



Академия
профилактической
медицины

ПРОГРАММА ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ «BALAMAN»
РУКОВОДСТВА ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ ШКОЛЬНИКОВ
THE WHITE PAPER

Разработано Академией профилактической
медицины Казахстана: www.academypm.org

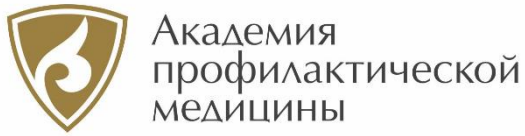
Авторы:

Алмаз Шарман, профессор медицины

Айжан Кул-Мухаммед, координатор программ

Настоящий документ был подготовлен по инициативе Академии профилактической медицины Казахстана. Авторами являются Алмаз Шарман, профессор медицины, президент Академии профилактической медицины (https://en.wikipedia.org/wiki/Almaz_Sharman) и Айжан Кул-Мухммед, координатор программ Академии. За дополнительной информацией относительно проекта, пожалуйста, обращайтесь по адресу: 05008, Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова 66, тел +7(727)375 9203; academypm@outlook.com.

Академия профилактической медицины Казахстана была основана в 1995 году группой ведущих специалистов здравоохранения и ученых-медиков Казахстана. Академия является неправительственной, мульти-дисциплинарной, многопрофильной организацией, объединяющей специалистов общественного здравоохранения, врачей-клиницистов и научных исследователей Казахстана. Более подробно об Академии профилактической медицины можно узнать из сайта академии: www.academypm.org.



Министру здравоохранения
Республики Казахстан
Биртанову Е.А.

Уважаемый Елжан Амантаевич!

ОО «Академия Профилактической Медицины» пользуясь случаем выражает Вам свое почтение и предлагает рассмотреть разработанный нами проект концепции программы по оздоровлению школьников «Balaman». Концепция фокусируется на скоординированном подходе в оздоровлении школьников посредством создания школьной среды способствующей сохранению и укреплению здоровья учащихся.

В настоящее время программа «Balaman» внедряется в пилотном режиме в четырех школах в Астане и Алматы. 100 школьных работников прошли тренинг авторской программы «Balaman» и используют полученные знания и навыки для оздоровления своих школ. 500 детей в рамках программы «Balaman» занимаются командными видами спорта под менторством профессиональных тренеров. Пилотная программа «Balaman» внедряется при поддержке акиматов городов Алматы и Астаны, а также компаний Coca-Cola, Казахской академии питания и компании «Global technology Network».

Данный проект концепции и рекомендации разработаны на основе передового международного опыта (US Centers for Disease Control and Prevention, World health organization). Вместе с тем, они являются предварительными, и мы осознаем, что наши предложения потребуют внимательного их рассмотрения экспертным сообществом.

Мы выражаем готовность к дальнейшему обсуждению предложенного нами проекта концепции и рекомендаций. Мы рады предоставленной возможности преподнести Вашему вниманию наши идеи и искренне верим в то, что переход от реактивной медицины в школах к превентивной предоставит уникальную возможность для улучшения здоровья и благополучия детей Казахстана.

С уважением,



Алмаз Шарман, профессор медицины
Президент Академии Профилактической Медицины

Оглавление

Введение.....	5
Определения:	5
Миссия программы «Balaman»	5
Цели и задачи программы «Balaman»	6
Ключевые ценности программы «Balaman»	6
Значимость оздоровления школьников	7
Роль школ в программе «Balaman».....	7
Примечания.....	8
Руководство 1. Создание школьной программы по оздоровлению учащихся.....	9
Руководство 2. Создание условий школьной среды, способствующей поддержке здорового образа жизни	11
Руководство 3. Обеспечение школьников качественным питанием	17
Руководство 4. Внедрение комплексной программы физической активности	19
Руководство 5. Предоставление условий для поддержания общего, психологического и социального здоровья.....	25
Руководство 6. Внедрение программы оздоровления работников школы	32
Заключение.....	35
Список литературы.....	36

Введение

Определения:

Оздоровление школьников

Оздоровление школьников может быть определено как любая деятельность, которая выполняется в целях улучшения и/или защиты здоровья лиц, пользующихся школой. Это более широкое понятие, чем медицинское просвещение: оно включает услуги и деятельность, относящиеся к политике продвижения здоровья в школе, обеспечению необходимой физической и социальной обстановки в школе, школьной программе, связям с общественностью и медицинскому обслуживанию.

Скоординированный подход в оздоровлении школьников.

Скоординированный подход представляет собой объединение различных сегментов школы и сообщества - преподавателей в области здравоохранения и физической культуры, сотрудников службы питания, учащихся, семей, руководителей школ, школьных врачей, медсестер и других медицинских работников, специалистов в области социального обслуживания - для достижения цели сохранения и укрепления здоровья учащихся. В идеале скоординированный подход по оздоровления школьников включает в себя следующие шесть компонентов:

- создание школьной стратегии по оздоровлению учащихся
- обеспечение школьников качественным питанием
- внедрение комплексной программы физической активности
- создание условий школьной среды, способствующих поддержке здорового образа жизни
- предоставление условий для поддержания общего, психологического и социального здоровья
- внедрение программы оздоровления работников школы

Миссия программы «Balaman»

Оздоровление школьников Казахстана посредством создания школ способствующих сохранению и укреплению здоровья учащихся и школьных работников.

Цели и задачи программы «Balaman»

- обучение школьных работников скоординированному подходу в области создания школьной среды, способствующей сохранению и укреплению здоровья учащихся
- информирование учащихся о навыках здорового образа жизни

Целевая аудитория программы «Balaman»

К основной аудитории для данного документа относятся учреждения сферы образования и здравоохранения, а также неправительственные организации, приоритетом в деятельности которых является здоровье учащихся школ. Государственные организации могут использовать руководства программы Balaman для разработки и совершенствования материалов, программ и ресурсов, направленных на профессиональное развитие. Учителя по физическому воспитанию и санитарному просвещению, ответственные за школьное питание, а также другой школьный персонал; медицинские работники; госслужащие; родители и учащиеся могут пользоваться данными рекомендациями для разработки и внедрения практических мер в области здорового питания и физической активности в школах. И, наконец, сотрудники высших учебных заведений могут применять эти рекомендации для обучения студентов обучающихся педагогике, общественному здравоохранению, вопросам физического воспитания, санитарного просвещения, диетологии, сестринского ухода, начального и среднего образования и других дисциплин, связанных со здоровьем.

Ключевые ценности программы «Balaman»

Инклюзивность

Равный доступ к образованию и программам оздоровления вне зависимости от пола, социального класса, религии и физических и ментальных возможностей и способностей.

Целостный подход

Традиционно санитарное просвещение в школах в большей степени основывалось на предметном подходе в пределах классной комнаты, и основной целью его являлось информирование учащихся о той или иной теме. Целостный подход более масштабен в своих целях и охвате. Целостный подход охватывает всех участников школьного сообщества и содействует взаимодействию между ними с целью оздоровления школьной среды.

Значимость оздоровления школьников

- У здоровых детей выше вероятность эффективного обучения и восприятия знаний и навыков;
- Образование играет важную роль в экономическом благополучии и качестве здоровья на более поздних стадиях жизни;
- Содействие здоровью школьного персонала может способствовать большему удовлетворению от работы и сокращению количества прогулов;
- Школьные программы и политика в сфере здравоохранения могут быть одними из наиболее эффективных мероприятий, направленных на предотвращение или снижение рискованного поведения, серьезных проблем со здоровьем среди учащихся.

Роль школ в программе «Balaman»

Школы играют особенно важную роль в организации и проведения практических мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни. Школы также предоставляют возможность узнать и практиковать принципы здорового питания и физической активности среди учеников. Школы предоставляют идеальные условия для развития стратегий по укреплению здоровья, направленных на реализацию возможностей учащимся больше узнать о здоровом образе жизни.

Учителя и другой персонал школ находятся в непосредственном контакте с учениками приблизительно в течение 6 часов ежедневно и 11 - 12 лет их социального, психологического, физического и интеллектуального развития. Здоровье школьников тесно связано с их академической успеваемостью, а академические успехи - с состоянием их здоровья. Поэтому, помощь ученикам в поддержании их состояния здоровья является фундаментальной частью академической миссии школы.

Факторы, способные воспрепятствовать внедрению или стабильности работы программы по оздоровлению школьников:

- Выделение финансирования на программу оздоровления школьников только на ограниченный период времени;
- Постановка недостижимых целей;
- Отсутствие целостного подхода;
- Появление ощутимых результатов только спустя достаточно длительного периода времени;
- Отсутствие межсекторального сотрудничества между представителями образования и здравоохранения.

Примечания

Несмотря на то, что конечная цель программы «Balaman» заключается в реализации всех рекомендаций, не все их основополагающие стратегии могут быть применимы для каждой школы. Из-за ограниченности ресурсов в некоторых школах, возможно, потребуются постепенное внедрение данных рекомендаций. Таким образом, основываясь на ключевых потребностях и приоритетах школ и имеющихся ресурсах, школам рекомендуется определить, какие рекомендации реально выполнимы для реализации в первую очередь. Семьи, школьный персонал, врачи, предприятия, средства массовой информации, неправительственные организации, обслуживающие детей и подростков, а также сами учащиеся должны систематически быть вовлечены в осуществление рекомендаций с целью оптимизации скоординированного подхода.

Руководство 1. Создание школьной программы по оздоровлению учащихся.

1.1. Создание школьного Совета по оздоровлению учащихся.

Рекомендуется создать Совет по вопросам оздоровления школьников при каждой школе. Совет представляет собой группу ответственную за создание школьной программы по оздоровлению учащихся. В Совет должны входить представители различных сегментов школы, в том числе преподаватели в области здравоохранения и физической культуры, сотрудники службы питания, учащиеся, родители учащихся, руководители школ, и школьные медсестры. Школьному Совету рекомендуется встречаться ежемесячно.

Каждый школьный Совет по оздоровлению учащихся должен избрать координатора для управления политикой, практической деятельностью и ресурсами школьной программы по оздоровлению учащихся. Координатор Совета может:

- содействовать совместной работе школьного персонала, ответственного за обеспечение здоровья и безопасности учащихся;
- служить связующим звеном между школой и лицами, ответственными за программы здравоохранения и безопасности школьников в районах и в других школах;
- сообщать о приоритетах в области здравоохранения и безопасности директору школы, сотрудникам, родителям и учащимся;
- оказывать помощь в надежном и устойчивом финансировании/субсидировании или обеспечении другими ресурсами для поддержки деятельности в области школьного здравоохранения и безопасности;
- управлять материальными ресурсами школьной программы по оздоровлению;
- содействовать в развитии материалов сферы школьного здравоохранения и безопасности, а также в выборе учебных материалов;
- организовывать и проводить собрания школьного Совета по оздоровлению учащихся;
- содействовать внедрению программы профессионального развития для персонала школы;

1.2. Создание школьной программы по оздоровлению учащихся.

Совет по вопросам оздоровления учащихся должен создать школьную программу, нацеленную на сохранение и укрепление здоровья учащихся. Данная программа должна содержать взятые школой обязательства по укреплению здоровья учащихся. Для успешной реализации целей школьной

программы по оздоровлению учащихся важно:

- Совместно поставить цели и выбрать стратегии их достижения. Цели должны быть реалистичными, а выбор стратегии их достижения должен быть сделан, исходя из имеющихся ресурсов.
- Проводить непрерывный мониторинг программы.
- Предоставить работникам школы программы повышения квалификаций.
- Отмечать достижения. Во всех школах, начавших работу по сохранению и укреплению здоровья учащихся, появляются определенные достижения, которыми можно гордиться. Празднование школьных достижений способствует положительному восприятию концепции укрепления здоровья среди школьных работников и учащихся, местных жителей и чиновников.
- Отвести 3–4 года на достижение конкретных целей. Работа по сохранению и укреплению здоровья учащихся должна вестись непрерывно, это не ограниченный по времени проект. Это процесс непрерывных изменений, развития и совершенствования, направленный на создание здорового школьного сообщества.

1.3. Оценка мероприятий школьной программы по оздоровлению учащихся.

В процессе оценки школьной программы по оздоровлению учащихся, школьный Совет собирает и анализирует данные, чтобы определить, кем, когда, где и в каких количествах были проведены мероприятия. Процесс оценки мероприятий позволяет школьному Совету обсудить программу оздоровления школьников, и какие меры усовершенствования ей необходимы.

Оценка проведенных мероприятий может выявить являются ли результаты или специфические изменения в школе прямым результатом школьной программы по оздоровлению. Результаты могут включать в себя изменения на уровне школы (например, изменения школьной среды, норм или учебных программ) и на индивидуальном уровне (например, знания учащегося, отношения, навыки и привычки). Оценка мероприятий может фокусироваться на краткосрочных или долгосрочных результатах школьной программы, в том числе на изменениях в практике на школьном уровне или изменениях знаний, взглядов, навыков, привычек учащихся или последствиях для здоровья.

Оценка не должна быть использована для аудита и ранжирования школ, наказания сотрудников школ, она может применяться для мотивирования школы на внесение изменений и мониторинга реализации политики на школьном, районном и государственном уровне.

Руководство 2. Создание условий школьной среды, способствующей поддержке здорового образа жизни

Физическое окружение и психосоциальная атмосфера в школе должны поощрять всех учащихся к выбору в пользу здорового образа жизни. Физическое окружение подразумевает под собой:

- здание школы с окружающей его площадью (а именно школьное здание; школьный двор; оборудование школьных помещений и спортивных площадок; учебные кабинеты и их оснащение; обеспечение учащихся здоровым питанием; наличие основных санитарно-технических сооружений и привитие учащимся гигиенических навыков; обеспечение учащихся безопасной питьевой водой).
- условия окружающей среды, такие как температура, качество воздуха, шум, освещение и безопасность.

Психосоциальная атмосфера определяется взаимоотношениями школьных работников и учащихся как между собой, так и друг с другом. На атмосферу в школе влияют также взаимоотношения с родителями и местными жителями. Здесь имеет значение создание качественных связей между основными членами школьного сообщества.

2.1. Предоставление безопасных и соответствующих требованиям мест и объектов для здорового питания.

Учащимся должен быть предоставлен доступ к благоустроенной столовой, которая должна быть чистой, приятной, оснащенной местами для сидения. Помещение столовой не должно допускать превышение 100%-ной наполняемости. Услуги школьного питания должны способствовать приему здоровой пищи в среде, которая позволяла бы учащимся обращать внимание на то, что они едят и получать удовольствие от социальных аспектов (общения) процесса приема пищи. Учащиеся могут лучше насладиться временем приема пищи, когда они чувствуют себя расслабленно, могут спокойно общаться и никуда не торопиться. К мероприятиям, способствующим безопасному и здоровому питанию, относятся:

- предоставление достаточного времени на получение и потребление пищи, по крайней мере, 10 минут для завтрака и 20 минут для обеда, рассчитанные после посадки за стол;
- предоставление учащимся возможности для мытья или дезинфекции рук перед едой в специально отведенных местах;
- обеспечение столами и стульями соответствующего размера, пространством для размещения всех учащихся со специальными потребностями (например, для учащихся на инвалидных колясках и с наличием пищевой аллергии);

- поддержание соответствующего уровня окружающего шума с использованием приемлемой политики контроля (например, не свистеть и не разговаривать во время приема пищи);
- введение правил безопасного поведения.

Кроме того, учащимся школ во время приема пищи и в течение всего учебного дня должен быть предоставлен доступ к безопасным, бесплатным и благоустроенным источникам питьевой воды или диспенсерам. Таким образом, обеспечивается здоровая альтернатива подслащенным напиткам и повышается потребление чистой воды учащимися.

2.2. Предоставление помещения и оборудования для физической активности, соответствующих рекомендуемым нормам безопасности.

Все помещения и приспособления для физической активности, в том числе игровые площадки, детские площадки, гимнастические залы, многофункциональных комнаты, кафетерии следует регулярно проверять и поддерживать в надлежащем виде. Опасные условия для занятий должны немедленно устраняться, а комплексная оценка безопасности должна проводиться как минимум раз в год. Регулярный осмотр и техническое обслуживание домашних и наружных игровых площадок должны быть направлены на то, чтобы предоставлять информацию о том, что обеспечивается и поддерживается их экологическая безопасность, в том числе это касается:

- обитых стоек ворот и гимнастических стенок;
- тротуаров свободных от мусора и других опасностей;
- надежно закрепленных переносных футбольных ворот, которые хранятся в закрытом помещении, когда они не используются;
- приспособлений для тени, использующихся для защиты от солнца;
- трибун, сводящих к минимуму риск падений

2.3. Установление правил безопасности и контроль по их соблюдению во время физической активности.

Опасное поведение (например, толчки соперника во время игры в футбол или баскетбол) должно быть запрещено путем установления правил и контроля их соблюдения. Правила безопасности должны быть выучены всеми учащимися, и должны соблюдаться как в школьное, так и внешкольное время. Один человек, например, координатор школьного Совета по оздоровлению школьников, должен нести ответственность за то, чтобы правила по соблюдению техники безопасности были на месте и обновлялись по мере необходимости. Вместе с тем, с целью сведения к минимуму травм и

заболеваний среди детей и подростков, совместную ответственность должны нести учителя, администраторы, инструкторы, спортивные тренеры, школьные врачи и медсестры, сотрудники других школ, родители и сами учащиеся.

Обученные сотрудники, в том числе тренера, учителя, родители, медицинский персонал и члены сообщества должны контролировать все программы физической активности. Сотрудники должны быть осведомлены о возможных травмах и заболеваниях среди учащихся, связанных с физической активностью, о том, как свести к минимуму риски и последствия этих травм и заболеваний. Во избежание травм во время занятий физической активностью школы могут:

- требовать прохождения медицинского осмотра перед участием;
- предлагать занятия, соответствующие уровню развития;
- обеспечивать надлежащий мониторинг и избегать чрезмерных нагрузок в тренировках;
- проводить инструктирование учащихся относительно биомеханики конкретных двигательных навыков;
- надлежащим образом сортировать участников согласно их антропометрическим данным и способностям;
- адаптировать правила к уровню квалификации учащихся и имеющегося защитного снаряжения;
- менять правила для ликвидации опасных тренировок;
- прежде чем разрешить дальнейшее участие в тренировках, убедиться, что все травмы, включая сотрясение мозга, излечены;
- устанавливать критерии, в том числе разрешение врача для возвращения в игру после полученной травмы, чтобы гарантировать, что травма полностью зажила.

Также детям и подросткам необходимо иметь и использовать защитную одежду и обмундирование, соответствующее типу физической активности и условиям окружающей среды. К защитной одежде и обмундированию относятся обувь, подходящая для конкретного вида физической активности; шлемы для езды на велосипеде; шлемы, маски для лица, каппы и защитные накладные для игры в хоккей и другие виды спорта; щитки для футбола; наколенники для катания на роликовых коньках; светоотражающая одежда для ходьбы и бега. Согласно рекомендациям, все защитное обмундирование должно:

- 1) находиться в хорошем состоянии;
- 2) регулярно проверяться и правильно храниться;
- 3) заменяться в случае износа, повреждения или устаревания;

- 4) точно подходить школьнику;
- 5) подходить для данного вида спорта и расположения.

Кроме того, дети и подростки должны быть обучены правильному использованию снаряжения; в особенности это касается шлемов.

Во избежание травм во время нерегламентированных игр школы должны рассмотреть вопрос о проведении для сотрудников тренингов, базирующихся на методах наблюдения, управлении поведением, соответствующем контроле, а также на процедурах реагирования на чрезвычайные ситуации. В целом, персонал, наблюдающий за игровыми площадками, должен:

- 1) постоянно обучать детей правилам поведения на игровых площадках;
- 2) предотвратить, вовремя распознать и остановить опасное и рискованное поведение детей;
- 3) помочь детям определить, осознать и предотвратить их рискованное поведение;
- 4) смоделировать соответствующее безопасное поведение.

Когда это возможно, школы могут поддерживать надзор за нерегламентированной физической активностью в соответствии с рекомендациями о том, что соотношение количества учителей, осуществляющих надзор за площадкой, к количеству учащихся должно быть равно их соотношению в классе.

2.4. Методы маркетинга для пропаганды здорового питания.

Для пропаганды здоровой пищи и напитков среди учащихся могут быть использованы маркетинговые подходы. Примером является размещение продуктов питания таким образом, чтобы учащиеся могли бы их легко увидеть и остановить на них свой выбор. Например, фрукты и овощи, молочные продукты и продукты из цельных зерен должны располагаться в зоне видимости на полках кафетерия.

2.5. Применение методов поощрения учащихся, способствующих укреплению здоровья.

Достижения учащихся или положительное поведение в классе должны поощряться только непродовольственными товарами и видами деятельности. Использование пищи в качестве награды, особенно пищевых продуктов с низкой питательной ценностью, может увеличить риск того, что дети будут связывать их с такими эмоциями, как чувство выполненного долга. Предоставление продуктов питания за выполнение каких-либо действий или за поведение способствует созданию у учащихся связи приема пищи с определенным настроением. Награждение учеников пищей во время занятий

также способствует увеличению количества перекусов. Эта практика может поощрить учеников к приему пищи даже тогда, когда они не голодны, и способствовать привитию привычки премирования себя нездоровыми продуктами питания, что приводит к повышенному потреблению продуктов с высоким содержанием сахара и жиров. Вознаграждением за достижения или хорошее поведение не должны быть продукты питания, а скорее что-либо, способствующее полезным действиям (например, наклейки, книги или дополнительное время для отдыха).

2.6. Не следует использовать физическую активность в качестве наказания.

Использование физической активности в качестве наказания (например, заставлять учащихся выполнять отжимания или приседания за плохое поведение) может создать в их сознании негативные ассоциации, связанные с физической активностью. Отстранение от занятий физической культурой за плохое поведение в классе лишает учеников возможности получения физического опыта, что оказывает влияние на состояние здоровья и не может способствовать улучшению поведения на занятиях.

2.7. Инклюзивность.

Психологическая обстановка в школе должна способствовать поддержке всех учащихся в их выборе в пользу здорового питания и физической активности, независимо от их этнической принадлежности, уровня доходов, пола и физических способностей. Школы могут предпринять многочисленные шаги, чтобы помочь сформировать психологическую атмосферу, способствующую укреплению здоровья. Должна быть уверенность в том, что учащиеся всех физических телосложений могут принимать участие в самых разнообразных физических нагрузках. Также необходимо избегать практики, которая бы выделяла учеников, опираясь на особенности их телосложения физические пропорции тела. Школы должны избегать игр или других видов активности, которые ограничивают возможности физической активности для учащихся.

Школьная политика питания должна обеспечивать создание безопасных условий для учащихся с хроническими заболеваниями. Политика должна охватывать все места, где все продукты питания и напитки доступны как в течение обычного, так и продленного учебного дня, о ней должны быть проинформированы все семьи и сотрудники. Сотрудники службы школьного питания должны быть обеспечены информацией и помогать ученикам, находящимся на специальных программах питания и диете, предписанной их врачом. Сотрудникам службы школьного питания также следует рассматривать вопросы о замене продуктов питания учащимся с пищевой аллергией, с пищевой непереносимостью или использовать индивидуальный

подход для учащихся, с медицинской точки зрения имеющих специальные диетические потребности.

Школьная обстановка должна способствовать поддержке учащихся с ограниченными возможностями и хроническими заболеваниями. Школы должны установить политику, которая позволит всем учащимся быть физически активными, принимать участие во всех внеклассных мероприятиях. Также подобная политика должна подразумевать обеспечение доступа к лекарственным препаратам для профилактики и быстрой помощи при различных.

Руководство 3. Обеспечение школьников качественным питанием

Школы должны способствовать моделированию и укреплению здоровых диетических привычек путем гарантирования того, что во всех местах, доступных для учащихся, они смогут найти только продукты и напитки, отвечающие требованиям здорового питания.

3.1. Обеспечение школьной кухни инвентарем и оборудованием, необходимым для приготовления качественных блюд.

Для модернизации кухни современным оборудованием школам должна быть предоставлена поддержка, которая бы позволяла гарантировать, что школьное питание является привлекательными для детей, а блюда приготовлены с использованием самых здоровых методов приготовления пищи и пищевых продуктов. Например, при использовании запекания пищи вместо жарки в ней существенно снижается количество лишних калорий, вредных насыщенных жиров, которые потребляют дети.

Устаревшее кухонное оборудование, неполноценный кухонный инвентарь, а также лимитированный продовольственный бюджет создают значительные ограничения для сотрудников школьного питания в обеспечении школьников здоровой и питательной пищей.

3.2. Применение методов приготовления здоровой пищи и методов закупок.

Приготовление здоровой пищи подразумевает под собой методы замещения (то есть замена одного ингредиента на другой), методы сокращения (уменьшение количества ингредиентов), методику уменьшения количества жиров при приготовлении мяса и птицы, а также технику приготовления овощей. При замещении или сокращении количества ингредиентов школы должны стандартизировать рецепт с целью учета изменений в требованиях к регламентам по приготовлению пищи. Стандартизированные рецепты гарантируют, что продукты готовятся слаженно, обеспечивается объем их выработки и выход полезных питательных веществ. Школы должны искать и пробовать применять стандартизированные рецепты с низким содержанием жира, масла, соли и сахара, чтобы гарантировать их приемлемость для учащихся.

Пищевые продукты и напитки должны подаваться в привлекательном и красиво представленном виде. Для определения предпочтения учащихся могут быть использованы пищевые пробы. При планировании меню и закупке продуктов питания, привлекательных для учащихся, важным является их внешний вид, текстура или консистенция (как еда ощущается во рту), вкус и оптимальная температура подачи блюд. Подача различных красочных

фруктов и овощей с едой и закусками повышает их питательную ценность и привлекательность. Учащиеся пьют больше молока, когда оно предлагается в холодном виде и в привлекательной упаковке, рассчитанной на одну порцию или в небольших пластиковых или стеклянных бутылках.

3.3. Продукты питания и напитки, продаваемые за пределами программ школьного питания.

Конкурирующие продукты, к которым относятся любые продукты питания или напитки, продаваемые за пределами программы школьного питания, чаще всего являются основными источниками продуктов с низкой питательной ценностью, высоким содержанием калорий, которые учащиеся потребляют в школе. В отличие от школьных блюд, которые должны соответствовать стандартам питания, продукты питания и напитки, приобретаемые или поставляемые вне программы школьного питания, в значительной степени освобождены от государственных требований или стандартов.

Существуют четыре основные причины для беспокойства по поводу конкурентных продуктов:

1. Многие конкурирующие продукты и напитки обладают низкой питательной ценностью, содержат много жиров, сахара и калорий; эти продукты могут негативно повлиять на диету учащихся и увеличить риск набора избыточного веса.
2. Увеличение продажи конкурирующих продуктов питания и напитков связано со снижением участия учащихся в программе школьного питания, что может повлиять на жизнеспособность программы.
3. Студенты получают противоречивые сообщения, когда в классе их учат правильному выбору в пользу здоровой пищи, но при этом они окружены различными местами, в которых в первую очередь предлагаются менее питательные продукты.

Руководство 4. Внедрение комплексной программы физической активности

Рекомендуется ежедневное обучение физической культуре: 150 минут в неделю для учащихся начальных классов и 225 минут в неделю для средних и старших классов.

Все учащиеся должны проходить все необходимые курсы по физическому воспитанию, при этом не должно быть каких-либо замен, отказов или исключений. Школам не следует позволять учащимся быть освобожденными от требуемого курса физического воспитания в виду: зачисления на другие курсы, участия в спортивных мероприятиях школы, участия в других школьных мероприятиях и т.д. Исключения и отказы лишают студентов времени на физическую активность. Правильно организованное физическое воспитание имеет решающее значение для разработки моторных, двигательных и поведенческих навыков, необходимых для поддержания физически активного образа жизни на протяжении всей жизни школьника. Кроме того, исключения и освобождения от занятий физкультурой могут наводить учащихся на мысль о том, что физическое воспитание не столь важно по сравнению с другими академическими дисциплинами.

Достижение рекомендуемых 225 минут в неделю, выделенных для уроков физического воспитания, во многих средних школах может быть затруднено ввиду установленного расписания, рассчитанного на меньшее количество уроков, и при этом эти уроки могут длиться дольше, чем в школах с гибким расписанием. Поэтому школам с установленным расписанием следует каждые 10 дней выделять по 450 минут на уроки по физическому воспитанию. Школы, в которых недостаточно ресурсов (оборудование или количество учителей) могут постепенно добавлять большее количество времени в ежедневные занятия физической культурой (то есть увеличить количество уроков по физическому воспитанию с 1 или 2 дней в неделю, по крайней мере, до 3 дней в неделю).

4.1. Учебная программа физического воспитания.

Учебная программа физического воспитания базируется на составлении соответствующих инструкций с учетом возраста учащихся. Учебная программа должна быть основана на пошаговом руководстве по учебной деятельности, включающей следующие пункты:

- 1) уроки, сосредоточенные на моторных навыках, физической активности, физической оценке, соответствующей возрасту и уровню развития;
- 2) методы обучения моторным, двигательным и поведенческим навыкам, способствующим совершенствованию имеющихся основных навыков;
- 3) планирование надлежащего контроля по обучению учащихся.

Без конкретного учебного плана по физическому воспитанию очень сложно документировать то, чему следует обучать учащихся, чему их уже обучали, достигают ли учащиеся поставленных целей или результатов.

Учебный план должен базироваться на стандартах в области физического воспитания. Стандарты служат основой для определения ожидаемых результатов учащихся каждого класса. В этих стандартах предусматриваются рекомендации, на основании которых разрабатываются нормы, структура учебного процесса, а также учебный план.

В плане по физическому воспитанию должен быть сделан акцент на знаниях о пользе физической активности для физического, социального и психологического состояния здоровья; компоненты, связанные с занятиями физкультурой; на рекомендуемых нормах и видах физической активности, необходимых для укрепления здоровья; взаимосвязи между физической активностью и физической культурой; принципах тренировок; профилактике травматизма; расходе энергии; социальных аспектах, влияющих на физическую активность.

Школы должны придерживаться рекомендаций, согласно которым учащиеся должны быть задействованы в физической активности умеренной или повышенной интенсивности в течение, по крайней мере, 50% времени, которое они проводят на уроке физкультуры. Преподаватели физической культуры часто тратят слишком много времени на деятельность, связанную с решением административных и управленческих вопросов (например, на проверку посещаемости и обзор сообщений), которые не способствуют занятиям умеренной или интенсивной физической активностью.

Для того чтобы освоить навыки в области физической активности и быть уверенными в способности их выполнить, учащиеся должны обучаться им последовательно, начиная от простого к сложному (. Предоставление учащимся выбора во время занятий по физическому воспитанию может повысить уверенность в их способности участвовать в физической активности в целом. Например, позволение учащемуся выбрать тип или интенсивность конкретной физической активности может способствовать повышению его уверенности в своей способности выполнить данный вид деятельности и в будущем; в том, что постепенно он сможет сделать свои тренировки более интенсивными.

Дети и подростки, считающие, что они могут преодолеть внешние барьеры и обладают способностью вести физически активный образ жизни, имеют больше мотивации для участия в физической активности. Поэтому мероприятия или задания, позволяющие учащимся выявить и преодолеть внешние и внутренние барьеры в области физической активности, должны быть интегрированы в сфере физического воспитания.

Положительное влияние на восприятие учащимися физической активности может стать важнейшей мотивацией для их дальнейшего участия

в различных видах физической активности и за пределами уроков физического воспитания. Физическое воспитание должно поощрять точку зрения учащихся о том, что участие в различных видах физической активности является важным, привлекательным и приятным. Повышение самооценки учащихся при участии в физической активности повышает вероятность получения ими чувства самоудовлетворения и, следовательно, вероятность регулярного участия в различных видах физической активности. Удовлетворение потребностей и интересов всех учащихся посредством различных мероприятий, акцент на преимуществах физической активности, а также интеграция возможностей для применения приобретенных навыков помогают учащимся развивать позитивное отношение к физической активности.

4.2. Протокола успеваемости учащихся в области физического воспитания.

Учебный план физического воспитания должен содержать соответствующие возрасту протокола для оценки учащихся. Оценку учащихся в области физического воспитания следует использовать для определения того, насколько хорошо студенты отвечают стандартам физического воспитания, приведенными в соответствии с инструкциями. Также это поможет учителям в мониторинге и улучшении процесса обучения. Оценка проводится по множеству форматов, в том числе это в рамках демонстрации конкретных навыков, тестирования, базирующегося на знаниях, внешкольных заданий, способствующих закреплению практики обучения, оценки прогресса моторных навыков и создания условий для активного образа жизни.

Школы могут рассматривать вопрос о проведении спортивного тестирования, чтобы обеспечить обратную связь для учащихся и их родителей, научить учащихся методам применения поведенческих навыков (например, для самооценки, постановки целей, принятия решений и самоуправления), а также для определения уровня общешкольного уровня физической подготовки. Спортивное тестирование также может быть использовано для определения достижения учащимися стандартов физического воспитания, нацеленных на поддержание оптимального уровня физической подготовки. При проведении спортивной оценки учащихся должны обучить навыкам самостоятельного мониторинга и самоконтроля физической активности. Спортивное тестирование должно проводиться таким образом, чтобы соблюдалось и сохранялось достоинство всех учащихся (то есть, результаты тестирования должны быть конфиденциальными, а тестирование должно проводиться только после того, как все учащиеся будут осведомлены о процедуре его проведения). Результаты спортивного тестирования не должны использоваться для присвоения определенного уровня или оценки эффективности программ, поскольку достоверность этих измерений может существенно варьировать. В целом, процесс улучшения физической подготовки находится под влиянием факторов (например, генетика и

физическое созревание), зачастую находящихся вне контроля преподавателей и учащихся.

4.3. Физическая активность во время перерывов между занятиями

Все начальные школы должны следовать научно обоснованным рекомендациям о том, что учащимся должен быть предоставлен, по меньшей мере, один ежедневный 20-минутный перерыв.

Подобные регулярные перерывы позволяют детям накапливать до 60 минут своей рекомендованной ежедневной физической активности. Во время перерыва дети могут применять навыки, полученные на уроках физического воспитания (например, в области развития моторных навыков, принятия решений, сотрудничества, разрешения конфликтов и ведения переговоров). Тем не менее, перерывы не должны заменять уроки физического воспитания или быть использованы для удовлетворения требований, изложенных в политике в области физического образования.

Школы могут попытаться способствовать увеличению физической активности во время перерывов посредством поощрения учащихся быть активными; предоставляя им пространство, оборудование, инвентарь и расходные материалы, способные сделать участие в физической активности привлекательным

4.4. Предоставление перерывов для физической активности во время занятий.

Другим способом повышения уровня физической активности в течение учебного дня является ее включение в занятия. Некоторые школы предлагают внедрение физической активности в классах наряду с уроками, то есть это предполагает изучение математики, словесности и других учебных предметов посредством движения. Например, учителя могут читать книгу вслух, в то время как учащиеся будут ходить по классной комнате в умеренном темпе. Затем учитель может попросить учащихся определить в тексте глаголы или слова, выражающие действия, посредством физической активности. Подобные мероприятия способствуют естественному накоплению физической активности в течение учебного дня.

4.5. Предоставление учащимся возможности принимать участие в школьных программах физической активности, проходящих после школьных уроков.

Школьные программы в сфере физической активности предоставляют учащимся дополнительные возможности достижения рекомендуемого ежедневного объема физической активности. Школьные программы по

физической активности должны предоставлять возможность заниматься как юношам, так и девушкам; удовлетворять потребностям учащихся с различными способностями, особенно тех, кто не является атлетически одаренным; отражать интересы учащихся.

Для характеристики степени качества школьных программ имеется три условия:

- 1) у школьников имеется возможность выбора той или иной деятельности,
- 2) каждый учащийся получает равные возможности для участия, независимо от своего уровня способностей,
- 3) учащимся предоставляется возможность участвовать в планировании и проведении мероприятий.

4.6. Организация межшкольных соревнований.

Школьные или общественные спортивные программы способствуют обеспечению детей и подростков дополнительным временем для физической активности, приобретению конкурентоспособных навыков, а также изучению новых спортивных навыков. Межшкольные спортивные соревнования должны предусматривать структурированные, конкурентные возможности для развития у учащихся спортивных и поведенческих навыков. Несмотря на то, что количество атлетически одаренных учащихся, как правило, невелико, спортивные межшкольные соревнования также предоставляют уникальные возможности для применения навыков (например, спортивно-специфичных движений) и поведения (например, самоконтроль и управление), преподаваемых в сфере физического воспитания.

4.7. Реализация и поощрение программ, позволяющих добираться до школы пешком или на велосипеде.

В современном мире ходьба и езда на велосипеде в школу стали менее распространенными среди детей и подростков школьного возраста. Вместе с тем, учащиеся, пользующиеся физически активными формами передвижения, имеют более высокий уровень общей физической активности и, скорее всего, соответствуют рекомендациям по физической активности. По мере того, как школы вносят изменения в окружающую среду (например, способствуют строительству тротуаров и пешеходных переходов) наблюдается повышение процента учащихся, добирающихся в школу пешком или на велосипеде.

4.8 Инклюзивность.

Дети и подростки, страдающие ожирением или имеющие физические, или когнитивные расстройства, хронические заболевания (например, сахарный диабет или астма) или низкий уровень физической подготовки, могут получить пользу от программ физической активности, расширить свой уровень физической подготовки, развить двигательные навыки, улучшить физическую форму, а также получить удовольствие и поверить в успех. Во многих школах есть учащиеся с физическими, медицинскими или когнитивными расстройствами. Зачастую учащимся с физическими недостатками или хроническими заболеваниями не рекомендуется принимать участие в занятиях по физическому воспитанию и других видах физической активности. Вместо того чтобы исключать этих детей от занятий и программ по физическому воспитанию, преподаватели и руководители программ должны подстроить школьную программу физического воспитания специально для этих учащихся. Адаптация данных модификаций реализуется посредством:

- 1) внесения изменений в игры для обеспечения возможности участия в них учащихся с ограниченными возможностями;
- 2) адаптации оборудования (например, снижение целевых нормативов), которое может быть использовано с легкостью;
- 3) изменения учебных стратегий, например, упрощение моделей движения и изменение положений тела;
- 4) частых периодов отдыха.

Наконец, у школьников с ограниченными возможностями должны быть свои определенные цели в области физического развития (установленные учителем физкультуры или другим персоналом школы), включенные в их индивидуальную образовательную программу. Эти определенные цели и задачи позволяют школам контролировать их выполнение в соответствии с индивидуальной образовательной программой.

Руководство 5. Предоставление условий для поддержания общего, психологического и социального здоровья

Школы несут ответственность за физическое, психическое здоровье и безопасность учащихся в течение учебного дня. В целях предоставления условий по поддержанию общего, психологического и социального здоровья персонал школы может:

- научить учащихся навыкам, необходимым для ведения здорового образа жизни;
- выявлять опасное поведение учащихся и вмешиваться в случае необходимости;
- выявлять и устранять потребности в медицинских услугах, влияющие на образовательный процесс;
- обеспечить управление делами по вопросам охраны физического и психического здоровья;
- устранять поведенческие и психологические проблемы;
- предоставлять учащимся и их семьям ссылки на ресурсы по вопросам общественного здоровья;
- обеспечивать приоритетность программам школьной медицины, в том числе тем, которые предназначены для повышения уровня физической активности и здорового питания.

Квалифицированные специалисты, такие как врачи, медицинские сестры, стоматологи, и другие медицинские работники предоставляют услуги школьной медицины. С целью получения дополнительной медицинской помощи школы могут направлять учащихся к медицинским работникам вне территории школы, помимо медицинских кабинетов на базе школ. Школьные врачи и медсестры играют важную роль в координации услуг, предоставляемых для учащихся в школе.

Школьные врачи и медсестры должны обладать знаниями и опытом для координирования целого ряда вопросов. В числе прочего, это подразумевает пропаганду здорового питания, физической активности и контроля веса. Кроме того, школы должны поддерживать связь с другими медицинскими учреждениями, чтобы иметь постоянную возможность консультировать и проводить дополнительное обучение для сотрудников, выдавать рекомендации для членов семьи, проводить обзор политики и процедур школьной медицины и медицинских услуг школы, а также для обращения к другим врачам или поставщикам медицинских услуг.

Сотрудники сферы школьной медицины, психического здоровья, а также социальных служб должны работать вместе с врачами с целью расширения доступа учащихся к медицинской помощи, координирования ухода, содействия и развития доказательной основы физической активности и

здорового питания. Школы должны способствовать налаживанию связи учащихся с локальными медицинскими сообществами, которые укомплектованы сотрудниками с соответствующей подготовкой и доступны для всех учащихся. Кроме того, школы должны выявлять и прикреплять учащихся и их семьи к программам по укреплению здоровья, пропагандирующим физическую активность и здоровое питание.

5.1. Оценка пищевых привычек и физической активности учащихся.

Школьные медики, вместе с другим персоналом сферы здравоохранения могут проводить оценку пищевых привычек и уровня физической активности учащихся во время обычного общения. Информация о количестве учащихся школы, следующих рекомендациям по здоровому питанию, физической активности и контролю веса, может быть использована для направления усилий по планированию программ и пропагандистской политики. Оценка также позволяет сотрудникам выявить группы учащихся, нуждающихся в консультационных и справочных услугах. В результате проведения оценки учащихся могут быть выявлены факторы риска для здоровья, требующие срочного внимания, такие как артериальная гипертензия, недостаточность питания, употребление алкоголя и наркотиков, или беспорядочное нерациональное употребление пищи. Всем сотрудникам сферы школьной медицины должны быть предоставлены рекомендации о том, как распознать ранние признаки наличия этих факторов риска и доверительно обсудить с учащимися вопросы диеты, физической активности, проблемы с психическим и социальным здоровьем. Учащихся с признаками серьезных заболеваний или с опасными для здоровья привычками следует направить к врачу первичной медико-санитарной помощи.

Ниже приведены некоторые из тем, на которые медики должны обращать внимание во время проведения оценки питания. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что такое поведение связано с потребляемой с пищей энергией и, при необходимости, его можно сфокусировать на возможных изменениях:

- обычное ежедневное потребление подслащенных напитков и 100% фруктового сока
- типичные размеры порций
- частота приема завтраков
- обычно ежедневное потребление продуктов с высокими энергетическими ресурсами
- обычное потребление фруктов и овощей
- частота приема пищи и перекусов

Ниже приведены некоторые темы, которые практикующий медик может

поднять в ходе проведения оценки физической активности:

- объем ежедневного участия в физической активности (например, является ли учащийся физически активным в течение ≥ 60 минут в день, учитывается ли время, проведенное за играми, на улице, на уроках физического воспитания, а также участие в мероприятиях, организованных школой или сообществом)
- количество часов в день, проведенных за просмотром телевизора, видеоиграми и компьютером (например, более $> 1-2$ часов качественных программ в день)
- наличие телевизора или компьютера в спальне учащегося
- участие в уроках физической культуры
- количество физически активных мероприятий, таких как ходьба или езда на велосипеде в школу, подъем по лестнице, работа по дому.

5.2. Внедрение школьных программ по измерению индекса массы тела.

В школьной медицине считается важным измерение роста и веса учащихся с целью определения индекса массы тела (ИМТ) школьников. Этот процесс зачастую называется скринингом на ИМТ. Данные о процентной доле школьников, страдающих ожирением и избыточным весом, могут быть полезны для планирования программ, информационно-пропагандистской политики и оценки. Согласно рекомендациями по пропаганде физической активности и здорового питания важно отправлять результаты ИМТ школьников членам их семьи. Информация об ИМТ может помочь исправить неправильные представления родителей и учащихся о статусе веса, мотивировать семьи обращаться за медицинской помощью и проводить коррекции в направлении здорового образа жизни. Ранее группа экспертов разработала рекомендации, согласно которым расчет ИМТ должен производиться, по крайней мере, раз в год при визите учащихся к педиатру или врачу общей практики.

Вместе с тем, пока нет убедительных научных доказательств необходимости рекомендовать к внедрению программы скрининга на ИМТ в школах. Научные исследования еще не в полной мере оценили роль школьного скрининга по ИМТ в профилактике и снижении доли ожирения среди учащихся; влияние скрининга по ИМТ на знания, позиции и поведения учащихся и их семей в отношении лишнего веса. При этом не изучены любые негативные последствия, которые может возникнуть в результате такого скрининга (например, поддразнивание учащихся или поощрение вредной практики потери веса).

Школы, принимая решение о проведении скрининга на ИМТ, должны гарантировать соблюдение конфиденциальности данных учащихся, защищать учащихся от потенциального вреда, а также повысить вероятность того, что

программа будет положительно влиять на пропаганду здорового веса. Школы должны обеспечить доступность последующей диагностики и лечения для учащихся.

5.3. Консультирование учащихся по вопросам здорового питания и физической активности.

Консультирование школьников может начинаться с мотивационного интервьюирования, без какого-либо осуждения, с использованием чуткого и обнадеживающего подхода, позволяющего учащимся выразить положительное или отрицательное отношение к здоровому питанию и физической активности и определить свои собственные планы по их улучшению. Мотивационное интервьюирование подразумевает то, что в его ходе сотрудники задают вопросы, информируют, консультируют и слушают мнение школьника о здоровом питании и физической активности. Сотрудники, предоставляющие консультации, предварительно должны пройти соответствующее обучение вопросам здорового питания и физической активности учащихся. Результаты оценки учащихся должны обсуждаться на консультационных сессиях, также сотрудники могут попросить учащихся определить те привычки, в изменении которых они могут быть заинтересованы, или они считают, что их проще изменить. Сотрудники могут дополнительно оценить готовность и мотивацию учащихся к переменам, спрашивая, насколько для них важно быть уверенными в своей способности измениться. Консультирование, вовлекающее и семьи учащихся, может оказывать большее влияние на факторы среды, влияющие на формирование у учащихся пищевых привычек и склонности к физической активности вне школы.

После проведения оценки и мотивационного интервьюирования, сотрудники могут использовать поведенческие стратегии в качестве целевого направления, положительного мотивирования и самоконтроля с целью внесения изменений в поведенческие привычки учащихся. Постановка целей должна быть динамическим процессом, постепенно движущимся в сторону желаемых результатов (например, увеличение физической активности на 10% в неделю). Сотрудники должны планировать последующие сессии по проведению оценки прогресса учащихся в направлении своих целей.

Учащихся, ведущих активный образ жизни и придерживающихся здорового рациона питания, следует поощрять к продолжению подобного поведения. Постановка акцентов на преимуществах здорового питания и регулярной физической активности, поощрение учащихся быть примером для подражания для своих сверстников являются одними из способов подкрепления данной модели поведения.

Учащимся с расстройствами пищевого поведения, с проблемами переизбытка или другими проблемами с весом, возможно, могут потребоваться

более конкретные услуги по коррекции психического и социального здоровья. Учащиеся с наличием ожирения более подвержены риску поддразнивания, издевок со стороны сверстников, социальной изоляции, проблемам с развитием заниженной самооценки и депрессии. Учащиеся с проблемами веса подвергаются повышенному риску нездорового пищевого. Кроме того, учащиеся с экстремальным восприятием пропорций тела (например, воспринимают себя очень толстыми) подвержены повышенному риску суицидальных мыслей и суицидальных попыток.

Работники сферы здравоохранения должны быть подготовлены к пропаганде позитивного восприятия и чувства удовлетворения собственным телом; они должны помочь учащимся преодолеть барьеры на пути к здоровому питанию и физической активности; в поиске социальной поддержки, помогать справиться с поддразниваниями в свой адрес, в постановке целей и принятии решений; также они должны своевременно направлять учащихся, нуждающихся в первичной медицинской помощи. Все сотрудники должны быть осведомлены о ранних признаках и симптомах проблем сферы психического здоровья, которые могут стать очевидными во время физической активности, соблюдения диеты, а также при оценке веса.

5.4. Удовлетворение потребностей учащихся с хроническими заболеваниями в сфере физической активности и здорового питания.

Диета и физическая активность имеют большое значение в управлении многих хронических заболеваний, таких как астма, сахарный диабет, ожирение, а также пищевая аллергия. Работники сферы здравоохранения должны быть внимательными к учащимся с этими заболеваниями, они должны быть уверенными в том, что для них выполняются рекомендации по здоровому питанию и физической активности. Работники сферы здравоохранения в координации с семьями школьников, играют ключевую роль в разработке и координировании осуществления индивидуальных планов по укреплению здоровья, установленных для учащихся с хроническими заболеваниями. Также они стимулируют их к участию в структурированных и неструктурированных видах физической активности, независимо от их способностей, если с медицинской точки зрения для этого нет противопоказаний. С целью максимизации участия школьников во всех видах физической активности, устранения барьеров на пути учащихся, работники сферы здравоохранения могут осуществлять свою деятельность совместно с семьями учащихся и другими медицинскими работниками.

Члены семьи и врачи должны уведомлять школы о диетических ограничениях и изменениях в графике приема пищи, связанных с определенным заболеванием. Работники сферы здравоохранения могут запрашивать письменное согласие членов семьи для обмена конфиденциальной медицинской информацией об учащихсся с врачом. Квалифицированные сотрудники сферы школьной медицины могут

сотрудничать с врачами первичной медико-санитарной помощи с целью обеспечения мониторинга жизненно важных показателей и соблюдения программы лечения, с целью конфиденциального общения с учащимися с наличием проблем со здоровьем. Эти усилия направлены на то, чтобы учащиеся с хроническими заболеваниями получали постоянный уход и наблюдение в школе. Это имеет большое значение в облегчении быстрого уведомления всех заинтересованных сторон при изменении в состоянии здоровья учащегося.

Если у учащегося имеется рекомендованный врачом план контроля веса, то работники сферы здравоохранения могут поддерживать связь со школьным медиком с тем, чтобы обсудить их роль в оказании содействия в выполнении данного плана. Если не имеется других рекомендаций, целью стратегии управления весом должно быть его поддержание, а не обязательно его снижение. В целях обеспечения надлежащего и безопасного надзора за состоянием здоровья работники сферы здравоохранения должны координировать свою работу с врачом учащегося, проходить специальную подготовку в сфере контроля веса у детей или поведенческого консультирования.

5.5. Направление учащихся к медицинским работникам и представителям сферы услуг здорового питания и физической активности.

Медицинский персонал школы должен установить систематический график и критерии направления учащихся к врачам первичной медико-санитарной помощи. Учащихся с признаками нарушения питания или с наличием заболеваний, связанных с питанием (например, внезапная потеря веса, расстройства пищевого поведения или ожирение) следует направить к врачу первичной медико-санитарной помощи для обследования и, при необходимости, создания планов по коррекции или лечению расстройства. Например, учащихся с наличием ожирения или избыточного веса после проведения скрининга на ИМТ необходимо направить на дальнейший медицинский осмотр с целью установления действительно ли имеется избыток веса или другое заболевание, связанное с ожирением (например, диабет или пред-диабет, высокий уровень холестерина и триглицеридов в крови или раннее половое созревание).

Работники сферы здравоохранения играют важную роль в разработке и внедрении системы направлений для учащихся и их семей. Для того чтобы разработать систему направлений работники сферы здравоохранения должны идентифицировать услуги сферы здравоохранения и школьные программы, способствующие здоровому питанию и физической активности, занимающиеся проблемами ожирения и расстройств пищевого поведения. К поставщикам данных услуг относятся клиники, связанные со школами,

местные отделы здравоохранения, университеты, медицинские школы, частные медицинские организации (например, частные врачи и стоматологи, больницы, психологи и другие сотрудники сферы психического здоровья), а также поставщики услуг в области здорового питания и спорта.

Руководство 6. Внедрение программы оздоровления работников школы

Внедрение и поддержание программы по укреплению здоровья школьного персонала способствует повышению потенциала производительности труда, снижению процента отсутствия сотрудников на рабочем месте по причине болезни, снижению затрат сотрудников на услуги сферы здравоохранения. Кроме того, программы оздоровления сотрудников могут поднять их моральный дух, способствовать их удержанию на рабочих местах, отказаться от найма новых сотрудников. И наоборот, риски для здоровья работника (например, высокое артериальное давление и высокий уровень холестерина), отказ от участия в спортивных и оздоровительных программах находятся в тесной связи с причинами отсутствия сотрудников на рабочем месте по причине болезни. Программы оздоровления школьного персонала, которые включают компоненты здорового питания и физической активности, могут поднять моральный дух учителей, улучшить их общее самочувствие и стрессоустойчивость на рабочем месте.

Поскольку программы оздоровления направлены на повышение популярности здорового питания и физической активности среди сотрудников, в дальнейшем они смогут моделировать позитивное отношение к здоровью среди учащихся. Например, сотрудники школы могут оказывать существенное влияние на формирование в школах среды, свободной от курения. Учащиеся, которые видят курящих учителей при наличии запрета на курение, менее склонны придерживаться правил здорового поведения и охраны окружающей среды от табака. Кроме того, сотрудники школ с большей долей вероятности воздержатся от употребления табака на территории школы, если они считают, что это плохо повлияет на привычки учащихся.

Программы оздоровления школьного персонала, как правило, включают медицинский скрининг на выявление факторов риска развития хронических заболеваний, таких как высокое артериальное давление или высокий уровень холестерина, занятия по медико-санитарному просвещению, ознакомление с мерами, направленными на поддержание хорошего самочувствия.

Программы оздоровления школьного персонала по здоровому питанию и физической активности могут включать следующие компоненты: информационные и образовательные мероприятия (например, лекции, письменные и образовательные материалы); поведенческие стратегии (например, индивидуальное и групповое консультирование, программы развития навыков и стимулирования); стратегии в области политики и окружающей среды (например, расширение доступа к здоровой пище и местам для занятий физической активностью).

Программа оздоровления школьного персонала должна быть поддержана благоприятной окружающей средой и культурой, способствующей оздоровлению. Членам комиссии по оздоровлению школьного персонала

следует провести обзор организационной политики, программ, сильных и слабых сторон для определения приоритетов в области здорового питания и физической активности.

6.1. Оценка статуса мероприятий по оздоровлению школьного персонала, определение интересов и потребностей сотрудников в сфере здорового питания и физической активности.

Оценка текущего статуса мероприятий по оздоровлению школьного персонала является отправной точкой для планирования будущих программ. Индекс школьного здоровья помогает школам определить сильные и слабые стороны различных компонентов улучшения состояния здоровья сотрудников, к ним относятся скрининговые осмотры, программы управления стрессом, программы физической активности и фитнеса, здорового питания и контроля веса. Индекс школьного здоровья также включает в себя рекомендации по разработке плана его улучшения.

Вклад школьного персонала играет важную роль в определении их потребностей в сфере здорового питания и физической активности, а также в разработке программ, которые оказывают на них влияние или затрагивают их интересы. Конфиденциальное анкетирование сотрудников является одним из методов сбора подобной информации. Школы также могут рассмотреть вопрос о проведении конфиденциального скрининга на такие состояния, как высокий уровень холестерина в крови или высокое артериальное давление, а также оценить привычки сотрудников в сфере питания и физической активности. Также могут использоваться фокус-группы и глубинные интервью. Наблюдения за окружающей школьной средой могут помочь в определении факторов, влияющих на здоровье (например, употребление здоровой пищи и напитков, использование стоек для велосипедов). Кроме того, школы, внедряющие и поддерживающие программы оздоровления сотрудников, собирают информацию о том, какие виды активности, занятия и информация являются наиболее важными для них лично.

6.2. Постановка конкретных целей и задач по вопросам здорового питания и физической активности для школьного персонала.

Программа оздоровления школьного персонала включает в себя цели, задачи и мероприятия по пропаганде здорового питания и физической активности. Цели должны быть реалистичными, их необходимо записывать в виде общих утверждений, например, «увеличение доли работников школ, соответствующих рекомендациям по физической активности». Задачи должны указывать на то, что конкретно будет сделано для достижения поставленных целей; они должны быть конкретными, измеримыми, достижимыми, уместными и современными. Например, задача по физической активности

может звучать так: «К маю 2018 года занятия по физической культуре будут проводиться один раз в неделю для всего школьного персонала». В целях содействия выполнению целей могут дополнительно планироваться различные мероприятия (например, клуб спортивной ходьбы, члены которого собираются 1 раз в неделю во главе с каким-либо сотрудником).

6.3. Оценка и адаптация программы оздоровления школьного персонала.

Программы оздоровления школьного персонала должны периодически оцениваться. Это необходимо для того, чтобы определить, были ли достигнуты цели, удовлетворены ли сотрудники, что можно сделать для улучшения программы. Информация может быть собрана в процессе реализации стратегий и политики программы. Оценка также может быть использована для определения эффективности программы. Вопросы, которые следует рассматривать в процессе проведения оценки, включает следующие аспекты:

- Улучшились ли привычки сотрудников в области здорового питания и физической активности;
- Снизилось ли воздействие таких факторов риска, как высокий уровень холестерина, избыточный вес или ожирение, а также высокое артериальное давление;
- Имеются ли изменения в частоте отсутствия сотрудников на рабочем месте из-за болезни;
- Действительно ли сотрудники чувствуют, что их потребности в здоровом питании и физической активности удовлетворены;
- Имел ли место заметный результат снижения финансовых затрат на услуги сферы здравоохранения и других проблем, связанных со здоровьем.

Заключение

Данные рекомендации были разработаны на основе обширного обзора научной литературы, фокусирующейся на принципах здорового питания и физической активности в школах. Несмотря на то, что научные данные указывают на конкретные мероприятия, которые школы могут провести для решения определенных проблем со здоровьем, отсутствует информация о некоторых конкретных стратегиях, имеющих долгосрочный эффект. В целом, данные рекомендации представляют собой общее руководство для решения проблем здорового питания и физической активности в школах. Тем не менее, все эти рекомендации не обязательно подходят для каждой школы. В некоторых школах, возможно, уже реализовано большинство рекомендаций, а другие школы могут выбрать для реализации только некоторые из них. Постановка приоритетов и следование им в вопросах потребностей и определения ресурсов для внедрения данных рекомендаций является важным шагом на пути поддержания политических и практических мер сферы здорового питания и физической активности в школах.

Внедрение и поддержание политики и практики сферы здорового питания и физической активности в школах внесет существенный вклад в здоровое будущее детей и подростков Казахстана. Процент детского ожирения и хронических заболеваний, связанных с плохими привычками в сфере питания и малоподвижным образом жизни, вероятно, не будет снижен без вклада со стороны школ. Совершенствование усилий по содействию здоровому питанию и физической активности полностью согласуется с основной миссией школ: воспитание здоровых молодых людей, полноценных граждан, которые могут внести значительный вклад в развитие казахстанского общества. Эффективные управленческие и практические меры должны быть частью скоординированных школьных программ в области здравоохранения, они должны касаться детей от возраста детского сада до средней школы; программы детского сада также могут применять данные рекомендации. Работники школ, руководители системы образования и здравоохранения местного областного и республиканского уровней, а также члены семей школьников могут способствовать реализации и поддержанию программ здорового питания и физической активности в школах.

Список литературы

1. Шарман, А. Анемия. Монография. Алматы Казахстаню 2004
2. Служба общественного здоровья: The White paper. <http://www.academyppm.org/language/ru/sluzhba-obshhestvennogo-zdorovya-respubliki-kazakhstan-the-white-paper/>
3. Adachi-mejia AM, Longacre MC, Gibson JJ, Beach ML, Titus-Ernstoff LT, Dalton MA. Children with a TV in their bedroom at higher risk for being overweight. *Int J Obes* 2007;31:644–51.
4. Alaimo K, Olson CM, Frongillo EA. Food insufficiency and American school-aged children’s cognitive, academic and psychosocial developments. *Pediatrics* 2001;108:44–53.
5. Aldana SG, Pronk NP. Health promotion programs, modifiable health risks, and employee absenteeism. *J Occup Environ Med* 2001;43:36–46.
6. Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: a review of the literature. *Am J Health Promot* 2001;15:296–320.
7. Alexander LM, Inchley J, Todd J, Currie D, Cooper AR, Currie C. The broader impact of walking to school among adolescents: seven day accelerometry based study. *BMJ* 2005;331:1061–2.
8. Allegrante JP, Michela JL. Impact of a school-based workplace health promotion program on morale of inner-city teachers. *J Sch Health* 1990;60:25–8.
9. Allensworth D, Lawson E, Nicholson L, Wyche J, eds; Institute of Medicine. *Schools and health: our nation’s investment*. Washington, DC: The National Academies Press; 1997.
10. Allensworth D. Improving the health of youth through a coordinated school health programme. *Promot Educ* 1997;4:42–7.
11. Almanza B. Equipment purchasing and facility design for school nutrition programs. R-131-08 (GY05). University, MS: University of Mississippi, National Food Service Management Institute; 2009.
12. American Academy of Pediatrics Committee on School Health. *School health: policy & practice*. 6th ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics; 2004.
13. American Academy of Pediatrics Council on School Health. Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics* 2008; 121:1052–6.
14. American Academy of Pediatrics Council on Sports Medicine and Fitness and Council on School Health. Active healthy living: prevention of childhood obesity through increased physical activity. *Pediatrics* 2006;117:1834–42.
15. American Academy of Pediatrics, Committee on Communications. Children, adolescents, and advertising. *Pediatrics* 2006;118:2563–9.
16. American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education. American Academy of Pediatrics: children, adolescents, and television. *Pediatrics* 2001;107:423–6.
17. American Cancer Society. *Improving school health: a guide to school health councils*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 1999.
18. American Cancer Society. *Improving school health: a guide to the role of the school health coordinator*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 1999.
19. American Cancer Society. *Nutrition and cancer*. American Cancer Society; 2007. Available at <http://www.cancer.org/downloads/PRO/nutrition.pdf>. Accessed June 28, 2011.
20. American Diabetes Association. Type 2 diabetes in children and adolescents. *Pediatrics* 2000;105:671–80.
21. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. *J Am Diet Assoc* 2006; 106:925–45.
22. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DMI-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association;

- 1994.
23. Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett S, Cheskin L, Pratt M. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 1998;279:938–42.
 24. Ayers SF. High school students' physical education conceptual knowledge. *Res Q Exerc Sport* 2004;75:272–87.
 25. Baker CW, Little TD, Brownell KD. Predicting adolescent eating and activity behaviors: the role of social norms and personal agency. *Health Psychol* 2003;22:189–98.
 26. Baker EA, Schootman M, Barnidge E, Kelly C. The role of race and poverty in access to foods that enable individuals to adhere to the dietary guidelines. *Prev Chronic Dis* 2006;3:A76.
 27. Baquet G, Berthoin S, Van PE. Are intensified physical education sessions able to elicit heart rate at a sufficient level to promote aerobic fitness in adolescents? *Res Q Exerc Sport* 2002;73:282–8.
 28. Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations. *J Pediatr* 1998;102:E29. Epub Sept. 1, 1998. Available at <http://pediatrics.aappublications.org/content/102/3/e29.full.html>. Accessed July 15, 2011.
 29. Barlow SE; Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics* 2007; 120:S164–192.
 30. Barnes M. School based youth health nurses' role in assisting young people access health services in provincial, rural and remote areas of Queensland, Australia. *Rural Remote Health* 2004;4:279.
 31. Barnett S, Duncan P, O'Connor KG. Pediatricians' response to the demand for school health programming. *Pediatrics* 1999;103:1–7.
 32. Barrett Clayton J, Goodwin D, Kendrick O. Nursing, food service, and the child with diabetes. *J Sch Nurs* 2002;18:150–6.
 33. Barros RM, Silver EJ, Stein RE. School recess and group classroom behavior. *Pediatr* 2009;123:431–6.
 34. Baxter SD. Are elementary schools teaching our children to prefer candy but not vegetables? *J Sch Health* 1998;68:111–3.
 35. Bergman EA, Beurgel NS, Englund TF, Femrite A. The relationship of meal and recess schedules to plate waste in elementary schools. *J Child Nutr Manag* 2004.
 36. Birch LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr* 1999;19:41–62.
 37. Blair SN, Collingwood TR, Reynolds K, Smith M, Hagan RD, Sterling CL. Health promotion for educators: impact on health behaviors, satisfaction, and general well-being. *Am J Public Health* 1984;74: 147–9.
 38. Block ME, Garcia C. Including students with disabilities in regular physical education. Block ME, Garcia C, eds. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education, American Association for Active Lifestyle and Fitness; 1995
 39. Block ME, Klavina A, Flint W. Including students with severe, multiple disabilities in general physical education. *JOPERD* 2007;78:29–32.
 40. Bogden JF. Fit, healthy, and ready to learn: a school health policy guide. Part 1: physical activity, healthy eating, and tobacco-use prevention. Alexandria, VA: National Association of State Boards of Education; 2000.
 41. Bouchard C, An P, Rice T, et al. Familial aggregation of V02max response to exercise training: results from the HERITAGE family study. *J Appl Physiol* 1999;87:1003–8.
 42. Bouchard C, Daw EW, Rice T, et al. Familial resemblance for V02max in the sedentary state: the HERITAGE family study. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30:252–8.
 43. Boynton-Jarrett R, Thomas T, Peterson K, Wiecha J, Sobol A, Gortmaker S. Impact of television viewing patterns on fruit and vegetable consumption among adolescents.

- Pediatrics 2003;112: 1321–6.
44. Bradley BJ. The school nurse as health educator. *J Sch Health* 1997; 67:3–8.
 45. Briefel RR., Johnson CL. Secular trends in dietary intake in the United States. *Ann Rev Nutr* 2004;24:401–31.
 46. Brissette I, Fisher B, Spicer DA, King L. Worksite characteristics and environmental and policy supports for cardiovascular disease prevention in New York State. *Prev Chronic Dis* 2008;5:A37.
 47. Broussard BA, Sugarman JR, Bachman-Carter K, et al. Toward comprehensive obesity prevention programs in Native American communities. *Obes Res* 1995;3(Suppl 2):S289–97.
 48. Broussard L. School nursing: not just band-aids any more! *J Spec Pediatr Nurs* 2004;9:77–83. 556.
 49. Brown DM. Prevalence of food production systems in school foodservice. *J Am Diet Assoc* 2005;105:1261–5.
 50. Brown L, Rosner B, Willett WW, Sacks FM. Cholesterol-lowering effects of dietary fiber: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;69:3042.
 51. Burdette HL, Whitaker RC. Resurrecting free play in young children: looking beyond fitness and fatness to attention, affiliation, and affect. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:46–50.
 52. California Department of Education, Advisory Committee on Nutrition Implementation Strategies. *School nutrition by design*. Sacramento, CA: California Department of Education; 2006.
 53. California Project LEAN, The Center for Weight and Health, University of California Berkeley. *Policy in action: a guide to implementing your local school wellness policy*. Sacramento, CA: California Project LEAN; 2006. Available at <http://www.californiaprojectlean.org/doc.asp?id=168>. Accessed July 15, 2011.
 54. Carmack BK. School NPs as advocates. *Adv Nurse Pract* 1997;5:74.
 55. Casey PH, Szeto KL, Robbins JM, et al. Child health related quality of life and household food security. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;195:51–6.
 56. Caterino MC, Polak ED. Effects of two types of activity on the performance of second-, third-, and fourth-grade students on a test of concentration. *Percept Mot Skills* 1999;89:245–8.
 57. CDC. Barriers to children walking to or from school—United States, 2004. *MMWR* 2005;949–52.
 58. CDC. Iron deficiency—United States, 1999–2000. *MMWR* 2002;51: 897–9.
 59. CDC. *Promising practice in chronic disease prevention: a public health framework for action*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2003.
 60. CDC. *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* 2005; 54:1–12.
 61. CDC. *Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States*. *MMWR* 1998;47(No. RR-3).
 62. CDC. *School health index: a self-assessment and planning guide. Elementary school version*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2005. Available at <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/shi/pdf/Elementary.pdf>. Accessed July 1, 2011.
 63. CDC. *School health index: a self-assessment and planning guide. Middle school/high school version*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2005. Available at <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/shi/pdf/MiddleHigh.pdf>. Accessed at July 1, 2011.
 64. CDC. *School health policies and programs study 2006 [unpublished data]*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2009.
 65. CDC. *The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services;

2010. Available at http://www.cdc.gov/healthyyouth/health_and_academics/pdf/pape_paper.pdf. Accessed July 1, 2011.
66. CDC. Trends in leisure-time physical inactivity by age, sex, and race/ ethnicity—United States, 1994–2004. *MMWR* 2005;54:991–4.
 67. CDC. Youth risk behavior surveillance—United States, 2009. *MMWR* 2010;59(No. SS-5).
 68. Chan CB, Ryan DA, Tudor-Locke C. Health benefits of a pedometer- based physical activity intervention in sedentary workers. *Prev Med* 2004;39:1215–22.
 69. Chase MA. Children’s self-efficacy, motivational intentions, and attributions in physical education and sport. *Res Q Exerc Sport* 2001;72:47–54.
 70. Children’s Safety Network at Education Development Center Inc. *Injuries in the school environment: a resource guide*. 2nd ed. Newton, MA: Education Development Center Inc; 1997.
 71. Cho H, Nadow M. Understanding barriers to implementing quality lunch and nutrition education. *J Community Health* 2004;29: 421–35.
 72. Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP, Zimmerman FJ. Television, video, and computer game usage in children under 11 years of age. *J Pediatr* 2004;145:652–6.
 73. Conklin MT, Lambert LG, Anderson JB. How long does it take students to eat lunch? A summary of three studies. *J Child Nutr Manag* 2002; 26:1–6.
 74. Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen M, Dietz WH. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:821–7.
 75. Coon KA, Goldberg J, Rogers BL, Tucker KL. Relationships between use of television during meals and children’s food consumption patterns. *Pediatrics* 2001;107:E7. Epub January 1, 2001. Available at <http://pediatrics.aappublications.org/content/107/1/e7.full>. Accessed July 1, 2011.
 76. Coon KA, Tucker KL. Television and children’s consumption patterns. A review of the literature. *Minerva Pediatr* 2002;54:423–36.
 77. Cooper AR, Page AS, Foster LJ, Qahwaji D. Commuting to school: are children who walk more physically active? *Am J Prev Med* 2003; 25:273–6.
 78. Cooper AR. Physical activity levels of children who walk, cycle, or are driven to school. *Am J Prev Med* 2005;29:179–84.
 79. Crespo C, Smit E, Troiano RP, Bartlett S, Macera C, Andersen R. Television watching, energy intake, and obesity in U.S. children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:360–5.
 80. Cullen KW, Baranowski T, Herbert D, deMoor C, Hearn MD, Resnicow K. Influence of school organizational characteristics on the outcomes of a school health promotion program. *J Sch Health* 1999; 69:376–80.
 81. Daley AJ, Buchana J. Aerobic dance and physical self-perceptions in female adolescents: some implications for physical education. *Res Q Exerc Sport* 1999;70:196–200.
 82. Daniels SR. The consequences of childhood overweight and obesity. *Future Child* 2006;16:47–67.
 83. Davidson M. Teaching teens to cope: coping skills training for adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Soc Pediatr Nurs* 1997;2:65–72.
 84. Davis L, Loyo K, Glowka A, et al. A comprehensive worksite wellness program in Austin, Texas: partnership between Steps to a Healthier Austin and Capital Metropolitan Transportation Authority. *Prev Chronic Dis* 2009;6:A60.
 85. Delmas C, Platat C, Schweitzer B, Wagner A, Oujaa M, Simon C. Association between television in bedroom and adiposity throughout adolescence. *Obesity Res* 2007;15:2495–503.
 86. Demorest RA, Landry GL. Training issues in elite young athletes. *Curr Sports Med Rep* 2004;3:167–72.

87. Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics* 2002;109:1028–35.
88. Dewey JD. Reviewing the relationship between school factors and substance use for elementary, middle, and high school students. *J Prim Prev* 1999;19:177–225.
89. Dietary Guidelines Advisory Committee. Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the dietary guidelines for Americans, 2010, to the Secretary of Agriculture and the Secretary of Health and Human Services. Washington, DC: US Department of Agriculture, Agricultural Research Service; 2010.
90. Dietz WH. Overweight in childhood and adolescence. *N Engl J Med* 2004;350:855–7.
91. Directors of Health Promotion and Education. School employee wellness: a guide for protecting the assets of our nation’s schools. Washington, DC: Directors of Health Promotion and Education; 2007. Available at <http://www.whf.org/documents/coordinated-school-health-docs/School%20Employee%20Wellness%20-%20Establishing%20Wellness.pdf>. Accessed July 22, 2011.
92. Dishman RK, Motl RW, Saunders R, et al. Enjoyment mediates effects of a school-based physical-activity intervention. *Med Sci Sports Exerc* 2005;37:478–87.
93. Dishman RK. Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. *Am J Prev Med* 2005;29:10–8.
94. Donnelly JE, Jacobsen DJ, Whatley JE, et al. Nutrition and physical activity program to attenuate obesity and promote physical and metabolic fitness in elementary school children. *Obes Res* 1996;4:229–43.
95. Downie J. The everyday realities of the multi-dimensional role of the high school community nurse. *Aust J Adv Nurs* 2002;19:15–24.
96. Dunkle MC, Nash MA. Beyond the health room. Washington, DC: Council of Chief State School Officers, Resource Center on Educational Equity; 1991. Available at <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED340681.pdf>. Accessed July 1, 2011.
97. Durstine JL, Pinter P, Franklin BA, Morgan D, Pitetti KH, Roberts SO. Physical activity for the chronically ill and disabled. *Sports Med* 2000;30:207–19.
98. Eaton DK, Lowry R, Brener ND, Galuska DA, Crosby AE. Associations of body mass index and perceived weight with suicide ideation and suicide attempts among U.S. high school students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:513–9.
99. Eaton DK, Marx E, Bowie SE. Faculty and staff health promotion: results from the School Health Policies and Programs Study 2006. *J Sch Health* 2007;77:557–66.
100. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M. Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:733–8.
101. Engbers LH, van Poppel MN, Chin AP, van Mechelen W. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *Am J Prev Med* 2005;29:61–70.
102. Epstein LH, Roemmich JN, Robinson JL, et al. A randomized trial of the effects of reducing television viewing and computer use on body mass index in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162: 239–45.
103. Erickson CD, Splett PL, Mullett SS, Heiman MB. The healthy learner model for student chronic condition management—part 1. *J Sch Nurs* 2006;22:310–8.
104. Ernst M, Beighle A, Corbin CB, Pangrazi R. Appropriate and inappropriate uses of Fitnessgram: A commentary. *J Phys Act Health* 2006;3(Suppl 2):S90–100.
105. Fairclough S, Stratton G. Physical education makes you fit and healthy. Physical education’s contribution to young people’s physical activity levels. *Health Educ Res* 2005;20:14–23.
106. Fardy PS, White RE, Haltiwanger-Schmitz K, et al. Coronary disease risk factor reduction and behavior modification in minority adolescents: the PATH program. *J Adolesc Health* 1996;18:247–53.
107. Ferreira I, Van der Horst K, Wendel-Vos W, Kremers S, Van Lenthe FJ, Brug J.

- Environmental correlates of physical activity in youth—a review and update. *Obes Rev* 2006;8:129–54.
108. Fetro JV. Implementing coordinated school health programs in local schools. In: Marx E, Wooley SF, Northrop D, eds. *Health is academic*. New York, NY: Teachers College Press; 1998:15–42.
 109. Fisher J, Birch L. Restricting access to palatable foods affects children’s behavioral response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr* 1999;69:1264–72.
 110. Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with ‘best practice’ recommendations. *Obes Rev* 2006;7:7–66.
 111. Food and Nutrition Service, US Department of Agriculture; CDC, US Department of Health and Human Services; US Department of Education. *Making it happen: school nutrition success stories*. Alexandria, VA: US Department of Agriculture; 2005.
 112. Freedman D, Wang J, Thornton JC, et al. Classification of body fatness by body mass index-for-age categories among children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:805–11.
 113. Freedman DS, Kettel L, Serdula MK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2005;115:22–7.
 114. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SA, Berenson GS. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2001;108:712–8.
 115. Freedman DS, Mei Z, Srinivasan SR, Berenson GS, Dietz WH. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *J Pediatr* 2007;150: 12–7.
 116. French SA, Wechsler H. School-based research and initiatives: fruit and vegetable environment, policy, and pricing workshop. *Prev Med* 2004;39(Suppl 2):S101–107.
 117. French SA. Pricing effects on food choices. *J Nutr* 2003;133: S841–3.
 118. Frenn M. Determinants of physical activity and low-fat diet among low income African American and Hispanic middle school students. *Public Health Nurs* 2005;22:89–97.
 119. Fuller B, Caspary G, Kagan SL, et al. Does maternal employment influence poor children’s social development? *Early Child Res Q* 2002;17:470–97.
 120. Fulton JE, Garg M, Galuska DA, Rattay KT, Caspersen CJ. Public health and clinical recommendations for physical activity and physical fitness: Special focus on overweight youth. *Sports Med* 2004;34: 581–99.
 121. Galaif ER, Sussman S, Bundek N. The relations of school staff smokers’ attitudes about modeling smoking behavior in students and their receptivity to no-smoking policy. *J Drug Educ* 1996;26:313–22.
 122. Galemore CA. Initiation of a school employee wellness program: applying the comprehensive health education model. *J Sch Nurs* 2000; 16:39–46.
 123. Galemore CA. Worksite wellness in the school setting. *J Sch Nurs* 2000; 16:42–5.
 124. Gomez JE, Johnson BA, Selva M, Sallis JF. Violent crime and outdoor physical activity among inner-city youth. *Prev Med* 2004;39: 876–81.
 125. Gordon-Larsen P, McMurray RG, Popkin BM. Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics* 2000;105:83-91. Epub June 1, 2000. Available at <http://pediatrics.aappublications.org/content/105/6/e83.abstract>. Accessed July 1, 2011.
 126. Gorski-Berry DM. Wrapping it all up: the value of packaging. *J Dairy Sci* 1999;82:2257–8.
 127. Gortmaker SL, Must A, Sobol AM, Peterson K, Colditz GA, Dietz WH. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986–1990. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150: 356–62.
 128. Graham H, Beall DL, Lussier M, McLaughlin P, Zidenberg-Cherr S. Use of school gardens in academic instruction. *J Nutr Educ Behav* 2005;37:147–51.
 129. Grantham-McGregor S, Ani C. A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children. *J Nutr* 2001;131: S64–66.

130. Griffiths LJ, Wolke D, Page AS, Horwood JP, the ALSPAC Study Team. Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Arch Dis Child* 2006;91:121–5.
131. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. *Circulation* 2005;112:2735–52.
132. Guo SS, Chumlea WC. Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *Am J Clin Nutr* 1999;70: S145–8.
133. Gustafson SL, Rhodes RE. Parental correlates of physical activity in children and early adolescents. *Sports Med* 2006;36:79–97.
134. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent TV viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet* 2004;364:257–62.
135. Harmon A. Farm to school: an introduction for food service professionals, food educators, parents and community leaders. Los Angeles, CA: National Farm to School Program, Center for Food and Justice, Urban and Environmental Policy Institute; 2003. Available at <http://www.foodroutes.org/eflyers/FarmtoSchoolGuide.pdf>. Accessed July 15, 2011.
136. Harnack L, Walter SA, Jacobs DJ. Dietary intake and food sources of whole grains among U.S. children and adolescents: data from the 1994–1996 continuing survey of food intakes by individuals. *J Am Diet Assoc* 2003;103:1015–9.
137. Harrison PA, Gopalakrishnan N. Differences in behavior, psychological factors, and environmental factors associated with participation in school sports and other activities in adolescence. *J Sch Health* 2003; 73:113–20.
138. Hart JE, Ritson RJ. Liability and safety in physical education and sport. 2nd ed. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2002.
139. Haverly K, Davison KK. Personal fulfillment motivates adolescents to be physically active. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:1115–20.
140. Hawkins C, O’Garro MA, Wimsett K. Engaging employers to develop healthy workplaces: the WorkWell initiative of Steps to a Healthier Washington in Thurston County. *Prev Chronic Dis* 2009;6:A61.
141. Heck JF, Clarke KS, Peterson TR, Torg JS, Weis MP. National Athletic Trainers’ Association position statement: head-down contact and spearing in tackle football. *J Athl Train* 2004;39:101–11.
142. Hellison D. Physical activity programs for underserved youth. *J Sci Med Sport* 2000;3:238–42.
143. Himes JH, Dietz WH. Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee. The Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services. *Am J Clin Nutr* 1994;59:307–16.
144. Hoelscher D, Feldman H, Johnson C, et al. School-based health education programs can be maintained over time: results from the CATCH institutionalization study. *Prev Med* 2004;38:594–606.
145. Howard KR. Childhood overweight: parental perceptions and readiness for change. *J Sch Nurs* 2007;23:73–9.
146. Hoyland A, Dye L, Lawton CL. A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev* 2009;22:220–43.
147. Institute of Medicine. Food marketing to children and youth: threat or opportunity? Washington, DC: Institute of Medicine; 2006.
148. Institute of Medicine. Preventing childhood obesity: health in the balance. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
149. Jago R, Baranowski T. Non-curricular approaches for increasing physical activity in youth: a review. *Prev Med* 2004;39:157–63.
150. Jambor T, Palmer SD. Playground safety manual. Birmingham, AL: Alabama Chapter of the American Academy of Pediatrics; 1991.
151. Janda DH, Bir C, Wild B, Olson S, Hensinger RN. Goal post injuries in soccer. A laboratory

- and field testing analysis of a preventive intervention. *Am J Sports Med* 1995;23:340–4.
152. Janda DH. The prevention of baseball and softball injuries. *Clin Orthop Relat Res* 2003;409:20–8.
 153. Jarrett OS, Maxwell DM, Dickerson C, Hoge P, Davies G, Yetley A. Impact of recess on classroom behavior: group effects and individual differences. *J Educ Res* 1998;92:121–6.
 154. Jones SE, Fisher C, Greene BZ, Hertz MF, Pritzl J. Healthy and safe school environment, part 1: Results from the School Health Policies and Programs Study 2006. *J Sch Health* 2007;77:522–43.
 155. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(Suppl 4):S73–107.
 156. Kaiser LL, Townsend MS. Food insecurity among U.S. children: Implications for nutrition and health. *Top Clin Nutr* 2005;20: 313–20.
 157. Karabourniotis D, Evaggelinou C, Tzetzis G, Kourtessis T. Curriculum enrichment with self-testing activities in development of fundamental movement skills of first-grade children in Greece. *Percept Mot Skills* 2002;94:1259–70.
 158. Katzmarzyk PT, Malina R. Contribution of organized sports participation to estimated daily energy expenditure in youth. *Pediatr Exerc Sci* 2000;13:378–85.
 159. Kelder S, Hoelscher DM, Barroso CS, Walker JL, Cribb P, Hu S. The CATCH Kids Club: a pilot after-school study for improving elementary students' nutrition and physical activity. *Public Health Nutr* 2005; 8:133–40.
 160. Killen JD, Taylor CB, Hayward C, et al. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three-year prospective analysis. *Int J Eat Disord* 1994;16: 227–338.
 161. Klavina A, Block ME. The effect of peer tutoring on interaction behaviors in inclusive physical education. *Adapt Phys Activ Q* 2008;25:132–58.
 162. Kleinman R, Hall S, Green H, et al. Diet, breakfast, and academic performance in children. *Ann Nutr Metab* 2002;46(Suppl 1): S24–30.
 163. Kleinman RE, Murphy JM, Little M, Pagano J, Wehler CA, Regal K et al. Hunger in children in the United States: potential behavioral and emotional correlates. *Pediatrics* 1998;101:1–6.
 164. Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics* 2007;120:S193–228.
 165. Kubik M, Lytle L, Hannan P, Perry C, Story M. The association of the school food environment with dietary behaviors of young adolescents. *Am J Public Health* 2003;93:1168–73.
 166. Kubik M, Lytle L, Story M. Schoolwide food practices are associated with body mass index in middle school students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:1111–4.
 167. Kumar R, O'Malley PM, Johnston LD, Schulenberg JE, Gachman JG. Effects of school-level norms on student substance use. *Prev Sci* 2002;3:105–24.
 168. Kushi LH, Byers T, Doyle C, et al. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin* 2006;56:254–81.
 169. Lambert LG, Raidl M, Carr DH, Safaii S, Tidwell DK. School nutrition directors' and teachers' perceptions of the advantages, disadvantages, and barriers to participation in the school breakfast program. *J Child Nutr Manag* 2007;31.
 170. Larson NI, Neumark-Sztainer D, Hannan P, Story M. Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood. *J Am Diet Assoc* 2007;107: 1502–10.
 171. Larson NI, Story M, Nelson MC. Neighborhood environments: disparities in access to healthy foods in the U.S. *Am J Prev Med* 2009; 36:74–81.
 172. Larson NI, Story M, Wall M, Neumark-Sztainer D. Calcium and dairy intakes of adolescents are associated with their home environment, taste preferences, personal health

- beliefs, and meal patterns. *J Am Diet Assoc* 2006;106:1816–24.
173. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation* 2006;114:84–96.
 174. Lightfoot J. Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *J Public Health Med* 2000;22:74–80.
 175. Linde JA, Wall MM, Haines J, Neumark-Sztainer D. Predictors of initiation and persistence of unhealthy weight control behaviours in adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009;29:72.
 176. Lindquist CH, Reynolds KD, Goran MI. Sociocultural determinants of physical activity among children. *Prev Med* 1999;29:305–12.
 177. Lowry R, Wechsler H, Galuska DA, Fulton JE, Kann L. Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among U.S. high school students: differences by race, ethnicity, and gender. *J Sch Health* 2002;72:413–21.
 178. Luepker RV, Perry CL, McKinlay SM, et al. Outcomes of a field trial to improve children's dietary patterns and physical activity. The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. *JAMA* 1996;275: 768–76.
 179. Lytle LA, Ward J, Nader PR, Pedersen S, Williston BJ. Maintenance of a health promotion program in elementary schools: results from the CATCH-ON study key informant interviews. *Health Educ Beh* 2003;30:503–18.
 180. Mahar MT, Murphy SK, Rowe DA, Golden J, Shields A, Raedeke TD. Effects of a classroom-based program on physical activity and on-task behavior. *Medicine and science in sports and exercise* 2006;38: 2086–94.
 181. Mandell DJ, Hill SL, Carter L, Brandon RN. The impact of substance use and violence/delinquency on academic achievement for groups of middle and high school students in Washington. Seattle, WA: Washington Kids Count, Human Services Policy Center, Evans School of Public Affairs, University of Washington; 2002. Available at <http://www.preventionworksinseattle.org/uploads/Impact%20of%20Substance%20Abuse%20on%20Academic%20Achievement.pdf>. Accessed July 1, 2011.
 182. Manios Y, Moschandreas J, Hatzis C, Kafatos A. Evaluation of a health and nutrition education program in primary school children of Crete over a three-year period. *Prev Med* 1999;28:149–59.
 183. Marshall AL, Owen N, Bauman A. Mediated approaches for influencing physical activity: update of the evidence on mass media, print, telephone and website delivery of interventions. *J Sci Med Sport* 2004;7:74–80.
 184. Marshall TA, Eichenberger-Gilmore JM, Broffitt BA, Warren JJ, Levy SM. Dental caries and childhood obesity: roles of diet and socioeconomic status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35: 449–58.
 185. Marshall TA, Levy SM, Broffitt BA, et al. Dental caries and beverage consumption in young children. *Pediatrics* 2003;112:e184–91.
 186. Marx E, Wooley FS, Northrop D. *Health is academic*. New York, NY: Teachers College Press; 1998.
 187. Matheson DM, Killen JD, Wang Y, Varady A, Robinson TN. Children's food consumption during television viewing. *Am J Clin Nutr* 2004; 79:1088–94.
 188. Matson-Koffman DM, Brownstein NJ, Neiner JA, Greaney ML. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *Am J Health Promot* 2005;19:167–93.
 189. McAlleese JD, Rankin LL. Garden-based nutrition education affects fruit and vegetable consumption in sixth-grade adolescents. *J Am Diet Assoc* 2007;107:662–5.
 190. McKeag DB, Moeller JL. Preparticipation screening. In: McKeag DB, Moeller JL, eds.

- ACSM's primary care sports medicine. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:55–80.
191. McKenna M.L. Issues in implementing school nutrition policies. *Can J Diet Pract Res* 2003;64:208-13.
 192. McKenzie T, Stone E, Feldman H, et al. Effects of the CATCH physical education intervention: teacher type and lesson location. *Am J Prev Med* 2001;21:101–9.
 193. McKenzie TL, Feldman H, Woods SE, et al. Children's activity levels and lesson context during third-grade physical education. *Res Q Exerc Sport* 1995;66:184–93.
 194. McKenzie TL, Marshall SJ, Sallis JF, Conway TL. Student activity levels, lesson context, and teacher behavior during middle school physical education. *Res Q Exerc Sport* 2000;71:249–59.
 195. McKenzie TL, Nader PR, Strikmiller PK, et al. School physical education: effect of the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. *Prev Med* 1996;25:423–31.
 196. McKenzie TL, Sallis JF, Prochaska JJ, Conway TL, Marshall SJ, Rosengard P. Evaluation of a two-year middle-school physical education intervention: M-SPAN. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36:1382–8.
 197. Michigan Department of Education. The role of Michigan schools in promoting healthy weight: a consensus paper. Lansing, MI: Michigan Department of Education; 2001. Available at http://www.michigan.gov/documents/healthyweight_13649_7.pdf. Accessed July 15, 2011.
 198. Mississippi Department of Education, Office of Healthy School and Child Nutrition Programs. Nutrition integrity in Mississippi schools, replacing kitchen fryers with combination oven steamers: six steps to success. Mississippi Department of Education, Office of Healthy Schools and Child Nutrition Programs; 2008.
 199. Morris JL, Zidenberg-Cherr S. Garden-enhanced nutrition curriculum improves fourth-grade school children's knowledge of nutrition and preferences for some vegetables. *J Am Diet Assoc* 2002;102:91–3.
 200. Motl R, Dishman R, Saunders R, Dowda M, Pate R. Perceptions of physical and social environment variables and self-efficacy as correlates of self-reported physical activity among adolescent girls. *J Pediatr Psychol* 2007;32:6–12.
 201. Motl RW, Dishman RK, Ward DS, et al. Comparison of barriers self-efficacy and perceived behavioral control for explaining physical activity across 1 year among adolescent girls. *Health Psychol* 2005;24: 106–11.
 202. Moyers P, Bugle L, Jackson E. Perceptions of school nurses regarding obesity in school-age children. *J School Nurs* 2005;21:86–93.
 203. Muckelbauer R, Libuda L, Clausen K, Toschke AM, Reinehr T, Kersting M. Promotion and provision of drinking water in schools for overweight prevention: randomized, controlled cluster trial. *Pediatrics* 2009; 123:e661–3667.
 204. Murphy JM, Pagano MR, Nachmani J, Sperling P, Kane S, Kleinman RR. The relationship of school breakfast to psychosocial and academic functioning. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:899–107.
 205. Murphy JM, Wehler CA, Pagano M, Little M, Kleinman R, Jellinek MS. Relationship between hunger and psychosocial functioning in low-income American children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:163–70.
 206. Murphy JM. Education for sustainability: findings from the evaluation study of the edible schoolyard. Berkeley, CA: Center for Eco-literacy; 2003.
 207. Nabors L, Troillette A, Nash T, Masiulis B. School nurse perceptions of barriers and supports for children with diabetes. *J Sch Health* 2005;75:119–24.
 208. Nader P, Stone E, Lytle L, et al. Three-year maintenance of improved diet and physical activity: the CATCH cohort. Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153: 695–704.

209. Nader PR, Kaczorowski J, Benioff S, Tonniges T, Schwartz D, Palfrey J. Education for community pediatrics. *Clin Pediatr* 2004;43:505–21.
210. National Association for Sport and Physical Education. Appropriate instructional practice guidelines for elementary school physical education. 3rd ed. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2009. Available at http://www.cahperd.org/cms-assets/documents/ToolKit/NASPE_ApproPrac/5287-207931.elementaryapproprac.pdf. Accessed July 15, 2011.
211. National Association for Sport and Physical Education. Appropriate instructional practice guidelines for middle school physical education. 3rd ed. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2009. Available at http://www.cahperd.org/cms-assets/documents/ToolKit/NASPE_ApproPrac/5289-666992.msapproprac.pdf. Accessed July 15, 2011.
212. National Association for Sport and Physical Education. Appropriate instructional practices for high school physical education. 3rd ed. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2009. Available at http://www.cahperd.org/cms-assets/documents/ToolKit/NASPE_ApproPrac/5288-573262.hsapproprac.pdf. Accessed July 15, 2011.
213. National Association for Sport and Physical Education. Comprehensive school physical activity programs. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2008. Available at <http://www.aahperd.org/naspe/standards/upload/Comprehensive-School-Physical-Activity-Programs-2008.pdf>. Accessed July 15, 2011.
214. National Association for Sport and Physical Education. Eight domains of coaching competencies. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2006.
215. National Association for Sport and Physical Education. Is it physical education or physical activity?: understanding the difference. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2005. Available at <http://www.aahperd.org/naspe/publications/teachingTools/PAvsPE.cfm>. Accessed July 15, 2011.
216. National Association for Sport and Physical Education. Moving into the future: national standards for physical education. 2nd ed. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2004.
217. National Association for Sport and Physical Education. National standards for athletic coaches. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2006.
218. National Association for Sport and Physical Education. Physical education is critical to a complete education. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2001. Available at <http://www.aahperd.org/naspe/standards/upload/Physical-Education-is-Critical-to-a-Complete-Education-2001.pdf>. Accessed July 15, 2011.
219. National Association for Sport and Physical Education. Position on dodgeball in physical education. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2004.
220. National Association for Sport and Physical Education. Recess for elementary school students. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2006. Available at <http://www.aahperd.org/naspe/standards/upload/Recess-for-Elementary-School-Students-2006.pdf>. Accessed July 15, 2011.
221. National Association for Sport and Physical Education. What constitutes a quality physical education program? Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2003.
222. National Association of School Nurses. Position statement: overweight children and adolescents. Silver Spring, MD: National Association of School Nurses, Inc; 2002. Available at <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsFullView/tabid/462/smId/824/ArticleID/39/Default.aspx>. Accessed July 15, 2011.
223. National Association of School Nurses. Position Statement: role of the school nurse. Silver

- Spring, MD: National Association of School Nurses, Inc; 2002. Available at <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsFullView/tabid/462/ArticleId/87/Role-of-the-School-Nurse-Revised-2011>. Accessed July 15, 2011.
224. National Association of School Nurses. The role of the school nurse in school based health centers: position statement. Silver Spring, MD: National Association of School Nurses, Inc.; 2001. Available at <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsArticleView/tabid/462/ArticleId/46/School-Based-Health-Centers-The-Role-of-the-School-Nurse-and-Revised-2011>. Accessed July 19, 2011b.
225. National Asthma Education and Prevention Program. Breathing difficulties related to physical activity for students with asthma: exercise-induced asthma. Bethesda, MD: National Asthma Education and Prevention Program; National Heart, Lung, and Blood Institute; 2005.
226. National Asthma Education and Prevention Program. Students with chronic illnesses: guidance for families, schools, and students. *J Sch Health* 2003;73:131–2.
227. National Coalition for Food Safe Schools. The food-safe schools action guide. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2005.
228. National Consortium for Physical Education and Recreation for Individuals with Disabilities. Adapted physical education national standards. 2nd ed. Champaign, IL: Human Kinetics; 2006.
229. National Food Service Management Institute. Culinary techniques for healthy school meals. 2nd ed. University, MS: National Food Service Management Institute; 2009.
230. National Food Service Management Institute. Serving it safe. 2nd ed. University, MS: National Food Service Management Institute; 2002.
231. National Heart Lung and Blood Institute. Expert panel report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma. 08-4051. Bethesda, MD: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2007.
232. National Osteoporosis Foundation. Boning up on osteoporosis: a guide to prevention and treatment. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2003.
233. National Program for Playground Safety. S.A.F.E. playground supervision kit. Cedar Falls, IA: National Program for Playground Safety; 2002.
234. Neumark-Sztainer D, Wall M, Perry C, Story M. Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents. Findings from Project EAT. *Prev Med* 2003;37:198–208.
235. Nihiser AJ, Lee SM, Wechsler H, et al. Body mass index measurement in schools. *J Sch Health* 2007;77:651–71.
236. O’Neil CE, Nicklas TA. Gimme 5: an innovative, school-based nutrition intervention for high school students. *J Am Diet Assoc* 2002;102(Suppl 3):S93–6.
237. O’Toole T, Anderson S, Miller C, Guthrie J. Nutrition services and foods and beverages available at school: results from the school health policies and programs study 2006. *J Sch Health* 2007;77:500–21.
238. Oldenburg B, Sallis JF, Harris D, Owen N. Checklist of health promotion environments at worksites (CHEW): development and measurement characteristics. *Am J Health Promot* 2002;16:288–99.
239. Olsen HM, Hudson SD, Thompson D. Developing a playground injury prevention plan. *J Sch Nurs* 2008;24:131–7.
240. Olshansky J, Passaro D, Hershow R, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med* 2005;352:1138–45.
241. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, et al. Interventions for treating obesity in children. CD001872. *Cochrane Database Systematic Review*; 2003.
242. Ozer EJ. The effects of school gardens on students and schools: conceptualization and considerations for maximizing healthy development. *Health Educ Behav* 2007;34:846–63.

243. Pangrazi R. *Dynamic physical education for elementary school students*. 15th ed. London, England: Benjamin Cummings; 2006.
244. Papacharisis V, Goudas M. Perceptions about exercise and intrinsic motivation of students attending a health-related physical education program. *Percept Mot Skills* 2003;97:689–96.
245. Parmer SM, Salisbury-Glennon J, Shannon D, Struempfer B. School- gardens: an experiential learning approach for a nutrition education program to increase fruit and vegetable consumption among second- grade students. *J Nutr Educ Behav* 2009;41:212–7.
246. Partnership for Prevention. *Healthy workforce 2010: an essential health promotion sourcebook for employers large and small*. Washington, DC: Partnership for Prevention; 2001. Available at http://www.acsworkplacesolutions.com/documents/Healthy_Workforce_2010.pdf. Accessed July 22, 2011.
247. Pate R, Trost S, Levin S, Dowda M. Sports participation and health- related behaviors among U.S. youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:904–11.
248. Pate R, Ward D, Saunders R, Felton G, Dishman R, Dowda M. Promotion of physical activity among high-school girls: a randomized controlled trial. *Am J Public Health* 2005;95:1582–7.
249. Pate RR, Trost SG, Felton GM, Ward DS, Dowda M, Saunders R. Correlates of physical activity behavior in rural youth. *Res Q Exerc Sport* 1997;68:241–8.
250. Pateman B, Irvin LH, Shoji L, Serna K. Building school health programs through public health initiatives: the first three years of the Healthy Hawaii Initiative partnership for school health. *Prev Chronic Dis* 2004;1:A10–6.
251. Patterson R, Kristal AR, Biener L, et al. Durability and diffusion of the nutrition intervention in the Working Well Trial. *Prev Med* 1998; 27:668–73.
252. Pavkov ME, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH, Krakoff J, Nelson RG. Changing patterns of type 2 diabetes incidence among Pima Indians. *Diabetes Care* 2007;30:1758–63.
253. Pellegrini AD, Davis PD. Relations between children’s playground and classroom behaviour. *Br J Educ Psychol* 1993;63:89–95.
254. Pellett TL, Blakemore CL. Comparisons of teaching presentation and development of content: implications for effectiveness of teaching. *Percept Mot Skills* 1997;85:963–72.
255. Pelligrini AD, Kato K, Blatchford P, Baines E. A short-term longitudinal study of children’s playground games across the first year of school: implications for social competence and adjustment to school. *Am Educ Res J* 2002;39:991–1015.
256. Puhl RM, Schwartz MB. If you are good you can have a cookie: How memories of childhood food rules link to adult eating behaviors. *Eat Behav* 2003;4:283–93.
257. Puskar KR, Weaver P, DeBlassio K. Nursing research in a school setting. *J Sch Nurs* 1994;10:8, 10–4.
258. Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metz J. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2005;105:743–60.
259. Reedy J, Krebs-Smith SM. Dietary sources of energy, solid fats, and added sugars among children and adolescents in the United States. *J Am Diet Assoc* 2010;110:1477–84.
260. Richard B. Russell National School Lunch Act, 42 U.S.C.A. Sect. 1758(j) (2011).
261. Rideout VJ, Foehr UG, Roberts DF. *Generation M: media in the lives of 8- to 18-year-olds*. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation; 2010.
262. Ridgers ND, Stratton G, Fairclough SJ. Assessing physical activity during recess using accelerometry. *Prev Med* 2005;41:102–7.
263. Ridgers ND, Stratton G, Fairclough SJ. Physical activity levels of children during school playtime. *Sports Med* 2006;36:359–71.
264. Robbins LB, Pis MB, Pender NJ, Kazanis AS. Physical activity self- definition among adolescents. *Res Theory Nurs Pract* 2004;18: 317–30.

265. Robert Wood Johnson Foundation. Recess rules: why the undervalued playtime may be America's best investment for healthy kids and healthy schools. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2007. Available at <http://www.rwjf.org/files/research/sports4kidsrecessreport.pdf>. Accessed July 15, 2011.
266. Roberts SM, Pobocik RS, Deek R, Besfrove A, Prostine BA. A qualitative study of junior high school principals' and school food service directors' experiences with the Texas school nutrition policy. *J Nutr Educ Behav* 2009;41:293–9.
267. Robinson S. Victimization of obese adolescents. *J Sch Nurs* 2006; 22:201–6.
268. Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999;282:1561–7.
269. Robinson-Obrien R, Story M, Heim S. Impact of garden-based youth nutrition intervention programs: a review. *J Am Diet Assoc* 2009;109: 273–80.
270. Romero AJ, Robinson TN, Kraemer HC, et al. Are perceived neighborhood hazards a barrier to physical activity in children? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:1143–8.
271. Rose BL, Mansour M, Kohake K. Building a partnership to evaluate school-linked health services: the Cincinnati School Health Demonstration Project. *J Sch Health* 2005;75:363–9.
272. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer VM, et al. Effects of blood pressure on reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001;344:3–10.
273. Saelens BM, Sallis JF, Nader PR, Broyles SL, Berry CC, Taras HL. Home environmental influences on children's television watching from early to middle childhood. *J Dev Behav Pediatr* 2002;23:127–32.
274. Sallis JF, Conway TL, Prochaska JJ, McKenzie TL, Marshall SJ, Brown M. The association of school environments with youth physical activity. *Am J Public Health* 2001;91:618–20.
275. Sallis JF, McKenzie TL, Alcaraz JE, Kolody B, Faucette N, Hovell MF. The effects of a 2-year physical education program (SPARK) on physical activity and fitness in elementary school students. *Sports, Play, and Active Recreation for Kids. Am J Public Health* 1997;87:1328–34.
276. Sallis JF, McKenzie TL, Conway TL, et al. Environmental interventions for eating and physical activity: a randomized controlled trial in middle schools. *Am J Prev Med* 2003;24:209–17.
277. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC, Hill JO, Geraci JC. Correlates of physical activity in a national sample of girls and boys in grades 4 through 12. *Health Psychol* 1999;18:410–5.
278. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sport Exer* 2000;32: 963–75.
279. Sallis JF. Determinants of physical activity behavior in children. In: Pate R, Hohn R, eds. *Health and fitness through physical education*. Champaign, IL: Human Kinetics; 1994:31–43.
280. Salmon J, Campbell KJ, Crawford DA. Television viewing habits associated with obesity risk factors: a survey of Melbourne schoolchildren. *Med J Aust* 2006;184:64-7.
281. Saluja G, Marshall SW, Gilchrist J, Schroeder T. Sports and recreational injuries. In: Liller K, ed. *Injury prevention for children and adolescents: integration of research, practice, and advocacy*. 1st ed. Washington, DC: American Public Health Association; 2006:233–60.
282. Schwebe DC. Safety on the playground: mechanisms through which adult supervision might prevent playground injury. *J Clin Psychol Med S* 2006;13:135–43.
283. Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA* 2003; 289:1813–9.
284. Scraggs PW, Beveridge SK, Eisenman PA, Watson DL, Shultz BB, Ransdell LB. Quantifying physical activity via pedometry in elementary physical education. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1065–71.

285. Seefeldt V, Ewing ME. Youth sports in America. The President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest 1997;2:1–12.
286. Shannon C, Story M, Fulkerson JA, French SA. Factors in the school cafeteria influencing food choices by high school students. *J Sch Health* 2002;72:229–34.
287. Sharman, A. Anaemia in Central Asia: Demographic and Health Surveys experience. Almaz Sharman. *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 19, no. 4, 1998, The United Nations University
288. Sharman, A. Anemia testing in population-based surveys: general information and guidelines for country monitors and program managers (A monograph). ORC Macro, Calverton, MD, USA, 83 p. 2000
289. Shephard R. Habitual physical activity and academic performance. *Nutr Rev* 1996;54:S32–36.
290. Shimon JM, Petlichkoff LM. Impact of pedometer use and self-regulation strategies on junior high school physical education students' daily step counts. *J Phys Act Health* 2009;6:178–84.
291. Shirer K. Promoting healthy youth, schools, and communities: a guide to community-school health councils. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2003.
292. Simons-Morton BG, Parcel G, Baranowski T, Forthofer R, O'Hara N. Promoting physical activity and a healthful diet among children: results of a school-based intervention study. *Am J Public Health* 1991;81:986–91.
293. Simons-Morton BG, Taylor WC, Snider SA, Huang IW, Fulton JE. Observed levels of elementary and middle school children's physical activity during physical education classes. *Prev Med* 1994;23:437–41.
294. Sirard J, Riner WJ, McIver K, Pate R. Physical activity and active commuting to elementary school. *Med Sci Sports Exerc* 2005;37: 2062–9.
295. Sjoberg RL, Nilsson KW, Leppert J. Obesity, shame, and depression in school-aged children: A population-based study. *Pediatrics* 2005; 116:389–92.
296. Sluckin A. Growing up in the playground: the social development of children. London, England: Routledge & Kegan Paul; 1981.
297. Small ML, Majer LS, Alensworth D, Farquhar BK, Kann L, Pateman B C. School health services. *J Sch Health* 1995;65:319–26.
298. Spear BA, Barlow SE, Ervin C, et al. Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics* 2007;120 (Suppl 4):S254–88.
299. Springer AE, Kelder SH, Hoelscher DM. Social support, physical activity and sedentary behavior among 6th-grade girls: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2006;3:8–18.
300. Stang J, Story M, Kalina B. School-based weight management services: perceptions and practices of school nurses and administrators. *Am J Health Promot* 1997;11:183–5.
301. Staunton CE, Hubsmith D, Kallins W. Promoting safe walking and bicycling to school: the Marin County success story. *Am J Public Health* 2003;93:1431–4.
302. Stewart JA, Dennison DA, Kohl HW, Doyle JA. Exercise level and energy expenditure in the TAKE 10! in-class physical activity program. *J Sch Health* 2004;74:397–400.
303. Story M, Mays Warren R, Bishop D, et al. 5-a-day power plus: process evaluation of a multicomponent elementary school program to increase fruit and vegetable consumption. *Health Educ Behav* 2000;27: 187–200.
304. Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc* 2002;102:S40–51.
305. Stratton G, Mullan E. The effect of multicolor playground markings on children's physical activity level during recess. *Prev Med* 2005;41: 828–33.
306. Strauss RS, Rodzilsky D, Burack G, Colin M. Psychosocial correlates of physical activity in healthy children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:897–902.
307. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, et al. Evidence based physical activity for school-age

- youth. *J Pediatr* 2005;146:732–7.
308. Swallen KC, Reither EN, Haas SA, Meier AM. Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics* 2005; 115:340–7.
 309. Tanaka C, Richards KL, Takeuchi LS, Otani M, Maddock J. Modifying the recess before lunch program: a pilot study in Kaneohe elementary school. *California J Health Promot* 2005;3:1–7.
 310. Taras H, Duncan P, Luckenbill D, Robinson J, Wheeler L, Wooley S. Health, mental health, and safety guidelines for schools; 2004. Available at <http://www.nationalguidelines.org>. Accessed July 15, 2011.
 311. Taras HL, American Academy of Pediatrics Committee on School Health. School-based mental health services. *Pediatrics* 2004;113: 1839–45.
 312. Taras HL. Nutrition and student performance at school. *J Sch Health* 2005;75:199–213.
 313. Taveras EM, Sandora TJ, Shih M, Ross-Degnan D, Goldmann DA, Gillman MW. The association of television and video viewing with fast food intake by preschool-age children. *Obesity Res* 2006;14: 2034–41.
 314. Taylor G, Theiss P, Mirch MC, et al. Orthopedic complications of overweight in children and adolescents. *Pediatrics* 2006; 117:2167–74.
 315. Taylor WC. Transforming work breaks to promote health. *Am J Prev Med* 2005;29:461–5.
 316. Thompson PD, Buchner D, Pina IL, et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (subcommittee on exercise, rehabilitation, and prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (subcommittee on physical activity). *Circulation* 2003;107:3109–16.
 317. Trinidad DR, Gilpin EA, Pierce JP. Compliance and support for smoke-free school policies. *Health Educ Res* 2005;20:466–75.
 318. Trost SG, Pate RR, Ward DS, Saunders R, Riner W. Correlates of objectively measured physical activity in preadolescent youth. *Am J Prev Med* 1999;17:120–6.
 319. Trudeau F, Shephard RJ. Contribution of school programmes to physical activity levels and attitudes in children and adults. *Sports Med* 2005;35:89–105.
 320. Tudor-Locke C, Neff LJ, Ainsworth BE, Addy CL, Popkin BM. Omission of active commuting to school and the prevalence of children’s health-related physical activity levels: the Russian Longitudinal Monitoring Study. *Child Care Health Dev* 2002;28:507–12.
 321. Twisk JW, Kemper HC, van Mechelen W. The relationship between physical fitness and physical activity during adolescence and cardiovascular disease risk factors at adult age. The Amsterdam Growth and Health Longitudinal Study (AGAHLS). *Int J Sports Med* 2002;23(Suppl 1):S8–14.
 322. US Cancer Statistics Working Group. United States cancer statistics: 1999–2007 Incidence and mortality web-based report. Atlanta, GA: CDC, National Cancer Institute; 2010.
 323. US Consumer Product Safety Commission. Public playground safety handbook. Washington, DC: US Government Printing Office; 2010. Available at <http://www.cpsc.gov/cpsc/pub/pubs/325.pdf>. Accessed July 15, 2011.
 324. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service; Fox MK, Crepinsek MK, Connor P, Battaglia M, eds. School nutrition dietary assessment study—II: summary of findings. Alexandria, VA: US Department of Agriculture; 2001.
 325. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Accommodating children with special dietary needs in the school nutrition programs: guidance for school food service staff. Alexandria, VA: US Department of Agriculture; 2001.
 326. US Department of Agriculture, US Department of Health and Human Services. Dietary guidelines for Americans, 2010. 7th ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2010.

327. US Department of Agriculture. Changing the scene: improving the school nutrition environment. Alexandria, VA: US Department of Agriculture; 2000.
328. US Department of Agriculture. Foods sold in competition with USDA meal programs: a report to Congress. Washington, DC: US Department of Agriculture; 2001.
329. US Department of Agriculture. Guidance for school food authorities: developing a school food safety program based on the process approach to HACCP principles. 4–79. Washington, DC: US Department of Agriculture; 2005.
330. US Department of Agriculture. School lunch and breakfast cost study—II, final report. Washington, DC: US Department of Agriculture; 2008.
331. US Department of Agriculture. The road to SMI success—a guide for school foodservice directors. Washington, DC: US Department of Agriculture; 2007.
332. US Department of Education, Institute of Education Sciences. Educational indicators, indicator 24: time in formal instruction. Washington, DC: US Department of Education; 2010. Available at <http://nces.ed.gov/pubs/eiip/eiipid24.asp>. Accessed July 1, 2011.
333. US Department of Education, National Center for Education Statistics, National Forum on Education Statistics; Szuba T, Young R, School Facilities Maintenance Task Force, eds. Planning guide for maintaining school facilities. Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2003. Available at <http://nces.ed.gov/pubs2003/2003347.pdf>. Accessed August 19, 2011.
334. US Department of Health and Human Services, National Diabetes Education Program. Overview of diabetes in children and adolescents: a fact sheet from the National Diabetes Education Program. Bethesda, MD: National Diabetes Education Program; 2006. Available at http://ndep.nih.gov/diabetes/pubs/Youth_FactSheet.pdf. Accessed June 28, 2011.
335. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General. The Surgeon General’s vision for a healthy and fit nation. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2010.
336. US Department of Health and Human Services. Bone health and osteoporosis: A report of the Surgeon General. Washington, DC; 2004. 57. National Osteoporosis Foundation. Boning up on osteoporosis: a guide to prevention and treatment. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2003.
337. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: with understanding and improving health and objectives for improving health (2nd ed in 2 vols). Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.
338. US Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the Surgeon General—executive summary. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
339. US Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines for Americans, 2008. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2008.
340. US Department of Health and Human Services. The Surgeon General’s call to action to prevent and decrease overweight and obesity. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.
341. US Department of Transportation Federal Highway Administration. Conference Report on H.R. 3, Safe, Accountable, Flexible, Efficient Transportation Equity Act: A Legacy for Users (SAFETEA-LU). Washington, DC: US Department of Transportation; 2005.
342. US Government Accountability Office. School meal programs: revenue and expense information from selected states. GAO-03-569. Washington, DC: US Government Accountability Office; 2003.
343. Utter J, Scragg R, Schaaf D. Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. *Pub Health Nutr* 2006;9:606–12.

344. Valois RF, Hoyle TB. Formative evaluation results from the Mariner Project: a coordinated school health pilot program. *J Sch Health* 2000;70:95–103.
345. van Beurden E, Barnett LM, Zask A, Dietrich UC, Brooks LO, Beard J. Can we skill and activate children through primary school physical education lessons? “Move it groove it”—a collaborative health promotion intervention. *Prev Med* 2003;36:493–501.
346. Van der Horst K, Oenema A, Ferreira I, et al. A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Educ Res* 2007;22:203–26.
347. Van der Horst K, Paw MJ, Twisk JW, van Mechelen W. A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Med Sci Sport Exer* 2007;39:1241–50.
348. Vandongen R, Jenner DA, Thompson C, et al. A controlled evaluation of a fitness and nutrition intervention program on cardiovascular health in 10- to 12-year-old children. *Prev Med* 1995;24:9–22.
349. Veigel JD, Pleacher MD. Injury prevention in youth sports. *Curr Sports Med Rep* 2008;7:348–52.
350. Verstraete SJ, Cardon GM, De Clercq DL, De Bourdeaudhuij IM. Increasing children’s physical activity levels during recess periods in elementary schools: the effects of providing game equipment. *Eur J Pub Health* 2006;23:1–5.
351. Vessey JA. Coordinated school health. *Pediatr Nurs* 2000;26:303–7.
352. Vilhjalmsson R, Kristjansdottir G. Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. *Soc Sci Med* 2003;56:363–74.
353. Viner RM, Cole TJ. Television viewing in early childhood predicts adult body mass index. *J Pediatr* 2005;147:429–35.
354. Voorhees CC, Murray D, Welk G, et al. The role of peer social network factors and physical activity in adolescent girls. *Am J Health Behav* 2005;29:183–90.
355. Vu MB, Murrie D, Gonzalez V, Jobe JB. Listening to girls and boys talk about girls’ physical activity behaviors. *Health Educ Behav* 2006;33:81–96.
356. Wagner B, Senauer B, Runge CF. An empirical analysis of and policy recommendations to improve the nutritional quality of school meals. *Rev Agric Econ* 2007;29:672–88.
357. Walton J, Hoerr S, Heine L, Frost S, Roisen D, Berkimer M. Physical activity and stages of change in fifth and sixth graders. *J Sch Health* 1999;69:285–9.
358. Wechsler H, Devereaux RS, Davis M, Collins J. Using the school environment to promote physical activity and healthy eating. *Prev Med* 2000;31(Suppl):S121–137.
359. Wehling Weepie A, McCarthy A. A healthy lifestyle program: promoting child health in schools. *J Sch Nurs* 2002;18:322–8. 555.
360. White JL, Ransdell LB. Worksite intervention model for facilitating changes in physical activity, fitness, and psychological parameters. *Percept Mot Skills* 2003;97:461–6.
361. Whitehead JR, Eklund RC, Williams AC. Using skinfold calipers while teaching body fatness-related concepts: cognitive and affective outcomes. *J Sci Med Sport* 2003;6:461–76.
362. Whitlock E, Williams S, Gold R, Smith P, Shipman S. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2005;116:E125–44. Epub July 1, 2005. Available at <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/1/e125.short>. Accessed July 15, 2011.
363. Widenhorn-Muller K, Hill K, Klenk J, Wiland U. Influence on having breakfast on cognitive performance and mood in 13- to 20-year old high school students: Results of a crossover trial. *Pediatrics* 2008;122:279–84.
364. Wilson TK, Bogden JF. Fit, healthy, and ready to learn, part III: policies related to asthma, school health services, and healthy environments. Alexandria, VA: National Association of State Boards of Education; 2005.
365. Wisconsin Department of Health and Family Services, Division of Public Health, Nutrition and Physical Activity Program, Wisconsin Partnership for Activity and Nutrition. Wisconsin worksite resource kit to prevent obesity and related chronic diseases. Madison,

- WI: Wisconsin Department of Health and Family Services; 2007.
366. Xiang P, Lee A. The development of self-perceptions of ability and achievement goals and their relations in physical education. *Res Q Exerc Sport* 1998;69:231–41.
 367. Xiang P, McBride R, Guan J. Children’s motivation in elementary physical education: a longitudinal study. *Res Q Exerc Sport* 2004;75:71–80.
 368. Xu J, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: final data for 2007. *Natl Vital Stat Rep* 2010;58.
 369. Yancey A, McCarthy W, Taylor W, et al. The Los Angeles Lift Off: a sociocultural environmental change intervention to integrate physical activity into the workplace. *Prev Med* 2004;38:848–56.
 370. Zabinski MF, Daly T, Norman GJ, et al. Psychosocial correlates of fruit, vegetable, and dietary fat intake among adolescent boys and girls. *J Am Diet Assoc* 2006;106:814–21.
 371. Zask A, van Beurden E, Barnett L, Brooks LO, Dietrich UC. Active school playgrounds—myth or reality? Results of the “move it groove it” project. *Prev Med* 2001;33:402–8.
 372. Zenk SN, Schulz AJ, Israel BA, James SA, Bao S, Wilson ML. Neighborhood racial composition, neighborhood poverty, and the spatial accessibility of supermarkets in metropolitan Detroit. *Am J Public Health* 2005;95:660–7.
 373. Zive MM, Pelletier RL, Sallis JF, Elder JP. An environmental intervention to improve a la carte foods at middle schools. *J Am Diet Assoc* 2002;102(Suppl 3):S76–8.
 374. Zunker C, Cox TL, Wingo BC, Knight B, Jefferson WK, Ard JD. Using formative research to develop a worksite health promotion program for African American women. *Women Health* 2008;48: 189–207.