

# ИНСТРУМЕНТАРИЙ HEPS

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ШКОЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

### Авторы:

Kevin Dadaczynski  
Peter Paulus  
Nanne de Vries  
Silvia de Ruiter  
Goof Buijs

Авторы выражают благодарность за комментарии следующим лицам:

S. Bowker (Welsh Assembly Government, Wales), E. Flashberger (Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Austria), S. Nic Gabhainn (National University of Ireland, Galway, Ireland), A. Jociute (State Environmental Health Centre, Lithuania), A. Lee (NHS Health Scotland), D. Piette (Universite Libre de Bruxelles, Belgium), V. Simovska (Danish School of Education, Aarhus University, Copenhagen, Denmark), K. Sokou (Institute of Child Health, Greece), N.G. Viig (University of Bergen, Norway), N. de Vries (University Maastricht, the Netherlands), B. Woynarowska (Warsaw University, Poland).

Перевод с английского Е.П. Ильчинской  
Научный редактор – профессор, д.м.н. П.И. Храмцов

Дата издания  
Май 2010

NIGZ code: OJ072131  
ISBN: 9789069282602  
Адрес: Customer service NIGZ, P.O. Box 500, 3440 AM Woerden, The Netherlands

При финансовой поддержке Европейского союза. В рамках Программы Здравоохранения проект HEPS софинансируется ZonMw (The Netherlands Organization for Health Research and Development).

Инструментарий HEPS включает оценку качества школьных вмешательств по вопросам здорового питания и физической активности.

Kevin Dadaczynski, M.Sc. 1)

Peter Paulus, Ph.D 1)

Nanne de Vries, Ph.D 2)

Silvia de Ruiter, M.Sc. 3)

Goof Buijs, M.Sc. 3)

1) Leuphana University, Germany

2) Maastricht University, the Netherlands

3) Netherlands Institute for Health Promotion NIGZ

## Содержание

<b>Введение.....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА 1 КАЧЕСТВО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В ШКОЛЕ..</b>	<b>5</b>
1.1 Основные термины.....	5
1.2 О каком качестве идет речь.....	7
1.3 Модель качества HEPS .....	8
<b>ГЛАВА 2 ИНСТРУМЕНТАРИЙ HEPS.....</b>	<b>9</b>
2.1 <i>Создание перечня HEPS.....</i>	<i>9</i>
2.1.1 Организация рабочей группы.....	10
2.1.2 Обоснование критериев .....	10
2.1.3 Систематизация вмешательств.....	11
2.1.4 Анализ и описание вмешательства .....	11
2.1.5 Оценка результатов.....	13
2.1.6 Распространение результатов.....	14
2.1.7 Совершенствование перечня .....	14
2.2 <i>Контрольный список качества.....</i>	<i>14</i>
2.2.1 Оценка вмешательств .....	15
2.2.2 Интерпретация показателей и результатов измерений.....	16
2.2.3 Трудности и пути их преодоления.....	17
<b>ГЛАВА 3. ИНСТРУМЕНТАРИЙ HEPS В ДЕЙСТВИИ.....</b>	<b>19</b>
3.1 Интервенционное исследование здоровья детей (CHILD) в Германии.....	19
3.2 "Развитие в подростковом периоде": Шотландия.....	23
Приложение 1 Контрольный список качества .....	27
Приложение 2 Глоссарий .....	42
Литература.....	46

## **Введение**

Мы все заботимся о наших детях, они – будущее Европы. В настоящее время каждый четвертый ребенок страдает избыточной массой тела. С целью преодоления этой проблемы проект HEPS (Healthy Eating and Physical activity in Schools in Europe – здоровое питание и физическая активность в школах Европы) оказывает поддержку странам Европы посредством реализации стратегии здорового питания (ЗП) и физической активности (ФА). Проект HEPS использует подход школ, содействующих здоровью (ШСЗ), в качестве эффективного способа для разработки стратегии школьного здоровья. Проект HEPS, как Европейский проект, тесно связан с сетью Школ здоровья в Европе (SHE) и ставит перед собой две главные задачи:

1. Разработать, осуществить и оценить эффективность национальной стратегии и практики по здоровому питанию и физической активности во всех Европейских государствах членах ЕС.
2. Поддерживать развитие и выполнение комплексных, научно-обоснованных программ по обеспечению ЗП и ФА на основе данного подхода.

Существует ряд инициатив практической направленности по снижению избыточной массы тела у детей. Однако в настоящее время ни в одном государстве, входящем в состав ЕС, не существует эффективной национальной школьной стратегии. HEPS планирует разработать национальные проекты во всей Европе, оказав содействие и помощь в выполнении соответствующих программ на уровне школы.

**HEPS Schoolkit** (комплект инструментов) создан с целью содействия в разработке национальной стратегии по обеспечению ЗП и ФА в школах на основе подхода ШСЗ. Комплект состоит из 6 компонентов:

1. HEPS руководство - принципы и механизмы обеспечения ЗП и ФА в школах и организациях, функционирующих на государственном уровне в Европе.
2. Инструмент HEPS для школ – инструмент для разработки национальной школьной стратегии по обеспечению ЗП и ФА.
3. Инструментарий HEPS - инструментарий, включающий критерии качества для школьных программ по обеспечению ЗП и ФА.
4. Инструмент HEPS для школ - справочник для школ по внедрению и выполнению школьной стратегии по обеспечению ЗП и ФА.
5. HEPS ресурс для тренинга учителей - программа, предназначенная для подготовки учителей в сфере обеспечения ЗП и ФА в школах.
6. Инструмент HEPS для мониторинга - применяется с целью оценки и контроля эффективности использования школьного комплекта HEPS в каждом государстве – члене ЕС.

## **Об инструментарии HEPS**

Инструментарий HEPS является руководством по разработке реестра школьных вмешательств по ЗП и ФА на национальном или региональном уровнях и позволяет определить наиболее эффективные мероприятия в этих сферах. Индикаторы качества, представленные в Главе 2 и Приложении 1, дают возможность государствам-членам ЕС оценить качество вмешательств в школах и обосновать направления их дальнейшего развития.

В данном документе термин «вмешательство» означает «запланированные действия, которые научно-обоснованы в здравоохранении и их цель состоит в систематических изменениях окружающих условий и (или) поведения обучающихся. Вмешательства, связанные со здоровьем, могут быть направлены на обеспечение здоровья и благополучия (содействие здоровью) или на предупреждение заболеваний (профилактику)» (1).

Инструментарий HEPS является дополняющим: с одной стороны, он предусматривает использование рекомендаций по составлению реестра вмешательств в школах, а с другой стороны, определяет набор индикаторов качества, с помощью которых каждое государство-член ЕС оценивает создает свой собственный опыт.

## **Цель и целевая группа**

Инструментарий HEPS может быть использован всеми заинтересованными лицами в сфере школьного здравоохранения для обеспечения показателей качества HEPS в школах по ЗП и ФА. Перечень показателей качества HEPS, как основной части инструментария HEPS, будут полезны для оценки качества вмешательств в школе с позиций здоровья и образования. С помощью стандартизированных показателей описания вмешательств в школе по ЗП и ФА, пользователям рекомендуется разработать конкретный перечень вмешательств в этих сферах.

Основной целевой группой инструментария HEPS являются правительственные организации (муниципалитеты, министерства), общественные организации (например, страхованные компании), неправительственные или частные организации (например, фонды, ассоциации), работающие в сфере обеспечения и профилактики здоровья и, особенно, в ШСЗ. Деятельности организаций способствует созданию национального или регионального перечня вмешательств на базе школ в области ЗП и ФА.

Результаты оценки качества и разработка перечня может оказать поддержку школам в выборе вмешательств в соответствии с приоритетами и потребностями школ. Кроме того, провайдеры уже реализуемых вмешательств и разработчики новых вмешательств могут повысить их качество.

## **Зачем и как применять инструментарий HEPS**

В связи с тем, что число школьников с избыточной массой тела продолжает увеличиваться, большинство стран-членов ЕС разрабатывают меры по ЗП и

ФА. Несмотря на то, что международные исследования показали информативность индикаторов оценки качества вмешательств в школе, большинство стран-членов ЕС не обладают достаточно эффективными вмешательствами в школе с учетом конкретных направлений деятельности. Это обуславливает разрыв между тем, что известно в научных исследованиях и тем, что реализуется на практике (2). На основе подхода ШСЗ, инструментарий NEPS, опираясь на международный опыт, сокращает этот разрыв.

Инструментарий NEPS предлагает методы и стратегии по планированию вмешательств в школах по ЗП и ФА с последующей оценкой качества:

- поэтапный подход к разработке национального или регионального инструментария вмешательств по ЗП и ФА в школах;
- оценка динамики качества вмешательств по обеспечению здоровья в школе;
- обоснование индикаторов качества реализуемых мероприятий по ЗП и ФА в школе.

Поскольку опыт реализации вмешательств в школах разных стран-членов ЕС значительно отличаются, Инструментарий NEPS разработан таким образом, что его можно адаптировать к потребностям любого государства.

## **ГЛАВА 1 КАЧЕСТВО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В ШКОЛЕ**

Глава посвящена качеству обеспечения здоровья в школе. В ней представлена информация об истории вопроса, приводятся основные термины и определения качества. Обсуждается различие между качеством обеспечения здоровья в различных школах. Представлена и подробно описана модель качества NEPS.

### **1.1 Основные термины**

В последнее десятилетие такие термины как качество, его развитие и оценка вызывают повышенный интерес у специалистов, поскольку оно является интегральной характеристикой укрепления здоровья. До настоящего времени вмешательства в области здоровья осуществлялись в соответствии с определенными стандартами (Оттавская хартия [3]). Теперь же, благодаря высокому уровню профессионализма, провайдер способен обеспечить необходимое качество вмешательств в соответствии с намеченными целями [3].

В соответствии с этим, особый акцент был сделан на разработку концепций качества и инструментов, которые способствуют повышению результативности научных исследований и практики укрепления здоровья. Многие современные разработки основываются на методах и концепциях, широко распространенных в медицинской практике (например, доказательная медицина). Однако их не всегда можно адаптировать для решения задач укрепления здоровья [3,4]. Укрепление здоровья должно основываться на общепринятых ценностях и принципах. Европейской сетью

школ здоровья (SHE) разработаны пять основных принципов для ШСЗ в Европе: справедливость, расширение прав и возможностей, компетенция действий, демократия и активность [5]. Очень важно, чтобы качество вмешательств в школах отражало эти основополагающие принципы и ценности.

Несмотря на то, что качество и связанные с ним термины получили распространение в школьном здравоохранении, пока не существует их общих определений. Причина в том, что качество зависит от индивидуальных или ведомственных интересов, особенностей их восприятия и понимания (например, идеалы здоровья и болезни). В связи с этим существует различие между позициями «эксперта», «потребителя» и «менеджмента» [6, 7]. Экспертная оценка специалистами по укреплению здоровья должна учитывать степень обоснованности вмешательств или мероприятий на основе знаний и их соответствия потребностям и приоритетам школы. Такая оценка может быть названа "техническим качеством". С другой стороны, перспектива потребителя ориентирована на личность, для которой предназначено вмешательство. Эта перспектива учитывает степень соответствия вмешательств или мероприятий потребностям конкретной целевой группы (удовлетворение людей и т.д.). Наконец, перспектива менеджмента определяет степень эффективности использования ресурсов.

Наличие этих оценок свидетельствует о сложности оценки качества вмешательств. Широко используемый подход Американского Института Медицины определяет качество как «степень, до которой медицинские услуги для частных лиц и населения повышают вероятность желаемых результатов в укреплении здоровья и совместимы с имеющимися профессиональными знаниями» [8].

Несмотря на то, что это определение ориентировано на профессиональные знания (экспертная оценка) и результаты оценки состояния здоровья, оно может служить в качестве отправной точки для объяснения двух различных парадигм качества [9]. В первой парадигме качество оценивается в определенный момент времени с помощью заданных критериев и стандартов ("парадигма соответствия"). Если мера или вмешательство отвечают критериям и стандартам, качество имеет место. Более динамичная "парадигма оптимизации" не просто направлена на выполнении заданных критериев, но и на непрерывное и систематическое повышение качества вмешательств.

Так как укрепление школьного здоровья имеет весьма сложный по природе характер и действует в обстановке, которая постоянно меняется, парадигма оптимизации должна стать первостепенной. Поэтому Инструментарий NEPS следует использовать не только для оценки качества того или иного вмешательства по ЗП и ФА в школе, но и на возможности его повышения.

Еще один из основных терминов, который соответствует парадигме качества оптимизации - «обеспечение качества». Хотя этот термин используется по-разному, существует договоренность, что обеспечение качества означает непрерывный и динамический процесс, в котором

оцениваются желаемые уровни качества и, при необходимости, предпринимаются меры по улучшению качества [10, 11]. Это включает в себя такие действия, как установление стандартов качества, оценку эффективности, принятие мер по улучшению качества и регулярные наблюдения [11].

Инструментарий NEPS используется для обеспечения качества и создает основу для улучшения качества. Процесс охватывает сферы с низким качеством и, следовательно, нуждающихся в совершенствовании. Учитывая, что эта процедура продолжительная и динамичная, обеспечение качества является непрерывным процессом совершенствования. Это отличает эту оценку качества от той оценки, которая определяется только результатами реализации вмешательств на определенном этапе.

## 1.2 О каком качестве идет речь?

Не всегда понятны ценностные ориентации, когда речь идет о качестве. В ШСЗ можно выделить, по крайней мере, два уровня [12]:

### а) Качество внутришкольной среды

Этот уровень качества относится к окружающей среде ШСЗ. Разработан ряд концепций для рассмотрения качества с точки зрения окружающей среды. В целом большинство школ внедряют качество в программу и стратегию. В этом случае эффективность деятельности школы может быть оценена инструментом для самооценки, а также возможно проведение аудита, как внутреннего, так и внешнего. Инструменты по аудиту могут включать показатели измерения качества образования, которые позволяют непосредственно сравнивать их с показателями качества здоровья (например, инструментами для оценки качества в школах могут быть IQES; SEIS-Anschub). Выборка таких инструментов приведена в таблице 1.

Таблица 1. Оценка качества на уровне школы

#### Инструменты оценки качества окружающей среду на уровне школы

	Страна
Аудит Школы здоровья	Германия
Ценностная ориентация ШСЗ	Германия
Инструмент оценки Школ здоровья	Великобритания
INDI9 – Инструмент самооценки для модели Czech NEPS	Чехословакия
Инструмент для развития качества в школах (IQES)	Германия
Аудит национальной ШЗ	Великобритания
Критерии качества для ШСЗ / Радиальный профиль	Швейцария
Анкетирование по оценке качества школьного психического здоровья (SMHQAQ) США	США
Государственный сертификат ШСЗ	Польша

### б) Качество вмешательств по оптимизации школьной среды

Качество ориентировано на отдельные вмешательства, которые, как правило, предусмотрены внешними службами здоровья. Чтобы оценить соответствие вмешательства требованиям качества, необходимы специальные критерии и индикаторы. Несмотря на то, что за последние годы в этой области был

достигнут определенный прогресс, большинство из инструментов качества, доступных в этой области направлены на вмешательства по укреплению здоровья в целом, но не на определенные сферы, такие как школьная среда. Выборка таких инструментов представлена в таблице 2.

Таблица 2. Инструменты качества для оценки оздоровительных вмешательств

<b>Инструменты оценки качества для оздоровительных вмешательств</b>	<b>Страна</b>
Критерии эффективной практики в области укрепления здоровья для социально неблагополучных детей	Германия
Европейский инструмент качества для укрепления здоровья (EQUIHP)	Европа
Preffi	Нидерланды
Качество в профилактике (QIP)	Германия
Критерии качества для программ по профилактике и оздоровлению детей и подростков, которые имеют избыточную массу тела и / или страдают ожирением	Германия
Контрольный список SchoolBeat	Нидерланды
Достижение цели в проектах по укреплению здоровья	Швеция
Индекс плана программы	США

В процессе оценки качества вмешательств важно знать, какой сферы деятельности школы это касается. Из-за отсутствия полного набора инструментов оценки качества вмешательств в школе Инструментарий NEPS нацелен на оценку вмешательств в сфере ЗП и ФА.

### 1.3 Модель качества NEPS

Как уже говорилось, термин качество – это широкое понятие. Для оценки качества вмешательств с учетом всех видов деятельности школы необходимо учитывать все аспекты вмешательства, а не только его определенные части, как, например, оценка результатов вмешательства. Согласно Донабедиану, качество можно оценить с помощью трех измерений: качество среды, качество процесса и качество результата [13].

*Качество среды* связано, в первую очередь, с условиями, при которых предполагается осуществление вмешательства, например, структура организации, материальные (оборудование), финансовые и кадровые ресурсы (квалифицированный персонал).

*Качество процесса* определяется мероприятиями, проводимыми в процессе вмешательств, и включает оценку качества их выполнения и оценку качества результатов.

*Качество результата* определяется соотношением ожидаемых и непредвиденных изменений результата и характеризуется показателями эффективности и рентабельности.

Качество вмешательства также учитывает и другие аспекты, такие как планирование оценки [9, 14], определяющие *качество концепции*, которое включает оценку потребностей и разработку методов вмешательства.

Модель качества NEPS, представленная на рисунке 1, опирается на четыре измерения качества, отражающих целостный подход к качеству. Для оценки



качества вмешательств по оптимизации школьной среды необходимо рассматривать все измерения качества.

Как показано в модели каждое измерение качества оказывает влияние на измерение последующего качества. Неудачи и ошибки, например, в стадии планирования, могут привести к противоречиям и трудностям анализа и оценки. Если в стадии планирования цель отсутствует или она сформулирована неопределенно, то оценка результатов вмешательства будет не точной.

Производная парадигмы качества оптимизации – циклическая перспектива, включена в модель качества HEPS. Это означает, что результаты комплексной оценки, включающей оценку всех четырех измерений качества, должны быть использованы для постоянного совершенствования оценки качества вмешательств.

### Рисунок 1 Циклическая модель качества HEPS

Качество концепции - теоретические основы и планирование вмешательства

- Оценка и анализ
- Целевая группа и цели
- Принципы
- Планирование.

Качество структуры - условия, при которых осуществляется вмешательство

- Ресурсы
- Сетевое взаимодействие и сотрудничество

Качество процесса - факторы, которые влияют на осуществление вмешательства

- Реализация и достижение цели
- Мониторинг и контроль.

Качество результатов – ожидаемые результаты вмешательства

- Эффективность
- Рентабельность

Качество итогового вмешательства

## **ГЛАВА 2 ИНСТРУМЕНТАРИЙ HEPS**

Инструментарий HEPS позволяет создать национальный или региональный перечень существующих вмешательств по здоровому питанию и физической активности детей в школе. В данной главе представлен алгоритм разработки перечня вмешательств и описаны качества HEPS как основной части инструментария.

### **2.1 Создание перечня HEPS**

Описание вмешательств по здоровому питанию и физической активности детей дает четкое представление о существующих способах и методах сохранения и укрепления здоровья детей в школе, которые могут быть использованы школами при выборе вмешательств, соответствующих их потребностям и ожиданиям. Как на региональном, так и на национальном уровне создание перечня вмешательств потребует времени и кадровых

ресурсов. Имея четкую структуру данного процесса, можно существенно сократить сроки.

Представлено описание семи этапов разработки перечня:

1. Создание рабочей группы
2. Обоснование критериев
3. Систематизация вмешательств
4. Анализ и описание вмешательств
5. Оценка результатов вмешательств
6. Распространение результатов
7. Периодическое представление результатов

### 2.1.1 Организация рабочей группы

Первый шаг – это создание рабочей группы для решения конкретной задачи по разработке реестра мероприятий по ЗП и ФА на базе конкретной школы. Несмотря на то, что не существует ограничений относительно состава этой группы, каждый её член должен иметь опыт в сфере обеспечения здоровья в школе, ЗП и ФА. Рабочая группа может состоять из членов одной или нескольких организаций. Предпочтительно включать в состав рабочей группы представителей здравоохранения и образования. При разработке национального перечня требуются большие трудовые затраты, поэтому рабочая группа должна состоять из представителей нескольких заинтересованных сторон (например, министерств, университетов, фондов и др.). Важно четко определить роли и обязанности каждого члена рабочей группы в самом начале совместной деятельности, чтобы избежать путаницы в исполнении обязанностей.

### 2.1.2 Обоснование критериев

Прежде, чем начать осуществлять поиск доступных вмешательств в данной школе, должно быть ясно определено направление создания перечня и при каких условиях данное вмешательство будет включено в него. Должны быть определены более четкие и обоснованные критерии включения в перечень соответствующих вмешательств. Для этого необходимо определить: на какую целевую группу должно быть направлено вмешательство? Каким должен быть масштаб вмешательства? На каком уровне должно быть осуществлено вмешательство? Что должно охватывать вмешательство?

На основе подхода ШСЗ целесообразны следующие критерии:

- Вмешательство предпринято в начальной и/или средней школе.
- Вмешательство нацелено на детей от 6 до 18 лет и/или преподавателей и школьный персонал.
- Вмешательство нацелено на обеспечение здоровья и профилактику заболеваний, исключая лечебные и реабилитационные мероприятия.
- Вмешательство нацелено на ЗП, ФА и психическое здоровье, как тесно связанные проблемы.

- Вмешательство уже разработано и применяется на национальном (или региональном) уровне.
- Наличие доступной информации о вмешательстве.

### 2.1.3 Систематизация вмешательств

Как только сформирована рабочая группа и определены критерии отбора вмешательств для составления их перечня, можно начинать сбор информации о соответствующих вмешательствах. Характер анализируемой информации зависит от критериев включения вмешательств в перечень, определенных на 2-м этапе, а также показателей качества, для которых необходима информация (п. 2.2). Для систематизации вмешательств могут быть использованы различные источники: базы данных в режиме он-лайн, печатные издания или информация в ходе обследований. На национальном уровне многие государства-члены ЕС разработали базы данных, которые могут быть просмотрены с помощью поисковой системы. Примерами могут служить база данных по питанию и физической активности (реб), укреплению здоровья социально незащищенных детей в Германии, I-база данных в Нидерландах или база данных Школ здоровья в Австрии (см. полезные веб-ресурсы). Могут быть полезны и научные базы данных на начальном этапе систематического литературного обзора. Другие источники - национальные или региональные сети по обеспечению здоровья в школах, а также национальные координаторы SNE, которые могут быть введены в состав рабочей группы или могут предоставить информацию о существующих вмешательствах. В дополнение к этому, организации, активно работающие в области ЗП и ФА в школах, могут быть знакомы с вмешательствами по здоровому питанию и физической активности непосредственно через исследования. Как только вмешательство идентифицировано, следует войти в прямой контакт с провайдером, чтобы обратиться за описанием и дополнительной информацией, например, о результативности вмешательства.

### 2.1.4 Анализ и описание вмешательства

После завершения сбора вмешательств, информация по каждому из них должна быть систематизирована и проанализирована. Для систематизации следует отделять соответствующую информацию от неактуальной и обобщать ее так, чтобы она могла быть использована для четкого и исчерпывающего описания вмешательства. Анализ является частью оценки качества, его результаты должны быть включены в описание вмешательства. Оценки качества вмешательства по ЗП и ФА в школе подробно описано в главе 2.2. Оценка качества и описание вмешательства должны быть выполнены как минимум двумя людьми. Преимуществом этого является то, что результаты оценки качества и описание можно сравнить, а различия - обсудить. Чтобы сравнивать вмешательства, включенные в инструментарий,

следует использовать стандартизированный формат их описания. Являясь производным из поиска существующих форматов описания вмешательств (15-17), следующий формат включает в себя набор категорий, которые, как правило, относятся к школе и заинтересованным лицам (таблица 3). Два примера, для которых применяется это описание формата, представлены в главе 3.

Таблица 3 Формат описания вмешательств по ЗП и ФА в школе

<b>Категория</b>	<b>Описание</b>
<b>1.Название</b>	Название вмешательства.
<b>2. Провайдер</b>	Краткое описание провайдера вмешательства, в том числе тип организации и контактные данные.
<b>3. Целевая группа</b>	Представлена информация о целевой группе вмешательств (возраст, пол, класс, социально-экономические характеристики др.).
<b>4. Задачи</b>	Представлено точное описание задач вмешательства. Указывается, нацелено ли вмешательство на профилактику определенных поведенческих рисков здоровья, формирование навыков или условий, которые способствуют здоровому питанию и физической активности?
<b>5. Уровень реализации</b>	Дана информация о масштабах вмешательства (на базе класса, школы, широкой школьной среды и др.).
<b>6. Содержание</b>	Помимо описания содержания компонентов подробно перечислены и описаны вмешательства.
<b>7. Методы и дидактика</b>	Описание методов и дидактики, которые применяются при реализации вмешательства, например, передача знаний, групповые физические упражнения, тренинги и т.д. В эту категорию также входит информация о материалах (брошюры, DVD и т.д.), предназначенных для выполнения вмешательства.
<b>8. Продолжительность</b>	Информация о продолжительности вмешательства, включая общие сроки для всего вмешательства, и время, необходимое для отдельных компонентов (элементов, сессий), включая количество занятий в неделю и т.д.
<b>9.Обеспечение программой</b>	Информация о компетенциях, необходимых для лиц, которые выполняют программу. Она включает описание необходимых квалификаций и информацию о необходимости специальной подготовки для осуществления вмешательства. Если разные компоненты требуют разной квалификации, то об этом должна быть предоставлена отдельная информация.
<b>10. Тренинг ( Руководство)</b>	Рассматривается вопрос о необходимости и доступности тренинга для учителей: при каких условиях, для кого и как часто? Доступно ли руководство по выполнению программы?
<b>11.Затраты вмешательства</b>	Дана информация обо всех затратах для выполнения вмешательства. Особое внимание уделено затратам школ. Информация содержит описание кадровых и

- финансовых затрат (обучение, материалы), продолжительность реализации и т.д.
- 12. Оценка** Дана информация об оценке вмешательства. Какая оценка была проведена (оценка процесса, результатов, рентабельность и т.д.)? Задokumentирована ли эффективность вмешательства в сфере здорового питания и физической активности?
- 13. Рейтинг качества** Представлен рейтинг качества вмешательства на основании результатов контрольного списка качества HEPS. Определяется общее качество вмешательства, представлены его сильные и слабые стороны, наряду с результатами оценки четырех измерений качества (концепции, структуры, процесса, результатов). Даются рекомендации по распространению вмешательства, если оно соответствует критериям "Модели хорошей практики".
- 14. Разное** Предоставляется информация, которая не отражена в других категориях, но очень важна для понимания вмешательства (например, литература).

### 2.1.5 Оценка результатов

На заключительном этапе провайдеры вмешательства должны быть проинформированы о том, что их вмешательство входит в перечень. Им необходимо проверить описание и, при необходимости, завершить его. Это снижает вероятность ошибок и гарантирует участие провайдеров в процессе разработки.

Каждого провайдера, чье вмешательство включено в перечень, следует обеспечить обратной связью о результатах оценки качества. Как подчеркивается в главе 1, Инструментарий HEPS является инструментом обеспечения качества (см. модель качества HEPS), требующим предоставления конкретной обратной связи с провайдером [11]. Обратная связь должна включать основные результаты оценки каждого измерения качества, а также описание сильных и слабых сторон вмешательства. Чем подробнее даны эти описания, в частности относительно слабых сторон, тем лучше провайдер сможет изменить вмешательство. Хороший способ продемонстрировать качество вмешательства, это сравнить его с результатами других вмешательств, которые были оценены в то же самое время. Эти критерии могут быть использованы для разных измерений качества (концепция, структура, процесс, результаты), либо могут быть более подробными для каждого критерия перечня качества HEPS (п. 2.2). В соответствии с результатами опроса могут быть определены наиболее приоритетные области и потребности и обоснованы действия по их обеспечению.

### 2.1.6 Распространение результатов

После того, как выполнена сравнительная проверка каждого вмешательства, перечень может быть опубликован. Должны быть устранены все препятствия для тех, кто хотел бы иметь этот перечень (например, школы, заинтересованные стороны) и, если это возможно, окончательная версия перечня должна быть недорогой по цене и общедоступной.

Широкое распространение результатов может быть обеспечено целевыми группами, например, можно провести конференцию, на которой будет представлен и обсужден инструментарий. Результаты могут быть направлены региональным или национальным посредникам, принимающим активное участие в сфере укрепления школьного здоровья и/или которые поддерживают школы в области здорового питания и физической активности. Заинтересованные стороны являются сами целевой группой и также могут выступать в качестве дистрибьюторов. Многие люди и организации имеют доступ к Интернету, что также может быть эффективным средством распространения результатов. Перечень может быть размещен на различных веб-сайтах по образованию и здравоохранению, наиболее посещаемыми школьным сообществом и другими заинтересованными лицами. Можно воспользоваться возможностями соответствующих информационных служб. Результаты могут быть переданы в базы данных, доступные в этой сфере (этап 3). Если нет ни региональных, ни национальных баз данных, перечень вмешательств в школе может явиться веской причиной для начала её разработки.

### 2.1.7 Совершенствование перечня

Разработка оценки качества вмешательств представляет собой непрерывный процесс совершенствования. Анализ ситуации и оценка результатов проводится неоднократно, что позволяет сравнивать качество вмешательства в различные моменты времени и определять его эффективность. Учитывая актуальность здорового питания и физической активности, следует ожидать, что число вмешательств в школе в этой области также в ближайшие годы будет расти. Поэтому рекомендуется регулярное обновление перечня вмешательств по здоровому питанию и физической активности в школах.

## 2.2 Контрольный список качества

Контрольный список качества – основная часть инструментария NEPS, включающая набор критериев и индикаторов, которые дают возможность оценить качество вмешательств в школе по ЗП и ФА. Контрольный список качества может также служить основой для разработки новых вмешательств в школе в сфере ЗП и ФА. Обоснование критериев проводится по результатам комплексного исследования качества вмешательств в области

укрепления здоровья и профилактики заболеваний [18-24], а также результатом научных исследований по проблеме здорового питания и физической активности в школах [25-37]. На основе модели качества HEPS, описанной в главе 1.3, для каждого измерения качества были разработаны соответствующие критерии. Индикатор определяется как "специально подобранная величина, которая указывает на хорошее или плохое качество" [10]. В Приложении 1 представлен контрольный список качества HEPS, который был предварительно протестирован региональными и национальными структурами укрепления здоровья и образования отдельных стран-членов ЕС. Ниже приводятся инструкции по использованию контрольного списка качества.

### 2.2.1 Оценка вмешательств

Контрольный список качества HEPS включает 37 показателей, которые распределены по 10 критериям и 4-м измерениям качества. На основе базовой модели качества (раздел 1.3) проводится комплексная оценка качества всех соответствующих этапов вмешательства (планирование, реализация и оценка).

Оценка качества включает планирование, организацию и анализ результативности вмешательства, и не касается способа его реализации в школе. Оценка качества вмешательства на основе контрольного списка качества должна учитывать не только общеизвестную и опубликованную информацию, но и неопубликованные материалы, запросив их у провайдера.

### Ресурсы

Ресурсы включают в себя опубликованные материалы, такие как пособия, книги и научные статьи, имеющие отношение к оценке качества или к модели вмешательства, используемой в школе. Кроме того, в оценку качества могут быть включены результаты других исследований. Если какая-либо информация отсутствует, у провайдера можно запросить дополнительную информацию, как, например, неопубликованные доклады, пособия и т.д. Скрытая информация, недоступная в широкой печати не должна быть использована для оценки (п. 2.2.3).

### Эксперты

Как уже упоминалось в п. 2.1.4, оценка качества вмешательства проводится независимыми экспертами (минимум – двумя). Преимущество двух экспертов состоит в том, что результаты оценки могут сравниваться, а при расхождениях обсуждаться и уточняться. Предпочтительно, чтобы оба эксперта были специалистами в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний в школе. В идеале каждое вмешательство

должно быть оценено одним экспертом из образовательного сектора и одним - из сектора по охране здоровья [18].

### Обеспечение оценки

Перед использованием контрольного перечня показателей качества HEPS необходимо изучить описание каждого показателя (Приложение 1). В контрольном списке качества число, указанное после каждого показателя качества, соответствует странице, на которой дано подробное его описание. Кроме того, разработан глоссарий, который содержит описание основных терминов, используемых в контрольном списке.

### Время, необходимое для оценки

Время, необходимое для оценки вмешательства с использованием контрольного списка качества, зависит от масштаба вмешательства, доступности информации и от профессионализма эксперта. Предварительные данные свидетельствуют, что среднее время оценки разных вмешательств различается. Если эксперт опытный, то время для обработки контрольного списка качества HEPS будет меньше.

#### 2.2.2 Интерпретация показателей и результатов измерений

Для объективной оценки вмешательства в контрольный перечень качества HEPS включена форма подсчета баллов. Каждый показатель должен быть отмечен одним из трех вариантов оценки («да», «частично», «нет») и соответствующим количеством: «да» - 2 балла, означает, что результат полностью достигнут, «частично» - 1 балл - результат достигнут частично, «нет» - 0 баллов - результат не достигнут. Если индикатор не может быть оценен из-за недостатка информации, этот показатель оценивается как "нет" (результат не достигнут, 0 баллов). В конце каждого измерения количество баллов суммируется и сумма выставляется в поле "общая оценка". После подсчета всех баллов можно проводить сравнение и интерпретацию с помощью оценочной таблицы, представленной в списке после каждого измерения. В итоге каждое измерение может быть оценено, как высокое качество (2 балла), среднее качество (1 балл) или низкое качество (0 баллов) (поле "Окончательные оценки").

После оценки каждого измерения качества может быть вычислена общая оценка качества посредством суммирования "окончательных оценок" каждого измерения (правая колонка таблицы Приложения 1).

Результат можно сравнить, используя общую таблицу оценки (в конце контрольного списка), и интерпретировать его как "высокое качество вмешательства", "среднее качество вмешательства" или "низкое качество вмешательства".

Для интерпретации результатов оценки качества вмешательства по



здоровому питанию и физической активности в школах рекомендуется использовать не только общую оценку всего вмешательства, но и оценку результатов каждого измерения качества. Это обеспечивает более детальную оценку качества вмешательства с учетом выявленных преимуществ и недостатков.

Как отмечалось в п. 2.1.5 дополнительным способом оценки качества является сравнение результатов одного вмешательства с результатами других вмешательств. Это позволяет выявить приоритетные области вмешательства. После оценки всех вмешательств по здоровому питанию и физической активности в школе полученные баллы могут быть переданы в базу данных. По всем критериям и измерениям качества определяется оценка. Для такой процедуры важно, чтобы условия реализации вмешательств были сопоставимы, т.е. характеризовались схожими условиями, такими как тип школы, количество учащихся, уровень реализации и т.д.

### 2.2.3 Трудности и пути их преодоления

При использовании контрольного перечня качества NEPS могут возникнуть определенные проблемы. В следующих разделах представлены возможные проблемы и содержатся способы их преодоления.

#### Сбор информации

Для оценки качества вмешательства на базе школ необходимо иметь достаточное количество печатных материалов (книг, брошюр и т.д.). Для того чтобы вся доступная информация могла использоваться в процессе оценки, необходимо от провайдера получить дополнительные материалы. Недоступная информация для эксперта или провайдера ограничивает возможности оценки качества вмешательства.

#### Квалификация эксперта

Другой важный вопрос касается квалификации эксперта, работающего с контрольным перечнем качества NEPS. Нельзя недооценивать объем его знаний и опыт, необходимые при использовании контрольного перечня качества. Поэтому необходимо обеспечить обучение лиц, не имеющих достаточных знаний и опыта в этой области, а также условий работы, чтобы эксперт не зависел от каких-либо обстоятельств, влияющих на оценку качества вмешательства.

#### Когда применять различные виды вмешательства

Предполагается, что все показатели, сформулированные в контрольном списке качества NEPS, крайне актуальны для всех видов вмешательств по здоровому питанию и физической активности на базе школ. Однако из-за

различий вмешательств некоторые показатели могут быть более значимыми для каждого из них. Несмотря на то, что можно выделить несколько видов вмешательств по укреплению здоровья [19, 22], только два из них имеют отношение к контрольному перечню качества HEPS. Есть вмешательства, которые разработаны и внедрены, но еще не оценены и есть вмешательства, которые и разработаны, и внедрены, и оценены. Для тех вмешательств, которые не были оценены трудно применить показатели четвертого измерения качества (качество результатов). Это не значит, что вмешательства, для которых не была проведена оценка, имеют низкое качество и по этой причине достаточно оценить этот вид вмешательства по первым трем измерениям качества. Особенно это актуально для региональных вмешательств, которые имеют ограниченные ресурсы для полной и оперативной оценки. Следует подчеркнуть, что каждое измерение качества имеет значение для общего качества любого вмешательства. Если оценка не была проведена в течение длительного периода времени, то это рассматривается как показатель снижения качества.

Контрольный список качества HEPS не следует применять для тех вмешательств, которые находятся в стадии разработки. Если контрольный перечень HEPS адекватно оценивает качество вмешательства на национальном уровне, то его можно с уверенностью использовать для оценки качества и на региональном уровне. Учитывая, что вмешательства на местном уровне, в основном небольшие по объему и часто ограничены в своих масштабах и ресурсах, можно предположить, что некоторые показатели из контрольного списка качества HEPS не могут быть использованы. В соответствии с этим одна из задач заключается в адаптации контрольного списка качества HEPS к местным потребностям.

### Качество вмешательства зависит от условий его реализации

Несмотря на то, что контрольный перечень качества HEPS с его критериями измерений качества основан на эмпирических данных и практическом опыте, и предполагает использование нормативных требований и стандартов (п. 1.1), результаты оценки должны рассматриваться, как необходимые данные для его дальнейшего совершенствования, развития и использования. Применение вмешательства высокого качества не означает, что оно будет иметь большое значение для конкретной школы и, наоборот, вмешательство низкого качества не означает, что оно не будет иметь никакой ценности для школы. Значимость любого вмешательства для школы зависит от условий его реализации и конкретных потребностей. Рекомендуется включать вмешательства низкого качества в перечень, также как и те, которые имеют высокий и средний уровень качества. Это позволяет школам наилучшим образом выбирать вмешательство, которое соответствует их особым потребностям.

## ГЛАВА 3 ИНСТРУМЕНТАРИЙ NEPS В ДЕЙСТВИИ

В главе представлены два примера применения по здоровому питанию и физической активности: «Интервенционное исследование здоровья детей» в школе Германии и «Развитие в подростковом возрасте» в школе Шотландии, которые были оценены с помощью контрольного списка качества NEPS.

### 3.1 Интервенционное исследование здоровья детей (CHILT) в Германии

CHILT – вмешательство можно разделить на несколько разделов: от общей профилактики и обеспечения здоровья (CHILT I - здоровое питание и физическая активность) до профилактики конкретных заболеваний (CHILT III – профилактика и лечение ожирения). Основное внимание уделено в этом примере вмешательству CHILT I, так как оно направлено на укрепление здоровья всех учащихся начальных школ, в то время как CHILT III не применяется в условиях школы. На основе учебных пособий, книг и статей, а также материалов, доступных через Интернет, и баз данных по литературе, было оценено вмешательство CHILT I с использованием стандартизированного формата NEPS (п. 2.1.4). Провайдер CHILT-вмешательства представил дополнительный материал для оценки качества. На основании использования всей информации была проведена полная оценка качества<sup>1</sup>. На заключительном этапе реализации вмешательства провайдером проведена повторная оценка. Результат этой оценки и описание представлены в таблице 4.

Таблица 4: Описание Интервенционного исследования здоровья детей Исследование I (CHILT-I)

<b>Название</b>	<b>Программа CHILT – Интервенционное исследование здоровья детей</b>
Провайдер	German Sport University Cologne Institute of Kinesiology and Neurosciences Division III – Activity and health promotion Am Sportpark Müngersdorf 6 50933 Köln Mail: <a href="mailto:chilt@dshs-koeln.de">chilt@dshs-koeln.de</a> Web: <a href="http://www.chilt.de">http://www.chilt.de</a>

<sup>1</sup>Благодарим д-ра Кристину Граф (Герм. Университет Спорта, Кельн) за ее ценные замечания и поддержку.

## Целевая группа

В зависимости от уровня вмешательств CHILT могут быть выделены три различных целевых группы: а) CHILT-I ориентировано на общую профилактику и укрепление здоровья детей начальной школы, включая и тех детей, которые имеют риск избыточной массы тела; CHILT-II - на детей с избыточной массой тела и ИМТ (BMI) больше 90 перцентилья; CHILT-III –на детей и подростков, страдающих ожирением ( $\geq 97$  перцентилья) и не применяется в условиях школы.

## Цель

Цель вмешательства CHILT-I состояла в обеспечении здоровья и физической активности детей начальных школ. CHILT-I направлен на повышение физической активности во время школьных уроков и перемен, оптимизацию уроков физкультуры и расширение знаний учащихся о здоровье. Проект также ставит цель - снизить число детей с избыточной массой тела.

## Охват

Проект реализуется на 2-х уровнях: на уровне класса и школы. Первичный уровень проекта CHILT-I – это классная комната, в которой учителя проводят уроки по гигиене. Кроме того, детям предоставляется возможность повысить физическую активность в свободное от уроков время и на переменах на детских площадках, оборудованных канатами, мячами, гимнастическими снарядами "джунгли" и т.д.

## Содержание

Содержание класса: уроки гигиены о здоровом питании и физической активности, а также активные перерывы

Содержание школьной среды: обеспечение физической активности во время отдыха и перерывов.

Учителя проводили урок гигиены раз в неделю (около 30 мин) и не менее одного физически-активного перерыва в течение 5 мин во время занятий каждое утро и на переменах. Во время предварительной подготовки учителя получили материалы с инструкциями по проведению уроков гигиены и организации физической деятельности в течение учебного дня. Материал по гигиеническому воспитанию охватывает различные темы, такие как физическое развитие (31 урок), питание (13 уроков), психосоциальные аспекты здоровья (16 уроков), личная гигиена (9 уроков), рецепты здоровья (6 уроков) и другие. Материал по гигиеническому воспитанию рассчитан на 106 уроков.

Чтобы дать ученикам возможность повысить свою физическую активность во время уроков, в периоды досуга и во время уроков физической культуры, для учителей разработаны дополнительные материалы. Они содержат рекомендации по оптимальной организации занятий (12 занятий), по проведению уроков физической культуры (6 упражнений на координацию, 6 - для развития силы; 7 - на выносливость; 2 - по акробатике; 3 - по ритмике и

танцу, 3 - по плаванию, 4 - по взаимодействию в процессе соревнований и 20 - игровые), по организации перемен (32 упражнения на расслабление и 26 - на активность) и по оборудованию школьной площадки, а также рекомендации по тестированию двигательных способностей и физической подготовленности. Представлена пошаговая процедура организации физической активности на школьной площадке. Разработаны 13 подвижных игр, которые могут быть использованы и в школьных помещениях.

### Применяемые методы

Для проведения каждого урока по гигиене разработан рабочий лист, который имеет единую структуру и включают в себя информацию о целях, материальных затратах, необходимом уровне подготовки, формах реализации, необходимом времени, целевой группе. Приводятся также методические и дидактические советы и даются ссылки на другие материалы (упражнения, рабочие листы и др.). Материалы для проекта CHILT-I содержатся в двух книгах и дублируются на компакт-диске. В зависимости от школьных потребностей учителя могут дополнять свои уроки другими доступными материалами. Перекрестные ссылки между обеими книгами выделены особо и позволяют проводить интерактивную работу.

### Продолжительность

Все материалы следует применять как можно дольше, в течение нескольких лет. В интервенционном исследовании вмешательство длилось почти 4 года. Уроки по гигиене проводились один раз в неделю продолжительностью 20-30 минут. Физически-активные перерывы по 5 минут проводились один раз во время уроков.

### Обеспечение программы

Учителя начальных школ являются основными исполнителями вмешательства CHILT-I. Для проведения вмешательства необходима базовая подготовка. Не существует никакой доступной информации о том, какой вид квалификации необходим для реализации программы.

### Обучение

До реализации вмешательства CHILT-I исполнителем предлагается базовая подготовка учителя, направленная на: 1) повышение уровня компетенций по здоровому образу жизни, 2) помощь и осуществление гигиенического образования и физической активности в течение учебного дня и 3) разработку инструкторских навыков для повышения физической активности. В дополнение к базовой подготовке организуются семинары по конкретным темам и предоставляются материалы, необходимые учителям для реализации вмешательства.

### Затраты на реализацию вмешательства

Расходы на базовую подготовку составляют около 200 евро. Две книги стоят 35 евро каждая. О дополнительных затратах информации нет.

### Оценка

Уроки проводятся от 1-го раза в семестр до 2-х раз в неделю в течение четырех лет. Кроме того, кратность организации физически активных перемен между уроками варьировала от двух раз в неделю до трех раз в день. Влияние CHILT-I на массу тела и физическую активность детей изучалось через четыре года в 12 начальных школах, в которых реализовывалось вмешательство, и в 5-ти контрольных школах. Результаты показывают, что влияния на детей с избыточной массой тела или с ожирением в группе вмешательства не наблюдалось. Однако отмечено сокращение количества детей с повышением ИМТ с момента начала выполнения вмешательства, что указывает на высокую эффективность программы. Что касается выносливости детей из группы вмешательства, то она стала несколько выше, но незначительно. Также отмечено незначительное увеличение координации движений у детей из группы вмешательства. Значительно улучшились моторные навыки, такие как выполнение прыжков и сохранение равновесия. Влияние знаний о здоровье и поведении, связанном со здоровьем, на питание, физическую активность и академическую успеваемость не исследовалось.

### Рейтинг качества

Используя контрольный перечень качества NEPS, проведена оценка качества вмешательства CHILT-I. Общее количество баллов составило 50 из 74 возможных баллов, что соответствует высокому уровню качества. При этом: качество концепции имело 28 баллов из 34-х (высокое качество); качество структуры – 10 баллов из 14-ти (высокое качество); качество процесса - 6 баллов из 12-ти (среднее качество) и качество результатов – 6 баллов из 14-ти (среднее качество).

Полученные результаты свидетельствуют, вмешательство CHILT-I имеет определенные преимущества в качестве концепции и структуры и некоторые слабые стороны в качестве процесса и результатов. Качество концепции CHILT-I основывается на оценке потребностей и научных положениях. Целевая группа и задачи вмешательства четко определены. Уровень реализации CHILT-I представлен классом и школьной средой. вмешательство основывается на общей концепции здоровья. Степень участия семьи в CHILT-I очень ограничена. Вмешательство минимально связано с образовательными целями. В области качества структуры доступно достаточно подробное руководство для пользователей, содержащее большой набор физических упражнений. Кроме того, доступна учебная программа. Тем не менее, не определены компоненты, которые должны быть реализованы в соответствии с планом. Также не представлены стратегии для устойчивого привлечения внешних партнеров. Отсутствует информация о

том, каким образом исполнитель может контролировать реализацию вмешательства. Что касается качества результатов, то следует отметить, что методы оценки строятся на основе согласованных стандартов. Недостаточно информации об эффективности вмешательства и влияния на результаты образовательного процесса.

---

<sup>1</sup>Рейтинг качества составлен на основе тщательной оценки вмешательства. Если информация недоступна для оценки, определенный индикатор интерпретируется как отсутствие качества.

### Разное

Published materials for CHILT I:

Graf, C., Koch, B. & Dordel, S. (2008). CHILT-G. Gesundheitsförderung [CHILT-G.

Health Promotion]. Dortmund: Verlag modernes Lernen.

Dordel, S., Koch, B. & Graf, C. (2008). CHILT-B. Bewegungsförderung [CHILT-B.

Activity Promotion]. Dortmund: Verlag modernes Lernen.

Scientific publications (selection):

Graf, C., Koch, B., Falkowski, G., Jouck, S., Christ, H., Stauenmaier, S., Tokarski, W., Gerber, A., Predel, H.-G. & Dordel, S. (2008). School-based prevention: Effects on obesity and physical performance after 4 years. *Journal of Sports Sciences*, 10, 987-994.

Graf, C., Tokarski, W., Predel, H.-G., Koch, B. & Dordel, S. (2006). Overweight and obesity in childhood – how can physical activity help? *Physical Education and Sport*, 50, 54-59.

Graf, C., Koch, B., Falkowski, G., Jouck, S., Christ, H., Stauenmaier, S., Bjarnason-Wehrens, B., Tokarski, W., Dordel, S. & Predel, H.-G. (2005). Effect of a school-based intervention on BMI and motor abilities in childhood (mid point data of the CHILT-Project). *Journal of Sport Science and Medicine*, 4, 291–299.

## 3.2 "Развитие в подростковом периоде": Шотландия

Таблица 5: Описание «Развития в подростковом периоде»

Название	Развитие в подростковом периоде
Провайдер	NHS Health Scotland Elphinstone House Glasgow G2 2AF

### Целевая группа

Материалы разработаны с целью использования на занятиях учителями среди учащихся старшей начальной и младшей средней школы. Целевая группа может быть определена двумя способами. Это ресурс для поддержки непрерывного профессионального образования (CPD) учителей. Установлено, что это обучение также оценивается более широким штатом

школьных работников и партнерских учреждений, например, специалистами по физической культуре и обслуживающим персоналом.

### Цели

«Развитие в подростковом периоде (GTA)» разработано для поддержки непрерывного профессионального образования (CPD) преподавателей и специалистов в области здорового питания и физической активности. Цель состоит в том, чтобы «позволить инструкторам на собственном опыте повысить компетентность педагогов в понимании широкого круга вопросов по проблемам здоровья молодых людей в рамках подхода ШСЗ».

### Охват

Психосоциальная модель здоровья обеспечивает всесторонний подход к здоровому питанию молодых людей в связи с физическими, социальными, психическими и эмоциональными особенностями их развития и может быть использована на уровне школы и региона, но не на уровне класса.

### Содержание

Книга 1 содержит обзор вмешательств.

Книга 2 содержит обучающие материалы и мероприятия.

Информационные материалы.

В европейской версии GTA обе книги объединены в одну.

### Методы и дидактика

Книга 1 содержит фактическую информацию о питании подростков в Великобритании.

Книга 2 включает ряд интерактивных мероприятий для обучения совместным действиям.

Информационные материалы могут быть использованы при проведении тренинга. В отдельном разделе представлено описание планирования и проведения тренинга.

### Продолжительность

Тренинговые сессии включают однодневные или 3-х дневные обучающие тренинги.

### Обеспечение программы

Непрерывное профессиональное обучение инструкторов, работающих в сфере здоровья или образования, на основе планирования и организации тренинга.

### Тренинг

До издания учебного пособия, тренинг для инструкторов проводился на национальном уровне и имел успех, благодаря партнерскому участию организаций образования и здоровья. В процессе тренинга обращалось



внимание на возможности местных ресурсов, которые в дальнейшем должны стать основой для его обеспечения.

### Затраты на реализацию вмешательства

Обучение бесплатно, за исключением специалистов, не проживающих в Шотландии.

Стоимость £50

Тренинг оплачивается NHS HS.

### Оценка

Оценка программы GTA проводилась с сентября по декабрь 2007 года и включала интервью с инструктором по организации мероприятия, консультации по подготовке мероприятия, с участниками тренинга, тематические исследования и интервью с партнерами по национальной программе. Ключевыми темами явились: GTA как инновационная программа и ресурс, низкий уровень ее представления среди местных инструкторов, несогласованность действий, несоответствие роли инструктора и цели ресурса GTA, решающее значение партнерства на местном уровне для успешного продвижения тренинга GTA; связь с ресурсами преподавания в классе. Информация о дальнейшей работе с GTA представлена на сайте:

<http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx>

### Рейтинг качества

Используя контрольный перечень качества NEPS, проведена оценка качества GTA. Общее количество баллов составило 51 из 74 возможных баллов, что соответствует высокому уровню качества. При этом:

качество концепции имело 31 балл из 34-х (высокое качество); качество структуры – 10 баллов из 14-ти (высокое качество); качество процесса - 6 баллов из 12-ти (среднее качество) и качество результатов – 4 балла из 14-ти (среднее качество).

### Комментарии

В Контрольном перечне качества NEPS «Развитие в подростковом периоде» получило 51 балл из 74 баллов, что свидетельствует о высоком качестве. GTA не является вмешательством или программой на уровне школы или ученика, а является Инструментом или ресурсом CPD. Качество процесса и качество результатов имеют низкую оценку, но, как ресурс CPD, качество концепции и качество структуры имеют высокую оценку.

### Разное

Проект создан на основе исследований, запущен и предварительно протестирован. Подобно Шотландской версии существует Европейский вариант. <http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx>

NHS Health Scotland (2005). Развитие в подростковом периоде. NHS здравоохранения Шотландии, Эдинбург;

[www.euro.who.int/document/e87579.pdf](http://www.euro.who.int/document/e87579.pdf)

NHS Health Scotland (2007). Оценка роста в подростковом возрасте  
Ресурс и курс обучения для инструкторов. NHS Health Scotland, Эдинбург;  
<http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx>

[www.healthscotland.com](http://www.healthscotland.com)

**КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК КАЧЕСТВА**  
**для оценки качества школьных вмешательств по ЗП и ФА**

До проведения оценки вмешательства в школе по ЗП и ФА, пожалуйста, прочтите внимательно инструкцию (глава 2.2). Для дальнейшего выполнения прочтите описание индикаторов и глоссарий, которые представлены в Приложении 2.

Название вмешательства \_\_\_\_\_

Эксперт \_\_\_\_\_

Организация \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Дата оценки вмешательства \_\_\_\_\_

*Параметр качества 1: Качество концепции (да-2 балла, частично-1 балл, нет-0 баллов)*

1.	Оценка и анализ	Страница	Кол-во баллов
1.1	Основаны ли вмешательства на оценке потребностей (например, эпидемиологических данных или данных обучения)?	31	
1.2	Вмешательства основаны на оценке школы, в которой оно будет проводиться?	31	
2.	Целевая группа и задачи		
2.1	Целевая группа определена понятно и конкретно?	31	
2.2	Четко и конкретно описаны цели?	32	
3.	Принципы и подход ШСЗ		
3.1	Вмешательства основаны на положительной и всеобщей концепции здоровья, ориентированной на продвижение ресурсов и навыков для повышения здорового питания и физической активности?	32	
3.2	Вмешательство включает активное участие всех учащихся школы?	32	
3.3	Вмешательство ориентировано на индивидуальное или групповое поведение, а также на школьные условия, которые влияют на здоровое питание и физическую активность?	33	
3.4	Вмешательство рассматривает всю школу (класс, школу и окружающее ее общество) в целях обеспечения здорового питания и физической активности?	33	
4.	Планирование вмешательства		
4.1	Вмешательство основывается на научных данных?	33	

4.2	Родители участвуют в вмешательстве?	33	
4.3	Вмешательство является многокомпонентным подходом, т. е. оно содержит сочетание компонентов на основе здорового питания и активности?	34	
4.4	Вмешательство включает аспекты психического здоровья (например, самооценку, стратегии преодоления) в отношении обеспечения здорового питания и физической активности?	34	
4.5	Вмешательство связано с образовательными задачами школы?	34	
4.6	Учителя и другие специалисты из сферы образования принимали участие в разработке вмешательства?	34	
4.7	Продолжительность и интенсивность вмешательства основаны на научных знаниях и опыте?	35	
4.8	Методы вмешательства согласуются с подходом школы, содействующей здоровью?	35	
4.9	Методы вмешательства и его содержание согласуются с требованиями целевой группы (например, возраст, пол, уровень культуры)?	35	
	<b>Итоговая оценка</b>		
<i>Кол-во баллов</i>	Оценка	Окончательная оценка	
34 – 24	Высокое качество концепции	2	
23 – 12	Среднее качество концепции	1	
11 – 0	Низкое качество концепции	0	
Пожалуйста, отметьте окончательную оценку в правом столбце в соответствии с количеством баллов в левом столбце			
<i>Параметр качества 2: Качество структуры (да - 2 балла, частично - 1 балл, нет - 0 баллов)</i>			
5.	<b>Источники и квалификации</b>		
5.1	Расходы на все вмешательства в школе представлены четко?	36	
5.2	Финансовые и другие ресурсы адекватны задачам вмешательства?	36	
5.3	Компетенции (например, квалификация, навыки) для реализации вмешательства описаны понятно?	36	
5.4	Учебная программа является пригодной для повышения опыта в реализации?	36	
5.5	Существуют руководства для осуществления вмешательства?	37	
6.	<b>Сеть и сотрудничество</b>		
6.1	Представлены стратегии привлечения соответствующих партнеров вне школы?	37	
6.2	Вмешательство стимулирует устойчивое сотрудничество со сторонними организациями, группами или отдельными лицами?	37	

<b>Итоговая оценка</b>			
<i>Кол-во баллов</i>	Оценка	Окончательная оценка	
14 - 10	Высокое качество структуры	2	
9 - 5	Среднее качество структуры	1	
4 - 0	Низкое качество структуры	0	
Пожалуйста, отметьте окончательную оценку в правом столбце в соответствии с количеством баллов в левом столбце			
<i>Параметр качества 3: Качество процесса (да - 2 балла, частично -1 балл, нет - 0 баллов)</i>			
<b>7.</b>	<b>Выполнение и его обеспечение</b>		
7.1	Учителя и ученики привлечены к реализации вмешательства?	37	
7.2	Выполнение вмешательства не нарушает ежедневный режим школы и условия обучения?	38	
7.3	Представлены компоненты вмешательства, необходимые для достижения результата вмешательства?	38	
7.4	Предусмотрена постоянная поддержка (например, консультирование, наблюдение) для обеспечения вмешательства (например, учителя)?	38	
<b>8</b>	<b>Мониторинг</b>		
8.1	Представлены методы, которые будут использоваться для оценки процесса вмешательства (с достаточной точностью, адекватностью, информативностью)?	38	
8.2	Разработаны стратегии для улучшения вмешательства на основе результатов оценки процесса и представлены ли они?	39	
<b>Итоговая оценка</b>			
<i>Кол-во баллов</i>	Оценка	Окончательная оценка	
12 - 9	Высокое качество процесса	2	
8 - 4	Среднее качество процесса	1	
3 - 0	Низкое качество процесса	0	
Пожалуйста, обведите окончательное кол-во баллов в правом столбце в соответствии с количеством баллов с левом столбце			
<i>Параметр качества 4: Качество результатов (да - 2 балла, частично - 1 балл, нет - 0 баллов)</i>			
<b>9.</b>	<b>Эффективность</b>		
9.1	Вмешательство достигает целей, сформулированных при его планировании?	39	
9.2	Результаты вмешательства показывают позитивное воздействие на здоровье с точки зрения здорового питания и физической активности?	39	
9.3	Существуют доказательства того, что положительное воздействие на здоровье остается стабильным в	40	

	течение 6 месяцев?		
9.4	Методы оценки и процедуры основаны на согласованных научных стандартах?	40	
9.5	Вмешательство показывает положительное влияние на образование (например, успеваемость, школьный климат, пропуски школьных уроков)?	40	
10	<b>Рентабельность</b>		
10.1	Существует баланс между ресурсами (стоимость, время) и эффективностью вмешательства?	40	
10.2	Существует баланс между затратами на школу, учителей (например, время подготовки, кадры) и эффективностью вмешательства?	41	
	<b>Итоговая оценка</b>		
<i>Кол-во баллов</i>	Оценка	Окончательная оценка	
14 – 10	Высокое качество результатов	2	
9 – 5	Среднее качество результатов	1	
4 – 0	Низкое качество результатов	0	
Пожалуйста, отметьте окончательную оценку в правом столбце в соответствии с количеством баллов в левом столбце			

В таблице ниже проставьте баллы, соответствующие каждому параметру качества в среднем столбце и окончательную оценку в правом столбце колонке, что будет указывать на окончательную оценку каждого параметра (см. таблицу выше). Общее количество баллов следует сравнить с общей оценкой.

Параметр Качества	Количество баллов	Окончательная оценка
Качество концепции	_____ / 34	
Качество структуры	_____ / 14	
Качество процесса	_____ / 12	
Качество результатов	_____ / 14	
Итого:		

Общие количество баллов	Общая оценка качества вмешательства
8-6	Высокое качество вмешательства
5-4	Среднее качество вмешательства
0-3	Низкое качество вмешательства

## ОПИСАНИЕ ИНДИКАТОРОВ

Ниже представлено краткое описание каждого из показателей контрольного списка качества NERPS. Пожалуйста, прочитайте внимательно, прежде чем дать оценку каждому показателю. Некоторые термины представлены в глоссарии более подробно.

### 1. Качество концепции

#### 1.1 Вмешательство основано на оценке потребностей (например, эпидемиологических данных или данных обучения)?

Отправной точкой для каждого вмешательства является результаты системного анализа проблемы здоровья, ее масштабы и последствия [9, 18, 19, 21, 39]. Это включает, например, сбор эпидемиологических данных о распространенности и избыточной массы тела, физической активности и связанных с этим проблем здоровья в детстве и юности. Кроме того, должны быть доступны данные о распространении проблемы в зависимости от пола, возраста и социально-экономического положения.

#### 1.2 Вмешательство основано на результатах оценки деятельности школы, в которой оно будет проводиться?

На основе результатов оценки потребностей (1.1) должен быть осуществлен анализ деятельности школы, в которой будет проводиться вмешательство [19]. Анализ может включать информацию о типе школы и уровне класса (возрасте учащихся), для которых предназначено вмешательство, а также данные о возможных источниках информации (например, о директоре школы), препятствиях (например, незаинтересованных учителях) и способствующих факторах (например, о мотивации директора, согласии родителей), которые могли бы повлиять на выполнение мероприятий. Кроме того, необходима информация о желаниях и готовности к реализации вмешательства учащихся и учителей. До вмешательства по данным субъективного опроса следует проанализировать результаты ранее проведенных вмешательств.

#### 2.1 Понятно и конкретно определена целевая группа?

Должно быть четко и понятно определено, для какой целевой группы разработано вмешательство. [10, 18, 19, 20, 21]. Чем конкретней определяется целевая группа, тем лучше. Необходимо указать критерии, определяющие целевую группу. Они должны включать возраст, пол, тип школы и уровень класса, а также индекс массы тела (например, мальчиков и девочек из начальной школы с особым акцентом на детей от 10 до 12 лет). Если для вмешательства определены различные целевые группы, то каждая группа должна быть обозначена. Также могут быть указаны критерии исключения, такие как индекс массы тела или тип школы. Вмешательства, которые касаются подростков с ожирением, вторичными расстройствами или

заболеваниями, не являются предметом рассмотрения в контрольном перечне качества НЕРС. Контрольный список качества НЕРС ориентирован на ШСЗ.

## 2.2 Четко и конкретно описаны цели?

Важно знать, что необходимо достичь посредством вмешательства [10, 18, 19, 20, 21]. Успех вмешательства определяется четкими и конкретными целями и задачами. Цель должна быть определена четко и конкретно с указанием того, что вмешательство намерено изменить. Например, увеличить количество часов в неделю на физическую активность для мальчиков и девочек в возрасте от 8 до 10 лет. Конкретность цели является обязательным условием для оценки степени ее достижения. Неопределенные и непонятные цели не позволяют точно оценить вмешательство. Цели должны быть реалистичными и разумными. Например, снижение количества подростков с избыточной массой тела на 100% достичь нереально, поскольку это зависит от многих факторов, которые не могут быть изменены в условиях школы.

## 3.1 Вмешательства основаны на позитивной и всеобщей концепции здоровья, ориентированной на здоровое питание и физическую активность?

Позитивная концепция здоровья сосредоточена на ресурсах, навыках и способностях людей, позволяющих им справляться с повседневными требованиями и принимать решения относительно здоровья [19, 21, 40]. Вмешательства, которые основаны на положительной концепции укрепления здоровья, улучшают здоровье посредством формирования навыков и повышения возможностей отдельных лиц с тем, чтобы они могли взять на себя ответственность и повысить контроль за своей жизнью и здоровьем, например, в области здорового питания и физической активности. Вмешательства, сосредоточенные исключительно на снижении рисков и рассматривающие человека как пациента, не основаны на позитивной концепции здоровья.

## 3.2 Вмешательство включает активное участие всех учащихся школы?

Важно, чтобы дети, которые составляют целевую группу вмешательства принимали активное участие в его реализации [41, 42]. Вмешательства, основанные на активном их участии, дают возможность влиять на решения и инициируют эти решения вместе со взрослыми. Степень активного участия не может быть одинаковой в разных возрастных группах. Подростки старшего возраста должны участвовать в большей степени. Примеры возможных вариантов участия детей: решения принимаются без участия учащихся; учащиеся могут принимать участие в процессах принятия решений, но не имеют полномочий что-либо решать (частичное участие); учащиеся имеют право инициировать решения и влиять на эти решения и действия (активное участие).



### 3.3 Вмешательство ориентировано на индивидуальное или групповое поведение и условия школы, которые влияют на здоровое питание и физическую активность?

Вмешательства будут эффективными, если они нацелены на факторы, влияющие на индивидуальное поведение, а также на школьную среду. Использование этого подхода учитывает поведение, связанное со здоровьем (например, как питание и физическая активность), а также вопросы, связанные со здоровьем на индивидуальном уровне, например, как справиться со стрессом, повысить чувство собственного достоинства, самооценку. Школьная среда, как правило, включает физические, экономические и социальные факторы и такие мероприятия, как создание игровых площадок на школьном дворе, столовой или сокращение торговых автоматов в школах.

### 3.4 Рассматривает вмешательство в рамках всей школы (класс, школу и окружающие школу сообщества) в целях обеспечения здорового питания и физической активности?

Этот пункт учитывает все школьные факторы, как внутри, так и вне школы [43, 44]. Термин «школа» относится больше к физическому зданию и включает в себя не только классные комнаты, но и другие объекты - школьную столовую, коридоры и комнаты отдыха. Школьная среда включает окружающую обстановку вне школы - игровые площадки, школьные дворы, а также окружающие школьные сообщества (спортивные клубы, медицинские учреждения и др.). Вмешательство должно включать разные уровни.

### 4.1 Вмешательство должно основываться на научных данных?

Каждое вмешательство должно основываться на научной теории и результатах научных исследований [10, 32]. Теоретическая основа обеспечивает понимание детерминант здоровья и дает представление о взаимосвязи различных факторов, а также предоставляет доказательства того, каким образом могут оказывать влияние организованная профессиональная деятельность на эти факторы. Каждое вмешательство должно предоставить подробную информацию о теоретической основе, на которой оно строится и, особенно, о его содержании и методологическом подходе. Также должны быть предоставлены научные данные эмпирических исследований, подтверждающие эту теоретическую базу.

### 4.2 Родители (семья) участвуют во вмешательстве?

На здоровое питание и физическую активность оказывает влияние не только школа, но и семья [25, 29, 28, 38]. Привлечение родителей (опекунов) или других членов семьи во вмешательство должно инициировать позитивные изменения в отношениях и поведении, которые должны поощряться и стабильно поддерживаться в семье. Участие родителей (семьи) повышает эффективность сотрудничества. Степень этого участия родителей (семьи)

зависит от возраста детей [20]. Для маленьких детей питание и физическая активность, которых во многом зависит от обстановки в семье, степень участия родителей (семьи) должна быть высокой. Вмешательство может включать специальные тренинги для родителей или совместные конференции для родителей. Степень вовлеченности подростков может уменьшаться, но всегда должна оставаться, хотя бы на минимальном уровне.

#### 4.3. Вмешательство является многокомпонентным подходом, т. е. содержит сочетание подходов к здоровому питанию и физической активности?

Предполагается, что комплексные подходы, связанные со здоровым питанием и физической активностью являются наиболее эффективными [20, 29, 27, 28]. Примером комплексного подхода является вмешательство, направленное на повышение физической активности в учебном классе и на школьном дворе, на формирование культуры здорового питания в «клубе завтрака».

#### 4.4 Вмешательство включает аспекты психического здоровья (например, самооценку, стратегии преодоления) в связи с обеспечением здорового питания и физической активности?

Здоровое питание и физическая активность тесно связаны с различными аспектами психического здоровья. Избыточная масса тела и ожирение детей и подростков чаще всего спровоцированы психосоматическими расстройствами [45]. Снижение физической активности в детстве и юности связано со сниженной самооценки [46]. Вмешательства по обеспечению здорового питания и физической активности должны включать аспекты психического здоровья. Например, вмешательство способствует формированию позитивного отношения к своему телу и позволяет избежать неадекватного поведения в стрессовых ситуациях. Самооценка или другие личные ресурсы могут быть частью этих вмешательств.

#### 4.5 Вмешательство связано с образовательными задачами школы?

Вмешательства, связанные со здоровьем в школе, являются более реальными для выполнения и эффективными, если в них учтена образовательная деятельность школы [47]. Некоторые результаты исследований показывают, что низкая физическая активность детей с избыточной массой тела непосредственно связана с низкой успеваемостью в школе [48]. Чем больше вмешательств рассматривают показатели образования во взаимосвязи с показателями здоровья, тем лучше. Образовательные показатели – это академическая успеваемость, способности к обучению, психологический климат в школах и пропуски школьных занятий.

#### 4.6 В разработке вмешательства принимали участие учителя и другие специалисты сферы образования?

Учителя и другие специалисты сферы образования (например, школьный психолог, социальный педагог) являются важной целевой группой при

планировании вмешательства. Так как обучение детей - это основная сфера их деятельности, они хорошо понимают что работает, а что нет. Поэтому они должны участвовать в планировании любого вмешательства на базе школы, особенно если им приходится выполнять это вмешательство [18]. Они могут также оказать ценную поддержку по методологии и содержанию вмешательства на стадии планирования. Активное участие на данном этапе повышает мотивацию и осведомленность о вмешательстве. В дальнейшем это способствует более эффективному выполнению запланированных мероприятий. Вмешательства, в которые систематически и активно включаются учителя и другие специалисты образования, удовлетворяют требованиям этого индикатора.

#### 4.7 Продолжительность и интенсивность вмешательства основана на научных знаниях и опыте?

Наблюдения показывают, что вмешательства, реализуемые в течение длительного срока (например, 6 месяцев) более эффективны, чем краткосрочные [29]. Это не обязательно означает, что вмешательства, которые выполняются в течение, по крайней мере, 6 месяцев, высокого качества, а вмешательства, которые применялись в более короткий срок, имеют низкое качество. Продолжительность вмешательства и его интенсивность (например, количество раз в неделю) должны быть научно обоснованы.

#### 4.8 Методы вмешательства согласуются с подходом школы, содействующей здоровью?

Подход ШСЗ, как описано в пп. 3.1 - 3.4 требует методов и стратегии на основе принципов демократии и активного участия учителей, учащихся, семьи и т.д. Методы, использующие подход ШСЗ, направлены на расширение прав и возможностей детей и подростков и оказывают им поддержку в повышении компетенции действия [49]. При этом методы основываются на групповой работе, обсуждениях за круглым столом, совместных действиях, играх и др. [50], полностью исключая какие-либо наравоучения. Они содержат позитивные призывы, мотивирующие и поддерживающие чувство ответственности за свое здоровье, включая здоровое питание и физическую активность.

#### 4.9. Методы и содержание вмешательства согласуются с характеристиками целевой группы (например, возраст, пол, уровень культуры)?

Каждое вмешательство должно показать, что его содержание и применяемые методы значимы для предполагаемой целевой группы с учетом пола, возраста, социально-экономического и мультикультурного уровня. Что касается возраста, методы должны соответствовать различным физическим и когнитивным этапам развития. Например, маленькие дети имеют отличные от подростков спортивные интересы и двигательные навыки. Кроме того, участие семьи важнее в детстве, чем в молодости. Фигура – это тема, которой

обеспокоены в большей степени девочки, а агрессия или увлечение видеоиграми больше актуальны для мальчиков. Вмешательство должно учитывать мультикультурный аспект привычки питания и поведения, которые в значительной степени зависят от различных культурных норм и ценностей. Вмешательства, которые всесторонне и систематически рассматривают характеристики целевой группы при планировании и описании содержания и методов вмешательства в полной мере отвечают требованию данного индикатора.

## 2. Качество структуры

### 5.1 Четко ли представлены расходы на все вмешательство в школе?

В контексте данных описаний должно быть ясно, какое именно вмешательство будет актуальным, исходя из ресурсов данной школы [19, 21]. Школы должны оценить усилия, необходимые для выполнения данного вмешательства. Неопределенность в затратах школ может вызвать трудности и разочарования в реализации. Необходимые ресурсы включают время для реализации вмешательства, а также кадровые, материальные и финансовые ресурсы. Вмешательства, предусматривающие полную информацию об этих ресурсах, удовлетворяют данному индикатору. Желательно наличие информации о способах обеспечения этих ресурсов, например, спонсорство, финансирование.

### 5.2. Финансовые и другие ресурсы соотносятся с задачами вмешательства?

Следует определить соответствие между целями вмешательства и ресурсами, необходимыми для всего вмешательства (не только тех, которые связаны со школой) [10, 18]. Особенно это имеет большое значение при дефиците ресурсов. Соответствие может быть установлено на основе анализа информации о необходимых финансовых ресурсах, целях и задачах вмешательства. Могут быть полезны результаты других внешних оценок.

### 5.3. Понятно описаны компетенции (например, квалификация, навыки) для реализации вмешательства?

Важно понимать, какие компетенции и квалификации необходимы для выполнения вмешательства [10, 18, 19, 20, 21] и кто именно должен выполнять это вмешательство. Если никто не несет полной ответственности за реализацию вмешательства, его эффективность может быть сведена к минимуму.

### 5.4 Учебная программа является пригодной для повышения квалификации специалистов?

Учебная программа необходима для формирования определенных компетенций учителей и других лиц для выполнения вмешательства [18, 19, 20]. В случае отсутствия таковой, это может рассматриваться как отсутствие структурных качеств, что может привести к трудностям в процессе

реализации. Вместе с учебной программой для вмешательства необходима информация о частоте тренингов и расходах.

### 5.5. Существуют руководства для выполнения вмешательства?

Необходимо наличие подробного руководства по выполнению вмешательства [20], которое должно включать не только описание вмешательства и его компонентов, а содержать подробный перечень необходимых средств, а также информацию о трудностях и путях их преодоления. Всё это гарантирует, что вмешательство будет осуществляться в соответствии с планом.

### 6.1 Представлены стратегии привлечения внешних партнеров?

Вмешательства по здоровому питанию и физической активности, включающие окружающее школьное сообщество, являются более перспективными, чем вмешательства, которые сосредоточены исключительно на одном школьном уровне (например, классе). Соответствующими внешними партнерами являются, например, местные спортивные и молодежные клубы, органы здравоохранения, службы консультирования провайдеров, семьи, а также местные партнеры и организации, активно работающие в сфере здорового питания и физической активности. Следует разработать стратегию, которую могли бы принять внешние партнеры и рассмотреть способы их практического привлечения во вмешательство. Продуктивное сотрудничество может быть достигнуто только посредством привлечения внешних организаций и лиц [19, 21].

### 6.2 Вмешательство стимулирует устойчивое сотрудничество со сторонними организациями, группами или людьми?

Вмешательства должны включать инструкции о методах достижения устойчивого сотрудничества с соответствующими партнерами с целью содействия здоровому питанию и физической активности.

## **3. Качество процесса**

### 7.1 Учителя и ученики привлечены к обеспечению вмешательства?

Данный индикатор направлен на оценку степени участия учащихся и учителей к выполнению вмешательства, которое должно быть неотъемлемой частью всего вмешательства, начиная от этапа планирования до его реализации [10, 18, 19, 21, 41, 42]. Имеют ли представление школьники и учителя о том, как вводится вмешательство? Привлечение к этапу реализации, например, учащихся и учителей, может позитивно повлиять на создание школьного двора и игровых комплексов, на качество приготовленной пищи или выбор тематики о здоровье, которую они хотели бы обсудить в классе. Другие примеры представлены в Руководящих принципах NEPS [51]. Вмешательства должны содержать подробную

информацию о способах активного участия учеников в процесс их реализации.

### 7.2. Выполнение вмешательства не нарушает ежедневный режим школы?

Школьный режим, включающий расписание, учебные программы, внеклассные мероприятия, как, например, школьные конференции и др., должен быть ориентирован на реализацию вмешательств. Компоненты вмешательства должны реализовываться в рамках школьных занятий без ущерба образовательному процессу. Данный индикатор выполняется, если вмешательство согласуется с режимом и условиями школы.

### 7.3 Представлены компоненты вмешательства, необходимые для оценки его результативности?

Результативность вмешательства зависит от того, всё ли вмешательство или его компоненты реализуется в школе в соответствии с планом. Она отражает степень соответствия между планированием и реализацией. Если такая информация отсутствует, то не ясно, обусловлены ли плохие результаты неэффективным вмешательством или несоответствующим выполнением [37]. Один из способов повышения результативности вмешательства является определение его компонентов, которые должны быть реализованы в соответствии с планом или адаптированы с учетом дополнительных условий. При отсутствии такой информации результативность снижается. Поэтому при описании вмешательства должны быть отражены все компоненты, необходимые для успешной реализации вмешательства. Компоненты, которые необходимо адаптировать к условиям школы, должны быть четко описаны с указанием возможных изменений.

### 7.4 Предусмотрена постоянная поддержка (например, консультирование, наблюдение) для обеспечения вмешательства?

Лицам, ответственным за проведение вмешательства, следует обеспечить обсуждение проблем и трудностей при выполнении вмешательства [18, 21]. Постоянная поддержка означает, что ответственный за реализацию вмешательства, контролируя ход его выполнения, может предлагать дополнительные мероприятия. Это может осуществляться по телефону, электронной почте, или посредством периодических встреч, консультаций и опытного специалиста. Вмешательство должно также сопровождаться информацией о частоте оказываемой поддержки и затратах на нее.

### 8.1 Представлены методы, которые будут использоваться для оценки процесса вмешательства и удовлетворять требованиям достоверности, адекватности и информативности?

Большое значение имеет оценка и мониторинг реализации вмешательства [9, 19, 21, 37, 52]. Проблемы, не решенные на данном этапе, могут привести к снижению эффективности. Ранее их выявление позволяют предпринять соответствующие меры и, тем самым, обеспечить эффективность

вмешательства. Показатели мониторинга включают степень готовности вмешательства к реализации, степень соответствия запланированным результатам, в том числе, промежуточным и обоснованность выбора вмешательства. Результативность вмешательства (п. 7.3) можно оценить по данным периодичности и продолжительности, а также степени соответствия вмешательства принятому плану. Должен быть определен способ обеспечения мониторинга и представлено описание вмешательства, содержащее методы и материалы, используемые для оценки процесса.

## 8.2 Разработаны и представлены стратегии для улучшения вмешательства на основе результатов оценки процесса?

Необходимо представить план действий по преодолению трудностей и проблем, возникающих при оценке процесса. Цель состоит в описании проблемных вопросов, которые обычно возникают в ходе реализации, и указании путей решения, которые могут быть приняты лицами, ответственными за выполнение вмешательства. Это могут быть мероприятия по повышению мотивации и готовности к реализации, а также рекомендации по улучшению использования ресурсов (время, персонал и т.д.).

## **4. Качество результатов**

### 9.1 Вмешательство достигает целей, сформулированных при его планировании?

Достижение основных целей вмешательства является одним из основных индикаторов оценки качества результатов вмешательства [18, 19, 21]. Вопрос состоит в том, существуют ли доказательства того, что задачи, сформулированные при планировании вмешательства, будут решены. Чтобы оценить степень выполнения этих задач, необходимо достаточно четко сформулировать их в начале вмешательства (п. 2.2). Следует предоставить информацию в том случае, если задачи не будут выполнены для всей целевой группы или будут выполнены с ограничениями, т.е. для отдельных подгрупп, пола, возраста и т. д. Если задачи не выполнены или выполнены частично, необходимо проанализировать причины их невыполнения.

### 9.2 Результаты вмешательства показывают позитивное воздействие на здоровье в сфере здорового питания и физической активности?

Эффективное вмешательство должно отражать положительные изменения показателей состояния здоровья с учетом роли здорового питания и физической активности. Существует ряд индикаторов, свидетельствующих об эффективности вмешательства [10, 53], например, изменения в поведении, связанном со здоровьем, такие как увеличение количества часов на физическую активность в неделю или увеличение потребления фруктов и овощей. Другие результаты имеют отношение к окружающей школьной среде, т.е. организация здорового питания в столовой, оптимизация условий среды школьных помещения или снижение количества торговых автоматов.

Более сложным является то, что число детей с избыточной массой тела может снижаться, но это невозможно заметить сразу, а только после длительного периода времени. Чтобы отвечать требованиям этого индикатора, вмешательство должно сопровождаться положительными промежуточными результатами.

### 9.3 Существуют доказательства того, что положительное воздействие на здоровья остается стабильным в течение 6 месяцев?

Вмешательства, которые отличаются высоким качеством, должны сохранять положительный эффект в течение определенного периода времени, по крайней мере, в течение шести месяцев. Чем дольше положительное влияние, например, ведение здорового образа жизни, тем вероятнее, что ребенок или молодой человек будут продолжать иметь такое поведение в будущем. Для изучения оценки долгосрочных влияний необходимо дальнейшее исследование. Вмешательства, показывающие, что по крайней мере один положительный эффект стабильно длится более полугода, в полной мере отвечают требованиям этого индикатора.

### 9.4 Методы оценки и процедуры основаны на обоснованных научных стандартах?

Информация о вмешательстве должна свидетельствовать, что применяемые методы и процедуры научно обоснованы [18, 19]. Она включает подробное описание дизайна исследования, основных вопросах, возникших в процессе планирования вмешательства, показателей и методов, которые применялись для сбора данных и статистического анализа. Исследования должны установить, обусловлены ли наблюдаемые эффекты вмешательством.

### 9.5 Вмешательство показывает положительное влияние на результаты обучения (например, успеваемость, школьный климат, пропуски школьных уроков)?

Каждое мероприятие, осуществляемое в условиях школы, должно быть ориентировано на повышение качества образования [18, 44]. Показателями образовательного процесса являются: мотивация, психологический микроклимат, академическая успеваемость и пропуски школьных занятий. Различают прямые, среднесрочные и долгосрочные результаты обучения. Позитивные изменения в отношении к обучению и мотивации, а также позитивный школьный микроклимат являются промежуточными результатами, тогда как изменения в успеваемости и пропусках школьных занятий отражают влияние более продолжительного периода. Если вмешательство обеспечивает положительные результаты в обучении, то этот индикатор в полной мере отвечает требованиям качества результатов.

### 10.1 Существует соответствие между всеми усилиями (стоимость, время и др.) и эффективностью вмешательства?



Даже если вмешательство имеет положительный эффект, это ещё не означает, что оно является эффективным. В рамках анализа экономической эффективности все расходы должны быть определены и включать расходы на персонал, материальные, временные расходы и т.д. Вмешательство может быть оценено как эффективное, если проводится анализ эффективности затрат, методы и процедуры четко описаны, а результаты свидетельствуют о положительном влиянии. В идеале исполнитель вмешательства сравнивает результаты экономической эффективности с результатами других школ в области здорового питания и физической активности. Это требует, чтобы применяемое для сравнения вмешательство характеризовалось аналогичными условиями и особенностями его реализации.

### 10.2 Существует связь между затратами на школу и учителей (например, время подготовки, кадровый потенциал) и эффективностью вмешательства?

Анализ экономической эффективности должен включать перспективы развития школы, в которой выполняется вмешательство [18]. Расходы на школу связаны с подготовкой школьного персонала. Оценка эффективности деятельности школ может также включать субъективное мнение учителей, директора школы и других специалистов образования. Вмешательство может быть оценено как эффективное, если проводится анализ экономической эффективности, методы и процедуры четко описаны, а результаты свидетельствуют о положительном эффекте.

Глоссарий

Термины	Определение
Компетенция действия	Способность действовать и добиваться позитивных изменений в здоровье [49].
Benchmark	Benchmark – тест на использование сравнительных данных аналогичных вмешательств, действий и т.д. с целью установления наилучшего стандарта и оценки эффективности.
BMI	Индекс массы тела (ИМТ) — величина, позволяющая оценить степень соответствия массы и длины тела и установить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной (ожирение). ИМТ = масса тела, кг / (длина тела) <sup>2</sup> , м.
Взаимодействие	Взаимодействие когнитивных возможностей и поведенческих усилий человека с целью установления соответствия с его внутренними потребностями и окружающей среды, требующих значительных усилий или превышения возможностей организма [55].
Экономическая эффективность	Определяет соотношение между финансовыми расходами, с одной стороны, и результатом (эффект) вмешательства, с другой. При положительной экономической эффективности результаты вмешательства превышают финансовые затраты вмешательства.
Эффективность	Адекватность вмешательства с точки зрения ожидаемого эффекта [56].
Рентабельность, производительность	Соотношение между результатом и средствами, используемыми для его достижения [56].
Расширение прав и возможностей	Процесс, посредством которого люди имеют контроль над принятием решений и действиями, влияющими на их здоровье [40].
На основе фактических данных об укреплении здоровья	Использование информации, полученной из официальных исследований и постоянного наблюдения, с целью установления причин и факторов, влияющих на здоровье, и наиболее эффективные действия в области укрепления здоровья [39].

Факторы здоровья	Факторы, влияющие на состояние здоровья отдельных лиц, групп или всего населения, (социально-экономические, физические, индивидуальные особенности, в т.ч. особенности поведения и др.) [40].
Оздоровительное вмешательство	Действия, направленные на систематическое и устойчивое изменение индивидуального поведения и (или) окружающих условий в целях сохранения и укрепления здоровья. Можно выделить два направления: гигиенические мероприятия, направленные на обеспечение здоровья (благополучия) и мероприятия, которые направлены на предупреждение конкретных заболеваний [1].
Обеспечение здоровья	Процесс, позволяющий людям усилить контроль за поведением, окружающими условиями и др. с целью улучшения своего здоровья [40].
Риск здоровья	Социальные, экономические или биологические факторы, имеющие непосредственное отношение к здоровью или являющиеся причиной повышенной восприимчивости к определенным заболеваниям, плохого самочувствия или травмы [40].
Подход ШСЗ	Подход, направленный на постоянное повышение качества условий для проживания, обучения и работы. ШСЗ призывает объединить все усилия в данной области специалистов здравоохранения и образования, преподавателей, учащихся, родителей и общественности. Подход способствует здоровью и обучению, используя все доступные меры, и стремится обеспечить благоприятную среду для здоровья, а также ряд ключевых образовательных программ и услуг по охране здоровья в школе. ШСЗ реализует стратегию, практику и другие меры, уважающие самооценку человека, учитывающие возможности для достижения успеха. Подход способствует улучшению здоровья школьного персонала, учащихся, семей и членов всего сообщества. Может быть использован общественными лидерами для понимания значения их личного вклада в здоровье и образование [40].
Охват	Количество выявленных новых случаев среди отдельных групп населения за определенный период [57].
Реализация	Означает, насколько хорошо предлагаемая

	программа или вмешательство внедрены в практику [52]. Компоненты реализации: достоверность результатов, периодичность и продолжительность вмешательства, качество внедрения, оперативность действий участников [37].
Достоверность вмешательства	Достоверность вмешательства определяется степенью соответствия планируемых и полученных результатов [37].
Мониторинг	Непрерывный процесс наблюдения и регистрации данных, используемых для контроля и оценки результатов [31].
Избыточная масса тела	Не существует единого подхода к установлению избыточной массы тела у детей и подростков на основе оценки табличных значений в процентилях с учетом пола и возраста. Для детей, проживающих в странах Европы, избыточная масса тела классифицируется при значениях ИМТ, равных 85 перцентилю и более, ожирение – 95 перцентилю и более.
Участие	Участие осуществляется на разных уровнях и может варьировать от категории "принимать участие" до "иметь часть или долю в чем-то". Последнее означает разделение полномочий в процессе принятия решений по отношению к каким-либо вопросам. Такое понимание отражает чувство сопричастности, расширение прав и возможностей по отношению к образованию в сфере здоровья [20, 40].
Профилактика	В то время как обеспечение здоровья ориентировано на укрепление здоровья путем повышения ресурсов и возможностей, профилактика ориентирована на сохранение здоровья путем предотвращения факторов рисков и заболеваний. Различают первичную профилактику (предупреждение возникновения заболеваний), вторичную профилактику (раннее выявление заболеваний) и третичную профилактику (предотвращение осложнений заболевания).
Распространенность	Число случаев заболеваний среди определенной группы населения в определенное время [56] или период времени (1 месяц, 12 месяцев и т.д.).
Психосоматические жалобы	Психосоматические жалобы и заболевания характеризуются физическими симптомами, которые не могут быть полностью объяснены

	неврологическими или другими причинами [58].
Показатель качества	Показатель качества - специально выбранная мера, указывающая на хорошее или плохое качество [10]
Климат школы (школьный климат)	Школьный климат определяется уровнем взаимодействия между взрослыми и учащимися [59].
Вторичные расстройства	Вторичные расстройства - заболевания, которые вызваны ранее перенесенными заболеваниями, например, диабет типа II, высокое АД, сердечные приступы являются вторичными заболеваниями, которые могут быть обусловлены ожирением.
Сидячий образ жизни	Модель поведения, не предусматривающая совсем или только минимальный уровень физической активности. Примеры такого поведения: просмотр телепередач, работа за компьютером, видеоигры и т.д.
Самозффективность	Способность осуществлять действия, которые оказывают влияние на события, влияющие на качество жизни [39].
Самооценка	Выражает благоприятное или неблагоприятное отношения к себе [60].
Социально-экономический статус (СЭС)	Физическое, экономическое и социальное положение семьи, определяемое доходом семьи.
Стресс	Возникает в результате отношений между людьми и окружающей средой и характеризуется чрезмерными усилиями и истощением внутренних ресурсов [55].
Стабильность	Эффект воздействия проекта длится дольше, чем продолжительность выполнения самого проекта [56].
Комплексный подход к здоровью в школе	<p>Комплексный подход включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- интеграцию профилактических программ в учебный план,</li> <li>- приоритет ценности индивидуального здоровья учащегося,</li> <li>- разработку стратегии здоровой школы,</li> <li>- развитие физической и социальной среды школы</li> <li>- развитие жизненных компетенций,</li> <li>- эффективную связь с семьей и общественностью</li> <li>- обеспечение эффективного использования медицинских услуг [5].</li> </ul> <p>Комплексный подход ориентирован на здоровье школьников, преподавателей и других работников</p>

## ЛИТЕРАТУРА

1. Michaelsen-Gartner, B., Witteriede, H. & Paulus, P. (2009). Gesundheitserziehung in Schulen. [Health Education in Schools]. In B. Wulfhorst & Hurrelmann, K. (Ed.). Hand-buch Gesundheitserziehung [Handbook of Health Education] (160-170). Bern, Hans Huber.
2. Aro, A. A., Van den Broucke, S. & Raty, S. (2005). Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice. *Promotion & Education*, Suppl. 1, 10-14.
3. WHO (2009). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from the World Wide Web on November 1th 2009, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
4. Stewart-Brown, S. (2001). Evaluating health promotion in schools: reflections. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (271-284). Copenhagen, WHO.
5. Buijs, G. (2009). SHE strategic plan 2008-2012. Woerden, NIGZ.
6. Christiansen, G. (1999). Evaluation as a Quality Assurance Tool in Health Promotion. Koln, BZgA.
7. Ovretveit, J. (1996). Quality in health promotion. *Health Promotion International*, 11, 55-62.
8. Lohr, K. M. (Ed.) (1990). Medicare – A strategy for quality assurance. Washington, DC, Institute of Medicine.
9. Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzweiler, F. (2001). Qualitätsparameter in der Praventivmedizin [quality parameter in prevention]. In BZgA (Ed.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Praventivmedizin* [Quality management in health promotion and prevention] (38-50). Koln, BZgA.
10. Ader, M., Berensson, K., Carlsson, P., Granath, M. & Urwitz, V. (2001). Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International*, 16, 187-195.
11. Parish, R. (2001). Health promotion. Towards a quality assurance framework. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (171-184). Copenhagen, WHO.
12. Ruckstuhl, B., Studer, H. & Somaini, B. (1998). Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung! [A quality culture for health promotion]. *Soz.-Präventivmedizin*, 43, 221-228.
13. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, Oxford University Press.

14. Trojan, A. (2001). Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung [Quality development in health promotion]. In BZgA (Ed.). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention [Quality management in health promotion and prevention] (51-72). Köln, BZgA.
15. Buijs, G. & Ruiter de, S. (2008). Summary Dutch toolkit overweight in schools. Woerden, NIGZ.
16. Buhler, A. & Heppekausen, K. (2005). Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland [Health promotion through life skill programmes in Germany]. Köln, BZgA.
17. Kaluza, G. & Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie [Mental health promotion programmes for childhood and adolescence]. Gesundheitspsychologie, 3, 119-143.
18. Peters, L. W. H., Leurs, M. T. W., Keijsers, J. F. E. M. & Schaalma, H. P. (2008). Development of the schoolBeat quality checklist for healthy school interventions. In Leurs, M. (Ed.) A collaborative approach to tailored whole-school health promotion (69-81). En-schede: Ipskamp.
19. GEP, NIGZ, VIG (2005). European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIPH). Retrieved from the World Wide Web on April 15th, from <http://ws5.e-vision.nl/systeem3/images/Annexe%2010%20EQUIHP.pdf>
20. BZgA (2006). Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children and adolescents. Cologne, BZgA.
21. quint-essenz (2009). Quality criteria for projects version 5.0. Retrieved from the World Wide Web on April 15th, from [http://www.quint-essenz.ch/en/files/Quality\\_criteria\\_50.pdf](http://www.quint-essenz.ch/en/files/Quality_criteria_50.pdf)
22. Molleman, G., Peters, L., Hommels, L. & Ploeg, M. (2003). Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0. Retrieved from the World Wide Web on April 15th, from [http://www.nigz.nl/index\\_en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54](http://www.nigz.nl/index_en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54).
23. BZgA. (2005). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten [Criteria of good practice in health promotion for social disadvantaged]. Köln, BZgA.
24. Kliche, T., Toppich, J., Kawski, S., Koch, U. & Lehmann, H. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Anforderungen und Lösungen [The assessment of structural, process and outcome quality of health promotion and prevention. Demands and solutions]. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 47, 125-132.
25. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H & Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1.
26. Dietz, W. H. & Gortmaker, S. L. (2001). Preventing Obesity in Children and Adolescents. Annu. Rev. Public Health, 22, 337-353.

27. CDC (2005). Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR*, 54(No. RR-10).
28. Katz, D. L., O'Connell, M., Njiki, V. Y., Yeh, M.-C. & Nawaz, H. (2008). Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 32, 1780–1789.
29. Bautista-Castano, I., Doreste, J. & Serra-Majem, L. (2004). Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. *European Journal of Epidemiology*, 19, 617–622.
30. Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 4:24.
31. Shaya, F. T., Flores, D., Gbarayor, C. M. & Wang, J. (2008). School-Based Obesity Interventions: A Literature Review. *Journal of School Health*, 78, 189-196.
32. Lissau, I. (2007). Prevention of overweight in the school arena. *Acta Paediatrica*, 96, 12-18.
33. Roe, L., Hunt, P., Bradshaw, H. & Rayner, M. (1997). Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population – a review. London, Health Education Authority.
34. Sluijs van, E. M. F., McMinn, A. M. & Griffin, S. J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ*, 335, 703.
35. Wechsler, H., Devereaux, R. S., Davis, A. B. M. & Collins, J. (2000). Using the School Environment to Promote Physical Activity and Healthy Eating. *Preventive Medicine*, 31, 121-137.
36. Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T. & Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20, 1-73.
37. Barry, M. M., Domitrovich, C. & Lara, M. A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education*. Supp.2, 30-36.
38. Muller, M.; Danielzik, S. & Pust, S. (2005). School- and family-based interventions to prevent overweight in children. *Proceedings of the Nutrition Society*, 64, 249–254.
39. Smith, B.J., Tang, K.C. & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340-345.
40. WHO (1998). Health promotion glossary. Geneva, WHO.
41. Simovska, V. (2007). The changing meaning of participation in school based health-education and health promotion: the participants' voices. *Health Education Research*, 22, 864-878.
42. Simovska, V. & Jensen, B.B. (2009). Conceptualizing participation – the health of children and young people. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
43. Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promotion schools approach. Copenhagen, WHO.



44. Paulus, P. (2007). 20 Years of Health Promotion Research in and on Settings in Europe - the case of School Health Promotion, *Italian Journal of Public Health*, 4(4), 248-254.
45. Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Dudey, S. & Schurholz, T. (2009). Physician Diagnosed Obesity in German 6- to 12- Year-Olds. Prevalence and Comorbidity of Internalising Disorders, Externalising Disorders, and Sleep Disorders. *Obesity Facts*, 2, 67-73.
46. Valois, R. F. Umstattd, M. R., Zullig, K.J. & Paxton, R.J. (2008). Physical Activity Behaviors and Emotional Self-Efficacy: Is There a Relationship for Adolescents? *Journal of School Health*, 78(6), 321-327.
47. Paulus, P. (2009). *Anschub.de. Ein Programm zur Forderung der guten gesunde Schule. [Anschub.de – a programme for the promotion of the good healthy school]* Munster: Waxmann.
48. Taras, H. (2005). Physical Activity and Student Performance at School. *Journal of School Health*, 75, 214-218.
49. Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*, 12, 419-428.
50. Gray, G., Young, I. & Barnekow, V. (2006). Developing a health-promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools. ENHPS.
51. Boonen, A., Vries de, N., Ruiter de, S., Bowker, S. & Buijs, G. (2009). HEPS Guidelines. Guidelines on promoting healthy eating and physical activity in schools. Woerden, NIGZ.
52. Durlak, J. A. (1998). Why Program Implementation is Important. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 17, 5-18.
53. Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
54. WHO (2006). Obesity and Overweight. Fact sheet N° 311. Retrieved from the World Wide Web on August 11th, 2009 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
55. Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
56. Quint-Essenz (2008). Glossary. Retrieved from the World Wide Web on August 11th, 2009 from <http://www.quint-essenz.ch/en/resources>.
57. Bonita, R., Beaglehole, R. & Kiellstrom, T. (2006). *Basic epidemiology* (2nd edition). Geneva, WHO.
58. Oatis, M. D. (2002). Psychosomatic Illness in Children and Adolescents. *NYU Child Study Letter*, 6(3).
59. Kuperminc, G. P., Leadbeater, B. J. & Blatt, S. J. (2001): School Social Climate and Individual Differences in Vulnerability to Psychopathology among Middle School Students. *Journal of School Psychology*, 39, 141-159.

60. Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ, Princeton University Press.

#### Useful web resources

##### 1. Quality instruments for health interventions (selection)

- Criteria for good practice in health promotion for social disadvantaged people (only available in German) <http://www.bzga.de>
- European quality instrument for health promotion (EQUIHP) <http://subsites.nigz.nl/systeem3/site2>
- Preffi <http://www.preffi.nl>
- Quality in prevention (only available in German) <http://www.uke.de/extern/qip>
- Quality criteria for programmes to prevent and treat children and adolescents who are overweight and obese <http://www.bzga.de>
- Quint Essenz <http://www.quint-essenz.ch>

##### 2. Databases relating to healthy eating and activity (selection)

- Platform for eating and activity (only available in German) <http://www.ernaehrung-und-bewegung.de>
- Platform health promotion for socially disadvantaged (only in German) <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>
- I-database (only available in Dutch) <http://www.loketgezondleven.nl/i-database>
- Healthy school database Austria (only available in German) <http://gs.bmgfj.gv.at>

##### 3. Other relevant web resources

- Schools for Health in Europe (SHE) network <http://www.schoolsforhealth.eu>
- HEPS supports school health policy <http://www.hepseurope.eu>

#### HEPS ПАРТНЕРЫ

NIGZ координирует реализацию проектов с участием:

1. Universite Libre de Bruxelles, Belgium
2. Welsh Assembly Government, Wales
3. Danish School of Education, Aarhus University, Copenhagen, Denmark
4. Institute of Child Health, Greece
5. University Maastricht, Netherlands
6. NHS Health Scotland
7. Warsaw University, Poland
8. University of Bergen, Norway
9. Leuphana University Luneburg, Germany
10. National University of Ireland, Galway, Ireland
11. Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR), Austria
12. State Environmental Health Centre, Ministry of Health, Lithuania