

"Véleménypiac"
Szociológiai Kutató és Tanácsadó Bt.

Budapest, 1193 Táncsics Mihály u. 2.
☎ 377-62-56

Nemzeti Egészségvédelmi Intézet
Dohányzás vagy Egészség munkacsoportja

óvodai
egészségmegőrzési programjának
hatásvizsgálata

1999.

A vizsgálat vezetője: Fábán Róbert
Munkatárs: Philipp Károly

I. Bevezetés

Közismertek a hazai kedvezőtlen népegészségügyi mutatók. A várható élettartam stagnáló alacsony szintje, elsősorban az életmódfüggő betegségek okozta korai halálokkal indokolható. Ha helyesebb életvitellel jelentősen csökkenthető bizonyos típusú morbiditás és csökkenthető a mortalitás, akkor célszerű a megelőzésre fordítani az energiákat.

Az utóbbi években bizonyos kedvező tendencia látható. Az állampolgárok ma már tudják, hogy az egészségnek ára van, a múlandó egészség megőrzéséhez az egyéni tettek nagyobb mértékben szükségesek az eddiginél. Az egészségfogalom változásában, a prevenció felértékelődésében, a paradigmaváltásban a politikai változásnak meghatározó szerepe volt. Az egészség ugyan a legfőbb értékévé vált, de az egészségtelen viselkedésmódok tartósan fennmaradtak, vagy jelentéktelen mértékben változtak.

A kutatások már hosszú ideje közvetlen kapcsolatot mutatnak ki a dohányzás és a tüdő daganatos megbetegedései között. Ennek ellenére a felmérés adatai szerint a férfiak 43,7 %-a, míg a nők 26,6 %-a dohányzik. Figyelemre méltó, hogy 1986 és 1994 között a dohányzó férfiak száma csökkent (több mint 5%), míg a női dohányzók szám több mint 4%-kal növekedett. A dohányzás éppen az iskolai egészségnevelés és a tömegkommunikáció hatására manapság kevésbé népszerű a fiatal férfiak körében, de áttűtő eredményről ennek ellenére nem beszélhetünk.

A legsúlyosabb problémát az jelenti, hogy az ártalmak kumulatíván jelentkeznek, és éppen azokban a nagy társadalmi csoportokban jellemzőek, amelyek a legkevésbé elérhetőek, és ahol az ártalmak kompenzációja a legkevésbé gyakori. Az utóbbi évek némi áttörést hoztak a dohányzás elleni fellépésben. A nyilvánosság elől (filmekből, élő televíziós adásokból) eltűntek a dohányos emberek, társadalmi szervezetek alakultak a nemdohányzók védelmében, a passzív dohányosok védelme egyre nagyobb nyilvánosságot kap, és a közelmúltban életbe lépett az első szigorításokat tartalmazó törvény is.

Az emberek széles körben megismerhették és valójában tudják is a dohányzás ártalmas voltát, de mindez egyelőre nem aktivizálja őket tömegesen káros szokásuk felhagyására.

Azt tudjuk - hiszen minden egészségmagatartás vizsgálat igazolja - hogy az egészségmegőrzés tettei elsősorban nem ismeretfüggők, hiszen a felnőttek, de már az iskoláskorú gyerekek is jól meg tudják különböztetni a károsnak minősülőt az egészségesnek tartott dolgoktól. Az ismeretek önmagukban mégis kevesek ahhoz, hogy az egészséges életvitellel kapcsolatos pozitív attitűdök interiorizációját követően bizonyos készségeket, jártasságokat is kialakítsanak, Nem lehet lebecsülni pusztán csak az ismeretek átadását, új kihívások, új tudományos eredmények megismertetését sem széles körben. Ez továbbra is szükséges módszer és a tudomány fejlődésével járó kötelező feladat - elsősorban a felnőttek körében. De általánosan elfogadottnak mondható ma már a prevenció eredményessége. Kijelenthetjük, hogy az életmód választása során nem az ismeretek a meghatározók, hanem valami más is kell. **Megítélésünk szerint a megfelelő módszer a szocializációs folyamatban, mindazon tulajdonságok, képességek, készségek elsajátításában rejlik, amelyek az életvezetés, életmód alakítása során az egészség megőrzéséhez születendő döntésekhez a szükséges muníciót szolgáltatják.**

A gyerekkor - elsősorban a 6-14 közötti évekre gondolunk - a szocializációs folyamatban döntő időszak. Az egészségmegőrzés fogalma alatt sem elsősorban a kellő időben átadott ismereteket értjük (a gyerekek mérlegelésére bízva későbbi döntéseiket), hanem az ideális megelőzés során a felnövő generációt az igen nyitott és érzékeny életszakaszában éppen a későbbi pozitív döntések meghozatalában tesszük alkalmassá, döntésképesé.

Eddigi tapasztalataink alapján a prevenció tevékenység során igen fontosnak véljük annak figyelembe vételét, hogy minden életkorban létezik, s így folyamatosan alakul a környező világgal kapcsolatos állásfoglalás, amely meghatározza az aktuális viselkedést. A meghatározó élmények elraktározódnak, és attitűdként tartósan megőrződnek. Ezeket az „élményeket” minden esetben a megérthető, feldolgozható, szintetizálható ismeretek szintjén kell kapniuk az érintetteknek. A megfelelő egészségnevelés formájában és tartalmában a változásokat követi, mindig az aktuális életkornak, ismereteknek felel meg. Ha egy program az aktuális életkornak megfelelő, feltételezhetjük, hogy hatása éppoly maradandó, mint ahogy az általános iskolás korban ez már vizsgálatokkal alátámasztott, igazolt tény. Magyarországon még nem készült tudományos igényű vizsgálat arról, hogy vajon az óvodáskorúak esetében milyen tematika és milyen módszer alkalmazása vezet eredményre, melyik életkorban kedvező a „beavatkozás” és mikor hatástalan, korai.

Az óvodákban immár negyedik éve bevezetett program az egyik lehetséges egészségkárosító szokás - a dohányzás - megelőzésére kidolgozott tematika alapján folyik. A program hatásának ellenőrzésében problémát jelent az, hogy ebben a korban sem az ismeretszint alakulásának mérésére, sem az attitűdváltozások regisztrálására nincs kidolgozott módszer.

Ma még nem általános az a szemlélet, amely egységesen kezeli az ártalmakat, megjelenésük kiváltó oka és elterjedésük megelőzésének módja alapján, így az ártalmak megelőzése helyett csak az **elriasztás** eszközt alkalmazhatják igen gyakran, elsősorban az általános iskolai programok esetében. Ma már elegendő tapasztalattal rendelkezünk ahhoz, hogy kijelentsük: az egyes ártalmak megelőzésére kidolgozott programok eredményessége nem mérhető a mentálhigiénés alapon álló „koherens”¹ programok hatékonyságához.

Igen nehéz lenne prioritást meghatározni egy olyan folyamat esetén, amely az egészségnevelést komplexnek, ismereteken alapuló, de kognitív és mentális aspektusban egyaránt érvényesülőnek véli. Eddigi tapasztalataink alapján azt tudjuk, hogy a megfelelő egészségnevelés során fontos életvezetési ismereteket kell nyújtanunk olyan módszer alkalmazásával, hogy az ismeretek és az alkalmazott módszer együttesen még a káros szenvedélyekkel való találkozás és azok felvállalása előtt védelmet, lelki egyensúlyt, konfliktuskezelési technikákat nyújtson. Gyakorlatilag ez a pozitív attitűdök alakítását (az esetleg már kialakult és negatívnak minősülő beidegződések megváltoztatását vagy a témával kapcsolatban még ki nem alakult attitűd „beépítését”) az általában jellemző pozitív életszemléletet (életöröm, társas kapcsolatok fontossága, tudatos készülés a felnőtt életre és a családi életre stb.) konfliktuskezelési technikák elsajátítását (nehézségekkel - gondokkal való együttélés, konfliktusok keletkezése és megoldásuk alternatívái, társas kapcsolatok konfliktusai, egyéni sorsok alakításának nehézségei, választak, helyes döntések stb.) jelenti.

Ezeknek a tartalmi-technikai feltételeknek a 5-7 éves korúak esetében vajon meg tudunk-e felelni? Kijelenthetjük-e jelenlegi ismereteink alapján, hogy e feltételeknek nem megfelelő, ettől eltérő beavatkozás sikertelen és ezért felesleges?

¹ A koherens programok alatt egyfelől az egészségnevelés teljes spektrumát átfogó, az egyes témákat egymástól nem elkülönítve tárgyaló programokat értjük. Másfelől annak a feltételnek is megfelelnek, hogy a különböző rizikós viselkedésformákat azonos, vagy közel azonos gyökereűeknek tekintik.

E kétségeinket mindössze egy pedagógus véleménye erősíti, a megszólaltatott csaknem kétszáz közül, aki nem tartja még érettnek a gyerekeket a program befogadására. Ő az egyetlen, aki a racionális magyarázatokkal, érthető és a megértést segítő szemléltető eszközökkel együtt is korainak tartja az óvodákban az ilyen célú foglalkozások megtartását. A megfelelő választ kétségeinkre a pedagógiai lehetőségekre és korlátokra vonatkozó tudományos nézetek, és e vizsgálat adhatja meg együttesen és elfogadhatóan.

A kisgyermekkorban, a kognitív képességek, beavatkozási lehetőségek erősen korlátozottak. Ebben az életkorban az érzelmekre ható kommunikáció a leginkább hatékony, vagy az egyedül hatékony megközelítés. Ebből értelemszerűen következik lehetőségként az „elriasztás technikájának” alkalmazása. Kérdés, hogy ez általában és konkrétan az óvodáskorú gyerekeknél mennyire bizonyul hosszútávon hatékonynak? Ez annál inkább inkább indokolt, mert jól tudjuk, hogy ez a megközelítés a felnőttek körében meglehetősen ellentmondásos hatásokat eredményez (ld. kognitív diszsonancia redukciós elmélet, Festinger, 1954.)

A program hatékonyságához, a hatás tartósságához tartozik az is, hogy minden beavatkozás akkor válik értelmessé, ha teljeskörűen felismerjük, hogy mi van az adott viselkedés háttérében, milyen okok vezetnek a kársonak minősülő viselkedésmód kialakulásához, illetve milyen tényezők tartják azt fenn. Az ilyen típusú felismerés (belátás-insight) tettekre ösztönöz. Az elriasztás korlátoz, és gátol, ellenállást (én-védelem) vált ki, nem oldja meg a valódi problémát. Ha csak az történik, hogy „körberajzolunk” egy problémát és rámutatunk, vagyis felhívjuk rá a figyelmet, hiba azt hinnünk, hogy ezzel meg is oldottuk.

Mi történik 5-7 éves korban? Felnőtt szerepek gyakorlása a felnőtt minták követése játékos formában. Ekkor még az eszközök szerepe nagy - utánozzák a cigarettázó felnőttet, mímelt családi játékokat folytatnak, szerepeket vesznek fel stb. Ha a program hatására az óvónők és a szülők nem dohányoznak többé - a program egy igen fontos célkitűzését valósította meg, talán akaratlanul, éppen a fentiekre való tekintettel. Meglehet a gyerekekben a dohányzással kapcsolatban nem alakul ki tartós ellenállás, de a legfontosabb példát, követendő viselkedésmódot megtestesítő felnőttek egyértelműen pozitívabb mintát közvetítenek a dohányzáshoz való viszonyukkal. Mindezekre a kétségekre e vizsgálat nem adhatott választ adni, reményeink szerint az óvodai program követéses vizsgálata megvalósul a jövőben.

II. A vizsgálat tapasztalatai

A pedagógiai év befejeztével azzal a kéréssel fordultunk a programban résztvevő óvodákhoz, hogy standardizált adatlap segítségével számoljanak be tapasztalataikról. A visszaérkezett kérdőívek alapján 191 óvodai csoportban történt események hatásáról számolhatunk be. 127 óvodában csak egy-egy csoportban, míg 62 óvodában több csoportban használták az óvónők segédanyagainkat és a meghatározott ütemben vezették a dohányzás-megelőző foglalkozásokat. A következőkben beszámolunk a program fogadtatásáról, a gyerekekre, felnőttekre, szülőkre és a pedagógusokra gyakorolt hatásáról - az óvodapedagógusok megítélése alapján.

A programban résztvevő óvodai csoportok település-típusonkénti megoszlása:

| településtípus | n= | n% |
|----------------|-----|------|
| főváros | 27 | 14 |
| megyeszékhely | 12 | 6 |
| más városok | 64 | 34 |
| községek | 88 | 46 |
| összesen | 191 | 100% |

1. A szülők egyértelműen kedvezően fogadták a program bevezetését az óvodákban. Az óvónők megítélése alapján az esetek kétharmadában egyértelműen támogatták, míg tizedük érdektelenséget tapasztalt a szülők részéről a program iránt. Ugyancsak a csoportok tíz százaléka tapasztalt a szülők körében egyidejűleg ellenállást és támogatást is. Néhány beszámoló tartalmazza is a legvalószínűbb magyarázatot ez utóbbi jelenségre.

Az óvónők egy része kijelentette azt, hogy a programnak közvetett feladata és funkciója a megelőzésen kívül az is, hogy a gyerekeken keresztül hatást gyakoroljanak a szülőkre, a gyerekek segítségével korlátozzák körükben a dohányzást. E cél megfogalmazása váltott ki rosszallást a dohányos szülők szűknek mondható körében, a nemdohányzók egyöntetű támogatása mellett. Felmerül a „kettős nevelés” problémája is, hiszen a gyerek az óvodában hallottak alapján negatív véleményt kénytelen kialakítani szülei viselkedéséről, s ez érzelmi konfliktust okozhat. A szülők egy része - még azok is akik tisztában vannak a dohányzás negatív hatásaival - nem veszi jónéven a gyerek beavatkozását - kritikáját viselkedéséről.

2. A pedagógusok - a programban nem résztvevő óvónők reakcióit más módon tipizáltuk. Hozzáállásuk különböző szintjeit az alábbi táblázat tartalmazza:

| a pedagógusok viszonya a programhoz | n= | n% |
|--|-----|------|
| a többi pedagógus általában támogatta | 64 | 34 |
| a többiek érdeklődtek a program iránt | 17 | 9 |
| a többieket aktivizálta a program bevezetésére | 14 | 7 |
| a többiek nem támogatták | 7 | 4 |
| erről nincs információ | 87 | 46 |
| összesen | 189 | 100% |

3. Ismert tény, mégis az egészségnevelés aspektusában kevés szó esik a társadalmi egyenlőtlenségekről. Arról, hogy a társadalomban elfoglalt hely és az életesélyek között erős a kapcsolat, így a különböző családi háttérrel rendelkező gyerekek más-más gondoskodást igényelnek. Ezt nem a hátrányos helyzetű fiatalok között a károsnak minősülő cselekedetek gyakorisága igazolja meggyőzően (bár ez is tény), hanem a felnőttkori halandósági - megbetegedési adatok. Tapasztalataink igazolják azt, hogy a kedvezőbb élethelyzetben élő családok gyermekei nyitottabbak bármiféle egészségnevelési program iránt, míg a hátrányos helyzetű gyerekek figyelmét kevésbé köti le a téma, döntően érintetlenek maradnak. Azok, akik esetleg már problémásak, a családi körben mást tapasztalnak és otthon nem kapnak megerősítést mindarra, amit az óvodában hallanak nehezebben dolgozzák fel élményeiket, az ellentmondó tapasztalataik nem teszik lehetővé a pozitív attitűdök kialakulását.

Sajnos adathiány miatt ilyen szempontból nem tudtuk feldolgozni az anyagot, de feltűnt, hogy a főváros nyolcadik kerületében kiemelkedő számban (6 intézmény) vállalkoztak az óvodák a részvételre, és sikerről számolnak be. Ez a tény - ismerve a kerület sajátos helyzetét és a lakosság szociális összetételét - e szempontból kedvezőnek mondható, és a program irányítói figyelmébe ajánljuk a program terjesztése során.

4. Az óvodai tapasztalatok alapján említésre méltó számban olyan esetek is előfordultak, amely során az óvodai foglalkozások során, a program hatására a gyerekek érték el pozitív változásokat családjuk életvitelében. Ugyan az óvónők egyharmada nem számolt be ilyen jellegű sikerről, de kétharmaduk kiemeli, hogy a gyerekek otthon felbátorodtak, és sikerült változtatniuk néhányuknak a szülei dohányzási szokásain.

Legtöbb esetben a gyerek - gyerekek elérték azt, hogy szüleikkel közös légterükben, helyiségekben ne dohányozzanak, s minden tizedik beszámoló azt is említi, hogy valamelyik szülő abbahagyta a dohányzást (vagy ami valószínűbb - a gyerekek előtti dohányzást) a

gyerek kérésére. A gyerekek ilyen irányú sikerélménye feltételezhetően meghatározó lehet későbbi életvitelük alakításában. Ezekben az esetekben a megerősítés sikerélménnyel párosulva a foglalkozások eredményességét bizonyítja, és igazolja azt, hogy bizonyos esetekben az óvodai egészségnevelés képes a „kettős hatás” legyőzésére.

5. Az eredményes munkát végző egészségnevelő színteret általános környezetével, a pedagógusok viselkedésmintáival együtt inkább készség-képességfejlesztőnek tartjuk, mint ismeretátadó intézménynek. Így az óvoda szellemével, környezetével, a pedagógusok és az óvodához kapcsolódó más személyek viselkedésmintáival együttesen fejtheti ki alapvető feladatát az egészségmegőrzésben a legfogékonyabb életszakasz kezdetén. Az óvodákról általánosságban elmondható, hogy a többi oktatási intézménnyel ellentétben kedvező körülményeket, egészséges körülményeket biztosítanak a gyerekeknek. Így joggal nem éreztük szükségesnek a tárgyi feltételek vizsgálatát. Kedvező viszont az, hogy a program „mellékhatásként” sok óvónő is leszokott, abbahagyta a dohányzást (bár még így is az óvodák ötödében van dohányzás, vannak dohányosok).

6. A programhoz a használatos segédanyagokról, eszközökről konkrétan is kifejtették véleményüket az óvónők. A sikerben szerepet játszó eszközök megnevezését nem kértük, hanem maguk említették, ezért nagy valószínűséggel az említések gyakorisága a sikerhez hozzájárulásuk mértékében történt. A bevált, sikeres eszközök említési gyakoriságát a következő táblázat tartalmazza. (A több említési lehetőség miatt az alábbi említések száma meghaladja a száz százalékot.)

| | n= | n% |
|---------------------------------------|----|----|
| csak általában dicsérik az eszközöket | 87 | 45 |
| a síkbábozást említik | 26 | 13 |
| illatfelismerést említik | 20 | 11 |
| képanyagot, leporellót említik | 30 | 16 |
| füstszívó pumpát említik | 13 | 7 |
| puzzle-t említik | 38 | 20 |
| hangkazettát említik | 29 | 15 |
| bábfilmet említik | 19 | 10 |
| diaanyagot említik | 6 | 3 |

A legsikeresebbnek minősített segédeszközök a képkirakó, és a jól felhasználható szemléltető képanyag. A hangkazettával szemben a videokazetta említése - kényelme ellenére - nem

gyakori, feltehetően ebben az óvodák hiányos felszereltsége is szerepet játszik. (Többen említették azt, hogy a hangkazetta használatát nem korlátozzák a program idejére, s azt más foglalkozásokon is eredményesen alkalmazzák.) A diavetítés úgy tűnik kevésbé sikeres, hiszen ritkán említik, valószínű, hogy nem gyakori használata, illetve nem minősül kiemelkedően eredményes eszköznek.

7. Az eszközökkel és a programmal kapcsolatban valamilyen hiányosságot, problémát mindössze három csoportban említenek. Mindhárom esetben az elhasználódott eszközök pótlásával kapcsolatosak a megjegyzések, hiszen ezekben az óvodákban már több éve ismétlődik a program. Többen említették azt, hogy késve csatlakozhattak, illetve még később kapták meg a foglalkozásokhoz szükséges anyagot, így a programot csak nehézségek árán tudták beilleszteni a tantervbe.

8. A program folytatásáról nyilatkozik az óvodai csoportok tizede, közel azonos arányban remélik, hogy folytatni tudják a következő évben is, újabb csoportokkal. Annak ellenére, hogy a többiek nem említik terveiket bizonyosnak látszik a további növekedés. A résztvevő óvodák száma dinamikusan emelkedik - évente megduplázódik a csoportok száma - s az 1994 évi 9 intézménnyel szemben az utóbbi évben már száz fölé emelkedett a programban résztvevők közül a kérdőívet kitöltők száma. (Az említett 191 óvodai csoport 1-4 éve vesz részt a programban.)

9. A gyerekekkel közös programkezdő és programzáró beszélgetésen történekről - kérésünk ellenére - nem tesznek említést jelentős számban. Akik érdemleges információkat közöltek a két időpont közötti történésekről, mindannyian kedvezőnek minősítik a program hatására bekövetkezett változásokat. A gyerekek ismeretei a dohányzás káros voltáról, a dohányzás okozta testi elváltozásokról növekedtek, a program hatására a cigaretta elutasítása egyértelműen bizonyíthatóvá vált.

Végül: az adatlapok kitöltése során az „információgazdagság” változó feldolgozásával az volt a szándékunk, hogy megállapítsuk az, mennyire tartották fontosnak az óvónők a beszámoló elkészítését. A beszámolóknak mindössze 14%-át minősítettük információgazdagnak - elemzőnek, a többi adatlap hiányos, vagy információszegény. Minden

ötödik pedagógus nem érezte fontosnak kérdéseinkre válaszolni, s csak összegző véleményét közölte írásban: „sikeres volt”, „jó volt” a program minősítéssel.

III. Melléklet:

III/1. Kódutasítás az óvodai program hatásának méréséhez

| | | | |
|--|---|---------------------------------|---------------------------------|
| sorszám | | 3 poz. | SORSZ |
| település típusa: | fővárosi kerületek 1-23 önkód 24 megyeszékhely 25 város 26 község 00 ismeretlen | | 3 poz. TIP |
| az óvodából több csoport is küldött anyagot | | 1 igen 2 nem | CSOP |
| mikor vettek részt a programban? | 1994-95 1995-96 1996-97 1997-98 1998-99 | | EV1 EV2 EV3 EV4 EV5 |
| az érintett gyerekek száma önkód | | | 2 poz. GYSZ |
| a szülők reakciói | csak támogató csak ellenző is-is semleges információhiány | 1 2 3 4 0 | SZUL |
| gyerekek és a szülők GYSZ | | említenek szülőt, aki leszokott | 1 |
| | a gyerek pozitívan hatott a gyerek nem volt hatással információhiány | | 2 3 0 |
| pedagógusok | a többiek támogatták a többiek érdeklődtek a többieket aktivizálta nem támogatták információhiány | 1 2 3 4 0 | PED |
| vélemények a programról | csak pozitív említés több pozitív, mint negatív több negatív, mint pozitív csak negatív említés információhiány | 1 2 3 4 0 | PROG |

| | | | |
|---|---|-------|-------|
| pozitív konkrétumok a programról zászlós kód! | | | |
| a programot csak általában dicsérik | | DICS | |
| a segédanyagot dicsérik - bábozás | | BAB | |
| a segédanyagot dicsérik - illatfelismerés | | ILLAT | |
| a segédanyagot dicsérik - képkirakó | | KIRAK | |
| - hangkazetta | | KAZ | |
| - video | | VIDEO | |
| - dia | | DIA | |
| - képek, leporello | | KEP | |
| - füstszívó pumpa | | FUST | |
| negatív konkrétumok, kérések a programról zászlós kód! | | | |
| eszközök hiányoznak vagy cseréje szükséges | | ESZK | |
| továbbfejlesztés szükséges | | FEJL | |
| igény a tapasztalatcserére | | TAPCS | |
| konzultációs igény (meghívás, kapcsolatfelvétel) | | KONZ | |
| a program folytatásáról | tényként említik: tervezik a folytatást | 1 | |
| FOLYT | | | |
| | remélik, hogy lesz folytatás | 2 | |
| | nem lesz folytatás | 3 | |
| | információhiány | 0 | |
| az óvodai dohányzás | senki sem dohányzik | 1 | DOH |
| | van, aki dohányzik | 2 | |
| | információhiány | 0 | |
| összegzett vélemény az adatlapról | sok lényeges információt tartalmaz | 1 | ADATL |
| | kevés érdemleges információt közöl | 2 | |
| | használatatlan az adatlap | 3 | |

III/2. Felhasznált irodalom:

- "Egészségnevelés, egészségmegőrzés az általános iskolákban az ezredfordulón." Egészségesebb Iskolákért Hálózat Magyarországi Egyesülete. NEVI Iskolai csoport. 1999.
- "Egészségi állapotfelvétel" Központi Statisztikai Hivatal. 1996.
- Losonczi Ágnes: "Utak, korlátok az egészségügyben." MTA 1998.
- "Az EGÉSZséges ÉLET tantárgy bevezetésének tapasztalatai." Expanzió. 1999.
- "Általános iskolai egészségnevelési programok az 1994-95-ös tanévben." NEVI Iskolai csoport. 1995.
- "Egészségnevelési programok Magyarországon" Expanzió 1996.
- "Az EGÉSZséges ÉLET tantárgyat oktató programiskolák és az általános iskolák VI. osztályos tanulói körében tapasztalt egészségmagatartásbeli eltérések." NEVI iskolai csoport. 1998.