

Egy teljeskörű iskolai egészségfejlesztési program tanulságai

Lessons from a holistic school health promotion program

Szerzők: Lábiscsák-Erdélyi Zsuzsa, Veres-Balajti Ilona, Somhegyi Annamária, Kósa Karolina

Beküldve: 2022. 09. 12., | Elfogadva: 2023. 08. 08., | doi: <https://doi.org/10.24365/ef9119>

ÖSSZEFOGLALÓ

Bevezetés: Az iskolai egészségfejlesztés elgondolását 1996-ban hirdette meg az Egészségügyi Világszervezet. Az azóta összegyűjtött tapasztalatok alapján egyértelmű, hogy leghatékonyabbak az egész iskolát bevonó, minél áthatóbb és minél hosszabb időtartamú olyan programok, melyek a táplálkozásra, a testmozgásra és a lelki egészség fejlesztésére hatnak. A fentiek figyelembevételével került sor az Új Magyarország Fejlesztési Terv keretében teljeskörű iskolai egészségfejlesztési program megvalósítását segítő pályázat kiírására. Ennek egyik nyertese, a debreceni Tóth Árpád Gimnázium a 2010/2011-es tanévben valósította meg programját (a diákok mellett a tanárok és a szülők bevonásával), melynek célkitűzései között szerepelt az egészséges táplálkozás és a mindennapos testnevelés lehetőség szerinti alkalmazása, a diákok személyiségfejlesztése személyközpontú pedagógiai módszerekkel és az egészséggel kapcsolatos ismeretek oktatása.

Módszertan: A program diákokat célzó elemeit ismételt keresztmetszeti kérdőíves vizsgálat keretében értékeltük, amelyből egy vizsgálat beavatkozás (intervenció) előtt, három vizsgálat intervenció után történt: a program kezdete előtt, 2011 áprilisában az iskola minden tanulója egy online kérdőívet töltött ki tanóra keretében (továbbiakban bázisfelmérés), majd ugyanezen kérdőív kitöltésére a három következő tanév kezdetén is meghívást kapott az iskola minden tanulója. Jelen közlemény csak a követés utolsó évében (2013 szeptemberében) felvett kérdőívek (zárófelmérés) adatait vizsgálta a bázisfelméréshez képest, annak érdekében, hogy azon évfolyam tanulóit értékeljük, akik mindkét felmérésben részt vettek: a bázisfelmérésben 9. évfolyamosokként, a zárófelmérésben 12. évfolyamosokként. A szekuláris irányvonalak vizsgálatához a zárófelmérésben résztvevő 12. évfolyamosokat az ugyanezen tanévben 9., 10. és 11. évfolyamos tanulókhöz hasonlítottuk. A kérdőív kérdései az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour of School-aged Children, HBSC) című követéses vizsgálat 2010. évi magyar változatából származtak. Demográfiai adatok mellett a tanulók egészségi és lelkiállapotára, valamint az iskolához és a tanárokhoz fűződő viszonyára vonatkozó kérdések szerepeltek. A statisztikai elemzést STATA 16.0 programmal végeztük, folytonos változók esetén kétmintás t-próbát, kategorikus változók esetén χ^2 próbát alkalmaztunk.

Eredmények: A bázisfelmérésben 265 fő 9. évfolyamos tanuló (54,1% lány) vett részt; három tanévvel később, a zárófelmérés idején 175 fő 12. évfolyamos tanuló (70,3% lány) töltötte ki a kérdőívet. Utóbbiakat a szekuláris irányvonalak feltérképezésére a zárófelmérés idején 9-11. évfolyamos tanulókhöz (N=504, 56,0% lány) hasonlítottuk. A zárófelmérés idején 12. évfolyamos fiúkat a bázisfelmérés idején 9. évfolyamos tanulókhöz hasonlítva szignifikánsan csökkent a fogyasztásra ritkán ajánlott ételek fogyasztása (fiúk: $d=20,0\%$, $p<0,001$; $d=1,6\%$, $p=0,003$). A bázisfelmérésben részt vett tanulók szignifikánsan könnyebbnek érezték az iskolai feladatokat a zárófelmérés idején (fiúk: 15,7, szórás (SD) 3,3 pont vs. 14,4, SD 3,7 pont, $p=0,028$; lányok: 16,4, SD 2,6 pont vs. 13,7, SD 2,7 pont, $p<0,001$).

Következtetések: Szignifikánsan csökkent a fogyasztásra ritkán ajánlott ételek fogyasztása, valamint könnyebbnek értékelték az iskolai feladataikat a 3 éves utánkövetés alapján a tanulói kortárs csoportok azon tagjai, akik részt vettek a teljeskörű iskolai egészségfejlesztési programban. Ugyanakkor az egy tanévben megvalósított program nem tudta ellensúlyozni a csökkenő testmozgás és a növekvő kábítószerfogyasztás szekuláris irányvonalát. A hosszútávú értékelés korlátja, hogy csak egy középiskola vett részt a vizsgálatban. Hasonló kutatási programok esetén ajánlott azok kiterjesztése több iskolára, hogy a változásokat el lehessen különíteni aszerint, hogy azok a program hatásai, az iskolára jellemző változások, vagy szekuláris irányvonalak. Ilyen típusú kutatási programokhoz és azok értékeléséhez nem csupán az iskolák, de a döntéshozó és támogató szervezetek támogatására is szükség van.

Kulcsszavak: iskolai egészségfejlesztés, egészségmagatartás, lelki egészség

SUMMARY

Background: The concept of health promoting schools of the World Health Organization was approved in 1996. Intensive and long-term programmes that involve the whole school and focus on nutrition, physical activity and mental health proved to be the most effective. A call for proposals observing these principles was launched under the New Hungary Development Plan to support the implementation of a comprehensive school health promotion programme. One of the winners, a high school in Debrecen implemented its programme in the 2010/2011 school year (with the involvement of students, teachers and parents) with the objectives of promoting healthy eating and daily physical education, developing students' personalities through person-centred teaching methods, and improving mental health-related education.

Methodology: Elements of the student-focused program were evaluated using repeated cross-sectional questionnaire surveys. The first (or baseline) survey was carried out in April 2011, before the implementation of the program, after which three other surveys took place at the beginning of the next three academic years for the purpose of evaluation. All students in the school were invited to complete the online questionnaire in class at each survey. In this paper, we examined data from the last follow-up survey completed in September 2013 and compared its data to that of the baseline survey in order to assess the students who participated in both surveys. Those who participated in the baseline survey as 9th graders were 12th graders in the final survey. To identify secular trends, that is, changes having occurred independent of the programme, 12th grade pupils in the final survey were compared to pupils in 9, 10 and 11th grades in the same survey year. The questionnaire used in all surveys used items from the Hungarian version of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) questionnaire of 2010 such as items on demographics, subjective health, self-esteem, health behaviour, and attitudes towards the school and teachers. Statistical analysis was performed using STATA 16.0 software, using a two-sample t-test for continuous variables and χ^2 test for categorical variables.

Results: 265 students (54.1% female) in 9th grade in the baseline survey were compared to 175 students (70.3% female) in 12th grade in the final survey. The 12th grade students were compared to 9th-10th-11th grade students (N=504, 56.0% girls) at the time of the final survey to map secular trends. There was a significant decrease in the intake of foods rarely recommended for consumption among boys in 12th grade at the time of the final survey compared to students in 9th grade at the time of the baseline survey (boys: $d=20.0\%$, $p<0.001$; $d=1.6\%$, $p=0.003$). Students in the baseline survey felt significantly easier their school tasks at the time of the final survey (boys: 15.7, standard deviation (SD) 3.3 points vs. 14.4, SD 3.7 points, $p=0.028$; girls: 16.4, SD 2.6 points vs. 13.7, SD 2.7 points, $p<0.001$).

Conclusions: There was a significant reduction in consumption of unhealthy foods, and better attitude towards school tasks in that group of students who participated in a holistic school health program and were still in the school at the 3-year follow-up. However, the programme delivered in one school year could not counterbalance the secular trends of declining physical activity and increasing use of psychoactive substances. Since only one secondary school participated in this study, there is a limitation regarding conclusions on long-term causal effects. Research on the long-term outcomes of school health programs require the inclusion of several schools so that changes could be differentiated by probable cause such as the effects of the program, specific changes within schools, or secular trends. Such programs and their research require the support of not only schools, but also of decision-makers and financing organizations.

Keywords: school health promotion, health behaviour, mental health

BEVEZETÉS

Az iskolai egészségfejlesztés az egészségfejlesztés gyakorlati megvalósításának egyik fontos iránya, melynek színhelyét jellemzően a közoktatás intézményei, célcsoportját iskolai tanulók képezik. Az iskolák kiemelt fontosságát indokolja, hogy ott új ismeretekre fogékony, tanulásra szocializált gyermekek oktatása folyik napi rendszerességgel; továbbá a fiataloknak az idősebbekhez képest hosszabb várható élettartama miatt az iskolai beavatkozások hosszabb ideig tartó eredményeket hozhatnak. Az egészségfejlesztő tevékenységek egyik legnagyobb kihívása azonban napjainkban is azok értékelése, amely különösen érvényes az iskolai egészségfejlesztő programokra (Barnekow, Rivett, Burgher, Stewart és World Health Organization Regional Office for Europe, 1999; Leger, Kolbe, Lee, McCall és Young, 2007, 107-124 o.; Rootman, Goodstadt, Hyndman, McQueen és Potvin, 2001). Az értékelés fontos adalékkal szolgálhat jövőbeni programok tervezéséhez, azok minőségének és hatékonyságának növeléséhez, de az iskolai egészségfejlesztési programokkal kapcsolatban kihívás, hogy azokat nem lehet az experimentális vizsgálatok alap-elrendezésében, randomizált kontrollált intervenciókként megvalósítani, hanem jellemzően kvázi-kísérletes elrendezésben. Ennek megfelelően a korlátokat (pl. egyéni randomizáció lehetőségének hiánya) szem előtt tartva kell meghatározni az elemzési egységet, a mintavételezést, a statisztikai mód-

szereket, valamint törekedni kell a szekuláris trendeknek a program hatásától való elkülönítésére. Körültekintést igényel az elméleti megalapozás és az ok-okozati összefüggések levonását korlátozó tényezők ellenőrzése vagy legalább számba vétele (Merzel és D’Afflitti, 2003).

Az értékelésbe lehetőleg be kell vonni az összes érdekeltet; kvalitatív és kvantitatív módszereket is javasolt használni, valamint realiztikus módon kell feltérképezni azokat a lehetséges folyamatokat, amelyeken keresztül a program kifejti a hatását, illetve ahogyan az értékelés felfedi a változások mögött álló összefüggéseket (Allard, Bilodeau és Gendron, 2008; Nutbeam, 1998; Pomnier, Guevel és Jourdan, 2010; Tones és Tilford, 2001). A szakirodalomban nagyszámú nemzetközi program leírása található, de csupán 23 angol nyelvű tudományos közleményt találtunk integrált egészségfejlesztő programok – jellemzően rövidtávú – értékeléséről. Két esetben történt legalább két éves követés. Egy, portugál általános iskolások szociális és érzelmi készségeinek fejlesztését megcélzó program (Moreira, Crusellas, Sá, Gomes és Matias, 2010) négy éves, míg egy holland, egészségmagatartást és pszichoszociális jellemzőket vizsgáló program két éves utánkövetést valósított meg (Busch, De Leeuw, Zuithoff, Van Yperen és Schrijvers, 2015). Mindezek alapján leghatékonyabbak a lelki egészségre, az egészséges táplálkozásra és a testmozgásra irányuló, az egész iskolát bevonó, teljeskörű (integrált) programok; minél hatáso-

sabbak és minél hosszabb időtartamúak, annál nagyobb a hatásuk. Ezzel szemben a különféle pszichoaktív szerek használatának megelőzésére (dohányzás, alkohol-, és kábítószer fogyasztás) irányuló, tematikus programok a legkevésbé hatékonyak (World Health Organization, 2006).

Magyarországon az Egészségesebb Iskoláért Hálózat magyarországi egyesülete az 1990-es évek közepén kezdte működését 10 iskola bevonásával, ezáltal jelentősen hozzájárulva az iskolai egészségfejlesztés elgondolásának hazai elterjedéséhez. 2000-ben az Oktatási Minisztérium rendeletben („28/2000 OM rendelet a kerettantervek kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról”, 2000) írta elő az egészséges életre nevelés, illetve egészségvédelem beépítését a tananyagba, a 2003-ban módosított közoktatási törvény („61/2003 törvény a közoktatásról”, 2003) pedig egészségnevelési és környezeti nevelési program beépítését írta elő az iskola nevelési programjába. A megvalósult sokrétű iskolai programok hatékonyságát hazai kutatási jelentések is bizonyították (Meleg, 2001; Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2004).

A teljeskörű iskolai egészségfejlesztési programok hazánkban azonban sokáig sporadikusak maradtak, melyeknek különféle pályázatok nyújtottak anyagi támogatást. Ilyen volt a TÁMOP 6.1.2/A/09/1 pályázat, amely települési szinten nyújtott keretet integrált egészségfejlesztési program megvalósítására („A TÁMOP 6.1.2/A/09/1 pályázati kiírás, 2009”), amelyre a debreceni Tóth Árpád Gimnázium (TÁG) 2009-ben sikerrel pályázott, s ennek támogatásával 2011 áprilisa és szeptembere között egészségfejlesztési programot valósított meg. A program tervezése során a tantestület a gimnáziumban 2009-ben végzett szükségletfelmérésre támaszkodott. A program a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés mind a négy pillérét megvalósította. A táplálkozás javítása érdekében az iskolai büfé kínálatát az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) ajánlásainak megfelelően igyekeztek átalakítani, ezért felvették a kapcsolatot helyi termelőkkel a kínálat bővítésére. Továbbá mindennapos testnevelési lehetőséget biztosítottak a diákoknak (nem kötelező lehetőségként, mivel ekkor a releváns jogszabály még nem volt érvényben) („20/2012 EMMI rendelet 128-131 § (3)”, 2012). A lelki egészség megőrzése és javítása érdekében a tanárok személyközpontú pedagógiai módszereket sajátítottak el akkreditált pedagógus-továbbképzé-

seken és alkalmazták azokat a tanórákon. Az egészségtudatosság növelésére a diákok által feldolgozásra kiválasztott témaköröket az osztályfőnöki és biológia órák keretében tanulmányozták. Az iskola által benyújtott, mintegy 3500 szó terjedelmű programleírásának részletezése meghaladja e kézirat terjedelmi korlátait¹. A program megvalósításába az iskolaegészségügyi szolgálat munkatársait is bevonták. Tekintettel arra, hogy a program több eleme annak zárása után is megmaradt a gimnáziumban (személyközpontú pedagógiai módszerek alkalmazása, az egészségtudatossággal kapcsolatos, a diákok által elsőbbséget élvező témák tárgyalása), továbbá 2012-től ebben az iskolában is kötelezővé vált a mindennapos testnevelés („20/2012 EMMI rendelet 128-131 § (3)”, 2012), feltételezhető volt, hogy a diákok egészségmagatartásában és attitűdjeiben a program végeztével is lehetnek változások.

Mindezen hatások követése érdekében a program 3 éves értékelését a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete vállalta el, döntően a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karának erőforrásaira támaszkodva. Az értékelési tervet kialakítását a szakemberek az iskola vezetésével egyeztetve alakították ki, a pénzügyi és humánerőforrás korlátok figyelembevételével. Mindezek okán az értékelés csak a tanulókra vonatkozott, és csak mennyiségi módszertan használatára került sor. A program értékelésének egyéb eredményeiről más közleményekben írunk. A jelen kézirat a program hosszútávú értékelését mutatja be. Célunk megvizsgálni, hogy a tanulók egészségmagatartása, egészségi állapota és az iskolához, mint pszicho-szociális környezethez kapcsolódó attitűdje változott-e az egészségfejlesztési program utánkövetésének lezárásakor a program előtthöz képest.

MÓDSZERTAN

Vizsgálati elrendezés és célcsoport

A debreceni Tóth Árpád Gimnáziumban lezajlott egészségfejlesztési program hosszútávú értékelése ismételt keresztmetszeti vizsgálatokkal (összesen négy vizsgálat, amelyből egy vizsgálat a beavatkozás előtt, három vizsgálat a beavatkozás után zajlott), a megfelelően illesztett adatok összehasonlításával történt. Mind a négy adatfelvétel összesített

¹ Az érdeklődők a programról további információkat a szerzőktől kaphatnak.

adatainak elemzésével, az étellel való elégedettség és a fizikai inaktivitás (Lábiscsák-Erdélyi, Somhegyi, Veres-Balajti és Kósa, 2022), valamint az előbbi és az iskolai változók közötti összefüggések elemzését másutt ismertettük (Lábiscsák-Erdélyi, Veres-Balajti, Somhegyi és Kósa, 2022). A jelenlegi elemzés az első vagy bázisfelmérés idején 9. évfolyamot a legutolsó vagy zárófelmérés idején 12. évfolyammal (vagyis ugyanazon évfolyamot 3 év elteltével) hasonlítja össze. A szekuláris irányvonalak vizsgálatahoz a zárófelmérésben résztvevő 12. évfolyamosokat hasonlítottuk az ugyanebben a tanévben 9., 10. és 11. évfolyamos tanulókhöz.

Kérdőív

A kérdések az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című kérdőív (Health Behaviour Survey of School-Aged Children, HBSC) (Currie és mtsai, 2012) 2010. évi magyar változatából (Németh és Költő, 2011) származnak. Mindkét felmérésben ugyanazokat a kérdéseket tettük fel, így lehetséges a két felmérés adatait teljes mértékben összehasonlítani.

Demográfiai adatként a születési év, nem és iskolai évfolyam került felvételre. A családok társadalmi-gazdasági helyzetét egy ötfokozatú, a család szubjektív jó vagyoni helyzetére vonatkozó skálával jellemeztük (nagyon jómódú a családja, elég jómódú, átlagos, nem valami jómódú, egyáltalán nem jómódú).

A tanuló saját, jelenlegi egészségi állapotát mutató vélt egészséget négyfokozatú skálával jellemeztük (kitűnő, jó, megfelelő, rossz). A tanulók önértékelését a 10 ítemes Rosenberg skálával mértük fel, melynek egyes kérdésekre adható válaszok összesítése 10 és 40 közti összpontszámot eredményezett, ahol a magasabb pontszám kedvezőbb értéket jelöl. Az étellel való elégedettséget Cantril létrával vizsgáltuk, amelynek tizenegy fokozatából a tízes a lehető legjobb életet, a nulla a legrosszabb életet jelenti. A magányosságot egy direkt és egy indirekt négy fokozatú skálából származó dichotomizált kompozit indikátorral jellemeztük (gyakran magányos és nem tartozik egy társasághoz; nem magányos és egy társaság része vagy hangadó).

Az egészségmagatartást vizsgáló változók közül a testmozgás jellemzésére három kérdés szolgált: az iskolán kívül végzett testmozgás gyakorisága és időtartama, valamint az iskolai testnevelés órákon való részvétel gyakorisága. Az iskola a

program ideje alatt opcionális módon vezette be a mindennapos testnevelést, azaz minden tanuló a saját tantervben meghatározott testnevelésre járt kötelező jelleggel, minden további testnevelés óra látogatása a tanulók szabad választása volt. Ezekből egy kompozit indikátort képezve a fizikai aktivitást három kategóriába soroltuk: inaktív (hetente kevesebb, mint kétszer és kevesebb, mint két órát mozgott szabadidejében és kevesebb, mint 3 nap vett részt testnevelés órán), mérsékelten aktív (hetente 2-3 alkalommal 2-3 órát mozog és legalább 3 nap vesz részt testnevelés órán), és aktív (hetente legalább négyszer négy órát mozog a szabadidejében, és naponta vesz részt testnevelés órán). A táplálkozási szokások jellemzésére fogyasztásra ritkán ajánlott ételek (pl. csokoládé, burgonyaszírom, cukrozott üdítő italok és édességek) fogyasztásáról kérdeztük a tanulókat, amelyekre tételenként egy három fokozatú skálán (gyakran-néha-soha) válaszoltak. Ebből bináris változót képeztünk, amely 0 értéket vett fel, ha a fenti fogyasztásra ritkán ajánlott ételeket soha nem fogyasztotta a kérdezett, és 1 értéket vett fel minden egyéb válasz esetén. Az iskolai napokon a reggeli és ebéd fogyasztási gyakoriságának 6 fokozatú skáláját 3 fokozatú skálába (mindennap, néhány nap, soha) vontuk össze. Dohányzási szokások szerint a tanulókat dohányzó (naponta, hetente egyszer vagy többször dohányzó) vagy nemdohányzó kategóriákba soroltuk. A lerészegedés életprevalenciáját (legalább egyszer már lerészegedett vagy még soha), míg a drogfogyasztás életprevalenciáját hat kábítószer (ecstasy vagy 3,4-metiléndioxi-N-metamfetamin (MDMA); gyorsító; alkohol és gyógyszer együtt, hogy feldobjon; gyógyszer, hogy feldobjon; ragasztó vagy oldószer; mágikus gomba vagy növényi drogok) esetében hétfokozatú skálákkal mértük fel. Utóbbi változókat binárisá alakítottuk úgy, hogy a nulla a soha nem fogyasztást, az egyes pedig a valaha történt fogyasztást jelentette. Szabadidőben a televízió és a számítógép használat eredeti 9 lépcsős skáláját is binárisá alakítottuk, amelyeknél az egyik kategóriába a napi 2 óránál kevesebb, a másik kategóriába a napi 2 óra vagy annál hosszabb ideig végzett tevékenység került.

A diákokat az iskoláról és annak pszichoszociális meghatározóiról is kérdeztük. Az iskolához fűződő viszonyt négy fokozatú Likert skálán (nagyon szereti az iskolát – egyáltalán nem szereti az iskolát), míg az iskola megítélését egy tizenegy fokozatú skálán mértük, melynél a tíz a lehető legjobb iskolát, a nulla a legrosszabb iskolát je-

lentette. Az iskolában kapott feladatok nehézségét egy 5-25 pontig terjedő skálán értékelték, amelyen az alacsonyabb érték könnyebb iskolai feladatokat jelentett. Az évfolyamtársakról és a tanárokról alkotott véleményt egy-egy 4-20 pont közötti skála tükrözte, amelyen magasabb pontszám jobb véleményt mutatott az évfolyamtársakról vagy tanárokról.

Adatgyűjtés

A kérdőíves vizsgálatban való részvételhez szülői beleegyezést kértünk, amelyet részletes írott tájékoztató elolvasását követően a szülő aláírásával adott meg. A beleegyező nyilatkozatot a diákok szüleikkel aláírták, majd visszahozták azt az iskolába. Ha ez nem történt meg, akkor a tanuló nem vett részt a kérdőív kitöltésében. Az adatgyűjtés online kérdőívvel történt, az alapfelméréshez 2011 áprilisában; a zárófelméréshez 2013 szeptemberében. A hálózati szervert a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Kar informatikusa hozta létre. A kérdőív elején egy rövid leírás tájékoztatta a tanulókat a vizsgálat céljáról és kivitelezéséről, majd ezt követte a kérdőív 35 kérdése egy lapon. A bejelentkezők internet protocol (IP) címe nem került be az adatbázisba. A kérdőív kitöltését évfolyamonként előre megszervezve, tanórán, az iskola számítógépes termében tettük lehetővé. A kérdőívhez való hozzáférést az előzetes próba-kitöltések alapján 20 percben korlátoztuk. A próba-kitöltés alapján felállított időkorlátozást azért alkalmaztuk, hogy a tanulók lehetőség szerint erre az egy feladatra koncentrálnak a kitöltés idejében. Egy évfolyam tanulói egy alkalommal kaptak lehetőséget a kérdőív kitöltésére, amelyet névtelenül és önkéntesen tehettek meg. A kérdőív elérhetősége az előre meghatározott kitöltési napok után megszűnt. A kérdőívekből nyert adatok egyéni szintű követést nem tettek lehetővé, ugyanakkor az intervencióban résztvevő tanulók évfolyam szintű követése megvalósult.

Adattisztítás és adatelemzés

Kódszótár tartalmazta a kérdőív minden kérdésének (változójának) részletes leírását, a változó nevét, a változó leírását és lehetséges értékeit. Az internetes kitöltést követően az adatbázis Excel táblázat formájában állt rendelkezésre. Az adatok ellenőrzése során megnéztük, hogy a cellákban csak a kódszótárban megadott értékek szerepelnek-e; azonos név, születési év, hó, nap és évfolyam esetén a későbbi rekordot (dupliká-

tumot) töröltük. Az adatok elemzése STATA 16.0 programmal történt. Folytonos változók esetén kétmintás t-próba segítségével hasonlítottuk össze a kapott adatokat, ugyanis a tanulók egyéni szintű követésére, azaz a diákok azonosítására nem kaptunk etikai engedélyt, így a kérdőív kitöltésére csak névtelenség megtartása mellett volt lehetőségünk. Kategorikus változók esetén χ^2 próbát alkalmaztunk. Az összetartozó változók-ból képzett kompozit indikátorok képzése előtt a változók közötti összefüggés vizsgálata Spearman rang korrelációval történt. A szignifikancia szintet 0,05-ben határoztuk meg.

A gimnázium teljes tanulói létszáma 2011 áprilisában 1141 fő volt, ebből 852 tanuló adatai kerültek a bázisfelmérés tisztított adatbázisába (válaszadási arány 77,7%). A bázisfelmérés rekordjaiból leválogattuk a 9. évfolyamos tanulókat (N=265 fő, 54,1% lány). A zárófelméréskor, 2013 szeptemberében a gimnáziumnak 1055 tanulója volt, ezek közül 679 diák adatai kerültek a tisztított adatbázisba (válaszadási arány 64,4%). [1. táblázat] Ezt követően a zárófelmérés rekordjaiból leválogattuk a 12. évfolyamos (N=175, 70,3% lány) és a 9-11. évfolyamos tanulókat (N= 504). Az adatok elemzése nemi bontásban történt.

EREDMÉNYEK

Demográfiai adatok

A tanulók lakóhely, az édesapa/nevelőapa és az édesanya/nevelőanya iskolai végzettsége, valamint a család szubjektív jómódúsága szerinti megoszlását a 2. táblázat mutatja be a bázis- és zárófelmérés idején. A bázis- és zárófelmérésben is részt vett hallgatók demográfiai jellemzői nem változtak lényegesen. A zárófelmérés idején 12. évfolyamosok szülei szignifikánsan kisebb arányban voltak legalább érettségizettek, de lényegesen nagyobb arányban laktak városi környezetben, mint az ugyanebben az évben 9-11. évfolyamosok. A családok szubjektív jómódúságában nem volt szignifikáns különbség a vizsgálati csoportok között.

1. táblázat: A bázis- és zárófelmérésben részt vett tanulók létszáma és nemi összetétele

		9. évfolyam	10. évfolyam	11. évfolyam	12. évfolyam	Összesen	Válasz- adási arány (%)
Bázis- felmérés	fiúk, n (%)	102 (45,9)	nem szerepelt az elemzésben			102 (45,9)	77,7
	lányok, n (%)	163 (54,1)				163 (54,1)	
Záró- felmérés	fiúk, n (%)	95 (45,7)	44 (42,3)	83 (43,3)	52 (29,7)	274 (40,3)	64,4
	lányok, n (%)	113 (54,3)	60 (57,7)	109 (56,7)	123 (70,3)	405 (59,7)	

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: A bázis és a zárófelmérésben résztvevő tanulók demográfiai megoszlása

	bázisfelmérés 9. évfolyam (1)	zárófelmérés 12. évfolyam (2)	zárófelmérés 9-11.évfolyam (3)	(1) vs. (2)	(2) vs. (3)
Állandó lakóhely	(N=265)	(N=172)	(N=498)		
megyeszékhely + város	79,3%	81,0%	74,5%	$\chi^2(1) = 0,5;$ $p = 0,443$	$\chi^2(1) = 0,01;$ $p = 0,009$
falú + tanya	20,7%	19,0%	25,5%		
Apa iskolai végzettsége	(N=261)	(N=171)	(N=479)		
legalább érettségi	71,6%	69,6%	77,9%	$\chi^2(1) = 0,2;$ $p = 0,654$	$\chi^2(1) = 4,7;$ $p = 0,036$
legfeljebb szakmunkásképző	28,4%	30,4%	22,1%		
Anyai iskolai végzettsége	(N=263)	(N=172)	(N=489)		
legalább érettségi	83,3%	81,4%	91,8%	$\chi^2(1) = 0,3;$ $p = 0,594$	$\chi^2(1) = 14,3;$ $p < 0,001$
legfeljebb szakmunkásképző	16,7%	18,6%	8,2%		
Szubjektív jómodúság	(N=265)	(N=175)	(N=501)		
átlag feletti	30,9%	32,6%	29,7%	$\chi^2(1) = 0,1;$ $p = 0,659$	$\chi^2(1) = 0,5;$ $p = 0,459$
átlagos vagy átlag alatti	69,1%	67,4%	70,3%		

Forrás: saját szerkesztés

Tanulók viszonya az iskolához, az évfolyamtársakhoz és a tanárokhoz

Az iskola iránti attitűdöt két változóval vizsgáltuk. A 11 fokozatú skálán mind a fiúknak ($d=-1,2$ pont; $p=0,001$), mind a lányoknak ($d=-0,9$ pont; $p=0,002$), szignifikánsan rosszabb véleményük volt az iskoláról 12. évfolyamos korukban a 9. osztályhoz képest. A zárófelméréskor 12. évfolyamosok véleménye nem tért el az ugyanezen évben 9-11. évfolyamosok véleményétől. A négy-fokozatú skála szerint is mindkét nem esetében szignifikánsan romlott az iskola iránti attitűd, fiúk esetében 11,0%-kal, lányok körében 13,7%-kal csökkent azok aránya, akik nagyon szeretik vagy szeretik az iskolát ($p<0,001$ mindkét nemből). A zárófelméréskor 12. évfolyamos fiúk véleménye lényegesen jobb volt, mint az ugyanezen évben 9-11. évfolyamos fiúk véleménye. [3. táblázat]

A tanárokkal kapcsolatos érzelmek vonatkozásában nem következett be szignifikáns változás a zárófelmérés idejére (fiúk bázisfelmérés: 14,7, szórás (SD) 2,8 pont; zárófelmérés: 14,3, SD 3,2 pont; $p=0,425$; lányok bázisfelmérés: 14,4, SD 2,3 pont; zárófelmérés: 13,5, SD 2,8 pont; $p=0,745$). A zárófelméréskor 12. évfolyamosok iskolával szembeni attitűdje nem tért el a 9-11. évfolyamosokétól. Az osztálytársakkal szembeni attitűd szignifikánsan romlott a zárófelmérés idejére, ugyanakkor zárófelméréskor 9-11. évfolyamosok véleménye szignifikánsan jobb az évfolyamtársairól, mint az ugyanebben az évben 12. évfolyamosok véleménye. Ezzel ellentétes tendencia figyelhető meg az iskolai feladatok nehézségének megítélésében. A bázisfelmérésben részt vett tanulók szignifikánsan könnyebbnek érezték az iskolai feladatokat a zárófelmérés idejére (fiúk: $p=0,028$; lányok: $p<0,001$), ugyanakkor a zárófelméréskor 9-11. évfolyamosok lényegesen nehezebbnek ítélték meg az iskolai feladataikat, mint a 12. évfolyamosok. [3. táblázat]

3. táblázat: A bázis- és a zárófelmérésben résztvevő tanulók iskolával kapcsolatos attitűdje

	fiú			(1) vs.(2)	(2) vs.(3)	lány			(1) vs.(2)	(2) vs.(3)
	bázis- felmérés 9. év- folyam (1)	zárófel- mérés 12. év- folyam (2)	zárófel- mérés 9-11. évfolyam (3)			bázis- felmérés 9. év- folyam (1)	zárófel- mérés 12. év- folyam (2)	zárófel- mérés 9-11. évfolyam (3)		
Szereti az iskolát	(N=102)	(N=51)	(N=220)			(N=163)	(N=120)	(N=278)		
nagyon szereti/ szereti	97,1%	76,5%	89,1%	$\chi^2(1)=16,3$; $p<0,001$	$\chi^2(1)=5,7$; $p=0,013$	98,7%	85,0%	88,5%	$\chi^2(1)=19,9$; $p<0,001$	$\chi^2(1)=0,9$; $p=0,080$
nem nagyon / egyáltalán nem szereti	2,9%	23,5%	10,9%			1,3%	15,0%	11,5%		
Vélemény osztálytársakról, átlag (SD)	(N=101)	(N=50)	(N=219)	$p=0,006$	$p=0,042$	(N=162)	(N=119)	(N=274)	$p<0,001$	$p<0,001$
	12,3 (2,3)	11,2 (2,3)	11,9 (2,3)			12,6 (2,3)	10,1 (2,3)	11,7 (2,6)		
Vélemény az iskolai feladatokról, átlag (SD)	(N=101)	(N=51)	(N=219)	$p=0,028$	$p=0,293$	(N=163)	(N=120)	(N=276)	$p<0,001$	$p=0,002$
	15,8 (3,3)	14,5 (3,7)	15 (3,2)			16,5 (2,7)	13,7 (2,7)	14,7 (3,2)		
Vélemény az iskoláról, átlag (SD)	(N=101)	(N=52)	(N=222)	$p=0,001$	$p=0,347$	(N=162)	(N=123)	(N=282)	$p=0,002$	$p=0,681$
	6,9 (2,4)	6,4 (2,6)	6,7 (2,4)			6,9 (2,5)	6,5 (2,1)	6,4 (2,6)		

SD: szórás

Forrás: saját szerkesztés

Egészségmagatartás

A bázis- és a zárófelmérés adatait összehasonlítva a fiúk mindhárom testmozgási indikátor esetében szignifikáns romlást mutattak, ugyanakkor a lányok bár lényegesen ritkábban kezdtek el mozogni szabadidőben, de a hetente testmozgásra fordított idejük szignifikánsan hosszabb volt a zárófelmérés idején, mint a bázisfelméréskor. A három testmozgási indikátor mindkét nemben szignifikánsan kedvezőbb volt a zárófelmérés idején 9-11. évfolyamosok körében, mint a 12. évfolyamosok körében. A bázisfelmérés idején a fiúk 69,0%-át, a lányok 48,0%-át soroltuk az intenzív testmozgást végzők kategóriájába, míg a zárófelmérés idején a fiúk 45,0%-a, a lányok 20,0%-a tartozott ugyanezen kategóriába (mindkét nemre $p < 0,001$). Ugyanakkor a zárófelmérés idején 9-11. évfolyamos tanulók szignifikánsan nagyobb arányban vettek részt intenzív testmozgásban, mint a 12. évfolyamos társaik (mindkét nemre $p < 0,001$). [4. táblázat]

A fogyasztásra ritkán ajánlott ételek fogyasztása mindkét nem esetében szignifikánsan csökkent a zárófelmérés idejére (néha vagy gyakran fogyasztók aránya, fiúk: $d = -20,4\%$, $p < 0,001$; lányok: $d = -1,6\%$, $p = 0,003$). A 12. évfolyamos fiúk szignifikánsan ritkábban, míg a lányok lényegesen gyakrabban fogyasztottak fogyasztásra ritkán ajánlott ételeket, mint a 9-11. évfolyamos társaik. A bázisfelmérés idején a minden tanítási napokon reggelizők aránya (fiúk 57,0% vs. 52,0%; lányok 60,0% vs. 54,0%, mindkét nemben $p < 0,001$) csökkent a zárófelmérés idejére, ugyanakkor a zárófelméréskor 9-11. évfolyamos fiúk szignifikánsan nagyobb arányban (58,3%, $p < 0,001$), míg a lányok lényegesen kisebb arányban (47,2%, $p < 0,001$) reggeliztek a 12. évfolyamos társaikhoz viszonyítva. A tanítási napokon ebédelés vonatkozásában elmondható, hogy a zárófelmérés idején a 12. évfolyamos fiúk és a lányok kisebb arányban ebédelték minden tanítási napon, mint a bázisfelmérés idején, de a zárófelméréskor 9-11. évfolyamosok még kisebb arányban ebédelték mindennap, mint a 12. évfolyamosok. [4. táblázat]

A program előtt fiúk és lányok körében is 96,0% volt a kábítószer soha nem fogyasztók aránya, amely a zárófelmérésre fiúk esetén 8,0%-kal ($p = 0,058$), lányok esetében 2,0%-kal csökkent ($p = 0,212$). A zárófelmérés idején 9-11. évfolyamosok körében a kábítószer nem fogyaszt-

tók aránya (fiúk 93,0%, $p = 0,144$; lányok 96,0%, $p = 0,195$) hasonló volt a 12. évfolyamos társaikhoz. A program előtt a fiúk 53,0%-a, a lányok 61,7%-a soha nem volt részeg; ez a zárófelmérés idejére 15,7%-ra, illetve 35,3%-ra csökkent (mindkét nemre $p < 0,001$). A zárófelmérés idején a 9-11. évfolyamosok körében szignifikánsan magasabb volt az absztinensek aránya, mint a 12. évfolyamosok körében (mindkét nemre $p < 0,001$). A bázisfelmérés idején a fiúk 90,2%-a, a lányok 91,4%-a nem dohányzott, amely a zárófelmérés idejére 73,1%-ra, illetve 79,7%-ra csökkent (mindkét nemre $p = 0,001$). A zárófelmérés idején a 9-11. évfolyamosok szignifikánsan nagyobb arányban nem dohányoztak, mint 12. évfolyamos társaik. [4. táblázat]

A tanulók egészségi állapota, lelki egészsége

A bázisfelmérés idején csupán a fiúk 1,0%-a gondolta magát magányosnak, míg a lányok esetén senki nem nyilatkozott így. A magányosság tekintetében egyik nemben sem történt lényeges változás a zárófelmérés idejére (fiúk: $p = 0,434$; lányok: $p = 0,419$). A zárófelméréskor 12. évfolyamosokat a 9.-11. évfolyamhoz hasonlítva nem találtunk lényeges eltérést (fiúk: $p = 0,367$; lányok: $p = 0,418$). Az étellel való elégedettségben sem volt változás a program előtt és után (fiúk bázisfelmérés: 8,1, SD 1,3 pont; zárófelmérés: 7,8, SD 1,7 pont; $p = 0,254$; lány bázisfelmérés: 8,0, SD 1,5 pont; zárófelmérés: 7,9, SD 1,6 pont; $p = 0,319$), hasonlóan az önértékeléshez (fiú bázisfelmérés: 30,7, SD 4,9 pont; zárófelmérés: 30,8, SD 6,05 pont; $p = 0,843$; lány bázisfelmérés: 28,4, SD 4,7 pont; zárófelmérés: 29,0, SD 5,5 pont; $p = 0,380$). Mindkét változót vizsgálva, a zárófelméréskor 12. évfolyamosok eredményei nem tértek el lényegesen a 9-11. évfolyamosok eredményeitől. A program előtt a fiúk 95,1%-a, a lányok 84,1%-a gondolta kitűnőnek vagy jónak az egészségét, a program után ez a fiúk esetében 12,4%-kal, a lányok esetében 4,4%-kal csökkent (mindkét nemre $p < 0,001$). A zárófelmérés idején 9-11. évfolyamosok véleménye a saját egészségükről lényegesen kedvezőbb volt, mint az ugyanekkor 12. évfolyamosok véleménye (mindkét nemre $p < 0,001$). [4. táblázat]

4. táblázat: A bázis- és a zárófelmérésben résztvevő tanulók egészségmagatartással és vélt egészséggel kapcsolatos jellemzői

	fiú			(1) vs. (2)	(2) vs. (3)	lány			(1) vs. (2)	(2) vs. (3)
	bázisfel- mérés 9. évfolyam (1)	zárófel- mérés 12. év- folyam (2)	zárófel- mérés 9-11. évfolyam (3)			bázisfel- mérés 9. évfolyam (1)	zárófel- mérés 12. év- folyam (2)	zárófel- mérés 9-11. évfolyam (3)		
Heti testmozgás gyakorisága	(N=102)	(N=52)	(N=222)			(N=163)	(N=123)	(N=281)		
4-7 alkalom / hét	32,4%	30,7%	44,2%	$\chi^2(2)$ =1,8;	$\chi^2(2)$ =5,7;	23,9%	18,7%	23,1%	$\chi^2(2)$ =1,4;	$\chi^2(2)$ =3,8;
2-3 alkalom / hét	39,2%	30,7%	32,8%			33,1%	32,5%	38,4%		
1 alkalom / hét vagy kevesebb	28,4%	38,6%	23,0%			43,0%	48,8%	38,5%		
Testmozgással eltöltött idő hetente	(N=100)	(N=50)	(N=216)			(N=159)	(N=118)	(N=277)		
4-7 óra / hét	49,0%	36,0%	46,7%	$\chi^2(2)$ =2,9	$\chi^2(2)$ =7,3;	27,1%	29,7%	31,7%	$\chi^2(2)$ =0,3;	$\chi^2(2)$ =9,9;
2-3 óra / hét	22,0%	22,0%	30,1%			20,7%	18,6%	31,7%		
1 óra / hét vagy kevesebb	29,0%	42,0%	23,2%			52,2%	51,7%	36,6%		
Testnevelés hetente	(N=98)	(N=49)	(N=206)			(N=154)	(N=117)	(N=257)		
hetente 3 vagy több alkalom kevesebb, mint heti 3 alkalom	98,9%	14,3%	77,2%	$\chi^2(1)$ =113,2;	$\chi^2(1)$ =68,9;	91,5%	15,4%	86,7%	$\chi^2(1)$ =159,1;	$\chi^2(1)$ =178,8;
	1,1%	85,7%	22,8%			$p<0,001$	$p<0,001$	8,5%		
A testmozgás kompozit indikátora	(N=39)	(N=29)	(N=97)			(N=48)	(N=54)	(N=105)		
intenzív	69,3%	44,8%	70,1%	$\chi^2(1)$ =4,1;	$\chi^2(1)$ =6,2;	47,9%	20,4%	45,7%	$\chi^2(1)$ =8,7	$\chi^2(1)$ =9,8
mérsékelt/inaktív	30,7%	55,2%	29,9%			$p=0,003$	$p=0,611$	52,1%		
Édességek vagy szénsavas üdítők fogyasztása	(N=98)	(N=51)	(N=213)			(N=157)	(N=120)	(N=279)		
soha	28,6%	49,0%	39,0%	$\chi^2(1)$ =6,1;	$\chi^2(1)$ =1,7;	26,7%	28,3%	33,7%	$\chi^2(1)$ =0,08;	$\chi^2(1)$ =1,1
néha / gyakran	71,4%	51,0%	61,0%			$p<0,001$	$p<0,001$	73,3%		
Iskolai napokon reggeli fogyasztás	(N=102)	(N=52)	(N=218)			(N=163)	(N=122)	(N=282)		
nem mindennap	43,2%	48,1%	41,7%	$\chi^2(1)$ =0,3;	$\chi^2(1)$ =0,7;	39,9%	45,9%	52,8%	$\chi^2(1)$ =1,04	$\chi^2(1)$ =1,6;
mindennap	56,8%	51,9%	58,3%			$p<0,001$	$p<0,001$	60,1%		
Iskolai napokon ebéd fogyasztás	(N=98)	(N=52)	(N=218)			(N=163)	(N=122)	(N=279)		
nem mindennap	19,4%	19,3%	28,4%	$\chi^2(1)$ =0,0005;	$\chi^2(1)$ =1,8;	29,4%	32,8%	41,9%	$\chi^2(1)$ =0,4;	$\chi^2(1)$ =2,9;
mindennap	80,6%	80,7%	71,6%			$p<0,001$	$p<0,001$	70,6%		
Lerészegedés	(N=100)	(N=51)	(N=222)			(N=162)	(N=122)	(N=279)		
soha	53,0%	15,7%	38,3%	$\chi^2(1)$ =19,5;	$\chi^2(1)$ =9,4;	61,7%	35,3%	49,5%	$\chi^2(1)$ =19,5;	$\chi^2(1)$ =6,3;
legalább már egyszer	47,0%	84,3%	61,7%			$p<0,001$	$p<0,001$	38,3%		
Jelenleg dohányzik	(N=102)	(N=52)	(N=222)			(N=162)	(N=123)	(N=282)		
igen	9,8%	26,9%	13,9%	$\chi^2(1)$ =7,7;	$\chi^2(1)$ =5,2;	8,6%	20,3%	15,9%	$\chi^2(1)$ =8,1;	$\chi^2(1)$ =1,1;
nem	90,2%	73,1%	86,1%			$p<0,001$	$p<0,001$	91,4%		
Vélt egészség	(N=102)	(N=52)	(N=221)			(N=163)	(N=123)	(N=282)		
kitűnő/jó	95,1%	82,7%	88,7%	$\chi^2(1)$ =43,6;	$\chi^2(1)$ =41,5;	84,1%	79,7%	87,6%	$\chi^2(1)$ =104,9;	$\chi^2(1)$ =144,8;
megfelelő/rossz	4,9%	17,3%	11,3%			$p<0,001$	$p<0,001$	15,9%		

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Jelen vizsgálatunk célja a bevezetésben ismertett egészségfejlesztési program hosszú távú értékelése volt, megfelelően illesztett évfolyamok összehasonlításával. A mennyiségi (kvantitatív) értékeléshez a tanulók egészségi és egészségmagatartási mutatóit, illetve az iskolához fűződő viszonyukat hasonlítottuk össze a program kezdete előtt és a teljes utánkövetés végén. A programban részt vett és végig követett tanulók esetében, tehát a zárófelmérés idején 12. évfolyamos tanulók körében, szignifikánsan csökkent a fogyasztásra ritkán ajánlott ételek fogyasztása; könnyebbnek értékelték az iskolai feladataikat, mint a bázisfelmérés idején, amikor 9. évfolyamosok voltak. Az iskolával szembeni attitűd mindkét nemnél szignifikánsan romlott két vizsgált indikátor alapján is, ez azonban lehet szekuláris tendencia, melyre a program nem tudott hatással lenni. A fiúk szignifikánsan több szabadidős heti testmozgást végeztek. Nem változtak lényegesen a tanulók drogfogyasztási szokásai, a tanárokról alkotott vélemény, a magányosság, az étellel való elégedettség és az önértékelés. Szintén nem változott szignifikánsan a lányok vélt egészsége. Szignifikánsan csökkent a testmozgás tekintetében aktívak aránya, a tanítási napokon reggelizők és ebédelők aránya, és az alkoholt soha nem fogyasztottak aránya, illetve lényegesen növekedett a dohányzók aránya és az osztálytársaikkal szembeni attitűd is romlott mindkét nem esetében. A testmozgás és a pszichoaktív szerek fogyasztása tekintetében megfigyelt negatív tendenciák azonban szekulárisnak tekinthetők, amelyeket a program nem tudott feltartóztatni. Ugyanakkor egyértelműen kedvezőtlen, hogy szignifikánsan csökkent azon fiúk aránya, akik kiválónak vagy jónak ítélik meg egészségüket, és mind a lányok, mind a fiúk kedvezőtlenebbül vélekedtek az osztálytársaikról.

Eredményeinkhez hasonló értékelést végeztek egy-egy teljes tanévig tartó svédországi (Haraldsson és mtsai, 2008) és hollandiai (Busch, De Leeuw, Zuithoff, Van Yperen és Schrijvers, 2015) iskolai egészségfejlesztési programot követően. Az utóbbi vegyes módszertant használt, keresztmetszeti vizsgálatokkal biztosítva a 4 éves utánkövetést, mely szerint – saját megfigyeléseinktől eltérően – sikerült csökkenteni a serfogyasztás és az ülő életmód gyakoriságát a tanulók körében. Az iskolai egészségfejlesztő programoknak a fizikai aktivitásra gyakorolt hatását Beck és munkatársai 2021-ben izraeli HBCS adatokat felhasználva vizsgálták, és nem találtak szignifikáns különbséget az egész-

ségfejlesztést alkalmazó és nem alkalmazó iskolák között (Beck és mtsai, 2021). Saját eredményeink egybehangzanak azzal a trenddel, amelyet Kalman és munkatársai írtak le az elmúlt két évtized HBCS adatait 32 országban áttekintve, nevezetesen, hogy a testmozgás mértéke az életkor előrehaladtával már az iskoláskorúak körében csökken (Kalman és mtsai, 2015). A testmozgás előmozdítása gyakran jelenik meg célként az egészségfejlesztő programokban, gyakran nem kötelező jelleggel (Lister-Sharp, Chapman, Steward-Brown és Sowden, 1999). Saját vizsgálatunk azt mutatta, hogy a nem kötelező mindennapi testnevelés nem tudja az inaktivitás középiskolások körében is megfigyelhető, életkorral növekvő szekuláris trendjét ellensúlyozni. Ennek fényében különösen fontosnak tartható a 20/2012-es Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) rendelet, amely a mindennapos testnevelést kötelezően előírta és bevezette a magyar köznevelésbe („20/2012 EMMI rendelet 128-131 § (3)”, 2012). 2015-ben bevezetésre került egy komplex fittségi teszt (Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt, NETFIT) is, amely minden tanévben méri a hazai iskolások állapotát (Csanyi és mtsai, 2015). Ennek 2015 és 2019 közötti eredményei alapján egyes tesztekben már látható némi javulás, ugyanakkor azt az általános trendet egyelőre nem sikerült megfordítani, miszerint az életkor előrehaladtával a tanulók szív-érrendszeri teljesítménye (a tanulók teljesítménye az ingafutásban) egyre rosszabb, különösen a lányok körében (Somhegyi, 2021).

A program már említett előnyei mellett (teljeskörű, a táplálkozásra, testmozgásra, személyiségfejlesztésre és konfliktuskezelésre irányuló akciók, az iskola vezetésének támogatása, a tanulók mellett a tanárok és a szülők megcélzása) nehézségekkel is küzdött. Problémát jelentett a tervezett kezdetnek az iskola vezetésének hatókörén kívül eső okokból bekövetkezett fél éves csúszása, amely miatt a megvalósulás időtartama egy tanévről (10 hónap) hat hónapra csökkent, 2011. április és szeptember közt megvalósulva. Így a programok egy részének megvalósulása a nyári szünet idejére esett, amely csökkentette azon tanulók számát, amelyeket az adott program el tudott érni. További limitációt jelentett, hogy a mindennapos testnevelés csak, mint ajánlás valósulhatott meg. Ez valószínűleg csökkentette a program hatását, de az iskolai tananyagba beépült változtatások és a tanárok továbbképzése révén megvalósult személyközpontú pedagógiai módszerek vélelmezhetően hosszú távon hatással vannak a diákokra. Az értékelés lényeges korlátja, hogy az csupán egy iskolában történt,

ezáltal az eredmények csak nagyon korlátozottan vonatkoztathatók más középiskolákban megvalósuló programokra. A szekuláris trendek vizsgálatához a zárófelmérésben résztvevő 12. évfolyamosokat hasonlítottuk az ugyanebben a tanévben 9., 10. és 11. évfolyamos tanulókhoz, ugyanakkor az utóbbi korosztály nem tekinthető homogén csoportnak egészségmagatartás szempontjából. A program hatásának tekintettük, ha a zárófelmérés idején 12. osztályosok szignifikánsan kedvezőbb állapotban voltak, mint a bázisfelmérés idején 9. osztályosok, illetve szignifikáns különbség volt az előbbi és a zárófelmérés idején 9-11. osztályos tanulók jellemzői között. Ha ez nem áll fenn, akkor szekuláris hatást, vagy pedig a szekuláris trend és a program interakcióját lehet feltételezni. A diákok egészségmagatartása és társadalmi-gazdasági háttere közti összefüggés vizsgálata nem volt célja a jelen vizsgálatnak, de azt korábban elvégeztük és másutt közöltük (Lábiscsák-Erdélyi, Daragó, Somhegyi és Kósa, 2016). Ennek alapján állítható, hogy az egészségfejlesztési program egy olyan gimnáziumban valósult meg, amelynek diákjai többségükben magasabb végzettségű szülők gyermekei, így a kapott eredmények emiatt sem általánosíthatók más hasonló életkorú diákokra. További korlátként jelent meg, hogy a fizikai aktivitás kompozit indikátorának kategóriái csak a konzisztens válaszokat adó diákokat foglalják magukba. A 4. táblázatban látható, hogy a három testmozgás-indikátorra válaszadó fiúk létszáma a zárófelméréskor 200 fölött van, a kompozit indikátornál viszont csak 97 válaszadó van (hasonlóan, a lányoknak kevesebb, mint fele volt kategorizálható a kompozit indikátor szerint). A kompozit indikátor ezáltal jelentős mértékű információvesztést eredményezett (nem tartalmazva minden válaszadó diákot), de azt jól mutatja, hogy például a bázisfelmérésnél a fiúk kevesebb, mint felének (39/102) esetében valószínűsíthető, hogy ténylegesen a korosztályos ajánlásoknak megfelelően intenzív testmozgást végez heti rendszerességgel.

HIVATKOZÁSOK

2000. évi XXVIII. Oktatási Minisztérium rendelet a kerettantervek kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0000028.OM&txreferer=99700026.MKM>

2003. évi LXI. törvény a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról, <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0300061.TV>

2012. évi XX. EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról 128-131 § (3), <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200020.emm>

KÖVETKEZTETÉSEK

Az általunk vizsgált program fő tanulságaként megfogalmazható, hogy egy iskolában megvalósított egészségfejlesztési programot nem lehet hosszútávon módszertanilag hibátlanul értékelni, egyebek közt azért, mert ilyen esetben nincsen megfelelő kontroll csoport, a szekuláris trendek (Fogel, 2004; McKeown, 1976; Potočnik, Jurak és Starc, 2020) miatt csak kényszerűen megválasztott referenciához lehet hasonlítani a bekövetkezett változásokat. Márpedig az egészségfejlesztési programok esetében is szükség van nem csak folyamat, hanem kimeneti értékelésre is, amelyre azonban sajnálatos módon a legkorszerűbbnek tekinthető hazai szakmai kiadvány sem tartalmaz útmutatást (Egészségügyi Ellátórendszer Szakmai Módszertani Fejlesztése A/III. 1.3., 2020).

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A cikk elkészítését a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap társfinanszírozásával valósult meg.

A szerzők hálójukat fejezik ki a debreceni Tóth Árpád Gimnázium vezetőinek és tanári karának az intervenció iránti elkötelezettségük miatt, valamint a felmérésben való kooperációért. Az adatgyűjtésben és tisztításban való munkájukat Kovács Ákosnak, Daragó Lászlónak és Török Krisztinának szeretnénk megköszönni. Továbbá köszönetet mondunk Ádány Róza Profeszszor Asszonynak azon támogatás biztosításáért, melynek keretében a program értékelése és a kézirat megírása lezajlott.

A 2009. évi TÁMOP 6.1.2/A/09/1 pályázati kiírás.

Allard, D., Bilodeau, A., & Gendron, S. (2008). Figurative thinking and models: tools for participatory evaluation. *Health promotion evaluation practices in the Americas - Values and Research*. Springer. doi: [10.1007/978-0-387-79733-5_8](https://doi.org/10.1007/978-0-387-79733-5_8)

Barnekow, R., Rivett, V., Burgher, D., Stewart, M., és World Health Organization Regional Office for Europe, E. C. (1999). *The European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108143>

Beck, H., Tesler, R., Barak, S., Moran, D., Marques, A., és Fisch, Y. (2021). Can Health-Promoting Schools Contribute to Better Health Behaviors? Physical Activity, Sedentary Behavior, and Dietary Habits among Israeli Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1183. doi: 10.3390/ijerph18031183

Busch, V., De Leeuw, J. R., Zuithoff, N., Van Yperen, T., és Schrijvers, A. (2015). A Controlled Health Promoting School Study in the Netherlands: Effects After 1 and 2 Years of Intervention. *Health Promotion Practice*, 16(4), 595-600. doi:10.1177/1524839914566272.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O.R.F., és Barnekow, V. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international*. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326406>

Csanyi, T., Finn, K. J., Welk, G. J., Zhu, W. M., Karsai, I., Ihasz, F., Vass, Z., és Molnar, L. (2015). Overview of the Hungarian National Youth Fitness Study. *Res Q Exerc Sport*. 2015 Jun 26;86 Suppl 1:S3-S12. doi: 10.1080/02701367.2015.1042823.

Egészségügyi Ellátórendszer Szakmai Módszertani Fejlesztése A/III. 1.3. 7–11, 12–16, 17–18 éves célcsoportokra irányuló egészségfejlesztési módszertani kézikönyv. (2020). Budapest. [https://efop180.antsz.hu/attachments/article/399/M%C3%B3dszertani%20k%C3%A9zik%C3%B6nyv%20\(2\).pdf](https://efop180.antsz.hu/attachments/article/399/M%C3%B3dszertani%20k%C3%A9zik%C3%B6nyv%20(2).pdf)

Fogel, R. (2004). *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700–2100: Europe, America, and the Third World and The Changing Body: Health, Nutrition, and Human Development in the Western World since 1700*. Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511817649

Haraldsson, K. S., Lindgren, E. C., Fridlund, B. G., Baigi, A. M., Lydell, M. C., és Marklund, B.R.(2008). Evaluation of a school-based health promotion programme for adolescents aged 12-15 years with focus on well-being related to stress. *Public Health*, 122(1), 25-33. doi: 10.1016/j.puhe.2007.04.016

Kalman, M., Inchley, J., Sigmundova, D., Iannotti, R. J., Tynjälä, J. A., Hamrik, Z., Haug, E., és Bucksch, J. (2015). Secular trends in moderate-to-vigorous physical activity in 32 countries from 2002 to 2010: a cross-national perspective. *European Journal of Public Health*, 25 (sup 2), 37-40. doi: 10.1093/eurpub/ckv024

Lábiscsák-Erdélyi, Z., Darágó, L., Somhegyi, A., és Kósa, K. (2016). Egy debreceni középiskola tanulói egészségmagatartásának összehasonlítása az országos korosztályos jellemzőkkel. *Népegészségügy*, 94(1), 33-43.

Lábiscsák-Erdélyi, Z., Somhegyi, A., Veres-Balajti, I., és Kósa, K. (2022). Bad for girls and boys: Gender does not modify the negative effect of physical inactivity on life satisfaction in adolescents. *Frontiers in Public Health*, 19(9), 5565. doi:10.3390/ijerph

Lábiscsák-Erdélyi, Z., Veres-Balajti, I., Somhegyi, A., és Kósa, K. (2022). Self-esteem is independent factor and moderator of school-related determinants of life satisfaction in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 904411. doi:10.3389/fpubh.2022.904411.

Leger, L. S., Kolbe, L., Lee, A., McCall, D. S., és Young, I. M. (2007). Health Promotion. In D. McQueen, & C. Jones, *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (pp. 107-124). Springer.

Lister-Sharp, D., Chapman, S., Steward-Brown, S., és Sowden, A. (1999). Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 3(22), 1-207.

McKeown, T. (1976). *The Modern Rise of Population*. Edward Arnold.

Meleg, Cs. (2001). *Egészség – lelki egészségvédelem és iskolafejlesztés*. Notre Ecole.

Merzel, C., és D’Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93(4), 557-574. doi: 10.2105/ajph.93.4.557.

Moreira, P., Crusellas, L., Sá, I., G. P., és Matias, C. (2010). Evaluation of a manual-based programme for the promotion of social and emotional skills in elementary school children: results from a 4-year study in Portugal. *Health Promotion International*, 25(3), 309-317. doi: 10.1093/heapro/daq029.

Németh, Á., és Költő, A. (2011). *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Nemzeti jelentés. (Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): A WHO-collaborative Cross-National Study. National Report 2010). Országos Gyermkegészségügyi Intézet.

Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27-44. doi: 10.1093/heapro/13.1.27

Paksi, B., Felvinczi, K., és Schmidt, A. (2004). *Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban*. Kutatási jelentés. Oktatási Minisztérium.

Pommier, J., Guevel, M. R., és Jourdan, D. (2010). Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*, 10, 43. doi: 10.1186/1471-2458-10-43

Potočnik, Ž., Jurak, G., & Starc, G. (2020). Secular Trends of Physical Fitness in Twenty-Five Birth Cohorts of Slovenian Children: A Population-Based Study. *Front. Public Health*, 8:561273. doi: 10.3389/fpubh.2020.561273

Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., & Potvin, L. (2001). A framework for health promotion evaluation. *Evaluation in health promotion*. WHO Regional Publications European Services, 92, 7-38. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272659>

Somhegyi, A. (2021). Recenzió; A mindennapi testnevelés egészségfejlesztési kritériumai: megvalósításuk jelen helyzete. *Népegészségügy*, 98(1), 225-227.

Tones, K., & Tilford, S. (2001). *Health promotion: effectiveness, efficiency and equity*. Nelson Thornes.

World Health Organization. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?*

Információk a szerzőkről

Lábiscsák-Erdélyi Zsuzsa

Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Intézet,
Fizioterápiás Tanszék, Debrecen

erdelyi.zsuzsa@etk.unideb.hu

Veres-Balajti Ilona

Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Intézet,
Fizioterápiás Tanszék, Debrecen

Somhegyi Annamária

Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest

Kósa Karolina

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi
Intézet, Debrecen

Copyright © 2023 Lábiscsák-Erdélyi Zsuzsa, Veres-Balajti Ilona, Somhegyi Annamária, Kósa Karolina. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.