

**Kiss Anna¹ – Soós Sándor¹ –
Lakner Zoltán² – Tompa Orsolya²**

¹ ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar

² Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem, Agrár- és Élelmiszergazdasági Intézet, Mezőgazdasági és Élelmiszeripari Vállalati Gazdaságtan Tanszék

Egészséges táplálkozásra nevelés mint értékközvetítés az iskolában

Az iskolai egészségnevelés, illetve az egészségnevelés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása a neveléstudomány területén részletesen feldolgozott és ismertetett, azonban az egészséges táplálkozásra nevelést mint az egészségnevelés részét még nem, vagy csak részleteiben mutatták be. A kutatás célja ezért az egészséges táplálkozásra nevelés mint értékközvetítés szerepének és lehetőségeinek bemutatása az iskolában, valamint az egészséges táplálkozásra nevelés elméleti alapjainak, az egészséges táplálkozás értékrendszerben elfoglalt helyének ismertetése. Az iskolai oktatás az egészséges táplálkozási magatartás alapja és kialakulásának feltétele. Az egészséges táplálkozásra nevelés az iskolában két formában jelenik meg: az iskolai közélettetés és az ahhoz kapcsolódó iskolai reformok, valamint a táplálkozási oktatási intervenciók keretében. A táplálkozástudatosság kialakításában az egyik legfontosabb szocializációs színtér az iskola, amely kiemelkedő szerepet tölt be a gyermekek táplálkozási magatartásának megváltoztatásában.

Bevezetés

A táplálkozási magatartás tanult folyamat, amely elsősorban gyermekkorban kerül megalapozásra (Lake és mtsai, 2004). Az egészséges táplálkozási szokások korai életkorban történő kialakítása esszenciális, mert a gyermekkor táplálkozási magatartás nagymértékben befolyásolja a felnőttkori táplálkozási szokásokat. Az egészséges táplálkozásra nevelés és a táplálkozási oktatás az egészséges táplálkozási magatartás kialakulását szolgálja annak érdekében, hogy az egyének számára az egészséges termék választása legyen a könnyebb választás (Hand és mtsai, 2015). A kiegyensúlyozott és egészséges étrend a gyermekek számára elengedhetetlen tápanyagokat biztosít az optimális növekedéshez és fejlődéshez, míg a kiegyensúlyozatlan vagy nem megfelelő tápanyagtartalmú étrend elégtelen tápanyagbevitelhez, tápanyaghiány vagy túlsúly és elhízás és egyéb krónikus, nem fertőző betegségek kialakulásához vezethet, amely befolyásolja a gyermekek egészségét és iskolai teljesítményét (Hayes és mtsai, 2018). Ennél is fontosabb, hogy a gyermekek egészséges táplálkozási szokásai és táplálkozással összefüggő magatartása a felnőttkorba lépve is megmaradjon. Az iskola mint szocializációs színtér aktív szerepvállalása elengedhetetlen a gyermekek egészséges táplálkozási

szokásainak, preventív egészségmagatartásának kialakításában. Jelen munka az egészséges táplálkozásra nevelés iskolában betöltött szerepéről nyújt áttekintést.

Az egészséges táplálkozási szokások kialakításának szerepe gyermekkorban

A krónikus, nem fertőző betegségek, például a magasvérnyomás-betegség, szív- és érbetegségek, anyagcsere-betegségek, elhízás vagy daganatos megbetegedések száma növekvő tendenciát mutat, egyre súlyosabb népegészségügyi problémát okozva világszerte (Forouzanfar, 2016). Ezen betegségek kialakulása és a helytelen táplálkozás közötti összefüggés bizonyítottak (Di Daniele, 2019). Ennek ténye egyúttal azt is jelenti, hogy a megelőzés egyik alappillére lehet a helyes táplálkozási szokások minél korábbi kialakítása és azok követése. A krónikus, nem fertőző betegségek egy része már gyermekkorban is megjelenik, a nem megfelelő étkezési szokások hozzájárulnak a gyermekori elhízás nagy előfordulási arányához Európában és Magyarországon, ezért európai uniós irányelvek megalkotására került sor, és intervenciók programok kidolgozását javasolták a tagállamok számára a táplálkozási szokások javítására családi, iskolai és közösségi szinten egyaránt (European Union, 2014). Ezen betegségek közül a gyermekek körében az elhízás prevalenciája nagy, megelőzése és kezelése teljeskörű és komplex kormányzati megközelítést igényel, melynek részeként az intézkedések minden szektorra kiterjednek. A táplálkozási szokások megváltoztatását célzó intervenciók eredményeit feldolgozó szisztematikus irodalmi összefoglalók kimutatták, hogy az intervenciók a táplálkozási magatartás megváltozásán túl az egészségi állapotban is pozitív változásokat eredményeztek (Ho és mtsai, 2012).

A táplálkozással összefüggő viselkedésváltozásra és a krónikus, nem fertőző betegségek megelőzésére irányuló, a prevenció mindössze egy szintjét célzó táplálkozási oktatási intervenciók önmagukban hatástalanok. A komplex beavatkozás elvére épülő intervenció az elhízás megelőzésének több tényezőjére fókuszál, így érdemben járulhat hozzá az elhízás előfordulásának csökkenéséhez. Az úgynevezett hagymamodell a gyermekori elhízást befolyásoló, hierarchikusan tagolt, egymással dialektikus kölcsönhatásban álló tényezők rendszerét tárja elénk (1. ábra). Ha a modell minden egyes résztvevője jelentős változtatások elérése képes, akkor lehetővé válik a gyermekori elhízás jelenlegi aggasztó mértékű prevalenciájának csökkenése is (Biesalski és mtsai, 2017).

A hagymamodell jól szemlélteti az iskola szerepét a gyermekek táplálkozási magatartásának befolyásolásában. A gyermekek táplálkozására elsősorban a családi viselkedésminta, az iskola és a baráti kör van hatással. A tanulmány az iskola szerepét és lehetőségeit mutatja be részletesen az egészséges táplálkozásra nevelésben és a gyermekek táplálkozási magatartásának pozitív irányba terelésében.

A szakirodalmi áttekintés célja

A kutatás célja az egészséges táplálkozás mint érték és az egészséges táplálkozásra nevelés mint értékközvetítés iskolában betöltött szerepének bemutatása szakirodalmi áttekintéssel. A kutatás célja továbbá az egészséges táplálkozásra nevelés elméleti alapjainak áttekintése, az iskola szerepének és az iskola lehetőségeinek feltárása az egészséges táplálkozásra nevelésben.



1. ábra. Különböző felelősségi szintek a gyermekkori elhízás prevenciójában
(saját szerkesztés Biesalski és mtsai [2017] alapján)

Az egészségnevelés mint értékközvetítés

Mind az egészség, mind az érték fogalmára sokféle meghatározás született. Az egészség általánosan elfogadott definícióját az Egészségügyi Világszervezet (WHO) alkotta meg 1948-ban: „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség hiánya.” (Grad, 2002) A WHO 1948-ban megfogalmazott egészségmeghatározásával szemben 2010-ben egy nemzetközi szakértői konferencián kritikát fogalmaztak meg, és azt javasolták, hogy az egészség definíciójában szerepeljen „a rugalmasság vagy képesség az integritás, az egyensúly és a jóllét érzésének fenntartására és helyreállítására”. Ezt követően különböző tudományágak szakértői alternatív definíciókat dolgoztak ki az egészségre, amelyek közül a Meikirch-modell járul hozzá leginkább az egészség és a fenntartható fejlődés előmozdításához, valamint az emberi jogok érvényesítése érdekében integráltabb megközelítés kialakításához. A Meikirch-modell szerint az egészség definíciója a következő: „az egészség a jóllét állapota, amely az egyéni képességek, az életút során keletkező kihívások, valamint a társadalmi és környezeti befolyásoló tényezők közötti kölcsönhatások eredménye” (Bircher és Kuruvilla, 2014). Az egészség meghatározásának megfelelően az egészségnek mint értéknek különböző szerzők szerint más-más dimenziói vannak, Stokes és munkatársai (1982) például hat dimenziót különített el, azonban jelen munkában a Ware és Young által meghatározott dimenziókat emeljük ki, amelyek közé a biológiai, mentális, szociális és emocionális egészség tartozik (Ware és Young, 1977).

Az érték és értékrendszer fogalom meghatározásai közül Andorka (2006) definícióját emeljük ki, amely szerint az „értékek olyan kulturális alapelvek, amelyek kifejezik azt, hogy az adott társadalomban mit tartanak kívánatosnak és fontosnak, jónak vagy rossznak” (Andorka, 2006). Az értékek a szocializáció során alakulnak ki, az egyén ezen értékeket rangsorolja, ami alapján preferenciák formálódnak. A kialakult preferenciák mentális és magatartásbeli jellemzők, valamint különbségek kialakulásához vezetnek az egyének, csoportok és a társadalom szintjén egyaránt. Az egészség értékrendszerben elfoglalt helyét vizsgálva elmondható, hogy a hazai és nemzetközi értékutatói eredmények egybeesnek azzal a megállapítással, miszerint az egészség minden esetben az alapértékek között található (Ware és Young, 1977). Az egészség és az egyén személyes értékei közötti kapcsolatrendszer összefüggéseire vonatkozó bizonyítékok nem egyértelműek, az egészség mint érték kutatása csak a közelmúltban került az értékutatók fókuszába. A nemzetközi értékutatók egyik központi kérdése, hogy az egészségspecifikus értékek szerepet játszanak-e a személyes értékek és az egyén egészségének közötti összefüggésben. Az egészség mindig kiemelkedően fontos volt az egyének számára a különböző kultúrákban, ugyanakkor az egészség mint érték változatos megítélése miatt került be az értékutatókba. Shalom Schwartz 1992-ben dolgozta ki az értékekről szóló, legismertebb és széles körben alkalmazott elméletet (Schwartz, 1992). Modelljének központi feltételezése szerint az értékekhez motivációs területek kapcsolódnak. Schwartz tíz értékcsoporthoz alakított ki az értékekhez kapcsolódó motivációk alapján, ezen értékcsoporthoz kapcsolódó kördiagramba rendezve szemléltette: minél közelebb van bármely két érték a körben, annál jobban hasonlítanak a mögöttes motivációik, és minél távolabbiak az értékek, annál inkább ellentétesek a mögöttes motivációik (Schwartz, 1992). Aavik és Dobewall (2017) munkájukban arra törekedtek, hogy az egészséget mint értéket a Schwartz féle értékrendszerben helyezték el az egészség dimenzióinak hozzáadásával. Megállapították, hogy az egészség mint érték szempontjai az értékrendszer középpontjának közelében helyezkednek el, továbbá az egészségnek tulajdonított érték erős kapcsolatban állt az egészséggel összefüggő életminőséggel. Ezen eredmények alapján azt feltételezik, hogy az egészség mint érték kapcsolódik az egészségmagatartáshoz, amely független az egyén más értékeitől: az egyén motiválható például arra, hogy odafigyeljen egészségére azért, hogy az élet más, különböző aspektusait tudja élvezni (nyitottság a változásra), vagy annak érdekében, hogy betöltsen a társadalomban elfoglalt szerepét.

Az értékek megjelenése és szerepe a nevelésben

Weszely Ödön (1994) nevelési rendszerében az értékek központi kategóriaként jelentek meg. Véleménye szerint a nevelési célok megfogalmazásához elengedhetetlen az értékrendszer felállítása, és a nevelési folyamat során az értékítéletek kialakulását kell elérni. A legfontosabb feladat, hogy a tanuló a nevelés során kialakult értékítéletnek megfelelően cselekedjen a tevékenysége során. Weszely az értékek két csoportját különítette el: abszolút és relatív értékek. Az abszolút értékeket mindig szem előtt kell tartani, ezek az egyetemes értékek, a relatív értékek pedig csak bizonyos körülmények között fontosak. Véleménye szerint az egészség abszolút érték, továbbá az összes vitális és diszpozicionális értéket – mint a táplálkozást és a lakhatást – is az abszolút értékekhez sorolja.

„A köztudatban általánosan elterjedt és elfogadott nézet, hogy a nevelés lényege az értékteremtés és az értékteremtés” (Bábosik, 1997). A nevelési folyamat eredménye az önfejlesztő magatartás- és tevékenységformák kialakulása és megszilárdulása (Lelovics, 2015). Ez a szemlélet a pedagógia minden területén, így az egészségnevelésben is érvényesül. Az egészségnevelés a WHO definíciója alapján „tudatos, változatos kommunikációs eszközöket, módszereket alkalmazó tanítási és készségfejlesztési folyamat”. Az egészségnevelés három területre osztható, ezek a szomatikus nevelés, a

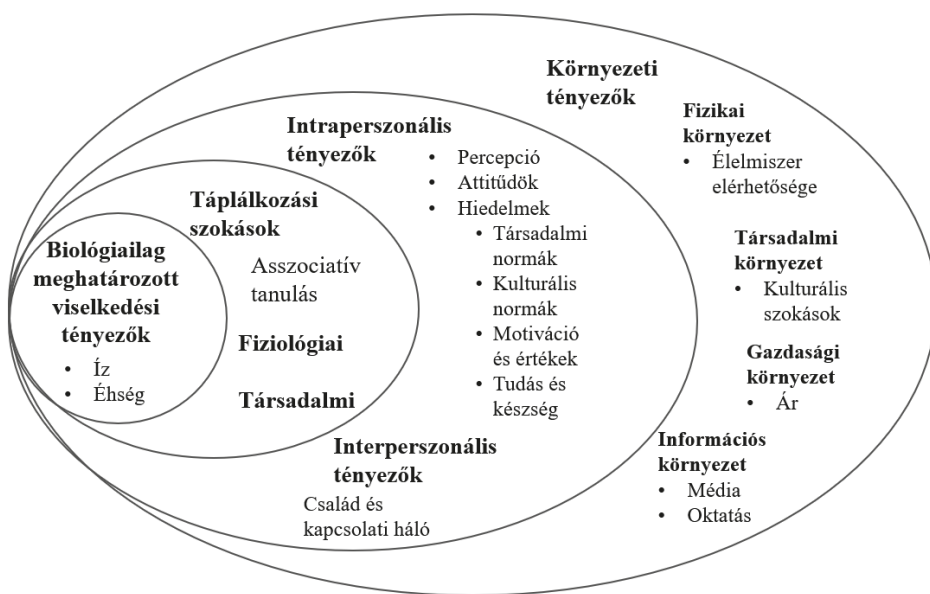
pszichohigiénés nevelés és a szociálhigiénés nevelés (Lelovics, 2015). E három terület egymással és a nevelés más területeivel is szoros kölcsönhatásban állnak. Az egészségnevelés területe közvetlenül kapcsolódik az egészségfejlesztéshez, amelynek célja, hogy az egyén és a közösség elsajátítsa az egészség feletti kontroll megszerzésének képességét, azért, hogy egészségi állapota és életminősége javuljon. A gyermekek egészségnevelésében – amely a táplálkozástudatosság kialakítását is magában foglalja – a két legfontosabb szocializációs szintér a család és a köznevelési intézmények (pl. iskola) (Lelovics, 2015). Az egészségmagatartás megváltoztatását célzó egészségfejlesztés fő iránya az iskolai egészségfejlesztés.

Az egészséges táplálkozás mint az egészségmagatartás része

Az egészségmagatartás az egészséggel kapcsolatos életmódbeli magatartásformák két típusából áll: a kockázati magatartásból és a preventív egészségmagatartásból. A legfontosabb egészségmagatartási minták közé a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a drog fogyasztás, a fizikai aktivitás, a tudatos étkezés, a közlekedéssel kapcsolatos magatartás és a biztonságos szexuális viselkedés tartozik. Az egyes magatartási minták háttérében motivációs különbségek lehetnek, aminek hatására az egészségmagatartási formák sajátos mintázatú egyéni variációi alakulhatnak ki. Az egészségmagatartási minták közül az étkezéssel összefüggő magatartás, a táplálkozáskontroll kiemelt helyet foglal el. Story és munkatársai (2002) az étkezési magatartást befolyásoló tényezőket négy csoportra osztották. Az első csoportba az intraperszonális, azaz egyéni jellemzők tartoznak, mint az énhatékonyság vagy az ételekről alkotott képzetek összessége. Ezt követik a szociális környezeti tényezők, melyek interperszonális hatásokat foglalnak magukban, mint a család vagy a kortársak hatása. A harmadik csoportba a fizikai környezeti hatásokat sorolják, amely alatt ital- és ételautomaták elérhetőségét, az iskola ételkínálatát vagy a gyorséttermek fizikai elhelyezkedését értik. Az utolsó csoportba a makrokörnyezeti hatások tartoznak, amelyek a társadalmi befolyást képviselik a média és a fogyasztói kultúra által közvetített normák által. Az étkezési magatartást befolyásoló tényezők meghatározásakor Contento (2008) komplex megközelítést alkalmazott, amely a következő tényezőket foglalja magában: (a) A biológiaiilag meghatározott viselkedési hajlam, amely magában foglalja

Az étkezési magatartást befolyásoló tényezők meghatározásakor Contento (2008) komplex megközelítést alkalmazott, amely a következő tényezőket foglalja magában: (a) A biológiaiilag meghatározott viselkedési hajlam, amely magában foglalja az édes íz preferenciáját, a keserű és savanyú íz veleszületett elutasítását, illetve az éhség/telítettség érzés kialakulásának mechanizmusát. (b) Élelmiszerekkel kapcsolatos tapasztalatok: az emberek képesek megtanulni az ételek kedvelését asszociatív kondicionálás révén. A kisgyermekeknél új ételektől való félelem (neofóbia) alakulhat ki, ezt a félelmet az ételekkel való ismételt találkozás révén tudják legyőzni. A neofóbiával való sikeres megküzdés új ételek megismerést, elfogadását és az étrendi változtatosság növelését eredményezi, a gyermek étrendjébe bevezetett új ételek a családi és a kulturális preferenciákat is tükrözik.

az édes íz preferenciáját, a keserű és savanyú íz veleszületett elutasítását, illetve az éhség/telítettség érzés kialakulásának mechanizmusát. (b) Élelmiszerekkel kapcsolatos tapasztalatok: az emberek képesek megtanulni az ételek kedvelését asszociatív kondicionálás révén. A kisgyermekeknél új ételektől való félelem (neofóbia) alakulhat ki, ezt a félelmet az ételekkel való ismételt találkozás révén tudják legyőzni. A neofóbiával való sikeres megküzdés új ételek megismerést, elfogadását és az étrendi változatosság növelését eredményezi, a gyermek étrendjébe bevezetett új ételek a családi és a kulturális preferenciákat is tükrözik. Ez a két faktor nagyban hozzájárul a gyermekek étkezési preferenciáinak kialakításához. (c) Személyes tényezők: a táplálkozási magatartást befolyásolják az olyan intraperszonális tényezők, mint a hiedelmek, attitűdök, ismeretek és készségek, a társadalmi normák, valamint az interperszonális tényezők, például a család és a társadalmi kapcsolatok szintjén befolyásolják az ételválasztást. (d) Környezeti tényezők: az élelmiszerekkel kapcsolatos környezet (élelmiszerek fizikai elérhetősége és hozzáférhetősége), a gazdasági környezet (ár, erőforrások) és az információs környezet (élelmiszer-marketing, média) megkönnyítik vagy akadályozzák az egyéneket abban, hogy az egészséges táplálkozásról alkotott meggyőződésük, hozzáállásuk és ismereteik alapján cselekedjenek. Mindezek a faktorok dinamikusan kölcsönhatásba lépnek egymással (2. ábra).



2. ábra. Az ételválasztást befolyásoló faktorok (Forrás: Contento [2008] alapján saját szerkesztés)

A táplálkozási tudás és az ahhoz kapcsolódó készségek csak egy kategóriába tartoznak a táplálkozási magatartást befolyásoló tényezők közül. Nem meglepő tehát, hogy a táplálkozási oktatás, amely kizárólag vagy elsősorban a tudás átadásán és a készségek fejlesztésén alapszik, nem bizonyult hatékonynak (Contento, 2008).

Az egészséges táplálkozásra nevelés elméleti alapja

A táplálkozási oktatás elismert módszer a táplálkozási tudás növelésére és a táplálkozással kapcsolatos magatartás kialakítására és megváltoztatására (Burn, 1985). Contento (2008) a táplálkozási oktatást úgy határozta meg, mint „az oktatási stratégiák bármilyen kombinációja, amely környezeti támogatásokkal együtt jár, és amelynek célja az élelmiszerválasztás, valamint az élelmiszerrel és táplálkozással összefüggő magatartás önkéntes elfogadása az egészség és jólét elősegítésére”. Bár egyes táplálkozástudományi szakemberek a táplálkozási oktatást egyenértékűnek tekintik a táplálkozási tanácsadás fogalmával, a Táplálkozási és Dietetika Akadémia terminológiájában a táplálkozási oktatás a táplálkozási tanácsadástól elkülönült fogalom (American Dietetic Association, 2009).

A táplálkozással kapcsolatos oktatás kritikus eleme az egészséges táplálkozási szokások és viselkedésmódok kialakítása, mert ez a két elem segíti elő azt, hogy a gyermekek elsajátítsák azokat az ismereteket és készségeket, amelyek ahhoz szükségesek, hogy egészséges táplálkozási döntéseket hozzanak. Dunton és munkatársai (2014) általános iskolás gyermekek körében végeztek táplálkozás oktatási intervenciót, amely eredménye szerint szignifikáns javulást tapasztaltak a gyermekek táplálkozási tudásában, valamint a gyümölcs- és zöldségfélék bevitelében. Az intervenció után csökkent a nagy só- és energiatartalmú ételek fogyasztása.

Az iskolai egészségfejlesztési beavatkozások elméleti alapokra, különböző modellekre épülnek. A táplálkozástudomány területe, azon belül a táplálkozással kapcsolatos magatartás és táplálkozási oktatás még mindig túl fiatal tudományterületnek számít ahhoz, hogy meghatározó elméletek születhettek volna. A táplálkozási oktatás és táplálkozási intervenciók a tudományágban specifikus, kidolgozott elméletek nélkül zajlanak. A jelenleg alkalmazott és elterjedt elméleteket a társadalomtudományból emelték át. A leggyakrabban használt elméleti modell a Szociális Kognitív Elmélet, az Egészség-hiedelem modell és a Transzteoretikus modell, azonban fontos megjegyezni, hogy egyik jelenlegi modell/elmélet közül egyik sem képes a jövőbeli viselkedést vagy a viselkedésváltozást teljes mértékben megjósolni (Achterberg és Miller, 2004; Dudley és mtsai, 2015; Eftymiou és mtsai, 2022). Ezen elméletekről és alkalmazásukról különböző területeken az elmúlt években számos publikáció született, azonban a táplálkozási oktatás vonatkozásában Achterberg és Miller (2004), valamint Contento (2008) munkája tekinthető irányadónak.

Achterberg és Miller (2004) a táplálkozási oktatásnak három fő elemét különbözteti meg: (1) Motivációs elem, amelynek célja a tudatosság és motiváció növelése a hiedelmek és attitűdök effektív kommunikációs stratégiákon keresztül történő elérése révén. (2) Cselekvési elem, amelynek célja az, hogy segítse az emberek cselekvését a célmeghatározás és a kognitív önszabályozási készségek révén. (3) Környezeti elem, ahol a táplálkozási oktatást végzők együttműködnek a politikai döntéshozókkal és másokkal a cselekvés környezeti támogatásának előmozdítása érdekében. Az egyik legelterjedtebb modell a tudás-attitűd-viselkedés (Knowledge-Attitudes-Behaviour, KAB) modell, mely kimondja, hogy a tudás változása attitűdök változásához vezet, ami a viselkedés változását eredményezi. Ez a modell a kutatások szerint azonban túl egyszerű a hatékony táplálkozási oktatás irányításában (Achterberg és Miller, 2004).

Az elméleten alapuló programok megtervezését megkönnyíti egy meghatározott eljárás követése. Contento (2008) olyan logikai modellt dolgozott ki, amelyben a táplálkozási oktatók megtervezik a bemeneti változókat, a kimeneti változókat és az eredményt. A bemeneti adatokat az emberek és a szükséges erőforrások, valamint a szükségletek elemzése vagy a folyamat értékelése alkotják. A kimenetet a fentiekben ismertetett

táplálkozási oktatás három alkotóeleme (motivációs elem, cselekvési elem és környezeti elem) alkotja. Az eredmények a táplálkozási program viselkedésre és azon cselekvésre gyakorolt hatása, amelyek a program középpontjában állnak. Az eredmények rövid, közepes vagy hosszú távú eredmények lehetnek.

Az iskola szerepe az egészséges táplálkozásra nevelésben

Hazánkban tudományos munka keretében elsőként Lelovics (2015) foglalkozott az egészséges táplálkozásra neveléssel a középiskolás korosztályban, munkásságában az egészséges táplálkozásra nevelést mint nevelési feladatot és értékközvetítést vizsgálta. Ahogy Lelovics (2015) is hangsúlyozza munkájában, az iskola az egészségfejlesztés egyik legfontosabb színtere. Az iskola a családi környezet mellett a szocializáció színterét is jelenti, amely egy egészségesebb életvitel készségeinek és magatartásmintáinak kialakítására szolgál. Az egészségfejlesztő politika kialakításában az a cél, hogy a döntéshozók számára az egészséges termék választása legyen a könnyebb választás (Ottawa Charta, 1986). Az egészséges életmód kialakítására irányuló módszerek közül a színtér programokat az Ottawai Chartában megfogalmazott célkitűzések alapján hívták életre. Kiindulópontjuk, hogy az egészségi állapot nem csupán az egyén felelőssége, hanem társas, társadalmi tényezők is szerepet játszanak benne. Az Egészségfejlesztő Iskolák Európai Hálózatának (European Network of Health Promoting Schools, ENHPS) programja 1991-ben látott napvilágot Strasbourban. A WHO 1995-ben kiadott új irányelvében közzétette, hogy a gyermekek egészsége és az iskolai teljesítmény között fennálló szakadék áthidalására az Egészségfejlesztő Iskolák alkalmasak.

A fent bemutatott hagymamodell és Meleg (2002) tanulmánya is rámutat arra, hogy bizonyos folyamatok, mint az egészséges táplálkozási szokások kialakítása befolyásolható különböző beavatkozási stratégiákkal. Az egészség vonatkozásában az iskolai szintű beavatkozási stratégia tantárgya a testnevelés. Az egészséges táplálkozás oktatása nem jelenik meg az iskolai szintű beavatkozási stratégia tantárgyaként, mint a testnevelés, azonban az EU-ban az Egészségért Európában hálózat célterületeiben és hazánkban a Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztő projektben (TIE) helyet kapott az egészséges táplálkozás elősegítése. A TIE koncepció tartalmazza a diákok számára a megfelelő étkezési időt és az étkezés megfelelő körülményeit, a mosdókon kívül ingyenes vízvételi lehetőséget, továbbá az iskolai büfékben (valamint az étel- és italautomatákban) az egészséges étel- és italválasztás lehetőségét (Somhegyi, 2016). A táplálkozással kapcsolatos iskolai oktatás fontosságát talán Meleg (2002) állásfoglalása fejezi ki legjobban:

„A táplálkozástudomány szakembereinek véleménykülönbségeiben való állásfoglalás és a számtalan speciális részletkérdés ismerete és figyelembevétele nem az iskola feladata. Az viszont igen, hogy az iskola kompetenciájába tartozó és a szakemberek egyetértését is élvező kérdések mind az iskola gyakorlatában (pl. közétkeztetés, szakköri tevékenység), mind pedig a táplálkozás kérdéskörét különböző összefüggésekben érintő tantárgyak ismeretanyagában helyet kapjanak.”

Az egészséges táplálkozásra való nevelés – mint az egészségnevelés egyik kiemelkedő része – az iskolában a táplálkozástudományi és táplálkozási oktatással foglalkozó szakirodalomban két formában jelenik meg: az iskolai közétkeztetés és az ahhoz kapcsolódó iskolai reformok, valamint táplálkozási oktatási intervenciók keretében.

Az iskolai közétkeztetés hatása az egészséges táplálkozási szokások kialakításában

Az iskolai oktatás az egészséges életmód és táplálkozási magatartás alapja és kialakulásának feltétele. Az iskolai menzának mint az étkezés tanulószobájának kulcsfontosságú szerepe van a helyes táplálkozás kialakításában, mindennapi szocializációs színtérként lehetőséget nyújt abban, hogy a tanulók megtapasztalják az étkezés közérzetére, vitalitására, tanulási készségeire és az életminőségre gyakorolt hatását (Nestlé Deutschland, 2010).

Magyarországon a gyermekek többsége legkésőbb az óvodában találkozik első alkalommal a közétkeztetéssel. Az óvodai és iskolai közétkeztetés célja az azt igénybe vevő gyermekek élettani igényeinek kielégítése, a közétkeztetés napi háromszori étkezés szorgáltatása esetén az előírt napi energiaszükséglet 65%-át fedezi. Hazánkban a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV. 30.) EMMI rendelet hatálybalépésével vált jogilag szabályozottá az iskolai étkeztetés, amely az egészséges táplálkozást kívánja előmozdítani az iskolákban. A közétkeztetési rendelet további célja többek között, hogy pontosan meghatározza a gyermekek egészséges fejlődéséhez, a betegségek megelőzéséhez és a betegek megfelelő gyógyulásához szükséges, a közétkeztetésben biztosítandó tápanyagtartalmat. A rendelet szabályozza az élelmiszerek közül a zöldségek, gyümölcsök, tej és tejtermékek, a gabonafélék, a húsok és húskészítmények, a cukor, zsiradék és só bevitelének fogyasztási gyakoriságát és mennyiségét, bizonyos esetekben a minőségét és az adagnagyságokat a megfelelő energia- és tápanyagtartalom korcsoportonkénti figyelembevételével. A közétkeztetési rendelet bevezetése mellett nagy jelentősége van a szülők és a pedagógusok példamutatásának az egészséges táplálkozási szokások kialakításában. A közétkeztetéshez kapcsolódó egészséges táplálkozásra nevelés részét képezi a közösségi étkezéssel járó szabályok megtanítása, valamint az ételek, a nyersanyagok egyre szélesebb körének megismertetése a gyermekekkel. Ezen túlmenően a rendszeres étkezés, az étkezéseket kísérő rendezett környezet megteremtése és a kellemes hangulat is befolyásoló tényező az egészséges táplálkozásra nevelésben.

A gyermekek az ételválasztás során nem elszigetelten döntenek, hanem leggyakrabban társaságban étkeznek, és nagymértékben befolyásolja őket a kortársak és a tanárok attitűdje és viselkedése. Egyes iskolák mind a makro-, mind a mikroszintű iskolai környezet szabályozásával próbálják befolyásolni a gyermekek egészségmagatartását, valamint ösztönözni az egészséget elősegítő magatartásformák kialakulását. Wansink (2004) a környezeti hatások két típusát különíti el: az egyik az étkezési környezettel kapcsolatos tényezők, például a légkör, a társadalmi interakciók és a zavaró körülmények, a másik pedig az élelmiszerekkel kapcsolatos környezeti hatások, például az adagok nagysága, kiszolgálása, és az ételek kiszolgálásának módja. A környezeti hatások mindkét típusa befolyásolja az étkezést, mivel fogyasztási normákat sugallanak.

A közétkeztetéshez is kötődő iskolai étkezési környezetben az élelmiszerek elérhetősége az egyik fontos tényező a gyermekek étkezési magatartásának befolyásolásában. A versenyképes, ultrafeldolgozott élelmiszerek jelenléte és elérhetősége lehetővé teszi a diákok számára, hogy kevésbé egészséges lehetőségeket válasszanak. A nagy energiasűrűségű és kedvezőtlen tápanyagösszetételű feldolgozott élelmiszerek jelenléte növeli az ezen élelmiszerek iránti fogyasztási hajlandóságot és vágyat, és megerősíti a fogyasztási normákat az ilyen típusú ételek megfelelőségéről a gyermek étrendjében (Neeley, 2011). Ennek elkerülése érdekében hazánkban szabályozták az iskolabüfék, étel-, italautomaták kínálatának kialakításakor az árusítható termékek körét, továbbá az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet által összeállított *Segédlet az iskolabüfék árukínálatának kialakításához* is segítséget nyújt az iskolabüfék választékának összeállításához táplálkozás-egészségügyi szempontok és a vonatkozó jogszabályok figyelembevételével.

Az étkezési környezettel kapcsolatos másik tényező a fizikai környezet, amelyben a gyermek étkezése történik. A zaj, az ülőhelyek elérhetősége és a zavaró tényezők többé-kevésbé kívánatos étkezési környezetet teremtenek. A kevésbé kívánatos étkezési környezet, különösen, ha az ebédet egy kívánatosabb tevékenység, például szünet követi, arra ösztönözheti a gyermekeket, hogy gyorsabban fogyasszák el az étkezésüket, vagy a „kedvelt” ételeket helyezték előtérbe a táplálóbb választások helyett. Ha a gyermekeknek nem engedélyezett a szünet lehetősége ebéd után, a hosszabb idő és a zavaró tényezők arra ösztönözhetnek néhány gyermeket, hogy több ételt fogyasszanak. A társadalmi struktúrák bizonyos viselkedések megkövetelésével vagy tiltásával befolyásolják a gyermekek étkezési magatartását. Az iskolai menza környezete korlátozhatja a gyermekeket abban, hogy egymással beszéljenek, megválasszák a saját ülőhelyüket, bizonyos ételeket fogyasszanak vagy ételeket cseréljenek (Neeley, 2011).

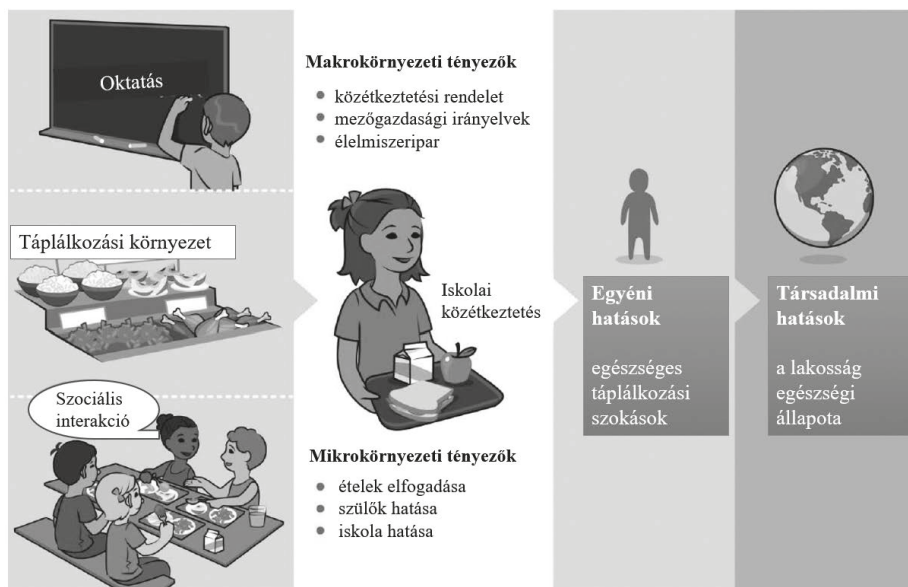
A közétkeztetés révén az iskola is aktív szerepet vállal a gyermekek étkeztetésében, a közétkeztetésben elfogyasztott ételek jelentős mértékben hozzájárulnak a gyermekeknek az ajánlásoknak megfelelő napi energia- és tápanyagbeviteli szint eléréséhez és ezáltal az iskolai teljesítmény növeléséhez. Az iskolai táplálkozási oktatás, a táplálkozási környezet és a szociális interakciók együttesen alakítják az iskolai közétkeztetés elfogadását a gyermekek körében. A makro- és mikroszintű iskolai környezet mellett a tágabb makro- és mikrokörnyezeti tényezők is befolyással bírnak az iskolai közétkeztetésre, mint a közétkeztetési rendelet vagy az élelmiszeripari trendek, innovációk. Ezen befolyásoló tényezők mentén az iskolai közétkeztetés hatásainak egyéni és társadalmi vetületei is vannak (Oostindjer és mtsai, 2018). Az iskolai közétkeztetés az egyén szintjén az egészséges táplálkozási szokások, valamint a preventív egészségmagatartás kialakításához járul hozzá, a tágabb

közösségben pedig a felnőttkori egészségi állapot meghatározó tényezője lehet (3. ábra).

Az iskolai étkeztetésnek kiemelkedő szerepe van abban, hogy a gyerekek megismerjék hazájuk élelmiszerfogyasztásra és egészségre vonatkozó kulináris örökségét és normáit, így az iskola az étkeztetés révén kialakíthat egy, az élelmiszerekkel, ételekkel kapcsolatos szociális és fizikai tanulási környezetet, amely segíthet megragadni az aktuális

Az étkezési környezettel kapcsolatos másik tényező a fizikai környezet, amelyben a gyermek étkezése történik. A zaj, az ülőhelyek elérhetősége és a zavaró tényezők többé-kevésbé kívánatos étkezési környezetet teremtenek. A kevésbé kívánatos étkezési környezet, különösen, ha az ebédet egy kívánatosabb tevékenység, például szünet követi, arra ösztönözheti a gyermekeket, hogy gyorsabban fogyasszák el az étkezésüket, vagy a „kedvelt” ételeket helyezték előtérbe a táplálóbb választások helyett. Ha a gyermekeknek nem engedélyezett a szünet lehetősége ebéd után, a hosszabb idő és a zavaró tényezők arra ösztönözhetnek néhány gyermeket, hogy több ételt fogyasszanak. A társadalmi struktúrák bizonyos viselkedések megkövetelésével vagy tiltásával befolyásolják a gyermekek étkezési magatartását. Az iskolai menza környezete korlátozhatja a gyermekeket abban, hogy egymással beszéljenek, megválasszák a saját ülőhelyüket, bizonyos ételeket fogyasztanak vagy ételeket cseréljenek (Neeley, 2011).

kihívásokat az egészségmegőrzés terén. A gyermekek elégedettségének és preferenciáinak vizsgálata ezért különösen fontos az iskolai közétkeztetés mennyiségi és minőségi tényezőire vonatkozóan. A gyermekek tápláltsági állapotának felmérését és a gyermekek preferenciájának meghatározását követően tovább vizsgálható az iskolai közétkeztetés szerepe a gyermekek egészségére és táplálkozási magatartására.



3. ábra. Az iskolai étkeztetés hatásainak és lehetséges eredményeinek modellje
(Forrás: Oostindjer és mtsai [2018] alapján saját szerkesztés)

Az iskolai táplálkozási oktatás szerepe az egészséges táplálkozásra nevelésben

Az iskolák fontos szerepet játszanak a gyermekek fejlődésében és személyiségformálásában, ezért az iskolai dolgozóknak lehetőségük van vezető szerepet vállalni az egész életen át tartó egészséges szokások kialakításában és előmozdításában a diákok, a tanárok és a családok körében (Hawkins és mtsai, 2020). A tanárok egyedülálló helyzetben vannak abban, hogy innovatív programokat hozzanak létre és valósítsanak meg, formális és informális oktatási lehetőségeket kínálnak az egészséges étkezés és életmód kialakításához az egészség megőrzése és a betegségek (különösen az elhízás) megelőzése érdekében (Snelling és mtsai, 2013). Az egészséges táplálkozási szokások előmozdítását támogató iskolai közösségek elősegítik a tanulók körében az egészséges táplálkozási szokások követését az egész élettartam alatt, és csökkenthetik a hosszú távú egészséges egyensúlytalanságokat, különösen a sérülékeny közösségekben (pl. roma közösség) (Llanaj és mtsai, 2020). A tanárok kulcsfontosságú partnerek az iskolai egészségügyi reformban, mivel példaképként szolgálhatnak az egészséges életmód követésében.

Annak ellenére, hogy evidenciák támasztják alá, hogy az egészséges táplálkozásra nevelés pozitív irányban befolyásolhatja a gyermekek ételválasztási szokásait, javíthatja az egészségi állapotot és növelheti az iskolai teljesítményt, a gyermekeket célzó hatékony táplálkozási oktatási programok közös jellemzőit nem határozták meg (Diep és mtsai, 2014). Murimi és munkatársai (2018) szisztematikus irodalmi áttekintést készítettek, amelynek célja a sikeres táplálkozási oktatási intervenciók közös tényezőinek

meghatározása volt három korcsoportban: óvodáskorú, általános iskolás és középiskolás gyermekek körében. A gyermekeknél a sikeres táplálkozási oktatási beavatkozásokkal összefüggő tényezők azonosítását a gyermekek életkorának (2–19 év) és kognitív fejlődésének széles skálájának figyelembevételével három csoportra bontották. A három életkori csoportnak megfelelően három fejlődési szakaszt vettek alapul, hogy az egyes korosztályokban külön-külön is azonosítsák a sikeres oktatási intervencióknál a kulcsfontosságú stratégiákat. A szisztematikus áttekintésbe olyan tanulmányok kerülhettek be, amelyeknek célcsoportjai 2–19 éves gyermekek voltak, és a táplálkozási oktatás személyesen zajlott. Az elemzés elsődleges célja az volt, hogy meghatározzák azoknak az oktatási intervencióknak a hatékonyságát, amelyek a 2–19 éves gyermekek és serdülők táplálkozással és fizikai aktivitással kapcsolatos magatartásmódosítására irányultak. Minden, az irodalmi áttekintésben elemzett tanulmány eredményeit a tanulmányban meghatározott célokkal vetették össze, és így határoztak meg, hogy az intervenció sikeresnek minősült-e. Jelen munkában azokat a kutatásokat emeltük ki a szisztematikus irodalmi áttekintésből, amelyek elérték a kitűzött céljaikat, és amelyeknél a torzító hatás kicsi volt. A továbbiakban sikeres óvodai, általános iskolai és középiskolai táplálkozási oktató programokat mutatunk be.

Az óvodáskorú gyermekek sikeres táplálkozási oktatása előre meghatározta a megvaltoztatni kívánt viselkedést, az oktatás során alkalmazott tevékenységeket összehangolta a kitűzött célokkal és a várható magatartással, a szülőket személyesen vonták be a programokba, és gyakorlati tevékenységeket is folytattak. A többi korcsoportban alkalmazott sikeres beavatkozásokhoz hasonlóan az óvodáskorúaknál hatékony táplálkozási oktatás magában foglalta az életkornak megfelelő tevékenységeket, a tanárok külön oktatását, valamint rövid, de gyakori foglalkozásokat kínált az óvodások rövid koncentrációs képességének megfelelően. A sikeres óvodai intervenciók programok főbb jellemzőit az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat. Sikeres óvodai táplálkozási oktatóprogramok

Szerző és évszám	Elemzés (fő) és korcsoport	Az oktatási intervenció célja	Az intervenció időtartama és gyakoriság	Az elméleti modell, amelyre az oktatás épült	Főbb eredmények
Hu és mtsai, 2010	1819 (4–6 éves)	Az egészséges táplálkozás népszerűsítése és a táplálkozási oktatás hatásának mérése.	8 hónap, táplálkozási oktatás havonta egyszer.	–	Az intervenciót követően a reggelizés gyakorisága szignifikánsan nőtt, míg a rácsálnivalók fogyasztása csökkent. A szülők táplálkozási tudása nőtt.
Penalvo és mtsai, 2013	2062 (3–5 éves)	Az egészséges magatartás elsajátítását kifejező mutatók javítása.	1 tanév, összesen 20 óra.	Szociális kognitív elmélet és Transzteoretikus modell.	Az intervenció növelte a gyermekek tudását, a táplálkozással kapcsolatban attitűd- és szokásváltozást tapasztaltak.
Witt és Dun, 2012	263 (4–5 éves)	Egy interaktív táplálkozási oktatás hatása a zöldség- és gyümölcsfogyasztásra.	6 hét, hetente 15–30 perces oktatás.	–	A gyermekek zöldség- és gyümölcsfogyasztása nagymértékben nőtt.

Az általános iskolás gyermekeket célzó sikeres iskolai beavatkozások esetén személyesen vonták be a szülőket a foglalkozáson keresztül, meghatározták a módosítandó konkrét viselkedést, és a tanárok program iránti elköteleződését képzéssel vagy képzett

szakértők részvétele révén növelték az intervenció megvalósítása érdekében. Ezenkívül rendszeres időközönként ismételték a tevékenységet, legalább 6 hónapos intervenció időtartammal, és életkornak megfelelő tevékenységeket végeztek (2. táblázat).

2. táblázat. Sikeres általános iskolai táplálkozási oktatóprogramok

Szerző és évszám	Elemszám (fő) és korcsoport	Az oktatási intervenció célja	Az intervenció időtartama és gyakoriság	Az elméleti modell, amelyre az oktatás épült	Főbb eredmények
Gallotta és mtsai, 2016	230 (8–11 év)	Az oktatás hatásának vizsgálata a testösszetételre, fizikai aktivitás szintjére, táplálkozási szokásokra.	5 hónap, táplálkozási oktatás havonta egyszer.	–	Az intervenció utáni zöldség- és gyümölcs-fogyasztás szignifikánsan nőtt (hetente), míg a rágcárnivalók fogyasztása csökkent.
Herbert és mtsai, 2013	104 (7–11 év)	Az oktatás hatásának vizsgálata a fizikai aktivitás szintjére és a táplálkozási szokásokra.	12 hét, hetente egy óra.	Szociális kognitív elmélet, Indokolt cselekvésemélet, Egészségihiedelem modell.	Az intervenciók utáni zöldség- és gyümölcs-fogyasztás szignifikánsan nőtt, a sültburgonya- és csipszfogyasztás csökkent.
Keihner és mtsai, 2011	1154 (8–12 éves)	A gyermekek ösztönzése az ajánlott zöldség- és gyümölcsfogyasztásra és minimum napi 60 perc fizikai aktivitásra.	8 hét, hetente egy 50 perces óra.	Reziliencia elmélete, Szociális kognitív elmélet.	A gyümölcs- és zöldség-fogyasztással kapcsolatos ismeretek bővítésére az intervenció csoportban lévő gyermekek fogékonyabbak voltak.
Muros és mtsai, 2015	134 (10–11 éves)	Táplálkozási oktatás hatása a lipidprofil, antropometriai és fiziológiai paraméterek változására.	6 hónap, gyermekeknek 2x1 óra, szülőknek 6x1 óra oktatás.	–	A makrotápanyagok és az étrendi koleszterin bevitelének aránya javult. Az intervenció után kisebb volt a zsírbevitel, a derék-körfogat csökkent.
Saraf és mtsai, 2015	2384 (10–12 éves)	Iskolai alapú intervenció, amely bővíti a táplálkozással, fizikai aktivitással és dohányzással kapcsolatos ismereteket.	9 hónap, 45 perces táplálkozási oktatás + 20 perces flipchart-demonstráció	–	A táplálkozással, dohányzással és fizikai aktivitással kapcsolatos tudás szignifikánsan nőtt.
Parmer és mtsai, 2010	115 (7–8 éves)	Iskolakert művelésének hatása a gyermekek zöldség- és gyümölcs-fogyasztással kapcsolatos tudására, preferenciájára és fogyasztására.	28 hét, kéthetente egy óra táplálkozási oktatás és kéthetente egy óra kertészkedés.	–	A táplálkozási tudás és az ízpreferencia is bővült, az intervenció után a gyermekek több zöldséget választottak az iskolai menzán.

A középiskolások sikeres táplálkozási oktatása magában foglalta a vonatkozó irányelvek követését és a környezeti változtatásokat is. Az oktatásban az alkalmazott tevékenységeket az életkorhoz igazították, azonosították a konkrét viselkedést, összehangolták a tevékenységeket a kitűzött célokkal, és a beavatkozást rendszeres időközönként ismételték (például hetente vagy kéthetente). A szülőket személyes részvétellel vonták be a programba, a programban oktató tanárokat pedig külön képzésben részesítették (3. táblázat).

3. táblázat. Sikeres középiskolai táplálkozási oktatóprogramok

Szerző és évszám	Elemzészám (fő) és korcsoport	Az oktatási intervenció célja	Az intervenció időtartama és gyakorisága	Az elméleti modell, amelyre az oktatás épült	Főbb eredmények
Singhal és mtsai, 2010	510 (15–17 éves)	Kis költségvetésű iskolai programban a táplálkozási oktatás hatása a viselkedésváltozásra.	9 hónap, 10 héten keresztül heti 30 perc táplálkozási oktatás, hetente 1 óra személyes konzultáció a diákoknak, havonta 7 perc konzultáció a szülőknek.	–	A táplálkozási tudás szignifikánsan nőtt, szénsavas üdítők és nagy energiasűrűségű élelmiszerek fogyasztása csökkent. Az éhomi vércukorszint és a derékerület-csípőkerület értékek is csökkentek.
Somsri és mtsai, 2016	131 (16 éves)	A zöldség- és gyümölcsfogyasztás népszerűsítése két különböző táplálkozási oktatás alkalmazásával.	4 hét, hetente 50 perces oktatás.	Szociális kognitív elmélet.	A zöldség- és gyümölcsfogyasztás nőtt, a fogyasztással kapcsolatos tudás bővült, és pozitív attitűdváltozást tapasztaltak.

A szisztematikus irodalmi áttekintés eredményei azt mutatják, hogy a táplálkozási oktatási intervenciók nagyobb valószínűséggel érik el céljaikat, ha olyan gyakorlati tanulási tevékenységeket is magukban foglalnak, mint az élelmiszerismerettel vagy ételválasztással kapcsolatos játék, kertészkedés és főzés, illetve, ha előre meghatározott táplálkozási magatartás megváltoztatására törekednek. Ezen túlmenően azokban az intervenciókban, amelyek a szülőket személyes interakció révén vonták be, külső szakértőket hívtak meg, és oktatásban részesítették a tanárokat, növelve ezáltal a program iránti elköteleződésüket, nagyobb valószínűséggel valósultak meg a kitűzött célok. Míg az összes sikeres beavatkozásban nőtt a résztvevők tudása, azok az intervenciók voltak inkább hatékonyabbak a viselkedés megváltoztatásában, amelyeknél a beavatkozás időtartama meghaladta a 6 hónapot.

Az egészséges táplálkozásra nevelésben alkalmazott elméletek nem határozták meg az áttekintésben elemzett intervenciók sikerét; azonban fontos megjegyezni, hogy a legtöbb intervenciót alátámasztotta ugyan egy elméleti modell, de az intervenciók tervezése és megvalósítása nem elméleti modellre épült. Ezen eredményekkel ellentétben a felnőttek táplálkozási oktatásának

A szisztematikus irodalmi áttekintés eredményei azt mutatják, hogy a táplálkozási oktatási intervenciók nagyobb valószínűséggel érik el céljaikat, ha olyan gyakorlati tanulási tevékenységeket is magukban foglalnak, mint az élelmiszerismerettel vagy ételválasztással kapcsolatos játék, kertészkedés és főzés, illetve, ha előre meghatározott táplálkozási magatartás megváltoztatására törekednek. Ezen túlmenően azokban az intervenciókban, amelyek a szülőket személyes interakció révén vonták be, külső szakértőket hívtak meg, és oktatásban részesítették a tanárokat, növelve ezáltal a program iránti elköteleződésüket, nagyobb valószínűséggel valósultak meg a kitűzött célok.

szisztematikus áttekintése rámutatott arra, hogy az elméleten alapuló oktatás valószínűleg sikereesebb (Murimi és mtsai, 2017).

Összegzés

Az éves több funkciót is betölt az egyén életében, az energia- és tápanyagellátás mellett kulturális, szociális és személyes identitás kialakulását is szolgálja. Az iskola kitüntetett szerepet tölt be az értékek kialakításában és az értékek rendszerre szerveződésében. Az egészség vonatkozásában az iskolai szintű beavatkozási stratégia tantárgya a testnevelés, emellett szükség lenne az egészséges táplálkozás oktatására a gyermekek körében. A tanárok számára szervezett továbbképzések és a szülők bevonása az iskolai programokba fontos lépés az egészséges táplálkozás kialakításában és a táplálkozási magatartás megváltoztatására irányuló programok megismerésében. Ezáltal a tanárok és a szülők képet kaphatnak a gyermekek egészségét szolgáló, állam által előírt kötelező intézkedések, mint a közétkeztetési rendelet bevezetésének céljáról, és támogathatják annak sikeres megvalósulását.

Az iskola-egészségügyi rendszer egészségmagatartás támogatásában betöltött szerepe mellett kiemelkedően fontos a pedagógusok táplálkozási ismereteinek bővítése, a pedagógusok ismeretközvetítése, példaadó szerepe, valamint az adott környezet értékadó funkciója is (Karácsony, 2018). A táplálkozással összefüggő viselkedésváltozásra és a gyermekkori elhízás megelőzésére irányuló táplálkozási oktatási intervenciók több különböző, az elhízást befolyásoló szintet célzó beavatkozás által lehetségesek, ahol iskolai programok részeként a tanárok és a szülők szerepe kiemelkedő. A gyermekek egészségszocializációjában – amely a táplálkozási tudatosság kialakítását is magában foglalja – a két legfontosabb szocializációs színtér a család és a köznevelési intézmények, ezért a köztük lévő összefogás, folyamatos kommunikáció elengedhetetlen. Az iskola egészségnapok szervezésével vagy közös ételkészítés keretében bevonhatja a szülőket is az egészséges táplálkozásra nevelés folyamatába. A táplálkozással kapcsolatos iskolai oktatás és a szülők részvételével megvalósuló egészségnapok biztosítják a tanárok, a szülők és a gyermekek közötti folyamatos kommunikációt és az egészséges táplálkozás jelentősége iránti érzékenyítést. Az iskolai táplálkozási programok fejlesztésére a WHO és a nemzetközi szakmai szervezetek ajánlásai alapján a gyermekek, a szülők szerepvállalásával és az iskolai erőforrások figyelembevételével kerülhet sor. Ennek érdekében a gyermekek étkezési magatartását befolyásoló tényezők vizsgálata és célzott egészségfejlesztő programok kialakítása szükséges.

Irodalom

- Achterberg, C. & Miller, C. (2004). Is one theory better than another in nutrition education? A viewpoint: more is better. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 36(1), 40–42. DOI: [10.1016/s1499-4046\(06\)60127-9](https://doi.org/10.1016/s1499-4046(06)60127-9)
- American Dietetic Association (2009). *International dietetics & [and] nutrition terminology (IDNT) reference manual: standardized language for the nutrition care process*. American Dietetic Association.
- Bábosik István (1999). *A nevelés elmélete és gyakorlata: egyetemi-főiskolai tankönyv*. Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Biesalski, H. K., Pirlich, M., Bischoff, S. C. & Weimann, A. (2017, szerk.). *Ernährungsmedizin: Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer*. Georg Thieme Verlag. DOI: [10.1055/b-004-132260](https://doi.org/10.1055/b-004-132260)
- Bircher, J. & Kuruvilla, S. (2014). Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. *Journal of public health policy*, 35(3), 363–386. DOI: [10.1057/jphp.2014.19](https://doi.org/10.1057/jphp.2014.19)
- Brun, J. (1985). Nutrition education: a model for effectiveness a synthesis of research. *Journal of Nutrition Education*, 17(2), ii–S44. DOI: [10.1016/s0022-3182\(85\)80001-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3182(85)80001-7)

- Contento, I. R. (2008). Nutrition education: linking research, theory, and practice. *Asia Pacific Journal of clinical nutrition*, 17.
- Di Daniele, N. (2019). The role of preventive nutrition in chronic non-communicable diseases. *Nutrients*, 11(5), 1074. DOI: [10.3390/nu11051074](https://doi.org/10.3390/nu11051074)
- Diep, C. S., Chen, T. A., Davies, V. F., Baranowski, J. C. & Baranowski, T. (2014). Influence of behavioral theory on fruit and vegetable intervention effectiveness among children: a meta-analysis. *Journal of nutrition education and behavior*, 46(6), 506–546. DOI: [10.1016/j.jneb.2014.05.012](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2014.05.012)
- Dobewall, H., Tark, R. & Aavik, T. (2018). Health as a value and its association with health-related quality of life, mental health, physical health, and subjective well-being. *Applied Research in Quality of Life*, 13(4), 859–872. DOI: [10.1007/s11482-017-9563-2](https://doi.org/10.1007/s11482-017-9563-2)
- Dudley, D. A., Cotton, W. G. & Peralta, L. R. (2015). Teaching approaches and strategies that promote healthy eating in primary school children: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(28). DOI: [10.1186/s12966-015-0182-8](https://doi.org/10.1186/s12966-015-0182-8)
- Dunton, G. F., Liao, Y., Grana, R., Lagloire, R., Riggs, N., Chou, C. P. & Robertson, T. (2014). State-wide dissemination of a school-based nutrition education programme: a RE-AIM (Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance) analysis. *Public health nutrition*, 17(2), 422–430. DOI: [10.1017/s1368980012005186](https://doi.org/10.1017/s1368980012005186)
- Efthymiou, V., Charmandari, E., Vlachakis, D., Tsitsika, A., Palasz, A., Chrousos, G. & Bacopoulou, F. (2022). Adolescent Self-Efficacy for Diet and Exercise Following a School-Based Multicomponent Lifestyle Intervention. *Nutrients*, 14(1), 97. DOI: [10.3390/nu14010097](https://doi.org/10.3390/nu14010097)
- European Union (2014). *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020*. https://ec.europa.eu/health/system/files/2016-11/childhoodobesity_action-plan_2014_2020_en_0.pdf
- Forouzanfar, M. H., Afshin, A., Alexander, L. T., Anderson, H. R., Bhutta, Z. A., Biryukov, S., ... & Carrero, J. J. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The lancet*, 388(10053), 1659–1724. DOI: [10.1016/s0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31679-8)
- Gallotta, M. C., Iazzoni, S., Emerenziani, G. P., Meucci, M., Migliaccio, S., Guidetti, L. & Baldari, C. (2016). Effects of combined physical education and nutritional programs on schoolchildren's healthy habits. *PeerJ*, 11(4), e1880. DOI: [10.7717/peerj.1880](https://doi.org/10.7717/peerj.1880)
- Grad, F. P. (2002). The preamble of the constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*.
- Hand, R. K., Abram, J. K., Brown, K., Ziegler, P. J., Parrott, J. S. & Steiber, A. L. (2015). Development and Validation of the Guide for Effective Nutrition Interventions and Education (GENIE): A tool for assessing the quality of proposed nutrition education programs. *Journal of nutrition education and behavior*, 47(4), 308–316. DOI: [10.1016/j.jneb.2015.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2015.03.003)
- Hayes, D., Contento, I. R. & Weekly, C. (2018). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics, Society for Nutrition Education and Behavior, and School Nutrition Association: comprehensive nutrition programs and services in schools. *Journal of nutrition education and behavior*, 50(5), 433–439. DOI: [10.1016/j.jneb.2018.03.001](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2018.03.001)
- Hawkins, M., Watts, E., Belson, S. I. & Snelling, A. (2020). Design and Implementation of a 5-Year School-Based Nutrition Education Intervention. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 52(4), DOI: [10.1016/j.jneb.2019.12.005](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.12.005)
- Herbert, P. C., Lohrmann, D. K., Seo, D. C., Stright, A. D. & Kolbe, L. J. (2013). Effectiveness of the energize elementary school program to improve diet and exercise. *Journal of school health*, 83(11), 780–786. DOI: [10.1111/josh.12094](https://doi.org/10.1111/josh.12094)
- Ho, M., Garnett, S. P., Baur, L., Burrows, T., Stewart, L., Neve, M. & Collins, C. (2012). Effectiveness of lifestyle interventions in child obesity: systematic review with meta-analysis. *Pediatrics*, 130(6), e1647–e1671. DOI: [10.1542/peds.2012-1176](https://doi.org/10.1542/peds.2012-1176)
- Hu, C., Ye, D., Li, Y., Huang, Y., Li, L., Gao, Y. & Wang, S. (2010). Evaluation of a kindergarten-based nutrition education intervention for pre-school children in China. *Public health nutrition*, 13(2), 253–260. DOI: [10.1017/s1368980009990814](https://doi.org/10.1017/s1368980009990814)
- Járomi Éva & Vitrai József (2017). Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása. *Egészségfejlesztési Folyóirat*, 58(1), 36–48. DOI: [10.24365/ef.v58i1.145](https://doi.org/10.24365/ef.v58i1.145)
- Kapitány Ágnes & Kapitány Gábor (1995). Bevezetés. Értéktendszerek. Értékvákuum. In Vastagh Zoltán (szerk.), Értéktáadási folyamatok és konfliktusok a pedagógiában. JPTE Tanárképző Intézet Pedagógia Tanszéke.
- Karácsony Ilona (2018). Az intézményesült iskola-egészségügyi ellátás részvétele az iskolai egészséges életmódra nevelésben, a felvilágosítástól a teljes körű fejlesztésig. In Karlovitz János Tibor (szerk.), Elmélet és gyakorlat a neveléstudományok és szakmódszertanok köréből. International Research Institute. 143–152.
- Keihner, A. J., Meigs, R., Sugerman, S., Backman, D., Garbolino, T. & Mitchell, P. (2011). The Power Play! Campaign's School Idea & Resource Kits improve determinants of fruit and vegetable intake and physical activity among fourth- and fifth-grade children. *Journal of nutrition education and behavior*, 43(4), S122–S129. DOI: [10.1016/j.jneb.2011.02.010](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2011.02.010)

- Lake, A. A., Rugg-Gunn, A. J., Hyland, R. M., Wood, C. E., Mathers, J. C. & Adamson, A. J. (2004). Longitudinal dietary change from adolescence to adulthood: perceptions, attributions and evidence. *Appetite*, 42(3), 255–263. DOI: [10.1016/j.appet.2003.11.008](https://doi.org/10.1016/j.appet.2003.11.008)
- Lelovics Zsuzsanna (2015). Az egészséges táplálkozásra nevelés mint nevelési feladat és értékközvetítés a középiskolás korosztályban. *Doktori disszertáció*. ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Budapest.
- Llanaj, E., Vincze, F., Kósa, Z., Sándor, J., Diószegi, J. & Ádány, R. (2020). Dietary Profile and Nutritional Status of the Roma Population Living in Segregated Colonies in Northeast Hungary. *Nutrients*, 12(9), 2836. DOI: [10.3390/nu12092836](https://doi.org/10.3390/nu12092836)
- Meleg Csilla (2002). Iskolai egészségnevelés: A feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, 102(1), 11–29.
- Murimi, M. W., Moyeda-Carabaza, A. F., Nguyen, B., Saha, S., Amin, R. & Njike, V. (2018). Factors that contribute to effective nutrition education interventions in children: a systematic review. *Nutrition reviews*, 76(8), 553–580. DOI: [10.1093/nutrit/nuy020](https://doi.org/10.1093/nutrit/nuy020)
- Murimi, M. W., Kanyi, M., Mupfudze, T., Amin, M. R., Mbogori, T. & Aldubayan, K. (2017). Factors influencing efficacy of nutrition education interventions: a systematic review. *Journal of nutrition education and behavior*, 49(2), 142–165. DOI: [10.1016/j.jneb.2016.09.003](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.09.003)
- Muros, J. J., Zabala, M., Oliveras-López, M. J., Bouzas, P. R., Knox, E., Rufián-Henares, J. Á. & de la Serrana, H. L. G. (2015). Effect of physical activity, nutritional education, and consumption of extra virgin olive oil on lipid, physiological, and anthropometric profiles in a pediatric population. *Journal of Physical Activity and Health*, 12(9), 1245–1252. DOI: [10.1123/jpah.2014-0236](https://doi.org/10.1123/jpah.2014-0236)
- Neeley, S. M. (2011). The influence of school eating environment on children's eating behaviors: An examination of the SNDA-III.
- Nestlé Deutschland, A. G. & Studie, N. (2010). *So is (s) t Schule. Chancen für das lernende Esszimmer*. Nestlé Studie.
- Oostindjer, M., Aschemann-Witzel, J., Wang, Q., Skuland, S. E., Egeland, B., Amdam, G. V., ... & Van Kleef, E. (2017). Are school meals a viable and sustainable tool to improve the healthiness and sustainability of children's diet and food consumption? A cross-national comparative perspective. *Critical reviews in food science and nutrition*, 57(18), 3942–3958. DOI: [10.1080/10408398.2016.1197180](https://doi.org/10.1080/10408398.2016.1197180)
- Parmer, S. M., Salisbury-Glennon, J., Shannon, D. & Struempfer, B. (2009). School gardens: an experiential learning approach for a nutrition education program to increase fruit and vegetable knowledge, preference, and consumption among second-grade students. *Journal of nutrition education and behavior*, 41(3), 212–217. DOI: [10.1016/j.jneb.2008.06.002](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2008.06.002)
- Peñalvo, J. L., Sotos-Prieto, M., Santos-Beneit, G., Pocock, S., Redondo, J. & Fuster, V. (2013). The Program SI! intervention for enhancing a healthy lifestyle in preschoolers: first results from a cluster randomized trial. *BMC public health*, 13(1), 1208. DOI: [10.1186/1471-2458-13-1208](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1208)
- Saraf, D. S., Gupta, S. K., Pandav, C. S., Nongkinrih, B., Kapoor, S. K., Pradhan, S. K. & Krishnan, A. (2015). Effectiveness of a school based intervention for prevention of non-communicable diseases in middle school children of rural North India: a randomized controlled trial. *The Indian Journal of Pediatrics*, 82(4), 354–362. DOI: [10.1007/s12098-014-1562-9](https://doi.org/10.1007/s12098-014-1562-9)
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries. In Zanna, M. (szerk.), *Advances in experimental social psychology*. Vol. 25. Academic Press. 1–65. DOI: [10.1016/s0065-2601\(08\)60281-6](https://doi.org/10.1016/s0065-2601(08)60281-6)
- Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C. & Mtsaik (2012). Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(4), 663–688. DOI: [10.1037/a0029393](https://doi.org/10.1037/a0029393)
- Shah, P., Misra, A., Gupta, N., Hazra, D. K., Gupta, R., Seth, P., ... & Hazra, N. (2010). Improvement in nutrition-related knowledge and behaviour of urban Asian Indian school children: findings from the 'Medical education for children/Adolescents for Realistic prevention of obesity and diabetes and for healthy ageing' (MARG) intervention study. *British Journal of Nutrition*, 104(3), 427–436. DOI: [10.1017/s0007114510000681](https://doi.org/10.1017/s0007114510000681)
- Singhal, N., Misra, A., Shah, P. & Gulati, S. (2010). Effects of controlled school-based multi-component model of nutrition and lifestyle interventions on behavior modification, anthropometry and metabolic risk profile of urban Asian Indian adolescents in North India. *European journal of clinical nutrition*, 64(4), 364–373. DOI: [10.1038/ejcn.2009.150](https://doi.org/10.1038/ejcn.2009.150)
- Snelling, A. M., Ernst, J. & Belson, S. I. (2013). Teachers as role models in solving childhood obesity. *Journal of Pediatric Biochemistry*, 3(01), 055–060. DOI: [10.3233/JPB-120074](https://doi.org/10.3233/JPB-120074)
- Stokes, J. (1982) Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *Journal of Community Health*, 8, 33–41. DOI: [10.1007/bf01324395](https://doi.org/10.1007/bf01324395)
- Story, M., Neumark-Sztainer, D. & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic association*, 102(3), S40–S51. DOI: [10.1016/s0002-8223\(02\)90421-9](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(02)90421-9)
- Somsri, P., Satheannoppakao, W., Tipayamongkolgul, M., Vatanasomboon, P. & Kasemsup, R. (2016). A cosmetic content-based nutrition education program improves fruit and vegetable consumption among grade 11 Thai students. *Journal of*

nutrition education and behavior, 48(3), 190–198. DOI: [10.1016/j.jneb.2015.11.002](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2015.11.002)

Somhegyi, A. (2016). Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE): jelen helyzet. *Különleges Bánásmód*, 2(4), 61–80. DOI: [10.18458/kb.2016.4.61](https://doi.org/10.18458/kb.2016.4.61)

Wansink, B. (2004). Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. *Annual Review of Nutrition*, 24, 455–479. DOI: [10.1146/annurev.nutr.24.012003.132140](https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.24.012003.132140)

Ware, J. & Young, J. (1977). *Studies of the Value Placed on Health*. RAND Corporation. DOI: [10.7249/p5987](https://doi.org/10.7249/p5987)

Weszely Ödön (1994). *Bevezetés a neveléstudományba: A pedagógia alapvető kérdései*. OPKM.

Witt, K. E. & Dunn, C. (2012). Increasing fruit and vegetable consumption among preschoolers: evaluation of Color Me Healthy. *Journal of nutrition education and behavior*, 44(2), 107–113. DOI: [10.1016/j.jneb.2011.01.002](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2011.01.002)

Who, J. & Consultation, F. E. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *World Health Organisation Technical Report Series*, 916(i–viii). DOI: [10.1093/ije/dyh209](https://doi.org/10.1093/ije/dyh209)

World Health Organization (2016). *Report of the commission on Ending Childhood Obesity*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241510066>

Absztrakt

Az iskolai egészségnevelés, illetve az egészségnevelés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása a neveléstudomány területén részletesen feldolgozott és ismertetett, azonban az egészséges táplálkozásra nevelést mint az egészségnevelés részét még nem, vagy csak részleteiben mutatták be. A kutatás célja ezért az egészséges táplálkozásra nevelés mint értékközvetítés szerepének és lehetőségeinek bemutatása az iskolában, valamint az egészséges táplálkozásra nevelés elméleti alapjainak, az egészséges táplálkozás értékrendszerben elfoglalt helyének ismertetése. Az iskolai oktatás az egészséges táplálkozási magatartás alapja és kialakulásának feltétele. Az egészséges táplálkozásra nevelés az iskolában két formában jelenik meg: az iskolai közétkeztetés és az ahhoz kapcsolódó iskolai reformok, valamint a táplálkozási oktatási intervenciók keretében. A táplálkozástudatosság kialakításában az egyik legfontosabb szocializációs színtér az iskola, amely kiemelkedő szerepet tölt be a gyermekek táplálkozási magatartásának megváltoztatásában.