KÖZNEVELÉSI MUNKACSOPORT
MENTÁLIS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ISKOLAI SZÍNTÉREN, 6-10 ÉVES ÉLETKORBAN
A hazai és nemzetközi jó gyakorlatokat és tapasztalatok: összefoglaló tanulmány

MUNKAANYAG

I. BEVEZETÉS

I.1. A mentális egészség gyermekkorban

A mentális egészség hiánya és/vagy mentális betegség jelenléte gyermek- serdülőkorban súlyos negatív hatással bír a fejlődő szociális és tanulmányi készségekre, és a sikeres munkavállalásra, társadalmi, beilleszkedésre a felnőttkorban, azaz, a mentális egészség fejlesztése, megőrzése a gyermekkorban, hozzájárul az egészséges és sikeres életvitelhez a teljes életünk során (Adi és mtsai., 2007/b).
A lelkileg egészséges gyermekek a kiegyensúlyozott érzelmi, inetellektuális, kreatív és spirituális fejlődésük mentén képesek például a pozitív társas kapcsolatok kezdeményezésére, kialakítására és fenntartására (Mental Health Foundation, 2000). Emellett a lelki jóllét feltétele annak, hogy a fejlődő gyermek képes legyen a megfelelő önszabályozásra, feladatvégzésre és a tevékenységekben való elmélyülésre,valamint az önállóságra és egyben az egyedüllét hasznos eltöltésére. A mentális egészség szükséges ahhoz is, hogy megtanulja mások jogainak tiszteletben tartását, elismerését, a jó és a rossz megkülönböztetését, valamint megfelelő empátiára, és adekvát problémamegoldó és konfliktuskezelő képességre tegyen szert. (Adi és mtsai., 2007/a).
A gyermekkori mentális egészséggel foglalkozó szakemberek egyetértenek a pozitív társas kapcsolatok és az érzelmi intelligencia (érzelmi műveltség) és lelki jóllét kölcsönös egymásra hatásáról (Weare 2000). Érzelmi műveltség alatt az érzelmi tudatosságot, az érzelmek felismerését, az egyén érzelemszabályozási készségét és a társas kommunikációs helyzetek kapcsán mutatott megfelelő önszabályozást és empátiát értjük (Salovey 1990, Sarni 1997). Mindezek alapján, Adi és mtsai (2007/b) definícióját használva a mentális jóllét legfontosabb dimenziói gyermekkorban az érzelmi jóllét (pl:a depresszió ellentétei, azaz boldogságérzés, az élettel való elégedettség), a pszichológiai jóllét (mentális rugalmasság, megfelelő önállóság és önbizalom, figyelmi/bevonódási képesség) és a szociális jóllét (jól

működő társas-kapcsolatok, jó szociális készségek, mint a konfliktuskezelési és problémamegoldó készség, megfelelő érzelmi műveltség). Egy gyermek mentális jólléte nagyban függ a környezetétől, az abból érkező ingerektől és az abból érkező válaszreakcióktól. Ezek a környezeti ingerek a biológai/genetikai meghatározottság mentén, de képesek a gyermek pszichoszociális fejlődését befolyásolni a mentális betegségekkel szembeni fogékonyságot csökkenteni. A gyermek közvetlen környezete (a család) mellett jelentős szerepe van a pedagógiai környezetnek, melyben a bölcsődei évektől a fiatal felnőtt korig jelentős időt tölt az egyén. Ennek megfelelően a pedagógusok szerepe a szociális érzelmi nevelésben és ennek kapcsán a mentális jóllétben és a mentális betegségek megelőzésében is jelentős. A köznevelésben dolgozó szakemberek által tapasztalt, általuk viselkedés/magatartásproblémának, érzelmi problémának, beilleszkedési zavarnak vagy adott esetben antiszociális viselkedésnek észlelt eltérések tulajdonképpen az érzelmi, pszichológiai, szociális jóllét hiányát, a kialakulásukhoz szükséges fejlődés zavarát jelezhetik.
A fentiek alapján a mentális egészség fejlesztése és fenntartása az iskolai színtéren nemcsak az iskolai beilleszkedésnek és a képesség szerinti tanulmányi eredmény elérésének alapja, de jelentősen befolyásolja a felnőttkori mentális egészséget és a pozitív társadalmi szerepvállalást.

I.2. Iskolai színtéren zajló mentális egészségfejlesztés nemzetközi szabályozása

I.2.1. Nemzetközi népegészségügyi szervezetek stratégiái

„WHO Európai Lelki Egészség Cselekvési Terv 2013-2020” 2015-ben frissített változata [WHO Action Plan 2013] egyesíti és feladatokká formálja az aktuálisan érvényes nemzetközi elvárásokat, meghatározva a nemzeti politikák kialakításának alapelveit. Az iskolai környezetben zajló mentális egészségfejlesztés lehetséges feladatai számára a 7 cél közül egy ad iránymutatást (1.cél), a célok többsége a már fennálló mentális probléma kezelésének különböző aspektusait fedi le (2-6. cél), valamint lelki egészséget megvalósító rendszer működését szabályozza (7. cél).

Az Európai Lelki Egészség Cselekvési Terv első fő célja: „**minden ember egyenlő eséllyel éljen lelki egészségben egy életen át, különösen azok, akik veszélyeztetettek e téren**.” (WHO Action Plan 2013.). A cél elérését mutató eredmények egyikeként az iskolai életben a lelki egészség, és annak elérését biztosító faktorok kiemelt figyelmet kapnak. A

Cselekvési Terv iskolai **univerzális lelki egészségfejlesztési programokat javasol, kiemelve a gyermekek emocionális problémáinak korai felismerését, és a szülői készségek támogatását.**

A **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** "Whole School, Whole Community, Whole Child" modellből [CDC WSCC 2016] kiindulva alakították ki a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés komplex egészségfejlesztés hazai megközelítésének szempont rendszerét. [TIE koncepció], mely e tanulmány készítésének idején a hazai iskolai egészségfejlesztési tevékenység jogszabály által támogatott módon, irányadó keretrendszere.

A "Whole School, Whole Community, Whole Child" modell mentén tíz célterületen egyszerre alkalmazott beavatkozásokkal biztosítható az egészségfejlesztés teljes körűsége:

1. Ismeretátadás, készségfejlesztés;
2. Életmód/egészségmagatartás;
3. Iskolai kultúra, pozitív légkör;
4. Egészség szolgáltatások (az egyes tanulókat támogató szolgáltatások);
5. Egyéni mentorálási funkció;
6. Megfelelő fizikai környezet;
7. Iskolai dolgozók jól-léte;
8. Megfelelő családi környezet kialakítása;
9. Iskolán kívüli közösségek bevonása;
10. Közösségi szerepvállalás.

I.2.2. Nemzeti népegészségügyi stratégiák (példák)

I.2.3. Irányadó és iránymutató szempontok a hazai rendszer kialakításához

I.3. Iskolai színtéren zajló mentális egészségfejlesztés hazai helyzetképének összefoglalása

II. NEMZETKÖZI SZAKIRODALOM FELDOLGOZÁSA

II.1. Bevezetés

A fejezet célja a nemzetközi és hazai szakirodalom áttekintése az általános iskolai 6-10/12 éves korosztály számra jól implementálható, fenntartható, jó gyakorlatokon alapuló és hatékony mentális egészséget fejlesztő, és a mentális problémákat megelőző univerzális prevenciós programok tekintetében.

Tekintettel arra, hogy a gyermekek többsége naponta megjelenik az iskolában, valamint arra a tényre, hogy a szociális és érzelmi jóllét egyértelműen befolyásolja a tanulmányi eredményeket (Clarke és Berry, 2015; Sammons, 2007), továbbá arra is, hogy a mentális problémák gyakran vezetnek az iskolai eredmények romlásához, bukáshoz, hiányzáshoz, az iskolából való kimaradáshoz (Kessler és mtsai., 1995; Malecki és mtsai., 2002), az iskolai színtér egy igen kézenfekvő színtere a mentális egészséggel kapcsolatos ismeretek oktatásának, valamint a mentális egészség fejlesztésére és a mentális betegségek prevenciójára irányuló beavatkozásoknak (Santor és mtsai., 2009). Jelen ajánlásunk célja, olyan nemzetközi evidenciákon és/vagy jó gyakorlatokon alapuló univerzális iskolai programok felkutatása, melyek a Köznevelési Munkcsoport hazai helyzetfelmérése (ld: E.T.1.dokumentum) alapján, hazai iskolai környezetben is nagy eséllyel adaptálható, a 6-10/12 éves általános iskolai korosztályt célzó mentális egészségfejlesztő program.

Ha a gyermekek mentális egészségéről, annak köznevelésben való fejlesztéséről beszélünk, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a pedagógusok mentális egészségét sem. Fontosnak tartjuk tehát megemlíteni, hogy bár a gyermekeket oktató tanárok mentális jólléte - a tanár és a tanulók kapcsolatán, a tanítás hatékonyságán és egyéb tényezőkön keresztül - nagyban befolyásolja a diákok mind tanulmányi, mind érzelmi és pszichoszociális fejlődését (Naghieh és mtsai., 2015), a pedagógus lelki egészségfejlesztésével kapcsolatos kutatómunka a jelen pályázat kereteit meghaladó lett volna. A munkacsoport döntését az is alátámasztotta, hogy a Projekten belül működő munkahelyi mentális egészséggel külön munkacsoport foglalkozot. javítását

Ennek megfelelően az általunk összeállított dokumentum csak a tanulókat univerzálisan célzó általános iskolai mentális egészség promóciós és prevenciós programokra terjed ki. Mindemellett úgy gondoljuk, hogy hatékony, a diákok érzelmi szociális készségeit, ezáltal az adaptív viselkedést fejlesztő és az iskolai problémás viselkedés menedzselését segítő programok, mintegy a pedagógus kezébe adott- a LEK vagy az iskolapszichológusok szükség szerinti támogatása mellett- a gyakorlatban jól használható eszközök, melyek közvetve elősegíthetik a munkahelyi stressz csökkenését a sikeres pedagógiai munkát. Továbbá, számos jó gyakorlat magában foglal olyan elemeket, melyek a pedagógusok adott programmal való megismertetése mellett számukra szupervíziót, vagy coaching/tanácsadást nyújt.

Az iskolai mentális egészségfejlesztés és a mentális problémák iskolai környezetben történő felismerése nemzetközi szinten régóta fontos kérdés (Santor és mtsai., 2009). Nemcsak a kutatókat és a pedagógusokat, de a politikai döntéshozókat is foglalkoztatja. Ennek oka, hogy az egészséges szociális és érzelmi fejlődés a későbbi társadalmi beilleszkedés és munkavállalás megalapozója, valamint az, hogy a mentális betegségek korai felismerése és adekvát kezelése a betegségteher egyéni/családi és társadalmi következményeit enyhítheti (WHO, 2002).

Az elmúlt évtized részletes összefoglaló és áttekintő tanulmányai (pl: Adi és mtsai, 2007/a; 2007/b; Weare és mtsai, 2011; Clarke és mtsai, 2015) azt mutatják, hogy léteznek hatékony iskolai mentális egészségfejlesztő és mentális betegségeket megelőző programok. Az összefoglalókból kitűnik, hogy az elmúlt 2 évtizedben az Egyesült Államokban, Ausztráliában és Európában kifejlesztett ezernél is több program rendkívül szerteágazó célkitűzések mentén született. Ezek közt szerepelnek a mentális egészség általános fejlesztésére, a mentális problémák prevenciójára és korai felismerése, valamint az iskolai erőszak/bullying és a szerhasználat prevenciós és intervenciós, továbbá a mentális betegségek kezelésére célzó iskolai beavatkozások (Weare és Nind, 2011). Kevés azonban az egyes programok hatékonyságát szigorú kritériumok mentén és hosszútávon vizsgáló tanulmány. Jelentős tényező továbbá, hogy a programok hatékonysága és fenntarthatósága nagymértékben függ a megvalósítás minőségétől, melyhez az evidenciákon alapuló programok mellett jelentős erőforrások (szakmai tréning, anyagi fedezet, közösségi és politikai döntéshozói támogatás) szükségesek.

II.2. Az iskolai mentális egészség promóció és prevenció

Az iskolai mentális egészségfejlesztés alatt általánosan bármely, iskolai környezetben megvalósuló mentális egészség fejlesztésére és megőrzésére irányuló programot érthetjük, vagyis tágabb értelemben véve minden olyan program, mely a lelki egészség fejlesztésére, a mentális betegségek prevenciójára, a mentális problémákkal küszködők azonosítására, vagy kezelésére irányul és iskolai színtéren zajlik (Weisz és mtsai 2005). A WHO Mentális Egészség és Szerhasználat Osztályának (2004) összefoglaló riportja részletesen foglalkozik a mentális egészség fejlesztése (promóciója) és a mentális betegségek prevenciójának kapcsolatával. Meghatározásuk szerint a mentális **egészségfejlesztő promóciós beavatkozások** a mentális egészséget erőforrásnak tekintik, alapvető emberi jognak, mely a társadalmi szociális és a gazdasági fejlődés elengedhetetlen eleme. A mentális betegségek megelőzése a mentális egészség promóciós stratégiák szélesebb értelemben vett céljának is tekinthető (Hosman és Jané-Llopis

1999). Ebben az értelemben véve a **preventív beavatkozások** célja a betegség rizikófaktorainak csökkentése és a védőtényezők (protektív faktorok) javítása. A prevenciós medicinában elterjedt definíció szerint a mentális betegségek prevenciójának célja a megjelenési és előfordulási gyakoriság csökkentése mellett, a betegség rekurrenciájának csökkentése, a betegségben töltött idő és a betegségteher egyénre/családra és társadalomra gyakorolt terhének csökkentése (Mrazek & Haggerty, 1994). Ebben a megközelítésben (iskolai színtéren is) a mentális egészség javítására irányuló **primer prevenciós beavatkozások** három típusát különböztetjük meg (Hosman és mtsai., 2005; Mrazek és Haggerty 1994). Ezek az un. *univerzális* (meghatározott érzelmi és viselkedésproblémák megelőzésére irányuló összes gyermek számára nyújtott) programok; a *szelektív*, a betegség szempontjából hasonló kockázati faktorú (biológiai, pszichológiai, szociális) gyermekek egy csoportjának nyújtott programok és az *indikált* prevenciós programok, melyek a mentális betegség tüneteit mutató gyermekek számára nyújtható beavatkozások (Hosman, Jané-Llopis & Saxena, 2005). A mentális állapot szemszögéből a fent vázolt tradícionális modell alapvetően a viselkedési és érzelmi problémák/betegségek tüneteire fókuszál, azok megelőzésére illetve kezelésére. Figyelemre méltó viszont a modell Weisz és munkatársai (2005) által javasolt kiegészítése, mely véleményünk szerint megfelelően egybecseng a promóciós és prevenciós beavatkozások kapcsolatának, WHO (2004) szerint megközelítésével. Rendszerükben az iskolai mentális prevenciós programok magukban foglalják a mentális egészséget fejlesztő promóciós, azaz a pozitív lelki fejlődést elősegítő programokat is (Weisz és mtsai., 2005). Klasszifikációjuknak megfelelően a mentális egészségfejlesztő promóciós és a megelőző prevenciós programok 5 csoportját különböztetik meg: 1) **Egészség Promóciós/Pozitív Fejlődést segítő Programok**, olyan programok, melyek a teljes populációt célozzák azoknak az erősségek fejlesztése érdekében, melyek a későbbi magatartási problémák rizikóját csökkentik. 2) **Általános Megelőző Programok,** melyek valamely nem specifikus rizikótényezővel (pl. stressz) való megküzdésre fókuszáló, de szintén a fiatalok teljes populációjának (egy egész osztály, egész iskola tanulói) nyújtott programok. Ezeknél a beavatkozásoknál, tehát nem különböztetik meg a fokozott kockázatú tanulókat. 3) **Szelektív Megelőző Programok**, amelyek a fiatalok egy adott betegség szempontjából bizonyítottan rizikót hordozók csoportját célozzák. 4) **Indikált Prevenciós Programok** pedig azokat a fiatalokat célozzák, akiknek jelentős betegség tünetei vannak, de jelenleg nincsenek meg a betegség diagnosztikus kritériumai. 5) **Kezelési Intervenciók** már a súlyos tüneteket mutató vagy diagnosztizálható betegségben szenvedőket célozó beavatkozások. Jelen dokumentumban elsősorban iskolai mentális egészségfejlesztő (promóciós) és/vagy a pozitív

fejlődést segítő programokkal és általános megelőző programokkal foglalkozunk, s a javasolt programokat Clarke és mtsai (2015) nyomán alapvető céljuk szerint 2 nagyobb csoportra osztjuk. Egyrészt *kompetencia (érzelmi, szociális) fejlesztő* programok másrészt *Problémás viselkedést (agresszió, bullying, szerhasználat) megelőző, csökkentő* programok (ld: IV fejezet).

Az érzelmi6szociális kompetenciát fejlesztő programokkal kapcsolatban kiemelendő, hogy a pszichológiában és a pedagógiai tudomány területén is egyre több kutatás foglalkozik a proaktívabb (promóciót és a protektív tényezőket hangsúlyozó) szemléletű egészségfejlesztési programokkal (Weare, 2010; Clarke és Barry, 2009). Ezek tehát nem csak a betegség megelőzésére, a rizikótényezőkkel való megküzdés adaptív stratégiáira, hanem proaktív módon az adaptív viselkedésfejlődésre, adaptív kompetenciák fejlesztésére fókuszálnak. Számos kifejezés bukkan fel az irodalomban erre a megközelítésre (érzelmi intelligencia, rugalmasság, életkészségek), de a legelterjedtebb nomenklatúra szerint ezeket a programokat Szociális Érzelmi Tanulás (Social Emotional Learning-SEL) programoknak nevezzük (Weare, 2010; Clarke és mtsai. 2015).

Szociális Érzelmi Tanulás (SEL) Programok

A SEL programok célja olyan képességek, attitűdök és készségek fejlesztése, mely által a gyermek képes lesz (a) saját és mások érzelmi reakcióinak felismerésére, kezelésére (b) pozitív célok kitűzésére, (c) mások figyelembe vételére (d) pozitív kapcsolatok kialakítására, (e) felelősségteljes döntések meghozatalára és (f) hatékony konfliktuskezelésre (Elias és mtsai., 1997; Payton és mtsai., 2000). Iskolai színtéren a hatékony SEL program két egymással összefüggő tényezőt integrál az egészséges pszichoszociális fejlődés és a sikeres iskolai teljesítmény érdekében: 1) készségfejlesztés és 2) támogató pedagógiai környezet (Clarke és Barry, 2009; Clarke és mtsai, 2015).

A bizonyítottan hatékony kompetencia fejlesztő programok (pl: Friends, Zippy's Friends) tehát a szociális és érzelmi készségek pozitív irányú fejlődésének érdekében az oktatás során az érzelmekkel és a szociális adaptációval kapcsolatos ismeretek oktatása mellett, a megfelelő stratégiákat gyakorlására és a legkülönfélébb helyzetekben való alkalmazás elsajátítására fókuszál. Ennek köszönhetően a neurobiológiai és pszichoszociális területen is fejlődésben lévő tanulók ezen készségeket integrálják a saját viselkedési repertoárjukba. Ezek a készségek azután segítik a gyermekeket abban, hogy motiváltak legyenek a sikerre, bízzanak saját képességeikben, megfelelően kommunikáljanak a tanáraikkal, megfelelő tanulmányi célokat

tűzzenek ki maguk elé és azok eléréshez megfelelően tudják szervezni saját viselkedésüket, képesek legyenek az akadályok leküzdésére.

A SEL második komponense a biztonságos, támogató pedagógiai környezet, ahol a) a gyermekek gondoskodást és tiszteletet éreznek, b) a felnőttek példát mutatnak és minden diák számára lehetőséget teremtenek arra, hogy a tanult készségeket alkalmazzák mind az osztályban, mind a teljes iskolai környezetben. Nagyon fontos, hogy a pedagógiai környezet kommunikációs stílusa, a tanulmányi elvárások szintje, az osztály struktúrája és szabályai, valamint az iskola teljes légköre az összes tanuló megfelelő teljesítménye iránti elkötelezettség jegyében szerveződjék. Lényeges az is, hogy az iskola nyitott a szülők és a társadalmi közösség bevonására is (Greenberg et al., 2003; Zins et al., 2004). Az iskolai légkör és a pedagógusok szerepének fontosságát bizonyítja Payton és mtsai (2008) tanulmánya, mely összesen 324303 fő, 5-13 éves korosztályhoz tartozó gyermeket bevonó, 317 vizsgálat áttekintése alapján azt találta, hogy a beavatkozás abban az esetben volt szignifikáns hatással a tanulmányi eredményre, ha az iskolai személyzet végezte a programot. A kutatócsoport (Payton és mtsai, 2008) a hatékony programok jellegzetességeivel kapcsolatban tett megállapításai szerint a készségtréning leghatékonyabb, ha

- a megtervezett készségfejlesztő aktivitás készletet egymás után, megfelelő sorrendben alkalmazza a program,
- ha a program a tanulás aktív formáit alkalmazza, mint szerepjáték és a viselkedés gyakorlása pozitív visszajelzéssel,
- ha program megfelelő időt szentel a szociális és érzelmi készségek fejlődésére,
- ha a program specifikus szociális és érzelmi kompetenciák kialakítását/fejlesztését célozza.

Fontos megemlíteni, hogy korábbi áttekintő vizsgálatok eredménye alapján a univerzális SEL programok hatékonysága nagyobb koraibb életkorban, mint idősebb gyermekeknél (Tennant et al., 2007; Browne et al., 2004).

A SEL programok, illetve a hasonló pozitív viselkedés fejlődését elősegítő univerzális programok további jelentősége, hogy a különböző, az egyébként speciális beavatkozást igénylő magatartási problémákat, vagy fejlődési eltéréseket mutató tanulók stigmatizálása nélkül, többirányú általános prevenció nyújtható. Kiemelendő, hogy a programok nemcsak a viselkedési problémák csökkentése de a tanulmányi eredmények tekintetében is pozitív hatásúak. A tanulók iskolai teszteken elért pontjai, szignifikánsan, átlagosan 11-17% -al javultak (Payton és mtsai., 2008). A csak az univerzális programok vizsgálata alapján Payton

és munkatársai (2008) elemzései azt mutatták, hogy hatékonyak lehetnek a pozitív szociális viselkedés, a magatartási problémák, az érzelmi fejlődés, és szorongással való megküzdés területén. A tanulmányi eredmények javulásában mérsékelt hatékonyságot mutattak, azonban a tanulmányi eredmények hosszú távú alakulását tekintve, a hatás tartós volt mind az univerzális, mind az indikált programok alkalmazása esetén.

Visszautalva az egészségfejlesztő és a megelőző modellek általános tárgyalására, a SEL a gyermek-serdülőkori fejlődéslélektani szemléleten alapul, ami az optimális növekedés és fejlődés támogatására fókuszál, míg a tradícionális mentális egészség spektrum modell, számos módosítás ellenére inkább betegségfókuszú. Fontos megjegyezni azonban, hogy az egészségfejlesztő promóciós és a prevenciós programok hatékonysága ellenére, jelentős számú fiatalnál alakulhat ki kezelést igénylő mentális betegség (Santor és mtsai., 2009). Ez aláhúzza egy olyan iskola-alapú mentális egészségfejlesztő stratégia kidolgozásának fontosságát, amely mind a mentális egészségfejlesztést, a lelki egészség-tudatosság oktatást, mind a mentális betegségek időben történő felismerését lehetővé teszi (Santor és mtsai; 2009).

Problémás viselkedést (agresszió/erőszak, bullying, szerhasználat) megelőző, csökkentő programok

Az általunk áttekintett irodalom és a javasolt programok másik nagy csoportja az erőszakos és/vagy bántalmazó viselkedés valamint a magatartászavarok és a különböző szerhasználat megelőzésére irányuló programok csoportja. Bár számos összefüggés ismert a mentális egészség és a dohányzás, mint kockázatkereső magatartás között a fiatal populációkban, a munkacsoport döntése alapján jelen tanulmány nem foglalkozik a kifejezetten dohányzásra fókuszáló prevenciós programokkal.

Az erőszakos vagy bántalmazó (bullying) viselkedés nemcsak az ilyen magatrtást mutató gyermek mentális jóllétének hiányára hívja fel a figyelmet, de jelentős veszélyt jelent mások fizikális és lelki egészségére is. Noha jelen dokumentum nem tér ki részletesen a bullying fogalmának, epidemiológiájának és következményeinek tárgyalására, tekintettel a probléma iskolai megjelenésének jelentőségére fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy a bár a az iskolai (gyermek-, serdülőkori) bullying sokáig a korosztály fejlődéssel együtt járó “tolerálható” problémájának tekintették, mára a megelőzése és adekvát kezelésének fontossága bizonyított. Bullying is associated with anxiety, depression, poor school performance, and future delinquent behavior among its targets, and reports regularly surface of youth who have committed suicide at least in part because of intolerable bullying. Bullying also can have

harmful effects on children who bully, on bystanders, on school climates, and on society at large. Bullying can occur at all ages, from before elementary school to after high school.

Létezik számos publikált, szisztematikus áttekintő tanulmány és ezek áttekintő tanulmányai, amelyek megvizsgálták és szintetizálták az uralkodó modelleket és megközelítéseket valamint a fent leírt SEL és Problémás Viselkedést megelőző programok hatékonyságát az iskolai lelki egészségfejlesztésben (Adi és mtsai, 2007/a, b; Weare és mtsai, 2011). (ld: mellékelt Review táblázat-KNMCS).

A fentiek alapján jelen munkánk kiinduló pontja a közelmúltban megjelent, s talán legátfogóbb, Weare és mtsai. (2011) által publikált szisztematikus áttekintő tanulmányokat összefoglaló áttekintő vizsgálat. A cikk 52 publikáció eredményeit szintetizálja, evidencián alapuló programokat és a hatékony programok általános tulajdonságait kutatva. A munka a DataPrev Projekt keretén belül megvalósuló egyik alprojekt (https://www.google.com/url?q=https://ec.europa.eu/research/fp6/ssp/dataprev_en.htm&sa=D&ust=1488286770840000&usg=AFQjCNElxUbV1xfR01Er1OnsEUvUi4TPKg). A DataPrev a mentális egészségfejlesztés és megelőzés nemzetközi evidenciáinak összegyűjtését tűzte ki célul a közösségi mentális egészség 4 területén (szülői, iskolai, munkahelyi, időskori). A DataPrev megállapításai az iskolai mentális egészségfejlesztés és betegség prevenció evidenciáiról általában: 1) A szigorú kritérium-rendszer alapján beválasztott beavatkozásokat áttekintő tanulmányok (n=52) elemzése alapján, a legjobbnak tartott programok hatékonyak. 2) A jól megtervezett programok pozitív hatásai széleskörűek, beleértve a depresszióra, szorongásra, agresszióra, impulzivitásra, empátiára, reális önértékelésre, kortárs kapcsolatokra gyakorolt pozitív hatásokat. Segítenek a korai szexualitás, alkohol és droghasználat az erőszak és a bullying megelőzésében, továbbá a proszociális viselkedés és a tanulmányi eredmények és a tanulási attitűd pozitív irányú fejlesztésében. A részletes eredmények az alábbiak szerint foglalhatók össze (Weare és Nind, 2011/b)

1) DataPrev által alkalmazott módszertan alapján az 1990 és 2008 közötti időszakban megjelent 52 áttekintő tanulmány felelt meg a bevételi kritériumoknak (Weare és Nind 2011/a). Közülük 46 tanulmány foglalkozik univerzális programokkal, de ezek nagy része indikált vagy szelektált populációkra gyakorolt hatást is vizsgál. A tanulmányok többsége (n=50) az általa vizsgált programot/programokat pozitív hatásúnak találta, míg 2 áttekintő tanulmány nem hoz egyértelmű következtetést (Park-Higgerson és

mtsai., 2008; Schachter és mtsai., 2008). A pozitív hatás szignifikánsnak tekinthető a gyermek, az osztályközösség, az iskola és társadalmi viszonylatban is, a mentális egészségismeretek, a mentális problémák, a szociális- és érzelmi tanulás az erőszak és az iskolai tanulmányi előmenetel területein. A hatáserősség (effect size: ES) statisztikai értelemben általában kicsi-közepes mértékűnek adódott, de a DataPrev munkacsoport Durlak és mtsai (2010) publikációjára hivatkozva kiemeli, hogy a mindennapokban megfigyelhető pozitív hatás, egyéb mentális egészségfejlesztő vagy oktatási programokkal összehasonlítva is jelentős, hiszen 11%-os tanulmányi eredmény javulás (felmérő teszteken nyújtott pontszámok alapján) mellett 25%-os javulás érhető el a szociális és érzelmi készségekben és 10%-os csökkenés az iskolai magatartásproblémák, depresszió és szorongás tekintetében.

2) Összesen 28 jó gyakorlatnak tekinthető programot sikerült azonosítani Európában. Ezek közül 15 európai fejlesztésű (9 bullying vagy erőszak prevenciós), míg 12 az USA-ban és 1 Ausztráliában kifejlesztett program (ld: Weare és Nind 2011/a).

A hatékonyabb programok jellemzőinek elemzését elősegítette, hogy a nemrégiben kivitelezett tanulmányok a program hatékonyságát előrejelző tényezők vizsgálatával is foglalkoznak. Ezek alapján a projekt további megállapításai:

3) Mind az univerzális, mind a célzott mentális egészségfejlesztő programoknak megvan a maga helye és indikációja, de kombinált alkalmazásuk esetén hatásuk erősebb. Mindazonáltal az univerzális és a célzott beavatkozások egy programon belüli pontos aránya jelenleg nem meghatározható (Adi et al., 2007b). A legtöbb program hatása erőteljesebb, a magasabb rizikójú gyermekek esetén („ceiling hatás") (Horowitz és Garber, 2006). Az univerzális programok önmagukban alkalmazva hatékonyabbak az önmagában alkalmazott célzott programokkal összehasonlítva (Diekstra, 2008). A bullying ellenes programok alkalmazása zaklató gyermekek csoportjában növelte a nem kívánatos bántalmazó viselkedést (Farrington és Ttofi, 2009). Továbbá jobbnak tűnik, ha a célkitűzés a pozitív mentális egészség általában, mint ha egy specifikus mentális problémára fokuszál a program.
4) A európai mentális egészségfejlesztő programok jelentős része (n=19) a készségek javítására és a tantervre fókuszál (Berkowitz, 2007). További 6 program szélesebb spektrumú iskolai beavatkozáson alapul, magába foglalva a készségfejlesztés mellett a

tanári tréninget, a szülői tanácsadást és az iskolai légkört is míg 2 program tanári oktató program és további 1 program a kortáscsoport szupportra épült (Weare és Nind, 2011/b)

Elmondható, hogy a készség és kompetencia fejlesztés központi fontossággal bír egy átfogó és hatékony mentális egészség fejlesztő program esetén. Ezen képességek fejlődése pozitív hatásúnak bizonyult a depresszió, a szorongás, a magatartászavar, az erőszak prevenció és a konfliktuskezelés tekintetében is. A hatás akkor kifejezettebb, ha a mentális egészség ismeretek az osztályos tantervbe ágyazottak és a tanár az órai interakciókra pozitív megerősítéssel reagál. Ennek megfelelően kognitív-viselkedésterápiás módszer alkalmazása különösen hatékony lehet.

5) A szerzők kiemelik a pozitív és holisztikus megközelítés fontosságát a mentális egészségfejlesztés terén szemben például az önmagában nem hatékony, a tanulóknak nyújtott egyoldalú didaktikus információ átadással, vagyis a hatékony mentális egészségfejlesztő programok módszertana inkább aktív, még inkább interaktív (szerepjáték, játékok, kiscsoportos munka) (Durlak és Weissberg, 2007). Számos tanulmány hangsúlyozza továbbá, hogy az osztályon belüli, a tanterve ágyazott készségfejlesztő módszereken túl, a hatékony iskolai mentális egészségfejlesztéshez a módszer magában kell, hogy foglalja a teljes iskolai környezetet, kultúrát és légkört, különös tekintetettel a tanár-diák és a diákok közötti kortárskapcsolatokra, többkomponensű megközelítést alkalmazva (Adi et al., 2007a). Ez számos szereplő bevonását teszi szükségessé, beleértve az iskola teljes szervezeti személyzetét és egységeit. A DataPrev Projekt összesen csak 6 olyan jó gyakorlatot azonosított, melyek teljes iskolai programok, melyek hatékonyságát még tovább érdemes vizsgálni.

6) A programok helyi megvalósítóival kapcsolatban a következtetés nem egységes, de úgy tűnik, hogy a beavatkozások korai szakaszában, a speciálisan képzett szakemberek képesek a megfelelő implementációra, míg a program hosszabb távú fenntarthatósága érdekében a tanárok bevonása elengedhetetlen (Diekstra, 2008/b). Ez különösen fontos a tanulmányi eredményekre gyakorolt megfelelő hatás érdekében. Több tanulmány állítja, hogy a kortársak, mint a program közvetítőinek bevonása hatékony lehet, de óvatos megfontolás tárgya az ilyen módszer alkalmazása bántalmazó gyermekek esetén (Farrington és Ttofi, 2009). A szülők és a család bevonásának pozitív hatása egyértelműen bizonyított, több tanulmány kulcsfontosságúnak véleményezi a hatékonyság szempontjából (ld: Adi és mtsai., 2007/a). A megfelelőn pszichoedukált

szülők az iskolában tanultakat otthoni környezetben is megerősíthetik, s a család, illetve a közösség szintjén is lehetnek járulékos pozitív hatásai (Durlak és mtsai,. 2007). Vagyis a szerzők a **szülők rutinszerű bevonását javasolják a teljes iskolai, többkomponensű programok részeként.**

7) **Általánosságban a korai alkalmazás javasolt, minél fiatalabb életkorban kezdve a programot és a folytatásban további megerősítő/emlékeztető üléseket tartva a hosszabb távú hatás elérése érdekében** (Browne és mtsai., 2007). A bullying és erőszak prevenciós programok javasolt kezdése egy kicsit későbbi életkor (Farrington és Ttofi, 2009). Enyhébb problémák esetén a rövidebb ideig tartó programok esetleg hatással lehetnek magatartási problémákra például, de általánosságban elmondható, hogy különösen a készségfejlesztő és a súlyosabb mentális problémákra fókuszáló programok esetén a hosszabb, minimálisan 9 hó-1 év időtartamú programok hatékonyabbak (Shucksmith és mtsai., 2007). Az intenzívebb, heti több alkalmas programok hatékonyabbak a kisebb intenzitású, időben elnyúló programokkal összehasonlítva (Farrington és Ttofi, 2009).

8) Implementációval kapcsolatos következtetések:

   A szerzők kiemelik , hogy egy megfelelően tervezett program is kudarcot vallhat, nem megfelelő implementáció eseténWeare és Nind, 2011/b) Ez a tényező különösen fontos a teljes iskola programok esetében. A laza irányelvek mentén, tágan értelmezett elvek szerint alkalmazva a program ineffektív. A DataPrev összefoglaló (Wearw és Nind, 2011/b) alapján tehát a **magas minőségű implementáció (világos, következetes programhűség)** egymással összefüggő, több tanulmány által hangsúlyozott legfontosabb jellemzői az alábbiak:

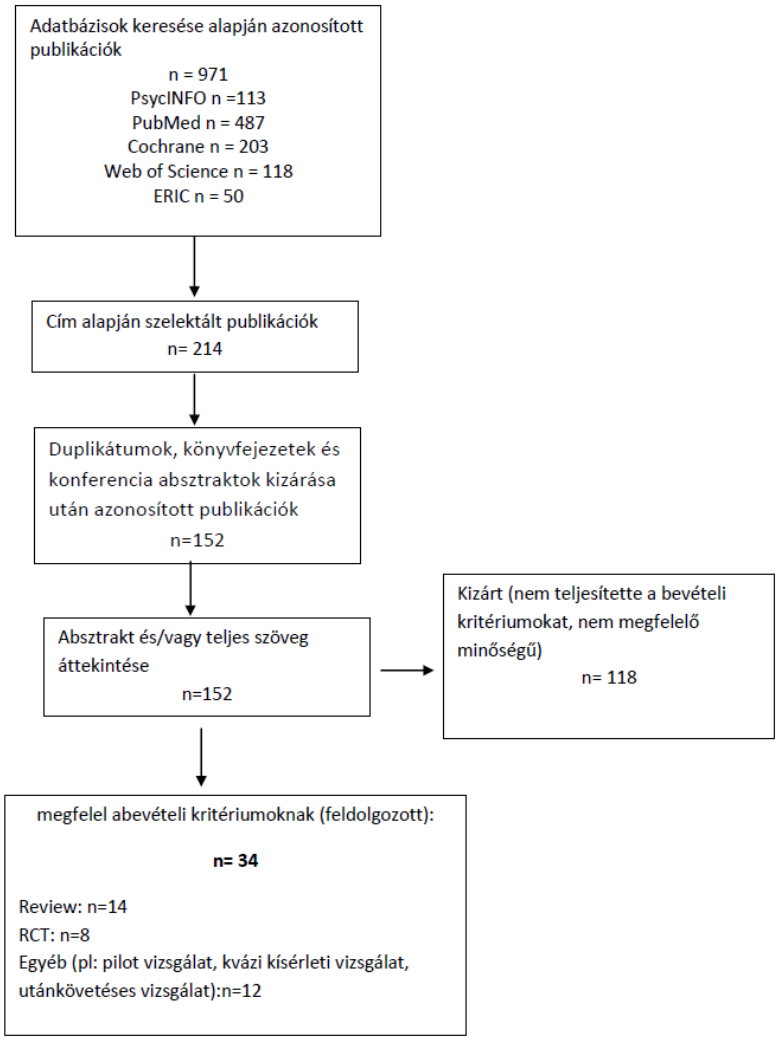
   - szilárd elméleti alap
   - specifikusan meghatározott, logikusan megtervezett célok és azoknak a program elemeihez való kapcsolatának a programot átadók számára való érthető, hatékony kommunikációja
   - direkt és egyértelemű fókusz a várt eredményre vonatkozóan, a sok pozitív hatás elérése érdekében megfogalmazott sok különböző cél, rontja a hatékonyságot
   - egyértelmű irányelvek, lehetőség szerint kézikönyvben rögzített
   - folyamatos tréning és minőségi ellenőrzés
   - a beavatkozás hatásainak visszajelzése
   - tudatosan választott személyzet az egyéni felelősségek pontos meghatározásával

- teljes és pontos kivitelezés

A közelmúlt nemzetközi eredményeinek megismerése érdekében végzett kutatásunk során az alábbi módszertannal további irodalomkutatást végeztünk 5 nemzetközi adatbázisban (ld: 1. Ábra) mental health prevention promotion school kereső szavakkal, 2011.01.01- 2016. 10.30-ig.

A publikációk kiválasztásánál kizáró kritériumok voltak a megjelenés éve 2010 vagy azt megelőző megjelenés, ha a publikáció nyelve más mint angol kivéve Muellmann és mtsai. 2016), ha nem empirikus vagy áttekintő tanulmány, ha nem 6-12 éves korú vagy nem ezzel a korcsoporttal átfedést mutató populációt vizsgált, ha nem 6-12 éves korosztálynak szólt a vizsgált program, ha nem univerzális mentális egészségfejlesztő programot vizsgált a tanulmány és ha csak dohányzás prevencióra irányult a vizsgált program.

1. Ábra: Tudományos adatbázisok keresése alapján azonosított publikációk



Az azonosított tanulmányok feldolgozása

(ld: Review táblázat_KNMCS és Tudományos szakirodalom_KNMCS táblázatok)

Szempontrendszer:

Feldolgozó; Szerző/cím; Megjelenés éve; Ország, ahol a vizsgálatot végezték; Tanulmány típusa; Vizsgálat típusa /elrendezése; Vizsgált program megnevezése; Vizsgált program/ok célja/i és célcsoportja; Beavatkozás; Vizsgált populáció (N); Komparator csoport; Vizsgálat időtartama, follow-up; Mérőeszközök; Eredmények, ES ha történt mérés; Következtetés, javasolt programok (ha van/nak); "Evidencia (bizonyíték szintje)"; Személyes megjegyzések

Eredmények:

34 nemzetközi cikk felelt meg a beválasztási kritériumoknak (14 review és 20 eredeti közlemény).

Review-k:- Az **egészségfejlesztő iskolák** szisztematikus áttekintését végezték összevetve olyan iskolákkal, ahol nem működik ilyen célú program (Langford et al., 2014). Olyan vizsgálatokat tekintettek át, amelyekben 4-18 éves gyermekek szerepeltek, az elemzés során azt az eredményt kapták, hogy az egészségfejlesztő iskolák pozitív változást hoznak a dohányzás és az erőszak áldozatává válása terén. Nem volt kimutatható eredmény az alkohol, a droghasználat, a mentális egészség, az erőszakoskodás és az iskolai teljesítmény terén.

- A szociális és emocionális tanulásról szóló intervenciók ("**Social and Emotional Learning**") tanulmányait vizsgálták meg dél-afrikai kutatók (Petersen et al., 2016). Ezek a programok képesek fejleszteni a szociális és érzelmi működést, javítani az iskolai teljesítményt gyermekeknél, valamint csökkenteni a rizikóviselkedést - azonban a cikk részleteket nem tartalmaz az alkalmazás körülményeiről.

- Enns és munkatársainak áttekintő tanulmánya (2016) további támpontot ad, az alapjául szolgáló 10 review feldolgozása hasznos lehet az irodalomkutatás folytatásában. Ezek az iskolában zajlott programok mentális és pszichológiai jólléttel, reziliencia kiépítésével, depresszió- és szorongásmegelőzéssel voltak kapcsolatosak.

- Muellmann és kollégái (2016) 331 erdeti közleményt tekintettek át 2007 és 2015 között, melyek érintik a lelki egészséget és jó környezetet, egyéni vagy csoportos környezetben; az iskolai és osztálymenedzsmentet, társas és érzelmi készségek fejlesztését; iskolapolitikát, iskola struktúrájában hozott változásokat . Vizsgáltak továbbá az egyéni és csoportos problémamegoldást, iskolai zaklatást, fegyelmezési módszereket, depressziót is az általuk áttekintett tanulmányok alapján. A különféle intervenciós programokban (Good Behavior Game, Mentoring, Wiener Sozial Kompetenz Training, Szülőtréning, Klassenraummanagement, The fairplayer manual, das Programm GO! Gesundheit und Optimismus zur Prävention von Depressionen, Intervention MEDIENHELDEN, proACT')

való részvétel növelte a diákok mentális egészségét, csökkentette az iskolai zaklatást és erőszak előfordulását, változást hozott az iskolai környezetben.

- 2-19 évesekkel folytatott intervenciós tanulmányok áttekintését végezték el 1990 és 2009 között megjelent cikkekre vonatkozóan (Smedler et al., 2015). 25 prevenciós programot is tartalmazott az áttekintés externalizáló problémákra fókuszálva. A beavatkozások változatos jellegűek voltak, havi 3 ülést magában foglalótól az évekig tartókig, az utánkövetés is 6 hónaptól kezdődve több évig is eltartott az egyes esetekben. Eredményt csak a "**Good Behavior Game**" (GBG) program hozott 3 tanulmányban, csökkentette az externailzáló tüneteket 12 hónap utánkövetéssel, alacsony mértékben.

- 6-7. osztályosok körében kimondottan a droghasználat megelőzését célzó intervenciók összefoglalását és értékelését végezték el (Faggiano et al., 2014). Ebben az összegzésben 51 tanulmány került átnézésre, a megközelítések alapja a szociális kompetencia összevetése a szokványos curriculummal vagy a beavatkozás elmaradásával.

- 2007-2012 között megjelent tanulmányok szisztematikus áttekintése azt a célt szolgálta, hogy különböző típusú egészségfejlesztő iskolai programokat feltérképezzen (Chilton, Pearson, & Anderson, 2015). 67 program alapján az Egyesült Királyság iskoláiban 4 egészségtémát jelöltek meg, amiket érdemes beépíteni: táplálkozás/diéta, dohányzás, lelki egészség és szexuális egészség.

- 2000-2014 között megjelent 22 intervenciós tanulmányt vizsgáltak meg (Fazel et al., 2014). Az áttekintés általánosságban fogalmaz az iskolai intervenciókról, melyek csökkentették az iskolai erőszakot és zaklatást, fejlesztették a rezilienciát, a megküzdési készségeket, és növelték az énhatékonyságot. Részletesebb bemutatásra az alábbi két program kerül: "**School HeAlth Promotion and Empowerment**" (SHAPE) és "**UNICEF practice**".

- 1960 és 2012 között megjelent tanulmányok átvizsgálásának a legjobb gyakorlatok ajánlása volt a célja (Katz et al., 2013). 25 releváns cikket találtak, amiben 16 szuicid-prevenciós program került beazonosításra. Bár a szakirodalmi áttekintésünk célja nem közvetlenül a szuicid prevenció, mégis megemlítendő, hogy a **GBG program** a 15 éves utánkövetés során is szignifikáns hatékonyságot mutat.

Eredeti közlemények:

- A vizsgálat célja a tanári készségfejlesztés a problémás viselkedés kezelésében, a szocio-emocionális szabályozás javítása az "**Incredible years**" program segítségével (Ford et al., 2012). 4-9 éves gyermekek bevonásával zajlott a program, melynek eredményét még nem tartalmazta a cikk.

- A "**Michigan Model for Health**" elnevezésű univerzális prevenciós programot 9-11 éves gyermekek (N=52 iskola; N=2512 gyerek) körében vizsgálták, akik 12 héten át 40 perces foglalkozásokon vettek részt, majd a következő évben 14 hétre növekedett a program időtartama (O'Neill, Clark, & Jones, 2011). A fókuszban nem csupán a mentális egészség állt, hanem a szomatikus egészség is, a különböző tanulási technikák elsajátítása, társas kommunikáció, konfliktuskezelő készségek fejlesztése, a társas nyomásnak való ellenállás, a drogmegelőzés - összességében egy pozitív életmód kiépítése. Az eredmények szignifikáns változást is mutatnak a szociális és mentális egészségben, személyközi és drogvisszautasítási készségekben, agresszív viselkedés visszaszorulásában, az alkoholfogyasztás és dohányzás, valamint a droghasználat csökkenésében. Nem volt szignifikáns hatás az önmenedzselési készségek, illetve a proszociális viselkedések terén.

- A "**PATHS"** (Promoting Alternative Thinking Strategies) program hosszú távú hatását vizsgálták hongkongi tinédzserek körében, 24 iskolában (N=2850 gyermek) bevezetve a programot, míg 24 iskola kontrollként (N=3640 gyermek) szerepelt (Shek, & Yu, 2012). Az érintett témák közé tartozik az érzelemfelismerés, az impulzuskontroll, a szociális-érzelmi kompetenciák, a stresszcsökkentés és mások szempontjainak megértése. A programban résztvevő kamaszok szignifikánsan lassúbb emelkedést mutattak a delikvens viselkedés és szerhasználat megvalósulásában, ez a különbség még 2 év elteltével is szignifikáns maradt.

- A "**Master Mind**" program célja a kognitív, érzelmi és viselkedésbeli szabályozásban javulást elérni, illetve a szerhasználati szándék csökkentése általános iskolában (Parker et al., 2014). A 9-11 éves gyermekek (N=71) 4 hetes időszakban naponta 15 perces foglalkozás során fejleszthették a megnyugvást, fókuszálást segítő készségeiket a hagyományos osztályórák keretein belül. Az intervenciós csoport szignifikáns javulást mutatott a végrehajtó és az

önkontroll funkciókban, az agresszió és a szociális problémák szignifikánsan csökkentek; a szerhasználati szándékban nem történt statisztikailag kimutatható változás.

- A pilot hatásossági vizsgálat a "**PIAFEx**" (Intervention Program for Self-regulation and Executive Functions) eredményességét nézte meg az exekutív funkciók fejlesztésében 1. osztályos gyermekeknél (Dias, & Seabra, 2015). Az eredmények szignifikáns javulást mutatnak a vizsgált teszteken, illetve kevesebb hibázást.

- A teljes iskolai, több komponensű program, az "**Up**" 11-15 éves korosztály bevonásával törekszik a szociális és érzelmi kompetenciák, szupportív és befogadó iskolai környezet fejlesztésére (Nielsen et al., 2015). A bevont területek az oktatás, iskolai órai foglalkozások, az iskolai személyzet tréningje, szülők, illetve az iskola mindennapjaiba bevezetett kezdeményezések. A vizsgálat után a magas szocio-emocionális kompetenciát mutató gyerekek aránya 33,3 százalékról 40,8 százalékra emelkedett.

- 7-8 éves korosztály számára a "**Zippy's Friends**" elnevezésű program került bevezetésre, melynek céljai a mentális egészség, a jóllét, a megküzdési és problémamegoldó képesség fejlesztése (Clarke, Bunting, & Barry, 2014). A tanév során heti 1 foglalkozás, összesen 24x1 óra állt a rendelkezésre, melynek hatása megmutatkozott az érzelmi műveltségben, önszabályozásban, öntudatosságban. 12 hónap elteltével is szignifikáns maradt az eredmény, a program hosszú távú hatását bizonyítva. Az érzelmi, viselkedési problémákra nem volt hatással a program.

- A tanulmány célja szintén a "**Zippy's Friends**" program értékelése volt, 684 fő 6-8 éves gyermeket vontak be az intervencióba (Holen et al., 2012). A program pozitív hatással volt a megküzdési képességekre és a mentális egészségre. A cikk érdekessége, hogy a program módosítását javasolja, hogy a fiúk igényeinek jobban megfelelővé váljon.

- 8-10 éves általános iskolás gyermekek vettek részt a "**The Aussie Optimism: Positive Thinking Skills Program**" (AOP-PTS) lebonyolításában, ami egy kognitív-viselkedésmodifikációs elemeken alapuló mentális egészségfejlesztő, depresszió- és szorongáscsökkentő iskolai oktatási-órai program (Rooney et al., 2013). 10 alkalommal heti egyszer, 60 perces foglalkozáson vettek részt, amely során szignifikánsan csökkentek a

depresszív tünetek, és a szülők is csökkenésről számoltak be az érzelmi nehézségek terén. Fejlődött a gyermekek attribúciós stílusa és a szülők szerint a proszociális viselkedés is.

- Kínában egy univerzális iskolai prevenciós program általános iskolás gyermekeknél szignifikáns pozitív változást hozott a viselkedési problémák terén, csökkentette azok előfordulását (Hong et al., 2011). A tanulmány nem mutatja be részletekbe menően a a programot, a megtörtént beavatkozást.

- Az "**Aussie Optimism Program**" (AOP) a serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztásra fókuszáló mentális egészségfejlesztő program eredményességét 10-13 éves (N=3288) gyermekek körében vizsgálták (Roberts et al., 2011). A 2 éven át tartó program 6. és 7. osztályban is 10 héten át zajlott, mely során szociális készségek, szociális problémamegoldás gyakorlása volt a hangsúlyos, különféle stratégiák megtanulása tapasztalati úton, kooperatív tanulás által. Csak a tréning mellett a coachingban is részesült tanárok által átadott program volt hatékony a dohányzási, illetve alkoholfogyasztási szándék csökkenésében. Az AOP fontos eleme a szülők aktív bevonása az intervencióba.

- A "**Bounce Back**" iskolai reziliencia programot alkalmazták 4. osztályos gyermekek körében (N=17), melynek során 9 alkalommal heti egy órás foglalkozást tartottak pl. konfliktusmegoldás, nézeteltérések témakörökben (Anthony, & McLean, 2015). A cél pozitív kapcsolatok, pozitív érzelmek kiépítése volt, a szociális-emocionális készségek fejlesztése. Az intervenciós csoportban szignifikánsan nőtt az optimizmus és az énhatékonyság. Jelentős mértékű változás nem volt mérhető a támogató kapcsolatok észlelt elérhetőségében, valamint az érzelmi szabályozásban sem.

- Egy cikk hasznos információkat tartalmaz a "**KidsMatter**" elnevezésű program implementációjának módszertanáról (Slee, Dix, & Askell-Williams, 2011). A "KidsMatter" konzisztens a WHO 2011-es modelljével, ami a gyermekben lévő rizikó és protektív faktorok fontosságát hangsúlyozza.

- Az iskolai szociális-emocionális tanulás és az egészségfejlesztő program hatékonyságát vizsgálták alacsony jövedelmű családból származó, városi gyermekek körében (Lewis et al., 2013). A "**Positive Action Program**" résztvevői 6 éven át vettek részt a longitudinális

kutatásban (624 gyermek vett részt az elején, 363 a végén, 21% pedig megmaradt a kezdő csoportból). Évfolyamonként 140 óra (15-20 perces) vagy 70 óra (20 perces) foglalkozásokon vettek részt, olyan témaköröket érintve, mint az énkép, felelősség, fizikai és mentális egészség, önfejlesztés. Az agresszív viselkedést a program végére kevésbé tartották normatív viselkedésnek, pozitív hatással volt az intervenció a problémás viselkedések csökkentésére.

- A "**Fun FRIENDS**" univerzális iskolai prevenciós program célja a kora gyermekkori szorongás csökkentése és szociális-emocionális kompetencia fejlesztése (Anticich et al., 2013). A 10 héten át tartó foglalkozások tartalmaznak pl. relaxációval, figyelemmel, problémamegoldással kapcsolatos elemeket. 4-7 éves gyermekeknél (N=488) azt találták, hogy az intervencióban részt vevő csoportnál szignifikánsan emelkedett a szociális és érzelmi kompetencia. Erről a fejlődésről mind a tanárok, mind a szülők be tudtak számolni.

- 323 fő bevonásával (óvodás kortól 5. osztályig) végeztek vizsgálatot a "**School Based Support Program**" (SBS) eredményességére vonatkozóan (Powers et al., 2016). A program pontos lebonyolításáról nem szól a tanulmány, az adatok gyűjtése pedig az iskolák honlapja alapján történt, nem a gyermekek közvetlen vizsgálatából. Eredményeik szerint azok a gyermekek, akik több támogató programban vettek részt, alacsonyabb értékeket értek el a szociális és viselkedéses funkciókban.

NEMZETKÖZI IRODALOM ÖSSZEFOGLALÁSA, BIZONYÍTÉKOKON ALAPULÓ JÓ GYAKORLATOK:

A nemzetközi adatok feldolgozása alapján léteznek bizonyítékokon alapuló univerzális iskolai egészségfejlesztő és prevenciós programok. A hatékony programok legfontosabb jellemzői a multimodalitás, a minőségi implementáció, a szülők és a társadalmi környezet bevonása, mentális szakemberek szupervíziójával történő tréning és program bevezetése ,ellett a tanárok aktív részvétele a program kivitelezésében……..A Dataprev Project megállapításai és az általunk végzett irodalomkutatás alapján a 6-12 éves általános iskolás korosztály számára alkalmazható univerzális mentális egészségfejlesztő jó gyakorlatok az alábbiak:

Caring school community (Previously called the Child Develop-ment Project)

- Whole school approach, universal programme for ages 5-11.

Communities that Care. Previous names: Raising Healthy Children; SOAR and Seattle Social Develop-ment Proj

Fast track (originated in PATHS)

- Skills/ curriculum for targeted children ages 6-11 and their parents.

Flemish school based anti-bullying intervention

- Skills/ curriculum based universal programme for ages 10-16.

Friends (**1. sz. melléklet**)

- Skills/ curriculum based multi-component universal programme for ages 10-13 plus teacher and parent education.

Good Behaviour Game (2. sz. Melléklet)

- Skills/ curriculum based universal approach for ages 6-8.

Greek anti-bullying programme

- Skills/ curriculum based universal programme for ages 9-11 plus teacher education

Incredible years

- Skills/ curriculum based universal programme for ages 3- 7, teachers and parents

Norwegian anti-bullying programme – Zero programme

- Whole school approach

Olweus bullying prevention programme

- Whole school approach, multi-component programme for ages 5-18

PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies) (3. sz. Melléklet)

- Skills/ curriculum based universal programme for ages 6-11

Peer support intervention in middle schools

- Peer support approach for ages 9-13

Penn Resilience

- Skills/ curriculum based universal programme for ages 10-12

Qigong for children

- Skills/ curriculum universal programme for ages 7-8 and 13-14

Resolving conflict creatively program (RCCP)

- Whole school for all students 5-11 years

Respect programme (previous name „Connect")

- Whole school/ school ethos in both primary and secondary schools focusing particularly on teacher education

SAVE anti-bullying programme

- Whole school ethos

Second Step to Violence Prevention

- Skills/ curriculum based universal programme for ages 4-14

Social decision making/ social problem solving

- Skills/ curriculum based universal programme for ages 4 – 11

Stress management and relaxation techniques

- Skills/ curriculum based universal programme for ages 8-11

Zippy's Friends (4. sz. Mellélkelt)

- Skills/ curriculum based universal programme for ages 6-8.

III. HAZAI JÓ GYAKORLATOK ÖSSZEGYŰJTÉSE

Módszer

jó gyakorlatok keresése

talált jó gyakorlatok értékelése

Eredmények

Diszkusszió

IV. SZÉLESKÖRŰ HAZAI ALKALMAZÁSRA JAVASOLT PROGRAMOK, JÓ GYAKORLATOK BEMUTATÁSA

I. Kompetencia (érzelmi, szociális) fejlesztő programok

I

II. Porblémás viselkedést megelőző, csökkentő programok

II.a Agresszív/durva magatartást csökkentő programok

II.b Bullying prvenciós programok

II.c Szerhasználat megelőző programok

FIATALOK ÉLETÉNEK MEGMENTÉSE ÉS SZEREPVÁLLALÁSUK / ÖNÁLLÓSÁGUK NÖVELÉSE EURÓPÁBAN (SAVING AND EMPOWERING YOUNG LIVES IN EUROPE: SEYLE[1]) (5. sz. Melléklet)

A SEYLE egy randomizált, kontrollált vizsgálat, amely európai iskolákban zajlott. A SEYLE egy serdülők egészségét fejlesztő vizsgálat, melynek fő célja, hogy a a fokozott kockázatú magatartás csökkentésével segítse elő az egészségesebb életmódot. A fokozott kockázatú magatartások legrosszabb kimenetele az öngyilkosság, aminek megelőzése a programban központi helyen áll. A program célja volt, hogy Európa különböző térségeiben, az adott ország kultúrájának megfelelő, serdülők számára hatékony megelőző programokat ajánljon (Wasserman és mtsai, 2010).

A SEYLE vizsgálat célja:

I. Európában a serdülők egészségéről, jól-létéről és értékeiről információ gyűjtése.

II. Serdülők számára „programok" kidolgozása, mely jobb egészséghez vezet, azáltal hogy csökkenti a fokozott kockázatú viselkedést, különös hangsúllyal ennek legrosszabb kimenetelére, az öngyilkosságra.

III. Az egyes európai országok kulturális szokásaihoz illő, hatékony, bizonyítékokon alapuló, a serdülők egészségét elősegítő és megelőző programok ajánlása a kapott eredmények alapján.

A program az Európai Unio támogatásával történt, 12 ország részvételével: Ausztria, Észtország, Franciaország, Írország, Izrael, Magyarország, Németország, Olaszország, Románia, Szlovénia, Spanyolország, Svédország. Magyarországon 15 budapesti iskolát, 1009 diákot vontak be a projektbe. Európában összesen 12395 diák vett részt.

A program során négyféle intervenciós program zajlott:

I. A magas kockázatú diákok szűrése szakemberek által, és szakszerű kezelésbe való irányításuk.

II. Question, Persuade, and Refer (QPR): „Kapuőr / gatekeeper" program, amelynek során a pedagógusok és az iskola egyéb dolgozói részesültek képzésben arról, hogyan ismerhetik fel és irányíthatják szakszerű segítséghez a magas kockázatú diákokat.

III. Youth Aware of Mental Health Programme (YAM): Univerzális egészségfejlesztő program, amely a diákok egészséges/egészségtelen viselkedésformákkal kapcsolatos tudását, valamint az én-hatékonyság fejlesztését célozza meg (hogyan ismerik fel magukon, társaikon, ha segítségre szorulnak és ilyenkor mit tegyenek), előadások,

poszterek, prospektusok, szerepjátékok segítségével 5 X 1,5 óra keretében (Wasserman és mtsai, 2012).

IV. Tájékoztató program (Kontroll csoport), melynek célja poszterek segítségével információ adása az egészséges életmódról, és arról, hogy hogyan ismerjék fel a diákok magukon és társaikon, ha segítségre szorulnak, valamint tanácsot ad arról is, hogy ilyenkor mit tegyenek.

Az alapfelmérés kérdőív alapján (Beck depresszió kérdőív, Zung szorongás kérsőív) a fiatalok 32%-a küszöb-alatti szorongásos tüneteket, míg 5,8%-uk küszöb feletti szorongást és 29,2%-uk küszöb alatti depressziót, míg 10,5%-uk küszöb feletti depressziót mutatott. Mind a küszöb alatti, mind a küszöb feletti szorongás és depresszió funkciókárosodással járt és növelte az öngyilkosság rizikóját (Balázs és mtsai, 2013).

A négy féle intervenciós program közül a YAM, diákoknak szóló önhatékonyságot fejlesztő egészségfejlesztő program mellett mutatkozott szignifikáns csökkenés a 12 hónapos utánkövetéskor az öngyilkos magatartás előfordulásában a Tájékoztató programhoz képest (Wasserman és mtsai, 2015).

V. ÖSSZEFOGLALÁS

Irodalomjegyzék

Adi, Y., Kiloran, A., Janmohamed, K. and Stewart-Brown, S. (2007a). Systematic Review of The Effectiveness of Interventions to Promote Mental Wellbeing in Primary Schools: Universal Approaches Which Do not Focus on Violence or Bullying. National Institute for Clinical Excellence, London.

Adi, Y., Schrader McMillan, A., Kiloran, A. and Stewart-Brown, S. (2007b). Systematic Review of The Effectiveness of Interventions to Promote Mental Wellbeing in Primary Schools: Universal Approaches with Focus on Prevention of Violence and Bullying.National Institute for Clinical Excellence, London.

Berkowitz, M. W. and Bier, M. C. (2007). What works in character education? Journal of Research in Character Education, 5, 29–48.

Browne, G., Gafni, A., Roberts, J., Byrne, C., & Majumdar, B. (2004). Effective/efficient mental health programs for school-age children: a synthesis of reviews. Social Science & Medicine, 58(7), 1367-1384.

Clarke, A.M., Morreale, S., Field, C.A., Hussein, Y., & Barry, M.M. (2015). What works in enhancing social and emotional skills development during childhood and adolescence? A review of the evidence on the effectiveness of school-based and out-of-school programmes in the UK. A report produced by the World Health Organization Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University of Ireland Galway.

Diekstra, R. (2008a) Effectiveness of school-based social and emotional education programmes worldwide—part one, a review of meta-analytic literature. In Social and motional education: an international analysis. Santander: Fundacion Marcelino

Diekstra, R. (2008b) Effectiveness of school-based social and emotional education programmes worldwide—part two, teaching social and emotional skills worldwide, A meta-analytic review of effectiveness. In Social and emotional education: an international analysis. Santander: Fundacion Marcelino Botin, Fundacion Marcelino Botin, Santander, 285–312.

Durlak, J. A. and Weissberg, R. P. (2007). The Impact of After-School Programs that Promote Personal and Social Skills. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, Chicago, IL.

Elias, M. J., Zins, J. E., Weissberg, R. P., Frey, K. S., Greenberg, M. T., Haynes, N. M., et al. (1997). Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators. Alexandria, VA: Association of Supervision and Curriculum Development.

Greenberg, M., Weissberg, R., O Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, H., et al. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional,
and academic learning. American Psychologist, 58(6/7), 466-474.

Horowitz, J. L. and Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and

adolescents: a meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 401–415.

Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I:Educational attainment. American Journal of Psychiatry, 152(7), 1026-1032.

Malecki, C. K., & Elliott, S. N. (2002). Childrens social behaviors as predictors of academic achievement: A longitudinal analysis. School Psychology Quarterly, 17, 1–23.

Middlebrooks, J.S. & Audage, N.C. (2008). *The effects of childhood stress on health across the lifespan.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for *i*njury Prevention and Control.

Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive
intervention research. Washington, National Academy Press.

Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.

Park-Higgerson, H.-K., Perumean-Chaney, S. E.,Bartolucci, A. A., Grimley, D. M. and Singh, K. P. (2008). The evaluation of school-based violence prevention programs: a meta-analysis. *Journal of School Health*, 78, 465–479.

Payton, J. W., Wardlaw, D. M., Graczyk, P. A., Bloodworth, M. R., Tompsett, C. J., & Weissberg, R. P. (2000). Social and emotional learning: A framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children and youth. Journal of School Health, 70(5), 179-185.

Payton, J., Weissberg, R., Durlak, J., Dymnicki, A., Taylor, R., Schllinger, K., & Pachan, M. (2008). *The positive impact of social and emotional learning for kindergarten to eighth-grade students: Findings from three scientific reviews.* Report prepared for the Collaborative for

Academic, Social and Emotional Learning (CASEL). Chilcago, IL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning.

Santor, D., Short, K.H., & Ferguson, B. (2009). Taking mental health to school: A policy-oriented paper on school-based mental health for Ontario. Commissioned by the Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health

Sammons, P. (2007).School Effectiveness and Equity: Making Connections A review of school effectiveness and improvement research - its implications for practitioners and policy makers
https://www.educationdevelopmenttrust.com/~/media/cfbtcorporate/files/research/2007/r-school-effectiveness-and-equity-full-2007.pdf Elérve 2017.01.15.

Schachter, H. M., Girardi, A., Ly, M., Lacroix, D.,Lumb, A. B., van Berkom, J. V. et al. (2008).Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. Child and *Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 1753–2000.

Shucksmith, J., Summerbell, C., Jones, S. and Whittaker, V. (2007) Mental Wellbeing of Children
in Primary Education (targeted/indicated activities). National Institute of Clinical Excellence,London.

Tennant, R., Goens, C., Barlow, J., Day, C., & Stewart-Brown, S. (2007). A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. Journal of Public Mental Health, 6(1), 25-32.

Weisz, J.R., Sandler, I.N., Durlak, J.A., & Anton, B.S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist, 60*, 628-648.

Jané-Llopis E, Herrman H, Hosman C, Saxena S. (2005). Concepts of mental health promotion and mental disorder prevention In Hosman C, Jane-Llopis E & Saxena S, eds (2005).

Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Oxford, Oxford University Press.

Zins, J., Weissberg, R., Wang, M., & Walberg, H. (2004). Building academic success on social and emotional learning: What does the research say? : Teachers College Pr.

Aleisha M. Clarke & Professor Margaret M. Barry (2009) The Link between Social and Emotional Learning and Academic Achievement.
http://www.partnershipforchildren.org.uk/uploads/AcademicAchievement.pdf.pdf

Weare, K., & Nind, M. (2011/a). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, *26*(1), 29–69.

Weare, K., Nind, M. (2011/b). Promoting mental health in schools- Reviewing the evidence base for mental health in schools, and idenfifying European evidence based programmes and principles. European Debate on Evidence-based Mental Health Promotion and Prevention of Mental Disorders 14-15th February, The Hague

Weare, K., Nind, M. (2011/c) Promoting mental health of children and adolescents through schools and school based interventions - Evidence outcomes- school based interventions Report of Workpackage Three of the DATAPREV PROJECT, 2011 February

World Health Organization (2004) Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse ; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht

Building Capacity to Reduce Bullying: Workshop Summary.
Board on Children, Youth, and Families; Committee on Law and Justice; Institute of Medicine; National Research Council. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014 Aug.

Irodalomkutatás 2011-2016 Referencia lista:

Anthony, H., McLean, L.A. (2015): Promoting mental health at school: short-term effectiveness of a popular school-based resiliency programme. *Advances in School Mental Health Promotion, 8*(4), 199–215.

Anticich, S.J., Barrett, P.M., Silverman, W., Lacherez, P., & Gillies, R. (2013). The prevention of childhood anxiety and promotion of resilience among preschool-aged children: A universal school based trial. *Advances in School Mental Health Promotion, 6*(2), 93–121.

Chilton, R., Pearson, M., & Anderson, R. (2015). Health promotion in schools: a scoping review of systematic reviews. *Health Education, 115*(3/4), 357–376.

Clarke, A.M., Bunting, B., & Barry, M.M. (2014). Evaluating the implementation of a school-based emotional well-being programme: a cluster randomized controlled trial of Zippy's Friends for children in disadvantaged primary schools. *Health Education Research, 29(5),* 786–798.

Dias, N.M., & Seabra, A.G. (2015). The Promotion of Executive Functioning in a Brazilian Public School: A Pilot Study. *Spanish Journal of Psychology, 18,* e8, 1–14.

Enns, J., Holmqvist, M., Wener, P., Halas, G., Rothney, J., Schultz, A., Goertzen, L., & Katz A. (2016). Mapping interventions that promote mental health in the general population: A scoping review of reviews. *Preventive Medicine, 87,* 70–80.

Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, 12.*

Fazel, M., Patel, V., Thomas, S., & Tol, W. (2014) Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry, 1*(5), 388–98.

Farrington, D. P. and Ttofi, M. M. (2009). School-based programs to reduce bullying and victimization. Campbell Systematic Reviews, 6, 1–147.

Ford, T., Edwards, V., Sharkey, S., Ukoumunne, O.C., Byford, S., Norwich, B., & Logan, S. (2012). Supporting teachers and children in schools: the effectiveness and cost-effectiveness of the Incredible Years teacher classroom management programme in primary school children: a cluster randomised controlled trial, with parallel economic and process evaluations. *BMC Public Health, 12*, pp. 719.

Holen, S., Waaktaar, T., Lervag, A., & Ystgaard, M. (2012). The effectiveness of a universal school-based programme on coping and mental health: a randomised, controlled study of Zippy's Friends. *Educational Psychology, 32*(5), 657–677.

Hong, L., Yufeng, W., Agho, K., Jacobs, J. (2011): Preventing behavior problems among elementary schoolchildren: impact of a universal school-based program in China. *The Journal of School Health, 81*(5), 273–80.

Katz, C., Bolton, S.L., Katz, L.Y., Tilston-Jones, T., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety, 30*(10), 1030–1045.

Langford, R., Bonell, C.P., Jones, H.E., Pouliou, T., Murphy, S.M., Waters, E., Komro, K.A., Gibbs, L.F., Magnus, D., & Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Review, 4.*

Lewis, K.M., Schure, M.B., Bavarian, N., DuBois, D.L., Day, J., Ji, P., Silverthorn, N., Acock, A., Vuchinich, S., & Flay, B.R. (2013). Problem behavior and urban, low-income youth: A randomized controlled trial of Positive Action in Chicago. *American Journal of Preventive Medicine, 44*(6), 622–630.

Muellmann, S., Landgraf-Rauf, K., Brand, T., Zeeb, H., Pischke, C.R. (2016). Effectiveness of

School-based Interventions for the Prevention and/or Reduction of Psychosocial Problems among Children and Adolescents: A Review of Reviews. *Gesundheitswesen.*

Nielsen, L., Meilstrup, C., Nelausen, M.K., Koushede, V., & Holstein,B.E. (2015). Promotion of social and emotional competence: Experiences from a mental health intervention applying a whole school approach. *Health Education, 115(3/4),* 339–356.

Naghieh A., Montgomery P., Bonell CP., Thompson M., Aber JL. (2015) Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers.*Cochrane Database Syst Rev.* 8;(4)

O'Neill, J.M., Clark, J.K., & Jones, J.A. (2011). Promoting mental health and preventing substance abuse and violence in elementary students: a randomized control study of the Michigan Model for Health. *Journal of School Health, 6,* 320–330.

Parker, A.E., Kupersmidt, J.B., Mathis, E.T., Scull, T.M., & Sims, C. The impact of mindfulness education on elementary school students: evaluation of the Master Mind program. *Advances in School Mental Health Promotion, 7,* 184–204.

Petersen, I., Evans-Lacko, S., Semrau, M., Barry, M.M., Chisholm, D., Gronholm, P., Egbe, C.O., & Thornicroft, G. (2016). Promotion, prevention and protection: interventions at the population- and community-levels for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries. *International Journal of Mental Health Systems, 11,* 10–30.

Powers, J.D., Swick, D.C. Wegmann, K.M., &Watkins, C.S. (2016). Supporting prosocial development through school-based mental health services: A multisite evaluation of social and behavioral outcomes across one academic year. *Social Work in Mental Health, 14*(1). 22–41.

Roberts, C., Williams, R., Kane, R., Pintabona, Y., Cross, D., Zubrick, S., & Silburn, S. (2011) Impact of a mental health promotion program on substance use in young adolescents. *Advances in Mental Health, 10*(1), 72–82.

Rooney R., Hassan, S., Kane, R., Roberts, C.M., Nesa, M. (2013). Reducing depression in 9-10 year old children in low SES schools: a longitudinal universal randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 51*(12), 845–854.

Shek D.T., & Yu, L. (2012). Longitudinal impact of the project PATHS on adolescent risk behavior: what happened after five years? *Scientific World Journal, 2012.*

Slee, P.T., Dix, K., & Askell-Williams, H. (2011). Whole-school mental health promotion in Australia. *The International Journal of Emotional Education, 3*(2), 37–49.

Smedler, A.C., Hjern, A., Wiklund, S., Anttila, S., & Petterson, A. (2015). Programs for prevention of externalizing problems in children: Limited evidence for effect beyond 6 months post intervention. *Child & Youth Care Forum, 44,* 251–276.

CDC WSCC 2016

Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC) model.

https://www.cdc.gov/healthyyouth/wscc/ Utolsó megtekintés XXX

KM strat

Nemzeti Lelki Egészség Stratégia…..

WHO Action Plan

WHO European Mental Health Action Plan. 2013.

Planhttp://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf Utolsó megtekintés XXX

TIE koncepció

Solymosy József Bonifácz Nemzeti Egészségfejlesztési Intéze Teljes körű iskolai egészségfejlesztési koncepció

Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016. 1. szám. 53