolyamosok 16,1 %-a válaszolta, hogy sohasem fogyaszt cukros üdítőitalt (24. ábra).

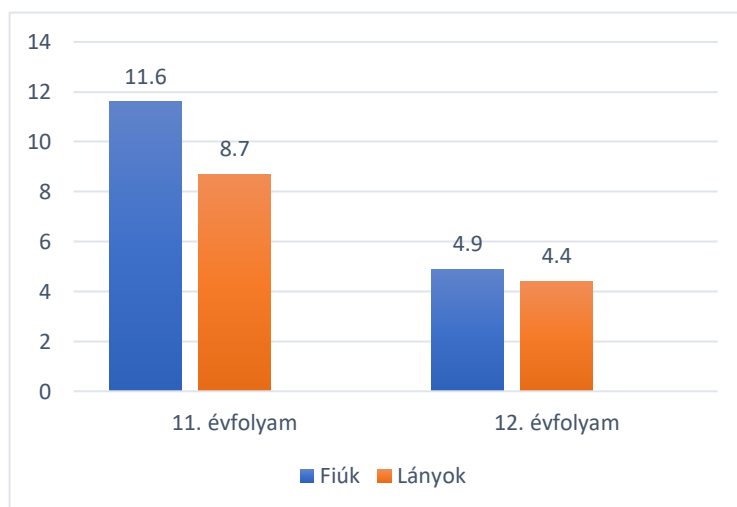
24. ábra: Cukros üdítőitalokat naponta fogyasztó tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)



Forrás: Saját szerkesztés

A tanulóknak mindössze 9%-a számolt be arról, hogy naponta fogyaszt energiatalt, míg több mint felük (50,9%) soha nem teszi ezt. További 17,1% heti egy alkalomnál is ritkábban fogyasztja ezt az italfélét. Az energiatalfogyasztás esetében a nemek között hasonlóak az arányok, a megkérdezett lányok alig több, mint fele (52,5 %) soha nem ivott még energiatalt, míg a fiúk közel fele (48,3 %). Napi rendszerességgel a lányok 9,3 %-a (42 fő), a fiúk 8,5 %-a (25 fő) fogyaszt energiatalt. Az energiatalt fogyasztás a tanulók körében nem jellemző, a 11. évfolyamosok 53,0 %-a válaszolta, míg a 12. évfolyamos tanulók 48,2 %-a válaszolta, hogy sohasem fogyaszt energiatalt. Napi rendszerességgel a tizenegyedikesek 9,8 %-a, valamint a tizenkettedikesek 7,8 %-a fogyaszt energiatalt (25. ábra).

25. ábra: Energiatalt naponta fogyasztó tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)

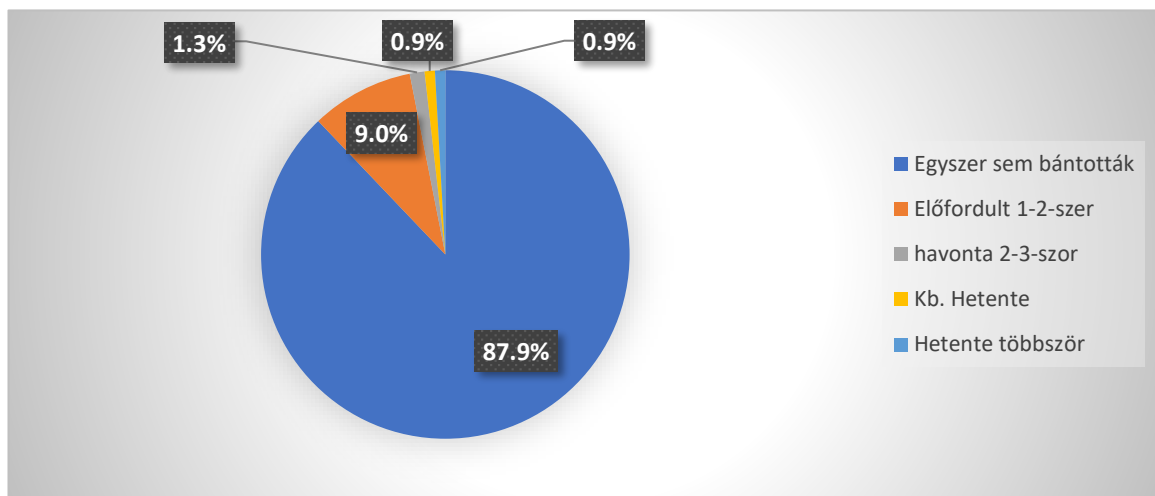


Forrás: Saját szerkesztés

Bántalmazás, verekedés

Az iskolai kortársbántalmazás (bullying) és áldozattá válás, az internetes bántalmazás és áldozattá válás, valamint a verekedés gyakoriságát vizsgáltam. A diákok 87,8 %-át egyszer sem bántalmazták az iskolában, továbbá 82,3 %-át az interneten sem. Egyszer-kétszer bántalmazták az iskolában a megkérdezett tanulók 9 %-át, valamint közel 15 %-át az interneten. Alig több, mint 2 %-át a diákoknak hetente többször is bántalmaznak az iskolában vagy az interneten (26. ábra).

26. ábra: A 11-12. osztályos tanulók iskolai bántalmazás áldozatává válásának gyakorisága (N=747)

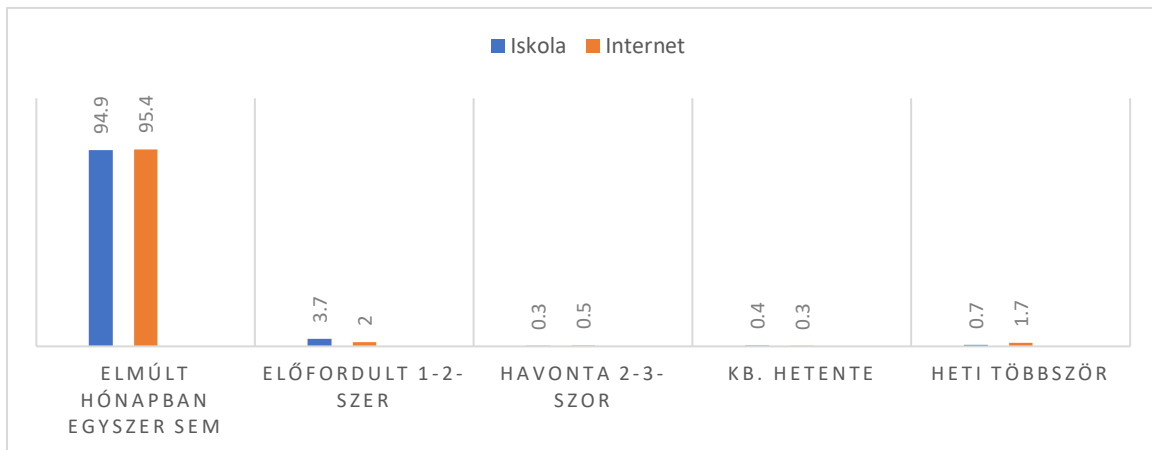


Forrás: Saját szerkesztés

A lányok 86,7 %-át, míg a fiúk 89,5 %-át az elmúlt hónapban egyszer sem bántották az iskolában, továbbá a lányok 81,4 %-át és a fiúk 83,8 %-át az interneten sem. A megkérdezett lányok 2 %-a (9 fő) és a fiúk 1,7 %-a (5 fő) szenvedett el bántalmazást az iskolában a kitöltést megelőző 30 napban. Ez az arány azonos az interneten zajló bántalmazással, hiszen a megkérdezett lányok válaszai alapján szintén 2 %-uk nyilatkozta, hogy bántalmazták az interneten, valamint a fiúk 3,4 %-a, mely duplája az iskolában történő bántalmazásnak.

A bántalmazás elkövetését tekintve, a tanulók közel 95 %-a nem bántott másokat az adatfelvételt megelőző hónapokban sem az iskolában, sem az interneten, egyszer-kétszer bántalmazott az iskolában a tanulók 3,7 %-a, az interneten pedig 2,0 %-a, továbbá közel 3%-a rendszeresen (legalább heti gyakorisággal) bántalmazta társait az iskolában vagy az interneten (27. ábra).

27. ábra: Bántalmazás elkövetésének gyakorisága (%) az iskolában és az interneten (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

Az iskolai vagy interneten zajló bántalmazást tekintve a lányok 94,9 %-a válaszolta, hogy a kitöltést megelőző hónapban nem bántott, bántalmazott senkit az iskolában, valamint 96,7 %-uk az interneten. A fiúk aránya az iskolában történő bántalmazással kapcsolatban megegyezik a lányokkal, a 94,9 %-a a fiúknak nem bántalmazott az iskolában és 93,6 %-a az interneten. (20. táblázat).

20. táblázat: Bántalmazás elkövetésének gyakorisága nemek szerint az iskolában és az interneten (N=747)

Bántalmazás	Iskola		Internet	
	fiúk (%)	lányok (%)	fiúk (%)	lányok (%)
Elmúlt hónapban egyszer sem	94,9	94,9	93,6	96,7
Előfordult 1-2-szer	3,0	4,2	3,0	1,3
havonta 2-3-szor	0,7	0,0	0,3	0,7
kb. hetente	0,7	0,2	0,3	0,2
heti többször	0,7	0,7	2,7	1,1

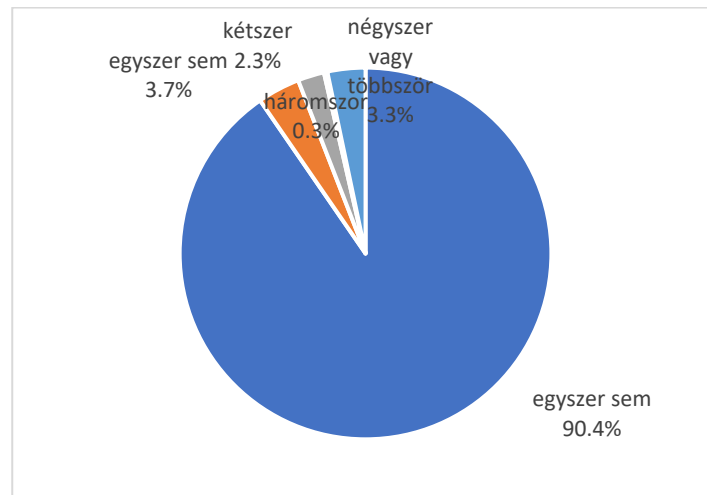
Forrás: Saját szerkesztés

Iskolai bántalmazást tekintve a 11. évfolyamosok 87,3 %-a válaszolta, hogy az elmúlt hónapban egyszer sem bántalmazták az iskolában, mely a 12. évfolyamosok esetében ez az arány közel azonos, 88,5 %. Az interneten történő bántalmazást vizsgálva a tizenegyedikesek körében 80,3%, míg a tizenkettedikeseknél 84,8 % válaszolta, hogy sohasem bántalmazták az interneten.

A tizenegyedikes tanulók 5,3 %-a, a tizenkettedikesek 4,8 %-a válaszolta, hogy bántalmazott már az iskolában, továbbá a 11. évfolyamosok 5,7 %, a 12. évfolyamosok 3,0 %-a, hogy bántalmazott már az interneten.

A tettelegességig fajuló bántalmazás, a verekedés gyakoriságát vizsgálva az adatokból kiderült, hogy az elmúlt 12 hónapban a tanulók 90,4 %-a egyszer sem verekedett, továbbá 3,3 %-a négyszer vagy többször is (28. ábra).

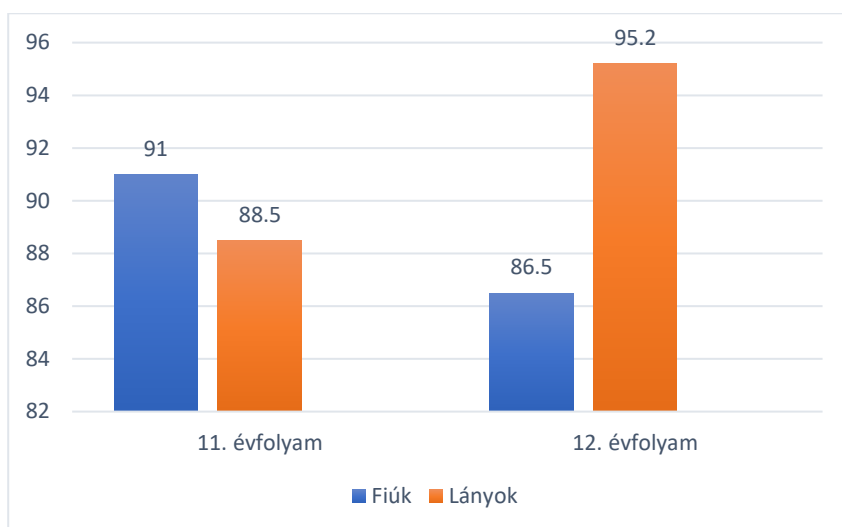
28. ábra: Verekedés gyakoriságának aránya (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

Lányok esetében a megkérdezettek 91,4 % egyszer sem verekedett, míg a fiúk 88,9 %-a válaszolta, hogy egyszer sem verekedett a kitöltést megelőző naptári évben. A négyszer vagy többször verekedésbe kerülő lányok aránya 2,9 % (13 fő), míg a fiúk aránya 4,1 % (12 fő). A verekedés gyakoriságát vizsgálva sincs szignifikáns különbség az egyes évfolyamok esetében, közel azonos azok aránya, akik sohasem verekedtek, 11. évfolyamon a tanulók 89,4 %, 12. évfolyamon 91,5 % (29. ábra).

29. ábra: Verekedés gyakoriságának aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N=747)

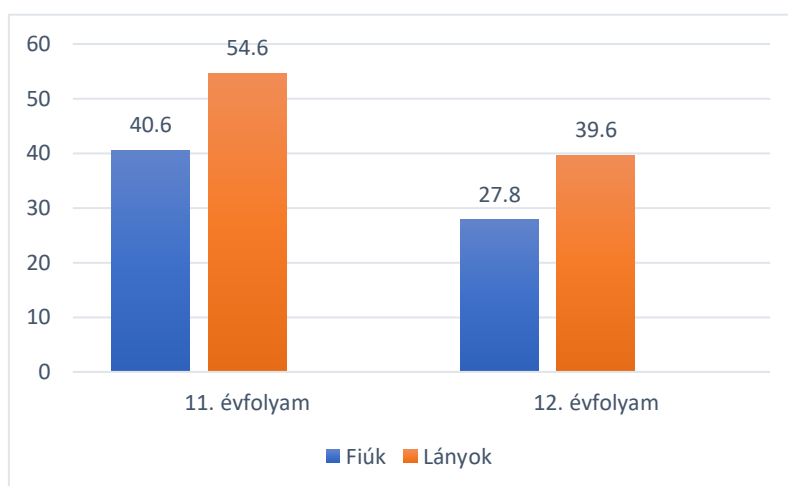


Forrás: Saját szerkesztés

Szexuális magatartás

A diákok 61,4%-a számolt be arról, hogy nem volt még szexuális kapcsolata (fiúk: 52,7%, lányok: 67,2%), így a megkérdezettek 38,6 %-ának volt már szexuális kapcsolata, melyek közül a fiúk 47,4 %, a lányok 32,8 %. A szexuális kapcsolatot már létesített tanulók nemenkénti és évfolyamonkénti megoszlását a 30. oszlopdiagramm részletezi (30. ábra).

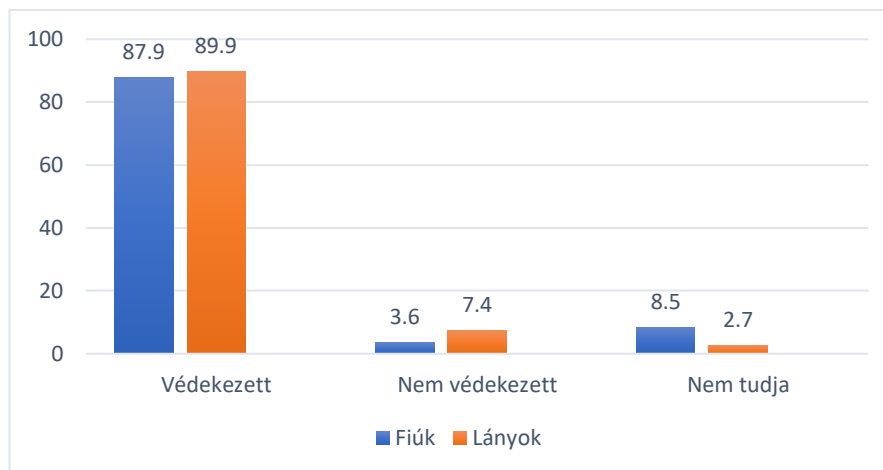
30. ábra: A szexuális kapcsolatot már létesített tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 288)



Forrás: Saját szerkesztés

A szexuálisan aktív diákok körében a legutóbbi alkalommal legalább az óvszerhasználat vagy a fogamzásgátló tabletták alkalmazása 88 %-os, a védekezés ismeretének hiánya és a védekezés mellőzése a szexuálisan aktív diákok körében 6-6 %. Szexuálisan aktív fiúk 87,9 %-a nyilatkozta, hogy védekezett óvszerhasználattal vagy a partnere fogamzásgátló tabletták alkalmazásával, a lányok ezen vizsgált aránya valamivel magasabb, 89,9% (31. ábra).

31. ábra: A legutóbbi együttlét alkalmával használt védekezési módok aránya (%) a szexuális kapcsolatot már létesített diákok körében, nemek szerint (N = 288)



Forrás: Saját szerkesztés

Az évfolyamok tekintetében megállapítható a 11. évfolyamos tanulók válaszai alapján, hogy 67,4 %-uknak nem volt szexuális kapcsolata, 28,8 %-uk védekezett valamilyen módon, 1,7 %-uk nem védekezett, továbbá 2,2 %-uk nem tudta megmondani, hogy védekezett-e a legutóbbi szexuális kapcsolata során. 12. évfolyamon a válaszadók 53,9 %-a nyilatkozta, hogy nem volt még szexuális kapcsolata, 41,2 %-a, hogy védekezett, 2,7%-a, hogy nem védekezett, továbbá 2,1 %-a nem tudta megmondani, hogy védekezett-e. Ha a szexuálisan aktív tanulókat vesszük figyelembe, akkor a 11. évfolyamon 88,3 %-uk védekezett, 5,1 %-uk nem védekezett, míg 6,6 %-uk nem tudja, hogy védekezett-e. 12. évfolyamon a szexuálisan aktívak 89,5 %-a védekezett, 5,9 %-a nem védekezett és 4,6 %-a nem tudta, hogy védekezett-e.

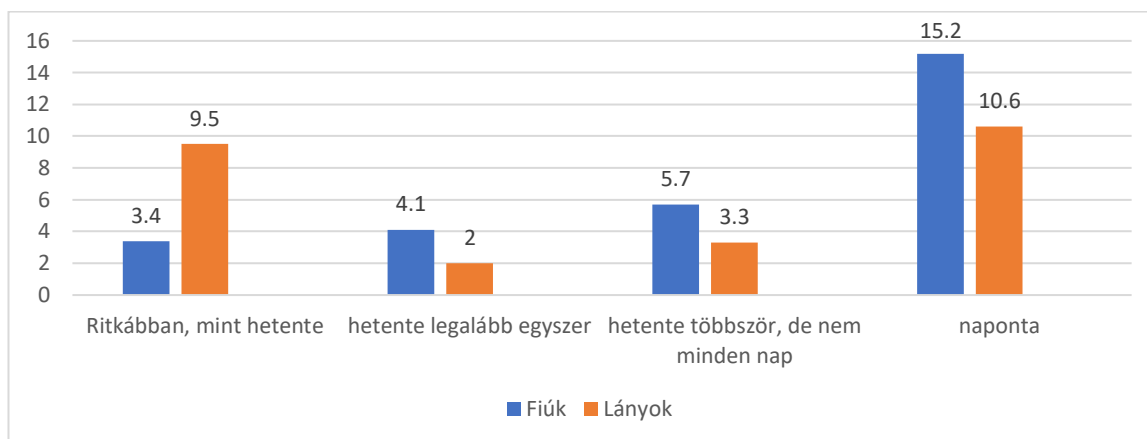
Dohányzás

A diákok 73,4 %-a nem dohányzik, 7,1 %-a ritkábban, mint hetente szív el egy szál cigarettát, míg közel 17 %-uk hetente többször vagy naponta dohányzik.

A dohányzás gyakoriságát vizsgálva szignifikáns különbség van a nemek között, a fiúk jelentősen gyakrabban dohányoznak, mint a lányok ($t=2,158$ $p=0,031$).

A fiúk és lányok közötti különbségeket vizsgálva megállapítható, hogy a fiúk 71,6 %-a nem dohányzik, 3,4 %-a ritkábban, mint hetente, 4,1 %-a hetente legalább egyszer, 5,7 %-a hetente többször is dohányzik, de nem minden nap, és 15,2 %-uk napi rendszerességgel dohányzik. A lányok esetében a nem dohányzás aránya 74,5 %, 9,5 %-uk dohányzik ritkábban, mint hetente, 2,0 %-uk hetente legalább egyszer, 3,3 %-uk hetente többször, de nem minden nap, valamint 10,6 %-uk minden nap dohányzik (32. ábra).

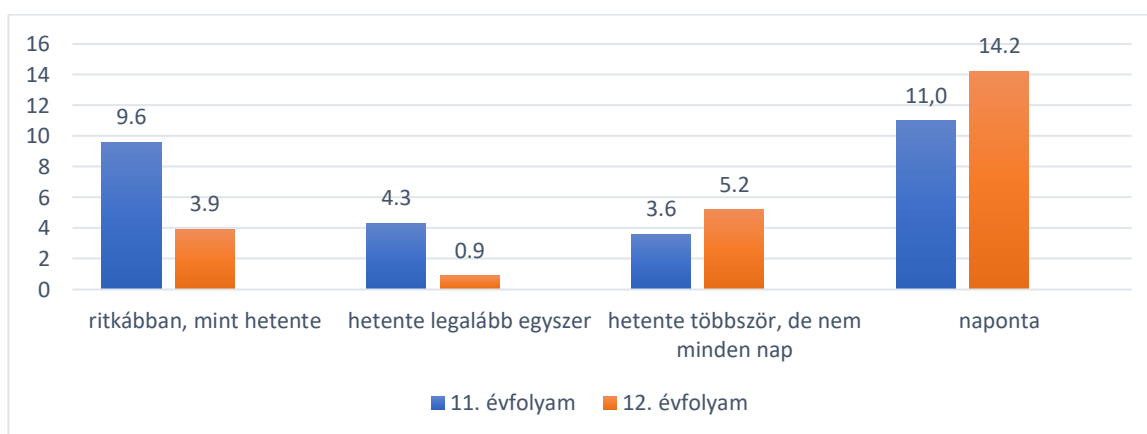
32. ábra: Dohányzás gyakoriságának aránya (%) nemek szerint (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

A nemekkel ellentétben az évfolyamokat vizsgálva nem állapítható meg szignifikáns különbség a 11. és 12. évfolyamok között. A 11. évfolyamos tanulók 71,5 %-a nem dohányzik, míg a 12. évfolyamosok 75,8 %-a. 11. évfolyamon a hetente legalább egyszer és heti rendszerességgel dohányzók aránya 7,9 %, míg 12. évfolyamon 6,1 %. A naponta dohányzók aránya 11. évfolyamon 11,0 %, 12. évfolyamon 14,2 % (33. ábra).

33. ábra: Dohányzás gyakoriságának aránya (%) évfolyamok szerint (N=747)

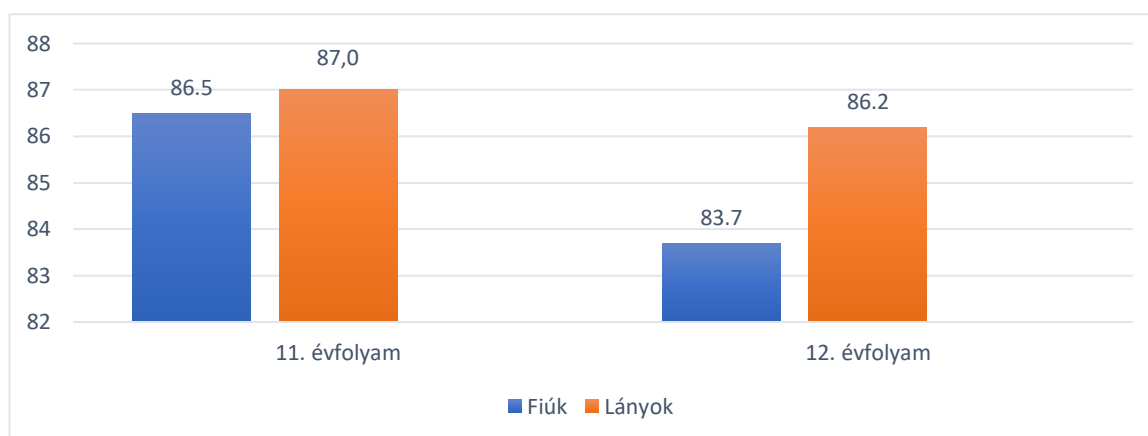


Forrás: Saját szerkesztés

Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztás életprevalenciáját vizsgálva megállapítható, hogy a megkérdezett 11-12. évfolyamos tanulók 86,1%-a fogyasztott alkoholt eddigi élete során. Az egymást követő évfolyamokat és a nemeket összehasonlítva szignifikáns fokozódás nem mutatkozott az életprevalencia mutatók tekintetében. 11. évfolyamon a tanulók 13,2 %-a, míg 12. évfolyamon a tanulók 14,8 %-a válaszolta, hogy soha nem fogyasztott alkoholt. A 11. évfolyamosok körében a válaszadók 16,5 %-a fogyasztott már alkohol egyszer-kétszer, 7,7 %-uk három-öttször, továbbá 24,5 %-uk harmincszor vagy annál is többször. A 12. évfolyamosok válaszai is hasonlóképpen alakulnak, 14,5 %-uk fogyasztott alkoholt egyszer-kétszer, 10,0 %-uk háromszor-öttször, valamint a 11. évfolyamosokhoz képest többen, 33,9 %-uk harmincszor vagy többször. A megkérdezett lányok 13,3 %-a még soha nem fogyasztott alkoholt, a fiúk esetében ez az arány 14,9 %. A lányok válaszai alapján az életükben már 30-szor vagy annál többször történő alkoholfogyasztás aránya 25,1 %, míg a fiúknál kiugró eredményt kaptam, 34,1 % (34. ábra).

34. ábra: A tanulók alkoholfogyasztásának életprevalencia-értékei (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)



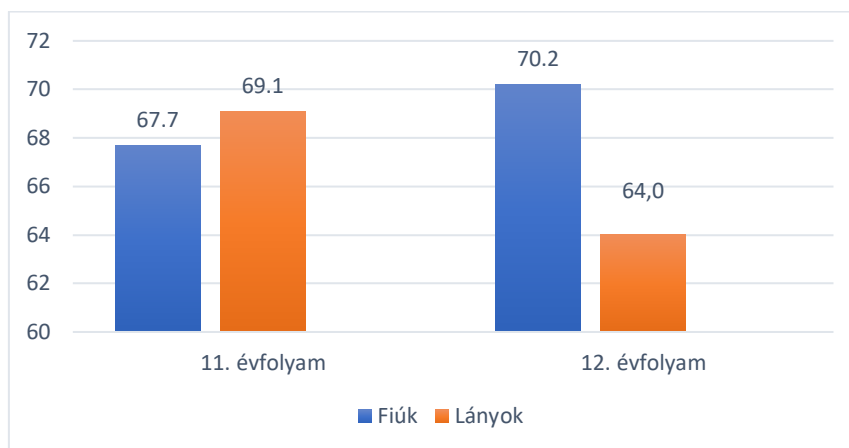
Forrás: Saját szerkesztés

A tanulók 13,9 %-a válaszolta, hogy soha nem fogyasztott még életében, továbbá 32,3 %-a, hogy az elmúlt 30 napban nem fogyasztott alkoholt. Kiugró eredmény, hogy megkérdezettek 28,6 %-a 30 vagy annál többször fogyasztott már alkoholt életében, továbbá, hogy az elmúlt 30 napban a megkérdezettek 34,4 %-a 1-2 napon fogyasztott alkoholt.

Az alkoholfogyasztás havi prevalenciáját vizsgálva szignifikáns különbség mutatkozik a nemek között ($t=2,192$ $p=0,029$). A fiúk esetében a válaszadók 31,1 %-a nem ivott alkoholt az elmúlt 30 napban, míg a lányok 33 %-ára igaz ez az állítás.

A megkérdezett fiúk 31,8 %-a fogyasztott alkoholt egy-két napon, 20,6 %-a három-öt napon, 8,4 %-a 6-9 napon, 3,4 %-a 10-19 napon, 2,0 %-a 20-29 napon, míg 2,7 %-a (8 fő) minden egyes nap fogyasztott alkoholt. A lányokat vizsgálva kedvezőbb eredményeket kaptam, miszerint a megkérdezett lányok 36,1 %-a fogyasztott alkoholt 1-2 napon, 18,2 %-a 3-5 napon, 9,3 %-a 6-9 napon, 1,8 %-a 10-19 napon, 0,4 %-a 20-29 napon és 1,1 %-a (5 fő) minden nap (35. ábra).

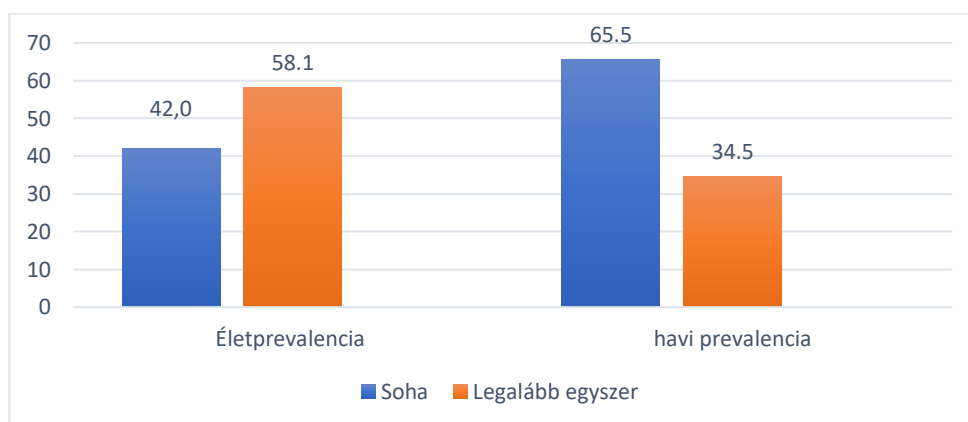
35. ábra: A tanulók alkoholfogyasztásának havi prevalencia-értékei (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)



Forrás: Saját szerkesztés

A lerészegedés életprevalenciáját vizsgálva a gimnazisták 42 %-a még sohasem rúgott be életében, 13,9 %-uk nyilatkozta, hogy csak egyszer, míg 13,5 %-uk több, mint tízszer berúgott már életében. A havi prevalenciára vonatkozó berúgásokkal kapcsolatban a tanulók 65,5 %-a válaszolta, hogy nem rúgott be, 19,4 %-a csak egyszer, és mindösszesen 0,4 %-a a vizsgált tanulóknak rúgott be több, mint tízszer az elmúlt 30 napban (36. ábra).

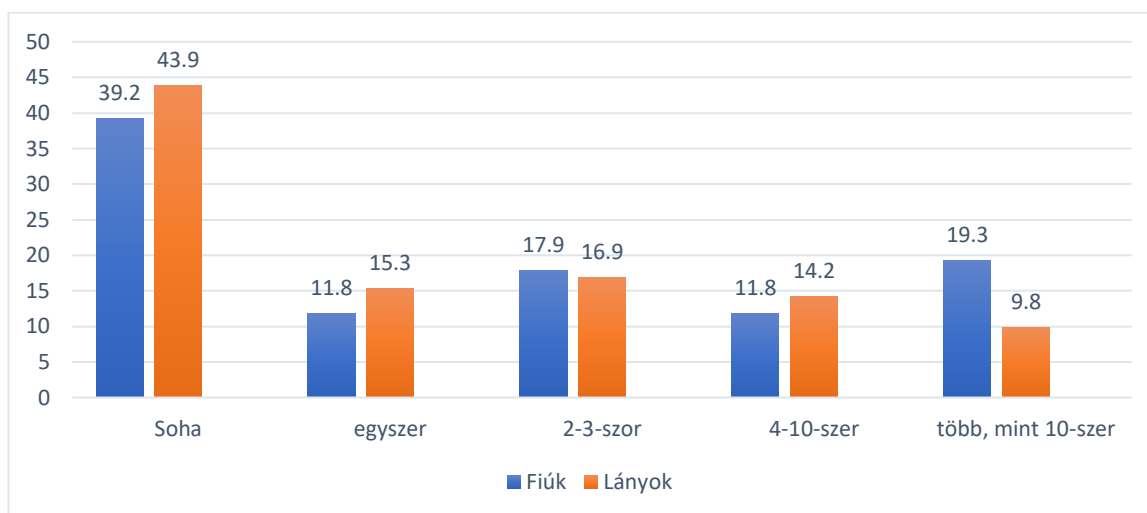
36. ábra: A lerészegedés élet- és havi prevalencia-értéke (%) (N= 747)



Forrás: Saját szerkesztés

Szignifikáns különbség van a nemek között az eddigi ($t=2,637$ $p=0,009$) és az adatfelvételt megelőző 30 napra ($t=2,419$ $p=0,016$) vonatkozó alkoholfogyasztás okozta berúgásokat tekintve. A fiúk 39,2 %-a, míg a lányok 43,9 %-a nem rúgott még be életében, illetve a fiúk 59,5 %-a, a lányok 69,4 %-a nem rúgott be az elmúlt 30 napban. A vizsgált fiúk 11,8 %-a egyszer, 17,9 %-a kétszer-háromszor, 11,8 %-a négy-tízszer, valamint 19,3 %-a több, mint tízszer berúgott már életében. A lányokat vizsgálva, a megkérdezettek 15,3 %-a rúgott be egyszer, 16,9 %-a kétszer-háromszor, 14,2 %-a négy-tízszer, valamint 9,8 %-a többször, mint tíz alkalommal (37. ábra).

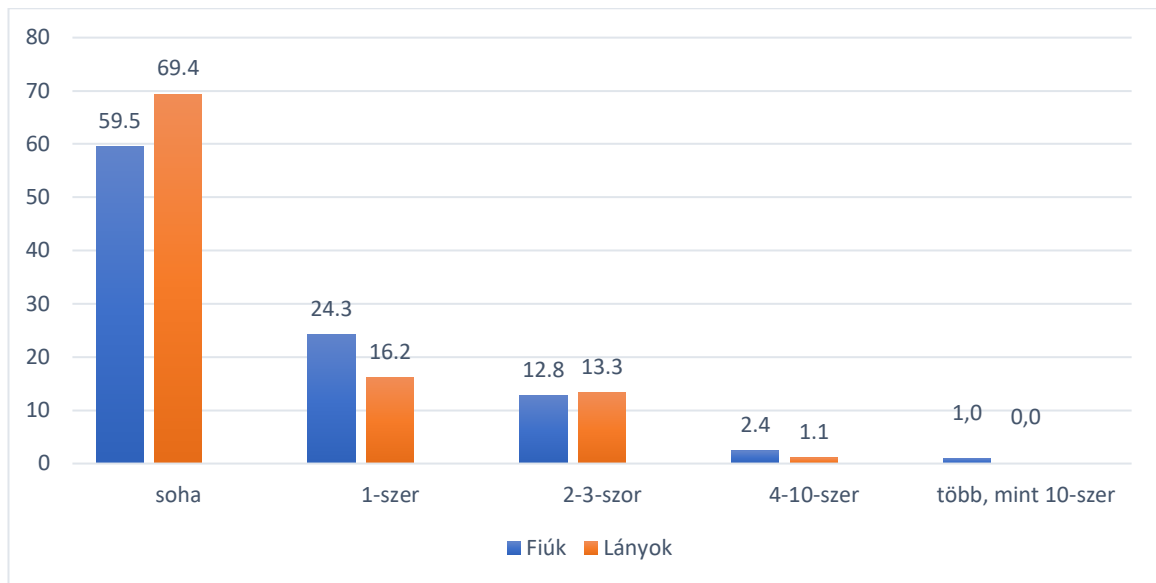
37. ábra: Lerészegedés életprevalencia-értéke (%) nemek szerint (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

Az elmúlt 30 napra vonatkozó adatok alapján a fiúk 59,5 %-a nem rúgott be egyszer sem, 24,3 %-a egyszer, 12,8 %-a kétszer-háromszor, és 3,4 %-a négyszer, vagy annál többször. A lányok 69,4 %-a nem rúgott be az elmúlt 30 napban, 16,2 %-a egyszer, és 14,4 %-a kétszer, háromszor (38. ábra).

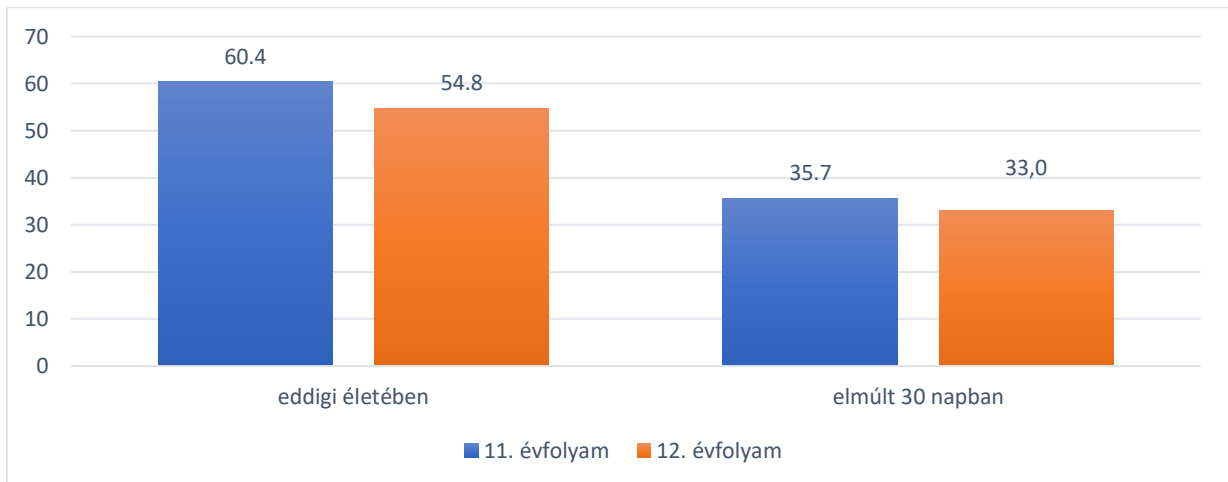
38. ábra: Lerészegedés havi prevalencia-értéke (%) nemek szerint (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

A berúgások gyakoriságában nem mutatkozik szignifikáns különbség a 11. és 12. évfolyamos diákok körében. 11. évfolyamon a megkérdezettek 39,6 %-a sohasem rúgott még be, 12. évfolyamon ez az arány 45,2 %. Az elmúlt 30 napra vonatkozóan a válaszadó 11. évfolyamosok 64,3 %-a válaszolta, míg a 12. évfolyamosok 67 %-a válaszolta, hogy nem rúgott be (39. ábra).

39. ábra: Lerészegedés élet- és havi prevalencia-értéke (%) évfolyamok szerint (N=747)



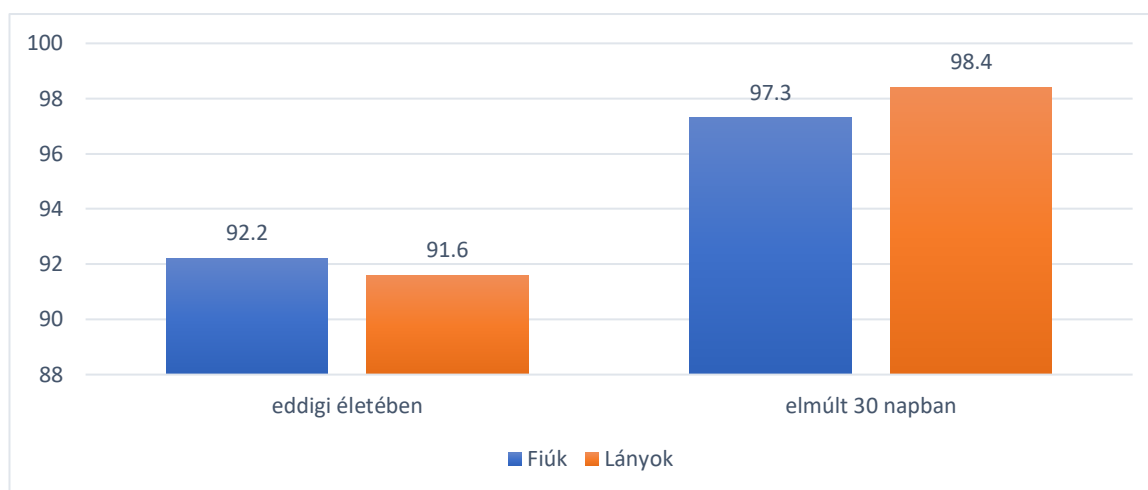
Forrás: Saját szerkesztés

Kábítószerfogyasztás

A kábítószerfogyasztást tekintve a marihuána használatára kérdeztem rá, mely vonatkozott a kipróbálásra, a használat gyakoriságára, továbbá a havi prevalenciára. A tanulók 91,8 %-a nyilatkozta, hogy még soha életében nem próbálta, 5,4 %-uk kipróbálta, és mindösszesen 0,3 %-uk (2 fő) válaszolta, hogy 30 vagy több napon is fogyasztott marihuánát. Az elmúlt 30 napra vonatkozóan a tanulók 98 %-a nem fogyasztott marihuánát, a maradék 2 %-uk (14 fő) 1-9 napon fogyasztott.

A nemek között nem találtam szignifikáns különbséget a kipróbálás és használat gyakoriságát vizsgálva. A válaszadó fiúk 92,2 %-a nem próbálta ki a marihuánát, míg 7,8 % jellemzően 1-3-szor próbálta ki. A lányok 91,6 %-a nem próbálta, 6,2 %-a 1-2-szer próbálta, 2,2 % pedig jellemzően 3-5 alkalommal. Az elmúlt 30 napban a fiúk 97,3 %-a nem fogyasztott marihuánát, míg a lányok 98,4 %-a (40. ábra).

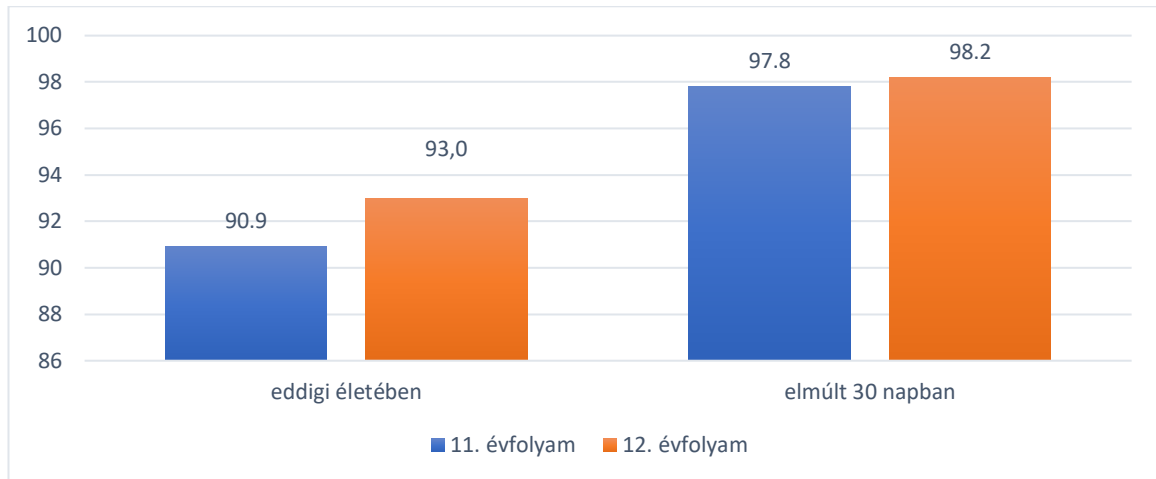
40. ábra: Marihuánafogyasztás kerülésének gyakorisága (%) nemek szerint (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

A marihuánafogyasztás gyakoriságát vizsgálva a különböző évfolyamokon sem találtam szignifikáns különbséget, 11. és 12. évfolyamon sem fogyasztott még marihuánát a megkérdezettek több, mint 90 %-a (11. évfolyamon 90,9 %, 12. évfolyamon 93,0 %). A 11. évfolyamos válaszadók 6,2 %, míg a 12. évfolyamos válaszadók 4,2 %-a próbálta ki egyszer-kétszer a marihuánát. Az elmúlt 30 napra vonatkozó szerhasználattal kapcsolatban a 11. évfolyamosok 97,8 %-a, míg a 12. évfolyamosok 98,2 %-a válaszolta, hogy nem fogyasztott marihuánát (41. ábra).

41. ábra: Marihuánafogyasztás kerülésének gyakorisága (%) évfolyamok szerint (N=747)

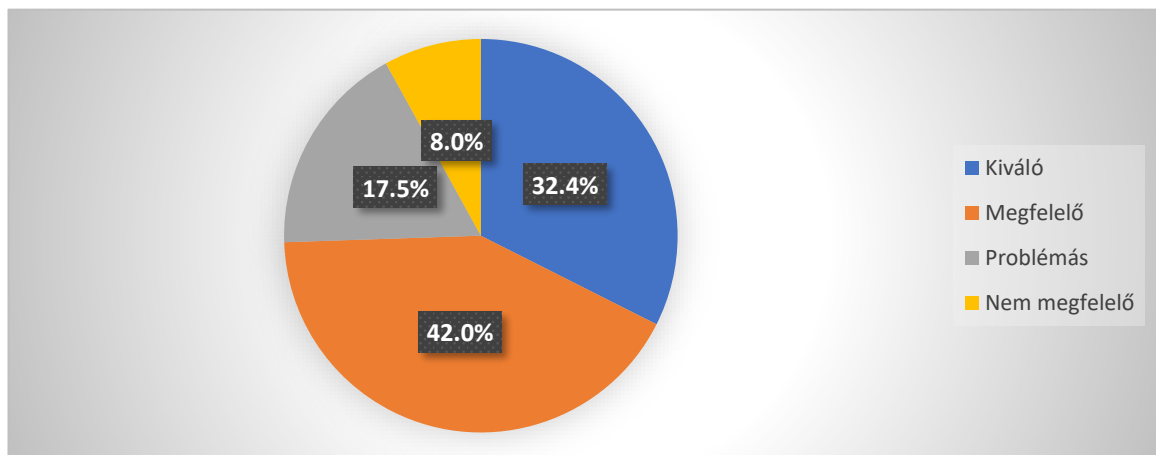


Forrás: Saját szerkesztés

5.4 A tanulók egészségműveltségének jellemzői

Az iEGI tanulói kérdőív egészségműveltségét mérő kérdésblokkja a HELMA-H kérdőív kérdéseit tartalmazta, így annak kitöltése által nyert adatok elemzése alapján megállapítottam a tanulók HELMA-H értékét, amely a tanulók egészségműveltség szintjét határozza meg 4 kategóriában. A megkérdezett középiskolás tanulók 32,4 %-ának kiváló, 42,0%-ának megfelelő, 17,5%-ának problémás és 8,0 %-ának nem megfelelő eredményt mutat. Össességében tehát a megkérdezett gimnazista tanulók 74,4 %-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, míg 25,6 %-ának korlátozott (42. ábra).

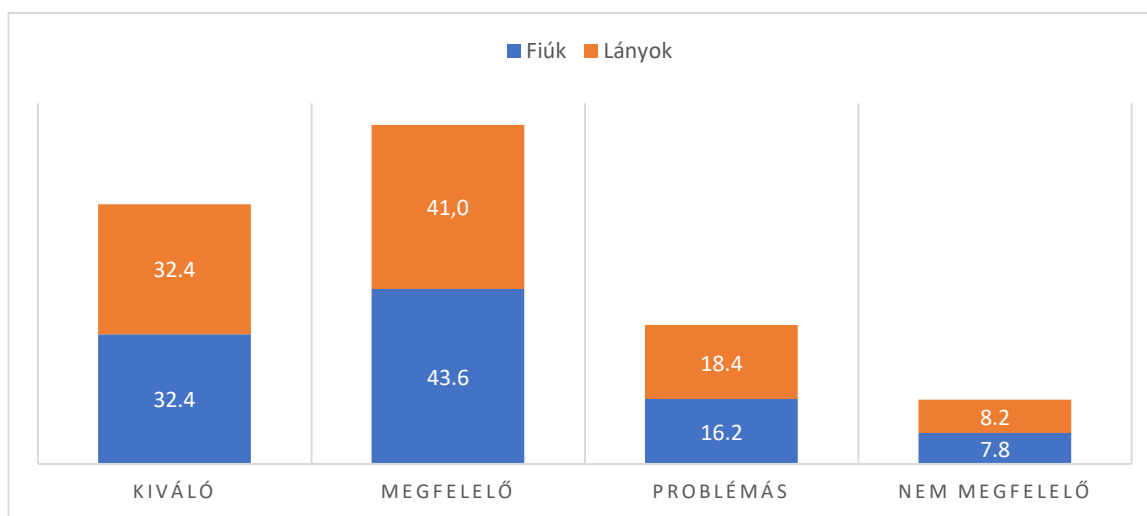
42. ábra: Egészségműveltségi szint aránya (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

Nemenként vizsgálva az egészségműveltséget megállapítható, hogy nincs jelentős különbség fiúk és lányok között. A megkérdezett gimnazista fiúk 32,4 %-ának kiváló, 43,6%-ának megfelelő, 16,2 %-ának problémás és 7,8 %-ának nem megfelelő eredményt mutat. Összességében tehát a fiúk 76,0 %-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, míg 24,0%-ának korlátozott. A megkérdezett gimnazista lányokat vizsgálva a 32,4 %-ának kiváló, 41,0%-ának megfelelő, 18,4 %-ának problémás és 8,2 %-ának nem megfelelő eredményt mutat. Összességében tehát a lányok 73,4 %-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, míg 26,6%-ának korlátozott (43. ábra).

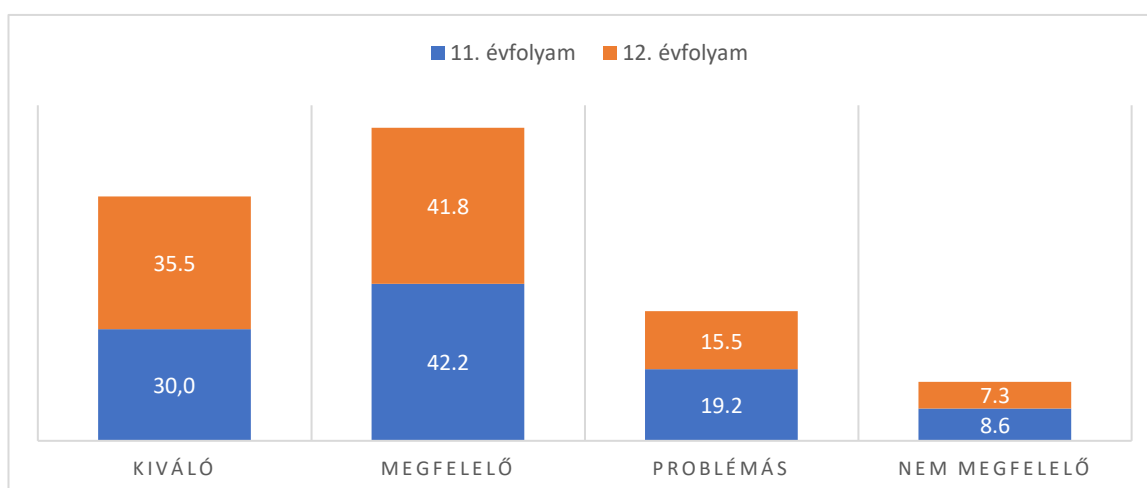
43. ábra: Egészségműveltségi szint aránya (%) nemek szerint (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

Az évfolyamokat vizsgálva sincs jelentős különbség a 11. és 12. évfolyamos tanulók egészségműveltségét tekintve. 11. évfolyamon a megkérdezettek 30,0 %-ának kiváló, 42,2 %-ának megfelelő, 19,2 %-ának problémás, továbbá 8,6 %-ának nem megfelelő az egészségműveltsége, így megállapítható, hogy a 11. évfolyamosok 72,2 %-ának kívánatos mértékű, míg 27,8 %-ának korlátozott az egészségműveltsége. A 12. évfolyamos tanulók körében elmondható, hogy a 35,5 %-uknak kiváló, 41,8 %-ának megfelelő, 15,5 %-ának problémás, továbbá 7,3 %-ának nem megfelelő az egészségműveltsége, így a 12. évfolyamosok 77,3 %-ának kívánatos mértékű, 22,8 %-ának pedig korlátozott az egészségműveltsége (44. ábra).

44. ábra: Egészségműveltségi szint aránya (%) évfolyamok szerint (N=747)



Forrás: Saját szerkesztés

Az öt gimnázium tanulóinak egészségműveltségét vizsgálva szignifikáns különbséget találtunk ($F=3,558$ $p<0,007$) a különböző gimnáziumok tanulói között, melyet az iEGI egészségműveltség mutatójának eredményeinél részleteztek. A HELMA-H érték és a tanulók demográfiai jellemzőit vizsgálva nem, évfolyam és az édesapa legmagasabb iskolai végzettsége tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget, azonban az édesanya iskolai végzettségét ($F=2,755$ $p<0,027$) tekintve igen, mely alapján elmondható, hogy az érettségi bizonyítvánnyal vagy diplomával rendelkező édesanyák gyermekei jelentősen magasabb egészségműveltséggel rendelkeznek, mint az általános iskolát végzettek gyermekei.

5.5 Az Iskolai Egészség Index

Fizikai környezet mutató

G1 iskolában a tanulói vélemények alapján a fizikai környezet mutatója 63,7%. A legjellemzőbben azzal értettek egyet G1 iskola tanulói, hogy az iskola beltéri létesítményei megfelelő lehetőséget biztosítanak számukra a sportolásra, testmozgásra (75,82%), hogy az iskola rendelkezik az udvaron megfelelő méretű sportpályával (77,47%) és kerékpár/roller tárolására kialakított biztonságos kijelölt területtel (76,92%). Legkevésbé a mosdók megfelelő tisztaságával (57,14%) és a beltéri létesítmények megfelelő szabadidőeltöltési lehetőségének biztosításával (58,79%) értettek egyet.

G2 iskolában tanuló diákok az iskola fizikai környezetét 52,78%-ra értékelték. Kiemelkedően jó értéket kaptak az iskola beltéri létesítményei, melyek megfelelő lehetőséget biztosítanak a sportolásra, testmozgásra (82,84%), továbbá az osztálytermek tisztasága (74,02%). Jellemzően

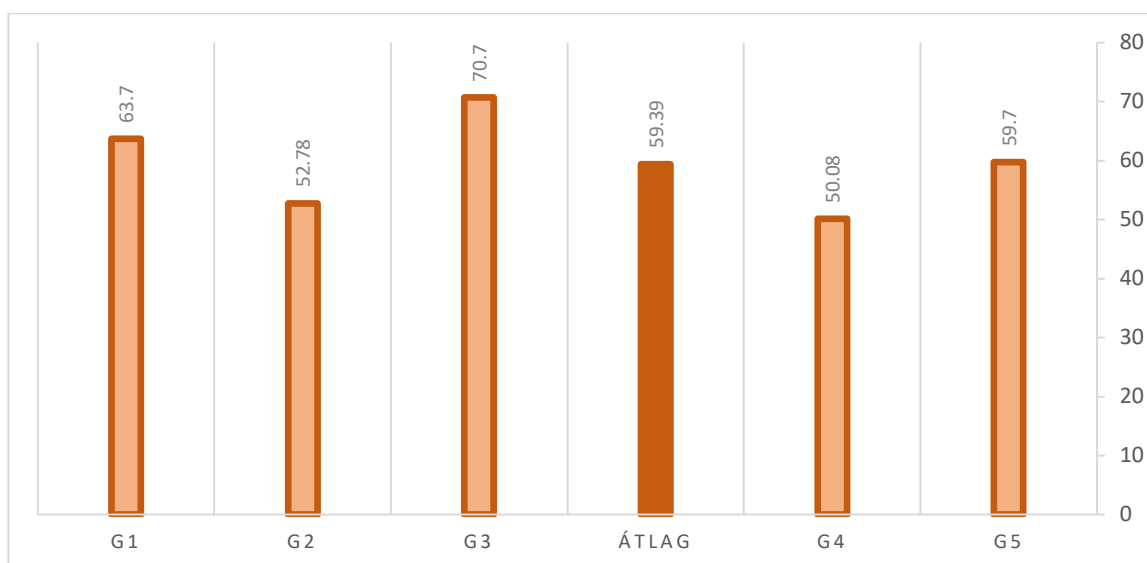
az iskola udvarával nincsenek megelégedve a tanulók, miszerint nem nyújt számukra megfelelő lehetőséget a biztonságos mozgásra, sportolásra (42,65%), valamint az udvari létesítmények (sportpálya, padok, árnyékos területek) sem biztosítanak számukra megfelelő lehetőséget az órák közötti szünetekben és/vagy az órák utáni szabadidőjüknek való kellemes, pihentető eltöltésére (42,16%).

G3 iskola tanulói kiemelkedően jóra értékelték iskolájuk fizikai környezetét, 70,71%. A legjobbjértékelést az iskolájuk beltéri létesítményei (tornaterem, konditerem) kapták, melyek megfelelő lehetőséget biztosítanak számukra a sportolásra, mozgásra (93,20%), valamint a felszereltségét (91,26%) is kiemelkedően jóra értékelték. Legkevésbé az iskolai büfé kínálatot tartják megfelelőnek, mely többségben egészségtelen ételeket és italokat kínál (42,72%), valamint a mosdók tisztaságát (50,49%).

G4 iskola tanulói értékelték a legkevésbé megfelelőre az öt iskola közül a fizikai környezetet, mindösszesen 50,08 %-ot kapott a pozitív értékelések relatív gyakoriságát számítva. A tanulók leginkább az iskola udvari létesítményeivel vannak megelégedve, miszerint jó lehetőségeik vannak a biztonságos sportoláshoz (63,21%), az udvari létesítmények megfelelő lehetőséget biztosítanak az órák közötti és utáni szabadidő kellemes és pihentető eltöltésére (65,09%). Legkevésbé az iskola beltéri létesítményeivel (33,96%) és a büfékínálattal (33,02%) vannak megelégedve, ugyanis a tornaterem nem biztosít számukra megfelelő lehetőséget az órák közötti és utáni szabadidő kellemes eltöltésére, illetve a büfében javarészt egészségtelen ételeket és italokat tudnak csak megvásárolni.

G5 iskola 59,70 %-ot ért el a tanulói vélemények alapján a fizikai környezet tekintetében. A tanulók kiemelkedően megfelelőnek tartják az iskola beltéri létesítményeit a sportolásra (91,45%), sporteszközökkel jól felszereltnek (89,47%) látják, továbbá a mosdók tisztaságával (88,16%) is elégedettek. Nagyon alacsony értékelést kapott az iskola udvarán lévő sportpálya (14,47%), valamint az iskolai büfékínálat (48,68%) (45. ábra).

45. ábra: FKM iskolánként



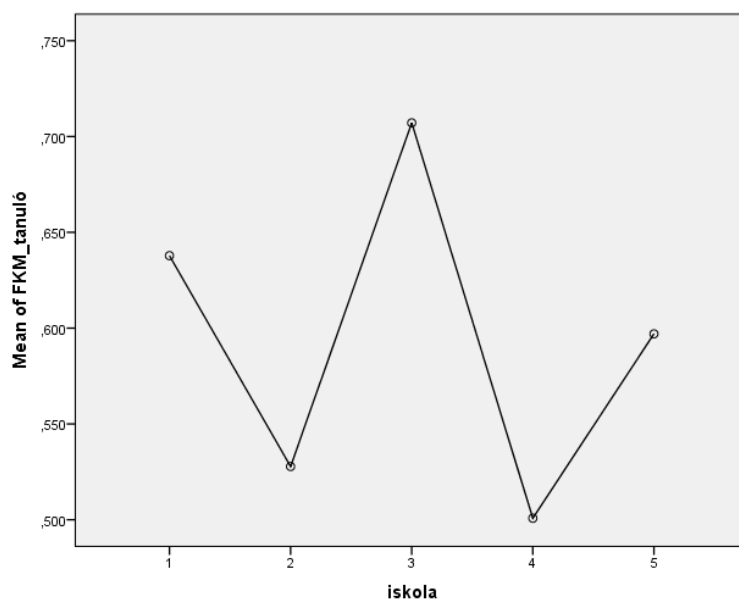
Forrás: Saját szerkesztés

Az öt iskolát együtt vizsgálva, a megyeszékhely gimnáziumainak fizikai környezete a tanulók értékelései alapján átlagosan 59,39 %-os. Ehhez viszonyítva G1, G3 és G5 iskola az átlagosnál jobb értékelést kapott, míg G2 és G4 rosszabbat. G3 iskola infrastruktúrája kiemelkedő a többi gimnáziumhoz képest.

Nincs szignifikáns különbség fiúk és lányok megítélésében, a különböző végzettséggel rendelkező szülők gyermekeit vizsgálva, ezzel szemben az évfolyamok tekintetében van jelentős különbség ($t=2,354$ $p=0,019$), a 11. évfolyamos diákok jobbnak ítélték az iskolájuk fizikai környezetét.

Szignifikáns különbség van az egyes iskolák között a tanulók megítélésében a fizikai környezetet illetően ($F=14,675$ $p<0,000$). G3 iskolai tanulói kiemelkedően és jelentősen magasabbra értékelték a fizikai környezetet, mint G2, G4 és G5, továbbá G1 iskola szignifikánsan magasabb mutatóértéket kapott, mint G2 és G4, valamint G4 és G5 iskolák között is jelentős a különbség, G5 javára (46. ábra).

46. ábra: FKM megítélése iskolánként



Személyi környezet mutató

G1 iskola tanulói az iskolai személyi környezetet átlagosan 59,45 %-ra értékelték. Jellemzően részt vettek külső előadó által tartott előadáson vagy programon, amelyet nem tanáruk tartott (76,37%), valamint beszámoltak az iskolapszichológus jelenlétéről, akihez fordulhatnak, ha szükségük van rá (80,77%). Legkevésbé a tanárok és szülők kapcsolattartását jelölték megfelelőnek (42,86%), valamint, hogy a testnevelés, osztályfőnöki és biológia órákon kívül nincs lehetőségük az egészségről tanulni, információkat gyűjteni (52,75%).

G2 iskolában a személyi környezet a tanulói értékelés alapján 50,64%. Pozitív véleménnyel vannak a tanulók az iskolában dolgozó (66,18%) és az iskolán kívüli (72,55%) szakemberekkel kapcsolatban, miszerint tudják, hogy milyen problémával kihez fordulhatnak bizalommal. A vélemények alapján azonban az iskola tanulóinak jellemzően nem volt lehetőségük külső helyszínre látogatni egészséggel kapcsolatos programra, előadásra (28,92%), valamint az iskolában zajló egészségnap/sportnap sem jellemző (31,37%) a megkérdezettek szerint.

G3 iskolai személyi környezet mutatója a tanulói értékelések alapján átlagosan 66,31%. Leginkább a külsős személy által tartott előadásokkal (82,52%), az iskolán belüli (73,79%) és kívüli (75,73%) szakemberek jelenlétével elégedettek, akikhez fordulhatnak testi és lelki problémáik esetén.

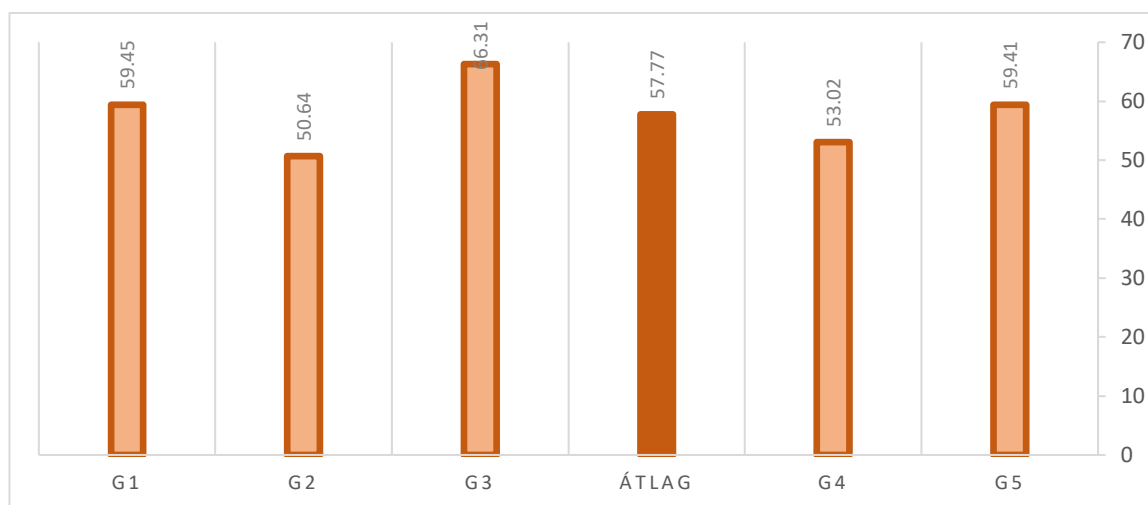
Nem tartják megfelelőnek a külső helyszínen tartott előadások, programokon való részvételük gyakoriságát (51,46%), miszerint kevésnek tartják, több alkalommal vennének részt rajta, továbbá válaszaik alapján kizárólag csak testnevelés, biológia és osztályfőnöki órán ismernek meg egészséggel kapcsolatos dolgokat/információkat, egyéb tanórán nem esik szó róluk (59,22%).

G4 iskolában 53,02%-os értéket kapott a személyi környezet mutató. A tanulói vélemények alapján a külső előadók, akik nem az iskola pedagógusai, gyakran adnak elő drogreprevenációs, stressz- és konfliktuskezelés, biztonságos közlekedés témakörökben (66,98%), továbbá tudják, hogy milyen, az iskolán kívüli szakemberhez fordulhatnak a testi vagy lelki egészségükkel kapcsolatos kérdés, probléma esetén (63,21%). Nem tartják megfelelőnek a tanárok és szülők közti kapcsolattartást (46,23%), továbbá több külső vagy az iskolában rendezett egészséggel kapcsolatos rendezvényen, programon vennének részt (47,17%).

G5 iskola 59,41%-os értékelést kapott a tanulóitól, ami a személyi környezetet illeti. Nem tartják megfelelő mennyiségűnek és gyakoriságúnak a külső helyszínen tartott előadásokat és programokat (39,47%), továbbá, hogy csak testnevelés, osztályfőnöki és biológia órán hallanak az egészséggel, egészséges életmóddal kapcsolatos információkat (50,00%). Megfelelőnek tartják az iskolában dolgozó szakemberek jelenlétét (93,42%), miszerint rendelkezik az iskola iskolapszichológussal és a diákok fordulhatnak is hozzá bizalommal, illetve rajta kívül egyéb szakemberek, akikhez fordulhatnak a tanulók a testi vagy lelki egészségükkel kapcsolatos kérdésekkel, problémákkal (76,97%) (47. ábra).

Az öt iskola mindegyikében a legalacsonyabb értékelést a szülők részvétele, szerepe kapta, ami az iskolai programokban való részvételt illeti, úgymint családi nap, sportnap, egészségnap.

47. ábra: SZKM iskolánként



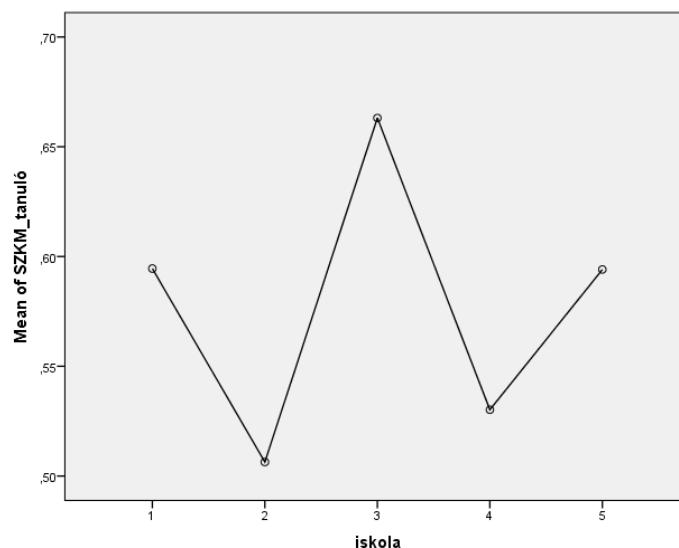
Forrás: Saját szerkesztés

Az öt iskolát együtt vizsgálva megállapítható, hogy a megyeszékhely gimnáziumainak személyi környezete a tanulók értékelései alapján átlagosan 57,77 %-os. Ehhez viszonyítva G1, G3 és G5 iskola az átlagosnál jobb értékelést kapott, míg G2 és G4 rosszabbat. G3 iskola kiemelkedő a többi gimnáziumhoz képest.

A mintába került tanulók összességét vizsgálva nem találtam szignifikáns különbséget nemek, az évfolyamok szerint, az édesapa és édesanya legmagasabb iskolai végzettségét tekintve.

Találtam szignifikáns különbséget az egyes iskolák között a tanulók megítélésében a személyi környezet mutatóját illetően ($F=6,910$ $p<0,000$). G3 iskolai tanulói kiemelkedően és jelentősen magasabbra értékelték a személyi környezet mutatóját, mint G2 és G4, továbbá G1 iskola szignifikánsan magasabb mutatóértéket kapott, mint G2, valamint G2 és G5 iskolák között is jelentős a különbség, G5 javára (48. ábra).

48. ábra: SZKM megítélése iskolánként



Forrás: Saját szerkesztés

Egészségmagatartás mutató

A fizikai aktivitást vizsgálva a szabadidőben végzett és a kitöltést megelőző 7 napra vonatkozó pozitív válaszok relatív gyakoriságának átlagát figyelembe véve határoztuk meg a mutató fizikai aktivitásra vonatkozó értékét.

G1 iskolában a tanulók fizikai aktivitásának mutatója 74,73 %, G2 iskola esetében 70,59%, G3 iskola tanulóit vizsgálva 78,65 %, G4 diákjainak jellemzői alapján 76,89 %, míg G5 iskolában tanuló tizenegy- és tizenkettedikes diákjainak válaszai alapján 82,57%.

A táplálkozási szokások vizsgálatakor 7 alkérdésre adott pozitív válaszok relatív gyakoriságát figyelembe véve megállapítható, hogy a G1 iskolában tanuló diákokra jellemzők alapján ez az érték 51,18 %, G2 iskola értéke 60,79%, G3 iskola tanulóinak válaszai alapján 52,70%, G3 iskola esetében a mutatószám értéke 49,46%, továbbá G5 iskolának 58,27%.

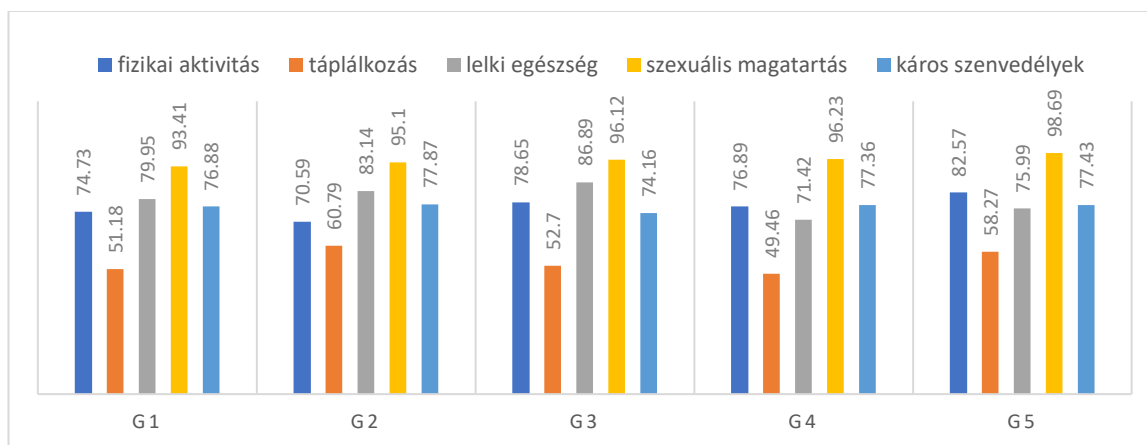
A lelki egészségre vonatkozó kérdésekre adott pozitív válaszok relatív gyakoriságát tekintve ez az almutató G1 iskolában 79,95%-ps értéket vesz fel, G2 iskolában 83,14 %, G3 iskola esetében 86,89%, G4 iskolában 71,42%, valamint G5 iskolában 75,99%.

A szexuális magatartás esetében a pozitív válaszok relatív gyakorisága G1 iskolában 93,41 %, G2 iskolában 95,10%, G3 iskolában 96,12%, G4 iskolában 96,23%, valamint G5 iskolában ez az érték a legmagasabb, 98,69%.

Az egészségmagatartásra vonatkozó kérdéscsoport utolsó kérdései a tanulók káros szenvedélyekhez való viszonyát és fogyasztásának gyakoriságát méri. A válaszok alapján az almutató értéke G1 iskolában 76,88%, G2 iskolában 77,87%, G3 iskolában 74,16%, G4 iskola esetén 77,36% és G5 iskola értéke 77,43% (49. ábra).

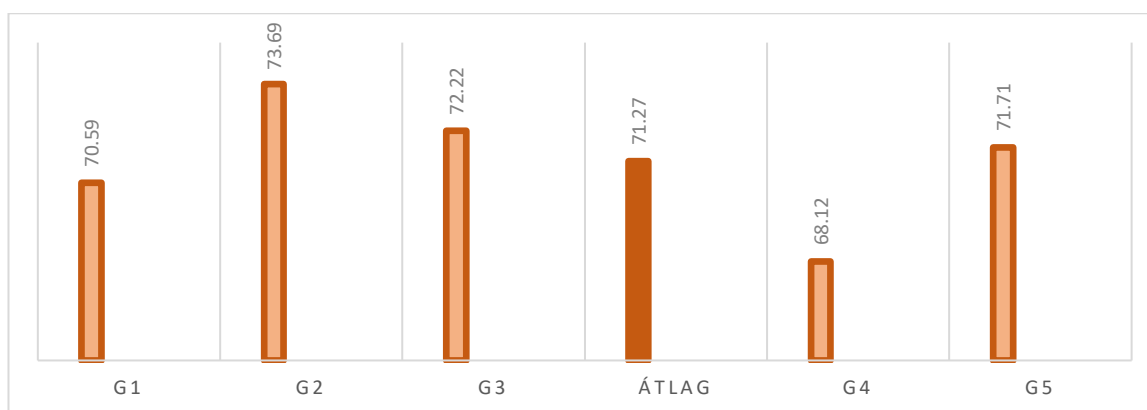
Összességében elmondható, hogy az egészségmagatartás mutató az egyes iskolákban: G1 70,59%, G2 73,69%, G3 72,22%, G4 68,12% és G5 71,71% (50. ábra).

49. ábra: EMA almutatóinak aránya iskolánként



Forrás: Saját szerkesztés

50. ábra: EMA iskolánként

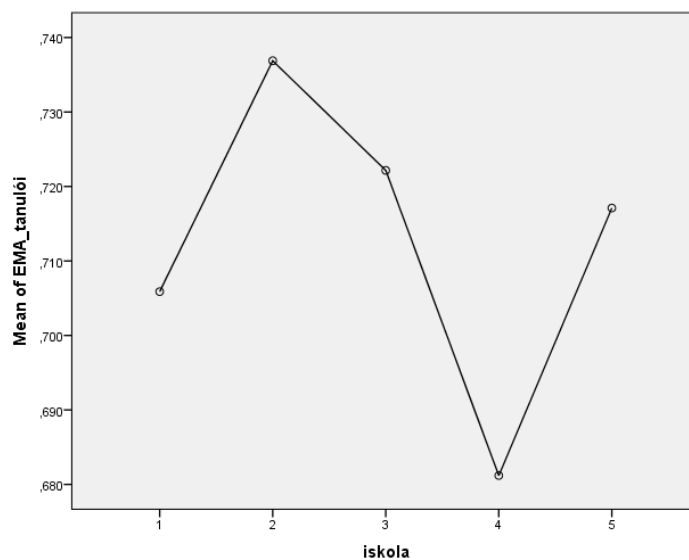


Forrás: Saját szerkesztés

Az 5 iskolát együtt vizsgálva, tehát a megyeszékhely gimnáziumi tanulóinak válasza alapján átlagosan az egészségmagatartás mutató 71,27%, mely érték felett áll G2, G3 és G5 iskolák, míg átlag alatt teljesített G1 és G4 iskolák.

Szignifikáns különbség található az egyes iskolák között a tanulók egészségmagatartás mutatóját vizsgálva ($F=3,728$ $p<0,005$). G2 iskolai tanulói kiemelkedően és jelentősen magasabb egészségmagatartás mutató értéket értek el, mint G4 iskola tanulói (51. ábra).

51. ábra: EMA megítélése iskolánként



Forrás: saját szerkesztés

Egészségműveltség mutató

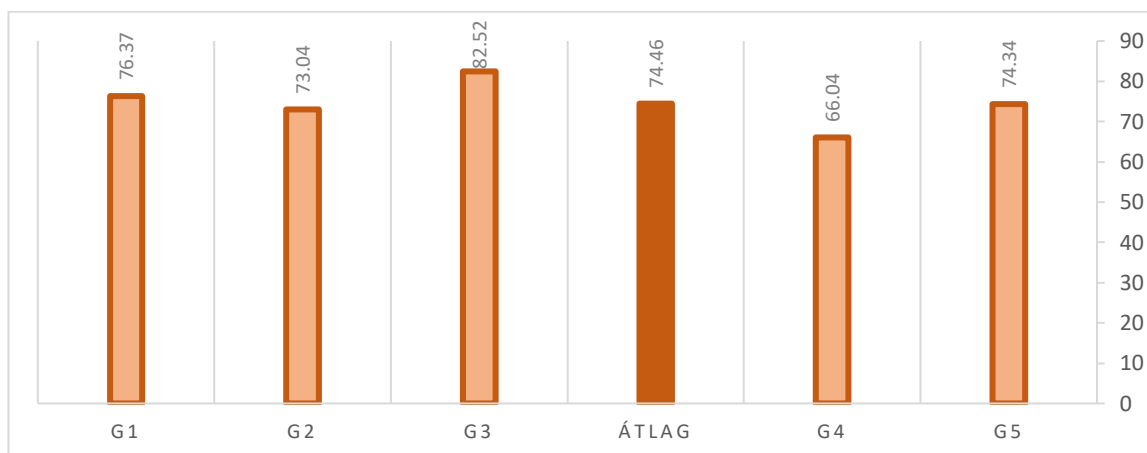
G1 iskola tanulóinak egészségműveltségét vizsgálva megállapítható, hogy 37,36 %-uknak kiváló, 39,01 %-ának megfelelő, míg 15,38 %-ának problémás és 8,24%-ának nem megfelelő az egészségműveltsége. Összességében tehát 76,37 %-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, így az Egészségműveltség Mutatót is ebben az értékben határozzuk meg. G2 iskolába járó tanulók 24,51 %-ának kiváló, 48,53%-ának megfelelő, 20,10%-ának problémás és 6,86%-ának nem megfelelő eredményt mutat. Összességében tehát a megkérdezett G2 iskolában tanuló gimnazista 73,04 %-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, így az Egészségműveltség Mutató 73,04%-os értéket mutat.

G3 iskolába járó tanulók 45,63 %-ának kiváló, 36,89%-ának megfelelő, 11,65%-ának problémás és 5,83%-ának nem megfelelő eredményt mutat, tehát a megkérdezett gimnazisták 82,52%-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, így az Egészségműveltség Mutató 82,52%-os értéket mutat.

G4 iskola tanulóinak 30,19 %-a kiváló, 35,85%-a megfelelő, 17,92%-a problémás és 16,04%-a nem megfelelő egészségműveltségi szintet mutat, mely adatok alapján a megkérdezett gimnazisták 66,04%-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, így az Egészségműveltség Mutató 66,04%.

G5 iskolában tanulók 29,61 %-ának kiváló, 44,74%-ának megfelelő, 20,39%-ának problémás és 5,26%-ának nem megfelelő az egészségműveltségi szintje, így a megkérdezett tanulók 74,34%-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, így az Egészségműveltség Mutató 74,34% (52. ábra).

52. ábra: EMŰ iskolánként

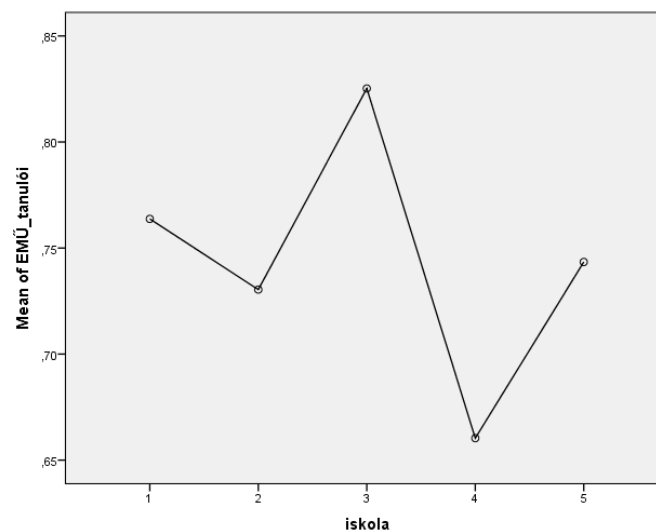


Forrás: Saját szerkesztés

Az öt gimnázium tanulóinak egészségműveltségét vizsgálva szignifikáns különbséget találtunk ($F=3,558$ $p<0,007$) a különböző gimnáziumok tanulói között, mely szerint G3 iskola tanulóinak jelentősen magasabb az egészségműveltségi szintje, mint G2 és G4 iskolák tanulóinak.

A HELMA-H érték és a tanulók demográfiai jellemzőit vizsgálva nem, évfolyam és az édesapa legmagasabb iskolai végzettsége tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget, azonban az édesanya iskolai végzettségét ($F=2,755$ $p<0,027$) tekintve igen, mely alapján elmondható, hogy az érettségi bizonyítvánnyal vagy diplomával rendelkező édesanyák gyermekei jelentősen magasabb egészségműveltséggel rendelkeznek, mint az általános iskolát végzettek gyermekei (53. ábra).

53. ábra: EMŰ megítélése iskolánként



Forrás: Saját szerkesztés

Szubjektív egészségi állapot mutató

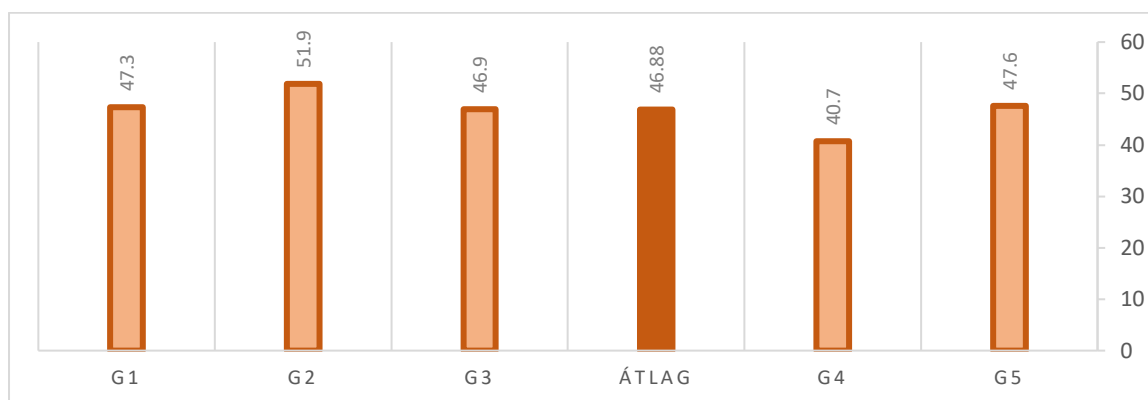
A tanulók szubjektív egészségi állapotát 5 kérdés mentén tártam fel, melyek esetében a pozitív válaszok relatív gyakoriságát tekintve a szubjektív egészségi állapot mutató G1 iskolában 47,3%, G2 iskolában 51,9%, G3 iskolában 46,9%, G4 iskolában 40,7%, továbbá G5 iskolában a SZEM 47,6%.

Minden vizsgált iskola tanulója a legmagasabb értékelést arra adta, hogy az elmúlt két hét során érezték magukat vidámnak és jókedvűnek, G1 iskola esetében ez az érték 69,78%, G2 iskola tanulói körében 77,94%, G3 iskolában 68,93%, G4 iskola esetében 62,26%, míg G5 iskola tanulói értékelése alapján 66,45%. G1, G2, G3 és G5 iskolákban egyaránt magas értéket kapott, hogy tanulói érezték magukat a megelőző két hétben aktívnak és élénknek, G1 iskola esetében ez az érték 54,40%, G2 iskolában 69,61%, G3 iskolában 49,51%, továbbá G5 iskolában 58,55%.

Ezen utóbbi eredményekben látható, hogy annak ellenére, hogy a kérdéseket összevetve magas értéket kapott, így is jellemzően a fejlesztendő kategóriába került. Azonban a legalacsonyabb értékelés minden iskola esetében az „ébredéskor frissnek és kipihentnek éreztem magam” kapta a tanulók körében, G1 iskola esetében 25,27 %, G2 iskolában 14,22%, G3 iskolában 21,36%, G4 iskolában 15,09%, valamint G5 iskolában 23,68% (54. ábra).

Szignifikáns különbség nincs a szubjektív egészségi állapot mutatóját vizsgálva az iskolák között, továbbá a nemek, évfolyamok esetében sem.

54. ábra: SZEM iskolánként



Forrás: Saját szerkesztés

Iskolai Egészség Index

Az iEGI Intézményértékelő modell alapján G1, G2, G3 és G5 iskola egészségnevelésének pedagógiai hatásrendszere megfelelő, míg G4 iskola a fejlesztendő kategóriába került. A következőkben az egyes modulok értékét vizsgáltam, amellyel cizellátn lehet megállapítani az iskolai egészségnevelés komplex hatásrendszerét (21. táblázat).

21. táblázat: Iskolai Egészség Index és moduljainak értéke iskolánként

%	G1	G2	G3	G4	G5
FKM	63,7	52,7	70,7	50,0	59,7
SZKM	59,4	50,6	66,3	53,0	59,4
EMA	70,5	73,6	72,2	68,1	71,7
EMŰ	76,3	73,0	82,5	66,0	74,3
SZEM	47,3	51,9	46,9	40,7	47,6
iEGI	63,44	60,36	67,72	55,56	62,54

Forrás: Saját szerkesztés

G1 iskolaprofilja a tanulói értékelések alapján megfelelő, 63%-os értéket kapott, mely esetén az egyes modulok értékei szerint az iskola egészségét tekintve a tanulók egészségműveltségi szintje a legkiemelkedőbb (76,3%), melyet követ a tanulók egészségmagatartásának (70,5%) mutatója, majd a fizikai környezet mutatója (63,7%), melyek a megfelelő kategóriába esnek. Fejlesztendő terület az értékelés alapján az iskola személyi környezetének mutatója (59,4%), továbbá a fokozottan fejlesztendő a tanulók szubjektív egészségi állapotának megítélése (47,3%).

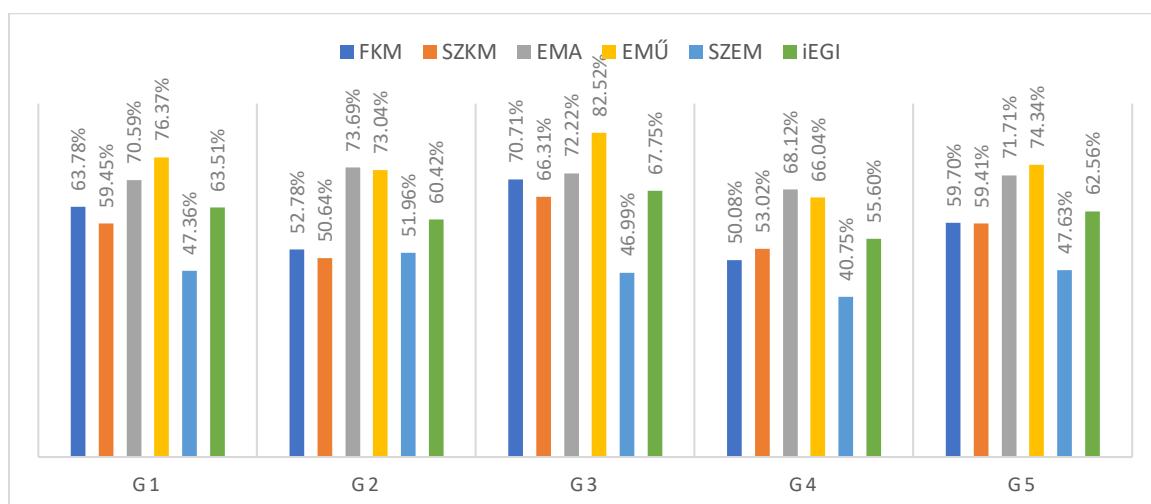
G2 iskola esetében az Iskolai Egészség Index megfelelő, 60 %. Az egyes modulokat tekintve közel azonos értéket kapott az egészségmagatartás (73,6%) és egészségműveltség (73,0%) mutató, melyek a megfelelő kategóriába tartoznak. Fejlesztendő kategóriába került a fizikai (52,7%), személyi környezeti mutató (50,6%), valamint a szubjektív egészségi állapot mutatója (51,9%).

G3 iskola Iskolai Egészség Indexe 67,72 %, amivel a megfelelő kategóriába tartozik. Az egyes modulokat vizsgálva látható, akárcsak az előző iskoláknál, hogy a szubjektív egészségi állapot mutató a legalacsonyabb, 46,9 %, mely így a fejlesztendő kategóriába csúszott. Az iskola tanulói kiemelkedően jó egészségműveltségi jellemzőkkel rendelkeznek, melynek mutatója 82,5 %, azaz kiváló. Az egészségmagatartás (72,2%), a fizikai (70,7%) és személyi környezet (66,3%) mutatók megfelelő értékelést kaptak.

G4 iskola iEGI értékelése a fejlesztendő kategóriába került, 55,56%. Az egyes modulokat tekintve szintén fejlesztendő terület a fizikai (50,0%), személyi környezet (53,0%), valamint a tanulók szubjektív egészségi állapota (40,7%). Megfelelő kategóriában van az egészségmagatartás (68,1%) és egészségműveltség (66,0%) mutató.

G5 iskolának megfelelő mértékű (62,54%) az Iskolai Egészség Indexe, melyen belül szintén megfelelő az egészségmagatartás (71,7%) és egészségműveltség (74,3%) mutatók, továbbá fejlesztendő a fizikai (59,7%), személyi környezet (59,4%) és a tanulói szubjektív egészségi állapot (47,6%) (55. ábra).

55. ábra: Iskolai Egészség Index és moduljainak értéke iskolánként



Forrás: Saját szerkesztés

6. KÖVETKEZTETÉSEK

6.1 Hipotézis-vizsgálat

A kutatási kérdéseimet és hipotéziseimet a kutatás 3 alappillére mentén (1. Egészségnevelési Programok elemzése, 2. pedagógusi interjúk és 3. tanulói iEGI kérdőív) fogalmaztam meg a szakirodalmi áttekintés során hivatkozott adatok és szakirodalmi eredmények ismeretében.

K₁: Az intézmények Egészségnevelési Programjával kapcsolatos kutatási kérdéseim:

K_{1a}: Kik az egészségnevelés feladatainak megvalósítói, a pedagógusok vagy az egészségügyi szakemberek kapnak hangsúlyos szerepet?

Annak ellenére, hogy G2 iskola dokumentumában nem olvasható az egészségnevelés folyamatának szereplőiről, G1, G3, G4 és G5 iskolák részletesen kidolgozták az egészségügyi szakemberek feladatait, szerepét. Előadóként, segítőként, állapotfelmérés segítségével és a programok tervezésében is kapnak szerepet az iskolákban dolgozó egészségügyi szakemberek, így a pedagógusokkal együttműködve vesznek részt a tanulók egészségnevelésében.

K_{1b}: Diagnosztikus mérések jelentik-e a program tervezésének alapját?

Három iskola, G1, G3 és G5 alapos diagnosztikus eljárást határozott meg az Egészségnevelési Programban. Közülük két iskolára, G1 és G5 iskolára igaz, hogy az iskola helyzetfelmérést végez a tanulók egészségi, fizikai és mentálhigiénés állapotáról kérdőíves módszerrel, melyben feltárják a lelki és szociális veszélyeztetettséget, valamint az egészségkárosító fogyasztási szokásokat, majd a kérdőívek kiértékelését követően statisztikai adatokat szolgáltatnak a nevelőtestület felé, valamint osztálytükör készül minden osztályfőnök részére, melyek alapján iránymutatást kapnak az egészségnevelés meghatározásához, az osztály aktuális egészségnevelési témáihoz.

G2 és G4 iskola esetében annak ellenére, hogy megvalósulnak a kötelező szűrővizsgálatok és diagnosztikus állapotfelmérések, adatszolgáltatás nem történik az iskola dolgozói, pedagógusai számára, így ezen adatokat nem használják fel az egészségnevelési program tervezése során.

K₂: A kutatás másik alappillére az iskolai egészségnevelés vizsgálata az intézményvezetők és pedagógusok szemszögéből interjúkon keresztül, mellyel kapcsolatban az alábbi kutatási kérdésekre keresem a választ:

K_{2a}: Az egészségnevelésért felelős pedagógusok mire alapozták az egészségnevelési program célkitűzéseit?

A pedagógusok válaszai alapján a gyakorlatban az egészségügyi szolgálat segítségével (G1, G2, G3 és G5) folyamatosan, az iskola sajátosságaira (G3), valamint statisztikai adatokra (G5) alapozva zajlik az egészségnevelési program tervezése és megvalósítása.

Hipotézisek

A hipotéziseket két alappillér mentén fogalmaztam meg deduktív logika alapján, a szakirodalmi áttekintés során hivatkozott szakirodalmi adatok és eredmények ismeretében.

Az Egészségnevelési Programok (H₁) vizsgálatának esetében az alábbi hipotéziseket fogalmaztam meg:

H_{1a}: Feltételeztem, hogy a vizsgált intézmények Egészségnevelési Programjában jellemzően nem holisztikus egészség értelmezés olvasható.

Beigazolódott a hipotézis, hiszen az öt iskola Egészségnevelési Programját elemezve megállapítható, hogy csak két iskola esetében volt tapasztalható holisztikus egészségértelmezés a dokumentumok alapján, miszerint testi, lelki, szociális és érzelmi dimenzióit is megragadta az, azonban két további iskola esetében a Programban az egészség a testi és a lelki dimenzióiban jelent meg, egy iskola esetében pedig egyáltalán nem volt olvasható egészségdefiníció, egészségértelmezés. Így összességében a nem holisztikus egészségértelmezés van döntő többségben.

H_{1b}: Feltételeztem, hogy az Egészségnevelési Programban jellemzően az osztályfőnöki, a biológia és a testnevelés óra jelenik meg, mint az egészségnevelés színtere, továbbá az osztályfőnök, biológia és testnevelő tanárok hangsúlyos szerepe.

A hipotézist elvettem, nem igazolódott be, hiszen az Egészségnevelési Programok jellemzően minden szaktárgyi órát, valamint minden pedagógus hangsúlyos szerepét említi. G2 iskola nem tér ki a tanórákra és az egészségnevelés folyamatának szereplőire, azonban G1, G3, G4 és G5 iskolák egyaránt említik az osztályfőnöki, biológia és testnevelés órán túl az egyéb szaktárgyak feladatait és lehetőségeit, továbbá a négy iskola Programjában leírtak alapján az egészségnevelés az iskola minden pedagógusának feladata.

H_{1c}: Feltételeztem, hogy legnagyobb hangsúllyal a káros szenvedélyek megelőzésével kapcsolatos tevékenységek jelennek meg az Egészségnevelési Programokban.

A hipotézis beigazolódott, ugyanis az öt vizsgált iskola esetében a legnagyobb hangsúllyal megjelenő téma a káros szenvedélyek megelőzése, G3, G4 és G5 iskolákban a legjelentősebb, de részletesen kidolgozásra került G2 iskola dokumentumában is, csak G1 iskola esetében nem esett szó a témáról. A káros szenvedélyek témakörön túl jellemzően még az egészségismeretek kapnak hangsúlyos szerepet, G3, G4 és G5 iskolák programjaiban, továbbá említés szintjén G1 iskolában is megjelenik.

Az intézményvezetők és pedagógusok (H₂) interjú alapú vizsgálatának esetében az alábbi hipotéziseket fogalmaztam meg:

H_{2a}: Feltételezem, hogy mind az intézményvezetők, mind a vizsgált pedagógusok holisztikusan értelmezik az egészséget.

Annak ellenére, hogy az Egészségnevelési Programok esetében a feltételezésem ellenkezőjét fogalmaztam meg, bízva, hogy az elmélettel ellentétben a gyakorlatban a pedagógusok úgy vélik, az egészség egy komplexen értelmezhető fogalom, mely kiterjed több dimenzióra, jelen hipotézisem a holisztikus egészségértelmezést feltételezi, mely részben beigazolódott. A 15 pedagógus interjúba adott válaszai alapján megállapítható, hogy jellemzően testi és lelki harmóniaként említik az egészséget, azonban G1 és G5 iskolák vezetői holisztikus értelmezésben írták le az egészség fogalmát, továbbá G1 és G2 iskolákban a megkérdezett pedagógusok is. Elmondható, hogy G3 és G4 iskola esetében történt minden megkérdezett pedagógus esetében kizárólag a testi és lelki egészség említése.

H_{2b}: Feltételezem, hogy a megkérdezett pedagógusok többsége szerint az egészségnevelésnek a biológia, a testnevelés szaktárgyi órák és az osztályfőnöki óra a színtere.

Beigazolódott a hipotézis, hiszen a 15 megkérdezett pedagógus közül 8-an válaszolták, hogy az iskolai egészségnevelés színtere a biológia, testnevelés és osztályfőnöki óra. Az iskolák vezetőit vizsgálva látjuk, hogy jellemzően ellenkezőleg gondolják, G1, G3 és G4 igazgatója minden tanóra feladatának tekinti az egészségnevelést, G2 iskola esetében az osztályfőnöki órát említette az intézményvezető, míg G5 iskola a biológia-testnevelés-osztályfőnöki hármast jelölte meg az egészségnevelés színteréül. G3 iskola esetében mondható, hogy egyhangúan, mind az iskola vezetése, mind a pedagógusok úgy vélik, hogy minden tanórán szükséges az egészségnevelés folyamatával foglalkozni.

H_{2c}: Feltételezem, hogy a megkérdezett pedagógusok többsége szerint az egészségnevelés folyamatában részt vevő szereplők a pedagógusokon túl az egészségügyi szakemberek, a szülők és külső szervezetek előadói, munkatársai.

Beigazolódott a hipotézis, miszerint a megkérdezett pedagógusok többsége szerint az iskolai egészségnevelés folyamatának nem csak a pedagógusok a szereplői, hanem a szülők, az iskolai egészségügyi dolgozók és külső szervezetek, meghívott előadók egyaránt. G1 iskola pedagógusainak válaszaiban jelent meg a család, G1, G3 és G4 iskolák esetében a külső szervezetek, G2 iskola pedagógusainak válaszaiban a pedagógusokon túl az egészségügyi szakemberek és a nem pedagógus iskolai dolgozók részvétele.

6.2 Az Egészségnevelési Programok és a pedagógusi interjúk eredményeinek összevetése

Egészségértelmezés

Az Egészségnevelési Programban olvasható egészségértelmezés és a megkérdezett pedagógusok egészségfelfogásában csak részben van egyezés, hiszen:

- G1 iskola dokumentumában a testi és lelki egészség tényezőket említik, a pedagógusok ezzel ellentétben holisztikusan értelmezik azt, így a testi és lelki tényezőkön túl a szociális egészségre is fókuszálnak a munkájuk során;
- G2 iskolában testi és lelki egészségfejlesztési célokat fogalmaz meg a dokumentum, a megkérdezett pedagógusok körében pedig nincs egységes egészségértelmezés, hiszen a három vizsgált személy háromféleképpen látja az egészséget;

- G3 iskola fogalmazta meg legátfogóbban az egészségnevelési programjuk alapját képező egészségdefiníciót, azonban a megkérdezett pedagógusok ezzel ellentétben csak a fizikai és lelki egészség fejlesztéséről nyilatkoztak;
- G4 iskola dokumentumában nem volt olvasható egészségdefiníció, így nem lehetett tudni, hogy a pedagógusok mi alapján, milyen értelmezésben végzik az egészségnevelői tevékenységüket. A válaszokból kiderült azonban, hogy jellemzően a testi és lelki egészségre korlátozódik a nevelői tevékenységük;
- G5 iskolában egység mutatkozik a program és a pedagógusok egészségértelmezésében, miszerint mindkét elemzés esetében a testi és lelki egészség került előtérbe.

Időtartam, szintér

Az Egészségnevelési Programokban megvizsgáltam, hogy az egyes iskolák milyen időtartamot és szintet határoznak meg, majd összevettem az interjúk által nyert adatokkal. Ez alapján megállapítom, hogy jellemzően megegyeznek a dokumentumban leírtak a pedagógusi válaszokkal:

- G1 iskola Egészségnevelési Programjában az egészségnevelési óra, a testnevelés, biológia és osztályfőnöki órák lettek megjelenítve, mint az egészségnevelés szinterei, mely egyezést mutat a megkérdezett pedagógusok válaszaival;
- G2 iskola dokumentuma nem tért ki a vizsgált szempontokra, így nem lehet összevetni az interjú válaszaival;
- G3 iskola esetében egyezés mutatkozik, hiszen mind a programban leírtak, mind a pedagógusok válaszaiban megjelentek a tanórai és tanórán kívüli tevékenységek is;
- G4 iskolában részben egyezik a két adatsor, hiszen míg a dokumentumban minden tanórát és tanórán kívüli tevékenységet meghatároztak, addig a pedagógusok a biológia, testnevelés és osztályfőnöki órákra korlátozottan határozták meg az egészségnevelés szintereit;
- G5 iskolában az osztályfőnöki, biológia, testnevelés jelenik meg mind az Egészségnevelési Programban, mind a pedagógusok válaszaiban.

Szereplők

Az Egészségnevelési Programokban megvizsgáltam, milyen szereplőket határoz meg, kiket von be az egészségnevelés folyamatába a tanulókon kívül, úgymint szülők, civil szervezetek, egészségügyi szolgálat, nem pedagógus dolgozók.

Az elemzést összevetve a pedagógusok által adott válaszokkal megállapítom, hogy csak kis mértékben van egyezés:

- G1 iskola esetében nincs egyezés sem a dokumentumban leírtak és a pedagógusok válaszait tekintve, sem a vizsgált három pedagógus válaszait összevetve sem;
- G2 iskola Programja nem említi az iskola egészségnevelési folyamatának szereplőit, azonban a pedagógusok jellemzően minden pedagógust megemlítettek, akiknek szerepük és feladatuk van a tevékenységben;
- G3 iskola esetében részben egyezés mutatkozik a dokumentumban leírtak és a válaszokat tekintve, megjelennek a pedagógusok, az egészségügyi szakemberek mindkét esetben, azonban a szülők jelenléte csak a dokumentumban olvasható;
- G4 iskolát vizsgálva egyezés mutatkozik a Program és a pedagógusi válaszok között, hiszen mindkét esetben említésre kerültek a pedagógusok, továbbá az iskolai egészségügyi szakemberek;
- G5 iskolában érdekesség, hogy míg a dokumentum minden pedagógus feladataként említi az egészségnevelést, úgy a megkérdezett pedagógusok csak az osztályfőnök, biológia és testnevelő tanároknak tulajdonítja az egészségnevelési feladatok végzését, továbbá a Programmal ellentétben nem említik a külső, meghívott előadók, szervezetek jelenlétét. Egyezés csak az egészségügyi szakemberek feladataiban mutatkozik.

Diagnosztikus felmérés, értékelés a tartalom tervezés szempontjából

A megfelelő, iskolára és tanulókra szabott Egészségnevelési Programok tervezése szempontjából elengedhetetlen, hogy folyamatos mérési-értékelési tevékenységet végezzenek az iskolák a tanulók körében. Azontúl, hogy a kötelező szűrővizsgálatokat elvégzi az iskolai egészségügyi szolgálat, fontos, hogy monitorozva legyen a tanulók egészségi, fittségi, mentálhigiénés állapota. Az iskolák Egészségnevelési Programjában meghatározott diagnosztikus felméréseket, értékeléseket vettem össze a pedagógusok válaszaiban megjelent tartalom-tervezési kiindulási alapokkal, mely esetben egyezést találtam:

- G1 iskolában a szűrővizsgálatokat kiegészítve iskolai helyzetfelmérést határoz meg a dokumentum, melyet követően adatszolgáltatást végez az egészségügyi szolgálat a pedagógusok felé, melyet a pedagógusok válasza is megerősítenek;

- G2 iskolában mind a dokumentumban, mind a pedagógusok válaszaiban egyezően kitűnik, hogy nem történik a kötelezőn túl diagnosztikus felmérés, így adatszolgáltatás sem,
- G3 iskola esetében egyezés mutatkozik a Programban leírtak és a pedagógusok válasza között, mely alapján megállapítható, hogy részletes diagnosztikus felmérést végeznek, mely statisztikai adatokra alapozottan tervezik az egészségnevelési tevékenységüket, továbbá folyamatos hatékonyságvizsgálatot is végeznek;
- G4 iskolában is egyezés mutatkozik, azonban G3 iskolával ellentétben, nem történik mérés-értékelés, így statisztikai adatszolgáltatás sem, mely alapján megállapítható, hogy az egészségnevelési tevékenység sem iskolára és tanulókra szabott;
- G5 iskola Egészségnevelési Programjában leírtakkal egyező válaszokat kaptam a pedagógusoktól, miszerint ténylegesen a Programban meghatározottak szerint zajlik a gyakorlat, statisztikai adatokra alapozva, az egészségügyi szolgálat segítségével történik a tervezés.

Az eredményeimet összevetve korábbi kutatások eredményeivel megállapítom, hogy az Egészségnevelési Programokban meghatározott egészség definíció, egészségértelmezés nem mutat fejlődést az elmúlt évtizedhez képest, hiszen ugyanúgy töredezett, az egyes dimenziókra fókuszáló, nem holisztikus szemléletű fogalom olvasható ki jelen kutatás eredményei alapján is, akárcsak *Deutsch* kutatásában (*Deutsch, 2011*). *Deutsch* kutatási eredményei alapján az iskolák jellemzően akcióprogramok szervezésével végzik az egészségnevelő munkát, amely, mint ismeretes csak információk közvetítésére szolgál, képesség/készségfejlesztés nem érhető el vele (*Deutsch, 2011*). Kutatásomban az iskolák részben vagy teljesen kidolgozták a tanórákra, tanórán kívüli szabadidőre és akcióprogramokra vonatkozó egészségnevelő célok és feladatok egészét, így túlmutatnak a kizárólag akcióprogramok szervezését meghatározó dokumentumokon. *Nagy (2005)* kutatásában az Egészségnevelési Programok elemzése során megállapította, hogy az abban leírt feladatok megvalósítása az osztályfőnöki órákra korlátozódnak, ezzel ellentétben kutatásom pozitívabb eredményt mutat, hiszen jellemzően minden szaktárgyi órát, valamint minden pedagógus hangsúlyos szerepét említi. *Nagy (2005)* kutatásában hangsúlyos szerepet kaptak még az iskolai egészségügyi szolgálat szakemberei, mint a mindennapi iskolai egészségnevelési folyamat kizárólagos megvalósítói. Kutatásom ezen hangsúlyos szerepet megerősíti, azonban a korábbi kutatástól eltérően együttműködésben a pedagógusokkal, szülőkkel.

A Programokban megjelenő témakörök közül hangsúlyosan az egészségkárosító magatartás elutasítása jelent meg Nagy (2005) kutatásában, mely jelen kutatással azonosságot mutat, hiszen az általam vizsgált iskolák esetében is a legnagyobb hangsúllyal megjelenő téma a káros szenvedélyek megelőzése.

A kutatásom során végzett Egészségnevelési Programok dokumentumelemzés eredményeit és a pedagógusi interjúk válaszait összevetve megállapítom, hogy az egészségértelmezést, az időtartamot, színteret és a diagnosztikus eljárásokat tekintve egyezés, a szereplők esetében pedig kis mértékű egyezés mutatkozik az elméleti megalapozottság és a gyakorlati megvalósítást tekintve, mely ellentmond Deutsch 2012-ben végzett kutatásának, miszerint az Egészségnevelési Programokban meghatározott célkitűzések, módszerek, akcióprogramok nem állnak szinkronban a pedagógusok által bemutatott egészségnevelési gyakorlattal.

6.3 Az egészségmagatartással és egészségműveltséggel kapcsolatos eredmények értelmezése

Az Iskolai Egészség Index egészségmagatartás mutatójának alapját képező HBSC kutatás kérdőív lehetőséget nyújt, hogy összehasonlítsam jelen kutatás eredményeit, az egri gimnazista tanulók egészségmagatartás jellemzőit az országos szintű HBSC felmérés eredményeivel. A fizikai aktivitást tekintve a kutatásomban részt vevő fiatalok kisebb arányban mozognak elegendőt (16,3%) és közel elegendőt (15,0%), mint a HBSC (Kun, Németh, Szabó és Demetrovics, 2019) legfrissebb kutatási adatai (17,9 % és 21,5%) szerint. Jelentős különbség nincs az évfolyamok tekintetében, azonban a HBSC kutatásban részt vevő 11. évfolyamos tanulók 61,7%-a legalább heti kétszer végez intenzív mozgást, míg jelen kutatás 11. évfolyamosai körében ez az arány magasabb, 69,7%. A táplálkozásra jellemzőket vizsgálva a reggelizési szokások esetén a HBSC kutatás eredményei szerint 32,3 %-a soha nem reggelizik, míg ez az arány kedvezőbb képet mutat az egri gimnazisták esetében, amely 24,8%. A gyümölcsfogyasztási szokásokat vizsgálva közel azonos eredményt (26,9%) kaptam, mint a nemzetközi kutatás, ahol a napi rendszerességgel gyümölcsfogyasztó tanulók aránya 28,8%. A 11. évfolyamos diákokat tekintve, míg a HBSC eredmények alapján a megkérdezettek 20% körüli a napi rendszerességgel gyümölcsfogyasztók aránya, addig az általam vizsgált gimnazisták esetében magasabb ez az arány, 26,6 %. Az édességek napi fogyasztását elemezve jelen kutatás diákjai nagyobb arányban fogyasztják azt, 32%, mint a HBSC kutatásban megkérdezettek 24,1 % (Németh és Román, 2019).

A bántalmazást vizsgálva az egri gimnazista tanulókkal kapcsolatban kedvezőbb eredményeket kaptam, mint az országos kutatás, melyben a diákok közel háromnegyedét nem érintette iskolai bántalmazás, jelen kutatás eredményeit tekintve közel 90%-os ez az arány. Az online viktimizáció a 2019-ben publikált eredmények alapján a 11. évfolyamon 17,1 %, jelen kutatásban megkérdezett diákok esetén 12,7%.

A káros szenvedélyek, mint a dohányzás, alkoholfogyasztás és kábítószerhasználat vizsgálata során megállapítható, hogy a HBSC kutatáshoz képest kedvezőbb eredményeket kaptam a dohányzást és a drogfogyasztást tekintve, azonban az alkoholfogyasztás negatív képet mutat. Míg a reprezentatív mintán végzett kutatás szerint a 11. évfolyamosok 34,5%-a dohányzik valamilyen szinten, addig Eger gimnazistáinak 26,6 %-a. A naponta dohányzók aránya is közel 6%-kal kedvezőbb képet mutat. A drogfogyasztás esetében szintén pozitívabb eredményeket kaptam, hiszen míg a HBSC kutatás eredményei alapján a legalább egyszer drogfogyasztók aránya 24,6%, addig a gimnazisták 8,2 %-a válaszolta, hogy kipróbálta. A 11. évfolyamos tanulók összehasonlítását tekintve jelentős különbség van, a HBSC-ben megkérdezettek 30,8%-a próbált már ki drogot, addig jelen kutatás tanulóinak „csupán” 6,2 %-a. Az alkoholfogyasztással kapcsolatos jellemzők magasabb értékeket vesznek fel az egri gimnazisták esetében, ugyanis míg a HBSC-ben vizsgált tanulók 60,7%-a fogyasztott már alkoholt életében, jelen kutatás tanulóinak 86,1%-a. A lerészegedés gyakoriságát tekintve is közel 20 %-os a differencia.

A szexuális magatartást vizsgálva közel azonos eredményeket tapasztaltam, a HBSC kutatásban részt vevők 43,2 %-ának már volt szexuális kapcsolata, míg jelen kutatásban részt vevő diákoknak 38,6%-a. A szexuálisan aktív 11-12. évfolyamos diákok körében a legutóbbi alkalommal legalább az óvszerhasználat vagy a fogamzásgátló tabletta alkalmazása 88 %-os, a védekezés ismeretének hiánya a szexuálisan aktív diákok körében 6%. A HBSC kutatás alapján a megkérdezettek 20 %-a nem alkalmazott semmilyen védekezési módszert, továbbá 5,7 %-a válaszolta, hogy nem tudja, védekezett-e a legutóbbi szexuális együttlét során (Bóthe, 2019).

Dehghankar és mtsai (2019) kutatásában gimnazistákat (N=372) vizsgáltak Iránban, a HELMA kérdőívet alkalmazva. Eredményeik alapján a tanulók 36,6%-a rossz egészségműveltséggel (problémás és nem megfelelő) rendelkezik, és a diákok 63,4%-ának jó az egészségműveltségi szintje (megfelelő és kiváló). Saeedi és mtsai (2016) tanulmányában szintén a HELMA kérdőívet alkalmazva vizsgálták a gimnazisták (N=800) egészségműveltségét. Az eredményeik alapján a diákok 74,5%-a korlátozott, nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkezik, így csupán a megkérdezettek 25,5 %-ának megfelelő

szintű az egészségműveltsége. Kutatásom eredményeit összevetve a nemzetközi kutatások eredményeivel, melyek szintén a HELMA kérdőívet alkalmazták megállapítható, hogy jobb eredményeket értek el a hazai gimnazisták. Az egri fiatal felnőttek 74,4 %-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, míg az iráni fiatal felnőtteké 63,4%, továbbá a teheráni fiataloké 25,5%.

6.4 Az iEGI iskolaprofilok eredményeinek értelmezése

Az új Intézményértékelési Modell eredményeinek értelmezése során az Iskolai Egészség Indexre vonatkozó kutatási kérdéseket válaszolom meg, melyben az intézmények eredményeire és az intézmények közötti különbségek mértékére kerestem a válaszokat az alábbi mutatók esetében:

K₃: Melyek az egyes iskolák erősségei és fejlesztendő területei:

- **K_{3a}:** az egészségnevelés hatásrendszerét befolyásoló személyi feltételek megítélése alapján (SZKM)?
- **K_{3b}:** az egészségnevelés hatásrendszerét befolyásoló fizikai környezeti feltételek megítélése alapján (FKM)?
- **K_{3c}:** a tanulók egészségműveltségének mutatója alapján (EMŰ)?
- **K_{3d}:** a tanulók egészségmagatartásának mutatója alapján (EMA)?
- **K_{3e}:** a tanulók szubjektív egészségi állapotát tekintve (SZEM)?
- **K_{3f}:** az Iskolai Egészség Index tükrében (iEGI)?

Az Iskolai Egészség Index négy iskola esetében (G1, G2, G3 és G5) a megfelelő kategóriába került, mely önmagában jó eredmény, azonban a fejlődés szempontjából érdemes az egyes modulok eredményeit külön-külön megvizsgálni a fejlesztési lehetőségek érdekében.

Fejlesztendő kategóriájú a fizikai környezet G2, G4 és G5 iskola esetében, a személyi környezet G1, G2, G4 és G5 iskolákban, az egészségmagatartás és egészségműveltség mutatók minden iskolában megfelelő kategóriájúak, továbbá a szubjektív egészségi állapot mutató minden iskolában fejlesztendő (22. táblázat).

22. táblázat: Az Iskolai Egészség Index és moduljainak kategóriái iskolánként

%	G1	G2	G3	G4	G5
FKM	megfelelő	<i>fejlesztendő</i>	megfelelő	<i>fejlesztendő</i>	<i>fejlesztendő</i>
SZKM	<i>fejlesztendő</i>	<i>fejlesztendő</i>	megfelelő	<i>fejlesztendő</i>	<i>fejlesztendő</i>
EMA	megfelelő	megfelelő	megfelelő	megfelelő	megfelelő
EMŰ	megfelelő	megfelelő	kiváló	megfelelő	megfelelő
SZEM	<i>fejlesztendő</i>	<i>fejlesztendő</i>	<i>fejlesztendő</i>	<i>fejlesztendő</i>	<i>fejlesztendő</i>
iEGI	megfelelő	megfelelő	megfelelő	fejlesztendő	megfelelő

Forrás: Saját szerkesztés

G2 iskola tanulói úgy értékelték, hogy fejlesztendő az iskola udvara, udvari létesítményei, amiért nem nyújt számukra megfelelő lehetőséget a biztonságos mozgásra és sportolásra, valamint az órák közötti szünetekben a szabadidőjük kellemes, pihentető eltöltésére. G4 iskola tanulói a beltéri létesítményekkel nincsenek megelégedve, amiért a tornaterem nem nyújt számukra megfelelő lehetőséget az órák közötti és utáni szabadidő aktív eltöltésére, továbbá fejlesztendőnek tartják a büfé kínálatát, hiszen jelenleg jellemzően egészségtelen ételeket és italokat tudnak csak megvásárolni, de igényelnék az egészséges alternatívákat. G5 iskola diákjai szintén így gondolkodnak a büfékínálattal kapcsolatban, továbbá az iskola udvari sportpályájának fejlesztésével kapcsolatban.

G1 és G3 iskola tanulói megfelelő értéket adtak iskolájuk fizikai környezetének egészségtani szempontból, szignifikáns különbség van az iskolák között, G1 és G3 iskolai tanulói kiemelkedően és jelentősen magasabbra értékelték a fizikai környezet mutatót.

A személyi környezet G1, G2, G4 és G5 iskola esetében fejlesztendő a tanulói értékelés alapján. G1 iskolában a tanulók fejlesztendőnek ítélték a tanárok és szülők kapcsolattartását, valamint, hogy a testnevelés, osztályfőnöki és biológia órákon kívül is szeretnének foglalkozni az egészséggel, egészséges életmóddal. A G2 iskolában tanulók fejlesztendőnek ítélték iskolájukkal kapcsolatban a külső helyszíneken történő programokon való részvételt, valamint az akcióprogramokat tekintve nem tartják megfelelőnek az iskolai sportnapok/egészségnapok lebonyolítását. G4 iskolában fejlesztendőnek tartják a tanulók a pedagógusok szülőkkel való kapcsolattartását, valamint több külső vagy az iskolában rendezett egészséggel kapcsolatos rendezvényen, programon vennének részt. G5 iskola tanulói szintén így gondolják, továbbá G1 iskolához hasonlóan a testnevelés, osztályfőnöki és biológia órákon kívül is szeretnének foglalkozni az egészséggel, egészséges életmóddal.

A szubjektív egészségi állapot mutató minden iskola esetében a fejlesztendő kategóriába sorolható. A tanulói értékelések alapján a legnagyobb problémát a túlhajszoltság és a stressz jelenti. A legmagasabb tanulói értékelések sem érik el a megfelelő kategóriát sem, így fokozottan figyelni kell arra, hogy a tanulók hogyan élik meg a mindennapjaikat. A válaszok alapján nem kipihentek, nem nyugodtak és ellazultak, mely súlyos következményekkel járhatnak.

Az intézményi összehasonlítást tekintve G3 iskola egészségnevelési programja és pedagógiai hatásrendszere a legmegfelelőbb, mind az Egészségnevelési Programok, a pedagógusi interjúk, mind a tanulói értékelés alapján.

6.5 További tervek és az iEGI gyakorlati jelentősége

A kutatási eredmények azt mutatják, hogy az Iskolai Egészség Index modell megfelelően képes az iskolai egészségnevelés területét alkotó egyes összetevők mérésére és értékelésére, ezáltal biztosítva a nyomon követhetőséget és az összehasonlíthatóságot.

Az iEGI intézményértékelési keretrendszer kidolgozását követően további feladatok várhatóak. A kutatás és a modell további jelentősége abban áll, hogy beépüljön a gyakorlatba, az iskolák alkalmazzák a mérési-értékelési és tervezési segédeszközt az egészségnevelés eredményességének érdekében.

Jelen kutatásban részt vevő 5 gimnázium esetében elkészül az iskolaprofil, mely tartalmazza az adott iskolára jellemző erősségeket és fejlesztendő területeket (23. táblázat). Azon indikátorok és területek esetén, ahol az eredmények alapján beavatkozás szükséges, javaslatokat teszünk az eredményesség növelése érdekében. Ezen útmutató mentén az iskolák elvégezhetik a szükséges változtatásokat. A javaslatok között szerepel (a teljesség igénye nélkül, csak példákat felsorolva) a gyümölcsautomata beszerzése, a büfékínálat egészségesebbé tétele, délutáni programként a tanulókat, szülőket, nem-pedagógus dolgozókat bevonva az iskola zöldövezetének, udvarának tereprendezése különböző kiegészítő programokkal, kapcsolatfelvétel sportegyesülettel, civil szervezettel, egyházközösséggel.

23. táblázat: Az iskolák erősségei és fejlesztendő területei az Iskolai Egészség Index alapján

	Erősségek	Fejlesztendő terület
G1	fizikai aktivitás, káros szenvedélyek kerülése	tanár-szülő kapcsolattartás, tanórai ismeretközvetítés, túlhajszoltság
G2	szexuális magatartás, külső és belső szakemberek elérhetősége, egészségműveltségi szint	iskolaudvar, akcióprogramok gyakorisága, túlhajszoltság
G3	fizikai aktivitás, káros szenvedélyek kerülése, szexuális magatartás, fizikai- és személyi környezet	túlhajszoltság
G4	fizikai aktivitás, szexuális magatartás,	beltéri létesítmények, tornaterem, büfékínálat, tanár-szülő kapcsolattartás, rendezvények, túlhajszoltság, egészségműveltségi szint
G5	külső és belső szakemberek elérhetősége, egészségműveltségi szint	udvari sportpálya, büfékínálat, rendezvények, túlhajszoltság

Forrás: Saját szerkesztés

A gyakorlati alkalmazást segítve az iEGI komplex kérdőív digitalizált formában elérhető az iskolák számára, így a tanulók online tudják kitölteni a kérdőívet, melyet követően az adatbázis elérése azonnali. Az adatbázis kezelésére és kiértékelésére koordináló személy/személyek bevonását javasoljuk.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

A szakirodalom feltárása során hiányterületként jelent meg a tudományos ismeretek rendszerében az az intézményértékelési modell, mérési-értékelési eszköz, amely intézményi szintű, a tanulói szükségletek és igények irányából értékeli az iskolai egészségnevelés komplex pedagógiai hatásrendszerét, amely mérési-értékelési rendszer kiindulási pontot és segédletet jelenthet az egészségnevelési programok tervezése, fejlesztése és nyomon követése során. Annak ellenére, hogy hazánkban számos előremutató iskolai egészségnevelési program működött, ezek jellemzően elszigetelten valósultak meg (*Járomi és Vitrai, 2017*). Az iskolákra és tanulókra szabott egészségnevelési program hatékony megtervezésének és eredményességének érdekében fontos felismerni és beazonosítani azokat a tényezőket, területeket, amelyek az adott iskolára kedvezően vagy kedvezőtlenül hatnak, továbbá az iskolára jellemző erősségeket és fejlesztendő területeket. A szükséges beavatkozási területek beazonosításával, majd azok fejlesztésével elérhető egy diagnosztikus vizsgálatok eredményeire alapozott, gyakorlatorientált és komplex egészségnevelési program.

Doktori kutatásom során tehát olyan, hazánkban még nem alkalmazott intézményértékelési modellt és pedagógiai hatásrendszert mérő-értékelő eszközt dolgoztam ki, mely objektív mutatók mentén alkalmas a pedagógiai hatásrendszert mérni, továbbá a tanulók egészségmagatartási, egészségműveltségi jellemzőit feltárni, az összefüggéseket elemezni, valamint adatokon alapuló evidenciaalapú beavatkozásokat tervezni és megvalósítani. A fő kutatási célom volt kialakítani egy olyan intézményértékelési keretrendszert, amely objektív mutatók mentén képes a pedagógiai hatásrendszernek és a tanulók egészségmagatartási, egészségműveltségi jellemzőinek feltárására, nyomon követésére. A kutatást öt egri gimnáziumban folytattam le, mely kutatás során dokumentumelemzést végeztem az iskolák Egészségnevelési Programját vizsgálva, interjúkat készítettek az intézmények vezetőivel és 2-2 pedagógusával (N=15), továbbá kérdőívet alkalmaztam a tanulók (N=747) körében.

Kutatásom végső konklúzióit az alábbiakban foglalom össze:

(1) Az Egészségnevelési Programok elemzését követően megállapítom, hogy az vizsgált iskolák esetében:

- jellemzően nem holisztikus az egészségértelmezés,
- a dokumentumok nem tartalmazzák a tanórán kívüli egészségnevelő programok, tevékenységek lehetőségeit,
- megjelenik a Programokban, hogy minden szaktárgyi óra, valamint minden pedagógus hangsúlyos szerepe megjelenik, az egészségnevelés az iskola minden pedagógusának feladata,
- a dokumentumban meghatározottak szerint hangsúlyos az egészségügyi szakemberek szerepe előadóként, segítőként, állapotfelmérés segítésében és a programok tervezésében, így a pedagógusokkal együttműködve vesznek részt a tanulók egészségnevelésében,
- a leírtak alapján nem történik adatszolgáltatás a szűrővizsgálatok és diagnosztikus állapotfelmérések eredményeiből az iskola dolgozói, pedagógusai számára, így ezen adatokat nem használják fel az egészségnevelési program tervezése során,
- a legnagyobb hangsúllyal megjelenő téma a káros szenvedélyek megelőzése.

(2) Az intézményvezetői és pedagógusi interjúk eredményei alapján megállapítom, hogy:

- a pedagógusok szerint az egészség egy komplexen értelmezhető fogalom, mely kiterjed több dimenzióra,
- az iskolai egészségnevelés színtere hangsúlyosan a biológia, testnevelés és osztályfőnöki óra,
- az iskolai egészségnevelés folyamatának nem csak a pedagógusok a szereplői, hanem a szülők, az iskolai egészségügyi dolgozók és a külső szervezetek, meghívott előadók egyaránt,
- az egészségügyi szolgálat segítségével folyamatosan, az iskola sajátosságaira, valamint statisztikai adatokra alapozva zajlik az egészségnevelési program tervezése és megvalósítása.

Az Egészségnevelési Programok által elméleti úton megalapozott iskolai egészségnevelés és az intézményvezetők és pedagógusok az iskolai gyakorlatról adott válaszai alapján megállapítom, hogy nem minden esetben mutatnak egyezést:

- az Egészségnevelési Programokban olvasható egészségértelmezés és a megkérdezett pedagógusok egészségfelfogásában csak részben van egyezés;
- az Egészségnevelési Programokban és a pedagógusi interjúkban jellemzően megegyeznek az időtartamra és szintérre vonatkozó eredmények;
- az eredmények elemzését összevetve megállapítom, hogy csak kis mértékben van egyezés az Egészségnevelési Programokban és a pedagógusi interjúkban megjelenő szereplőket tekintve, úgymint szülők, civil szervezetek, egészségügyi szolgálat, nem pedagógus dolgozók;
- az iskolák Egészségnevelési Programjában meghatározott diagnosztikus felméréseket, értékeléseket összevetve a pedagógusok válaszaiban megjelent tartalom-tervezési kiindulási alapokkal, minden iskola esetében egyezést mutatott a dokumentumelemzések és az interjúk eredményei.

A kutatás fő iránya az intézményértékelési keretrendszer (iEGI) kidolgozása volt, amely objektív mutatók mentén méri a pedagógiai hatásrendszert és a tanulók egészségmagatartási, egészségműveltségi jellemzőit, ezáltal segédeszközt nyújtva az evidenciaalapú iskolai egészségnevelő programok tervezéséhez és megvalósításához.

Az Iskolai Egészség Index öt modulon keresztül méri az iskolai egészségnevelés pedagógiai hatásrendszerét és értékeli azt öt kategórián keresztül (kiváló, megfelelő, fejlesztendő, fokozottan fejlesztendő és rossz). Az iEGI négy iskola esetében a megfelelő, míg egy iskola a fejlesztendő kategóriába került. Az új Intézményértékelési modell alkalmazásával beazonosíthatóvá váltak a vizsgált gimnáziumok erősségei, gyengeségei és fejlesztendő területei az egészségnevelést tekintve. Az Iskolai Egészség Index négy iskola esetében (G1, G2, G3 és G5) a megfelelő kategóriába került, azonban a fejlődés szempontjából az egyes modulok, úgymint a fizikai- és személyi környezet, egészségmagatartás, egészségműveltség és szubjektív egészségi állapot mutatóinak eredményeit külön-külön szükséges megvizsgálni és értelmezni. Az intézményi összehasonlítást tekintve G3 iskola egészségnevelési programja és pedagógiai hatásrendszere a legmegfelelőbb a vizsgált iskolák közül, figyelembe véve mind az Egészségnevelési Programjának elemzését, a pedagógusi interjúkat, mind a tanulóinak értékelését.

Az Iskolai Egészség Index alkalmazásával tehát beazonosíthatóvá váltak az iskolák erősségei és fejlesztendő területei, így az iskola diákjaira szabott egészségnevelési program tervezhető, továbbá nyomon követhetővé válik a fejlődés is.

8. TUDOMÁNYOS PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

8.1 Tankönyv, jegyzet, nyelvkönyv

1. **Horváth Cintia** (2020): Egészségnevelés. Eszterházy Károly Egyetem, Eger – online egyetemi tananyag

8.2 Országos tudományos folyóiratban megjelent, magyar nyelvű, lektorált tanulmány

1. Fügedi Balázs, Károly Dalma, **Horváth Cintia** (2018): Az UKK 2 kilométeres gyaloglóteszt alkalmazhatóságának felülvizsgálata 11,5 – 21 év közötti, sportoló nők esetében. Magyar Sporttudományi Szemle 19/74 (2018/2) 41.
2. Varga Attila, **Horváth Cintia** (2019): A fizikai aktivitás globális cselekvési terve 2018–2030: Aktív emberek egy egészségesebb világért. Új Pedagógiai Szemle 69: 3-4 pp. 140-146. 7 p.
3. **Horváth Cintia**, H. Ekler Judit (2019): Tanítási stílusok alkalmazása és bemutatása az IPOO modellen keresztül a testnevelésben. Különleges Bánásmód, 5. (3). 39–47. DOI 10.18458/KB.2019.3.39
4. **Horváth Cintia**, Bognár József (2019): Egy folyamatorientált egészségfejlesztési intervenció modelle: Az elmélet és gyakorlat találkozása. Az Eszterházy Károly Egyetem tudományos közleményei (46. köt.). Tanulmányok a sporttudomány köréből = Acta Universitatis de Carolo Eszterházy Nominatae. Sectio Sport. pp. 83-92. ISSN 2677-0105
5. **Horváth Cintia**, Bognár József (2020): A szülők iskolai végzettségének szerepe a fiatal felnőttek egészséggel kapcsolatos érték- és szokásrendszerére. HERA Évkönyv
6. **Horváth Cintia** (2020): Középkorúak egészségi állapotára ható tényezők vizsgálata. Magyar Sporttudományi Szemle 21. évfolyam 86. szám 2020/4 11-16
7. **Horváth Cintia** (2020): Oktatási segédletek használata testnevelés órán. Magyar Sporttudományi Szemle. 21. évfolyam 88. szám – 2020/6 31-36.
8. **Horváth Cintia** (2020): A különböző foglalkoztatási formák alkalmazásának gyakorisága testnevelés órán. In.: Medovarszki, István (2020) Tantárgy-pedagógiai kaleidoszkóp: 2020: Reformpedagógiai és tantárgy-pedagógiai tanulmányok: [Tanulmányok a csoportos tanulásszervezés sajátos gyakorlatairól]. Békéscsaba, Magánkiadás. ISBN 978-615-00-9952-1
9. **Horváth Cintia**, Csányi Tamás, Révész László (2021): Serdülők egészségműveltségét mérő kérdőív hazai adaptációja. Egészségfejlesztés, 62 (4) Doi: 10.24365/efv62i4.6666

10. **Horváth Cintia** (2021): A hazai középiskoláskorú tanulók egészségműveltségi szintjének vizsgálata a HELMA-H kérdőív alkalmazásával. Tantárgy-pedagógiai kaleidoszkóp: 2021.
11. **Horváth Cintia**, Csányi Tamás, Révész László (2021): Iskolai szinten megvalósuló egészségfejlesztő célú intervenciók elemzése. Új Pedagógiai Szemle, 71:11-12, 39-53.
12. **Horváth Cintia** (2021): Az iskolai egészségnevelés elméleti megközelítése az Egészségnevelési Programok dokumentumelemzésével. Acta Universitatis de Carolo Eszterházy Nominatae. Sectio Sport. p. 31–46.
DOI:10.33040/ActaUnivEszterhazySport.2022.50.31

8.3 Hazai és külföldi konferencián tartott, előbírált, magyar nyelvű előadás

1. Fügedi Balázs, Károly Dalma, **Horváth Cintia**: Az UKK2km-es gyaloglóteszt alkalmazhatóságának felülvizsgálata 21 év alatti sportoló nők esetében. XII. Országos Sporttudományi Kongresszus, Eger. 2015. 06. 04- 06
2. Révész László, Bognár József, Fügedi Balázs, **Horváth Cintia**: A tanár-diák viszony sajátosságai a testnevelés szemszögéből. Országos Neveléstudományi Konferencia 2017.
3. Fügedi Balázs, Bognár József, Révész László, **Horváth Cintia**: A szülők és gyermekei viszonya az egészségtudatos fizikai aktivitáshoz, avagy minta-e a szülő? Országos Neveléstudományi Konferencia 2017.
4. Fügedi Balázs, Bognár József, Révész László, **Horváth Cintia**: Tanulói és testnevelő tanári tapasztalatok és értékek a testnevelésóra pedagógiai vonatkozásairól. HuCER „Innováció, kutatás, pedagógusok”: Magyar Budapest, 2017. 05. 25-26.
5. **Horváth Cintia**, Fügedi Balázs, H. Ekler Judit: A testnevelés óra iránti attitűd vizsgálata különböző oktatási módszerek tükrében. HuCER 2018. május 24-25.
6. **Horváth Cintia**, Bognár József: Egy iskolában megvalósuló egészségfejlesztési intervenció bemutatása. Magyar Sporttudományi Kongresszus 2019. Nyíregyháza
7. **Horváth Cintia**, Bognár József: A szülők iskolai végzettségének szerepe a fiatalok sporttal és egészséggel kapcsolatos értékrendszerére, egészségmagatartási szokásaira és a testtömeg-indexére. HuCER 2019.
8. Révész László, **Horváth Cintia**: Gyakorlóiskolákban megvalósuló egészségnevelés a testnevelés órán az Egészségnevelési Programok tükrében – Pilot vizsgálat. Képzés és Gyakorlat Nemzetközi Konferencia. Kaposvár, 2020.
9. **Horváth Cintia**, Csányi Tamás, Révész László: Az iskolai egészségfejlesztést célzó intervenciók vizsgálatok áttekintése – Nemzetközi kitekintés Magyar Sporttudományi Kongresszus Pécs 2021

10. **Horváth Cintia**, Csányi Tamás, Révész László: Példák a hazai iskolai egészségnevelésről az Egészségnevelési Programok tükrében. HuCER 2021.
11. **Horváth Cintia**, Csányi Tamás, Révész László: Az egészségműveltség mérése serdülők körében (*Health Literacy Measure for Adolescents - HELMA*) kérdőív hazai alkalmazhatóságának vizsgálata. Országos Neveléstudományi Konferencia 2021. november 18-20. Szeged
12. **Horváth Cintia**: A középiskoláskorú tanulók egészségműveltségi szintjének vizsgálata. Fiatal Sporttudósok IX. Országos Kongresszusa 2021. december 3-4. Budapest
13. **Horváth Cintia**, Csányi Tamás, Révész László (2022): Az iskolai egészségnevelés értékelésének lehetősége. XVIII. Pedagógiai Értékelési Konferencia. 2022. április 21-23. Szeged
14. **Horváth Cintia**, Csányi Tamás, Révész László (2022): Egészségműveltség vizsgálata gimnáziumban tanulók körében. XIX. Országos Sporttudományi Kongresszus. 2022. Szeged

8.4 Nemzetközi konferencián tartott idegen nyelvű előadás (előbírált, ismert nemzetközi szervezet által rendezett)

1. **Cintia Horváth**: The status of health education in Hungary. Conference on Theory and Practice in Lifelong Learning Experiences. 9-10 May 2020; Großpetersdorf, Austria
2. **Cintia Horváth**, László Révész (2021): Comparative analysis of the effect of the educational level of parents living in Eastern and Western Hungary on the health awareness and health behavior of their secondary school children. 12th International Conference for Theory and Practice in Education, 15-17 December 2020, Budapest
3. **Cintia Horváth**, Tamás Csányi, László Révész (2022): Examining the pedagogical impact of health education in Hungarian schools in the light of the School Health Index (SHI). European College of Sport Science. 31. August-02. September 2022. Sevilla, Spain

8.5 Előbírált, magyar nyelvű poszter

1. Révész László, Bognár József, **Horváth Cintia**, Vojtkó Veronika: A tanár-diák kapcsolat a testnevelésben. HuCER 2017.
2. **Horváth Cintia**, Fügedi Balázs, H. Ekler Judit: Az 5. évfolyam kézilabda tananyag direkt és indirekt módszerekkel történő feldolgozásának összehasonlítása. Országos Sporttudományi Kongresszus, Szombathely 2018. május 30.

3. **Horváth Cintia**, Bognár József: A pedagógusok, testnevelő tanárok, szülők és barátok mintájának hatása megyeszékhelyen tanuló középiskolások egészségmagatartására. Országos Neveléstudományi Kongresszus 2019.
4. **Horváth Cintia**: Oktatási segédletek használata testnevelésórán. Magyar Sporttudományi Kongresszus. 2020. Győr
5. **Horváth Cintia**, Csányi Tamás, Révész László (2022): Egészségműveltség vizsgálata gimnáziumban tanulók körében. XIX. Országos Sporttudományi Kongresszus. 2022. június 8-10. Szeged.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Az alábbiakban szeretném megköszönni mindazok közreműködését és támogatását, akik nélkül nem készülhetett volna el ez a dolgozat.

Elsőként Témavezetőimnek szeretnék köszönetet mondani, *Dr. Révész Lászlónak* és *Dr. Csányi Tamásnak*, hogy időt és energiát nem kímélve segítettek javaslataikkal, észrevételeikkel, mindvégig támogattak, inspiráltak és átlendítettek a kritikus pontokon.

Köszönöm az Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Sporttudományi Intézetének, *Prof. Dr. Bognár Józsefnek*, továbbá minden Kollégámnak a szakmai támogatásukat.

Köszönettel tartozom *H. Dr. Ekler Judit* Tanárnőnek és a szombathelyi egyetem oktatóinak, hogy az alapképzésem kezdetétől fogva magasszintű és minőségi oktatásban vehettem részt, mely megalapozta kutatói ambícióimat.

Köszönettel tartozom a doktori csoporttársaimnak, barátaimnak, akikkel együtt léptünk a tudományos kutatások, konferenciák, kutatási beszámolók és vizsgák világába, és akik pozitív hozzáállással, folyamatos támogatással és humorral színesítették a doktori képzés 4 évét.

Köszönöm családomnak, hogy életem során megbízható háttérrel nyújtanak, motiválnak és támogatnak.

Szüleimnek, hogy példát mutattak és segítettek abban, hogy a sportnak és a tanulásnak fontos szerepe legyen az életemben.

Testvéremnek, *Horváth Diának*, aki bármikor kész volt meghallgatni és jó tanácsokkal ellátni, ha tudományos vagy oktatói munkám során nehézségeim adódtak. Köszönöm unokaöcsémnek, *Horváth Benetnek* és *Horváth Botondnak*, hogy már 2 hónapos korukban a szigorlati felkészülésem során biztató hallgatóság voltak.

Köszönöm unokatestvéreimnek, *Kóbor Szonjának* és *Kóbor Nadinnak*, hogy fiatalos lendületükkel támogattak és erőt adtak.

Hálás vagyok egri családomnak, *Pereverzia Mihálynak*, *Tóth Alexandrának*, *Pereverzia Zalánnak* és *Oszkárnak*, hogy támogatást nyújtottak mind szakmailag, mind emberileg, hogy biztosították a kutatómunkához szükséges nyugodt körülményeket.

Végül, de nem utolsó sorban köszönöm *Daisanak* a közös sétákat, melyek során biztosította számomra a gondolataim rendezését.

Felhasznált irodalom

1. 2003. évi LXI. törvény a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0300061.TV> (Letöltve: 2019. 12. 15.)
2. Adab, P., Pallan, M. J., Lancashire, E. R., Hemming, K., Frew, E., Barrett, T., Bhopal, R., Cade, J. E., Canaway, A., Clarke, J. L., Daley, A., Deeks, J. J., Duda, J. L., Ekelund, U., Gill, P., Griffin, T., McGee, E., Hurley, K., Martin, J., Parry, J., Passmore, S. 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, k211. <https://doi.org/10.1136/bmj.k211>
3. Ádány, R. (2011): Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Könyvkiadó ZRT. Budapest.
4. Aggleton, P. (1994): Health. Routledge, London & New York
5. Ajzen, I., és Fishbein, M. (1980): Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall
6. Allensworth, D. D., és Kolbe, L. J. (1987): The Comprehensive School Health Program: Exploring an Expanded Concept. *Journal of School Health* 57(10):409–411.
7. 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.
8. 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.
9. American Academy of Pediatrics, Committee on School Health (1993): School Health: Policy and Practice. ElkGrove Village.
10. American Diabetes Association. <http://www.diabetes.org/> (Letöltve: 2021. 11. 14.)
11. Ander, Z. (1986): Ember és egészség. Dacia Könyvkiadó, Kolozsvár.
12. Antal, E., Schmidt, J. és Bíró, L. (2015): Mennyit, miért, hogyan? Táplálkozás és folyadékfogyasztás. In: Falus, A. (szerk.): Sokszínű Egészségtudatosság. Spingmed kiadó, Budapest. 23-36.
13. Apáczai Csere, J. (1959): Magyar Encyclopaedia. Szépirodalmi Kiadó, Budapest. 205–211.
14. Ardeshirlarijani, E., Namazi, N., Jabbari, M., Zeinali, M., Gerami, H., Jalili, R. B., Larijani, B., & Azadbakht, L. (2019). The link between breakfast skipping and overweight/obesity in

- children and adolescents: a meta-analysis of observational studies. *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 18(2), 657–664. <https://doi.org/10.1007/s40200-019-00446-7>
15. Arnold, P. (2016): Dohányzási szokások. In: Németh, Á. és Költő, A. (Szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest, Országos Gyermekegészségügyi Intézet. 47–57
 16. Arnold, P. (2016a). Drogfogyasztási szokások. In Németh, Á., és Költő, A. (Szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. 73–87.
 17. Arnold, P. (2016b). A serdülőkorú fiatalok drogfogyasztása hazai és nemzetközi szinten. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, 21(4), 182–186.
 18. Aszmann, A. (2005): Az iskola-egészségügyi team szerepe az egészségfejlesztésben. In: Aszmann, A. (szerk.): *Iskola-egészségügy*. OGYEI, Budapest. 330-344.
 19. Austin, S. B., Fung, T., Cohen-Bearak, A., Wardle, K., és Cheung, L. W. (2006). Facilitating change in school health: a qualitative study of schools' experiences using the School Health Index. *Preventing chronic disease*, 3(2), A35.
 20. Bandura, A. (1977): *Social Learning Theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
 21. Bandura, A. (1986): The social learning perspective: Mechanisms of aggression. In: Toch, H. (szerk.): *Psychology of crime and criminal justice*. Prospect Heights, IL, Waveland Press. 198-236.
 22. Bányász, I. (2008) *A szocializáció folyamata és szinterei, a szociális identitás kialakulásának összefüggései*, Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet, Budapest
 23. Blayter, M. és Paterson, E. (1982): *Mothers and Daughters: A Three-Generational Study of Health Attitudes and Health Behaviour*. London, Heinemann
 24. Bobo, N., Evert, A., Gallivan, J., Imperatore, G., Kelly, J., Linder, B., Lorenz, R., Malozowski, S., Marschilok, C., Minners, R., Moore, K., Perez Comas, A., Satterfield, D., Silverstein, J., Vaughn, G.G., és Warren-Boulton, E. (2004): An update on type 2 diabetes in youth from the National Diabetes Education Program. *Pediatrics*. 114:259–263.
 25. 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>

26. Bouchard, C., Blair, S. N., és Haskell, W. (szerk.) (2012). *Physical activity and health*. Champaign: Human Kinetics, 456.
27. Bóthe, B. (2019): Szerelem és szexuális magatartás. In: Németh, Á. és Várnai, D. E. (2019): *Kamaszéletmód Magyarországon: az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest: ELTE PPK. 265.
28. Brener, N.D, Pejavara, A., és McManus, T. (2011): Applying the School Health Index to a nationally representative sample of schools: update for 2006. *J Sch Health*. 81(2):81-90.
29. Brown, S. L., Teufel, J. A., és Birch, D. A. (2007): Early adolescents perceptions of health and health literacy. *Journal of School Health*, 77, 7–15. doi: [10.1111/j.1746-1561.2007.00156.x](https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00156.x)
30. Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., és Bitzer, E. M. (2017): Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health* 17, 1–25. doi: [10.1186/s12889-017-4267-y](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y)
31. Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Schlupp, S., és Pinheiro, P. (2019): Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth. *Health Promotion International* 1–11. doi: [10.1093/heapro/daz041](https://doi.org/10.1093/heapro/daz041)
32. Buda, B. (1986): *A személyiségfejlődés és a nevelés szociálpszichológiája*. Tankönyvkiadó, Budapest.
33. 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), 592–600. <https://doi.org/10.1177/1524839914566272CALE>,
34. Cale, L. és Harris, J. (2006): Interventions to promote young people’s physical activity: issues, implications and recommendations for practice. *Health Education Journal*. 65. 320–337.
35. 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: e009002. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009002
36. Centers for Disease Control and Prevention (2000): *School Health Index for physical activity and healthy eating: a self assessment and planning guide*. Elementary version. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention.

37. Centers for Disease Control and Prevention (2003): Arizona Youth Risk Behavior Survey 2003 state fact sheet. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention
38. Centers for Disease Control and Prevention: Healthy youth! Coordinated school health program. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/CSHP/> (Letöltve: 2021. 10. 15)
39. Centers for Disease Control and Prevention. Welcome to the School Health Index: a self assessment and planning guide. Elementary school version. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/SHI>. (Letöltve: 2021. 10. 13.)
40. Chang, L.C., Hsieh, P.L., és Liu, C.H. (2012): Psychometric evaluation of the Chinese version of short-form Test of Functional Health Literacy in Adolescents. *J Clin Nurs* 21:2429–37.
41. Chester, K. L., Callaghan, M., Cosma, A., Donnelly, P., Craig, W., Walsh, S., és Molcho, M. (2015): Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health*, 25, 61–64.
42. Csányi, T. (2010): A fizikai aktivitás és egészség fiatal korban. *Egészségfejlesztés*. 51: 1-2. 43-48.
43. Csányi, T. (2011): Az iskolák fizikai aktivitást támogató pedagógiai hatásrendszere. Doktori disszertáció. ELTE Budapest
44. Csányi, T. és Révész, L. (2015): A testnevelés tanításának didaktikai alapjai. Középpontban a tanulás. Magyar Diáksport Szövetség, Budapest. ISBN 978-615-5518-01-0
45. Csapó, B. (2005): Tanuló társadalom és tudásalapú oktatási rendszer. In: Komlóssy, Á. (szerk.): *Ismeretek és képességfejlesztés. A 42. Szegedi Nyári Egyetem Évkönyve*. Tudományos Ismeretterjesztő Társulat, Szeged. 5-21.
46. Cselik, B. (2017): Egészségfejlesztő program hatása általános iskolás diákok egészségmagatartására. Doktori disszertáció. Pécs
47. Csizmadia, P. (2016): Az egészségműveltség definíciói. *Egészségfejlesztés*, LVII. 3. doi: 10.24365/ef.v57i3.68
48. Datar, A., és Sturm, R. (2004): Physical education in elementary school and body mass index: evidence from the earlychildhood longitudinal study. *Am J Pub Health*. 94:1501–1506.
49. Davis, T.C., Wolf, M.S., Arnold, C.L., Byrd, R.S., Long, S.W., Springer, T., Kennen, E., és Bocchini, J.A. (2006): Development and validation of the Rapid Estimate of Adolescent

- Literacy in Medicine (REALM- Teen): a tool to screen adolescents for below-grade reading in health care settings. *Pediatrics*. 118:e1707–e14.
50. Dehghankar, L., Panahi, R., Yekefallah, L., Hosseini, N. és Hasannia, E. (2019): The study of health literacy and its related factors among female students at high schools in Qazvin. *Journal of Health Literacy*. 4(2):18-26. doi: 10.22038/jhl.2019.40390.1055
51. Deutsch, K. (2011): Iskolai egészségfelfogás és egészségfejlesztés kvalitatív és kvantitatív kutatások tükrében. *Új Pedagógiai Szemle*. 2011, 1-5, 19.
52. Deutsch, K. (2012): Elvek és gyakorlat. Egészségfelfogás, egészségnevelés és mentálhigiénés szemléletmód az általános iskolai egészségnevelési programok és a pedagógusokkal készült interjúk tükrében. Doktori értekezés.
53. Devosa, I. (2017): A kortárssegítés hatékonyságának vizsgálata a reprodukzív egészségfejlesztő munkában, és az eredmények alapján kialakított ariadné többgenerációs egészségfejlesztő program ismertetése. Doktori disszertáció. Szeged
54. Dodson, S., Good, S., és Osborne, R.H. (2015): Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi, http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5148.pdf (Letöltve: 2020. 09. 09.)
55. Domonkos, K. (2014). Cyberbullying elektronikus eszközök használatával, *Alkalmazott Pszichológia*, 14(1), 59–70.
56. Driessnack, M., Chung, S., Perkhounkova, E., és Hein, M. (2014): Using the „Newest Vital Sign” to assess health literacy in children. *J Pediatr Health Care* (28), 2: 165–171. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.05.005>
57. Driver, H. S., és Taylor, S. R. (2000). Exercise and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 4(4), 387–402.
58. Dryfoos, J.G. (1994): Full-Service Schools: A Revolution in Health and Social Services for Children, Youth, and Families. San Francisco, Jossey-Bass.
59. Dubos, R. (1959): The Mirage of Health. Harper & Row, New York.
60. Egészségügyi Ágazati Stratégia (2021): „Egészséges Magyarország 2021–2027”, <https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/Egészséges%20Magyarország%202021%E2%88%922027%20Egészségügyi%20Ágazati%20Stratégia.pdf> (Letöltve: 2021. 12. 13)
61. Elekes, Zs. (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.

62. Ewles, L. és Simnett, I. (1999): Egészségfejlesztés. Medicina Könyvkiadó Zrt.
63. Ewles, L., és Simnet, I. (2013): Egészségfejlesztés, Gyakorlati útmutató, Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest 53-54.
64. Feith, H. J., Melicher, D. és Falus, A. (2015): Utószó helyett a TANTUdSZ programról. In: Falus, A. (szerk.): Sokszínű Egészségtudatosság. Spingmed kiadó, Budapest, 270-274.
65. Feith, H. J., Melicher, D., Máthé, G. Gradwohl, E., Füzi, R., Darvay, S., Hajdú, Zs., Nagyné Horváth, E., Soósné Kiss, Zs., Bihariné Krekó, I., Földvári-Nagy Lászlóné Lenti, K., Molnár, E., Szalainé Tóth, T., Urbán, V., Kassay, A., és Falus, A. (2016): Tapasztalatok és motiváltság: magyar középiskolások véleménye az egészségvédő programokról. Orvosi Hetilap, 157, 2, 65–69. DOI:10.1556/650.2015.30338
66. Felvinczi, K. (2007): Iskola és egészségfejlesztés. In: Demetrovics, Zs., Urbán, R. és Kökönyei, Gy. (szerk.): Iskolai egészségpszichológia. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 29-44.
67. 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): 3310–3319.
68. Field, D. (1976): The social definition of illness. In: D. Tuckett (ed) An Introduction to Medical Sociology. Tavistock, London
69. Fishbein, M. és Yzer, M. (2003): Using Theory to Design Effective Health Behavior Interventions. Communication Theory, 164–183.
70. Fishbein, M., és Ajzen, I. (1975): Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, M,: Addison-Wesley.
71. Flood, T., Lebowitz, M.D., De Zapien, J., Staten, L., Rosales, C. (1999): Douglas community health survey: diabetes and health care in Arizona on the Mexican border. ADHS; Phoenix (AZ)
72. Forrai, J. (2002): A magánélet és az egészség kultúrája, Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 17.
73. Füzesi, Zs. és Tistyán, L. (2004): Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
74. Gazmararian, J., Curran, J., Parker, R., Bernhardt, J. és DeBuono, B. (2005): Public health literacy in America, an ethical imperative. American Journal of Preventive Medicine, 28. 3. sz. 317–322.

75. Ghanbari, S., Ramezankhani, A., Montazeri A., és Mehrabi Y. (2016): Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA): Development and Psychometric Properties. PLoS ONE 11(2): e0149202. doi:[10.1371/journal.pone.0149202](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149202)
76. Gochman, D. S. (1988, szerk.): Health behavior. Plenum Press, New York. 1. fejezet: Health behavior – Plural perspectives. 3–14.
77. Griffiths, W. (1972): “Health Education Definitions, Problems, and Philosophies.” Health Education Monographs, 31. 12–14.
78. Gritz, A. (2007): Az egészségfejlesztés kompetenciái a 21. században. Egészségfejlesztés, 48,3, 3–9.
79. Guo, S., Armstrong, R., Waters, E., Sathish, T., Alif, S. M., Browne, G. R. és Yu, X. (2018): Quality of health literacy instruments used in children and adolescents: a systematic review. BMJ Open. doi:[10.1136/bmjopen-2017-020080](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020080)
80. Halmai, R., és Németh, Á. (2011). Fizikai aktivitás és szabadidős tevékenységek. In Németh Á. és Költő A. (Szerk.), Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet. 26–31
81. 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. 719–726.
82. Hidvégi, P. (2015): Az egészséges életmód. EKF Líceum Kiadó, Eger.
83. Holló R. (2006): PTE ETK Okleveles Védőnő Képzés - Egészségfejlesztő védőnő jegyzet,
84. Horváth, C. és Bognár, J. (2019): A pedagógusok, testnevelő tanárok szülők és barátok mintájának hatása megyeszékhelyen tanuló középiskolások egészségmagatartására. Országos Neveléstudományi Konferencia absztraktkötet.
85. Horváth, C. és Bognár, J. (2020): A szülők iskolai végzettségének szerepe a fiatal felnőttek egészséggel kapcsolatos érték- és szokásrendszerére. HERA Évkönyv
86. Horváth, C., Csányi, T., és Révész, L. (2021): Serdülők egészségműveltségét mérő kérdőív hazai adaptációja. Egészségfejlesztés, 62 (4) Doi: [10.24365/ef.v62i4.6666](https://doi.org/10.24365/ef.v62i4.6666)
87. Horváth, Zs. (2019): Alkoholfogyasztási szokások. In: Németh, Á., és Várnai, D. E. (2019). Kamaszéletmód Magyarországon: az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: ELTE PPK.

88. 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: 22. doi: 10.1186/s12966-019-0783-8
89. Iannotti, R. J., Kalman, M., Inchley, J., Tynjälä, J., Bucksch, J. és the HBSC Physical Activity Focus Group (2012a). Energy-expenditure: Moderate-to-vigorous physical activity. In: Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, C., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. R. F., és Barnekow, V. (szerk.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: World Health Organization. 129–132
90. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2018), *Global Health Data Exchange*
91. 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>.
92. Janz, N. K. és Becker, M. H. (1984): The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, Spring, 11. 1. 1-47.
93. Járomi, É. és Vitrai, J. (2017): Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása. *Egészségfejlesztés*, LVIII. évfolyam, 2017/1.
94. Kaj, M., F Saint-Maurice, P., Karsai, I., Vass, Z., Csányi, T., Boronyai, Z., és Révész, L. (2015): Associations Between Attitudes Toward Physical Education and Aerobic Capacity in Hungarian High School Students *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 86(S1): S74-S81.
95. Kasl, S.V. és Cobb, S. (1966): Health behaviour, illness behaviour, and sick role behaviour: II. Sick role behaviour, *Archives of Environmental Health*, 12/ 4. 531–41.
96. Kéri, K. (2000): Rousseau magyar követője az egészségnevelésről. *Egészségnevelés*, 3. sz. 104–107.
97. Khajouei, R., és Salehi, F. (2017): Health literacy among Iranian high school students. *American Health Behavior Journal*. 41(2):215-22.
98. Kis, B. (2019): Cikkismertetés: Az iskolai klíma és az egészségi állapot javítása középiskolában. *Egészségfejlesztés*, LX: 2.

99. Kishegyi, J., Makara, P. (szerk.) (2004): Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
100. Koltai, J.A., és Kun, E. (2016): A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*, 3. doi: 10.24365/ef.v57i3.62
101. Kósa, K. (2006): Lehetőségek a jó egészségi állapot megőrzésére. A megelőzés és az egészségfejlesztés. In: Barabás, K. (szerk.): *Egészségfejlesztés – Alapismeretek pedagógusok számára*, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 45-49.
102. Kowalski, R. M. (2012). *Cyberbullying: bullying in the digital age*. Hoboken (New Jersey): Wiley-Blackwell.
103. Költő, A. (2011). Szexuális magatartás. In Németh, Á. és Költő, A. (Szerk.): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: Országos Gyermekégszégügyi Intézet. 55–58.
104. Költő, A. (2016). Szexuális magatartás és romantikus kapcsolatok. In Németh, Á. és Költő, A. (Szerk.): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. 128–138
105. Költő, A. (2016). Szubjektív jóllét és egészségi állapot. In Németh, Á. és Költő, A. (Szerk.): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együtt- működésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. 132–149
106. Kun, B., Németh, Á., Szabó, A. és Demetrovics, Zs. (2019): Fizikai aktivitás. In: Németh, Á. és Várnai, D. E. (2019). *Kamaszéletmód Magyarországon: az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: ELTE PPK. 265.
107. Kuperminc, G. P., Leadbeater, B. J. és Blatt, S. J. (2001): School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students. *Journal of School Psychology*, 39. 141–159. DOI: 10.1016/s0022-4405(01)00059-0

108. Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Pouliou, T., Murphy, S. M., Waters, E., Komro, K. A., Gibbs, L. F., Magnus, D. 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. DOI: 10.1002/14651858.CD008958.pub2
109. Lavin, A. T., Shapiro, G. R. és 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), 212–228. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1992.tb01231.x>
110. Leatherdale, S.T. (2012): Evaluating school based tobacco control programs and policies: an opportunity gained and many opportunities lost. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 24:91-108.
111. Leatherdale, S.T., Manske, S., Wong, S. és Cameron, R. (2009): Integrating research, policy and practice in school-based physical activity prevention programming: The School Health Action, Planning and Evaluation System (SHAPES) Physical Activity Module. *Health Promotion Practice*, 10, 254-261
112. Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. és Katzmarzyk, P. T. (2012): Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases world- wide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219–229.
113. 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): 84-96.
114. Lewallen, T.C., Hunt, H., Potts-Datema, W., Zaza, S. és Giles, W. (2015): The Whole School, Whole Community, Whole Child Model: anew approach for improving educational attainment and healthy development for students. *J Sch Health*. 85: 729-739
115. Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., AlMazroa, M. A., Amman, M., Anderson, H. R., Andrews, K. G., Aryee, M., Atkinson, C., Bacchus, L. J., Bahalim, A. N., Balakrishnan, K., Balmes, J., Barker-Collo, S., Baxter, A., és Ezzati, M. (2012): A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224–2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
116. Linnebur, L.A. és Linnebur, S.A. (2018): Self-Administered Assessment of Health Literacy in Adolescents Using the Newest Vital Sign. *Health Promot Pract* (19), 1: 119-124. DOI: <https://doi.org/10.1177/1524839916677729>

117. Lloyd, J., Creanor, S., Logan, S., Green, C., Dean, S. G., Hillsdon, M., Abraham, C., Tomlinson, R., Pearson, V., Taylor, R. S., Ryan, E., Price, L., Streeter, A. 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), 35–45. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30151-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30151-7)
118. Macintyre, S. (1986): Health and Illness. In: Burgess, R. (szerk.) *Key Variables in Social Investigation*. Routledge & Kegan Paul, London.
119. Manganello, J. A. (2008): Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*. 23: 840–847. doi: [10.1093/her/cym069](https://doi.org/10.1093/her/cym069)
120. Manganello, J.A., és Shone, L.P. (2013): *Health Literacy: Research FACTS and findings*. ACT for Youth Center of Excellence Ithaca, NY.
121. Marshall, E. J. (2014). Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 160–164. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt180>.
122. Matarazzo, J.D. (1984) Behavioral health: a 1990 challenge for the health sciences professions. In: Matarazzo, J. D., Miller, N. E., Weiss, S.M., Herd, J. A. és Weiss, SM. (szerk.): *Behavioral Health: A Hand-book of Health Enhancement and Disease Prevention*, Wiley: New York.3–40.
123. Matóné, Cs. (2011): Serdülőkorú egészségmagatartás-problémák és ezek pedagógiai kezelése a középfokú oktatási intézményekben. Doktori disszertáció. Budapest ELTE
124. Max, W., Sung, H. Y. és Shi, Y. (2012). Deaths from Second hand Smoke Exposure in the United States: Economic Implications. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2173–2180. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300805>
125. Meleg, Cs. (1991): Egységérték és intézményes befolyásolás. *Társadalomkutatás*, 2–3. sz. 81–89.
126. Meleg, Cs. (2002): Iskolai egészségfejlesztés: a feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, 102/1. 11-29. oldal
127. Meleg, Cs. (2006): Az iskolai egészségnevelés koncepcionális keretei. In: Bárdossy, I., Forray R., K. és Kéri, K. (szerk.): *Tananyagok a pedagógia szakos alapképzéshez*. Bölcsész Konzorcium, Budapest. 191-213.
128. Miller, J., Rosenbloom, A. és Silverstein, J. (2004): Childhoodobesity. *J Clin Endocrinol Metab*. 89:4211–4218.
129. Molnár, Cs. (2015): Kommunikáció az egészségről. Az ismeretátadás hatékony megoldásai In: Falus, A. (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest, 260-268.

130. Moor, I., Rathmann, K., Stronks, K., Levin, K., Spallek, J. és Richter, M. (2014): Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 68(10), 912–921.
131. Nabors, L., Iobst, E. A. és McGrady M. E. (2007): Evaluation of school-based smoking prevention programs. *Journal of School Health*. 77. 331–333.
132. Nádas, M. (2004): A dokumentumelemzés. in: Falus, I. (szerk.): Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe. Műszaki Könyvkiadó, Budapest. 317-330.
133. Nader, P.N. (1990): The Concept of “Comprehensiveness” in the Design and Implementation of School Health Programs. *Journal of School Health*60(4):133–138.
134. Nagy, J. (2005): Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában. *Magyar Pedagógia*.2005/4. 263-282.
135. Nagy, L., és Barabás, K. (2011): Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei In: Csapó, B. és Zsolnai, A. (szerk): Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 173-224.
136. Nagy, L., Korom, E., Hódi, Á., és B. Németh, M. (2015): Az egészségműveltség online mérése. In.: Csapó, B. és Zsolnai, A. (2015): Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest. 147–177.
137. Nagy, L., Korom, E., Hódi, Á., és B. Németh., M. (2015): Az egészségműveltség online mérése. In.: Csapó, B. és Zsolnai, A. (2015): Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest.
138. Najafi, F., Mozafari, S., és Mirzaee, S. (2012): Assessment of 3rd grade junior school girl students’ knowledge and attitude toward puberty age sanitation. *Guilan Univ Med Sci J*. 21(81):22-8.
139. Naszákné, I. (1996): Pedagógiai Kislexikon, Tóth Könyvkereskedés, Debrecen, 88-89.
140. 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. 10–13.
141. Németh, Á. (2016). Táplálkozási szokások és fogápolás. In Németh Á. és Költő A. (Szerk.), *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. 18–30

142. Németh, Á. és Költő, A. (2011): Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Országos Gyermekégeszségügyi Intézet, Budapest
143. Németh, Á. és Költő, A. (2016): Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
144. Németh, Á. és Költő, A. (2016): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. NEFI, Budapest
145. Németh, Á. és Román, N. (2019): Táplálkozási szokások és fogápolás. In: Németh, Á., és Várnai, D. E. (2019). Kamaszéletmód Magyarországon: az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: ELTE PPK. 265
146. Németh, Á., és Várnai, D. E. (2019). Kamaszéletmód Magyarországon: az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: ELTE PPK. 265
147. Norman, C.D., és Skinner, H.A. (2006): eHEALS: the ehealth literacy scale. *J Med Internet Res* 8:e27.
148. Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15(3):259–267 doi: [10.1093/heapro/15.3.259](https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259)
149. Nutbeam, D. (2008): The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.*; 67:2072–8.
150. OECD (2019): OECD Economic Surveys: Hungary, 2019, Paris, OECD Publishing.
151. Ogden, C.L., Flegal, K.M., Carroll, M.D., és Johnson, C.L. (2002): Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA*. 288:1728–1732.
152. Ogden, J. (2007): *Health Psychology: A Textbook*. 4th Ed. Open University Press. Maidenhead, England.

153. Okan, O., Lopes, E., Bollweg, T. M., Bröder, J., Messer, M., Bruland, D., Bond, E., Carvalho, G. S., Sørensen, K., és Saboga-Nunes, L. (2018): Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: A systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 18, 1–19. doi: [10.1186/s12889-018-5054-0](https://doi.org/10.1186/s12889-018-5054-0)
154. Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (2005)
155. Ottawa Charter for Health Promotion (1986) World Health Organization, Europe
156. Örkényi, Á., és Kökönyei, Gy. (2019): Szubjektív jóllét és egészségi állapot. In: Németh, Á., és Várnai, D. E. (2019): *Kamaszéletmód Magyarországon: az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest: ELTE PPK. 265.
157. Paksi, B. (2019): Drogfogyasztási szokások. In: Németh, Á., és Várnai, D. E. (2019): *Kamaszéletmód Magyarországon: az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest: ELTE PPK. 265.
158. Paksi, B., Demetrovics, Zs., Magi, A., és Felvinczi, K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 55–85.
159. Paksi, B., Kerek, J., és Felvinczi, K. (2004): Prevenció. In: Nyírád, A., és Felvinczi, K. (szerk): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. ICSSZEM, Budapest. 53-64.
160. Paksi, B., Rózsa, S., Kun, B., Arnold, P., és Demetrovics, Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4), 273–300.
161. Parsons, T. (1972): Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In: Jaco, E., és Gartley, E. (szerk.) *Patiens, Physicians and Illness: A Sourcebook in Behavioural Science and Health*. Collier-Macmillan, London.
162. Pearlman, D.N., Dowling, E., Bayuk, C., Cullinen, K., és Thacher, A.K. (2005): From concept to practice: using the School Health Index to create healthy school environments in Rhode Island elementary schools. *Prev Chronic Dis*
163. Pepler, D. J., és Craig, W. (2000): *Making a Difference in Bullying*. La Marsh Research Report (No. 60). Toronto: York University.

164. Petóné, M. (2012): Az egészségmagatartás és a koherencia-érzet szerepe az életminőség formálásában. Középiskolások szubjektív jól-létének, egészségmagatartásának valamint koherencia-érzetének kvalitatív és kvantitatív módszerekkel történő vizsgálata. 14. oldal. Doktori disszertáció. Pécs
165. Pikó, B. (2007): A serdülőkori egészségmagatartás pozitív pszichológiai megközelítése. in.: Demetrovics, Zs., Urbán, R., Kökönyei, Gy. (szerk.): Iskolai egészségpszichológia. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 73-89.
166. Ribeiro, I. C., Parra, D. C., Hoehner, C. M., Soares, J., Torres, A., Pratt, M., Legetic, B., Malta, D. C., Matsudo, V., Ramos, L. R., Simoes, E. J. 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. 5–15.
167. Ricotti, R., Caputo, M., Monzani, A., Pigni, S., Antoniotti, V., Bellone, S., & Prodam, F. (2021). Breakfast Skipping, Weight, Cardiometabolic Risk, and Nutrition Quality in Children and Adolescents: A Systematic Review of Randomized Controlled and Intervention Longitudinal Trials. *Nutrients*, 13(10), 3331. <https://doi.org/10.3390/nu13103331>
168. Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2. 4. sz.
169. Saeedi, F., Panahi, R., és Osmani, F. (2016): The Survey of Health Literacy and Factors Influencing It among High School Students in Tehran. *Health Education and Health Promotion (HEHP) Vol. 4 (2)*
170. Sallis, J.F., Conway, T.L., Prochaska, J.J., McKenzie, T.L., Marshall, S.J., és Brown, M. (2001): The association of school environments with youth physical activity. *Am J Public Health*. 91(4):618–620.
171. Santoro, K., és Speedling, C. (2011): The case for investing in youth health literacy: One step on the path to achieving health equity for adolescents. *NIHCM IssueBrief*. 1–15.
172. Seedhouse, D. (1986): *Health: The foundations for achievement*. Wiley, Chichester West Sussex és New York.
173. SHE strategic plan 2013-2016. SHE assembly meeting on 10 October 2013
174. Shinde, S., Weiss, H. A., Varghese, B., Khandeparkar, P., Pereira, B., Sharma, A., Gupta, R., Ross, D. A., Patton, G. és Patel, V. (2018): Promoting school climate and health outcomes with the SEHER multi-component secondary school intervention in Bihar, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 392: 2465–77. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31615-5

175. Simonds, S. (1976): "Health Education in the Mid-1970s: State of the Art." In Preventive Medicine USA. New York: Prodist
176. Simonds, S.K. (1974): Health education as social policy. Health Education Monograph. 2:1-25.
177. Simonyi, I. (2004): Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez. Oktatási Minisztérium, Budapest
178. Smith, K. J., Gall, S. L., McNaughton, S. A., Blizzard, L., Dwyer, T., és Venn, A. J. (2010): Skipping breakfast: longitudinal associations with cardiometabolic risk factors in the Childhood Determinants of Adult Health Study. The American Journal of Clinical Nutrition, 92(6), 1316-1325.
179. Somhegyi, A. (2015): Mozgás, testtartás, tánc. mindennapi gerincvédelem In: Falus, A. (szerk.): Sokszínű Egészségtudatosság Spingmed kiadó, Budapest, 37-47.
180. Somhegyi, A. (2016): Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE): jelen helyzet. Különleges Bánásmód, II. évf. 2016/4. szám, 61-80. DOI 10.18458/KB.2016.4.61
181. Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., és Brand H. (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU), European Journal of Public Health. 25 (6), 1053-1058, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
182. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Helmut B., Gerardine D., Jürgen P., és Zofia Slonska (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12, 80 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
183. Strauss, R.S., Pollack, H.A. (2001): Epidemic increase in childhood overweight, 1986-98. JAMA. 286:2845–2848.
184. Susánszky, É., Szántó, Zs., Hajnal, Á. (2006): Fiatalok életminősége, a család meghatározó szerepe In: Kopp, M., Kovács, M.E. (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón 116-126. Semmelweis Kiadó, Budapest
185. Szabó, É. Zsadányi, Zs. és Hangya, L. (2015): Ki szeret iskolába járni? Az iskolai kötődés, a motiváció, az énhatékonyság és a tanulmányifelelősség-vállalás vizsgálata. Iskolakultúra. 25. 5-20.
186. Szabó, K. és Pikó, B. (2017): Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és egyes személyiségbeli jellemzőkkel középiskolások körében Egészségfejlesztés, 58. 2. sz. 5–16

187. Szabolcs, É. (2004): Tartalomelemzés. in: Falus, I. (szerk.). (2004): Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe. Műszaki Könyvkiadó, Budapest. 330-341.
188. Székely, L., Frans, V., Simon, T. (2007): Az „egészség” fogalmának újraértelmezése I. rész. Egészségfejlesztés, XLVIII. évfolyam, 2007. 5–6. szám
189. Teljes Körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptió. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (2015)
<http://projektek.egeszseg.hu/documents/17618/2222750/Teljes+k%C3%B6r%C5%B1+Iskolai+Eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s+Koncepti%C3%B3.pdf/9bd631f4-b027-4802-8cec-3e343f29c5fe?version=1.0> (Letöltve: 2021. 02. 22.)
190. Tényi, J., és Sümei, Gy. (1997): Egészségfejlesztés – egészségnevelés. POTE, Pécs. 96-105.
191. Thornberry, T. P. (1987): Toward an interactional theory of delinquency. Criminology, 25. 4. sz. 863– 891. DOI: 10.1111/j.1745-9125.1987.tb00823.x
192. Tompa, A. (2015): Mindennapi mérgeink In: Falus, A. (szerk.): Sokszínű Egészségtudatosság Spingmedkiadó, Budapest, 47-59.
193. Tóth, Á. (2014): Egészségtan, iskolai egészségtan. Pécsi Tudományegyetem Természettudományi Kar Sporttudományi és Testnevelési Intézet. ISBN 978-963-642-645-3
194. Tóth, L. (2003) A tehetségfejlesztés kisenciklopédiája. Debrecen, Pedellus Tankönyvkiadó
195. Tuza, A., Barth, A., Szőnyi, K., és Szöllősi, G. J. (2020b): Egészségműveltség és alkoholfogyasztás összefüggésének vizsgálata szakgimnáziumban tanuló fiatalok körében. Acta Medicina et Sociologica – Vol 11. No.31
196. Tuza, A., Szöllősi, G. J., Szőnyi, K., és Barth, A. (2020a): Az egészségműveltség és a táplálkozási szokások közötti összefüggés vizsgálata serdülők körében. OxIPO – interdiszciplináris tudományos folyóirat, 2020/3, 19-29. doi: 10.35405/OXIPO.2020.3.19
197. Urbán, R. (2019): Dohányzási szokások. In: Németh, Á., és Várnai, D. E. (2019): Kamaszéletmód Magyarországon: az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: ELTE PPK. 265.
198. Uvacsek, M. (2015): A gyermekkori fizikai aktivitásra vonatkozó intervenciós programok és azok élettani hatása In: Révész, L., és Csányi, T. (szerk.) Tudományos alapok a testnevelés tanításához I. kötet : szemelvények a testnevelés, a testmozgás és az iskolai

- sport tárgyköréből. Társadalom-, természet- és orvostudományi nézőpontok Budapest, Magyarország: Magyar Diáksport Szövetség. 177-198.
199. Várnai, D. (2019): Kortársbántalmazás (bullying), internetes bántalmazás és verekedés in: Németh, Á., és Várnai, D. E. (2019): Kamaszéletmód Magyarországon: az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: ELTE PPK.
200. Várnai, D., és Németh, Á. (2007). Szexuális magatartás. In Németh, Á. (Szerk.), Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése. Budapest: Országos Gyermekégszégügyi Intézet. 99–102
201. Várnai, D., és Zsiros, E. (2016). Kortársbántalmazás és verekedés. In Németh, Á. és Költő, A. (Szerk.), Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskolás korú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. 95–107
202. Vass, Z., Molnár, L., Boronyai, Z., Révész, L., és Csányi, T. (2015a): Zöld könyv – A T.E.S.I. 2020 szakpolitikai stratégia helyzetelemző tanulmánya. Magyar Diáksport Szövetség. Budapest. ISBN: 978-615-5518-05-8
203. Vass, Z., Simonné, G., Révész, L., Boronyai, Z., Rétsági, E., Pignitzkyné, I., és Csányi, T. (2015b): Egészség- és személyiségfejlesztő kézikönyv az iskolai testneveléshez. Magyar Diáksport Szövetség, Budapest. ISBN 978-615-80090-7-2
204. Vitrai, J., és Varsányi, P. (szerk.): Egészségjelentés 2015. (forrás: http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/files/news/egeszsegjelentes-2015.pdf, letöltve: 2018. 02. 08.)
205. Waters, E., Gibbs, L., Tadic, M., Ukoumunne, O. C., Magarey, A., Okely, A., D., de Silva, A., Armit, C., Green, J., O'Connor, T., Johnson, B., Swinburn, B., Carpenter, L., Moore, G., Littlecott, H. és Gold, L. (2017): Cluster randomised trial of a school-community child health promotion and obesity prevention intervention: findings from the evaluation of fun 'n healthy in Moreland!. BMC public health, 18(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4625-9>

206. West, S.K., Klein, R., Rodriguez, J., Muñoz, B., Broman, A.T., Sanchez, R, Snyder, R. (2001): Diabetes and diabeticretinopathy in a Mexican-American population: ProyectoVer. *Diabetes Care*. 24:1204–1209.
207. WHO (1948): Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health conference. New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
208. WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Ottawa. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. (Letöltve: 2021. 10. 19)
209. WHO Constitution, Geneva (1946): World Health Organisation
210. WHO Second International Conference on Health Promotion. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy, 1988 <http://www.who.int/hpr/archive/docs/adelaide.html> (Letöltve: 2020. 10. 4.)
211. World Health Organization (1998): Health Promotion Glossary, Geneva
212. World Health Organization (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health (p. 57). Geneva: World Health Organization.
213. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe) (2013): Health Literacy. The Solid Facts. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf> (Letöltve: 2020. 09. 09.)
214. World Health Organization. Regional Office for Europe. (1984). Health promotion: a discussion document on the concept and principles : summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835> (Letöltve: 2021. 11. 15.)
215. Zsíros, E., Balku, E. és Vitrai, J. (2016): Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés. *Egészségfejlesztés*. LVII: 03; doi: 10.24365/ef.v57i3.45

Ábra- és táblázatjegyzék

1. ábra: A magyar lakosság egészségmagatartásának jellemzői	5
2. ábra: A kutatás célkitűzésének folyamatábrája	10
3. ábra: A COM-B modell szerkezete	17
4. ábra: A viselkedésváltozás kereke.....	18
5. ábra: A hatékony egészségfejlesztő beavatkozások faktorai és komponensei	33
6. ábra: Az Iskolai Egészség Index és moduljai	62
7. ábra: A fizikai aktivitás megjelenése az Egészségnevelési Programokban	72
8. ábra: A káros szenvedélyek témakör megjelenése az Egészségnevelési programokban	74
9. ábra: A táplálkozás megjelenése az Egészségnevelési Programokban	75
10. ábra: A mentálhigiéné megjelenése az Egészségnevelési Programokban.....	76
11. ábra: A társas kapcsolat, párkapcsolat, szexuális magatartás megjelenése az Egészségnevelési Programokban	77
12. ábra: Az egészségismeretek megjelenése az Egészségnevelési Programokban.....	78
13. ábra: Szabadidőben végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (N=747).....	102
14. ábra: Szabadidőben végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (%) nemek szerint (N=747)	103
15. ábra: Szabadidőben végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (%) évfolyamok szerint (N=747)	103
16. ábra: Az elmúlt 7 napban végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (N=747).....	104
17. ábra: Az elmúlt 7 napban végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (%) nemek szerint (N=747)	105
18. ábra: Az elmúlt 7 napban végzett fizikai aktivitás gyakoriságának aránya (%) évfolyamok szerint (N=747)	105
19. ábra: Minden tanítási napon reggeliző tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N=747)	106
20. ábra: Hétfvégén mindkét nap reggeliző tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N=747)	107
21. ábra: Gyümölcsöt naponta fogyasztó tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N=747)	108
22. ábra: Zöldségféléket naponta fogyasztó tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)	108
23. ábra: Édességeket naponta fogyasztó tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)	109
24. ábra: Cukros üdítőitalokat naponta fogyasztó tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)	110
25. ábra: Energiaitalt naponta fogyasztó tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)	110
26. ábra: A 11-12. osztályos tanulók iskolai bántalmazás áldozatává válásának gyakorisága (N=747)	111
27. ábra: Bántalmazás elkövetésének gyakorisága (%) az iskolában és az interneten (N=747)	112
28. ábra: Verekedés gyakoriságának aránya (N=747).....	113
29. ábra: Verekedés gyakoriságának aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N=747).....	114
30. ábra: A szexuális kapcsolatot már létesített tanulók aránya (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 288)	114
31. ábra: A legutóbbi együttlét alkalmával használt védekezési módok aránya (%) a szexuális kapcsolatot már létesített diákok körében, nemek szerint (N = 288)	115
32. ábra: Dohányzás gyakoriságának aránya (%) nemek szerint (N=747)	116
33. ábra: Dohányzás gyakoriságának aránya (%) évfolyamok szerint (N=747).....	116

34. ábra: A tanulók alkoholfogyasztásának életprevalencia-értékei (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)	117
35. ábra: A tanulók alkoholfogyasztásának havi prevalencia-értékei (%) nemek és évfolyamok szerint (N = 747)	118
36. ábra: A lerészegedés élet- és havi prevalencia-értéke (%) (N= 747)	118
37. ábra: Lerészegedés életprevalencia-értéke (%) nemek szerint (N=747)	119
38. ábra: Lerészegedés havi prevalencia-értéke (%) nemek szerint (N=747)	120
39. ábra: Lerészegedés élet- és havi prevalencia-értéke (%) évfolyamok szerint (N=747) ...	120
40. ábra: Marihuána-fogyasztás kerülésének gyakorisága (%) nemek szerint (N=747)	121
41. ábra: Marihuána-fogyasztás kerülésének gyakorisága (%) évfolyamok szerint (N=747) ..	122
42. ábra: Egészségműveltségi szint aránya (N=747)	122
43. ábra: Egészségműveltségi szint aránya (%) nemek szerint (N=747)	123
44. ábra: Egészségműveltségi szint aránya (%) évfolyamok szerint (N=747)	124
45. ábra: FKM iskolánként	126
46. ábra: FKM megítélése iskolánként	127
47. ábra: SZKM iskolánként	128
48. ábra: SZKM megítélése iskolánként	129
49. ábra: EMA almutatóinak aránya iskolánként	130
50. ábra: EMA iskolánként	131
51. ábra: EMA megítélése iskolánként	131
52. ábra: EMŰ iskolánként	132
53. ábra: EMŰ megítélése iskolánként	133
54. ábra: SZEM iskolánként	134
55. ábra: Iskolai Egészség Index és moduljainak értéke iskolánként	136

1. táblázat: Az egészségműveltséget mérő kérdőívek	30
2. táblázat: Középszintű tanulók egészségműveltsége	31
3. táblázat: A tanulói minta és a kérdőívkitöltési aránya	54
4. táblázat: A tanulói minta nemek és iskolák szerinti megoszlása	56
5. táblázat: A tanulók átlagéletkora iskolánként	56
6. táblázat: A tanulók lakhelye iskolánként	57
7. táblázat: A tanulók édesapjának legmagasabb iskolai végzettségének száma iskolánként ..	57
8. táblázat: A tanulók édesanyjának legmagasabb iskolai végzettségének száma iskolánként	57
9. táblázat: Az interjúk lebonyolításának módja	60
10. táblázat: Az iEGI tanulói kérdőív felépítése	65
11. táblázat: Az Egészségnevelési Programok formai jellemzői	69
12. táblázat: Az Egészségnevelési Programokban megjelenő egészség-értelmezés	70
13. táblázat: Az egyes témakörök megjelenésének hangsúlyossága	79
14. táblázat: Az egészségnevelés időtartamának megjelenése az Egészségnevelési Programokban	83
15. táblázat: Az intézményvezetők és pedagógusok egészség-értelmezése	88
16. táblázat: Az interjúkban megjelenő egészségnevelési szintek	90
17. táblázat: Az egészségnevelés folyamatának szereplői az interjúk alapján	92
18. táblázat: Az egészségnevelés tartalmának tervezése az interjúk alapján	94
19. táblázat: Az intézményvezetői és pedagógusi interjúkban megjelölt egészségnevelő tevékenységek és módszerek	99
20. táblázat: Bántalmazás elkövetésének gyakorisága nemek szerint az iskolában és az interneten (N=747)	112

21. táblázat: Iskolai Egészség Index és moduljainak értéke iskolánként	134
22. táblázat: Az Iskolai Egészség Index és moduljainak kategóriái iskolánként	147
23. táblázat: Az iskolák erősségei és fejlesztendő területei az Iskolai Egészség Index alapján	149

Függelék

1. Kutatásetikai Engedély
2. Intézményvezetői interjú kérdések
3. Pedagógusi interjú kérdések
4. Tanulói kérdőív

1. Kutatásetikai engedély



RK / 1164 / 2021

H-3300 Eger, Eszterházy tér 1. • Tel.: +36-36 / 520-400 • www.uni-eszterhazy.hu

Eszterházy Károly Katolikus Egyetem
Kutatásetikai Bizottság
3300 Eger, Eszterházy tér 1.

A Kutatásetikai Bizottság döntése

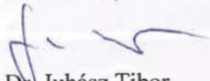
Tisztelt Horváth Cintia,

Bizottságunk megkapta bírálatra „Az iskolai egészségnevelés pedagógiai hatásrendszerének vizsgálata az Iskolai Egészség Index (iEGI) tükrében” című kutatásával kapcsolatos kérelmét. Az Ön által tervezett kutatás tervét áttekintettük, és értesítem, hogy azt Bizottságunk az etikai kritériumok szempontjából megfelelőnek találta. A kutatás szakszerű és etikus lefolytatásáért innentől Ön felel. Az Eszterházy Károly Katolikus Egyetemen folyó kutatások etikai hátterét a Bizottság erre vonatkozó szabályzata szavatolja, amennyiben a kutatás végzése közben bármilyen aggálya merülne fel, ez a szabályzat az irányadó.

A Bizottságot azonnal értesítenie kell, amennyiben bármely, a kutatásban résztvevő személynek panasa merülne fel, vagy a kutatással összefüggő egyéb problémáról számolna be. A Kutatásetikai Bizottság eljárásaitól függetlenül a témavezető és a közreműködők is felelősséggel tartoznak, ahogy ez a szabályzatban is szerepel. A Kutatásetikai Bizottság támogató döntése nem változtatja meg, helyettesíti vagy szünteti meg ezeket a felelősségi köröket.

Eger, 2020. 09. 02.

Tisztelettel,


Dr. Juhász Tibor
Eszterházy Károly Katolikus Egyetem
Tudományos rektorhelyettes
a Kutatásetikai Bizottság elnöke



2. *Intézményvezetői interjú kérdések*

Strukturált interjúkérdések az **intézményvezetőknek**

1. Az Ön iskolájában milyen módon valósul meg az iskolai egészségnevelés folyamata?
 - Kik a szereplői, résztvevői?
 - Milyen színterek, tevékenységek kapnak kiemelt szerepet?
2. Ön szerint kinek/kiknek van nagy szerepe az iskolai egészségnevelésben?
3. Volt-e olyan szervezett alkalom, amikor a tantestület megvitatta az egészség és az iskolai egészségnevelés tartalmát? Milyen módon tették ezt?
4. Mi jelenti a kiindulási alapot iskolájuk egészségnevelésében? Mire alapozták a célkitűzéseik meghatározását?
5. Kik vettek részt az iskola Egészségnevelési Programjának a kidolgozásában? Miért éppen ők?
6. Kérem, hogy a pedagógusok egészségmagatartásából emelje ki azokat az elemeket, amelyek az iskolában megmutatkozva mintaadók a tanulók számára!
7. Kérem, hogy a pedagógusok egészségmagatartásából emelje ki azokat az elemeket, amelyek az iskolában megmutatkozva NEM mintaadók a tanulók számára!
8. Tudna-e mondani olyan példát, amelyben a tantestület egészének, vagy egy részének öntevékeny (nem az iskolavezetés által motivált) együttműködése valósult meg a testi/lelki egészségük érdekében?
9. Milyen javaslatok lennének az iskolai egészségnevelés fejlesztéséhez?

3. Pedagógusi interjú kérdések

Strukturált interjúkérdések a pedagógusoknak

1. Ön szerint kinek/kiknek van szerepe az iskolai egészségnevelésben?
2. Mire alapozták az iskolai egészségnevelés célkitűzéseinek meghatározását?
3. Az egészségnevelési program kialakításában milyen szerepe volt és ebben a munkában kikkel és hogyan működött együtt?
4. Milyen lehetőségeket, adottságokat lát az iskolában arra, hogy a pedagógusok a tanulók egészségmagatartását befolyásolják?
5. Az Ön meglátása szerint a kollégái milyen tevékenységeket és módszereket preferálnak az egészségnevelő munkájukban?
6. Vannak-e a tantestületben olyan kollégák, akik úgy érzik, hogy az egészségnevelés **nem tartozik a feladataik köré**, ezért nem is tesznek semmit ez ügyben?
7. Vannak-e a tantestületben olyan kollégák, akik úgy érzik, hogy **nem kompetensek** az egészségnevelésben, ezért nem is tesznek semmit ez ügyben?
8. Milyen módon és milyen szempontok alapján értékelik az iskolai egészségnevelést?
9. Kérem, hogy a pedagógusok egészségmagatartásából emelje ki azokat az elemeket, amelyek az iskolában **mintaadók** a tanulók egészségmagatartása szempontjából!
10. Kérem, hogy a pedagógusok egészségmagatartásából emelje ki azokat az elemeket, amelyek az iskolában **NEM mintaadók** a tanulók egészségmagatartása szempontjából!
11. Ön milyen egészségnevelő lehetőségekkel él a mindennapi munkája során?
12. Milyen javaslatai lennének az iskolai egészségnevelés fejlesztéséhez?

4. Tanulói kérdőív

iEGI - Iskolai Egészség Index

Kedves Középiskolás Kitöltő!

Kérlek segítsd kutatómunkánkat az alábbi anonim kérdőív kitöltésével, hogy megismerjük az iskolád egészségnevelését a Te szemszögedből!

A kitöltés 20 percet vesz igénybe, mely során egyszerű kérdésekre/állításokra kell megadnod az előre megadott opciók közül a megfelelő választ/a Rád, iskoládra jellemzőt.

Előre is köszönjük a segítségéd!

***Kötelező**

1. Mi a nemeded? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

fiú

lány

2. Hány éves vagy? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

13

14

15

16

17

18

19

20

3. Hol laksz? (Arra a településre gondolj, ahol az otthonod van!) *

Soronként csak egy oválist jelölj be.

- Egerben
 Más városban
 Községben, faluban
 Tanyán

4. Milyen típusú iskolába jársz? *

Soronként csak egy oválist jelölj be.

- Gimnázium
 Szakgimnázium/technikum
 Szakközépiskola/szakképző iskola
 Szakiskola

5. Hányadikos vagy? *

Soronként csak egy oválist jelölj be.

0. évfolyam
 9. évfolyam
 10. évfolyam
 11. évfolyam
 12. évfolyam
 13. évfolyam

6. Ismételtél-e valaha osztályt? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	Nem, soha	Igen, egyszer	Igen, kétszer vagy többször
Az általános iskola 1-4. évfolyamán	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Az általános iskola 5-8. évfolyamán	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A középiskolában	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Mi édesapád (ha nevelőapáddal élsz, rá gondolj) legmagasabb iskolai végzettsége? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Nem fejezte be az általános iskolát
- Általános iskolát végzett
- Szakmunkás bizonyítványa van
- Érettségi bizonyítványa van
- Egyetemet vagy főiskolát végzett / diploma
- Nem tudom

8. Mi édesanyád (ha nevelőanyáddal élsz, rá gondolj) legmagasabb iskolai végzettsége? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Nem fejezte be az általános iskolát
- Általános iskolát végzett
- Szakmunkás bizonyítványa van
- Érettségi bizonyítványa van
- Egyetemet vagy főiskolát végzett / diploma
- Nem tudom

9. Hány testvéred van? (Akár együtt élned Veled, akár nem) *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Egy sincs
 egy
 kettő
 három
 négy vagy annál több

10. Részesülsz-e az iskoládban az alábbi juttatásokban? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	Igen	Nem	Nem tudom
Kedvezményes étkezés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingyenes étkezés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingyenes tankönyv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Hány lakószoba van az otthonotokban? *

NEM számít lakószobának: konyha, fürdőszoba, WC, kamra, előszoba, folyosó, tároló, pince, műhely

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- 1
 2
 3
 4
 5 vagy több

12. Hány darab van a családotokban a következőkből? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	egy sincs	egy	kettő	három vagy több
Mobiltelefon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Számítógép	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Személygépkocsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fürdőszoba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Van-e otthon internet kapcsolat? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
 Nem

14. Mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal? *

1: Egyáltalán nem értek egyet, 2: Nem értek egyet, 3: Egyet is értek meg nem is, 4: Egyetértek, 5: Teljesen egyetértek

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	1	2	3	4	5
Az iskolám udvarán jó lehetőségeim vannak, hogy biztonságosan mozogjak, sportoljak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Az iskolám udvari létesítményei (sportpálya, padok, árnyékos területek) jó lehetőséget biztosítanak arra, hogy az órák közötti szünetekben és/vagy az órák után kellemesen, pihentetően töltssem a szabadidőt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Az iskolám udvari létesítményeit a tanórákon kívül szabadon használhatjuk a szabadidőnk eltöltésére, testmozgásra, sportolásra, játéokra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Az iskolám beltéri létesítményei (tornaterem, konditerem) megfelelő lehetőséget biztosítanak a beltéri sportolásra, testmozgásra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Az iskolám beltéri létesítményei (tornaterem, konditerem) megfelelő lehetőséget biztosítanak, hogy az órák közötti szünetekben és az órák után kellemesen töltssem a szabadidőt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Az iskolám udvarán van egy legalább kosárlabdapálya méretű, felfestett sportpálya.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy gondolom, hogy az iskolám jól felszerelt sporteszközökkel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van az iskolámban gyümölcsautomata.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van az iskolámban kerékpár/roller tartására biztonságos, kijelölt terület.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Az iskolai büfé kínálatában többségben vannak az egészséges termékek (gyümölcsök, teljes kiőrlésű péktermékek, cukormentes italok/ételek, szénsavmentes italok).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megfelelőnek tartom az osztálytermek tisztaságát.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megfelelőnek tartom a mosdók tisztaságát.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal? *

1: Egyáltalán nem értek egyet, 2: Nem értek egyet, 3: Egyet is értek meg nem is, 4: Egyetértek, 5: Teljesen egyetértek

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	1	2	3	4	5
Van olyan iskolai program, amelyeken a szülők is részt vehetnek (pl.: családi nap, sportnap, egészségnap)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Az iskolámnak/tanárainknak fontos, hogy tartsák a kapcsolatot a szüleimmel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emlékszem olyan alkalomra, amikor lehetőségem volt külső helyszínen (nem az iskolában) tartott egészséggel kapcsolatos programon részt venni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emlékszem olyan alkalomra, amikor az iskolámban vettem részt egészségnapon/sportnapon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emlékszem olyan alkalomra, amikor külsős személy (nem pedagógus) által tartott előadáson, programon vettem részt (drogprevenció előadás, stressz- és konfliktuskezelés, biztonságos közlekedés).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van az iskolámban iskolapszichológus így, ha szükségem lenne rá, tudnék vele beszélgetni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tudom, hogy kihez kell fordulnom az iskolámban a testi vagy lelki egészségemmel kapcsolatos kérdésekkel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tudom, hogy kihez kell fordulnom az iskolámon kívül (szakemberhez) a testi vagy lelki egészségemmel kapcsolatos kérdésekkel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van olyan felnőtt az iskolámban, akihez bátran és bizalommal tudok fordulni, ha testi vagy lelki problémám lenne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A testnevelés, osztályfőnöki és biológia tantárgyakon KÍVÜL legalább egy másik órán megismertem egészséggel kapcsolatos dolgokat/információkat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Gondolj az elmúlt 7 napra, és próbáld meg összeszámolni, hogy hány olyan napod volt, amikor legalább 60 percet kiadósan mozgáltál? (Ha pl. egy napon délelőtt is és délután is mozgáltál 30-30 percet, akkor a egy napon 60 percnek számít.) *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- 0 napon
 1 napon
 2 napon
 3 napon
 4 napon
 5 napon
 6 napon

17. Milyen gyakran végzel olyan kiadós mozgást a szabadidődben, amitől kifulladász, megizzadsz? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Naponta
 Hetente 4-6 alkalommal
 Hetente 2-3 alkalommal
 Hetente 1 alkalommal
 Havonta
 Ritkábban, mint havonta
 Soha

18. Milyen gyakran szoktál reggelizni TANÍTÁSI NAPOKON? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Soha
- Egyszer
- Kétszer
- Háromszor
- Négyyszer
- Ötször

19. Milyen gyakran szoktál reggelizni HÉTVEGÉN? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Soha
- Csak az egyik napon
- Szombaton és vasárnap is

20. Hány alkalommal fogyasztod a következő ételeket, italokat? *

Soronként csak egy oválist jelölj be.

	Soha	Ritkábban, mint hetente	Hetente egyszer	Hetente 2-4-szer	Hetente 5-6-szor	Minden nap egyszer	Minden nap többször
Gyümölcs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zöldségfélék	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Édességek (cukorka, csokoládé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kóla vagy más cukros üdítőital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Energiaital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Mennyire értesz egyet a következő állításokkal? *

1: Egyáltalán nem értek egyet, 2: Nem értek egyet, 3: Egyet is értek meg nem is, 4: Egyetértek, 5: Teljesen egyetértek

Soronként csak egy oválist jelölj be.

	1	2	3	4	5
Közelinek érzem magamhoz az embereket az iskolámban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzem, része vagyok az iskolámnak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boldognak érzem magam, amikor az iskolámban vagyok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzem, a tanárain igazságosan bánnak velem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biztonságban érzem magam az iskolámban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Élvezem a tanulást az iskolámban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Az elmúlt néhány hónapra gondolva... *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	Az elmúlt hónapban egyszer sem	Előfordult 1-2-szer	Havonta 2-3-szor	Kb. hetente	Hetente többször is
... milyen gyakran bántalmaztak téged az iskolában?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... te milyen gyakran vettél részt tanuló társaid bántalmazásában?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... te milyen gyakran vettél részt interneten (facebook, instagram, messenger, tik- tok, komment) bántalmazásban?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran bántottak téged az interneten (facebook, instagram, messenger, tik-tok, komment) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Az elmúlt 12 hónapban hányszor verekedtél? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Egyszer sem
- Egyszer
- Kétszer
- Háromszor
- Négyeszer vagy többször

24. A legutóbbi alkalommal... *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	Soha nem volt szexuális kapcsolat	Igen	Nem	nem tudom
... használtál-e te vagy a partnered óvszert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... használtál-e te vagy a partnered fogamzásgátló tablettát?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Jelenleg milyen gyakran dohányzol? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Nem dohányzom
- Ritkábban, mint hetente
- Hetente legalább egyszer
- Hetente többször, de nem minden nap
- Naponta

26. Hány napon (ha volt ilyen nap)... *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	Soha	1-2 napon	3-5 napon	6-9 napon	10-19 napon	20-29 napon	30 vagy több napon
... fogyasztottál alkoholt életedben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fogyasztottál alkoholt az elmúlt 30 napban?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Ittál-e már annyi alkoholt, hogy... *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	Nem, soha	Igen, egyszer	Igen, 2-3- szor	igen, 4-10- szer	igen, több, mint 10 szer
be is rúgtál életedben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
be is rúgtál az elmúlt 30 napban?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Használtál-e már életedben egyet vagy többet a következő szerekből? *

Soronként csak egy oválist jelölj be.

	Soha	1-2 napon	3-5 napon	6-9 napon	10-19 napon	20-29 napon	30 vagy több napon
marihuánát, hasist (füvet, füves cigit, zöldet, dzsangát, spanglit) ÉLETEDBEN?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
marihuánát, hasist (füvet, füves cigit, zöldet, dzsangát, spanglit) AZ ELMÚLT 30 NAPBAN?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy, MDMA (diszkó tablettá)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amfetaminok (speed, spuri, gyorsító)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol és gyógyszer együtt, hogy feldobjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gyógyszer, hogy feldobjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ragasztó, oldószer (szipuzás)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mágikus gomba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Jelöld, hogy az alábbi állításoknál melyik válasz igaz Rád! *

1: soha, 2: ritkán, 3: néha, 4: általában, 5: mindig

Soronként csak egy oválist jelölj be.

	1	2	3	4	5
Amennyire lehetséges, igyekszem sok információt gyűjteni az egészséggel kapcsolatban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Képes vagyok a számomra szükséges egészséggel kapcsolatos információkat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

megtalálni.

Ha beteg vagyok vagy egészségügyi problémával küzdök, meg tudom szerezni a számomra szükséges információkat.

Tudok másokat is kérdezni az egészséggel kapcsolatos információkról.

Hozzáférek a korosztályomnak megfelelő egészséges táplálkozással kapcsolatos információkhoz.

Hozzáférek a korosztályomnak megfelelő fizikai aktivitással kapcsolatos információkhoz.

Hozzáférek a korosztályomnak megfelelő bőr és hajápoláshoz szükséges információkhoz.

Hozzáférek a korosztályomnak megfelelő mentális egészséggel kapcsolatos információkhoz.

Hasznos forrásokat találok az egészséggel kapcsolatban az Interneten.

A felírt gyógyszerekről tájékoztatót kapok/olvasok.

Könnyen megértem a táplálkozással kapcsolatos tájékoztatókat.

Könnyen megértem a betegségek megelőzéséről szóló tájékoztatókat. (pl. vérszegénység, csontritkulás, légúti fertőzések stb.)

Könnyen megértem az egészségügyi tájékoztató anyagokat a magazinokban és újságokban.

Könnyen megértem az egészségügyi tájékoztató anyagokat az Interneten (pl. Webhelyek).

Könnyen megértem a kórházakban és egészségügyi központokban használt jeleket.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A legtöbb dolgot megértem, amit az egészséggel kapcsolatban hallok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Könnyen megértem az általam talált információkat az egészséggel kapcsolatban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Könnyen megértem az orvosom utasításait és ajánlásait.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Könnyen megértem a gyógyszerekkel kapcsolatos információkat - használat, mellékhatások és figyelmeztetések.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Könnyen megértem az élelmiszercsomagokon található élelmiszer címkéket.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megértem a serdülőket érintő táplálkozással kapcsolatos információkat és ajánlásokat a médiában (pl. rádió, TV, internet stb.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megértem a média (pl. Rádió, TV, internet stb.) által közvetített dohányzásról, kábítószerfogyasztásról és káros szenvedélyekről szóló információkat és figyelmeztetéseket.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megértem a médiában megjelenő egészséggel és betegséggel kapcsolatos információkat és javaslatokat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megértem a baleset- és sérülésmegelőzéssel kapcsolatos ajánlásokat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amikor új, egészséggel kapcsolatos információval szembesülök, meg tudom ítélni azok hitelességét.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A különböző forrásokból kapott adatokat/információkat összehasonlítnám.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha ellentmondásos egészséggel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

kapcsolatos kérdéssel találom szembe magam, felismerem a helyes információkat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Képes vagyok megítélni, hogy melyik forrás megbízható.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha táplálkozással foglalkozom, ki tudom választani a helyes információkat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vásárláskor az ételt annak összetétele alapján választom (pl. energia, cukor, fehérje, stb.) az ételcímke szerint.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Igyekszem tartósítószer nélküli ételeket választani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Az egészséggel kapcsolatos tanultakat megpróbálom alkalmazni a mindennapi életem során.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Igyekszem egyensúlyban tartani a testsúlyomat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megbeszélhetem az egészséggel kapcsolatos aggályaimat az egészségügyi dolgozókkal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amikor orvoshoz vagy egészségügyi szolgáltatóhoz megyek, képes vagyok átadni neki minden szükséges személyes információt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amikor orvoshoz vagy egészségügyi szolgáltatóhoz megyek, meg tudom mondani neki az általam korábban használt gyógyszerek nevét.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amikor orvoshoz vagy egészségügyi szolgáltatóhoz megyek, meg tudom kérdezni az összes felmerült kérdésem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meg tudom osztani az általam összegyűjtött egészséggel kapcsolatos információkat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha bármilyen kérdésem van egészséggel kapcsolatban, akkor képes vagyok megszerezni az információkat és a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

tanácsokat másoktól.

Amikor orvoshoz vagy egészségügyi
ellátóhoz fordulok, feltehetem az általam
megfogalmazott kérdéseimet.

A barátaimmal beszélgetek a kockázatos
viselkedés elkerüléséről (pl. dohányzás,
vízpipa, drogok stb.).

30. Ez a címke egy tejes doboz hátoldalán található. Ha egy ember 3 bögre tejet iszik egy adott napon, akkor hány gramm szénhidrátot fogyasztott? *
- Csak számot írj!

Információk
Adag: 1 bögre (240 cm ³)
Adagok dobozonként: 4 adag
Energia: 140 Kcal
Összes zsír: 7 gr Koleszterin: 30 mg
Szénhidrát: 11 gr Cukor: 0 gr

31. Számítsd ki annak a személynek a BMI-jét, akinek testmagassága = 160 cm és testtömege = 70 kg! *
Csak számot írd!

$$\text{BMI} = \frac{\text{Testtömeg (kg)}}{\text{Testmagasság (m}^2\text{)}}$$

32. Milyen az illető tápláltsági állapota (a fent kiszámított, valamint az alábbi információk alapján)? *
Alultáplált (<18.5) Normális testsúly (18.5-24.9) Túlsúlyos (25-29.9) Elhízott (≥30)

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Alultáplált
 Normális testsúly
 Túlsúlyos
 Elhízott

33. Az elmúlt KÉT HÉT során érezted-e magad...? *

1: Soha 2: Néha 3: Az időnek KEVESEBB, mint felében 4: Az időnek TÖBB, mint felében 5: Mindig

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	1	2	3	4	5
... vidámnak és jókedvűnek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... nyugodtnak és ellazultnak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aktívnak és élénknek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ébredéskor frissnek és kipihentnek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... úgy, hogy a napjaid tele voltak érdekes dolgokkal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>