

Raport merytoryczny projektu  
**Aktywny powrót do szkoły**  
**(WF z AWF)**

WF z  
AWF



Ministerstwo  
Edukacji i Nauki



Akademia Wychowania Fizycznego  
*im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu*



Warszawa 2022

## **Raport merytoryczny projektu – Aktywny powrót do szkoły (WF z AWF)**

### **REDAKCJA**

prof. dr hab. **Bartosz Molik** (Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie)

### **AUTORZY RAPORTU** (kolejność alfabetyczna)

dr hab. prof. AWF **Joanna Basiaga-Pasternak** (Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie),

dr **Anna Bodasińska** (Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia w Białej Podlaskiej),

prof. dr hab. **Paweł Ciężczyk** (Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku),

dr **Janusz Dobosz** (Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie),

dr hab. prof. AWF. **Jarosław Fugiel** (Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu),

dr hab. prof. AWF. **Dorota Groffik** (Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach),

prof. dr hab. **Grzegorz Juras** (Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach),

prof. dr hab. **Monika Guskowska** (Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie),

dr hab. prof. AWF **Adam Kantanista** (Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu),

prof. dr hab. **Andrzej Klimek** (Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie),

prof. dr hab. **Andrzej Kosmol** (Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie),

dr hab. prof. AWF. **Magdalena Król-Zielińska** (Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu),

dr hab. prof. AWFis **Katarzyna Leźnicka** (Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku),

dr hab. prof. AWF **Monika Łopuszańska-Dawid** (Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie),

dr hab. prof. AWFis **Agnieszka Maciejewska-Skrendo** (Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku),

dr hab. prof. AWF **Hubert Makaruk** (Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia w Białej Podlaskiej),

prof. dr hab. **Andrzej Rokita** (Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu),

prof. dr hab. **Jerzy Sadowski** (Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia w Białej Podlaskiej),

dr hab. prof. AWF. **Arkadiusz Stanula** (Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach),

mgr **Izabella Tarnowska** (Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie),

dr hab. prof. AWF **Paweł Tomaszewski** (Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie),

prof. dr hab. **Dariusz Wieliński** (Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu).

Projekt realizowany na zlecenie Ministerstwa Edukacji i Nauki, w ramach realizacji umowy nr MEiN/2021/DPI/53 z dn. 07-05-2021 r.

#### **Wykonawcy fazy I projektu** (szkolenia dla nauczycieli):

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia w Białej Podlaskiej

Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie

Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku

Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach

Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

#### **Wykonawca fazy II projektu** (dodatkowe zajęcia Sport Kluby oraz badania kondycji fizycznej):

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Opracowanie techniczne – Katarzyna Daniluk

## Spis treści

<b>1. Wprowadzenie</b> ( <i>Bartosz Molik</i> ) .....	6
<b>1.1. Aspekty zdrowotne - wpływ pandemii Covid-19 na zdrowie dzieci i młodzieży</b> ( <i>Agnieszka Maciejewska-Skrendo</i> ) .....	12
1.1.1. Negatywne skutki izolacji i hipokinezji uczniów .....	13
1.1.1.1. Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z Covid-19 (PIMS) .....	14
1.1.1.2. Zespół pocovidowy u dzieci (ZPC) .....	17
1.1.2. Zalecenia wstępne .....	19
1.1.2.1. Zalecenia dla uczniów, u których zdiagnozowano wieloukładowy zespół zapalny powiązany z Covid-19 (PIMS) .....	21
1.1.2.2. Zalecenia dla uczniów, którzy doświadczają zespołu pocovidowego (ZPC) .....	22
<b>1.2. Problemy psychiczne uczniów podczas pandemii Covid-19</b> ( <i>Joanna Basiaga-Pasternak, Monika Guszowska</i> ) .....	25
1.2.1. Psychologiczne aspekty i znaczenie aktywności fizycznej w okresie pandemii i po jej zakończeniu .....	31
1.2.2. Kształtowanie motywacji do podejmowania aktywności fizycznej .....	36
<b>1.3. Problemy metodyczne nauczycieli podczas pandemii Covid-19</b> ( <i>Andrzej Kosmol</i> ).....	39
1.3.1. Przykłady rozwiązań praktycznych, doboru ćwiczeń/zabaw/gier, z uwzględnieniem poziomu kształcenia .....	41
1.3.1.1. Poziom I. Klasy 1-3 szkoły podstawowej .....	44
1.3.1.2. Poziom II. Klasy 4-8 szkoły podstawowej .....	47
1.3.1.3. Poziom III. Szkoły ponadpodstawowe .....	50
1.3.2. Podsumowanie .....	53
<b>2. Faza I projektu – szkolenia dla nauczycieli</b> ( <i>Anna Bodasińska, Izabella Tarnowska, Adam Kantanista, Magdalena Król-Zielińska</i> ) .....	56
2.1. Przebieg i organizacja szkoleń w regionach .....	56
2.2. Liczba uczestników w poszczególnych etapach edukacyjnych .....	60
2.3. Satysfakcja z udziału w szkoleniach .....	64

<b>3. Faza II projektu – zajęcia dla uczniów Sport Kluby</b> .....	69
3.1. Przebieg i organizacja Sport Klubów ( <i>Paweł Tomaszewski, Izabella Tarnowska</i> ) .....	69
3.2. Liczba nauczycieli prowadzących zajęcia ( <i>Paweł Tomaszewski, Katarzyna Leźnicka</i> ) .....	71
3.3. Liczba uczniów uczestniczących w zajęciach ( <i>Paweł Tomaszewski, Katarzyna Leźnicka</i> ) .....	71
3.4. Kondycja fizyczna dzieci i młodzieży zgłoszonych do zajęć w Sport Klubach .....	77
<b>3.4.1. Metody badań</b> .....	78
3.4.1.1. Pomiary somatyczne wykonywane wśród uczestników zajęć ( <i>Paweł Tomaszewski, Janusz Dobosz</i> ) .....	78
3.4.1.2. Pomiary wybranych aspektów sprawności fizycznej wykonywane wśród uczestników zajęć ( <i>Paweł Tomaszewski, Janusz Dobosz</i> ) .....	80
3.4.1.3. Badania ankietowe oceniające postawę uczniów wobec zajęć ruchowych ( <i>Dorota Groffik</i> ) .....	83
3.4.1.4. Badania ankietowe opisujące sytuację zdrowotną i aspekty społeczno-ekonomiczne uczestników zajęć ( <i>Monika Łopuszańska-Dawid</i> ) .....	84
<b>3.4.2. Wyniki badań</b> .....	86
3.4.2.1. Charakterystyki somatyczne uczestników zajęć z uwzględnieniem rozpowszechnienia niedowagi / nadwagi / otyłości ( <i>Paweł Tomaszewski, Janusz Dobosz, Jarosław Fugiel</i> ) .....	88
3.4.2.2. Sprawność fizyczna uczestników zajęć ( <i>Paweł Tomaszewski, Janusz Dobosz, Arkadiusz Stanula</i> ) .....	108
3.4.2.3. Postawa uczniów wobec zajęć ruchowych ( <i>Dorota Groffik, Paweł Tomaszewski</i> ) .....	128
3.4.2.4. Sytuacja zdrowotna i aspekty społeczno-ekonomiczne charakteryzujące uczestników zajęć ( <i>Monika Łopuszańska-Dawid</i> ) .....	135
<b>3.5. Nadzór nad realizacją zajęć w ramach Sport Klubów</b> ( <i>Hubert Makaruk</i> ) .....	158
3.5.1. Założenia monitoringu zajęć prowadzonych w ramach Sport Klubów .....	158
3.5.2. Zespół ds. monitoringu zajęć .....	158
3.5.3. Okres i przebieg monitoringu zajęć .....	159

3.5.4. Opis narzędzia stosowanego podczas kontroli .....	159
3.5.5. Wyniki kontroli .....	160
<b>3.6. Wnioski i rekomendacje .....</b>	<b>162</b>
3.6.1. Wnioski związane z organizacją szkoleń <i>(Izabella Tarnowska, Anna Bodasińska)</i> .....	162
3.6.2. Wnioski i rekomendacje odnoszące się do realizacji zajęć Sport Klubów i wyników badań <i>(Paweł Tomaszewski, Agnieszka Maciejewska-Skrendo, Monika Łopuszańska-Dawid, Dorota Groffik)</i> .....	164
3.6.3. Wnioski i rekomendacje związane z monitoringiem Sport Klubów <i>(Hubert Makaruk)</i> .....	166
<b>4. Podsumowanie realizacji celów projektu i rekomendacje praktyczne</b> <i>(Bartosz Molik, Paweł Ciężczyk, Grzegorz Juras, Andrzej Klimek, Andrzej Rokita, Jerzy Sadowski, Dariusz Wielński)</i> .....	167
<b>5. Bibliografia .....</b>	<b>172</b>
<b>6. Załączniki .....</b>	<b>182</b>
6.1. Skład zespołu realizującego projekt .....	182
6.2. Ankieta dla nauczyciela .....	191
6.3. Ankieta dla rodziców/opiekunów .....	193

## 1. Wprowadzenie - *Bartosz Molik*

Misją akademii wychowania fizycznego od początku ich kilkudziesięcioletniej historii jest m.in. monitorowanie kondycji fizycznej Polaków, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej dzieci i młodzieży. Prowadzone przez 70 lat w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, ogólnopolskie, populacyjne badania rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej dzieci i młodzieży zaowocowały wyjątkowym w skali światowej materiałem badawczym, co było impulsem do utworzenia Narodowego Centrum Badania Kondycji Fizycznej (NCBKF). Zgromadzone w NCBKF wyniki badań oraz dane zawarte w licznych publikacjach naukowych ekspertów ze wszystkich akademii wychowania fizycznego, a także innych jednostek m.in. Instytutu Matki i Dziecka (Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2018), ukazują systematycznie pogarszający się stan kondycji fizycznej Polaków.

Od kilkunastu lat odnotowywany jest systematyczny spadek poziomu sprawności fizycznej dzieci i młodzieży. Jednym z najbardziej widocznych i niepokojących symptomów pogarszającego się stanu kondycji fizycznej jest wzrost liczby dzieci i młodzieży z otyłością i nadwagą. Raport z 2018 roku potwierdził, że w Polsce rejestrowany jest największy w Europie wzrost nadwagi i otyłości młodzieży w okresie wczesnej adolescencji (Mazur i Małkowska-Szkutnik 2018). Tylko w okresie czterech lat (2014-2018) odnotowano 2% wzrost nadmiernej, zagrażającej zdrowiu, masy ciała, zaś wśród 11-latków co czwarty uczeń charakteryzował się nadmierną masą ciała. Jedną z przyczyn nadwagi i otyłości jest brak odpowiedniej, regularnej aktywności fizycznej. Inną konsekwencją niedostatecznej aktywności fizycznej, a także sedenteryjnego trybu życia jest coraz częstsze diagnozowanie wad postawy - co dotyczy już od 30 do 60% populacji dzieci i młodzieży (Wawrzyniak i wsp. 2017). Dodatkowo potwierdzono związek otyłości z częstością występowania wad postawy – u 74% dzieci z otyłością stwierdzono nieprawidłowości w budowie ciała (Maciańczyk-Paprocka i wsp. 2017). Najnowsze badania, przeprowadzone w województwach podlaskim, lubelskim i podkarpackim wykazały, że aż 74% dzieci i młodzieży deklaruje odczuwanie bólów kręgosłupa (Kędra i wsp. 2020). Z danych Mazur i Małkowskiej-Szkutnik (2018) wynika, że w okresie od 2014 do 2018 roku odsetek nastolatków ćwiczących (co najmniej 4 razy w tygodniu) zmniejszył się z 40,5% do 33,1%. Niestety jeszcze przed okresem pandemii Covid-19 do rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczących podejmowania regularnej aktywności fizycznej nie stosowało się około 80% populacji polskich dzieci i młodzieży. Co więcej, już w 2018 roku

w raporcie Fijałkowskiej i wsp. (2018) postulowano zwiększenie udziału wszystkich grup wiekowych w zorganizowanych pozaszkolnych zajęciach sportowych.

W 2019 roku światu przyszło się zmierzyć z bezprecedensową w najnowszej historii naszej planety pandemią Covid-19, której efekty wpłynęły niekorzystnie nie tylko na gospodarkę i status społeczno-ekonomiczny, ale przede wszystkim na zdrowie całej światowej populacji, w szczególności dzieci i młodzieży. Pogłębione badania naukowców zajmujących się szeroko pojętym zdrowiem, w tym kulturą fizyczną, pozwoliły zidentyfikować trzy obszary, które wymagały i w dalszym ciągu wymagają największej uwagi. Zaliczono do nich przeciwdziałanie hipokinezji, izolacji społecznej oraz negatywnym skutkom Covid-19.

W związku ze zidentyfikowanymi zagrożeniami, niezbędne okazało się opracowanie przez ekspertów z obszaru nauk o kulturze fizycznej programu wsparcia dla nauczycieli wychowania fizycznego oraz nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej. Przygotowany program miał na celu merytoryczne wsparcie nauczycieli w zakresie sposobów podnoszenia poziomu sprawności fizycznej u dzieci i młodzieży, integrowania ucznia z grupą rówieśniczą po długim okresie izolacji, jak również wczesnego wykrywania potencjalnych problemów związanych ze zdrowotnymi efektami pocovidowymi. Autorzy programu założyli, iż jego wdrożenie powinno zmniejszyć niekorzystne efekty postpandemiczne w zakresie przywrócenia sprawności fizycznej oraz poprawy stanu zdrowia. Tak zdiagnozowana sytuacja oraz wynikająca z niej niezwłoczna potrzeba podjęcia zorganizowanego systemowego przeciwdziałania negatywnym skutkom pandemii Covid-19, stały się przyczynkiem do uruchomienia innowacyjnego programu „Aktywny powrót do szkoły (WF z AWF)” sfinansowanego przez Ministerstwo Edukacji i Nauki, którego nadrzędnym celem było wyposażenie nauczycieli wychowania fizycznego oraz nauczycieli nauczania początkowego w dodatkową wiedzę i umiejętności z obszaru przeciwdziałania hipokinezji, izolacji społecznej i odległym, negatywnym efektem pocovidowym, a w konsekwencji zorganizowanie zajęć ukierunkowanych na zwiększenie aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży.

### **Założenia projektu**

Celem projektu była poprawa kondycji fizycznej dzieci i młodzieży w związku z pandemią Covid-19. Program podzielono na dwie fazy:

Faza I: Dobrowolne szkolenia ukierunkowane na przeciwdziałanie negatywnym skutkom pandemii Covid-19 dla nauczycieli wychowania fizycznego oraz nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej (Aktywny powrót do szkoły)

Faza II: Wdrożenie sportowych zajęć pozaszkolnych (Sport Kluby) wraz z monitoringiem kondycji fizycznej

Faza pierwsza była realizowana w okresie od maja do grudnia 2021 r. Druga faza projektu (zajęcia pozaszkolne wraz z monitoringiem kondycji fizycznej) trwała od września do grudnia 2021 r.

### Faza I

Szkolenia nauczycieli odbywały się w Akademiach Wychowania Fizycznego w Warszawie (w tym Filii AWF w Białej Podlaskiej), Gdańsku, Krakowie, Katowicach, Poznaniu (w tym Filii AWF w Gorzowie Wielkopolskim) i Wrocławiu. Każdy ośrodek akademicki prowadził szkolenia dla trzech grup nauczycieli: (1) nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej (klasy I-III), (2) nauczycieli klas IV-VIII szkół podstawowych, (3) nauczycieli szkół ponadpodstawowych.

Program szkolenia został opracowany przez międzyuczelniane grupy ekspertów podzielonych na trzy zespoły: zdrowie, psychologia i metodyka. Dodatkowo warsztaty szkoleniowe zostały przygotowane niezależnie przez kilkudziesięcioosobowe wewnątrzuczelniane grupy ekspertów. W szkoleniach wykorzystano najnowsze metodyczne przykłady dobrego działania, wdrożenia i innowacyjne rozwiązania, a także najnowsze osiągnięcia i rekomendacje wynikające z realizowanych w uczelniach w kraju i zagranicą badań i analiz dotyczących negatywnych skutków pandemii Covid-19.

Treści szkolenia ukierunkowane zostały na trzy obszary:

- a) przeciwdziałanie skutkom hipokinezy,
- b) przeciwdziałanie skutkom izolacji społecznej,
- c) przeciwdziałanie deficytom zdrowotnym pojawiającym się po przebyciu Covid-19 oraz wspomaganie odporności organizmu.

Szkolenia nauczycieli były realizowane z uwzględnieniem podziału terytorialnego na województwa:

- AWF Warszawa (mazowieckie, warmińsko-mazurskie),
- Filia AWF w Białej Podlaskiej (lubelskie, podlaskie),
- AWFis Gdańsk (zachodnio-pomorskie, pomorskie, kujawsko-pomorskie),
- AWF Katowice (śląskie, łódzkie),
- AWF Wrocław (dolnośląskie, opolskie),
- AWF Kraków (podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie),
- AWF Poznań (wielkopolskie, lubuskie).

W każdej z siedmiu uczelni utworzono biuro projektu, którego zadaniem była organizacja szkoleń oraz powołano grupy ekspertów odpowiedzialne za ich realizację.



W efekcie realizacji projektu przeszkolonych zostało łącznie 31 012 nauczycieli, którzy uzyskali certyfikaty uprawniające do aplikowania o prowadzenie zajęć w ramach drugiej fazy programu, czyli Sport Klubów.

## Faza II

Druga faza programu realizowana była przez Akademię Wychowania Fizycznego w Warszawie wraz z Filią w Białej Podlaskiej. Do realizacji tej fazy włączono również ekspertów z pozostałych akademii wychowania fizycznego w Polsce.

W lipcu 2021 r. rozpoczęto rejestrację nauczycieli do Sport Klubów, natomiast pierwsze zajęcia odbyły się we wrześniu 2021 r. Celem Sport Klubów było przede wszystkim zwiększenie aktywności ruchowej uczniów oraz poprawa stanu kondycji fizycznej dzieci i młodzieży po powrocie do zajęć szkolnych. W ramach programu monitorowano kondycję fizyczną dzieci i młodzieży, a w konsekwencji podjęto działania zmierzające do jej poprawy.

Do prowadzenia zajęć w ramach Sport Klubów upoważnieni zostali nauczyciele wychowania fizycznego oraz nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej, którzy ukończyli szkolenie prowadzone podczas I fazy projektu oraz uzyskali stosowny certyfikat. Oferta zajęć została przeznaczona dla uczniów wszystkich poziomów edukacji, zarówno w pełni sprawnych, jak również z różnego rodzaju niepełnosprawnościami i specjalnymi potrzebami. Sport Kluby odbywały się w formie dodatkowych, nieodpłatnych pozalekcyjnych zajęć sportowych w obiektach zapewnionych przez lokalne placówki dydaktyczne.

Uruchomienie etapu Sport Klubów wymagało kilkumiesięcznych przygotowań, które obejmowały opracowanie i wdrożenie odpowiedniego systemu informatycznego obsługującego rejestrację uczestników i raportowania realizacji zajęć oraz diagnozę kondycji fizycznej. Weryfikację zgłoszeń do Sport Klubów oraz kwalifikację do programu prowadził Zespół do spraw weryfikacji i diagnozy kondycji fizycznej, w którego skład weszli przedstawiciele wszystkich akademii wychowania fizycznego. Na potrzeby realizacji programu opracowano prosty w użytkowaniu harmonogram zajęć oraz moduł umożliwiający nauczycielowi raportowanie wyników ankietyzacji i pomiarów kondycji fizycznej dzieci i młodzieży, uczestników Sport Klubów. Dodatkowo uruchomiono linię telefoniczną oraz udostępniono adres e-mailowy przeznaczony wyłącznie do obsługi Sport Klubów. Wprowadzono możliwość podpisywania umów w formie elektronicznej.

Oferta zajęć Sport Klubów spotkała się z bardzo dużym zainteresowaniem nauczycieli, na każdym poziomie edukacji. W pierwszym miesiącu działalności Sport Klubów liczba zarejestrowanych w systemie nauczycieli osiągnęła niemal 6 000. W programie uruchomiono

prawie 9000 Sport Klubów na łączną liczbę ponad 183 tysięcy godzin dodatkowej aktywności ruchowej uczniów objętych programem.

Nauczyciele pozytywnie oceniali dużą elastyczność w prowadzeniu Sport Klubów – m.in. możliwość, prowadzenia zajęć zgodnie z własnymi preferencjami oraz oczekiwaniami uczniów – jeden lub dwa razy w tygodniu dla jednej bądź dwóch grup. Nauczyciele mogli wnioskować o zmianę liczby grup lub sposób ich organizacji. Umożliwiono przeplanowanie zajęć, które nie odbyły się zgodnie z wpisem do harmonogramu z różnych powodów. Funkcjonalności te odpowiadały na rzeczywiste wyzwania związane z realizacją zajęć w okresie pandemii i wychodziły naprzeciw oczekiwaniom nauczycieli. Zajęcia prowadzone były z podziałem na grupy wiekowe. Liczebność w grupach wynosiła od 15-20 osób dla uczniów pełnosprawnych oraz od 8 do 10 osób w przypadku uczniów z niepełnosprawnościami. W szczególnych przypadkach, wynikających z warunków pracy, dopuszczalne było aplikowanie o zmniejszenie liczebności grupy.

Nadzór nad poprawnością merytoryczną prowadzonych zajęć i ich zgodnością z założeniami programu „Aktywny powrót do szkoły” piastował piętnastoosobowy Zespół do spraw monitoringu zajęć. W ramach przyznanych kompetencji, członkowie zespołu dokonali ponad 1000 terenowych kontroli zajęć sportowych w miejscu ich prowadzenia, weryfikując dokumentację w zakresie treści zajęć, liczby uczniów, miejsca i czasu trwania zajęć oraz rzetelnego wprowadzania przez nauczycieli danych do harmonogramu.

Bardzo istotnym aspektem działalności Sport Klubów była diagnoza kondycji fizycznej uczestników zajęć prowadzona na podstawie pomiarów wybranych cech somatycznych (wysokość ciała, masa ciała, obwód talii) oraz prób sprawności fizycznej (zwis na ramionach ugiętych, bieg wahadłowy 10x5 m, bieg wytrzymałościowy wahadłowy na dystansie 20 m, podpór przodem na przedramionach) wykonywanych przez nauczycieli. Diagnozę uzupełniała ankieta dotycząca informacji o uczniu, jego uczestnictwie w lekcjach wychowania fizycznego i postawie wobec zajęć ruchowych. W ciągu 2 tygodni od rozpoczęcia zajęć, nauczyciel zobowiązany był wprowadzić do systemu wyniki pomiarów i ankiet poprzez specjalnie skonstruowany formularz, dostępny na indywidualnym koncie nauczyciela na stronie internetowej obsługującej program.

W ramach prowadzonych badań zebrano dane od blisko 117 tysięcy uczniów – uczestników Sport Klubów, 53% stanowili chłopcy, 47% dziewczęta – co świadczy o w miarę równomiernym udziale w zajęciach uczniów obu płci. Około 2% wszystkich uczestników zajęć stanowili uczniowie z różnym rodzajem niepełnosprawności. Zdecydowana większość (ponad 90%) zajęć Sport Klubów realizowana była w szkołach podstawowych. Co istotne, połowa z nich prowadzona była w klasach 1-3, a więc przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej.

To niezmiernie pozytywny efekt działań podjętych w I etapie programu, dający poprzez szkolenia i uzyskanie certyfikatu możliwość realizacji dodatkowych zajęć ruchowych wśród uczniów klas 1-3, dla których okres izolacji społecznej był szczególnie niekorzystny, zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym. Znaczący udział nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w Sport Klubach świadczyć może o dodatkowym, korzystnym oddziaływaniu szkoleń WF z AWF - wyposażeniu tej grupy nauczycieli w kompetencje umożliwiające realizację atrakcyjnych i innowacyjnych zajęć ruchowych, odpowiadających pełnowymiarowym lekcjom wychowania fizycznego.

Istotnym elementem obu faz projektu było utworzenie systemu internetowego – portalu wfzawf.pl, służącego do promocji projektu, rejestracji nauczycieli na szkolenia (ponad 50 tys. zarejestrowanych nauczycieli i ponad 31 tys. przeszkolonych), komunikacji z uczestnikami szkoleń oraz społeczeństwem, monitorowania kondycji fizycznej dzieci i młodzieży, aplikowania o sportowe zajęcia pozaszkolne (prawie 9 tys. Sport Klubów). Portal umożliwił sprawną obsługę programu.

Edukacyjna część portalu pełni rolę platformy informacyjnej dla nauczycieli, dzieci i młodzieży, rodziców i innych zainteresowanych. Dział skierowany do rodziców zawiera 16 filmów instruktażowych, dla nauczycieli natomiast przygotowano pełne kursy e-learningowe, przykładowe scenariusze aktywności oraz filmy instruktażowe). Materiały szkoleniowe zawierają łącznie ponad 400 filmów, trwających ponad 2 tys. minut.

Jednym z zadań programu w jego drugiej fazie była ocena stanu kondycji fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce. Wyniki badań pozwalają na dokonanie oceny rzeczywistego stanu kondycji fizycznej dzieci i młodzieży, a także wypracowanie rekomendacji do dalszych działań, szczególnie w okresie trwającej w dalszym ciągu pandemii Covid-19.

## **1.1. Aspekty zdrowotne - wpływ pandemii Covid-19 na zdrowie dzieci i młodzieży** – Agnieszka Maciejewska-Skrendo

Od końca 2019 r. – momentu odnotowania w chińskim mieście Wuhan pierwszych przypadków ostrej niewydolności oddechowej spowodowanej obecnością nieznanego wówczas wirusa (oznaczonego później jako SARS-CoV-2 - ang. *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) do chwili obecnej, infekcję tym koronawirusem potwierdzono u ponad ćwierć miliarda ludzi na całym świecie, zmarło ponad 5 milionów ludzi chorujących na chorobę nazwaną Covid-19 (od ang. *coronavirus disease 2019*) ([www.worldometers.info/coronavirus/2021](http://www.worldometers.info/coronavirus/2021)). Poziom zainfekowania populacji ludzkiej wydaje się być wciąż niedoszacowany, ponieważ wielu chorych, nawet jeśli wykazują pełne spektrum objawów, nie jest testowanych z użyciem testów PCR, a u dzieci i młodzieży przebieg Covid-19 jest często skąpoobjawowy, co również sprzyja zaniżeniu oficjalnych statystyk. Przypuszcza się, że całkowita liczba osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2 może być nawet 5-krotnie wyższa niż dane podawane w ramach informacji publicznych (Stang i wsp. 2020).

Na początku roku 2020, w obliczu wielkiego epidemicznego zagrożenia nowym patogenem rozprzestrzeniającym się z łatwością pomiędzy ludźmi drogą kropelkową, przy równoczesnym braku jakichkolwiek form obrony przed infekcją (brak szczepionek i leków o potwierdzonej skuteczności w leczeniu objawów Covid-19), konieczne było wprowadzenie surowych restrykcji zmierzających do drastycznego ograniczenia liczby kontaktów społecznych. Działania te przybrały postać ogólnokrajowych lockdown'ów w wielu państwach na całym świecie – takie rozwiązanie zastosowano także w Polsce. Pierwszy przypadek zarażenia koronawirusem w Polsce potwierdzono 4 marca 2020 roku. Po raz pierwszy stan zagrożenia epidemicznego w Polsce został wprowadzony 16 marca 2020 r. Od tego momentu mieliśmy do czynienia z wielokrotnym zamrażaniem gospodarki oraz życia społecznego. Również w sektorze edukacji zdecydowano o wprowadzeniu stosownych działań celem zapewnienia bezpieczeństwa uczniom, nauczycielom i pracownikom szkół. W konsekwencji, przez znaczną część roku 2020 i 2021 uczniowie wszystkich typów szkół w Polsce (poziomu podstawowego i ponadpodstawowego) zostali skierowani na nauczanie zdalne i odizolowani przez dłuższy okres w domach. Spowodowało to poważne zakłócenia w schemacie codziennej aktywności dzieci i młodzieży, ponieważ zamknięcie miało przez wiele miesięcy wymiar zupełnie dosłowny, jako że wprowadzone restrykcje obejmowały m.in. zakaz wstępu do lasów i parków oraz innych obszarów przyrodniczych, a w dalszym zaostreniu nawet całkowity zakaz wychodzenia z domu dla osób poniżej 16 r.ż.

### **1.1.1. Negatywne skutki izolacji i hipokinezji uczniów**

Oceniając wpływ pandemii na zdrowie i kondycję polskich uczniów należy przede wszystkim wskazać, że dla wszystkich ludzi zamkniętych we własnych domach, ogólnokrajowe lockdown'y wiązały się z całkowitą zmianą ich normalnych wzorców zachowań, objawiającą się m.in. długotrwałym (co najmniej kilkumiesięcznym) i znaczącym niedoborem lub całkowitym brakiem aktywności fizycznej, określanym mianem hipokinezji (Zheng i wsp. 2020). Wieloletnie badania prowadzone w licznych ośrodkach naukowych wskazują, że stan hipokinezji prowadzi do bardzo poważnych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu i obniża znacznie jakość życia, zarówno na gruncie zdrowia fizycznego, jak i psychicznego (Arocha Rodulfo 2019; Marker i wsp. 2018).

Aktywność fizyczna, zachowania nieaktywne (sedentarne) oraz sen, to trzy formy zachowań, które tworzą wzorzec 24-godzinne funkcjonowania człowieka. Przeprowadzono wiele szeroko zakrojonych badań populacyjnych dowodzących, że nieaktywny i siedzący tryb życia jest ściśle związany z wyższym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych (Mora i wsp. 2007). Ponadto wykazano, że zbyt krótki czas snu w ciągu doby, późne pory zasypiania czy zmienny harmonogram snu, są związane z zaburzeniami prawidłowego profilu metabolicznego i przyrostem masy ciała (Baron i wsp. 2011). Niemalże od początku pandemii Covid-19 przewidywano, że ogólnonarodowe kwarantanny, wiążące się z długimi okresami izolacji społecznej i zamknięciem placówek edukacyjnych będą skutkować znaczącym zmniejszeniem aktywności fizycznej, zwiększeniem dobowej proporcji zachowań sedentarnych oraz obniżeniem jakości snu (Wang i wsp. 2020).

Badania populacyjne prowadzone na całym świecie wykazały, że od wybuchu pandemii Covid-19 średnia tygodniowa aktywność fizyczna dzieci i młodzieży (zarówno w odniesieniu do regularnych treningów sportowych czy uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego, jak i rekreacyjnej aktywności fizycznej związanej np. ze spotkaniami z rówieśnikami) znacząco spadła, a zachowania sedentarne stały się zdecydowanie częstsze. Szczególnie dramatycznie wzrósł u młodych ludzi uczących się zdalnie czas spędzany przed różnego typu monitorami (komputerów, tabletów, smartfonów). Wykazano także znaczące zaburzenia dotychczasowych wzorców aktywności dobowej (okresów snu i czuwania), z wydłużeniem się średniego dobowego czasu snu przy równocześnie deklarowanym przez większość badanych pogorszeniu jakości snu oraz późniejszymi niż zwykle i mniej regularnymi porami zasypiania. Wszystkie opisane zmiany behawioralne przekładały się na zaburzenia wielu wskaźników fizjologicznych i biochemicznych, co powodowało pogorszenie jakości funkcjonowania młodych organizmów,

skutkujące różnymi zaburzeniami zdrowotnymi (wzrost masy ciała, wady postawy, zaburzenia widzenia, niepokój, bezsenność, zaburzenia koncentracji itp.) (Ammar i wsp. 2020; Lesser i Nienhuis 2020; Moore i wsp. 2020; Stanton i wsp. 2020; Xiang i wsp. 2020; Zheng i wsp. 2020).

### **1.1.1.1. Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z Covid-19 (PIMS)**

Znaczna część społeczeństwa, w tym uczniów, pomimo stosowania zasad izolacji społecznej, została zakażona wirusem SARS-CoV-2. Wielu z nich przechodziło zakażenie bezobjawowo lub skąpoobjawowo, ale niektórzy doświadczyli pełnych objawów i konsekwencji Covid-19 (Mehta i wsp. 2020; She i wsp. 2020), a niewielki odsetek (głównie wśród młodszych dzieci) zapadł na nowo opisaną jednostkę chorobową: wieloukładowy zespół zapalny powiązany z Covid-19 (ang. *pediatric inflammatory multisystem syndrome*, PIMS albo *multisystem inflammatory syndrome in children*, MIS-C) (Jiang i wsp. 2020; Mazur i wsp. 2021).

PIMS jest nową jednostką chorobową, która została po raz pierwszy zaobserwowana w kwietniu 2020 r., podczas szczytu tzw. pierwszej fali pandemii Covid-19 w Europie. W tym czasie w Anglii opisano grupę dzieci z objawami silnego wstrząsu zapalnego oraz wstrząsu toksycznego, podobnymi w pewnych aspektach do choroby Kawasaki (gorączka, wysypka, zapalenie spojówek, obrzęki obwodowe, objawy żołądkowo-jelitowe, wstrząs i podwyższone markery stanu zapalnego oraz uszkodzenia mięśnia sercowego), z jednym charakterystycznym rysem: wszystkie dzieci miały serologiczne dowody zakażenia wirusem SARS-CoV-2 (Riphagen i wsp. 2020). Następne doniesienia o występowaniu nowego zespołu zapalnego u dzieci pojawiały się w kolejnych krajach: USA (Jones i wsp. 2020), Francji (Belhadjer i wsp. 2020; Toubiana i wsp. 2020), Włoszech (Verdoni i wsp. 2020), Wielkiej Brytanii (Whittaker i wsp. 2020). Pierwsze przypadki PIMS wystąpiły w Polsce już w maju 2020 r. (Okarska-Napierała i wsp. 2020). Od października 2020 r. zaobserwowano zwiększenie zapadalności na PIMS w Polsce, adekwatnie do zwiększonej zapadalności na Covid-19 w całej polskiej populacji (Mazur i wsp. 2021).

14 maja 2020 r. amerykańskie Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorób (ang. *Center for Disease Control and Prevention*, CDC) opublikowało materiały, które podsumowywały dotychczas zebrane informacje na temat PIMS, zawierające opisy przypadków oraz najważniejsze definicje i objawy (wstrząs, zapalenie płuc, dysfunkcje kardiologiczne, ból

brzucha, znacznie podwyższone markery stanu zapalnego). Pozytywny wynik testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 nie był kryterium koniecznym, by zaklasyfikować dany przypadek jako PIMS (Godfred-Cato i wsp. 2020). Obecnie wiemy, że PIMS to ostry i potencjalnie groźny zespół zapalny, w przebiegu którego może dochodzić do rozwoju powikłań kardiologicznych (przede wszystkim: ostrego zapalenia mięśnia sercowego z obniżeniem frakcji wyrzutowej lewej komory) lub wstrząsu. Dotychczas opublikowane dane wskazują, że PIMS wynika z dysregulacji immunologicznej i jest następstwem przebytego 2-4 tygodnie wcześniej (często bezobjawowego lub skąpoobjawowego) zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Aktualnie w Polsce obowiązują wytyczne grupy ekspertów przy Polskim Towarzystwie Pediatrycznym (PTP), które zostały opublikowane w „Przeglądzie Pediatrycznym” (Mazur i wsp. 2021). Wytyczne te wskazują 6 kryteriów objawowych, które można zaobserwować w przebiegu PIMS:

1. Wiek: PIMS może być rozpoznawany u dzieci w wieku od 0 do 18 lat, przy czym zazwyczaj chorują dzieci w wieku szkolnym (mediana wieku to ok 9 lat).
2. Gorączka: jest kryterium obowiązkowym, najczęściej u dzieci chorych na PIMS utrzymuje się przez co najmniej 3 dni temperatura powyżej 38,5°C.
3. Wysokie wskaźniki stanu zapalnego: dotyczy głównie znacznego przekroczenia norm dla CRP, prokalcytoniny, OB, fibrynogenu, LDH, D-dimerów, ferrytyny.
4. Uszkodzenie wielonarządowe: u chorych na PIMS objawy występują ze strony co najmniej dwóch narządów lub układów:
  - układ pokarmowy: silny ból brzucha, wymioty, biegunka,
  - układ sercowo-naczyniowy: niedociśnienie, wstrząs, cechy zapalenia mięśnia sercowego, tętniaki tętnic wieńcowych, płyn w osierdziu, zaburzenia rytmu serca,
  - układ oddechowy: kaszel, duszność, cechy zapalenia płuc, płyn w opłucnej, ból w klatce piersiowej,
  - układ nerwowy: apatia, drażliwość, cechy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, niedowład lub porażenia nerwów obwodowych, silny ból głowy, ból głowy o nowym charakterze,
  - objawy skórno-śluzówkowe: wysypka, zapalenie lub nastrzyknięcie spojówek, „truskawkowy język”, suche, czerwone wargi, obrzęki rąk i stóp,
  - nerki: cechy ostrego uszkodzenia nerek, bezmocz,
  - cechy koagulopatii.
5. Diagnostyka różnicowa: należy wykluczyć inne przyczyny występowania objawów, takie jak: przyczyny infekcyjne i toksyczne, posocznica, zespół wstrząsu toksycznego,

ostra choroba wirusowa, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i otrzewnej, choroby układowe tkanki łącznej, choroby rozrostowe, nieswoiste zapalenia jelit.

6. Powiązanie z Covid-19, takie jak:

- dodatni wynik testu RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2,
- dodatni wynik testu antygenowego w kierunku SARS-CoV-2,
- dodatni wynik testu serologicznego na obecność przeciwciał (klasy IgM lub IgG anty-N i anty-S1) w kierunku SARS-CoV-2,
- udokumentowana istotna ekspozycja na Covid-19 w okresie minionych 4-8 tygodni.

Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, aby rozpoznać PIMS spełnione muszą być kryteria 1-5. Symptomami szczególnie alarmującymi są: wystąpienie u dziecka w wieku szkolonym wysokiej gorączki, charakterystyczne zmiany w wynikach analiz laboratoryjnych (z bardzo wysokimi wskaźnikami stanu zapalnego) oraz początkowo dominujące dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (przede wszystkim silne bóle brzucha). Natomiast kryterium 6 nie jest konieczne – przy obrazie klinicznym silnie wskazującym na PIMS, zwłaszcza u pacjenta w pogarszającym się lub ciężkim stanie, należy brać pod uwagę taką diagnozę nawet przy niespełnionym kryterium 6 (Mazur i wsp. 2021).

Skuteczne leczenie podjęte w odpowiednim czasie pozwala u przeważającej części pacjentów wrócić do pełni zdrowia w ciągu kilku dni. Jednakże badania wskazują, że w populacji amerykańskiej (gdzie jak dotąd odnotowano najwięcej przypadków) śmiertelność wynosi 1,5-2%, pomimo podjętego leczenia (Godfred-Cato i wsp. 2020). Zgodnie z najnowszymi zaleceniami Towarzystwa Pediatrycznego, biorąc pod uwagę ciężki przebieg i ryzyko powikłań, wszyscy pacjenci ze zdiagnozowanym zespołem PIMS powinni być hospitalizowani, optymalnie w placówce dysponującej zapleczem w postaci oddziału intensywnej opieki medycznej dziecięcej oraz możliwością konsultacji kardiologicznej. Natomiast w odniesieniu do dzieci, u których ze względów epidemiologicznych istnieje podejrzenie PIMS, ale u których objawy nie są nasilone (dzięki czemu pozostają one w dobrym stanie klinicznym), zaleca się stosowanie ścisłego nadzoru lekarskiego w ramach regularnych wizyt kontrolnych (Mazur i wsp. 2021). Po przebyciu PIMS wskazany jest nadzór lekarski nad pacjentem przez co najmniej 6 tygodni, a szczegółowy zakres wizyt kontrolnych powinien być dostosowany do stanu danego pacjenta (Harwood i wsp. 2021; Mazur i wsp. 2021).



### 1.1.1.2. Zespół pocovidowy u dzieci (ZPC)

Spośród tych uczniów, którzy mieli kontakt z wirusem SARS-CoV-2 (niezależnie od tego, czy zachorowali oni na pełnoobjawowy Covid-19 czy też przechodzili zakażenie w sposób skąpoobjawowy lub nawet bezobjawowy), część doświadczała lub nadal doświadcza odległych symptomów zakażenia koronawirusem, co objawia się niespecyficznym wyrażonym zestawem zaburzeń określanymi jako zespół pocovidowy (ZPC, ang. *long COVID, post-COVID syndrome, post-acute Covid-19 syndrome*) (Greenhalgh i wsp. 2020; Ladds i wsp. 2020). Zgodnie z obserwacjami brytyjskiego Narodowego Instytutu Zdrowia i Opieki (ang. *National Institute for Health and Care Excellence, NICE*), u większości osób dotkniętych ZPC dolegliwości i objawy rozwijają się w trakcie lub po przebyciu Covid-19 (u większości osób objawy pojawiają się w czasie od 2 do 8 miesięcy od zakażenia) i trwają >12 tygodni oraz nie wynikają z innego rozpoznania (Greenhalgh i wsp. 2020; National Institute for Health and Care Excellence 2021).

Wstępne badania prowadzone w pierwszym roku pandemii wykazywały, że zaledwie 65% osób wróciło do stanu zdrowia sprzed diagnozy Covid-19 w ciągu 14-21 dni po pozytywnym teście na obecność materiału genetycznego wirusa (Tenforde i wsp. 2020). Początkowe ostrożne szacunki sugerowały, że około 10% osób, które przeszły infekcję SARS-CoV-2 doświadczało zjawiska w pełni rozwiniętego efektu ZPC (Kings College London 2020). Najnowsze badania wskazują jednak, że odsetek ten może być znacznie wyższy – w niektórych badanych populacjach nawet co druga osoba raportuje przynajmniej jeden z objawów występujących przy zespole pocovidowym (Davis i wsp. 2021). Co najciekawsze, osoby z zespołem pocovidowym wcale nie musiały przechodzić choroby w sposób ciężki, część z nich przechodziła infekcję zupełnie bezobjawowo – u około 20% tej grupy odnotowuje się objawy ZPC. Natomiast w przypadku osób chorujących wcześniej na objawowy Covid-19 prawie 30% doświadcza negatywnych efektów ZPC, a wśród tych, którzy z powodu ciężkiego przebiegu Covid-19 musieli podlegać hospitalizacji nawet u co drugiego pacjenta diagnozowano symptomy ZPC (FAIR Health 2021).

Szeroko zakrojone badania ankietowe, którymi objęto 3762 uczestników z 56 krajów z potwierdzoną diagnozą Covid-19 (opartą na obecności przeciwciał lub pozytywnym wyniku testu diagnostycznego RT-PCR) lub objawowym podejrzeniem Covid-19, u których objawy chorobowe utrzymywały się co najmniej 28 dni lub dłużej wskazują, że ZPC towarzyszy ponad 200 zróżnicowanych symptomów, które mogą być powiązane z różnymi układami narządowymi w organizmie człowieka (Davis i wsp. 2021). Są to m.in.:

- objawy krążeniowo-oddechowe: zmęczenie, duszności, bóle w klatce piersiowej, kołatanie i zaburzenia rytmu pracy serca, kaszel,
- objawy neurologiczne: omdlenia, bóle i zawroty głowy, przejściowa utrata pamięci, zaburzenia poznawcze i zaburzenia koncentracji, zaburzenia snu, obniżenie nastroju, apatia, drażliwość, przetrwała urata węchu lub/i smaku,
- objawy ze strony układu ruchu: osłabienie siły i bóle mięśni, drętwienie i mrowienie kończyn, bóle i obrzęk stawów,
- objawy związane z przewodem pokarmowym: znaczna utrata apetytu, bóle brzucha, biegunki i wymioty, bóle gardła,
- objawy dermatologiczne: wysypki skórne (pęcherzykowe, zmiany plamkowo-grudkowe), zmiany pokrzywkowe lub odmrożeniowe na kończynach (tzw. covidowe palce), obrzęk twarzy, suche i czerwone wargi.

U ponad 65% osób z objawami ZPC symptomy utrzymują się przynajmniej przez 6 miesięcy (Davis i wsp. 2021). Średnio u ponad 80% pacjentów, u których zdiagnozowano ZPC obserwuje się co najmniej jeden symptom z katalogu wskazanego powyżej (Carfi i wsp. 2020).

Najczęstszym objawem, utrzymującym się szczególnie długo zarówno u dzieci, jak i dorosłych, jest chroniczne zmęczenie i osłabienie, które uniemożliwiają powrót do szkoły czy pracy w normalnym wymiarze czasowym (Rubin 2020). W badaniach pacjentów z 56 krajów to chroniczne zmęczenie dotyczyło prawie 90% (dokładnie 89,1%) ankietowanych i było ono opisywane jako zespół złego samopoczucia powysiłkowego (ang. *post-exertional malaise*, PEM) objawiający się gwałtowną i negatywną reakcją organizmu na podjęcie wysiłku. U osób tych w odpowiedzi na nawet niewielki wysiłek fizyczny pojawiały się objawy grypopodobne, które u większości chorych utrzymywały się przez kilka dni, powodując niejako nawrót objawów Covid-19, pomimo braku ponownej infekcji wirusem SARS-CoV-2. Wśród patologicznych reakcji na wysiłek pojawiał się również zespół posturalnej tachykardii ortostatycznej (ang. *postural orthostatic tachycardia syndrome*, POTS), który dotyczył około 30% ankietowanych i objawiał się gwałtownym wzrostem tętna i ciśnienia tętniczego po przyjęciu pozycji stojącej (Davis i wsp. 2021).

Wcześniej przywołane badania dotyczyły osób dorosłych (powyżej 18 r.ż.), jednakże podobne obserwacje dotyczą również dzieci, u których zdiagnozowano zespół pocovidowy (zwykle od 9 do 15 r.ż.) (Ludvigsson 2021). Rodzice takich dzieci opisują, że przez silne zmęczenie zapadają one w niespodziewane drzemki w ciągu dnia (jest to określane jako epizodyczna narkolepsja). Nawet przy zupełnym braku aktywności u takich dzieci pojawia się spływanie oddechu, natomiast już przy niewielkim wysiłku znacznie podwyższa się tętno,

występują bóle w klatce piersiowej i zaburzenia rytmu serca, co powoduje niezdolność do ćwiczeń (Ludvigsson 2021).

### **1.1.2. Zalecenia wstępne**

Dotychczasowe badania jednoznacznie wskazują, że długotrwały okres izolacji społecznej, ograniczenie aktywności fizycznej oraz ewentualne zakażenie wirusem SARS-CoV-2 to czynniki, które mogły znacząco wpłynąć na stan zdrowia, wydolność fizyczną oraz ogólną sprawność motoryczną dzieci i młodzieży. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę, że (ze względu na bezobjawowy lub skąpoobjawowy charakter zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u wielu dzieci) liczba dzieci w populacji polskiej, które przeszły taką infekcję jest znacząco niedoszacowana, dlatego też ryzyko wystąpienia u nich odległych efektów pocovidowych jest stosunkowo duże.

W odpowiedzi na tak istotny problem wpływający istotnie na przyszłość najmłodszego pokolenia specjaliści z akademii wychowania fizycznego we współpracy z MEiN stworzyli profesjonalny i wszechstronny program zaradczy pt. „Aktywny powrót do szkoły – WF z AWF”, umożliwiający odpowiednie przygotowanie nauczycieli wychowania fizycznego oraz nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej do zupełnie nowych wyzwań, z którymi muszą sobie poradzić w obliczu pandemii Covid-19. Ma on na celu wsparcie nauczycieli, zarówno w zakresie przywracania oczekiwanego poziomu sprawności fizycznej u dzieci i młodzieży, problemów związanych z integracją z grupą rówieśniczą po długim okresie izolacji, jak również wczesnego wykrywania potencjalnych problemów związanych ze zdrowotnymi efektami pocovidowymi. W założeniu autorów programu, efektem jego realizacji powinno być zmniejszenie niekorzystnych efektów pandemii Covid-19 u polskich dzieci - przywrócenie sprawności fizycznej oraz prawidłowego stanu zdrowia po długim okresie izolacji.

W pierwszym etapie program „Aktywny powrót do szkoły – WF z AWF” realizowano szkolenia dla nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej oraz nauczycieli wychowania fizycznego szkół podstawowych i ponadpodstawowych. W trakcie szkoleń, uczestniczącym w nich nauczycielom przekazano szereg zaleceń i wytycznych odnośnie odpowiedniego traktowania różnych grup uczniów powracających do szkół po długotrwałym okresie izolacji, które miały umożliwić bezpieczny powrót wszystkich uczniów do uczestnictwa w zajęciach związanych z aktywnością ruchową lub/i regularnych treningach sportowych. Wytyczne sformułowano dla następujących grup uczniów:

- wszyscy uczniowie, którzy doświadczają negatywnych skutków długotrwałej izolacji i hipokinezji (również ci, którzy nie chorowali na Covid-19 lub przeszli infekcję wirusem SARS-CoV-2 bezobjawowo),
- uczniowie, u których przed powrotem do szkoły zdiagnozowano wieloukładowy zespół zapalny powiązany z Covid-19 (PIMS),
- uczniowie, którzy chorowali na Covid-19 objawowo lub bezobjawowo i po powrocie do szkoły doświadczają odległych objawów Zespołu Pocovidowego (ZPC).

Jednym z założeń programu „Aktywny powrót do szkoły – WF z AWF” było wyposażenie nauczycieli w odpowiednie narzędzia umożliwiające im bezpieczną i skuteczną pracę z uczniami wracającym po pandemii Covid-19 do zajęć wychowania fizycznego realizowanych w tradycyjnym modelu kontaktu bezpośredniego. Jednym z takich narzędzi była przygotowana specjalnie dla szkolących się nauczycieli ankieta, która pozwala na wczesną identyfikację dzieci z objawami sugerującymi zespół pocovidowy. Dane z ankiet wypełnianych przez rodziców uczniów miały udzielić nauczycielowi podstawowych informacji o losach dziecka w czasie pandemicznej izolacji oraz stanie jego zdrowia. Wykazanie w ankiecie określonego zespołu objawów obserwowanych przez rodzica lub/i nauczyciela podczas zajęć wychowania fizycznego mogło być wskazówką do skierowania dziecka do lekarza POZ celem przeprowadzenia szczegółowej diagnostyki w kierunku zespołu pocovidowego i ewentualnego włączenia innych chorób (np. anemii czy nowych infekcji). W przypadku wykluczenia innych zaburzeń dziecko z objawami ZPC mogłoby być objęte odpowiednią opieką i (w zależności od intensywności obserwowanych objawów) skierowane albo na odpowiedni program rehabilitacyjny (które są aktualnie realizowane w różnych placówkach ochrony zdrowia w Polsce) albo do wykonywania samodzielnie (lub pod okiem rehabilitanta w miejscu zamieszkania) odpowiedniego zestawu ćwiczeń, np. obejmującego techniki oddechowe w połączeniu z monitoringiem utlenowania krwi (Greenhalgh i wsp. 2020).

### **1.1.2.1. Zalecenia dla uczniów, u których zdiagnozowano wieloukładowy zespół zapalny powiązany z Covid-19 (PIMS)**

Ze względu na znaczne ryzyko wystąpienia niezwykle niebezpiecznych powikłań, głównie kardiologicznych (np. tętniaki tętnic wieńcowych), w przypadku uczniów powracających do szkół po przejściu PIMS, należy zachować szczególną ostrożność w trakcie wdrażania u nich zajęć związanych z aktywnością fizyczną. Wszystkie decyzje związane z aktywnością fizyczną podejmowane w odniesieniu do takich uczniów powinny być konsultowane z lekarzem prowadzącym danego ucznia. Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (Mazur i wsp. 2021) zaleca się zwolnienie takiego ucznia z zajęć wychowania fizycznego według następującego schematu:

- w odniesieniu do wszystkich uczniów, u których zdiagnozowano PIMS: zwolnienie z zajęć WF przez min. 6 tygodni od dnia wypisu ze szpitala,
- w przypadku uczniów ze zmianami w tętnicach wieńcowych: zwolnienie z zajęć WF do czasu normalizacji obrazu tętnic wieńcowych,
- w przypadku uczniów z uszkodzeniem mięśnia sercowego: zwolnienie z zajęć WF co najmniej do czasu normalizacji stężenia troponiny (szczegółowe zalecenia do decyzji konsultującego kardiologa),
- dodatkowo, w przypadku występowania u ucznia zaburzeń rytmu serca: przed powrotem do aktywności sportowej zaleca się przeprowadzenie badania holterowskiego.

Dopuszczenie uczniów, którzy przechorowali PIMS do uprawiania sportów wyczynowych, jak również do uczestnictwa w amatorskich zajęciach sportowych w ramach wysoce urazowych i kontaktowych dyscyplin (jak np. piłka nożna, piłka ręczna itp.) wymaga odrębnej specjalistycznej kwalifikacji danego ucznia, obejmującej obowiązkową konsultację kardiologiczną oraz zgody od specjalisty medycyny sportowej. Przeciwwskazaniem dopuszczenia do regularnych treningów sportowych są: leczenie przeciwplatek lub przeciwkrzepliwie, przetrwałe zmiany tętnic wieńcowych (w tym szczególnie zwężenia pozapalne), upośledzona perfuzja mięśnia sercowego, utrwalone zaburzenia rytmu serca oraz niewydolność serca (Mazur i wsp. 2021).

### **1.1.2.2. Zalecenia dla uczniów, którzy doświadczają zespołu pocovidowego (ZPC)**

Powrót do pełnej aktywności fizycznej uczniów, u których zdiagnozowano Covid-19 lub/i u tych, którzy doświadczają zespołu pocovidowego powinien podlegać szczególnej kontroli, zarówno ze strony lekarza POZ, jak i nauczyciela WF. Ćwiczenia powinny rozpoczynać się najwcześniej 10 dni po chorobie, co najmniej 7 dni bez objawów. Podstawowym kryterium dopuszczającym aktywność fizyczną jest pełna zdolność do podejmowania czynności dnia codziennego oraz zdolność do przejścia 500 m w tempie marszu bez większego zmęczenia i problemów z oddychaniem. U uczniów adaptujących się na nowo do wysiłku fizycznego należy monitorować (McBride 2021):

- tętno,
- tempo oddechu,
- obciążenia w wysiłku,
- występowanie objawów senności, zmęczenia, bólu mięśniowego,
- możliwe pojawienie się bólu w klatce piersiowej.

Jak już wykazano, jednym z najpowszechniej występujących objawów pocovidowych są zaburzenia funkcjonalno-oddechowe. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę, iż długotrwała izolacja, skutkująca znaczącym niedoborem lub całkowitym brakiem aktywności fizycznej, również w sposób istotny wpływa na obniżenie efektywności funkcjonowania układu krążeniowo-oddechowego. W związku z powyższym, rekomenduje się, w odniesieniu do wszystkich uczniów doświadczających długotrwałych, negatywnych skutków izolacji i hipokinezji, wsparcie przede wszystkim powrotu do pełnej sprawności układu oddechowego.

Jednym z podstawowych elementów, które mogą pomóc zrealizować to założenie, są ćwiczenia oddechowe, które w sposób bezpieczny i nieobciążający mogą być stosowane u dzieci i młodzieży w różnym wieku w celu redukcji efektów pocovidowych. Ćwiczenia oddechowe są zalecane przez WHO jako element samodzielnej rehabilitacji, dostępny dla wszystkich pacjentów po przebyciu Covid-19 (WHO 2021). Dzięki systematycznemu wykonywaniu, ćwiczenia te zwiększają aktywność mięśni oddechowych w trakcie oddychania, przyczyniają się do wzrostu elastyczności pęcherzyków płucnych oraz efektywnej pojemności oddechowej płuc, mają także znaczenie w kształtowaniu prawidłowej postawy ciała uczniów (Barker i wsp. 2013; Macêdo i wsp. 2016). Regularnie stosowane techniki ćwiczeń oddechowych skupiają się na zastosowaniu odpowiedniego wzorca oddechowego,

normalizując tym samym poziom CO<sub>2</sub>, co zmniejsza skurcz oskrzeli i przeciwdziała zadyszce (Burgess i wsp. 2011).

Ćwiczenia oddechowe należy zacząć od nauki prawidłowego oddechu, przebiegającego z wykorzystaniem mieszanego toru oddechowego piersiowo-brzusznego. Podczas ćwiczeń (wykonywanych w stabilnej pozycji, w dobrze przewietrzonym pomieszczeniu) należy realizować wdech nosem i powolny wydech ustami, dążąc do uzyskania stosunku czasu wdechu do wydechu wynoszącego 1:2. Ćwiczenia oddechowe wykonywane w seriach po 5-10 minut mogą być wplatanie w programy innych ćwiczeń lub też mogą stanowić samodzielny program (Domagała 2021).

U ćwiczących uczniów należy szczególnie uważnie obserwować oddech oraz pojawiające się objawy zmęczenia. Do ich oceny można stosować narzędzia w postaci skal zmęczenia. U starszych dzieci i młodzieży można stosować subiektywną ocenę wysiłku w zakresie 1-10, gdzie 10 to wartość najwyższa oznaczająca zmęczenie, w którym należy przerwać wysiłek, a 1 jest to wartość spoczynkowa, bez wysiłku. Wysiłek umiarkowany określany jest w tej skali na poziomie 5-6 (czyli 60-70% HR<sub>max</sub> ucznia), zaś wysiłek energiczny to 7-8 w skali (czyli na poziomie 70-80% HR<sub>max</sub> ucznia). U młodszych dzieci można stosować test mówienia/śpiewania, gdzie przy umiarkowanym obciążeniu w trakcie wysiłku dziecko jest w stanie mówić, ale nie może śpiewać, zaś kiedy obciążenie jest intensywne, nie jest w stanie mówić ani śpiewać, a jedynie powiedzieć kilka słów w przerwie, by złapać oddech. Odmianę testu mówienia dla pacjentów, którzy wracają do aktywności po przebyciu Covid-19 zaleca również WHO. W publikacji pt. „Wsparcie w samodzielnej rehabilitacji po przebyciu choroby związanej z Covid-19” (WHO 2021) czytamy:

„Aby upewnić się, że wykonujesz ćwiczenia o odpowiednim natężeniu, spróbuj wypowiedzieć dowolne zdanie:

- jeśli możesz wypowiedzieć całe zdanie bez zatrzymywania się i nie odczuwasz przy tym braku tchu, możesz spróbować ćwiczyć intensywniej,
- jeśli w ogóle nie jesteś w stanie mówić lub potrafisz wypowiedzieć tylko pojedyncze słowa z przerwami, a do tego towarzyszy Ci nasilone uczucie braku tchu - aktywność fizyczna jest zbyt intensywna,
- jeśli wypowiadasz zdanie z pojedynczymi pauzami na wzięcie oddechu oraz odczuwasz umiarkowaną do niemal ciężkiej duszności, oznacza to, że wykonujesz ćwiczenia o odpowiednim natężeniu”.

W trakcie powrotu do aktywności fizycznej, a szczególnie regularnych treningów sportowych, należy ponadto dokonywać ciągłej oceny obciążenia w wysiłku na podstawie monitorowania tętna maksymalnego, spoczynkowego i wysiłkowego. Należy bezwzględnie reagować zmianą obciążenia na pojawiające u niektórych osób bóle w klatce piersiowej i znaczne przyspieszenie akcji serca, objawiające się tzw. kołataniem (Elliott i wsp. 2020).

W literaturze fachowej postuluje się, aby powrót do aktywności fizycznej po Covid-19 był podzielony na 5 etapów, których czas trwania zależy od stopnia nasilenia ewentualnych objawów pocovidowych (Elliott i wsp. 2020; McBride 2021):

- ETAP 1: powinien trwać minimum 2 dni, obejmować około 15 minut aktywności o niskiej intensywności dziennie (spacer, wolny trucht, rower stacjonarny), realizowanej w obciążeniu nie większym niż 70%  $HR_{max}$ , bez treningu oporowego,
- ETAP 2: powinien trwać minimum 1 dzień (jeżeli poprzedni etap był stabilny i nie wywoływał dużych zmian zmęczenia), obejmować około 30 minut aktywności o niskiej intensywności dziennie, podczas których można dodać dodatkowe zadania (np. elementy ćwiczeń zwinnościowych podczas wolnego truchtu), realizowanych w obciążeniu nie wyższym niż 80%  $HR_{max}$ , bez treningu oporowego,
- ETAP 3: powinien trwać minimum 1 dzień, obejmować około 45 minut aktywności o niskiej intensywności dziennie z bardziej złożonymi zadaniami ruchowymi, realizowanych w obciążeniu nie wyższym niż 80%  $HR_{max}$ , można wprowadzać pierwsze elementy lekkiego treningu oporowego,
- ETAP 4: powinien trwać minimum 2 dni, obejmować około 60 minut aktywności o niskiej intensywności dziennie w formie regularnych zajęć, realizowanych w obciążeniu nie wyższym niż 80%  $HR_{max}$ ,
- ETAP 5: w ostatnim dniu programu powinien nastąpić powrót do pełnej aktywności, charakterystycznej dla danego ucznia przed zachowaniem na Covid-19.



## 1.2. Problemy psychiczne uczniów podczas pandemii Covid-19

– *Joanna Basiaga-Pasternak, Monika Guskowska*

Wydarzenia roku 2020 były punktem zwrotnym w życiu wielu ludzi. Pandemia Covid-19 zachwiała fundamentami znanego nam świata, destabilizując je powszechnym strachem przed zachorowaniem, izolacją (a czasami również koniecznością przebywania wspólnot na małej powierzchni przez wiele dni), a przez to znacznie pogorszając jakość życia społeczeństwa. Dotychczas stabilne i przewidywalne sytuacje przestały takimi być, pojawiła się konieczność reinterpretacji świata, ludzi, siebie samego. Sytuacja pandemii dla wielu osób (zarówno dzieci, jak i dorosłych) stanowiła silny stresor, nawet o charakterze traumatycznym. Spowodował on liczne negatywne konsekwencje natury emocjonalnej i społecznej (Gallagher i wsp. 2020; Chen i wsp. 2020; Imran i wsp. 2020; <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/helping-children-cope-with-stress-print.pdf>).

Sytuacja pandemiczna jest szczególnie skomplikowana, gdyż nie można określić dokładnie czasu ekspozycji na stresor, natomiast spustoszenia w sferze psychicznej nie stanowią reakcji krótkotrwałej. Właśnie z tego powodu u osób zakażonych, chorujących czy będących w kwarantannie (a tzw. „kwarantanna narodowa” dotyczyła wszystkich polskich uczniów i studentów), mogły pojawić się objawy ostrego zaburzenia stresowego o charakterze dystresu. Mamy tu do czynienia z biologicznym stresorem, który konfrontuje ludzi ze śmiercią i wobec którego zawiodą dotychczasowe mechanizmy radzenia sobie. Stresor ten ma globalny, destrukcyjny charakter, nie zanika (jest przewlekły), nie wiadomo jak długo będzie trwał, jest nieprzewidywalny i powoduje u ludzi przewartościowanie. Nie ma też skutecznego sposobu wyeliminowania go całkowicie (Heitzman 2020).

Sytuacja kryzysowa wynikająca z pandemii Covid-19 przez swój nietypowy charakter zrodziła wiele wątpliwości i pytań, z których część pozostała bez jednoznacznej odpowiedzi. Uczniowie i ich rodzice zewsząd słyszeli w mediach sprzeczne opinie ekspertów i pseudoekspertów medycznych. U wielu osób wywoływało to zagubienie, dezorientację i utratę poczucia bezpieczeństwa. Mogło prowadzić do dramatycznych decyzji. Jak już wcześniej wspomniano, zarówno uczniowie, jak i ich rodziny, mogli interpretować pojawienie się pandemii na różne sposoby.

Odnosząc się do koncepcji poznawczo-transakcyjnej stresu autorstwa Richarda Lazarusa i Susan Folkman (Heszen 2013), zaistniałą sytuację można było interpretować w kategorii:

1. Krzywdy/straty (czyli szkody, która miała już miejsce np. utrata zdrowia czy bliskiej osoby) – dzieci utraciły bezpośredni kontakt z kolegami, rodzice mogli utracić pracę, ktoś bliski zmarł lub odczuwał negatywne konsekwencje chorowania na Covid-19 - krzywdzie i stracie zwykle towarzyszy złość, żal, smutek.
2. Zagrożenia (są to straty, które jeszcze nie miały miejsca, jednak jednostka przewiduje, że mogą pojawić się one w przyszłości) – uczniowie obawiali się zachorowania, utraty pracy przez rodziców, nieznanej przyszłości tym obawom towarzyszył lęk, strach, martwienie się. Lęk przed zachorowaniem czy śmiercią to najbardziej charakterystyczna emocja pojawiająca się w sytuacji pandemii. Jego nasilenie skutkuje przestrzeganiem lub ignorowaniem zaleceń i obostrzeń mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa. Pojawiające się myśli o śmierci, jakie towarzyszą pandemii, wywołują lęk egzystencjalny (Kossowska i wsp. 2020). Obawy o możliwość zakażenia, śmierci swojej i bliskich, pogorszenie się sytuacji materialnej rodziny- to naszym zdaniem najważniejsze powody odczuwania zagrożenia przez uczniów. Dla poruszanego tematu nie bez znaczenia mogą być również obawy przed udziałem w lekcjach odbywających się w zamkniętej, ograniczonej przestrzeni, a w szczególności przed udziałem w lekcjach wychowania fizycznego ze względu na zmniejszony dysonans fizyczny podczas wykonywania ćwiczeń.
3. Wyzwania – ma charakter antycypacyjny i dotyczy także oczekiwanych korzyści, co powoduje zarówno emocje negatywne jak przy zagrożeniu, ale i pozytywne np. nadzieja czy zapał; osoby tak spostrzegające pandemię próbowały aktywnie odnaleźć się w nowej sytuacji.

Nie tylko ocena samej pandemii miała różną postać. Także i nauka zdalna była przez uczniów w odmienny sposób interpretowana. Byli uczniowie, którzy dobrze poradzi sobie w czasie zdalnego nauczania, a nawet byli z niego zadowoleni. Chętnie nadal widzieliby taką formę nauki. Jest też grupa uczniów, u których zdalna nauka, oddzielenie od grupy rówieśniczej, spowodowało negatywne konsekwencje natury psychologicznej czy społecznej np. lęk czy objawy depresyjne. Zbyt duża intensywność lęku dezorganizuje normalne funkcjonowanie jednostki, upośledza podejmowanie decyzji, wpływa negatywnie na budowanie relacji interpersonalnych, może też rodzić agresję (Wolsza 2014).

Szczególnie narażeni na negatywne skutki nauki zdalnej byli uczniowie o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Z pewnością należy tu wymienić dzieci, dla których bezpośredni kontakt z grupą rówieśniczą pełni funkcje terapeutyczne, dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, dla których pobyt w szkole stanowił moment „wytechnienia” od problemów rodzinnych, dzieci

które były narażone na negatywne doświadczenia, np. przemoc ze strony rodziców, czy wreszcie uczniowie potrzebujący pomocy nauczyciela wspomagającego, gdyż podczas zdalnej formy nauczania tego typu pomoc była ograniczona. W tej grupie ulokować można także uczniów o „wrażliwej osobowości” – podatnych na negatywne bodźce czy traumatyczne wydarzenia, zagrożonych ryzykiem zaburzeń lękowych, już wcześniej wykazujących objawy zaburzeń (na przykład obsesyjno-kompulsyjnych), u których pojawił się czy nasilił lęk przed chorobami w ogóle, bakteriami, zarazkami. Do tego uwzględnić trzeba uczniów, którzy chorowali na Covid-19 i odczuwali bądź nadal odczuwają negatywne konsekwencje przebytej choroby, a także wszystkich tych, którzy z innych przyczyn negatywnie doświadczyli czasu zdalnej nauki i rozłąki z rówieśnikami i nauczycielami.

„Kwarantanna narodowa”, którą objęto większość Polaków, co przekładało się na czasowe wycofanie się z życia społecznego czy pracy w formie bezpośredniego kontaktu, jak i kwarantanna osobista spowodowana pozytywnym wynikiem testu na Covid-19 członka bliskiej rodziny, a także kwarantanna grupowa na skutek choroby nauczyciela lub kolegi z klasy, miały negatywne konsekwencje dla sfery psychicznej dzieci i młodzieży.

Jak wynika z przeglądu badań dotyczących skutków kwarantanny, ze szczególnym uwzględnieniem tej związanej z Covid-19 (Ahorsu i wsp. 2020; Brooks i wsp. 2020), wiele osób w czasie kryzysu epidemii choroby zakaźnej sygnalizuje narastający lęk (szczególnie przed zakażeniem), pogorszenie samopoczucia, depresję, złość, drażliwość, bezsenność, gniew, żal, wyczerpanie emocjonalne, smutek, a nawet poczucie winy. U niektórych osób pojawiły się objawy stresu pourazowego. Pozytywne emocje, takie jak szczęście czy ulga, pojawiały się zdecydowanie rzadziej i z mniejszym nasileniem. Natężenie negatywnych emocji obniżało się dopiero po 4-6 miesiącach od zakończenia okresu kwarantanny. Także badania przeprowadzane wśród młodzieży akademickiej wykazały, że w wyniku pandemii Covid-19 ponad połowa studentów odczuwa zmęczenie, miewa wahania nastroju, czuje się wyczerpana psychicznie, przejawia mniejszą motywację do nauki (Długosz i Foryś 2020 za: Mołodecka, 2021).

Psychiatrzy (Heitzman 2020) mówią nawet o pandemicznym ostrym zaburzeniu stresowym wywołującym przedłużoną reakcję lękową. Człowiek nie może oderwać się od stałego przeżywania traumy, czemu towarzyszy strach, poczucie bezradności, a nawet stany paniki, rozpacz i poczucie beznadziei. Do tego dochodzi zawężenie uwagi wyłącznie do problemu epidemii, silny lęk przed zainfekowaniem siebie i swojej rodziny, a także „pogotowie agresywne” – reagowanie agresją nawet na neutralne bodźce.

Niektóre z wymienionych powyżej objawów mogą występować także u dzieci i młodzieży. Najbardziej widoczne będą tu problemy natury emocjonalnej. U młodszych dzieci

przejawiają się one poprzez bóle brzucha, głowy i nóg, apatię, zwiększoną drażliwość, brak zainteresowania tym, co się lubiło robić wcześniej, niechęć do współpracy, nadmierną reakcję na krytykę, pesymistyczną ocenę rzeczywistości, poczucie odrzucenia i bycia niepotrzebnym, brak zainteresowania lekcjami. U starszych dzieci możliwe objawy to smutek, przygnębienie, niezdolność do odczuwania przyjemności, spadek zainteresowania tym, co wcześniej stanowiło źródło radości, brak energii, motywacji, zaniedbywanie higieny osobistej (widoczne podczas lekcji WF czy pozalekcyjnych zajęć sportowych), nadmierna reakcja na krytykę, drażliwość, płaczliwość, łatwe wpadanie w złość lub rozpacz, wrogość w stosunku do otoczenia, apatia, poczucie bezwartościowości i winy, osłabienie koncentracji, częste mówienie o chorobach czy śmierci, wypowiedzi typu *I tak się nie uda, To nie ma sensu*. Mogą temu towarzyszyć działania mające na celu samookaleczanie się czy inne zachowania o charakterze autodestruktywnym (Ebert, 2011). Objawy te powinny niepokoić, gdy się powtarzają. Jak podają statystyki policyjne, liczba prób samobójczych wśród nieletnich w pierwszym kwartale 2021 roku zwiększyła się o jedną czwartą w porównaniu z okresem styczeń-kwiecień 2020. Czy wpływ na to mogła mieć izolacja społeczna spowodowana pandemią? Zapewne u części tych młodych ludzi, którzy mieli problem z poradzeniem sobie z otaczającą rzeczywistością – tak (<https://pulsmedycyny.pl/dgp-coraz-wiecej-prob-samobojczych-wsrod-dzieci-1116900>).

Świadomość nauczycieli co do tego typu konsekwencji wydaje się być kluczowa w pracy z dziećmi i młodzieżą. Podczas szkolenia wykładowcy z zespołu Psychologia zwracali na to uwagę. Podkreślano także rolę empatii w kontakcie z uczniem oraz empatycznej, uwzględniającej potrzeby i emocje ucznia komunikacji.

Czas pandemii Covid-19 to niewątpliwie czas długoterminowego przeciążenia emocjonalnego uczniów, zmęczenia wielogodzinnym spędzaniem czasu przed komputerem przy jednocześnie zmniejszonej aktywności fizycznej. Oprócz obniżonego nastroju u uczniów można zaobserwować też wzrost poziomu agresywności. Sytuacja epidemiczna spowodowała konieczność wprowadzenia wielu ograniczeń, restrykcji. I choć większość osób zdawała sobie sprawę z konieczności wprowadzania obostrzeń i widziała ich zasadność, to jednak mogła pojawiać się frustracja, a w jej konsekwencji i agresja.

Jak wynika z badań przeprowadzonych wśród uczniów krakowskich szkół średnich (Szot, 2021), pandemia spowodowała wzrost odczuwanej agresji. Nieco silniej zaznaczyło się to w przypadku drugiego lockdownu (w 2021 r.) i miało to związek z obostrzeniami takimi jak obowiązek zasłaniania ust i nosa w przestrzeni publicznej, zamknięcie galerii handlowych, kin oraz teatrów. Obostrzenia te można określić jako dotyczące relacji społecznych, gdyż młodzież zwykle odwiedza kina czy sklepy w towarzystwie rówieśników. Ponadto agresję wywoływała

konieczność zdalnej nauki z wykorzystaniem kamery internetowej – bardziej widoczne było to w 2021 roku.

Najbardziej odczuwalne i wywołujące niezadowolenie badanej młodzieży w obydwu lockdownach (2020 i 2021 r.) były jednak obostrzenia dotyczące sfery społecznej – brak możliwości wyjścia z domu dla osób poniżej 18. roku życia bez rodzica/opiekuna; zamknięcie parków, bulwarów, plaż, lasów; brak dostępu do siłowni, pływalni i innych obiektów sportowych; brak możliwości spotkań ze znajomymi (ten zakaz był najsilniej odczuwany przez badanych uczniów).

Ograniczona aktywność fizyczna, godziny spędzone przed komputerem, niemożność „rozładowania” emocji, w tym agresji, w aktywny sposób – to także skutki uboczne pandemii Covid-19. Nauczyciel może zatem mierzyć się ze wzmożoną agresywnością niektórych uczniów, u których wcześniej takich reakcji nie obserwował. Podczas szkolenia zwracano uwagę na konieczność konsultacji spostrzeżeń nauczyciela wychowania fizycznego z pedagogiem, psychologiem szkolnym czy wychowawcą klasy.

Podczas szkoleń, nauczyciele dowiedzieli się jakie są psychologiczne konsekwencje izolacji społecznej uczniów. Zachęcaliśmy nauczycieli, aby pod koniec lekcji wychowania fizycznego proponowali uczniom ćwiczenia obniżające lęk i wpływające na pozytywne myślenie. W materiałach przygotowanych na potrzeby szkoleniowe zaprezentowano szeroką ofertę ćwiczeń wyobrażeniowych oraz oddechowych. Podobnie niektóre ćwiczenia zostały przedstawione w materiałach filmowych zrealizowanych dla programu „WF z AWF”. Sama lekcja wychowania fizycznego czy dodatkowe zajęcia typu Sport Kluby poprzez adekwatny dobór ćwiczeń mogą też stać się świetnym sposobem na regulację emocji, w tym agresji czy lęku.

Jednym z najważniejszych aspektów okresu dojrzewania młodego człowieka jest rozwój społeczny przejawiający się na płaszczyźnie jego związków interpersonalnych z rówieśnikami. Młody człowiek w sposób naturalny dąży do uczestnictwa w grupie rówieśniczej. Dotyczy to zwłaszcza adolescentów, dla których rówieśnicy stanowią ważny punkt odniesienia. Pandemia zaburzyła kontakty rówieśnicze, które budują tożsamość młodych ludzi, pozwalają na zaspokojenie potrzeb przynależności, akceptacji i uznania. Są one także niezastąpione w procesie socjalizacji. Tymczasem w trakcie zdalnej nauki, dzieci i młodzież przebywały głównie w środowisku rodzinnym, które nie jest w stanie zastąpić grupy rówieśniczej. Kontakt, także ten pozalekcyjny, w formie online nie może równoważyć bezpośrednich relacji stanowiących naturalne źródło wsparcia w obliczu kryzysu oraz sprzyjających identyfikacji społecznej. W pandemii Covid-19 kontakty społeczne zostały drastycznie zredukowane, a inni ludzie, w tym rówieśnicy, mogli być postrzegani jako

zagrożenie z powodu możliwości zarażenia się koronawirusem. Ograniczone kontakty z innymi dziećmi utrudniają budowanie niezależnej tożsamości, a także nawiązywanie relacji o charakterze przyjacielskiej (Mołodecka 2021).

Skutkiem pandemii i zdalnego nauczania było także pozbawienie uczniów bezpośredniego kontaktu z nauczycielami, którzy często stanowią wsparcie i źródło pomocy. Podczas zdalnej nauki nauczyciele nie są w stanie obserwować reakcji dziecka, płynących od niego sygnałów, na przykład prośby o pomoc. Szczególnie wyraźnie zaznaczyło się to w przypadku uczniów edukacji wczesnoszkolnej, którzy najbardziej potrzebują bezpośredniego kontaktu z nauczycielem, by zaadaptować się do realiów życia szkolnego. W czasie szkoleń podnoszono także i ten problem.

Konsekwencjami izolacji społecznej mogą być narastające problemy rodzinne. Szczególnie podczas lockdownu wiosną 2020 r., gdy w domach przebywały całe rodziny ucząc się i pracując zdalnie - frustracje, obawy czy problemy wszystkich członków rodziny były dla dzieci widoczne. Można powiedzieć, że wszystkie konflikty zostały „zamknięte” w domach. Dzieci uczestniczyły niekiedy w trudnych wydarzeniach rodzinnych (np. kłótniach rodziców), spowodowanych nie tylko pandemią Covid-19. Tego typu izolacja to czas niełatwy, zarówno dla dzieci, jak i dorosłych, wzbudzający lub nasilający agresję społeczną (Kossowska i wsp. 2020).

Powrót do nauki stacjonarnej to zarazem powrót do normalnych relacji z rówieśnikami. Szczególne znaczenie ma tu więc wykorzystanie elementów budujących i wzmacniających relacje w grupie rówieśniczej: ćwiczeń fizycznych, gier i zabaw ruchowych. Sposób prowadzenia tego typu zajęć, z wyraźnym podkreśleniem współpracy, a nie rywalizacji podczas lekcji, był omawiany w bloku psychologicznym programu „WF z AWF”. Zwracaliśmy szczególną uwagę na możliwość wykorzystania lekcji wychowania fizycznego w celu redukcji negatywnych konsekwencji izolacji społecznej. Podobne możliwości widzieliśmy w wykorzystaniu kompetencji nauczyciela wychowania fizycznego w przeciwdziałaniu negatywnym emocjom uczniów.

### **1.2.1. Psychologiczne aspekty i znaczenie aktywności fizycznej w okresie pandemii i po jej zakończeniu**

Pomoc dzieciom i młodzieży w radzeniu sobie ze stresem związanym z pandemią Covid-19 stanowi duże wyzwanie dla wszystkich dorosłych, zwłaszcza rodziców, opiekunów i nauczycieli. Szczególnego znaczenia nabiera tu aktywność fizyczna, która jest nie tylko niezbędnym warunkiem prawidłowego rozwoju fizycznego uczniów, utrzymania zdrowia i kondycji fizycznej. Stanowi także doskonałe narzędzie przywrócenia, utrzymania i zwiększenia zdrowia psychicznego młodej populacji w warunkach pandemicznych.

Nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej i nauczyciele wychowania fizycznego mogą wykorzystać ruch do poprawy nastroju, zwiększenia integracji grupy, kształtowania pozytywnej samooceny, rozwijania cech osobowości, które stanowią będą zasoby w radzeniu sobie ze stresem – także stresem związanym z pandemią. Podczas lekcji wychowania fizycznego, mając bezpośredni kontakt z uczniami w mniej formalnych niż na pozostałych lekcjach warunkach, mogą obserwować ich spontaniczne reakcje emocjonalne, zachowania społeczne, zmiany dokonujące się w ich ciele. Poprzez aktywność fizyczną nauczyciele mogą nie tylko kształtować ciało uczniów, ale także ich psychikę, zgodnie z zasadą, że ruch rzeźbi umysł. Sama lekcja wychowania fizycznego czy dodatkowe zajęcia ruchowe realizowane w Sport Klubach mogą stać się świetnym sposobem na rozładowanie stresu, regulację emocji, pomagając dzieciom w odzyskaniu nie tylko dobrej kondycji fizycznej i zdrowia, ale i pozytywnego nastroju i dobrego samopoczucia.

Wyniki badań naukowych wskazują, że ćwiczenia fizyczne chronią dzieci i młodzież przed negatywnym wpływem stresu na stan zdrowia i pomagają skutecznie radzić sobie ze stresem (Sigfusdottir i wsp. 2011). Dłuższy czas aktywności fizycznej w czasie wolnym, niezależnie od jej intensywności, wiązał się z mniejszym stresem nastolatków. Podobne związki zaobserwowano z objawami psychosomatycznymi (Dahlstrand i wsp. 2021). Badania pokazują ponadto, że nastolatki, które angażowały się przez dłuższy czas w aktywność fizyczną w czasie wolnym, były bardziej skłonne do przyjęcia aktywnej strategii radzenia sobie ze stresem (Dahlstrand i wsp. 2021). Wyniki badań przeprowadzonych podczas pandemii Covid-19 wskazują, że adolescenti i młodzi dorośli wykorzystują aktywność fizyczną w celu rozładowania napięcia związanego z sytuacją stresową. Ćwiczenia fizyczne (bieganie, jazda na rowerze, ćwiczenia w pomieszczeniach zamkniętych) były powszechną aktywnością stosowaną przez australijskich studentów medycyny, aby radzić sobie ze stresem związanym z pandemią (Lyons i wsp. 2020). Wykorzystywanie ćwiczeń fizycznych jako sposobu obniżania

napięcia było czynnikiem chroniącym przed stresem u francuskich studentów w okresie lockdownu (Bourion-Bédès i wsp. 2021).

Aktywność fizyczna ma także bardziej bezpośredni wpływ na samą wielkość reakcji stresowej, zmniejszając ją za sprawą mechanizmów fizjologicznych, co potwierdzają wyniki badań dzieci w wieku szkolnym oraz wpływa na ocenę sytuacji i zdarzeń będących źródłem stresu – osoby bardziej aktywne fizycznie oceniają stresory jako słabsze i częściej spostrzegają je jako wyzwanie (Roemmich i wsp. 2009). Brak aktywności fizycznej był istotnym predyktorem poziomu stresu związanego z pandemią postrzeganego przez tureckich studentów (Aslan i wsp. 2020). Aktywność fizyczna może przyczyniać się do kształtowania tzw. zasobów osobistych, czyli cech osobowości przydatnych w radzeniu sobie ze stresem (Guszkowska 2003).

Z tych powodów włączyliśmy informacje dotyczące związków między aktywnością fizyczną i stresem do naszych wykładów dla nauczycieli. Sformułowaliśmy dla nich wskazówki dotyczące najlepszego wykorzystania ćwiczeń fizycznych jako bufora minimalizującego wpływ stresu związanego z pandemią Covid-19 na dobrostan uczniów i obniżającego zdrowotne koszty transakcji stresowej w sferze fizycznej i psychicznej. Należy jednak zwrócić uwagę, że zależności między stresem i aktywnością fizyczną są dwukierunkowe. W badaniach Do i wsp. (2021) ustalono, że kiedy dzieci zgłaszały większy stres niż zwykle, były później mniej aktywne fizycznie, co sugeruje, że wahania stresu w ciągu dnia mogą stanowić barierę angażowania się w aktywność fizyczną. Promując aktywność fizyczną i podejmując interwencje wśród dzieci nauczyciele powinni dążyć do zmniejszenia stresu doświadczanego przez uczniów w ciągu dnia oraz promować efektywne strategie radzenia sobie ze stresem, w tym ćwiczenia relaksacyjne. Ich ogólne zasady, jak i konkretne przykłady, zostały przedstawione nauczycielom w materiałach szkoleniowych. Z powodzeniem mogą je wykorzystać, zwłaszcza w końcowej części lekcji.

Aktywność fizyczna jest ściśle związana z dobrostanem emocjonalnym osób w różnym wieku, także podczas pandemii Covid-19. Jak pokazują wyniki badań ponad 13 000 osób w 18 krajach, które w tym czasie ćwiczyły prawie codziennie, miały najlepszy nastrój, niezależnie od poziomu aktywności fizycznej przed pandemią, natomiast zmniejszona częstość ćwiczeń była związana z gorszym nastrojem (Brandt i wsp. 2020). Mniejsza aktywność fizyczna wiązała się ze zwiększonym negatywnym nastrojem osób dorosłych podczas lockdownu w Szkocji. Te, które ćwiczyły znacznie mniej niż wcześniej, ujawniły wyższy poziom negatywnego nastroju niż te, które utrzymały lub zwiększyły swoją aktywność fizyczną podczas pandemii (Ingram i wsp., 2020). Studenci AWF Warszawa, którzy podczas drugiej fali pandemii Covid-19 zwiększyli lub utrzymali aktywność fizyczną, wykazywali się lepszym samopoczuciem



psychicznym i doświadczali mniejszego pogorszenia nastroju niż ich koledzy, którzy ją zmniejszyli (Guszkowska i Dąbrowska-Zimakowska, w druku). Podobnie Rogowska i wsp. (2020) stwierdzili, że bardziej aktywni fizycznie studenci wykazywali się znacznie lepszym zdrowiem psychicznym, mniejszym lękiem i odczuwanym stresem, a także wyższą satysfakcją z życia niż studenci, którzy byli mniej aktywni fizycznie podczas pandemii

Wyniki badań naukowych dowodzą, że już jednorazowe ćwiczenia fizyczne powodują spadek poziomu negatywnych stanów emocjonalnych i wzrost nasilenia stanów pozytywnych. To jak duży jest ten wpływ zależy od parametrów samych ćwiczeń (charakter wysiłku, rodzaj zajęć, intensywność, czas trwania) oraz różnych cech ćwiczącego (wydolność fizyczna, sprawność fizyczna, cechy osobowości). Systematyczne ćwiczenia fizyczne prowadzą do bardziej trwałych efektów w postaci poprawy nastroju wyrażającej się spadkiem poziomu nastrojów negatywnych i wzrostem poziomu nastrojów pozytywnych. Zmiany te, podobnie jak efekty ostre, są zależne od czynników związanych z programem ćwiczeń i osobą ćwiczącą. Systematyczne ćwiczenia nie tylko poprawiają nastrój, ale mogą także wpływać na bardziej trwałe dyspozycje do doświadczania stanów emocjonalnych (np. zmniejszając skłonność do reagowania stanami lęku lub bardziej ogólnie – obniżając emocjonalność) (Guszkowska 2013).

W dostępnej literaturze znaleźliśmy tylko jeden przegląd 28 badań dotyczących związków między zdrowiem psychicznym i aktywnością fizyczną dzieci i młodzieży podczas pandemii Covid-19. W przypadku dzieci we wszystkich studiach ujawniono korelację między aktywnością fizyczną i zdrowiem psychicznym, w przypadku nastolatków zależność taką wykazano w dziewięciu z 13 badań. Autorzy formułują wniosek, że aktywność fizyczna jest pozytywnie skorelowana ze zdrowiem psychicznym i może poprawiać stan psychiczny - należy więc ją zalecać, aby wspierać zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży podczas pandemii Covid-19 (Okuyama i wsp. 2021).

Jak dowodzą wyniki badań prowadzonych przed pandemią, aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko rozwinięcia zaburzeń depresyjnych, poprawia nastrój, może stanowić czynnik wspomagający terapię dzieci i młodzieży cierpiących na depresję. Najbardziej przekonujących dowodów dostarczają dwa przeglądy parasolowe, których autorzy (Biddle i wsp. 2019; Dale i wsp. 2019) formułują wniosek, że aktywność fizyczna jest odwrotnie proporcjonalnie związana z depresją. W 12 z 16 prac przeglądowych ustalono związek negatywny – wyższy poziom aktywności fizycznej był związany z niższym poziomem depresji, w trzech kolejnych wynik był niepewny, tylko w jednej pracy stwierdzono brak związku. Wszystkie meta-analizy wykazały, że aktywność fizyczna redukuje objawy depresyjne, a wskaźnik wielkości efektu w przypadku interwencji u dzieci i młodzieży z populacji ogólnej przyjmował wartości od małej do umiarkowanej. W dwóch przeglądach obejmujących badania

w populacji klinicznej ustalono efekt umiarkowany i duży. Uzyskane wyniki sugerują, że aktywność fizyczna może być bardziej skuteczna w redukowaniu depresji w populacji klinicznej. Najbardziej efektywne były ćwiczenia tlenowe, grupowe, wykonywane pod nadzorem kilka razy w tygodniu przez co najmniej 7-8 tygodni; intensywność czy dawka aktywności fizycznej nie miała związku z efektem.

Jak już zasygnalizowano, sytuacja pandemii Covid-19 sprzyja także przeżywaniu niepokoju i może wzbudzać różnego rodzaju lęki. Wyniki badań prowadzonych w różnych grupach wiekowych, także wśród dzieci i młodzieży, dostarczają dowodów na rzecz antylękowego efektu ćwiczeń fizycznych. Tej problematyce poświęcono dwa przeglądy systematyczne (łącznie pięć badań jednostkowych) objęte przeglądem parasolowym przez zespół Dale (2019), dotyczące związków między uprawianiem sportu a poziomem lęku u dzieci i młodzieży. We wszystkich badaniach, niezależnie od modelu badawczego (przekrojowe, podłużne) stwierdzono redukcję poziomu lęku u dzieci uprawiających sport, w tym uczniów wrażliwych społecznie. Biddle i wsp. (2019) w swoim przeglądzie poddali analizie dwie meta-analizy obejmujące łącznie 35 badań jednostkowych. W randomizowanych badaniach klinicznych ustalono niewielki spadek lęku, w mniej restrykcyjnych badaniach interwencyjnych efekt ten był duży, zaś znikomy w badaniach obserwacyjnych. Badano wpływ ćwiczeń tlenowych, udziału w lekcjach wychowania fizycznego, aktywności sportowej i zajęć jogi. W podsumowaniu badacze stwierdzili, że efektem zwiększonej aktywności fizycznej jest spadek poziomu lęku. Druga meta-analiza objęła jedynie dwa randomizowane badania kliniczne, w których monitorowano wpływ programów wychowania fizycznego na poziom lęku u dzieci z diagnozą ADHD. Rezultaty świadczą o umiarkowanym spadku poziomu lęku u uczniów uczestniczących w interwencjach trwających 6-10 tygodni. Z kolei w meta-analizie badań prospektywnych wykazano, że aktywność fizyczna chroni przed lękiem, zarówno dzieci i młodzież, jak i osoby dorosłe, zwłaszcza w przypadku agorafobii i zaburzeń post-traumatycznych (Schuch i wsp. 2019).

Kolejnym problemem natury psychicznej w okresie pandemii, który może stanowić wyzwanie dla nauczycieli oraz rodziców i opiekunów jest spadek samooceny uczniów, zwłaszcza w sferze wyglądu fizycznego i sprawności fizycznej. Aspekt ten również został podniesiony podczas szkoleń nauczycieli. Brak bezpośredniego kontaktu spowodowany pandemią Covid-19 ma bowiem wpływ na postrzeganie przez uczniów swojej cielesności, co jest związane ze zmianami zachodzącymi w wyglądzie fizycznym uczniów w wyniku naturalnych procesów rozwojowych, dojrzewania czy wzrostu masy ciała. Siedzący styl życia, nauka przed ekranem komputera, czasowe ograniczenia możliwości korzystania z obiektów sportowych, spożywanie wysokokalorycznej, przetworzonej żywności także prowadziły do

zmian w wyglądzie fizycznym. Zmiany te z kolei wpływały na samoocenę fizyczną (stanowiącą jedną ze sfer samooceny ogólnej) młodych ludzi, rodziły obawy o to, jak zmieniający się wygląd zostanie oceniony przez otoczenie, a zwłaszcza grupę rówieśniczą. Podobne obawy może wywoływać świadomość obniżonej sprawności fizycznej spowodowanej okresem zdalnej nauki lub przebytego Covid-19. Zarówno wygląd fizyczny, jak i sprawność, są dobrze widoczne podczas lekcji wychowania fizycznego, dlatego tak ważne jest, by nauczyciel był świadomy z jakimi niepokojami mierzą się jego uczniowie, jakie są konsekwencje pandemii w sferze społecznej i emocjonalnej.

Lekcje wychowania fizycznego powinny przynosić uczniom pozytywne emocje, radość z wykonywanych czynności oraz ułatwiać odbudowanie pozytywnych relacji z rówieśnikami. Nauczyciel powinien zdawać sobie sprawę, że pozytywna samoocena (w tym wypadku głównie dotyczy to samooceny fizycznej) prowadzi do kształtowania poczucia własnej wartości oraz samoakceptacji. Osoba, którą cechuje wysoki poziom poczucia własnej wartości, równocześnie wierzy w swoje możliwości, a także lepiej radzi sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi, do których należy pandemia i wynikające z niej konsekwencje (Kata 2018).

Aktywność fizyczna może być także i w tej sferze skutecznym remedium. Związkowi między aktywnością fizyczną i obrazem własnej osoby poświęcono 14 przeglądów systematycznych uwzględniających 101 badań jednostkowych objętych przeglądem parasolowym zespołu pod kierunkiem Dale (2019). Biddle i wsp. (2019) swoim przeglądem parasolowym objęli dodatkowo trzy przeglądy systematyczne (79 badań jednostkowych). W połowie analizowanych przeglądów ustalono związki między aktywnością fizyczną i podniesieniem samooceny, z efektem od małego do umiarkowanego, tylko w jednym nie potwierdzono tego związku. W badaniach realizowanych w modelu eksperymentalnym stwierdzono mały do umiarkowanego efekt interwencji dla pojęcia ja i umiarkowany efekt dla poczucia własnej wartości. W badaniach nieinterwencyjnych aktywność fizyczna miała słaby związek z pojęciem ja, w tym ja-fizycznego, mały do umiarkowanego związek z wyglądem fizycznym i obrazem ciała oraz umiarkowany związek ze spostrzeganą kompetencją, wykryto także dodatnie korelacje między aktywnością fizyczną i samooceną (Biddle i wsp. 2019; Dale i wsp. 2019). W innej meta-analizie 28 randomizowanych badań klinicznych ustalono, że ćwiczenia fizyczne mają średnio duży wpływ na zmniejszenie wrażliwości na lęk, średni efekt w postaci zwiększenia ogólnego poczucia własnej skuteczności, niewielki wpływ na zmniejszenie reaktywności na stres i nieistotny wpływ na tolerancję stresu (Jacquart i wsp. 2019).

Wyniki badań dostarczają więc silnych dowodów na rzecz negatywnych związków między aktywnością fizyczną i depresją oraz lękiem, jak i pozytywnych związków z różnymi

wymiarami obrazu własnej osoby dzieci i młodzieży. Warto zauważyć, że istnieją też dane wskazujące, że siedzący tryb życia wiąże się z gorszym zdrowiem psychicznym w tych grupach wiekowych. Przegląd 32 prac dostarczył spójnych i silnych dowodów potwierdzających związek między symptomatologią depresji i dystresem psychicznym a czasem spędzonym w czasie wolnym przed ekranem (komputera, telewizora, smartfonu). Umiarkowane dowody potwierdziły związek między niską samooceną a czasem korzystania z tych urządzeń. Stwierdzono gorszy stan zdrowia psychicznego nastolatków spędzających przed ekranem powyżej 2-3 godzin dziennie (Hoare i wsp. 2016). W treściach szkolenia uwzględniono informacje na temat związków między aktywnością fizyczną i zdrowiem psychicznym uczniów oraz przedstawiono liczne wskazówki praktyczne do jak najlepszego wykorzystania aktywności fizycznej w celu utrzymania dobrostanu psychicznego uczniów, zmniejszenia ryzyka depresji i zaburzeń lękowych oraz utrzymania lub podwyższenia samooceny w warunkach pandemicznych.

### **1.2.2. Kształtowanie motywacji do podejmowania aktywności fizycznej**

Aktywność fizyczna może być z powodzeniem wykorzystywana przez nauczycieli w celu utrzymania i poprawy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży podczas pandemii Covid-19. Co jednak zrobić, by uczniowie chcieli ćwiczyć? Tematyka dotycząca rozwijania i utrzymywania motywacji do aktywności fizycznej była podejmowana na naszych szkoleniach. Dobrym punktem wyjścia do rozważań nad motywacją do podejmowania aktywności fizycznej jest koncepcja samostanowienia (*self-determination theory*) Edwarda L. Deciego i Richarda M. Ryana (2000, 2017). Autorzy podkreślają znaczenie trzech podstawowych potrzeb psychologicznych: powiązania (relacji społecznych), kompetencji oraz autonomii. Wyróżniają dwa typy motywacji: wewnętrzną i zewnętrzną, która może przyjmować różne formy (regulacja zintegrowana, oparta na identyfikacji, oparta na introjeksji oraz regulacja zewnętrzna sensu stricto) i stan amotywacji.

Wyniki badań wskazują, że niezależnie od poziomu edukacji i wieku uczniów należy wzmacniać motywację wewnętrzną, która pozwala angażować się w ćwiczenia fizyczne niezależnie od zewnętrznych wzmocnień (Hagger i Chatzisarantis 2007). Motywacja wewnętrzna odnosi się do wykonywania czynności „dla niej samej”, dla satysfakcji wynikającej z samego działania. Nie oznacza to jednak całkowitej rezygnacji z innych form motywacji.

Warto kształtować także pewne formy motywacji zewnętrznej. W przypadku regulacji zintegrowanej aktywność fizyczna zaspokaja istotne potrzeby psychologiczne, jak potrzebę osiągnięć czy afiliacji. Przejawem regulacji opartej na identyfikacji jest podejmowanie aktywności fizycznej jako stanowiącego wartość zachowania wzmacnianego wewnątrznie. Młodsze dzieci mogą niekiedy angażować się w ćwiczenia fizyczne chcąc uzyskać aprobatę osób znaczących (nauczyciela, rodziców) lub naśladując ich zachowania. W pewnych przypadkach celowe może okazać się także wykorzystanie zewnętrznych wzmocnień (Hagger i Chatzisarantis 2007).

Zgodnie z teorią samostanowienia wewnętrzna motywacja będzie wzmacniana wówczas, gdy aktywność będzie odbywała się w grupie zaspokajając potrzebę kontaktów społecznych (McDonough 2006). Kształtujące się poczucie więzi i przynależności pozwala wzmacniać motywację wewnętrzną, nasila odczucie przyjemności i radość z ruchu, zaś poczucie wyobcowania czy bycia odrzuconym zwykle ją osłabia. Równie ważne dla utrzymania i wzmocnienia wewnętrznej motywacji są doświadczenia autonomii (Aoki 2005; Laurin i Joussemet 2017). Oferowanie prawdziwego wyboru tego, co będzie działo się na lekcji, ustalanie razem z uczniami jako pełnoprawnymi decydentami w co będą grać lub jak się będą bawić, pozwala zwiększyć radość płynącą z aktywności fizycznej. Nasilaniu radości i przyjemności służy minimalizowanie zewnętrznych nacisków (kar i nagród), rezygnacja z oceniania, dostarczanie informacji zwrotnych, zapewnianie empatycznego wsparcia oraz zapewnianie optymalnych wyzwań. Wszystko to służy motywacji wewnętrznej, a tym samym zwiększa odczucie zadowolenia i przyjemności. Wszystkie te kwestie były szczegółowo omawiane podczas szkoleń i opisane w materiałach szkoleniowych wraz z przykładami konkretnych działań (także ćwiczeń do przeprowadzenia podczas lekcji wychowania fizycznego), które może podjąć nauczyciel, aby rozwijać motywację wewnętrzną.

Działania motywowane wewnątrznie są dodatkowo wzmacniane przez poczucie skuteczności i kompetencji oraz bycie inicjatorem własnego działania. Doświadczenia kompetencji są zarówno niezbędnymi warunkami utrzymania, jak i wzmocnienia wewnętrznej motywacji, nasilają też radość i przyjemność płynącą z wykonywania działań motywowanych wewnątrznie (Brzezińska 2005). Szczególne znaczenie ma tu poczucie własnej skuteczności czyli przekonanie jednostki, że może z powodzeniem realizować różne działania i osiągać cel pomimo ewentualnych przeszkód. Nauczyciel może być tu bardzo pomocny za sprawą właściwego doboru ćwiczeń podczas lekcji wychowania fizycznego i oddziaływania za pomocą perswazji, co szczegółowo omawiamy w materiałach szkoleniowych. W przypadku inicjowania i podtrzymywania aktywności fizycznej ważne jest też modelowanie zachowań (Bandura 2007). Funkcję modelu może pełnić każda osoba stanowiąca dla ucznia autorytet.

Inne istotne motywy, które mogą być realizowane dzięki aktywności fizycznej, co będzie przyczyniało się do jej podejmowania, to motywy samorealizacji i autowaloryzacji (Chepko i Doan 2015; Seekis i wsp. 2017). Nastolatkwie porównują się z rówieśnikami, by przekonać się, jak wypadają na ich tle. Kształtują się wówczas elementy tożsamości, poczucia dumy i samorealizacji poprzez osiąganie nowych umiejętności szkolnych, sportowych czy interakcje społeczne. Gdy w rezultacie tych porównań oceniają, że nie dorównują innym, czują się niewystarczająco dobrzy i mogą rozwinąć poczucie niższości. Badania pokazują, że niemal co czwarty uczeń szkoły ponadpodstawowej boryka się z problemem niskiej ogólnej samooceny (Kata 2018). Dodatkowo około 35% dziewcząt i 15% chłopców na tym etapie edukacji przejawia brak akceptacji swojego wyglądu (Skop-Lewandowska i Szot 2010). Aby budować zdrowy mechanizm autowaloryzacji u ucznia przy jednoczesnym uniknięciu nierealistycznych przekonań na własny temat, warto wzmacniać w nim postawę samowspółczucia (*self-compassion*), czyli pozytywne i wyrozumiałe nastawienie wobec samego siebie (Bluth i Eisenlohr-Moul, 2017). Podczas szkolenia podawane były szczegółowe wskazówki, jak zaspokajać opisane wyżej potrzeby przez aktywność fizyczną oraz przedstawiane konkretne ćwiczenia, które nauczyciele mogą wykorzystać podczas lekcji wychowania fizycznego w celu motywacji do podejmowania aktywności fizycznej.

### **1.3. Problemy metodyczne nauczycieli podczas pandemii Covid-19**

– *Andrzej Kosmol*

W raporcie Active Healthy Kids Global Alliance (AHKGA 2018) Polska wypada przeciętnie pod względem warunków do podejmowania aktywności fizycznej dzieci i młodzieży. Pozytywnie na tle innych wskaźników przedstawia się w Polsce obszar szkoły, co wynika z relatywnie znacznej liczby i obligatoryjności lekcji wychowania fizycznego oraz dostępności do wykwalifikowanej kadry. Dodatkowo w szkołach realizowane są powszechnie dodatkowe zajęcia sportowe (m.in. SKSy). Jednakże, wskaźniki charakteryzujące same zachowania zasługują na bardzo niskie oceny i niewiele zapowiada, aby miały się one poprawić.

We wnioskach AHKGA stwierdziła, że pomimo obiecującego klimatu w podejściu do aktywności fizycznej w Polsce, na co wskazują wysoki stopnie przyznawane indyktorom szkolnym i rządowym, odsetek dzieci i młodzieży, które spełniają jej zalecane poziomy pozostaje niski. Działania promocyjne muszą wykraczać poza sporty szkolne – należy zachęcać do wieloskładnikowych strategii angażujących rodzinę, rówieśników i społeczność, aby zmaksymalizować udział w aktywności fizycznej polskich dzieci i młodzieży.

Sytuacja pandemiczna nie sprzyjała realizacji postulatów AHKGA. Biorąc pod uwagę okoliczności pandemii na gruncie szkoły, nauczycielom trudno było wyobrazić sobie zajęcia wychowania fizycznego w sposób, w jaki były wcześniej realizowane, gdzie fizyczny kontakt między nauczycielami a uczniami był bezpośredni i przyjmowany za pewnik. W czasie pandemii uczestnikom zajęć brakowało takich interakcji. Nauczyciele, w czasie zajęć, komunikowali się z uczniami poprzez technologie dedykowane pracy na odległość, co miało swoje konsekwencje, co istotnie zmieniało formę prowadzonych zajęć. Zmieniła się rola nauczycieli, którzy stanęli przed problemem, do którego nie byli przygotowani.

Wyniki badań wskazują, że Covid-19 wpłynął na realizację lekcji wychowania fizycznego przez nauczycieli i zmienił ich rolę, z podejścia grupowego na indywidualne, z ograniczonym lub brakiem kontaktu fizycznego. Takie zmiany ograniczyły sposób, w jaki nauczyciele mogli nauczać. Poza negatywnymi skutkami pandemii, pojawił się pozytywne elementy, jak możliwość samodzielnego odkrywania nowych kultur ruchu w ramach wychowania fizycznego. Postawiono pytanie, czy stoimy w obliczu radykalnej zmiany w podejściu do wychowania fizycznego i czy nauczyciele przygotowujący się do takich zajęć są gotowi np. kontynuować nauczanie w sposób, który obejmuje większe oparcie się na technologiach cyfrowych, mniejszy (lub brak) fizycznego kontaktu z uczniami i więcej przestrzeni osobistej.

Nauczyciele wychowania fizycznego we wszystkich krajach stanęli przed takimi problemami. Ich rozwiązania były uwarunkowane wieloma czynnikami: dotychczasowym uczestnictwem w aktywności fizycznej, zakresem strukturyzowanych i nieustrukturyzowanych jej form, poziomem sprawności fizycznej, poziomem wychowania fizycznego w szkołach, stosunkiem społeczeństwa i rządzących do wychowania fizycznego i aktywności fizycznej. Na uwagę zasługują programy kanadyjskie „Active for life”<sup>1</sup>, Australijskie „KID DO”<sup>2</sup> oraz amerykańskie The Aspen Institute „Project Play”<sup>3</sup>. Wszystkie one ukierunkowane są na nauczanie i doskonalenie podstawowych umiejętności ruchowych, do poziomu niezbędnego do podejmowania aktywności fizycznej dla zdrowia wśród dzieci w wieku od najmłodszych lat do 10-12 lat. Oferują one wszechstronne materiały szkoleniowe dla nauczycieli, trenerów i rodziców. Mając tak rozwinięte programy, z chwilą pojawiających się „zaburzeń” spowodowanych np. rozpowszechnianiem się wirusa Covid-19, znacznie łatwiej było dostosowywać możliwości działania do zmieniających się warunków.



W świetle obecnej sytuacji związanej z Covid-19, programy te cały czas koncentrują się na głównej misji, aby wszystkie dzieci pozostawały aktywne i często były aktywne („moving well, moving often”). Na ich stronach internetowych znajdziemy adaptowane praktyczne rozwiązania odnoszące się do aktywizacji ruchowej przede wszystkim najmłodszych dzieci. Obok rozwiązań praktycznych, tworzonych przez nauczycieli, specjalistów od aktywności fizycznej, rodziców, na stronach internetowych znajdujemy wiele treści, których celem jest edukacja zdrowotna społeczeństwa poprzez aktywność fizyczną.

Na tym tle program WF z AWF, który powstał w odpowiedzi na zmianę warunków kształcenia, należy uznać za wyjątkowy. Jest on przykładem praktycznego działania i wyjścia naprzeciw nie tylko potrzebom nauczycieli wychowania fizycznego, ale przede wszystkim podejściem do dbałości o zdrowie tej części społeczeństwa, którego stan w przyszłości będzie wpływał na wielkość kosztów ponoszonych przez służbę zdrowia. Program WF z AWF w dużym stopniu (choć nadal niewystarczającym) był wyjątkowo odważnym otwarciem się MEiN, nie tylko na potrzeby wychowania fizycznego, ale przede wszystkim ukierunkowania na kształtowanie zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży w sferze społecznej. Kontynuowanie programu, objęciem jego zasięgiem jeszcze większej liczby nauczycieli i uczniów, nie tylko przybliży jego uczestników do zaleceń WHO (60’ aktywności fizycznej dziennie), ale może dać początek zorganizowanym działaniom, zainicjowanych przez MEiN

---

<sup>1</sup> <https://activeforlife.com/>

<sup>2</sup> <https://kiddo.edu.au/>

<sup>3</sup> <https://www.aspenprojectplay.org/>



a wdrożonych przez akademie wychowania fizycznego, w które powinno się włączyć inne organizacje i jednostki państwowe, także pozarządowe i prywatne.

Powiązanie okresowej ewaluacji np. z wykorzystaniem Kart Raportu Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży<sup>4</sup> AHKGA<sup>5</sup>, z praktyczną realizacją programu WF z AWF, rozszerzonego do postaci Aktywny dla Zdrowia/dla Życia może stanowić komplementarne rozwiązanie do zastosowania w polityce państwa w odniesieniu do profilaktyki zdrowia.

### **1.3.1. Przykłady rozwiązań praktycznych, doboru ćwiczeń/zabaw/gier, z uwzględnieniem poziomu kształcenia**

Zasadnicza część szkoleń w pierwszej fazie programu WF z AWF poruszała aspekty metodyczne – warsztatowe. Celem tej części było wyposażenie nauczycieli wychowania fizycznego oraz nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w dodatkowe praktyczne umiejętności związane z realizacją zajęć wychowania fizycznego oraz zajęć pozaszkolnych (Sport Kluby) dla dzieci po powrocie do szkół, wielomiesięcznego okresu ograniczenia aktywności fizycznej.

Tematyka warsztatów obejmowała kształcenie na trzech poziomach edukacji (klasy 1-3, 4-8 oraz szkoły ponadpodstawowe) w 3 obszarach:

- a) przeciwdziałanie skutkom hipokinezji – formy aktywności fizycznej w celu przeciwdziałania jej ograniczeniu wynikającej z sytuacji pandemicznej i jej negatywnym skutkom (otyłość, wady postawy),
- b) przeciwdziałanie skutkom izolacji społecznej – formy aktywności fizycznej w celu zmniejszenia negatywnych skutków izolacji społecznej,
- c) przeciwdziałanie skutkom zdrowotnym pojawiającym się po przebyciu COVID 19 lub wspomaganie odporności organizmu – formy aktywności fizycznej w celu zmniejszenia negatywnych skutków Covid-19 lub wspomaganie odporności organizmu.

Warsztaty we wszystkich akademiach wychowania fizycznego były realizowane przez grupę 140 doświadczonych metodyków, nauczycieli akademickich ze stopniami naukowymi, specjalistów wychowania fizycznego na wszystkich poziomach edukacji, w tym także dużą grupę nauczycieli pracujących w szkołach.

---

<sup>4</sup> Report Card on Physical Activity for Children and Youth - zawiera 10 podstawowych wskaźników AF stosowanych w Global Matrix 3.0 (ogólna aktywność fizyczna, zorganizowane uczestnictwo w sporcie, aktywna zabawa, aktywny transport, siedzący tryb życia, sprawność fizyczna, rodzina i rówieśnicy, szkoła, społeczność i środowisko, Rząd) – najnowszy raport Global Matrix 4 przewidywany jest na październik 2022 r.

<sup>5</sup> Active Healthy Kids Global Alliance (AHKGA).

Na podstawie określonych przez Zespoły „Zdrowie” i „Psychologia” wytycznych i rekomendacji ukierunkowujących działania nauczycieli na realizację potrzeb dzieci i młodzieży szkolnej wynikających z warunków pandemii Zespoły Metodyczne przygotowały szeroki wachlarz praktycznych rozwiązań (ćwiczeń/zabaw/gier) do wykorzystania przez nauczycieli w ramach Sport Klubów. Nauczyciele uczestniczyli w warsztatach praktycznie, tzn. aktywnie brali udział w ćwiczeniach/zabawach/grach ukierunkowanych na przeciwdziałanie hipokinezji, izolacji i negatywnych skutków zdrowotnych wynikających z choroby, a także zamknięcia szkół i kształcenia on-line.

Dla każdego poziomu kształcenia przygotowano scenariusze zajęć podporządkowanych tematyce przeciwdziałania hipokinezji, izolacji i zmniejszenia negatywnych skutków Covid-19 i wspomagania odporności organizmu. Każdy ośrodek opracował własne scenariusze, bazując na ujednoliconym schemacie (wzorcu) zapisu (załącznik 1). Wachlarz ćwiczeń/zabaw/gier obejmował rozwiązania do realizacji w warunkach zamkniętych, np. sale do ćwiczeń oraz korytarze szkolne (indoor), a także w plenerze, na powietrzu (outdoor).

Dobór ćwiczeń/zabaw/gier był celowy, uwzględniał osoby o różnym poziomie sprawności i zróżnicowanych umiejętnościach. Dobrym przykładem ilustrującym takie podejścia były warianty zajęć z piłki nożnej. Pierwszy - piłka nożna w klasycznym wydaniu dla tych o wysokiej sprawności, którzy lubią rywalizację zgodną z przepisami. Drugi - modyfikacja piłki nożnej w formie chodzonej (football walking), dla osób o niższej sprawności, dla tych którzy nie „czują” się pewnie na boisku w czasie szybkich działań, nie lubią kontaktu bezpośredniego i ostrych starć (gra w tym wariantcie jest bezkontaktowa), gdzie jest więcej czasu na przemyślenie działania i podjęcie decyzji. Ten wariant może budzić większe zainteresowanie i zaangażowanie w grę u dzieci i młodzieży posiadających mniejsze umiejętności. Innym przykładem takiego uniwersalnego rozwiązania jest gra drużynowa Tchukball. Jest to gra bezkontaktowa, w której nie wolno atakować przeciwnika (unikanie agresji), nie wolno przechwytywać piłki, nie wolno przeszkadzać drużynie przeciwnej w podaniach piłki. Uczniowie po zdobyciu piłki podają piłkę w obrębie drużyny, która stara się zdobywać punkty, rzucając w bramkę z elastyczną jak trampolina siatką.

Na wszystkich poziomach kształcenia główną osią zastosowanych w warsztatach ćwiczeń/zabaw/gier była postawa ciała, ergonomia ruchu, ćwiczenia funkcjonalne w czynnościach dnia codziennego, zawierające się w takich hasłach jak:

- „urośnij w górę” (zadania poprawiające postawę i ruch w stawach z wykorzystaniem głównie zabaw i gier ruchowych) w klasach 1-3,

- „zrób to dobrze” - zestaw ćwiczeń ukierunkowany na kształtowanie i utrwalanie prawidłowych wzorców ruchowych związanych z czynnościami dnia codziennego) w klasach 4-8,
- RAMP dla uczniów szkół ponadpodstawowych – ćwiczenia poprawiające mobilność, aktywny zakres ruchu i stabilność, umiejętności utrzymania zadanej pozycji z uwzględnieniem samokontroli i samooceny uczniów.

Hipokinezja oraz długotrwała pozycja siedząca powodują zmniejszenie zakresu ruchu we wszystkich stawach, a pozycja ciała staje się „zamknięta”. Taki stan rzeczy ma swoje konsekwencje w postaci m.in. zaburzeń w układzie ruchu oraz krążeniowo-oddechowym. Zmniejszona aktywność fizyczna powoduje również problemy z nadmierną masą ciała u dzieci i młodzieży oraz ich funkcjami kognitywnymi/procesami poznawczymi. Jednocześnie wysiłek fizyczny podejmowany przez osoby o nieprawidłowych zakresach ruchów w stawach i złej postawie ciała może powodować pogłębianie się zmian okołocovidowych. Zastosowane ćwiczenia/zabawy/gry uwzględniały techniki i ćwiczenia poprawiające wentylację oraz naukę prawidłowego oddychania podczas wykonywania ćwiczeń.

Druga oś warsztatów, zawierająca się w pierwszej, skupiona była na podejściu „pozytywny nauczyciel WF”. Warsztaty zostały zaplanowane tak, aby pomóc nauczycielom w opracowywaniu i prowadzeniu „wyjątkowych” lekcji wychowania fizycznego, zapewniających pozytywne doświadczenia w trakcie ich trwania. Takie podejście uznano za warunek konieczny do uczestnictwa i zaangażowania uczniów w podejmowanie aktywności fizycznej poza szkołą teraz oraz w kolejnych latach edukacji i wreszcie po ukończeniu tego procesu. Szkolenie miało na celu także wyposażenie nauczycieli w wiedzę i umiejętności pozwalające na budowanie pozytywnego klimatu ze wskazaniem cech charakteryzujących takie zajęcia jak:

- budowanie więzi emocjonalnej,
- entuzjastyczne nastawienie prowadzących warsztaty,
- pozytywna komunikacja między prowadzącymi i nauczycielami,
- wzajemny szacunek podczas prowadzenia warsztatów.

Poprzez kreowanie takich relacji tworzony był przekaz na zajęcia z dziećmi.

Wykazano, że osiągnięcia edukacyjne uczniów, ich motywacja i zaangażowanie podczas zajęć, zależą w głównej mierze od jakości interakcji uczeń - nauczyciel. Takie interakcje na linii prowadzący – uczestnicy (nauczyciele) starano się również stworzyć w czasie warsztatów we wszystkich ośrodkach.

Trzecia ważna cecha warsztatów to innowacyjność szkolenia. Polegała ona m.in. na odejściu od myślenia tylko o rozwijaniu sprawności fizycznej dzieci i młodzieży (choć jest to ważna kompetencja!) na rzecz podejścia opierającego się na budowaniu pozytywnych interakcji w czasie zajęć (warsztatów). Ważne było, aby nauczyciele uczestniczyli w warsztatach i mieli pozytywne doświadczenia związane z ćwiczeniami/zabawami/grami. W dyskusjach podsumowujących każdy warsztat toczyły się rozmowy nad przydatnością zastosowanych form ruchu, także sami uczestnicy szkolenia dzielili się swoim doświadczeniem i przykładami dobrego działania. Takie podejście daje szansę nauczycielom na przeniesienie analogicznego myślenia na swoich uczniów, skupiając się na rozwoju poczucia pewności wykonywanych ćwiczeń przez ucznia. Takie działanie istotnie wpływa na poczucie jego własnej skuteczności i motywację, to z kolei wpływa na rozwój podstawowych kompetencji motorycznych, a w dalszej kolejności zaangażowanie się w niezbędną codzienną aktywność fizyczną.

Zastosowane w czasie warsztatów rozwiązania praktyczne (ćwiczenia/zabawy/gry) zostały uzupełnione materiałami szkoleniowymi, które otrzymali nauczyciele na nośnikach pamięci, a także w przygotowanych opracowaniach multimedialnych, zarówno dla nauczycieli, jak i rodziców, do zastosowania w szkole oraz w warunkach pozaszkolnych: nagrania filmowe, infografiki, całe scenariusze zajęć. Materiały umieszczono na internetowej platformie edukacyjnej, do wykorzystania w dowolnym momencie, z dowolnego miejsca.

### **1.3.1.1. Poziom I. Klasy 1-3 szkoły podstawowej**

**Przeciwdziałanie skutkom hipokinezji** (*zastosowane formy ruchowe i ich znaczenie/przykłady dobrego działania*):

- ćwiczenia/zabawy z zakresu integracji sensorycznej, celem których było pobudzenie do pracy zmysłu propriocepcji, mieszczącego się w torebkach stawowych, mięśniach oraz więzadłach, które reagują na każdy ruch w stawie; tym samym oddziaływano na poprawę świadomości własnego ciała, równowagę i lepszą koncentrację.
- ćwiczenia stymulacji zmysłów (z wykorzystaniem elementów Metody SI), których celem była stymulacja poszczególnych układów zmysłowych, zarówno u dzieci zdrowych, jak i z opóźnieniem psychoruchowym, z niepełnosprawnością intelektualną czy autyzmem.

- ćwiczenia/zabawy/gry taneczne kształtujące prawidłową postawę ciała, koordynację; wzmacniające mięśnie posturalne,
- zabawy ze śpiewem, taneczne i wykorzystujące ruch kreatywny, które stanowiły dodatkową motywację do spontanicznej i aktywnej zabawy,
- ćwiczenia/zabawy/gry z linami oraz zabawy podwórkowe - pokazanie dzieciom, jak w ciekawy sposób mogą bawić się na podwórku w czasie spontanicznej aktywności fizycznej, dzięki czemu mają szansę na dodatkową dawkę aktywności fizycznej poza zajęciami szkolnymi,
- ćwiczenia/zabawy/gry realizowane w plenerze, na powietrzu, których podstawą były wysiłki o umiarkowanej intensywności oraz nawyki prozdrowotne - ukierunkowane na poprawę wydolności fizycznej i hartowanie organizmu,
- FitKids, czyli kształtowanie sprawności fizycznej ukierunkowanej na zdrowie; podczas zajęć dominowały ćwiczenia kształtujące siłę i wytrzymałość mięśniową z wykorzystaniem balonów, planszy edukacyjnej Fitivitiesczy Blazepod,
- ćwiczenia/zabawy/gry zwiększające możliwości lokomocyjne, poprawiające sprawność motoryczną (kondycyjną i koordynacyjną),
- zabawy i gry z siłowaniem, koordynacyjne, na wesoło w dwójkach, trójkach z wykorzystaniem materacy i pozycji izolowanych,
- gimnastyczne ćwiczenia ze wstążką, obręczą i skakanką z wykorzystaniem ruchowej ekspresji twórczej,
- zabawy z chustą animacyjną KLANZA, kształtujące ogólną sprawność fizyczną i zwinność, doskonalące umiejętności posługiwania się chustą animacyjną, rozwijające koordynację wzrokowo-ruchowo-słuchową; zajęcia ukierunkowane na naukę reakcji na polecenia i sygnały muzyczne,
- ćwiczenia oparte na technice Animal Flow w celu naturalnego i skutecznego wzmacniania mięśni, szczególnie tych odpowiedzialnych za prawidłową postawę ciała.

Zabawy i gry ruchowe dla najmłodszych stanowią podstawową formę aktywności. W czasie zabaw dzieci kształtują różne zdolności motoryczne jednak przede wszystkim uczestniczą w spontanicznej, ale inspirowanej przez nauczyciela aktywności fizycznej. W czasie warsztatów nauczyciele poznali sposoby tworzenia odmiany znanych zabaw i gier ruchowych, a także poznali wiele nowych, które mogą zainspirować i pobudzać dzieci do aktywności fizycznej, przeciwdziałając w ten sposób skutkom hipokinezji związanej z pandemią.

### **Przeciwdziałanie skutkom izolacji społecznej:**

- metoda twórczej ekspresji ruchowej, ruch rozwijający sferę emocjonalno-społeczną dziecka, wykorzystanie muzyki jako środka budowania i wzmacniania relacji w grupie,
- zajęcia rytmiczno-taneczne oraz zabawy z muzyką i śpiewem, z wykorzystaniem naturalnych, nieskomplikowanych form aktywności fizycznej, oparte na formach pozbawionych elementów rywalizacji, rozwijających współpracę i współdziałanie,
- zabawy „team building” podnoszące samoocenę uczniów i przeciwdziałające skłonnościom do izolacji, zmniejszające lęki związane z kontaktami społecznymi, kształtujące umiejętności nawiązywania kontaktów społecznych, aktywizujące społecznie,
- zabawy integracyjne, zabawy i gry ruchowe „Creative Movement”, kształtujące kreatywność, spostrzegawczość i szybkie reagowanie na bodźce.

### **Przeciwdziałanie skutkom zdrowotnym pojawiającym się po przebyciu Covid-19 oraz wspomaganie odporności organizmu:**

- zabawy rytmiczno-taneczne, z wiodącą rolą śpiewu, wspomagające w naturalny i skuteczny sposób proces prawidłowego oddychania podczas ćwiczeń, zwiększające możliwości wydolnościowe,
- techniki relaksacyjne, ukierunkowane na wyciszenie ćwiczących, kształtujące koncentrację uwagi i uważność,
- swoiste ćwiczenia oddechowe, mające potencjał nauki świadomego oddechu i jego regulacji oraz zmniejszania ryzyka depresji, stanów lęku i niepokoju oraz trudnych zachowań u dzieci, jak i budowanie ich odporności.

### **Podsumowanie warsztatów (klasy 1-3)**

W zakresie stosowanych formach aktywności fizycznej zwrócono uwagę na ich różnorodność, dostosowanie do możliwości i potrzeb ucznia, z akcentem na współpracę, indywidualizację zajęć, przy wykorzystaniu naturalnych i prostych form ruchu. Różnorodność form zajęć i przekazywanych treści powinna pomóc nauczycielom przygotować atrakcyjne i urozmaicone zajęcia ruchowe w ramach Sport Klubów i nie tylko.

Warsztaty były cennym polem doświadczalnym dla nauczycieli klas 1-3. Z jednej strony uczestniczący (w większości Panie) w warsztatach byli pełni obaw i braku wiary we własne

możliwości, z drugiej stworzony klimat sprzyjał przełamywaniu obaw i wyjątkowemu zaangażowaniu się w aktywny udział w warsztatach. Jest to wartość dodana projektu, zważywszy na fakt, iż nauczyciele klas 1-3 stanowią dla dzieci pierwsze wzorce ruchowe, a nie tak dobrze nie motywuje małego ucznia do ruchu jak aktywność w grupie rówieśniczej z włączającym się nauczycielem.

### **1.3.1.2. Poziom II. Klasy 4-8 szkoły podstawowej**

**Przeciwdziałanie skutkom hipokinezji** (*zastosowane formy ruchowe i ich znaczenie/przykłady dobrego działania*):

- **ZRÓB TO DOBRZE!** – zestaw ćwiczeń z uwzględnieniem ergonomii związanej z czynnościami dnia codziennego; ćwiczenia ukierunkowane na edukację/reedukację posturalną - ćwiczenia mobilizacji oparte na rolowaniu i rozciąganiu mające na celu zapobieganie wadom postawy wynikającym z długotrwałego siedzenia podczas lekcji zdalnych oraz zajęć szkolnych, ćwiczenia nauki ustawienia i umiejętności kontrolowania kompleksu „łędźwiowo-miedniczno-biodrowego (LMB)” w statycznych i dynamicznych zadaniach ruchowych w celu zapobiegania nieprawidłowościom w postawie ciała i kompensacji we wzorcach ruchowych oraz w celu zmniejszenia ryzyka przeciążeń narządu ruchu i dolegliwości bólowych kręgosłupa;
- zespołowe gry sportowe w formach znanych, takich jak koszykówka, siatkówka, piłka nożna, piłka ręczna, unihokej, jak i mniej znanych, takich jak korfbal, rugby, cornhole, mokkly, tchukball i in.; gry sportowe w swoich założeniach rozwijają zdolności poznawcze, motoryczne oraz technikę ruchu; wykorzystanie tych form miało na celu pokazanie znanych form w ciekawym wydaniu, w różnych modyfikacjach, w dostosowaniu do poziomu uczestników, zachęcające do „myślenia” w zakresie poszukiwania skutecznych rozwiązań w różnych sytuacjach gry;
- ćwiczenia sensomotoryczne usprawniające równowagę statyczną i dynamiczną oraz czucie własnego ciała, ćwiczenia przyczyniające się do ograniczenia negatywnych skutków siedzącego trybu życia, w tym zaburzeń koordynacji i osłabienia mięśni posturalnych;

- innowacyjne, funkcjonalne ćwiczenia Animal Flow, naśladowujące ruchy zwierząt, praca na czterech punktach podporu, urozmaicenie lekcji, zaciekawienie uczniów nową i ciekawą techniką ćwiczeń;
- marsze nawigacyjne, w których uczestnik porusza się po określonej trasie korzystając jedynie z opisu mijanych skrzyżowań; zajęcia takie wychodzą naprzeciw potrzebom aktywności na świeżym powietrzu; aktywności fizycznej towarzyszy w równym stopniu aktywność poznawcza, zajęcia takie niosą korzyści zdrowotne, jak i mogą pobudzić do aktywności uczniów mniej sprawnych fizycznie;
- movement, czyli jak bawić się ruchem (rozwojowo, kształtująco), gdy jedyne co mamy to kawałek podłogi (sala, korytarz, boisko, plener) to przykład zestawu ćwiczeń do zastosowania przez nauczyciela nie mającego do dyspozycji żadnego sprzętu; przykład w którym uczniowie rozwijają kooperację i współpracę.

#### **Przeciwdziałanie skutkom izolacji społecznej:**

- otwórz się na nowe gry i zabawy ruchowe - polskie tradycyjne aktywności z innych kręgów kulturowych, takie jak hiszpańskie zabawy ożywiające „Chusteczka” czy „Tunel”, gry drużynowe: polskie „Serw i bieg”, „Pięstówka”, szwajcarska „tchoukball”; filipińska zabawa uspokajająca „Rozwiązywanie węzła gordyjskiego”,
- ćwiczenia rytmiczne i zabawy integracyjne przy muzyce jako forma budowania i wzmacniania relacji w grupie rówieśniczej, ukierunkowane na budowanie na nowo lub odnowienie i wzmocnienie relacji nie tylko między uczniami, ale również z nauczycielem,
- ruch kreatywny - ruch spontaniczny inspirowany ciekawymi tematami i rekwizytami, także przy muzyce, jak np.
  - zabawy w relacji „Jestem silny”, „Zaufaj mi”, „Rozpakuj paczkę”, „Teatr śmiesznych ruchów”; „Bezpieczny domek”, „Pomysłowe figury” czy „Rzeźba”,
  - zabawy relaksacyjne „Marionetki” czy „Kołysanka”,
- grajmy razem - bawmy się razem jako hasło przewodnie w tym obszarze.

#### **Przeciwdziałanie skutkom zdrowotnym pojawiającym się po przebyciu Covid-19 i wspomaganie odporności organizmu:**

- wspomaganie odporności organizmu poprzez stosowanie ćwiczeń oddechowych na przykładzie zabaw tanecznych, stosowanie ćwiczeń wzmacniających mięśnie



powierzchowne, jak i głębokie z zastosowaniem odpowiedniego oddechu; kształtowanie wydolności organizmu przez zastosowanie metody „slow and fast” w nauczaniu choreografii tanecznej,

- Slow Jogging jako forma aktywności umożliwiająca poprawę sprawności fizycznej, wydolności i pracy układu krążeniowo-oddechowego; technika biegu zaprezentowana jako alternatywa, uzupełnienie zajęć programowych lub aktywności realizowanych w formie ścieżki zdrowia; akcent położony na ćwiczenia oddechowe ukierunkowane na oddech funkcjonalny; tempo biegu z „uśmiechem” umożliwia niwelowanie stanów depresyjnych; technika umożliwiająca kontynuację aktywności fizycznej w domu – w przypadku kolejnego zamknięcia (lockdown/kwarantanna);
- prozdrowotny trening uważności - obejmujący proste techniki oddechowe, relaksacyjne oraz świadome ćwiczenia fizyczne, które pomagają radzić sobie ze stresem, niepokojem i strachem; to także sposób na zachowanie elastyczności ciała, wzmocnienie mięśni, poprawę postawy i oddechu, jak i wspomaganie odporności;
- Survival - ćwiczenia fizyczne ukierunkowane na wzmocnienie odporności organizmu w wysiłku tlenowym w naturalnym terenie,
- Nordic walking - zajęcia o charakterze wytrzymałościowym o niskiej intensywności - trening zdrowotny, prowadzony w terenie (zajęcia outdoorowe);
- Crazy Dance (zajęcia przy muzyce), górki i pagórki Super Bohatera lub Super Mana (zabawy i gry ruchowe z elementami kształtowania wytrzymałości, siły oraz kreowania prawidłowej techniki oddechowej), zabawy i gry stymulujące rozwój psychoruchowy, emocjonalny i społeczny, gry planszowe na sali gimnastycznej – Chińczyk;
- ćwiczenia rytmiczno-ruchowe przy muzyce Balls&Stiks, wykorzystanie gier ruchowych wymagało zaangażowania koordynacyjnych zdolności motorycznych - silne bodźcowanie układu nerwowego; dodając wysoką intensywność zastosowanych ćwiczeń i gier stymulowało układ krążeniowo-oddechowy wzmacniając odporność organizmu;
- wykorzystanie nowoczesnych gier terenowych (Questy, Geocaching), wskazując przede wszystkim na ich użyteczność wychodzącą poza ramy działalności szkoły; uczniowie mogą wykazać się uczestnictwem w grze w ramach szkolnego wychowania fizycznego, jak i w czasie wolnym spędzanym np. z rodziną;

- wspomaganie odporności organizmu poprzez stosowanie ćwiczeń oddechowych z wykorzystaniem aplikacji Nirvana Fitness; inspiracja nauczycieli w zakresie łączenia treści ruchowych z innymi obszarami edukacji w ramach lekcji wychowania fizycznego.

### **Podsumowanie warsztatów (klasy 4-8)**

Główną przesłanką warsztatów metodycznych dla nauczycieli pracujących z uczniami klas IV-VIII były ćwiczenia/zabawy/gry ukierunkowane na działania naprawcze, usprawniające, stymulujące i kompensujące zaburzone funkcje (deficyty) psychomotoryczne będące negatywnymi skutkami pandemii. Ćwiczenia/zabawy/gry ruchowe skupiały się na poprawie sprawności motorycznej (kondycyjnej i koordynacyjnej), poprawie mobilności i stabilności posturalnej oraz poprawie wydolności i sprawności fizycznej (wyrównanie deficytów ruchowych i zdrowotnych). Ćwiczenia/zabawy/gry zespołowe skupiały się na umożliwianiu współdziałania, budowaniu relacji w grupie, przeciwdziałaniu skłonności do izolacji, ograniczaniu lęków związanych z kontaktami społecznymi, kształtowaniu umiejętności nawiązywania prawidłowych kontaktów społecznych, kształtowaniu umiejętności dążenie do celu i przezwyciężania trudności (wyrównanie deficytów społeczno-emocjonalnych). Założenia kluczowe warsztatów dotyczyły diagnozowania sprawności fizycznej, indywidualizacji, stopniowania trudności, diagnozowania zainteresowań, kształtowania potrzeby autonomicznego, świadomego i odpowiedzialnego uczestnictwa w zajęciach, monitorowania postępów, wzmacniania poczucia własnej wartości i wiary we własne możliwości.

Charakterystyczną cechą warsztatów na tym poziomie edukacji była różnorodność treści proponowanych nauczycielom w zakresie kreowania środowiska do ćwiczeń z uwzględnieniem edukacji zdrowotnej, rozwoju emocjonalnego, uważności i nowoczesnych form aktywności fizycznej.

### **1.3.1.3. Poziom III. Szkoły ponadpodstawowe**

#### **Przeciwdziałanie skutkom hipokinezji:**

- ćwiczenia poprawiające mobilność stawową z nastawieniem na świadomość ćwiczącego (samokontrola i samoocena),

- Body Balance - zajęcia łączące tai chi i pilates - dobór kombinacji ruchowych, kształtujących siłę, równowagę i gibkość oraz jednocześnie wewnętrzną równowagę i harmonię,
- zabawy taneczne, wykorzystujące ruch kreatywny, które stanowią dodatkową motywację do spontanicznej i aktywnej zabawy,
- sportowe gry zespołowe rozwijające zdolności poznawcze, motoryczne, technikę wybranych gier oraz rozumienie gry,
- zastosowano zestaw pomiarowy, monitorujący intensywność wysiłku fizycznego i analizowano rejestrowane wyniki,
- przedstawiono technikę poizometrycznej relaksacji mięśni (PIR) - technika rozciągania tkanek miękkich, którą wykorzystuje się w stanach wzmożonych napięć mięśniowych i przykurczów,
- gry ruchowe z piłkami z zakresu różnych gier sportowych - koszykówki, piłki ręcznej, piłki nożnej, rugby - przygotowujące do gry Kronum, która ze względu na swój przebieg stanowi rewolucję w sporcie - uzmysłowienie nauczycielom, że można łączyć poszczególne elementy techniczne gier, że może dominować swoboda działania, możliwość wyboru rozwiązań ruchowych, modyfikacja gry do potrzeb uczestników i infrastruktury,
- BootCamp – grupowa, zorganizowana aktywność fizyczna na świeżym powietrzu w celu poprawy sprawności fizycznej; forma opiera się na sekwencji ćwiczeń ułożonych zgodnie z założeniem treningu obwodowego pozwalającego ćwiczyć różne partie mięśni.

### **Przeciwdziałanie skutkom izolacji społecznej:**

- gry sportowe na wesoło – baw się wygrywając bez pychy i przegrywaj bez urazy - uniwersalne ćwiczenia ukierunkowane na rozwijanie technik porozumiewania się i współpracy w kontekście wykonania zadania ruchowego (komunikacja werbalna i niewerbalna);
- Team Building – ćwiczenia ukierunkowane na odtwarzanie naturalnej komunikacji wewnątrz grupy; poszukiwanie skutecznych sposobów porozumiewania się i współpracy w kontekście wykonania zadania intelektualnego lub ruchowego;
- „zostań reżyserem a nie nauczycielem” – twórcza ekspresja ruchowa, „Creative Movement” - ruch spontaniczny inspirowany ciekawymi tematami i rekwizytami,

sposób na wyrażanie emocji i rozwijanie świadomości swojego ciała, budowanie relacji i współpracy między uczniami, a także rozwój ich wyobraźni.

### **Przeciwdziałanie skutkom zdrowotnym pojawiającym się po przebyciu Covid-19 i wspomaganie odporności organizmu**

- zastosowanie ćwiczeń mobilności i stabilności w rozgrzewce RAMP,
- ćwiczenia wzmacniające mięśnie głębokie, proste ćwiczenia propriocepcji, do wykonania także w domu; ćwiczenia statyczne i dynamiczne w pozycjach niestabilnych oraz na niestabilnym podłożu, pobudzające określone typy receptorów (proprioceptory);
- gry rekreacyjne: kwadrant, frisbee, roundnet; różne formy orienteeringu, atletyka terenowa, Nordic Walking z adaptacją do potrzeb uczniów, warunków środowiskowych i z wykorzystaniem specyfiki terenu;
- Cross trening, ukierunkowany na wzmocnienie układu oddechowego i krążenia; funkcja kompensacyjna po wielogodzinnych zajęciach przed komputerem;
- Nordic Walking - zajęcia o charakterze wytrzymałościowym o niskiej intensywności - trening zdrowotny, prowadzony w terenie;
- gra terenowa o podłożu militarnym - ukierunkowana na działania taktyczne, kształtująca zdolności psychomotoryczne, w tym: cierpliwość, spostrzegawczość, decyzyjność, działanie w stresie, samokontrolę i współpracę;
- ćwiczenia oddechowe i oddechowo-ruchowe ukierunkowane na poprawę wydolności tlenowej, na umiejętność regulowania emocji oraz uspokajania się - ćwiczenia takie, wykonywane regularnie, mają potencjał zmniejszania ryzyka depresji, stanów lęku i niepokoju, jak i budowanie odporności organizmu;
- trening uważności i relaksacji - ukierunkowany na poprawę równowagi psychicznej, zdolności radzenia sobie ze stresem, trudnościami i wyzwaniami, zwiększanie zdolności doświadczania lepszego samopoczucia, budowanie poczucia własnej wartości i pewności siebie (poczucie własnej skuteczności);
- zaprezentowano możliwości wykorzystania nowoczesnych gier terenowych opartych o nawigację satelitarną (Geocaching); poza odnajdywaniem skrytek, połączonym z pokonywaniem zróżnicowanego terenu, prezentowano również możliwości łączenia funkcji innych aplikacji nawigacyjnych z wnikliwą obserwacją przyrody (zagadki fotograficzne).

## **Podsumowanie warsztatów (szkoły ponadpodstawowe)**

Warsztaty dla nauczycieli szkół ponadpodstawowych ukierunkowano na działania naprawcze, usprawniające, stymulujące i kompensujące zaburzone funkcje (deficyty) psychomotoryczne ucznia (ruchowe, społeczno-emocjonalne i zdrowotne), będące negatywnymi skutkami pandemii; stwarzano sytuacje do samodzielnego rozwiązywania zadań z wykorzystaniem różnorodności form i środków, kształtowania zaufania opartego na zasadach podmiotowości i partnerstwa, współpracy, przygotowania do całościowej troski o sprawność i zdrowie, metod rozwijających kreatywność oraz samodzielność w realizacji zadań ruchowych.

### **1.3.2. Podsumowanie**

Celem szkoleń było:

- uświadomienie nauczycielom ogromnej roli szkolnego wychowania fizycznego w kreowaniu aktywności fizycznej i edukacji zdrowotnej w nietypowej sytuacji jaką jest pandemia Covid-19,
- zaproponowanie (przygotowanie) nauczycielom atrakcyjnych zajęć ruchowych, zgodnych z preferencjami sportowo-rekreacyjnymi oraz zainteresowaniami uczniów.

Trzy obszary działania (zapobieganie hipokinezji, izolacji oraz powikłaniom pocovidowym) były wyzwaniem dla dydaktyków i metodyków programu WF z AWF. Różnorodność ćwiczeń/zabaw/gier zaproponowanych nauczycielom we wszystkich ośrodkach w zakresie kreowania środowiska do ćwiczeń z uwzględnieniem:

- gier i zabaw ruchowych, których celem jest kreowanie pozytywnych emocji poprzez m.in. integrację z grupą/klasą, rozwijanie relacji i umiejętności społecznych i zaspokajanie poczucia bliskości i jedności, a także angażowanie zmysłów oraz nauka wyrażania siebie przez ruch,
- edukacji zdrowotnej, w tym elementów ćwiczeń rozciągających i kształtujących prawidłową postawę ciała oraz oddech, proponowanych ćwiczeń rozwoju emocjonalnego w tym treningu uważności,
- nowoczesnych form aktywności fizycznej kreujących samodzielność uczniów w dokonywaniu wyborów twórczego działania z zachowaniem indywidualizacji,

której celem jest odniesienie sukcesu przez każdego na miarę swoich możliwości, wzbudziło duże zainteresowanie nauczycieli wszystkich etapów edukacji.

Potwierdzeniem tego było zaangażowanie nauczycieli w działania praktyczne podczas warsztatów. Każdy warsztat to bardzo duża liczba nauczycieli przebranych w strój sportowy, ćwiczących z uśmiechem na twarzy i gotowych do dyskusji, która była cennym elementem programu. Podczas dyskusji nauczyciele dzielili się swoimi doświadczeniami proponując swoje praktyczne rozwiązania w kreowaniu zajęć przeciwdziałania hipokinezji, izolacji i powikłaniom pocovidowym. Nauczyciele zauważyli również, że jest duża potrzeba włączania do edukacji ćwiczeń, których celem jest rozpoznawanie emocji ucznia, wzmacnianie jego samooceny, jak również radzenia sobie z lękami i stresem, który w obecnej sytuacji nasila się znacząco.

Dobór tematyki warsztatów miał skłonić uczestników do refleksji i zrewidować ich wiedzę na temat możliwości zastosowania zabaw i mniej znanych gier do integrowania uczniów i szeroko rozumianej pracy wychowawczej, a także edukowania ich przez wdrożenie nowych zabaw, dyscyplin sportowych i gier rekreacyjnych.

Program WF z AWF wniósł nowe spojrzenie na podejście do wychowania fizycznego i aktywności fizycznej z perspektywy nauczycieli prowadzących warsztaty. Istotnie wpłynął on na kreowanie nowej edukacji kształcenia studentów – przyszłych nauczycieli wychowania fizycznego. Zauważono, że programy kształcenia należy zmodyfikować, wzbogacając go o najnowsze treści, dostosowane do potrzeb dzisiejszej edukacji szkolnej.

Jako Zespół Metodyczny chcielibyśmy zwrócić uwagę na grupę nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej. Jest to grupa, od której zależy w dużym stopniu czy i na ile dziecko „polubi” ruch. Pomimo tego, że ruch jest naturalną potrzebą dla dzieci w tym wieku, główny kierunek działania powinien być skupiony na nauczaniu i doskonaleniu przede wszystkim „podstawowych umiejętności ruchowych” (PUR). Bez tych umiejętności starsi uczniowie (klas 4-8 i wyżej) będą mieli problemy z ich zastosowaniem w popularnych sportach i aktywnych formach wypoczynku dla zdrowia. Jeżeli dzieci w klasach 1-3 nie opanują PUR tj. swego alfabetu fizycznego to w przyszłości będą miały trudności z dbałością o zdrowie i dobrostan tak fizyczny jak i psychiczny, którego poziom będzie wpływał na jakość ich życia. W pewnym uproszczeniu możemy powiedzieć, że jeśli dziecko nie potrafi:

- chodzić/biegać - nie weźmie udziału w przyszłości w takich aktywnościach jak koszykówka czy jogging,
- rzucać/podawać/chwytać - nie weźmie udziału w przyszłości w takich aktywnościach jak frisbee czy kręgle,

- uderzać - nie weźmie udziału w przyszłości w takich aktywnościach jak siatkówka czy badminton,
- pływać - nie weźmie udziału w przyszłości w takich aktywnościach jak nurkowanie, kajakowanie, żeglowanie, serfowanie czy skakanie do wody.

Przykłady te pokazują, że przyszłość naszych dzieci zależy od tego na ile są im znane i mają opanowane podstawowe umiejętności ruchowe (PUR) i sportowe (PUS). Umiejętności rozwijania swoistego „alfabetu fizycznego” to zasadnicze zadanie dla nauczycieli klas 1-3. Stąd ta grupa nauczycieli wymaga szczególnej „troski” pod kątem dobrego ich przygotowania do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego z dziećmi. A to wymaga przygotowania systematycznych szkoleń dla tej grupy.

**Wniosek końcowy**, wynikający z realizacji warsztatów w programie WF z AWF, za którym opowiadają się członkowie ogólnopolskiego Zespołu Metodycznego, jak i sami nauczyciele uczestniczący w warsztatach, wskazuje na potrzebę kontynuacji systematycznych szkoleń w formie praktycznej, np. Forum Praktyków – WF z AWF (dla każdego poziomu edukacji odrębne szkolenia). Szkolenia takie powinny się odbywać pod patronatem i przy pełnym wsparciu MEiN oraz Ministerstwa Zdrowia.

## **2. Faza I projektu – szkolenia dla nauczycieli**

*- Anna Bodasińska, Izabella Tarnowska, Adam Kantanista, Magdalena Król-Zielińska*

### **2.1. Przebieg i organizacja szkoleń w regionach**

Pierwsza faza projektu obejmowała przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń dla nauczycieli wychowania fizycznego i nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej ze wszystkich 16 województw (dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, pomorskie, śląskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie).

Tematy szkoleń dotyczyły aspektów psychologicznych, zdrowotnych oraz metodyki wychowania fizycznego. W trakcie szkoleń (jednodniowych warsztatów) nauczyciele zapoznali się m.in. z metodami przeciwdziałania skutkom hipokinezji i skutkom izolacji społecznej. Zdobyli wiedzę jak wzbudzać i utrzymywać wśród uczniów motywację do systematycznej aktywności fizycznej. Szkolenia były realizowane w oparciu o najnowsze osiągnięcia naukowe i wdrożeniowe opracowywane przez specjalistów z akademii wychowania fizycznego. Część metodyczna uwzględniała nowatorskie i innowacyjne rozwiązania przygotowane przez nauczycieli akademickich poszczególnych uczelni. Szkolenia odbywały się w kontakcie bezpośrednim na terenie uczelni, w związku z obostrzeniami epidemicznymi pojedyncze szkolenia (6-8 spotkań) zorganizowano on-line. Po zakończeniu szkolenia nauczyciele otrzymywali certyfikaty, które umożliwiały im wzięcie udziału w drugim etapie projektu. Podczas jednodniowych warsztatów planowano spotkania w grupach od 80 do 120 osób. Udział w szkoleniu nie rodził obowiązku po stronie nauczyciela do udziału w II etapie projektu. Szkolenia były realizowane zgodnie z regulaminem przygotowanym przez Lidera projektu tj. Akademię Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Podczas jednodniowych szkoleń przeprowadzano dwa wykłady, po jednym w obszarze zdrowia i psychologii oraz 3-6 propozycji zajęć praktycznych w obszarze przeciwdziałania hipokinezji, izolacji społecznej oraz ukierunkowanych na profilaktykę zdrowotną.

#### **Cel etapu**

Celem I etapu projektu było wyposażenie nauczycieli wychowania fizycznego oraz nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w dodatkowe umiejętności związane z realizacją zajęć



wychowania fizycznego oraz zajęć pozaszkolnych (Sport Kluby) dla dzieci i młodzieży po powrocie do szkół – po wielomiesięcznym okresie hipokinezji.

### **Grupa docelowa**

Grupę docelową projektu stanowili nauczyciele wychowania fizycznego oraz nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej.

### **Kierownicy zespołów**

Kierowników zespołów wyznaczyła Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie – były to osoby z różnych ośrodków zaangażowanych w realizację projektu. Do ich zadań na etapie I należała koordynacja merytoryczna szkoleń na poziomie ogólnopolskim, koordynacja działań zespołów merytorycznych, monitorowanie treści merytorycznych szkoleń we wszystkich uczelniach.

### **Zespoły know-how**

Zespoły działały zarówno na poziomie międzyuczelnianym (ogólnopolskim), jak i na poziomie uczelnianym. Zespoły na poziomie międzyuczelnianym były wybierane przez koordynatorów projektu z grup pracowników wszystkich uczelni. Byli to eksperci z obszaru psychologii, zdrowia oraz metodyki wychowania fizycznego. Na poziomie uczelni wybrano kilkunastoosobowe zespoły, głównie metodyków, którzy opracowali autonomiczne programy na część warsztatową szkolenia. Ich wyboru dokonał główny koordynator projektu. Do zadań zespołów know-how należało przygotowanie treści merytorycznych szkoleń (prezentacje, scenariusze, konspekty, organizacja zajęć), w oparciu o najnowsze badania naukowe, doświadczenie, wiedzę i umiejętności ekspertów. Informacje o działaniach zespołów know-how, w szczególności informacje dotyczące ich składów osobowych oraz aktualnych prac były przekazywane Ministrowi przez głównego koordynatora projektu lub przez osobę przez niego wyznaczoną.

### **Biuro projektu w tym personel i kierownik biura**

W każdym ośrodku stworzono biuro projektu składające się z kierownika biura i personelu. Kierownik biura koordynował pracę biura. Do obowiązków biur projektowych należały zadania z zakresu: rekrutacji, promocji, obsługi strony internetowej i portalu, obsługi szkoleń, sporządzania umów zlecenia/o pracę z koordynatorami projektu, kierownikami zespołów, zespołami know-how oraz ze szkoleniowcami/wykładowcami, przypisywania certyfikatów. Biuro projektu, prowadziło również wszelką korespondencję w zakresie projektu,

zarówno z uczestnikami, jak i z pozostałymi uczelniami. Biura również współdziałały z innymi jednostkami uczelni w zakresie realizacji zadań projektu.

### **Organizacja szkoleń**

W ramach I etapu do prowadzenia zajęć zostali zatrudnieni wykładowcy/szkoleniowcy do prowadzenia szkoleń/warsztatów dla nauczycieli wychowania fizycznego i nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej. Szkolenia/warsztaty prowadzili wybitni specjaliści w swoich dziedzinach (psychologia, zdrowie, metodyka) na podstawie materiałów przygotowanych przez zespoły know-how. Szkolenia we wszystkich ośrodkach miały część wspólną, w trakcie której były omawiane aspekty psychologiczne i zdrowotne oraz część autonomiczną, w trakcie której uczestnicy zapoznawali się z przykładami metodycznymi, jak przeciwdziałać skutkom hipokinezji, izolacji społecznej w aspekcie Covid-19. Każde szkolenie kończył panel dyskusyjny.

### **Przygotowanie materiałów szkoleniowych**

Podczas szkolenia każdy z uczestników otrzymał materiały szkoleniowe (m.in. prezentację multimedialną, dokument z rekomendacjami, konspekty zajęć) opracowane przez zespoły know-how oraz materiały promocyjne projektu.

### **Zapewnienie obiektów szkoleniowych wraz z wyposażeniem**

Szkolenia/warsztaty odbywały się w obiektach dydaktycznych i sportowych poszczególnych uczelni. Wyposażenie obiektów umożliwiło przeprowadzenie szkoleń/warsztatów dla grup około 80-120 osób z zachowaniem wysokiej jakości i komfortu uczestników, zasad BHP oraz zasad wynikających z obostrzeń związanych z Covid-19.

### **Certyfikaty**

Każdy z uczestników szkoleń/warsztatów po ich zakończeniu otrzymywał certyfikat, który umożliwił nauczycielowi aplikowanie do II etapu programu.

### **Transport i wyżywienie**

W trakcie szkoleń uczestnicy mieli zaplanowane dwie przerwy kawowe i obiad. W ramach projektu dokonywano zwrotów kosztów podróży nauczycieli na szkolenie przez uczelnię w wysokości kosztów podróży lub w formie ryczałtu. O zasadach przekazania środków uczestnicy byli informowani na etapie rekrutacji.

### **Rejestracja na szkolenia**

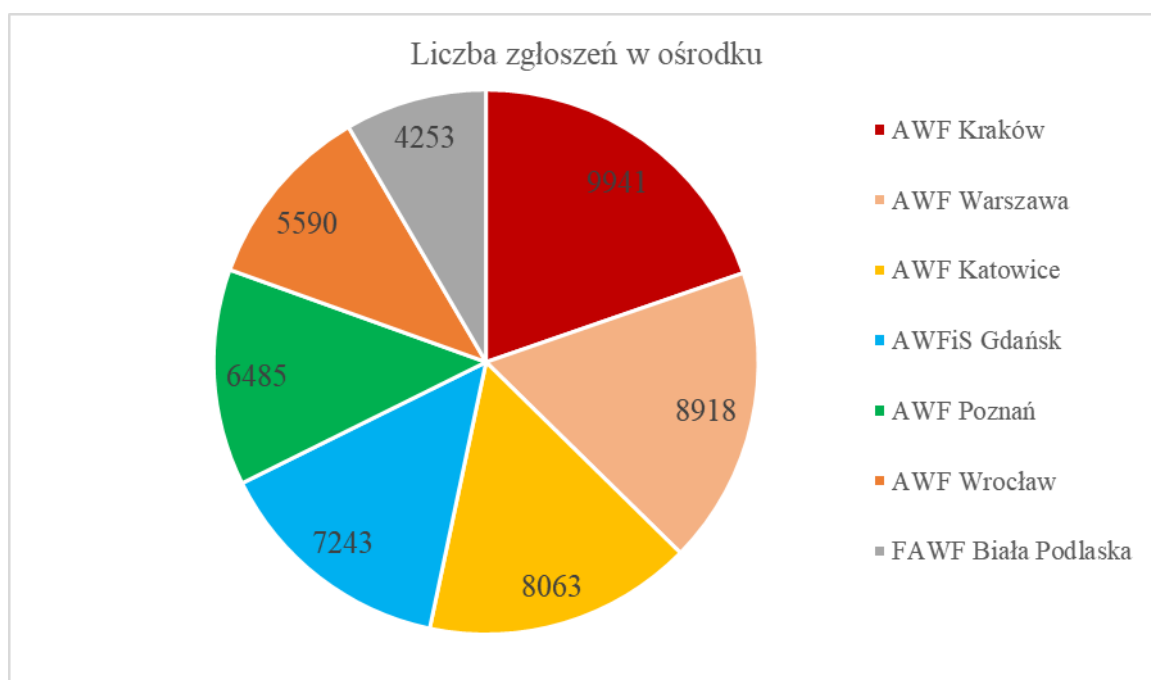
Rejestracja na szkolenia realizowana w ramach I etapu projektu prowadzona była za pośrednictwem strony www dedykowanej projektowi. Przed rozpoczęciem rejestracji każdy

dyrektor szkoły otrzymał od MEiN lub organu prowadzącego specjalny kod, który umożliwił nauczycielom przystąpienie do rejestracji. Na potrzeby prowadzenia rejestracji i organizacji szkoleń zostały przygotowane dwa regulaminy: rejestracji, który określał w szczególności zasady rejestracji oraz regulamin szkoleń, który określał w szczególności, zasady prowadzenia szkoleń oraz obowiązki uczestników. Każdy uczestnik dokonywał prerejestracji, dzięki której logował się do projektu - dokonywał zgłoszenia do właściwego ośrodka szkolenia i wybierał etap edukacji oraz rejestracji właściwej, dzięki której dokonywał wyboru terminu szkolenia.

## 2.2. Liczba uczestników w poszczególnych etapach edukacyjnych

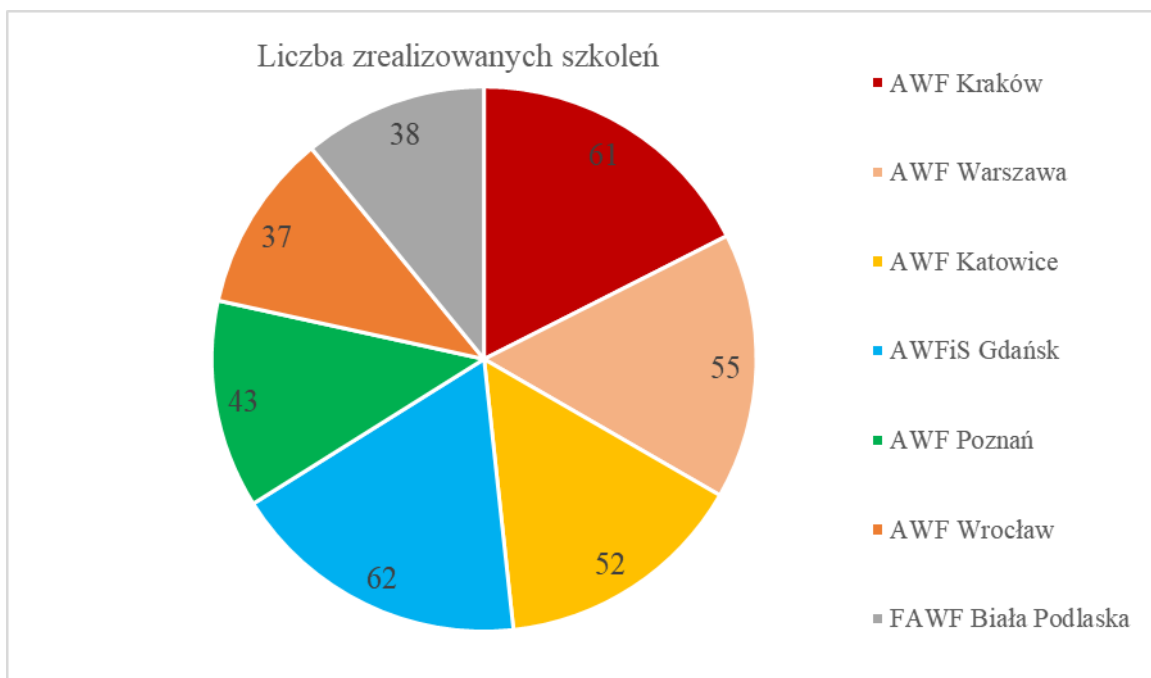
Na podstawie sprawozdań z poszczególnych ośrodków szkoleniowych przygotowano raport końcowy z realizacji szkoleń, zawierający szczegółowe informacje dotyczące przeprowadzonych szkoleń dla nauczycieli na każdym etapie edukacyjnym - klasy I-III, klasy IV-VIII oraz szkoły ponadpodstawowe.

Liczba wszystkich zgłoszeń w ośrodkach (liczba osób zarejestrowanych w systemie) wyniosła 50493 zarejestrowanych uczestników. W poszczególnych ośrodkach liczba zarejestrowanych osób w systemie kształtowała się w granicach 4253-9941 osoby (ryc. 1).



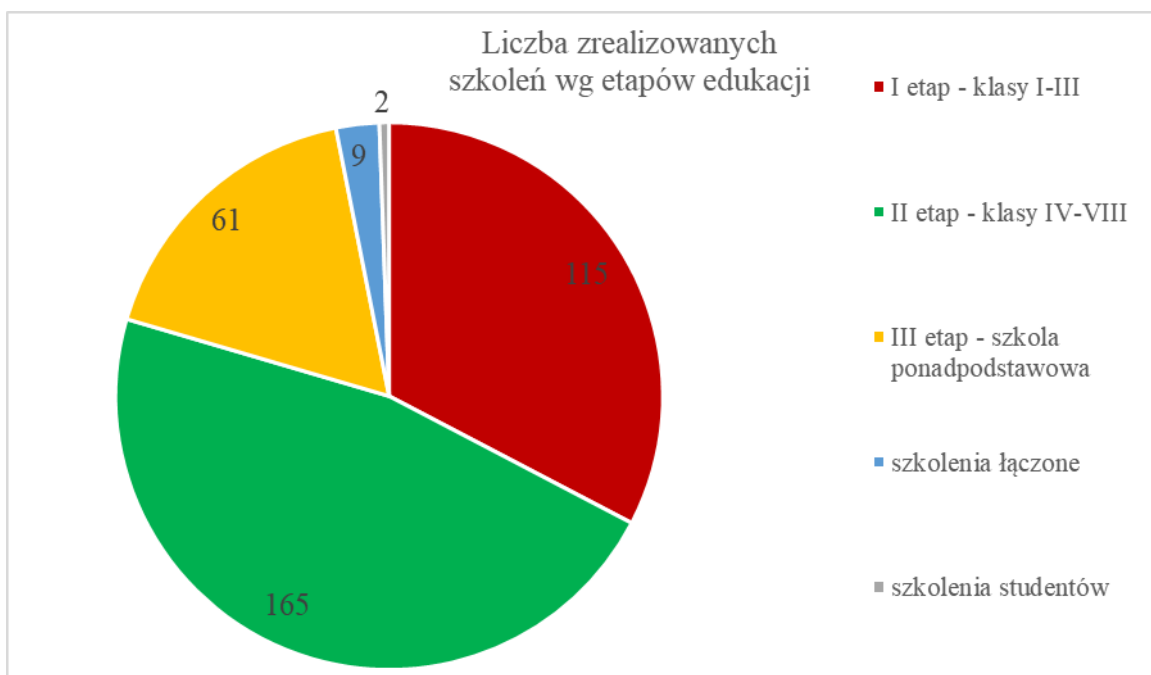
Ryc. 1. Liczba osób zarejestrowanych w poszczególnych ośrodkach.  
Źródło: sprawozdania z poszczególnych ośrodków.

Podczas I etapu projektu zrealizowano 362 szkolenia w 7 szkolących ośrodkach. W poszczególnych ośrodkach liczba szkoleń kształtowała się w granicach 37-62 warsztatów (ryc. 2).



Ryc. 2. Liczba zrealizowanych szkoleń w poszczególnych ośrodkach.  
 Źródło: sprawozdania z poszczególnych ośrodków.

Biorąc pod uwagę etapy edukacji przeprowadzono 115 szkoleń dla nauczycieli pracujących na I etapie edukacyjnym, 165 szkoleń dla nauczycieli pracujących na II etapie edukacyjnym, 61 szkoleń dla nauczycieli pracujących na III etapie edukacyjnym oraz 9 szkoleń łączących etapy i 2 szkolenia przeznaczone wyłącznie dla studentów studiów II stopnia (posiadających uprawnienia do pracy w szkole) (ryc. 3).

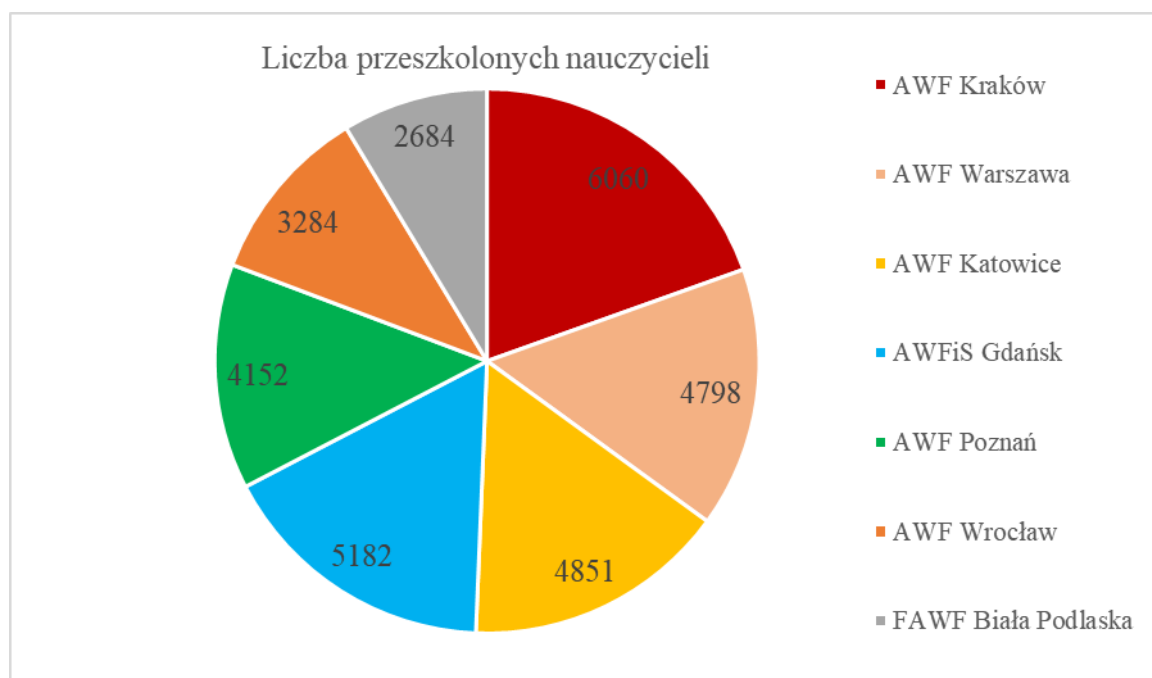


Ryc. 3. Liczba zrealizowanych szkoleń wg etapów edukacji  
 Źródło: sprawozdania z poszczególnych ośrodków.

Szkolenia realizowano w terminie od maja do grudnia 2021 roku, przez 5-7 miesięcy, w zależności od ośrodka.

Zagadnienia dotyczące obszaru zdrowia i psychologii prowadziło 66 wykładowców (13 z tytułem profesora i stopniem doktora habilitowanego, 46 doktorów oraz 7 magistrów). Zagadnienia metodyczne realizowało 125 metodyków (12 z tytułem profesora i stopniem doktora habilitowanego, 82 doktorów i 31 magistrów). W pracy biurowej, podczas rejestracji uczestników oraz w trakcie szkoleń, pracownicy biura wspierani byli przez 221 wolontariuszy (studentów).

W przeprowadzonych szkoleniach wzięło udział 31012 uczestników (zgodnie z umową zaplanowano przeszkolenie do 42000 nauczycieli wychowania fizycznego i nauczania wczesnoszkolnego, do 6 000 w każdej uczelni) (ryc. 4).



Ryc. 4. Liczba przeszkolonych nauczycieli w poszczególnych ośrodkach  
Źródło: sprawozdania z poszczególnych ośrodków.

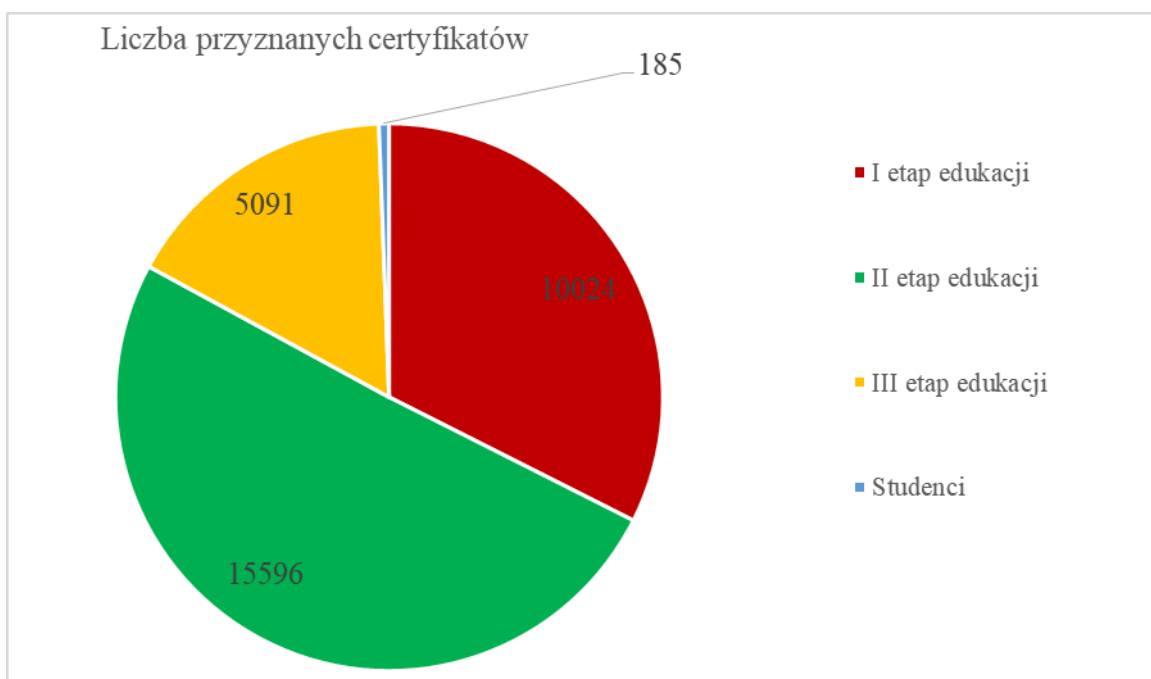
Wśród przeszkolonych 31012 uczestników znalazło się 30799 nauczycieli oraz 213 studentów.

Na szkoleniach dotyczących I etapu edukacyjnego Przeszkolono 10057 nauczycieli z I etapu edukacyjnego, 15629 nauczycieli z II etapu edukacyjnego i 5113 nauczycieli z III etapu edukacyjnego. Szkolenia ukończyło również 213 studentów (ryc. 5).



Ryc. 5. Liczba przeszkolonych uczestników warsztatów wg etapu edukacji.  
Źródło: sprawozdania z poszczególnych ośrodków.

Po zakończonych szkoleniach ich uczestnikom przyznawano certyfikaty. Liczba przyznanych certyfikatów wyniosła 30896. Na I etapie edukacyjnym przyznano 10024 certyfikaty, na II etapie edukacyjnym - 15596 certyfikatów, na III etapie edukacyjnym - 5091. Przyznano również 185 certyfikatów dla przeszkolonych studentów (ryc. 6).



Ryc. 6. Liczba przyznanych certyfikatów wg etapu edukacji.  
Źródło: sprawozdania z poszczególnych ośrodków.

### 2.3. Satysfakcja z udziału w szkoleniach

Nauczyciele po ukończeniu szkolenia i przypisaniu certyfikatu w systemie zostali zaproszeni do wzięcia udziału w badaniach poziomu satysfakcji z udziału w szkoleniach. Badanie odbyło się on-line, a wypełnienie kwestionariusza zajmowało kilka minut. Badania miały charakter ankietowy i obejmowały nauczycieli ze wszystkich regionów Polski. Łącznie w badaniach wzięło udział 7707 nauczycieli wychowania fizycznego i edukacji wczesnoszkolnej. Respondenci odpowiadali na pytania oceniające szkolenia na pięciostopniowej skali poziomu satysfakcji: bardzo niski, niski, przeciętny, wysoki, bardzo wysoki. Badani wyrazili również opinie (na siedmiostopniowej skali) na temat potrzeby organizacji dalszych szkoleń i chęci wzięcia w nich udziału.

Charakterystykę badanych osób przedstawiono w tabeli 1. Wśród badanych przeważały kobiety (69,1%), respondenci ze środowiska wiejskiego (34,4%) i małych miast (33,0%). Najczęściej szkolenia ocenili nauczyciele dyplomowani (72,7%) oraz nauczyciele szkół podstawowych (85,1%).

Tabela 1. Podstawowe informacje o badanych osobach

<b>Podstawowe informacje</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Płeć</b>		
Kobieta	5315	69,1
Mężczyzna	2374	30,9
<b>Wiek (lata)*</b>	46,5	8,8
<b>Miejsce zamieszkania</b>		
Wieś	2636	34,4
Miasto do 50 tys. mieszkańców	2531	33,0
Miasto do 150 tys. mieszkańców	1031	13,4
Miasto do 300 tys. mieszkańców	558	7,3
Miasto do 500 tys. mieszkańców	227	3,0
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	685	8,9
<b>Miejsce pracy</b>		
Wieś	3188	41,5
Miasto do 50 tys. mieszkańców	2126	27,7
Miasto do 150 tys. mieszkańców	930	12,1
Miasto do 300 tys. mieszkańców	530	6,9



Miasto do 500 tys. mieszkańców	238	3,1
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	665	8,7
<b>Stopień awansu zawodowego</b>		
Nauczyciel stażysta	104	1,3
Nauczyciel kontraktowy	904	11,7
Nauczyciel mianowany	1099	14,3
Nauczyciel dyplomowany	5600	72,7
<b>Miejsce pracy (rodzaj szkoły)</b>		
Podstawowa	6558	85,1
Specjalna	160	2,1
Technikum	522	6,8
Liceum	457	5,9
Policealna	10	0,1

\* wiek zapisano jako średnia i odchylenie standardowe

W tabeli 2 przedstawiono częstość odpowiedzi nauczycieli na pytanie: jakie były oczekiwania względem szkoleń? Największy odsetek nauczycieli miał wysokie lub bardzo wysokie oczekiwania w stosunku do różnych aspektów szkolenia: łącznie w zakresie organizacji szkolenia – 87,7%, w zakresie zawartości merytorycznej – 88,0%, w zakresie użyteczności praktycznej – 87,7%, w zakresie nakładu własnej pracy – 73,1%.

Tabela 2. Poziom oczekiwań nauczycieli względem szkolenia (%)

<b>Oczekiwania nauczycieli względem szkolenia</b>	<b>Organizacja szkolenia</b>	<b>Zawartość merytoryczna</b>	<b>Użyteczność praktyczna</b>	<b>Nakład pracy własnej</b>
Bardzo niskie	0,3	0,4	0,6	0,5
Niskie	0,5	1,0	1,5	2,3
Przeciętne	11,5	10,6	10,1	24,1
Wysokie	52,5	54,0	47,9	51,1
Bardzo wysokie	35,2	34,0	39,9	22,0

Poziom deklarowanej satysfakcji ze szkoleń w poszczególnych podgrupach przedstawia tabela 3. W większości uzyskane wyniki poziomu satysfakcji, w porównaniu do oczekiwań, były zbieżne. Prawie 92% badanych nauczycieli oceniło organizację szkolenia łącznie wysoko

lub bardzo wysoko. Zawartość merytoryczną i użyteczność praktyczną na wysokim lub bardzo wysokim poziomie satysfakcji oceniło łącznie odpowiednio 85,6 i 84,1% nauczycieli uczestniczących w szkoleniach. Niski lub bardzo niski poziom satysfakcji z ocenianych elementów deklarowało od 0,5 do 2,9% nauczycieli.

Tabela 3. Poziom ogólnej satysfakcji nauczycieli ze szkolenia (%)

<b>Poziom satysfakcji</b>	<b>Organizacja szkolenia</b>	<b>Zawartość merytoryczna</b>	<b>Użyteczność praktyczna</b>	<b>Nakład pracy własnej</b>
Bardzo niski	0,5	0,9	1,3	0,7
Niski	0,9	2,2	2,9	2,9
Przeciętny	6,7	11,3	11,7	21,2
Wysoki	40,8	42,4	38,6	45,2
Bardzo wysoki	51,1	43,2	45,5	30,0

W tabeli 4 przedstawiono poziom deklarowanej satysfakcji z poszczególnych części szkolenia - wykładów z aspektów zdrowotnych, wykładów z aspektów psychologicznych oraz warsztatów metodycznych. Wysoki lub bardzo wysoki poziom satysfakcji z zawartości merytorycznej oraz użyteczności praktycznej zadeklarowało łącznie od 80,5% do 86,9% nauczycieli. Poziom satysfakcji niski lub bardzo niski z zawartości merytorycznej oraz użyteczności praktycznej wykładów z aspektów zdrowotnych i psychologicznych oraz warsztatów metodycznych zadeklarowało od 0,8 do 2,7% badanych nauczycieli.

Tabela 4. Poziom satysfakcji nauczycieli z wykładów i warsztatów metodycznych (%)

<b>Poziom satysfakcji</b>	<b>Zawartość merytoryczna</b>	<b>Użyteczność praktyczna</b>
<b>Aspekty zdrowotne – wykład</b>		
Bardzo niski	0,8	0,9
Niski	1,8	2,7
Przeciętny	12,3	14,8
Wysoki	44,1	40,9
Bardzo wysoki	41,0	40,7
<b>Aspekty psychologiczne – wykład</b>		
Bardzo niski	0,9	1,0
Niski	2,0	2,6
Przeciętny	12,9	15,9

Wysoki	42,7	40,9
Bardzo wysoki	41,5	39,6
<b>Aspekty metodyczne – warsztaty</b>		
Bardzo niski	0,8	1,0
Niski	1,7	2,4
Przeciętny	10,6	11,6
Wysoki	42,0	40,0
Bardzo wysoki	44,9	45,0

W tabeli 5 przedstawiono szczegółowe odpowiedzi nauczycieli na temat potrzeby szkoleń i chęci w nich udziału. Większość nauczycieli wskazała na potrzebę organizacji podobnych szkoleń (89,9%) oraz potrzebę cykliczności takich szkoleń (86,9%). Chęć udziału w kolejnym szkoleniu zadeklarowało 88,2% badanych osób. Negatywnie na temat wymienionych aspektów wypowiedziało się odpowiednio 7,1; 8,2 oraz 8,4% nauczycieli.

Tabela 5. Opinie nauczycieli na temat potrzeby organizacji dalszych szkoleń i chęci w nich udziału (%)

<b>Opinie nauczycieli</b>	<b>Potrzeba organizacji podobnych szkoleń</b>	<b>Potrzeba organizacji szkoleń cyklicznie</b>	<b>Chęć udziału w kolejnym szkoleniu</b>
Zdecydowanie nie	1,5	1,4	1,6
Nie	1,4	2,0	2,1
Raczej nie	4,2	4,8	4,7
Nie mam zdania	3,0	4,9	3,4
Raczej tak	19,7	22,5	22,5
Tak	33,9	33,6	34,2
Zdecydowanie tak	36,3	30,8	31,5

### **Wnioski:**

1. Zdecydowana większość nauczycieli miała wysokie oczekiwania względem szkoleń. Uzyskane wyniki z badania satysfakcji ze szkoleń wskazują na spełnienie oczekiwań nauczycieli, zarówno w zakresie ogólnej satysfakcji ze szkoleń, jak i satysfakcji z wykładów oraz warsztatów metodycznych, ponieważ większość nauczycieli oceniła poziom satysfakcji z badanych obszarów jako wysoki lub bardzo wysoki.

2. Uzyskane wyniki wskazują na wysoką jakość merytoryczną, użyteczność praktyczną i sprawność organizacyjną prowadzonych szkoleń.
3. Wyniki w zakresie badania potrzeby dalszych szkoleń wśród nauczycieli wskazują na chęć nauczycieli do korzystania z tego typu szkoleń i dalszego doskonalenia zawodowego. Na tej podstawie należy rekomendować kontynuację szkoleń.

### **3. Faza II projektu – zajęcia dla uczniów Sport Kluby**

#### **3.1. Przebieg i organizacja Sport Klubów**

*- Paweł Tomaszewski, Izabella Tarnowska*

Z dniem 7 lipca 2021 r. rozpoczęto rejestrację nauczycieli do Sport Klubów – zajęć prowadzonych w ramach realizacji fazy II projektu „Aktywny powrót do szkoły”. Pierwsze zajęcia uruchomiono 1 września 2021 roku. Celem Sport Klubów było przede wszystkim wsparcie poprawy stanu kondycji fizycznej dzieci i młodzieży po powrocie do zajęć szkolnych realizowanych w bezpośrednim kontakcie z nauczycielem poprzez organizację dodatkowych zajęć ruchowych. Istotnym aspektem działalności Sport Klubów była ocena kondycji fizycznej dzieci i młodzieży biorącej udział w zajęciach, a w konsekwencji podjęcie działań zmierzających do jej poprawy po zakończeniu realizacji projektu.

Do prowadzenia zajęć w ramach Sport Klubów upoważnieni byli nauczyciele wychowania fizycznego w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych oraz nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej, którzy ukończyli uprzednio odpowiednie szkolenie przygotowane i przeprowadzone przez akademie wychowania fizycznego biorące udział w fazie I projektu oraz uzyskali stosowny certyfikat ukończenia przedmiotowego szkolenia. Zajęcia kierowane były do uczniów wszystkich szczebli edukacji, zarówno w pełni sprawnych, jak również z różnego rodzaju niepełnosprawnościami i dysfunkcjami. Odbywały się w formie dodatkowych, nieodpłatnych pozalekcyjnych zajęć sportowych w obiektach zapewnionych przez lokalne placówki dydaktyczne.

Zapisy do Sport Klubów poprzedziły kilkumiesięczne prace nad stworzeniem i wdrożeniem systemu informatycznego obsługującego procedurę rejestracji uczestników. Na etapie zgłoszenia wymagane były od nauczyciela m.in. deklaracja dotycząca liczby prowadzonych zajęć, zobowiązanie pozyskania zgód rodziców/opiekunów na udział dzieci w zajęciach, deklaracja dyrekcji szkoły o nieodpłatnym udostępnieniu obiektów na potrzeby realizacji zajęć oraz potwierdzenie braku obecności nauczyciela w rejestrze sprawców przestępstw na tle seksualnym. Nad poprawnością zgłoszeń czuwał i kwalifikację do programu prowadził 40-osobowy Zespół do spraw weryfikacji i diagnozy kondycji fizycznej tworzony przez przedstawicieli wszystkich akademii wychowania fizycznego. Na potrzeby realizacji programu wdrożono przyjazny w użytkowaniu harmonogram zajęć oraz moduł umożliwiający nauczycielowi raportowanie wyników ankietyzacji i pomiarów prowadzonych wśród uczestników zajęć. Uruchomiono linię telefoniczną oraz udostępniono dedykowany adres e-mailowy przeznaczony wyłącznie do obsługi Sport Klubów. Wdrożono narzędzie

umożliwiający zawarcie umowy w formie elektronicznej (Autenti), co istotne z perspektywy nauczycieli - intuicyjne i niewymagające skomplikowanych procedur identyfikacji i weryfikacji tożsamości stron umowy.

Od samego początku program Sport Klubów cieszył się ogromnym zainteresowaniem nauczycieli. Po pierwszym miesiącu od uruchomienia zajęć w systemie zarejestrowanych było ponad 5900 uczestników, na koniec listopada 2021 r. liczba ta wynosiła 6 827 zarejestrowanych, ostatecznie w programie wzięło udział 6 693 nauczycieli. Do programu nie zostało zakwalifikowanych jedynie 121 z aplikujących nauczycieli (1,8%) z powodu braku przedstawienia wymaganych dokumentów. Uruchomiono 8703 Sport Klubów na łączną liczbę 183 287 godzin.

Doceniona została dość duża elastyczność programu – nauczyciele mogli prowadzić zajęcia zgodnie z własnymi preferencjami, ale również oczekiwaniami uczniów - 1 lub 2 razy w tygodniu dla 1 bądź 2 grup. W trakcie realizacji zajęć mogli wnioskować o zmianę liczby grup lub sposób ich organizacji. Rozwiązania technologiczne dawały również nauczycielom możliwość przeplanowania zajęć, które nie odbyły się zgodnie z wpisem do harmonogramu z powodu np. absencji chorobowej nauczyciela, czy skierowania uczestników zajęć na kwarantannę. Funkcjonalności te odpowiadały na rzeczywiste wyzwania związane z realizacją zajęć w okresie pandemii i wychodziły naprzeciw oczekiwaniom nauczycieli. Zajęcia prowadzone były z podziałem na odpowiednie grupy wiekowe uczestników zajęć zapewniające bezpieczeństwo i optymalne efekty, w grupach uczestników o liczebności od 15-20 osób dla uczniów pełnosprawnych oraz od 8 do 10 osób w przypadku uczniów z niepełnosprawnościami. W szczególnych, indywidualnych przypadkach wynikających z warunków pracy dopuszczalne było ubieganie się o zmniejszenie liczebności grupy - decyzję w sprawie podejmował Zespół do spraw weryfikacji i diagnozy kondycji fizycznej.

Nadzór nad poprawnością merytoryczną prowadzonych zajęć i ich zgodnością z założeniami programu „Aktywny powrót do szkoły”, w tym z rekomendacjami przekazanymi podczas szkoleń WF z AWF czuwał piętnastoosobowy Zespół do spraw monitoringu zajęć. W ramach przyznanych kompetencji, członkowie zespołu dokonali ponad 100 terenowych kontroli zajęć sportowych w miejscu ich prowadzenia, sprawdzając dokumentację prowadzących zajęć w zakresie treści zajęć, liczby uczniów, miejsca i czasu trwania zajęć oraz rzetelnego wprowadzania przez nauczycieli danych do harmonogramu. Szczegółowy opis działalności Zespołu do spraw monitoringu zajęć przedstawiono w części 3.5 niniejszego raportu.

### **3.2. Liczba nauczycieli prowadzących zajęcia**

*- Paweł Tomaszewski, Katarzyna Leźnicka*

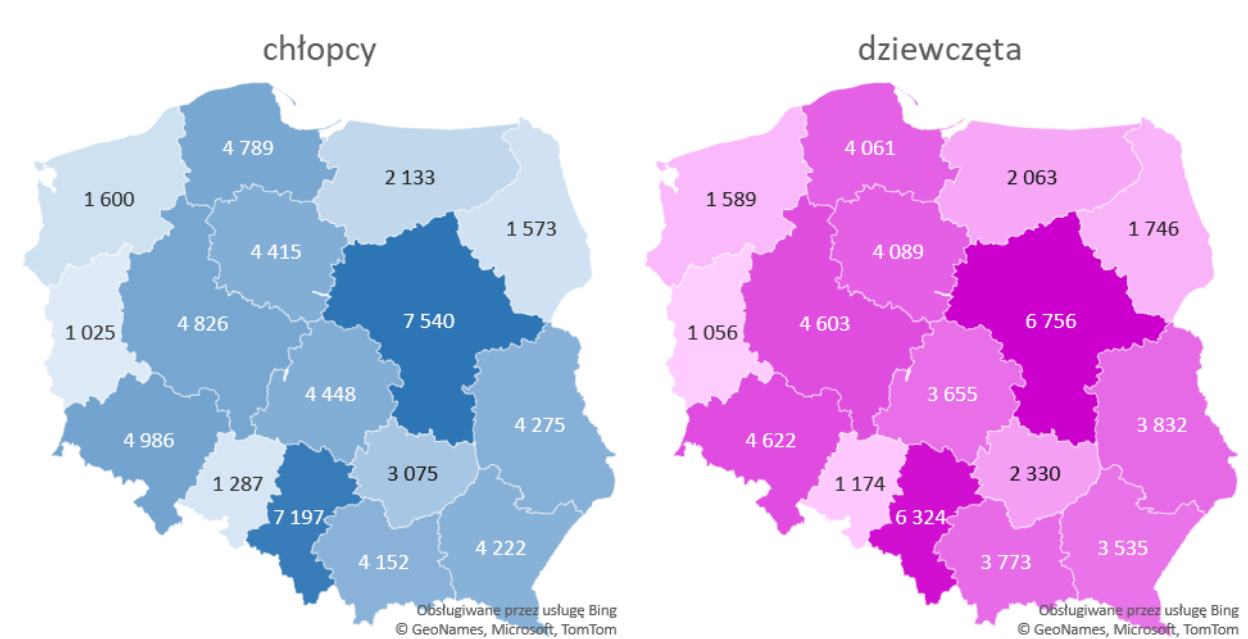
Zajęcia dla uczniów realizowane w ramach Sport Klubów zostały przeprowadzone przez 6 693 nauczycieli na terenie całej Polski, w tym 4 035 kobiet (60,3%) i 2 658 mężczyzn (39,7%). Zajęcia w szkołach podstawowych stanowiły 99,1% wszystkich zajęć przeprowadzonych w ramach projektu. W szkołach podstawowych zaangażowanych było 6 636 nauczycieli (3 978 kobiet i 2 658 mężczyzn). Blisko połowę nauczycieli szkół podstawowych (49,6%) stanowili nauczyciele realizujący zajęcia w klasach 1-3, były to przede wszystkim kobiety (84,2%). Niecały 1% stanowiły zajęcia w szkołach ponadpodstawowych, które zostały zrealizowane przez 57 nauczycieli wychowania fizycznego (100% kobiety).

### **3.3. Liczba uczniów uczestniczących w zajęciach**

*- Paweł Tomaszewski, Katarzyna Leźnicka*

Na terenie całego kraju w zajęciach Sport Klubów wzięło udział ponad 117 000 uczniów w wieku od 6,0 do 19,5 lat. W ramach zajęć zrealizowano 183 287 godzin lekcyjnych w 8 703 grupach. Wśród 116 914 uczestników Sport Klubów, w tym 55 264 uczennic i 61 650 uczniów przeprowadzono ankiety i pomiary, liczba ta stanowiła podstawę do przedstawionych w raporcie oszacowań.

Liczebności uczniów biorących udział w zajęciach w poszczególnych województwach przedstawiono na rycinie 7. Największą liczbę uczestników zajęć zaobserwowano w województwach mazowieckim (14 296 uczniów – 12,2%) oraz śląskim (13 521 uczniów – 11,6%), najmniejszą w województwach lubuskim (2 081 uczniów – 1,8%) i opolskim (2 461 uczniów – 2,1%). Powyższe dysproporcje mają związek z różną dla poszczególnych województw liczbą dzieci objętych obowiązkiem edukacji szkolnej. Po uwzględnieniu tego faktu, odsetek uczestników Sport Klubów wahał się od około 1,4% (województwa zachodniopomorskie i lubuskie) do 3,3% (województwo świętokrzyskie) (ryc. 8).



Ryc. 7. Liczebności chłopców i dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów w poszczególnych województwach.



Ryc. 8. Odsetek dzieci danego województwa uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

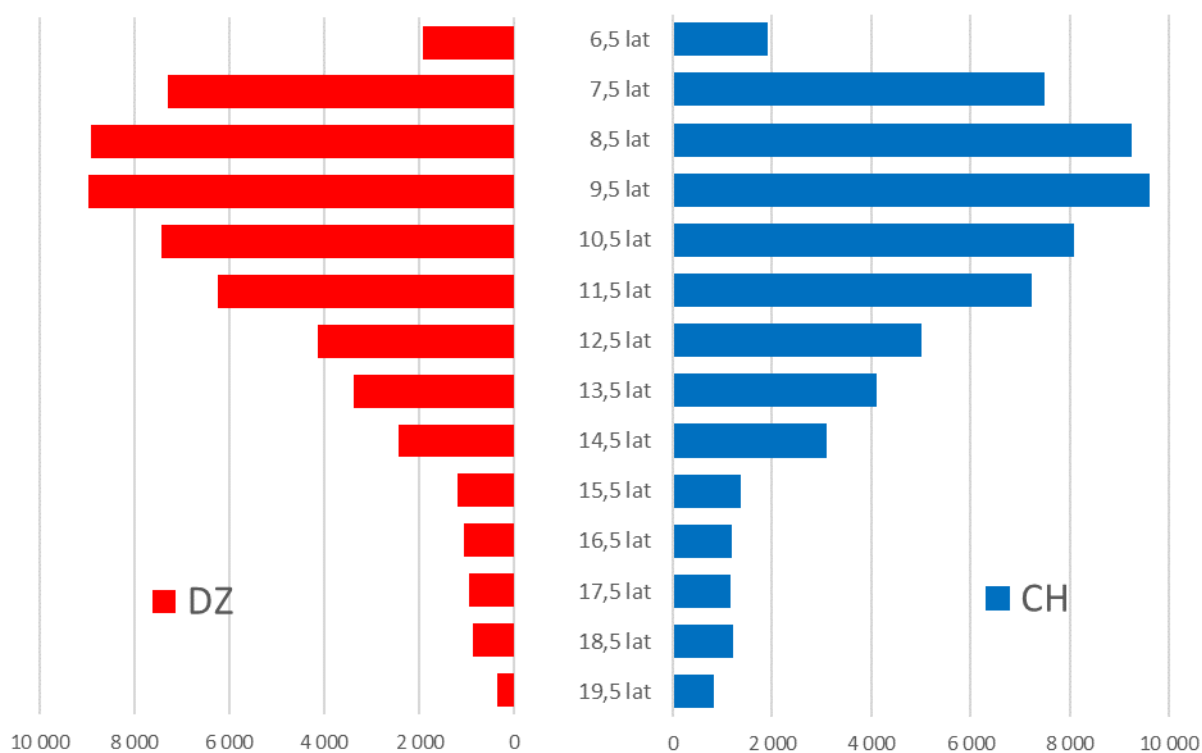
W ramach badań prowadzonych wśród uczestników Sport Klubów zgromadzono dane od 106 107 uczniów ze szkół podstawowych (90,7%) i od 10 807 (2,4%) uczniów ze szkół ponadpodstawowych. Szczegółowe dane dotyczące liczby uczestników Sport Klubów z poszczególnych typów szkół przedstawiono w tabeli 6.



Tabela 6. Liczba uczestników zajęć Sport Klubów w poszczególnych typach szkół

Typ szkoły	Liczebność	%
Szkoła podstawowa	<b>106107</b>	<b>90,76</b>
Liceum ogólnokształcące	4679	4,00
Technikum	5196	4,44
Branżowa szkoła I stopnia	833	0,71
Branżowa szkoła II stopnia	7	0,006
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	90	0,08
Szkoła policealna	2	0,002
<b>Suma</b>	<b>116914</b>	<b>100</b>

Powyższą strukturę odzwierciedla rozkład wieku przebadanych uczestników programu przedawniony na rycinie 9.



Ryc. 9. Rozkład wieku dziewcząt i chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności posiadało 2200 uczniów, 723 dziewcząt i 1477 chłopców, co stanowiło 1,88% wszystkich badanych. Liczba uczniów z orzeczeniem w szkołach podstawowych wynosiła 1893 osób, co stanowiło 1,78% badanych z tego typu

szkoły, w tym prawie dwukrotnie więcej chłopców (n=1249) niż dziewcząt (n=644). W liceum ogólnokształcącym orzeczenie o stopniu niepełnosprawności posiadało 51 osób (21 dziewcząt i 30 chłopców), co stanowiło 1,09% badanych uczniów z LO. W technikum odnotowano 37 uczniów (2 dziewczyny i 35 chłopców) – 0,71% badanych osób z technikum. W szkole specjalnej przysposabiającej do pracy zaobserwowano największy odsetek osób z niepełnosprawnością, co jest zrozumiałe ze względu na specyfikę tego typu szkół. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności posiadało 18 dziewcząt i 67 chłopców (85 uczniów) – jest to 94,4% badanych uczniów z tego typu szkoły. Na 90 uczniów szkół specjalnych biorących udział w II fazie projektu WF z AWF 85 uczniów posiadało orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i była to głównie niepełnosprawność intelektualna. W szkole branżowej I stopnia odnotowano 134 osoby z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, co stanowiło 16,09% wszystkich uczniów biorących udział w programie z tego typu szkoły. W szkole policealnej i branżowej II stopnia nie odnotowano uczniów z orzeczeniami o stopniu niepełnosprawności, jednak uczniowie tych typów szkół stanowią niewielki odsetek badanych biorących udział w II fazie programu WF z AWF (tab. 7).

Tabela 7. Liczba uczestników zajęć Sport Klubów z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności a typ szkoły

<b>Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności</b>	<b>Dziewczęta</b>	<b>Chłopcy</b>	<b>% badanych z danego typu szkoły</b>
Szkoła podstawowa	644	1249	1,78
Liceum ogólnokształcące	21	30	1,09
Technikum	2	35	0,71
Branżowa szkoła I stopnia	38	96	16,09
Branżowa szkoła II stopnia	-	-	-
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	18	67	94,4
Szkoła policealna	-	-	-
<b>Suma</b>	<b>723</b>	<b>1477</b>	<b>-</b>

#### Szkoły podstawowe

W miastach, w zajęciach prowadzonych w ramach Sport Klubów brało udział 59 977 uczniów, co stanowiło 51,3% wszystkich uczestników (w tym: 48% dziewcząt i 52% chłopców). W grupie tej, w klasach 1-3 było to 29 587 uczniów (48,8% dziewcząt i 51,2% chłopców), zaś w klasach 4-8 – 30 390 uczniów (47,2% dziewcząt i 52,8% chłopców).

Dokonując podziału miast z uwzględnieniem liczby mieszkańców (małe: do 20 000 mieszkańców; średnie od 20 000 – 100 000; duże powyżej 100 000 mieszkańców) proporcje uczniów uczestniczących w zajęciach przedstawiają się następująco:

- w małych miastach aktywnie w zajęciach uczestniczyło 24 962 uczniów (co stanowiło 21,3% wszystkich uczestników Sport Klubów i 41,6% ze wszystkich uczniów miejskich), w tym 12 183 dziewcząt (48,8%) i 12 779 chłopców (51,2%); w klasach 1-3 na zajęcia uczęszczało 12 221 uczniów (50,8% dziewcząt i 49,2% chłopców), zaś w klasach 4-8 - 12 741 uczniów (48,7% dziewcząt i 51,3% chłopców);
- w średnich miastach w zajęciach wzięło udział 18 075 uczniów (co stanowiło 15,5% wszystkich uczestników Sport Klubów i 30,1% ze wszystkich uczniów miejskich), w tym 8 690 dziewcząt (48,1%) i 9 385 chłopców (51,9%); w klasach 1-3 aktywnie ćwiczyło 9 048 uczniów (48,8% dziewcząt i 51,2% chłopców), zaś w klasach 4-8 – 9 027 uczniów (47,3% dziewcząt i 52,7% chłopców);
- w dużych miastach w ćwiczeniach uczestniczyło 16 940 uczniów (co stanowiło 14,5% wszystkich uczestników Sport Klubów i 28,3% ze wszystkich uczniów miejskich), w tym 7 889 dziewcząt (46,6 %) i 9 051 chłopców ( 53,4 %); w klasach 1-3 w zajęciach wzięło udział 8 318 uczniów ( 48,5 % dziewcząt i 51,5% chłopców), zaś w klasach 4-8 – 8 622 uczniów (44,7% dziewcząt i 55,3% chłopców).

Na terenach wiejskich w zajęciach sportowych uczestniczyło 46 130 uczniów, co stanowiło 39,5% wszystkich uczestników Sport Klubów (w tym: 47,1% dziewcząt i 52,9% chłopców), w klasach 1-3 było to 22 092 uczniów ( 48,9 % dziewcząt i 51,1% chłopców), w klasach 4-8 -24 038 uczniów (45,4 % dziewcząt i 54,6% chłopców).

#### Szkoły ponadpodstawowe

W II fazie projektu Sport Kluby wzięło udział 10 807 uczniów, co stanowiło 9,2% wszystkich uczestników tej części projektu (w tym: 44,3% dziewcząt i 55,7% chłopców) z następujących kategorii szkół ponadpodstawowych:

- licea ogólnokształcące: uczestniczyło 4 679 uczniów, co stanowiło 4,0% wszystkich uczestników Sport Klubów (w tym: 58,1% dziewcząt i 41,9 % chłopców); w małych miastach aktywnie ćwiczyło 1 461 uczniów, co stanowiło 31,2% uczestników z liceów ogólnokształcących (w tym: 57,2% dziewcząt i 42,8% chłopców), w średnich miastach 1 391 uczniów (29,7% uczestników z liceów ogólnokształcących, w tym: 60,4% dziewcząt i 39,6% chłopców), w dużych

miastach 1 584 uczniów (33,9% uczestników z liceów ogólnokształcących, w tym: 56,3% dziewcząt i 43,7% chłopców), na terenach wiejskich aktywnie ćwiczyło 243 uczniów (5,2% uczestników z liceów ogólnokształcących, w tym: 61,7% dziewcząt i 38,3% chłopców);

- technika: w zajęciach wzięło udział 5 196 uczniów, co stanowiło 4,4% wszystkich uczestników Sport Klubów (w tym: 35% dziewcząt i 65% chłopców); w małych miastach aktywny udział w zajęciach wzięło 1 411 uczniów, co stanowiło 27,1% uczestników z techników (w tym: 40,7% dziewcząt i 59,3% chłopców), w średnich miastach 2 016 uczniów, co stanowiło 38,8% uczestników z techników (w tym: 31% dziewcząt i 69 % chłopców), w dużych miastach 1 355 uczniów, co stanowiło 26,1% uczestników z techników (w tym: 34,8% dziewcząt i 65,2% chłopców), w obszarach wiejskim w zajęciach uczestniczyło 414 uczniów, co stanowiło 8,0% uczestników z techników (w tym: 36,2 % dziewcząt i 75,8% chłopców);
- branżowe szkoły I stopnia: w zajęciach uczestniczyło 833 uczniów, co stanowiło 0,7% wszystkich uczestników Sport Klubów (w tym: 27,5% dziewcząt i 72,5% chłopców); w małych miastach w zajęciach udział wzięło 308 uczniów, co stanowiło 37% uczestników ze szkół branżowych I stopnia (w tym: 31,5% dziewcząt i 68,5% chłopców), w średnich miastach 283 uczniów, co stanowiło 34% uczestników ze szkół branżowych I stopnia (w tym: 30% dziewcząt i 70% chłopców), w dużych miastach 202 uczniów, co stanowiło 24,2% uczestników ze szkół branżowych I stopnia (w tym: 23,3% dziewcząt i 76,7% chłopców), na terenach wiejskim w zajęciach udział wzięło 40 uczniów, co stanowiło 4,8% uczestników ze szkół branżowych I stopnia (w tym: 15% dziewcząt i 85% chłopców);
- branżowe szkoły II stopnia: w zajęciach uczestniczyło 9 chłopców (co stanowiło 0,008% wszystkich uczestników Sport Klubów) w mieście o średnim zaludnieniu;
- szkoły specjalne przysposabiające do zawodu: czynny udział wzięło 90 uczniów, co stanowiło 0,08% wszystkich uczestników Sport Klubów, w tym 6 uczniów z obszarów wiejskich, co stanowiło 6,7% uczestników ze szkół specjalnych (w tym: 22,2% dziewcząt i 87,8% chłopców); w małych miastach w zajęciach udział wzięło 23 uczniów, co stanowiło 25,5% uczestników ze szkół specjalnych (w tym: 17,4% dziewcząt i 82,6% chłopców), w średnich miastach 33 uczniów, co stanowiło 36,7% uczestników ze szkół specjalnych (w tym: 30,3% dziewcząt i 69,7% chłopców),

w dużych miastach 28 uczniów, co stanowiło 31,1% uczestników ze szkół specjalnych (w tym: 12,8% dziewcząt i 87,2% chłopców).

Podsumowując, w miastach w projekcie uczestniczyło 86% uczniów ze szkół podstawowych i 14% ze szkół ponadpodstawowych, podczas gdy na terenach wiejskich zajęcia odbywały się głównie w szkołach podstawowych (98,5%). Wśród szkół podstawowych różnica między uczestnikami z miast i wsi wynosiła jedynie 13% na korzyść miast (56,5 vs. 43,5%). Wynik ten można uznać za sukces projektu na terenach wiejskich. W szkołach podstawowych, na każdym poziomie edukacji w zajęciach uczestniczyła porównywalna liczba dziewcząt i chłopców, podczas gdy w szkołach ponadpodstawowych, w zajęciach w liceach ogólnokształcących uczestniczyło więcej dziewcząt (około 60%), natomiast w technikum, szkołach branżowych - z uwagi najprawdopodobniej na profil szkoły - zdecydowanie przeważali chłopcy (ponad 70%).

### **3.4. Kondycja fizyczna dzieci i młodzieży zgłoszonych do zajęć w Sport Klubach**

Kondycja fizyczna rozumiana jest jako zespół wszelkich osobniczych właściwości człowieka składających się na rozwój fizyczny, sprawność fizyczną oraz wydolność fizyczną. Najkrócej ujmując, rozwój fizyczny (somatyczny) to element rozwoju osobniczego, ontogenezy. To szereg procesów biologicznych, chemicznych, psychicznych i społecznych (i każdych innych) zachodzących w organizmie, powodujących ukształtowanie dorosłego człowieka (pełny rozwój morfologiczny) i osiągnięcie przez niego dojrzałości (Wolański 2012). Podobnie skrótowo opisując, sprawność fizyczna to ruchowa zaradność człowieka w środowisku jego egzystowania. To odzwierciedlenie tego, jak efektywnie człowiek potrafi posługiwać się swym ciałem w sytuacjach życia codziennego: lokomocji, samoobsłudze, zabawie, pracy i innych (Franks 1994). Wydolność fizyczna z kolei, to zdolność do długotrwałych i ciężkich wysiłków wykonywanych z zaangażowaniem dużych grup mięśniowych. Wydolność fizyczna jest więc miarą tolerancji organizmu na wysiłek fizyczny, dzięki której może on podejmować intensywną pracę o charakterze tlenowym bez ryzyka głębszych zaburzeń homeostazy i szybkiego powrotu do stanu wyjściowego po zakończeniu wysiłku (Nazar 1999).

Kondycja fizyczna jest jednym z przejawów zdrowia człowieka wyrażanych pozytywnymi wartościami. Określa stopień jego adaptacji do warunków życia. Jest obrazem i miernikiem zdrowia zarówno jednostek, jak i populacji.

### **3.4.1. Metody badań**

#### **3.4.1.1. Pomiary somatyczne wykonywane wśród uczestników zajęć**

– *Paweł Tomaszewski, Janusz Dobosz*

U badanych uczestników Sport Klubów dokonano pomiaru wybranych cech somatycznych: wysokości i masy ciała oraz obwodu talii. Uczestnicy badań przystępowali do pomiarów w lekkim stroju sportowym lub białym. Uczniowie w trakcie wszystkich pomiarów zachowywali postawę wyjściową: bez obuwia, stopy złączone i równomiernie obciążone, kończyny górne swobodnie opuszczone wzdłuż ciała, wyprostowane, rozluźnione plecy. Pomiary wykonano dwukrotnie, a odczytany i zapisany wynik uśredniano. Ze względu na obowiązujące obostrzenia sanitarne związane z pandemią Covid-19, nauczyciele zobowiązani byli do każdorazowej dezynfekcji sprzętu pomiarowego.

Wysokość ciała mierzono wysokościomierzem lub przy pomocy miary (taśmy metrycznej) zamocowanej na ścianie. Uczeń, bez obuwia, zachowywał postawę wyjściową, wzrok skierowany przed siebie. Wysokość mierzona od podłoża (Basis) do punktu vertex ulokowanego na szczycie głowy ustawionej w płaszczyźnie frankfurckiej, ramię poziome wysokościomierza dotyka punktu vertex. W przypadku pomiaru przy ścianie, badany ustawiany był plecami do ściany w pozycji wyprostowanej, boso, ze stopami złączonymi, z taśmą mierniczą znajdującą się w płaszczyźnie strzałkowej ciała, za plecami. Potylicą, łopatkami, pośladkami i piętami badanego, dotykały ściany, głowa ustawiona w pozycji frankfurckiej. Wysokość mierzona poprzez przyłożenie do ściany jednej przyprostokątnej krawędzi dużej ekierki lub kątownika, tak by lekko dotykała drugą przyprostokątną krawędzią szczytu głowy (punktu vertex) badanego. Wynik pomiaru odczytywany z dokładnością do 1 mm.

Masa ciała mierzona była na wadze lekarskiej lub odpowiednio wytarowanej i sprawdzonej wadze elektronicznej. Badany ustawiał się na wadze boso i nie poruszał w trakcie ważenia. Wynik zapisywany po ustabilizowaniu się wskazania wagi, podany z dokładnością do 0,1 kg.

Obwód talii mierzono taśmą metryczną ułożoną równoległe do podłoża, prostopadle do osi długiej ciała, taśma lekko dotykała skóry, nie naciskając jej. Badany w izolowanej

przestrzeni, w pozycji wyjściowej wykonywał kilka naturalnych oddechów. Pomiar taśmą wykonywano w połowie odległości między dolnymi żebrami a górnymi krawędziami talerza biodrowego. Wynik odczytywany był i zapisywany z dokładnością do 1 mm.

Pomiary somatyczne nauczyciele mieli obowiązek wykonać u wszystkich uczestników zajęć realizowanych w ramach Sport Klubów. Wyniki pomiarów wprowadzono do systemu poprzez uzupełnienie indywidualnych ankiet uczniów, znajdujących się na koncie nauczyciela na stronie: [www.wfzawf.pl](http://www.wfzawf.pl). Pomiary mogły być wykonywane w dowolnej kolejności. W przypadku braku możliwości wykonania u ucznia pomiaru (np. ze względu na występującą niepełnosprawność), w arkuszu ankiet należało zaznaczyć pole wskazujące na pominięcie badania. Szczegółowe instrukcje wykonania pomiarów cech somatycznych zamieszczone były na stronie internetowej programu.

Na podstawie wyników pomiarów wysokości i masy ciała uczniów dla każdego z badanych wyliczono wartości wskaźnika BMI (*body mass index*; stosunek masy ciała do wysokości ciała w metrach do kwadratu). Przy użyciu siatek centylowych opracowanych na podstawie ogólnopolskich badań z roku 2009/10 (Dobosz 2012abc) dokonano oceny częstości występowania u uczniów niedowagi (wartości BMI poniżej 5. centyla), nadwagi i otyłości (wartości BMI odpowiednio powyżej 85. i 95. centyla).

Dla każdego z badanych wyliczono ponadto wartość wskaźnika WHtR (*waist to height ratio*) określonego jako stosunek obwodu talii do wysokości ciała. Następnie dokonano oceny występowania u badanych uczniów otyłości brzusznej, przy zastosowaniu uniwersalnego dla płci i wieku punktu odcięcia  $WHtR > 0,5$  (Ashwell i Gibson 2014).

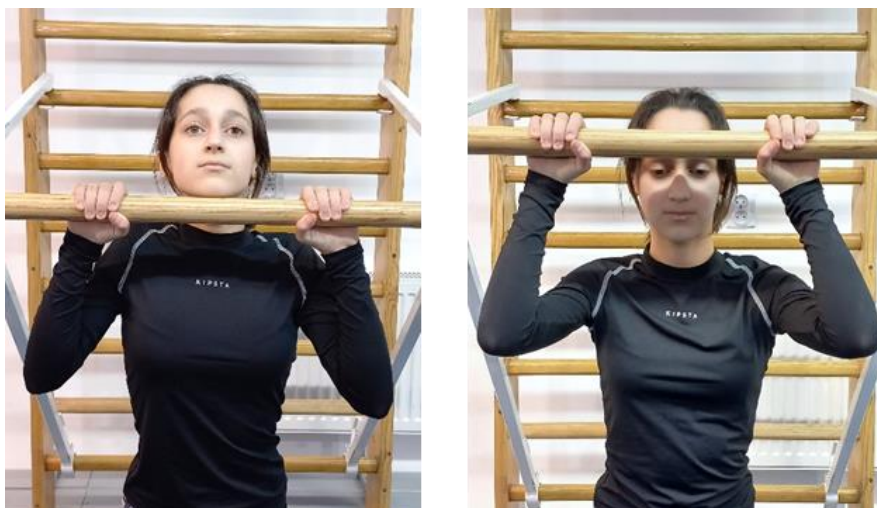
W celu porównania wyników pomiarów cech somatycznych uczestników Sport Klubów z wartościami populacyjnymi, uśrednione dla poszczególnych kategorii wiekowych wyniki wysokości i masy ciała oraz BMI badanych uczniów wyrażono w odsetkach przeciętnych wyników dzieci badanych w Polsce w roku szkolnym 2009/10. Dla wspomnianych pomiarów somatycznych wyznaczono krzywe centylowe (odpowiadające wartościom 10. 25. 50. 75. oraz 90. centyla) obrazujące zmiany cech w toku rozwoju i przedstawiono na tle siatek centylowych opracowanych na podstawie wyników badań populacyjnych dzieci i młodzieży z roku 2009/10. Dla obwodu talii wyznaczono krzywe centylowe analogiczne jak dla pozostałych cech somatycznych, jednak ze względu na to, że w badaniach z roku 2009/10 nie wykonano tego pomiaru, nie było możliwe odniesienie wyników uzyskanych przez uczestników Sport Klubów do danych populacyjnych.

### 3.4.1.2. Pomiary wybranych aspektów sprawności fizycznej wykonywane wśród uczestników zajęć

– Paweł Tomaszewski, Janusz Dobosz

Próby sprawności fizycznej wykonywane wśród uczestników Sport Klubów obejmowały: zwis na drążku na ugiętych ramionach, bieg wahadłowy 10x5 m, bieg wytrzymałościowy wahadłowy na dystansie 20 metrów oraz podpór przodem na przedramionach.

Zwis na ugiętych ramionach wykonywano na drążku zawieszonym poziomo na wysokości osiągalnej. Próba polegała na jak najdłuższym utrzymaniu zwisu o ramionach ugiętych w stawach łokciowych. Badany stał na podwyższeniu tak, aby jego broda znalazła się powyżej drążka i chwycił drążek nachwytem na szerokość barków (ryc. 10). W chwili, gdy uczeń rozpoczynał samodzielny zwis, nauczyciel spod stóp badanego usuwał podwyższenie i rozpoczynał pomiar. Pomiar czasu trwał do momentu, w którym linia oczu ćwiczącego znajdowała się powyżej drążka (ryc. 10). Próbę wykonywano jeden raz, pomiaru dokonywano z dokładnością do 0,01 sekundy. Jeżeli badany przystąpił do wykonania zadania, jednak nie był w stanie utrzymać się na drążku po przyjęciu pozycji wyjściowej w ankiecie nauczyciel wpisywał wynik „0”.



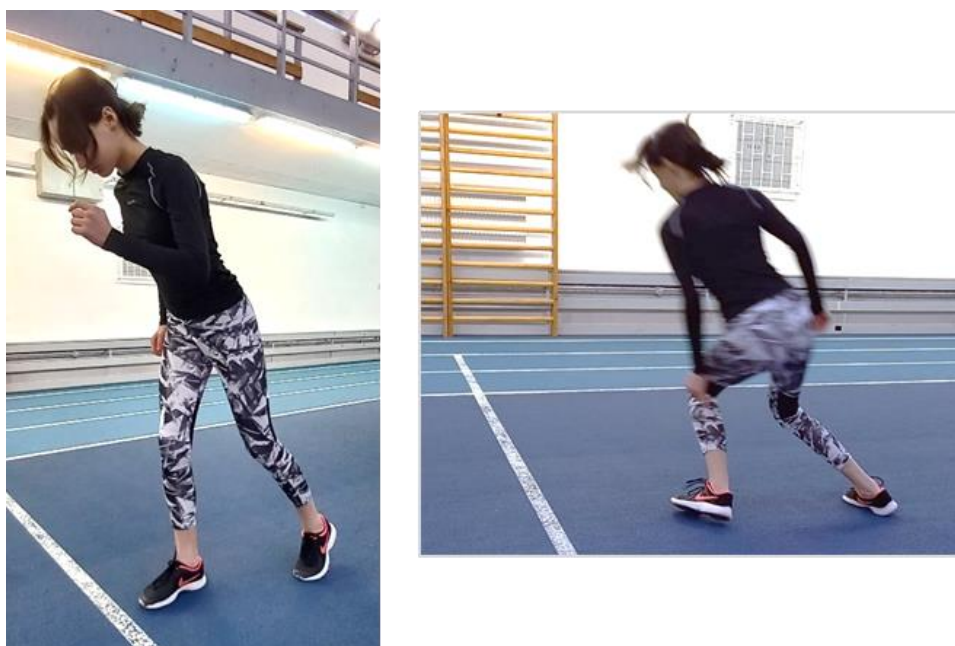
Ryc. 10. Pozycja wyjściowa do przeprowadzenia próby zwisu na drążku (po lewej) oraz pozycja, w której kończono pomiar czasu (po prawej).

Bieg wahadłowy 10 x 5 metrów wykonywano na równym i nie śliskim podłożu, na którym wytyczono długie na minimum 1 metr dwie równoległe linie odległe od siebie o 5 m. Badany stał w pozycji startowej wysokiej przed jedną z linii (ryc. 11). Po komendzie „start” biegł jak najszybciej do drugiej linii, przekraczał ją obiema stopami i wracał w kierunku linii



startu (ryc. 11). Takie podwójne odcinki badany wykonywał pięć razy. Komenda rozpoczęcia biegu wyznaczała początek pomiaru czasu. Rejestrowano czas potrzebny do wykonania pełnych pięciu cykli. Pomiaru dokonywano z dokładnością do 0,01 sekundy. Próbę wykonywano dwukrotnie, rejestrowano lepszy wynik z dwóch prób.

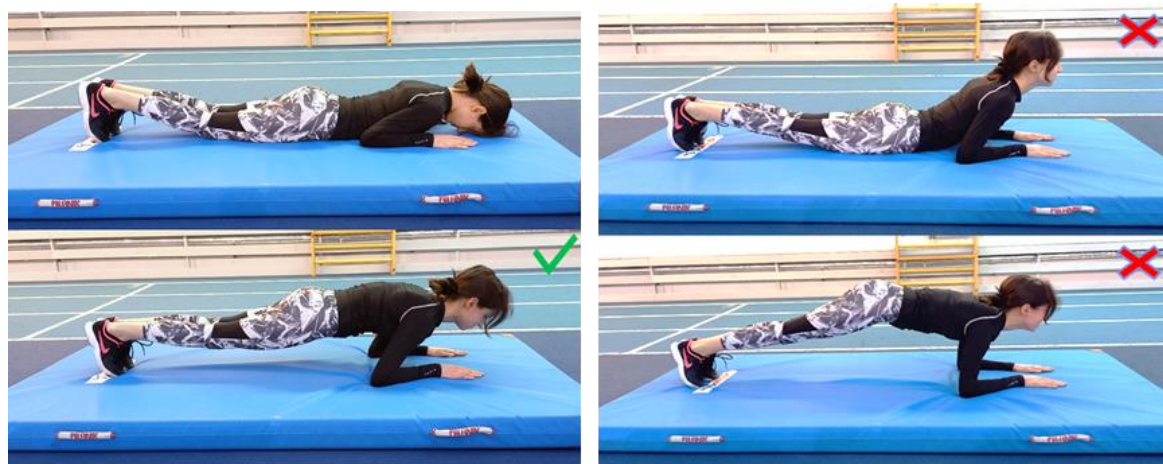
Bieg wytrzymałościowy wahadłowy na dystansie 20 metrów wykonywano na sali gimnastycznej, szerokim korytarzu lub boisku sportowym o długości ponad 23 m z wyrysowanymi na podłożu dwiema równoległymi liniami oddalonymi od siebie o 20 m. Test polegał na przebiegnięciu w tempie dyktowanym przez sygnały z nagrania jak największej liczby 20-metrowych odcinków. Badany po rozpoczęciu próby (ryc. 11) ze startu wysokiego poruszał się między liniami, za każdym zwrotem stawiając za nimi obie stopy (ryc. 11). Tempo biegu regulowane sygnałami z odtwarzacza było z każdą minutą coraz większe. Zadaniem badanego było utrzymanie jak najdłużej podawanego przez odtwarzacz tempa biegu. Próbę przerywano, jeżeli badany nie był w stanie pokonać odcinka w wyznaczonym tempie. Rejestrowano liczbę przebiegniętych odcinków, próbę wykonywano jeden raz. Nagranie wraz z instrukcją przeprowadzenia testów udostępniono na stronie: [www.wfzawf.pl](http://www.wfzawf.pl).



Ryc. 11. Pozycja startowa (po lewej) oraz zmiana kierunku ruchu (po prawej) podczas wykonywania próby biegu 10x5 m i wytrzymałościowego biegu wahadłowego na dystansie 20 metrów.

Podpór przodem na przedramionach badany rozpoczynał w leżeniu przodem z czołem opartym na materacu, z ramionami maksymalnie zgiętymi w stawach łokciowych, przywiedzionymi do tułowia (ryc. 12). Ręce ułożone na podłożu po bokach głowy, stopy oparte

palcami o podłoże. Na sygnał nauczyciela ćwiczący unosił ciało do leżenia w podporze na przedramionach i palcach stóp, nie zmieniając położenia rąk i stóp (ryc. 12). Nauczyciel kontrolował, aby osie stawów skokowych, kolanowych, barkowych i środek głowy badanego tworzyły linię prostą. W tej pozycji badany starał się wytrzymać jak najdłużej. Przyjęcie nieprawidłowej pozycji (ryc. 12) wiązało się z przerwaniem testu i próbą ponowienia w poprawnej pozycji. Rejestrowano czas utrzymywania ciała w prawidłowej pozycji, zapisu wyniku dokonywano z dokładnością do 0,01 sekundy. Jeżeli badany przystąpił do wykonania zadania, jednak nie był w stanie rozpocząć próby w prawidłowej pozycji nauczyciel w ankiecie wpisywał wynik „0”.



Ryc. 12. Wyjściowa i prawidłowa pozycja wykonania podporu przodem na przedramionach (po lewej) oraz pozycje nieprawidłowe (po prawej).

Pomiary sprawności fizycznej nauczyciele byli zobowiązani przeprowadzić u wszystkich uczestników zajęć realizowanych w ramach Sport Klubów. Wyniki pomiarów wprowadzano do systemu poprzez uzupełnienie indywidualnych ankiet uczniów, znajdujących się na koncie nauczyciela na stronie: [www.wfzawf.pl](http://www.wfzawf.pl). W przypadku braku możliwości wykonania przez ucznia danego zadania ruchowego (np. ze względu na występującą niepełnosprawność), w arkuszu ankiet nauczyciel zaznaczał pole wskazujące na pominięcie próby. Szczegółowe instrukcje wykonania prób sprawności fizycznej zamieszczone były na stronie internetowej programu.

W celu porównania wyników prób sprawności fizycznej uczestników Sport Klubów z wartościami populacyjnymi, uśrednione dla poszczególnych kategorii wiekowych wyniki czasu zwisu na drążku, biegu 10x5 m oraz wahadłowego biegu wytrzymałościowego wyrażono w odsetkach przeciętnych wyników dzieci badanych w Polsce w roku szkolnym 2009/10. Dla wspomnianych prób sprawności fizycznej wyznaczono krzywe centylowe obrazujące zmiany cech w toku rozwoju i przedstawiono na tle siatek centylowych opracowanych na

podstawie wyników badań populacyjnych dzieci i młodzieży z roku 2009/10. Dla próby podporu przodem na przedramionach wyznaczono krzywe centylowe, ponieważ w roku 2009/10 nie przeprowadzono tej próby, nie było możliwe odniesienie wyników uzyskanych przez uczestników Sport Klubów do danych populacyjnych.

Nad terminowością i poprawnością raportowanych wyników kontrolę sprawował 40-osobowy Zespół do spraw weryfikacji i diagnozy kondycji fizycznej tworzony przez przedstawicieli wszystkich akademii wychowania fizycznego. Wprowadzono systemową kontrolę poprawności raportowanych danych opartą na wartościach referencyjnych pomiarów somatycznych i prób sprawności fizycznej opracowanych w roku 2009/10 dla polskiej populacji dzieci i młodzieży. W przypadku braku terminowego raportowania danych lub stwierdzenia wyników znacząco odbiegających od wartości populacyjnych członkowie Zespołu podejmowali bezpośredni kontakt z nauczycielem prowadzącym zajęcia i wykonującym pomiary w celu uzyskania wyjaśnień i udzielenia szczegółowych wytycznych.

### **3.4.1.3. Badania ankietowe oceniające postawę uczniów wobec zajęć ruchowych - *Dorota Groffik***

Nauczyciele prowadzący zajęcia w ramach Sport Klubów zostali poproszeni o wypełnienie ankiety opisującej uczestnictwo ucznia w lekcji wychowania fizycznego i jego stosunku do uczestnictwa w zajęciach (załącznik nr 2). Ankieta dla nauczyciela składała się z dwóch części. Pierwsza zawierała 12 pytań. Druga część dotyczyła pomiarów kondycji fizycznej. Wstępne pytania ankiety stanowiła metryczka zawierająca podstawowe informacje dotyczące rodzaju szkoły, klasy do której uczęszcza uczeń, imienia i nazwiska oraz płci i daty urodzenia uczestnika zajęć Sport Klubów. W tej części nauczyciel miał również obowiązek zaznaczyć czy posiada zgodę rodzica/opiekuna prawnego uczestnika na jego udział w badaniach, ankietowaniu i udział w zajęciach w ramach Sport Klubów. Dodatkowo nauczyciel miał za zadanie wpisać datę przeprowadzenia wskazanych w programie pomiarów somatycznych i prób sprawności fizycznej ucznia.

W kolejnej części ankiety nauczyciel odpowiadał na 3 pytania o charakterze pytań zamkniętych. Pytania związane były z uczestnictwem ucznia w lekcjach wychowania fizycznego:

Ostatnie pytanie tej części ankiety miało charakter otwarty, należało podać rodzaj niepełnosprawności w przypadku posiadania przez ucznia orzeczenia.

Drugą część ankiety dla nauczyciela stanowił blok poświęcony kondycji fizycznej, w którym nauczyciel miał obowiązek wpisać wyniki przeprowadzonych wśród uczestników zajęć pomiarów antropometrycznych (masa ciała, wysokość ciała oraz obwód talii) i prób sprawności fizycznej (zwis na drążku na ugiętych ramionach, bieg wahadłowy 10 x 5 metrów, bieg wytrzymałościowy wahadłowy na dystansie 20 metrów, podpór przodem na przedramionach).

#### **3.4.1.4. Badania ankietowe opisujące sytuację zdrowotną i aspekty społeczno-ekonomiczne uczestników zajęć**

– *Monika Łopuszańska-Dawid*

Rodzice i opiekunowie każdego uczestnika Sport Klubów zostali zaproszeni do dobrowolnego udziału w badaniu i wypełnienia anonimowej ankiety, zawierającej pytania dotyczące ogólnej sytuacji zdrowotnej ucznia i wybranych aspektów jego rodzinnej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Badani zostali poinstruowani w zakresie poufności pozyskiwanych danych i możliwości wykorzystania ich jedynie w celach naukowych związanych z niniejszym projektem, w tym szczególnie do przygotowania raportu z programu oraz opracowania rekomendacji w zakresie działań ukierunkowanych na poprawę zdrowia i przeciwdziałanie skutkom pandemii Covid-19. Ankieta badawcza skierowana została do rodziców i opiekunów uczestników Sport Klubów za pośrednictwem linku do aplikacji Forms Microsoft Office.

Kwestionariusz ankietowy składał się z 50 pytań zawartych w 5 wydzielonych głównych sekcjach tematycznych (załącznik 3). Sekcja pierwsza (I) *Podstawowe informacje o dziecku* zawierała 8 pytań, na które udzielenie odpowiedzi było obowiązkowe. Pytania dotyczyły: płci dziecka, daty urodzenia, wysokości i masy ciała dziecka, informacji, którym dzieckiem z kolei jest uczestnik programu oraz miejsca zamieszkania.

Sekcja druga (II) *Aspekty społeczno-ekonomiczne* zawierała po 6 pytań dotyczących sytuacji matki lub prawnej opiekunki oraz ojca bądź prawnego opiekuna ucznia w tym zakresie. Pytania dotyczyły: wieku matki/opiekunki, wysokości i masy ciała, wykształcenia, informacji czy matka/opiekunka pracuje zawodowo, czy w okresie pandemii pracuje lub pracowała zdalnie z domu. Dalsza część tej sekcji zawierała 6, analogicznych do powyższych, pytań dotyczących aspektów społeczno-ekonomicznych ojca bądź opiekuna prawnego ucznia (odpowiednio pytania 15-20).

W dalszej części ankiety dotyczącej aspektów społeczno-ekonomicznych znalazły się pytania dotyczące warunków mieszkaniowych rodziny. Pytania dotyczyły: metrażu mieszkania lub domu (w m<sup>2</sup>), liczby osób wspólnie zamieszkujących gospodarstwo domowe oraz informacji, czy dziecko posiada własny pokój do swojego wyłącznego użytku.

Trzecia sekcja (III) dotyczyła *Aspektów ogólnozdrowotnych rodziców/opiekunów*, w pierwszej kolejności matki bądź opiekunki prawnej. Pytania dotyczyły: częstości aktywności fizycznej, czasu przeciętnej pojedynczej aktywności fizycznej oraz informacji, czy zdiagnozowano u matki obecność wirusa SARS-CoV-2. Kolejne trzy pytania dotyczyły analogicznych informacji w odniesieniu odniesionych do ojca lub opiekuna prawnego uczestnika programu Sport Kluby.

Sekcja czwarta ankiety badawczej (IV) dotyczyła *Aspektów ogólnozdrowotnych dziecka*, uczestnika Sport Klubów. Pytania dotyczyły m.in.: ilości czasu dziennie przeznaczanego przez dziecko na pracę przed komputerem w ramach nauki szkolnej oraz na rozrywkę (oglądanie telewizji, używanie w czasie wolnym komputera/telefonu, czytanie książek, słuchanie muzyki, aktywność fizyczną), nawyków związanych ze snem, przeciętnej długości snu, preferowanej przez dziecko aktywności fizycznej oraz aktywności fizycznej w tygodniu bezpośrednio poprzedzającym badanie, przeszkód dostrzeganych u dziecka w podejmowaniu aktywności fizycznej, posiadania lub nie przez dziecko orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. W ankiecie znalazły się również pytania dotyczące miesiączkowania dziewcząt.

Ostatnia, piąta sekcja ankiety (V) *Potencjalne występowania u dziecka zaburzeń pocovidowych* zawierała 10 pytań dotyczących zdiagnozowania u dziecka obecności koronawirusa SARS-CoV-2, przebiegu ewentualnej infekcji u dziecka oraz zastosowanej terapii w przypadku ciężkiego przebiegu choroby wymagającego hospitalizacji, wystąpienia u dziecka objawów nieobserwowanych przed pandemią Covid-19 ze szczegółową charakterystyką tych objawów.

Pytania z poszczególnych sekcji zawarte były na 8 podstronach ankiety. Obowiązkowymi sekcjami do wypełnienia były I, II, III i IV, natomiast sekcja V była nieobligatoryjna. Wypełnienie kwestionariusza zajmowało przeciętnie kilkanaście minut. W przypadku posiadania przez rodziców więcej niż jednego dziecka uczestniczącego w Sport Klubach ankiety były wypełniane dla każdego dziecka oddzielnie.

### 3.4.2. Wyniki badań

W rozwoju biologicznym, etap życia dzieci i młodzieży uczestniczących w zajęciach Sport Klubów określany jest jako okres przedpokwitaniowy (od 6-7. do 10-12. roku życia) oraz okres młodzieńczy, czyli dojrzewania i dorastania (od 10-12. do 18-20. roku życia). Jest to czas dynamicznych zmian zachodzących w organizmie dziecka związanych z dojrzewaniem oraz wzrastaniem poszczególnych struktur. Tempo tych zmian nie jest jednorodne, jest odmienne dla każdego etapu, z charakterystycznym przyspieszeniem wzrastania wysokości i masy ciała występującym w okresie pokwitania. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w możliwości realizacji zadań ruchowych, a w szerszym kontekście ogólnej sprawności fizycznej. Okres pokwitania występuje około 12-14. roku życia i pojawia się około dwa lata wcześniej u dziewcząt niż u chłopców. Do oceny stanu zaawansowania rozwoju biologicznego dzieci i młodzieży wykorzystuje się pomiary cech somatycznych, które następnie porównuje się z normami populacyjnymi. W tym celu najczęściej wykonuje się pomiary wysokości i masy ciała, a do oceny proporcji między nimi stosuje się wskaźnik względnej masy ciała BMI, który może posłużyć do określenia niedowagi, nadwagi czy otyłości. W diagnozie otyłości brzusznej wykorzystuje się z kolei wielkość obwodu talii, a częściej obwód talii relatywizowany wysokością ciała tzw. wskaźnik WHtR (*waist to height ratio*) i jego wartość graniczną ustaloną na poziomie 0,5, bez względu na wiek i płeć badanych. Przy ocenie zarówno rozwoju fizycznego, jak i sprawności fizycznej należy pamiętać, że progresywny okres rozwoju charakteryzuje się dużą indywidualną zmiennością osobniczą, a dzieci w tym samym wieku kalendarzowym mogą różnić się stopniem zaawansowania rozwoju biologicznego tj. mogą być biologicznie młodsze lub starsze niżby to wynikało z ich wieku kalendarzowego.

Prezentacja wyłącznie surowych wyników badań jest dalece niewystarczająca dla analizy i oceny uzyskanych w badaniu rezultatów. Sama liczba zmierzonych podczas pomiaru kilogramów, centymetrów, sekund (czyli to co nazywane jest wielkością pomiaru), daje niewystarczającą informację o wartości wyniku, to znaczy o tym czy jest to wynik dobry, przeciętny czy słaby. By móc sformułować taką ocenę potrzebna jest skala odniesienia, na której tle możliwe będzie zrelatywizowanie uzyskanego wyniku. Taką skalą odniesienia jest informacja o tym, jakie rezultaty osiągają rówieśnicy badanego ucznia. Może to być zestawienie rezultatów uzyskiwanych przez jego kolegów z klasy, zespołu czy szkoły. Dopiero na tle ich osiągnięć możliwe jest sformułowanie oceny wartościującej.

Najbardziej miarodajną i obiektywną skalą odniesienia dla danych zebranych w programie WF z AWF jest aktualny obraz kondycji fizycznej (czyli „sumy” rozwoju,

sprawności i wydolności fizycznej) całej populacji dzieci i młodzieży w Polsce. Taki obraz został opracowany w 2009 roku w Projekcie Badawczym realizowanym przez AWF Warszawa na proporcjonalnej i losowo dobranej grupie blisko 50 000 uczniów i uczennic polskich szkół (Dobosz 2012abc). Stworzone siatki centylowe i tablice stupunktowe, zgodnie z zasadami obowiązującymi w badaniach antropometrycznych, obowiązują do 2020 roku. I tak na przykład, porównanie czasu zwisu na drążku wynoszącego 7 sekund u jedenastolatka do danych uzyskanych przez jego rówieśników z populacji ogólnopolskiej (a dokładniej odniesienie tego wyniku do: średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego, tj. miary skupienia wyników wokół wielkości przeciętnej<sup>6</sup>; obliczonych na podstawie ogólnopolskich danych jego rówieśników) pozwala na nadanie wartości uzyskanemu przez niego osiągnięciu. Średnia wynosząca dla polskich jedenastolatków 12,4 sekundy umiejscawia wynik przykładowego chłopca wyraźnie poniżej przeciętnej, a odczytana z tablic wartość stenowa tego wyniku (tzn. wyrażona w stupunktowej skali), równa 44 pkt. pozwala wskazać, że aż 73% jego rówieśników wykonujących tę próbę potrafi zawisnąć na drążku dłużej. Jest to zatem wynik lokujący się w dolnych granicach przedziału przeciętnego<sup>7</sup> poziomu badanej właściwości motorycznej w polskiej populacji chłopców.

Jednak na tym nie kończą się wyzwania związane z obiektywną oceną zebranych wyników uwzględniającą procesy rozwoju ontogenetycznego, wzrastania i dojrzewania organizmu. Gdy dwóch chłopców w tym samym wieku (jedenastolatków, urodzonych w odstępnie kilku dni, około jedenastu lat i sześciu miesięcy przed badaniem) osiąga tę samą wielkość pomiaru równą 12,4 s łatwo jest wnioskować o tym, że ich sprawność fizyczna jest na tym samym poziomie i odpowiada przeciętnemu wynikowi tej próby w populacji ogólnopolskiej dla tej kategorii wiekowej. Podobnie łatwo jest ocenić wyniki, gdy jeden z nich uzyskuje rezultat równy 11,7, a drugi 13,1 s. Lepszy jest ten notujący dłuższy czas zwisu. Jednak, gdy mimo przynależenia do kategorii 11,5 lat, ten pierwszy urodził się jedenaście lat i półtora miesiąca, a drugi 11 lat i 11 miesięcy przed badaniem to wartość ich osiągnięć motorycznych nabiera innego wymiaru. Precyzyjne odniesienie tych wyników do ogólnopolskich rezultatów ich rówieśników (czyli chłopców w Polsce w wieku odpowiednio 11 lat i półtora miesiąca oraz 11 lat i 11 miesięcy) wskazuje, że obaj notują rezultat na poziomie średniej ogólnopolskiej. Obaj, uzyskują w skali punktowej wynik równy 50 pkt. Są zatem pod

---

<sup>6</sup> Z dwóch wielkości odchylenia standardowego, mniejsze będzie mówiło o tym, że wyniki, które wykorzystano do obliczenia średniej arytmetycznej (inaczej mówiąc wielkości centralnej, przeciętnej) układają się gęściej, bliżej tej średniej niż w przypadku odchylenia o większej wielkości. Ta większa wartość wskazuje na większy rozrzut, na mniejszą gęstość rozmieszczenia poszczególnych wyników wokół wyliczonej średniej arytmetycznej.

<sup>7</sup> Przy założeniu, że przeciętne wyniki danej właściwości motorycznej w populacji zawierają się między 40-60 punktami, co odpowiada wielkościom: średnia arytmetyczna  $\pm$  1 SD.

względem badanej właściwości motorycznej na tym samym poziomie, a notowana przewaga starszego chłopca w czasie trwania zawisnięcia na drążku wynika prawdopodobnie z jego wyższego poziomu rozwoju biologicznego.

Wskazana uniwersalność miary punktowej jest daleko szersza. Pozwala w obiektywny sposób porównywać wyniki uzyskane nie tylko przez chłopców różniących się wiekiem, ale wyniki uzyskane przez takich chłopców w różnych próbach sprawności<sup>8</sup> a także, wyniki uzyskane przez tych chłopców z wynikami osiągniętymi w tych samych lub różnych próbach przez dziewczęta. Wynik punktowy uzyskany przez siedmioletniego chłopca (np. 76 pkt.) ma dokładnie taką samą wartość jak równy mu w mierze punktowej (wynoszący 76 pkt.) wynik zanotowany w innej próbie przez 17-letnią, młodą kobietę.

Jest to oczywiście uproszczenie rzeczywistych zależności między poziomami przejawów sprawności fizycznej i rozwoju fizycznego oraz płci badanych osób, ale daleko bardziej obiektywne i rzetelne ocenianie poziomu badanych przejawów kondycji fizycznej (rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej) niż w przypadku posługiwania się wielkościami pomiarowymi, tymi wyrażonymi w centymetrach, kilogramach, sekundach.

### **3.4.2.1. Charakterystyki somatyczne uczestników zajęć z uwzględnieniem rozpowszechnienia niedowagi/nadwagi/ otyłości - Paweł Tomaszewski, Janusz Dobosz, Jarosław Fugiel**

#### **Wysokość ciała**

Jak wynika z danych przedstawionych na rycinie 13, wysokość ciała chłopców i dziewcząt wzrasta w kolejnych grupach wiekowych, co jest zjawiskiem oczywistym w progresywnym okresie rozwoju. Odzwierciedla to przedstawiane w piśmiennictwie prawidłowe dla tego etapu ontogenezy tendencje rozwojowe. W grupach chłopców średnie wartości zwiększają się w przedziale między 6. a 17. rokiem życia (ryc. 13). Średnia wysokość ciała u 6-latków wynosi 125,9 cm i wzrasta do 180,2 cm u 17-latków. W kolejnych grupach wieku, u chłopców w wieku 18 i 19 lat, obserwuje się stabilizację wartości cechy. Największe różnice międzyroczne zanotowano u chłopców między 12. a 14. rokiem życia, różnice te wynoszą około 7 cm. U dziewcząt wysokość ciała zwiększa swoje wartości do 15. roku życia.

---

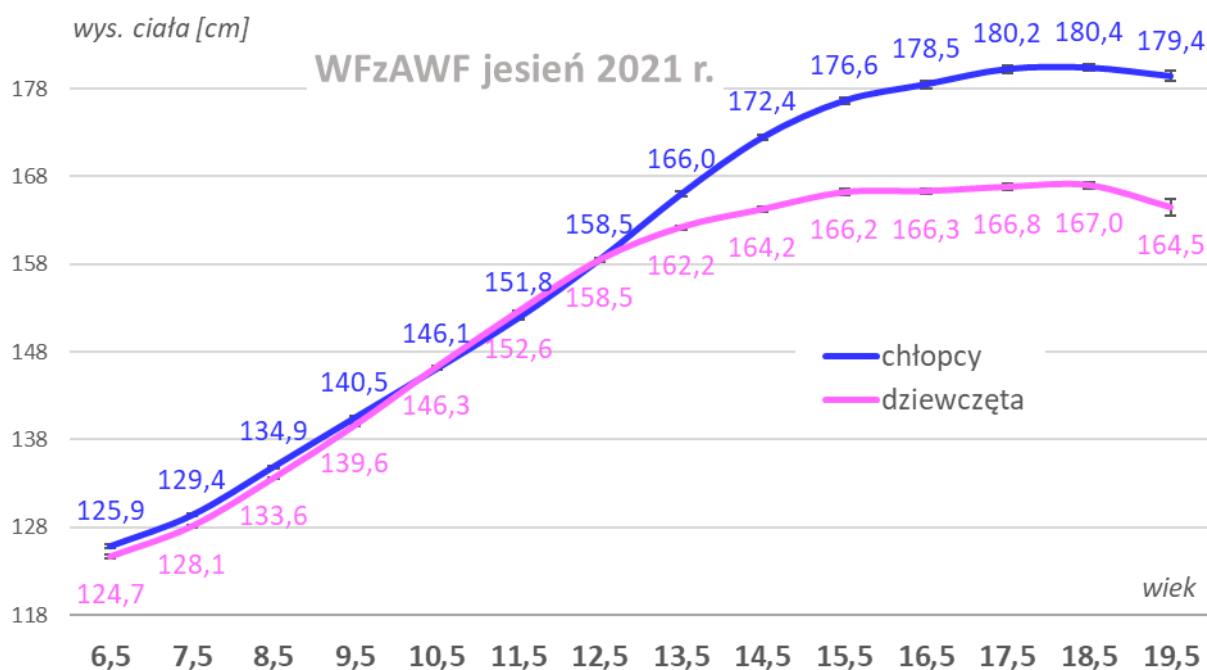
<sup>8</sup> Np. wyrażone w sekundach wyniki prób zwisu na drążku i biegu na 50 metrów, czy czas zwisu na drążku w sekundach z wynikiem siły ścisku ręki wyrażonym w kilogramach siły lub niutonach lub długością skoku w dal z miejsca w centymetrach



U 6-latek wynosi średnio 124,7cm, a u dziewcząt w wieku 15 lat 166,2 cm. Po tym okresie, aż do 19. roku życia obserwowana jest stabilizacja rozwoju cechy. Największe wartości międzyrocznych różnic zanotowano u dziewcząt między 10. a 12. rokiem życia, wynoszą one w tym okresie około 6 cm (ryc. 13).

*liczebności badanych chłopców i dziewcząt*

	6,5	7,5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5	13,5	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5
ch	1 753	7 420	9 149	9 475	7 992	7 144	4 934	4 059	3 067	1 369	1 168	1 148	1 210	764
dz	1 820	7 218	8 844	8 871	7 362	6 182	4 095	3 348	2 434	1 182	1 051	939	858	335



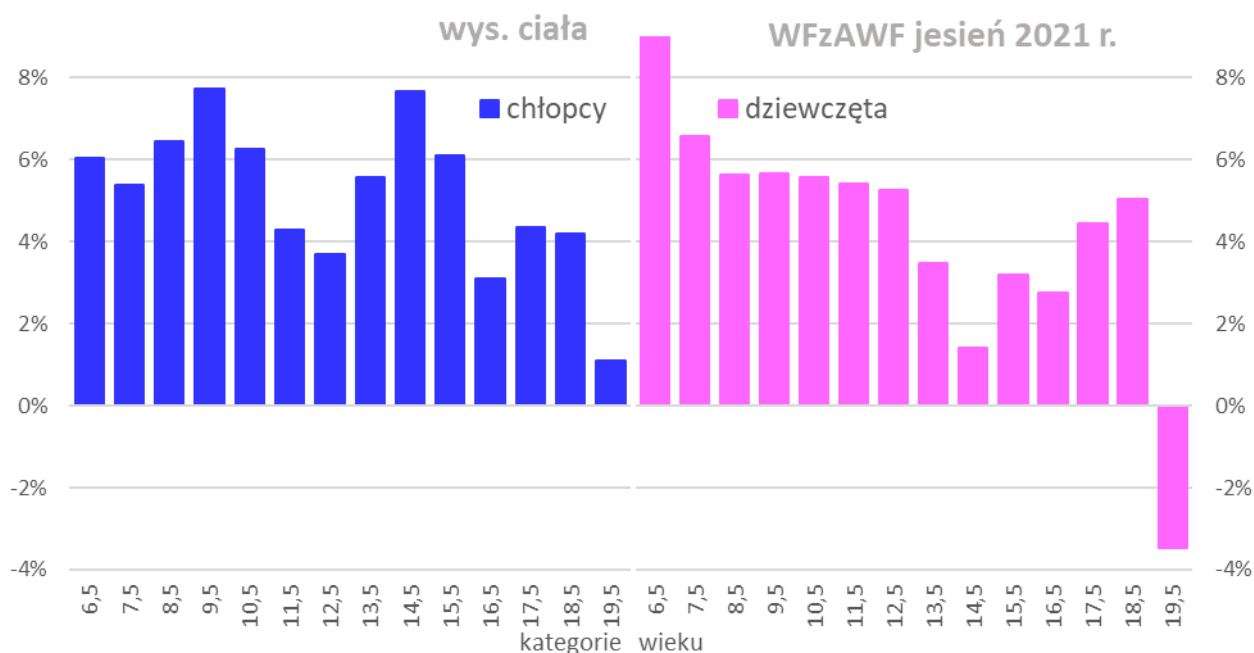
Ryc. 13. Średnie wielkości wysokości ciała dziewcząt i chłopców w kategoriach wieku, uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

Analiza średnich wartości wysokości ciała pozwala potwierdzić pewne ogólne prawidłowości dotyczące kształtowania się tej cechy u chłopców i dziewcząt. W młodszych grupach wiekowych, aż do 12. roku życia, wysokość ciała osiągała zbliżone wartości w obu grupach płci. W kolejnych latach chłopcy uzyskują wyższe wartości cechy niż dziewczęta, a różnice międzypłciowe zwiększają się do 19. roku życia, wynosząc na koniec analizowanego okresu przeciętnie 14,9 cm (ryc. 14). Obraz zmian potwierdza znaną tendencję wyższego zaawansowania rozwoju w młodszych grupach wiekowych oraz wcześniejszego zakończenia u dziewcząt progresywnego okresu rozwoju.

Porównując przeciętne wyniki wysokości ciała zanotowane u chłopców w badaniach z roku 2009/10 stwierdzono, że wyższymi wartościami cechy charakteryzują się uczniowie

uczestniczący w zajęciach Sport Klubów. Wartości te są wyższe w zależności od przedziału wiekowego od 3 do 8% (ryc. 14). Zjawisko to potwierdza występowanie trendu sekularnego.

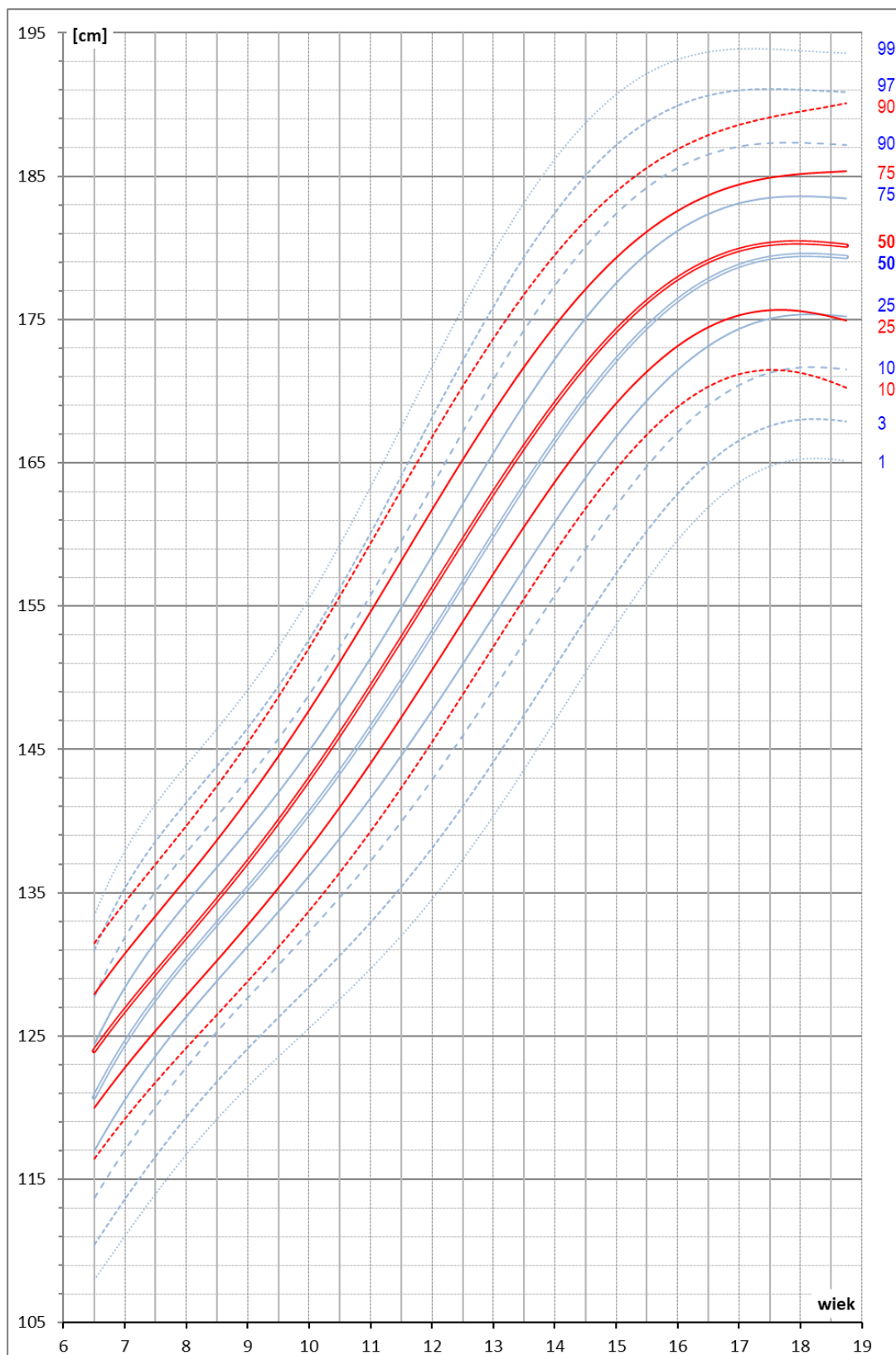
Podobnie u dziewcząt, większa wysokość ciała charakteryzowała uczestniczki zajęć Sport Klubów, a różnice w stosunku do badań z roku 2009/10 wynoszą około 4-6%. Mniejsze różnice zanotowano u rówieśniczek między 13. a 16. rokiem życia oraz w najstarszej grupie wiekowej (18 lat), w tym przypadku na korzyść dziewcząt sprzed dekady. W tej grupie wiekowej ze względu na małą liczebność badanych trudno jest w badaniach przekrojowych określić przyczynę obserwowanego zjawiska.



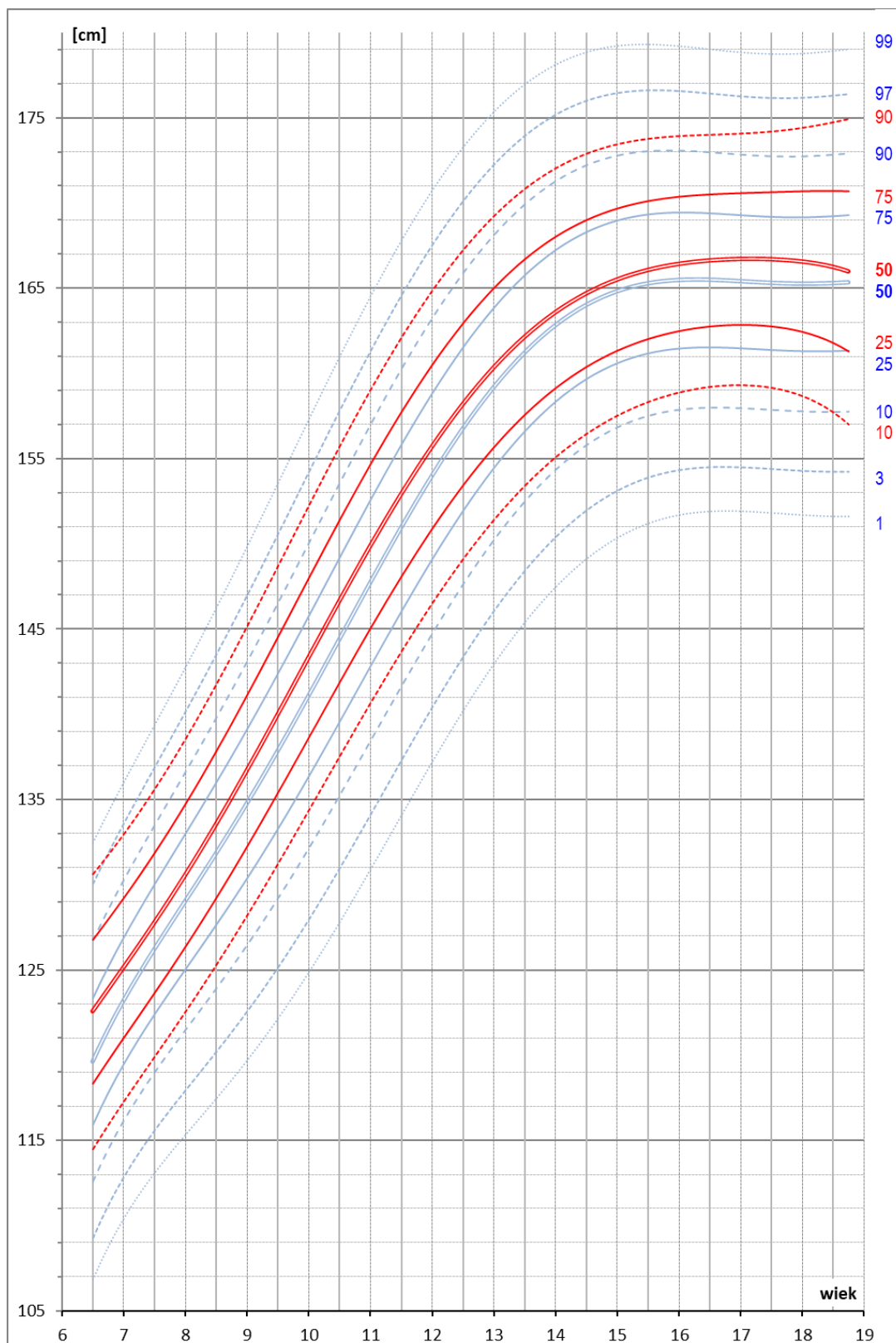
Ryc. 14. Przeciętne wyniki pomiarów wysokości ciała chłopców i dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów wyrażone w odsetkach przeciętnych wyników dzieci badanych w Polsce w roku szkolnym 2009/10.

„0” oznacza rezultat zanotowany w badaniu z roku 2009/10.

Obserwowane w toku rozwoju różnice wysokości ciała chłopców i dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów obrazują krzywe centylowe, przedstawione na tle wartości referencyjnych opracowanych na podstawie wyników badań z roku 2009/10 (ryc. 15 i 16). Krzywe centylowe wyznaczone zarówno dla chłopców, jak i dziewcząt uczestniczących w Sport Klubach mają podobne przebiegi jak w badaniach populacyjnych z roku 2009/10, z przesunięciem ku wyższym wartościom, sięgającym 2-3 centymetrów u chłopców i 1-2 centymetrów u dziewcząt, wyraźnie zaznaczonym w okresie dynamicznego rozwoju tej cechy.



Ryc. 15. Krzywe centylowe wysokości ciała chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).



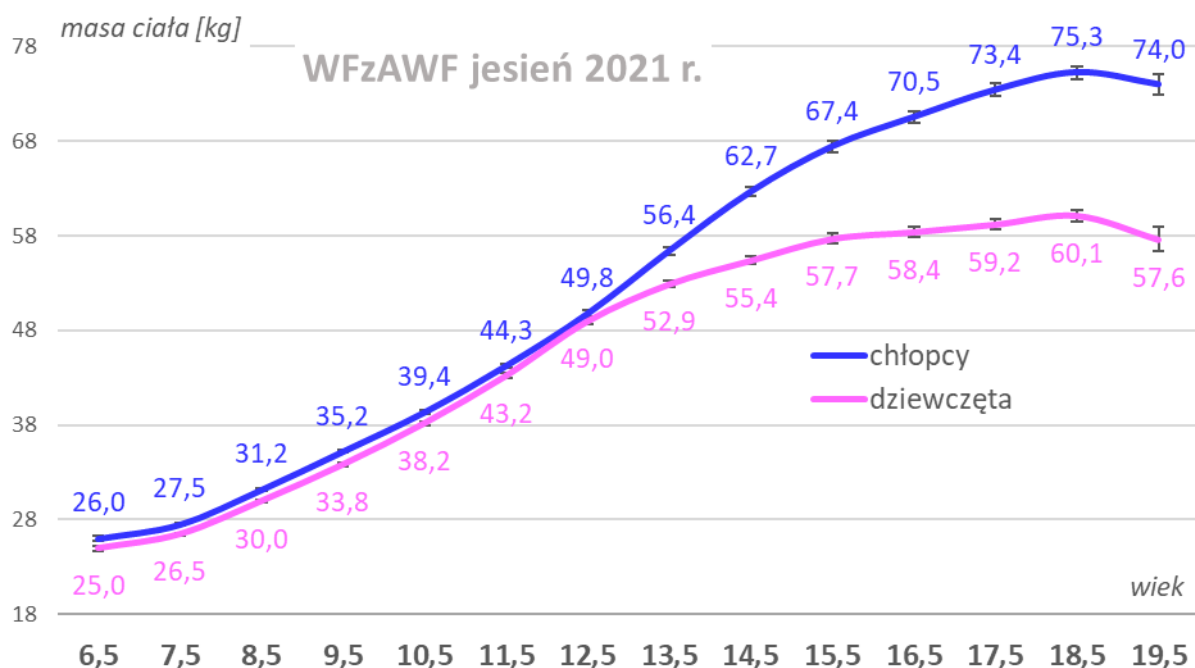
Ryc. 16. Krzywe centylowe wysokości ciała dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).

## Masa ciała

Średnie wartości masy ciała w grupach chłopców zwiększają się systematycznie w przedziale między 6. a 18. rokiem życia (ryc. 17). W wieku 6. lat uzyskują oni średnio 26 kg, a masa ciała 18-latków wynosi średnio 75,3 kg. W najstarszej grupie wiekowej zanotowano niższą różnicę międzyroczną sugerującą stabilizację rozwoju cechy. Największe zmiany międzyroczne zaobserwowano między 12. a 14. rokiem życia, różnice wynoszą w tym okresie około 6-7 kg. U dziewcząt masa ciała zwiększa swoje wartości do 15. roku życia. U 6-latek wynosi średnio 25,0 kg, a u 15-latek 57,7 kg. W kolejnych grupach wiekowych, pomimo dalszego wzrastania średnich wartości cechy aż do 18. roku życia, notuje się powolną stabilizację wyników. Największe tempo międzyrocznych zmian wartości masy ciała zanotowano u dziewcząt między 10. a 12. rokiem życia. W tym okresie wynoszą one około 5-6 kg (ryc. 17).

liczebności badanych chłopców i dziewcząt

	6,5	7,5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5	13,5	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5
ch	1 881	7 414	9 150	9 478	7 998	7 140	4 938	4 054	3 067	1 367	1 172	1 149	1 210	778
dz	1 892	7 209	8 842	8 869	7 366	6 173	4 091	3 343	2 424	1 179	1 050	938	857	335



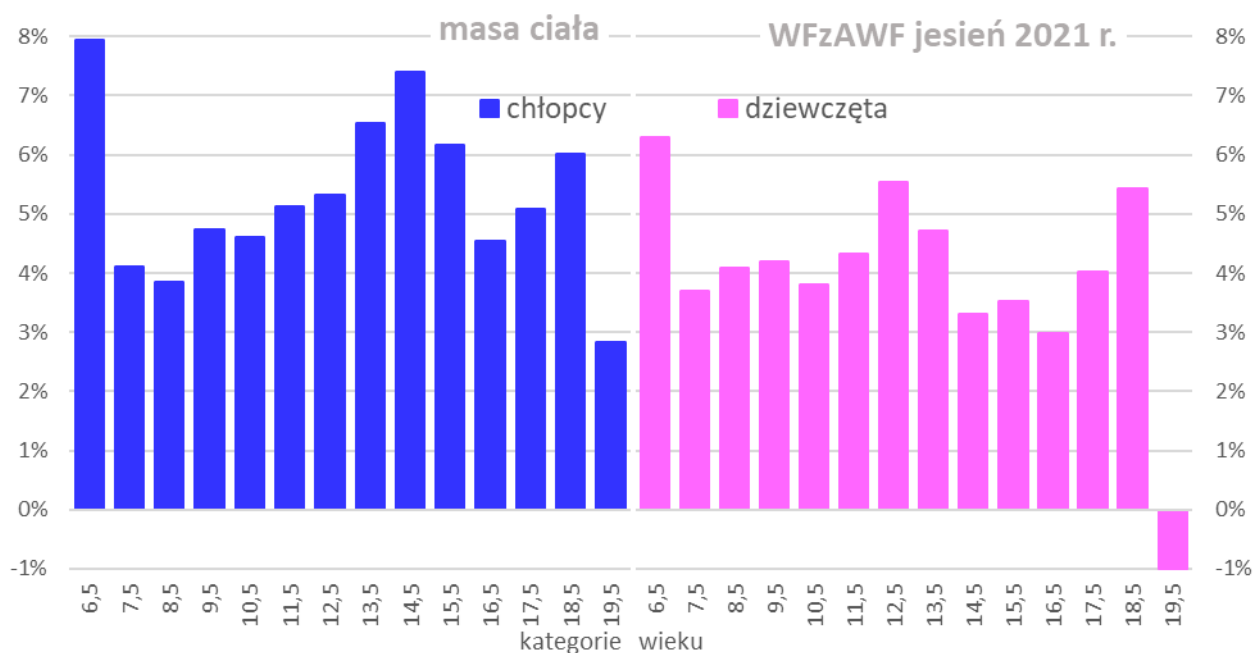
Ryc. 17. Średnie wielkości masy ciała dziewcząt i chłopców w kategoriach wieku, uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

Podobnie jak wysokość ciała, również i masa ciała w grupach chłopców i dziewcząt przyjmuje zbliżone wartości między 6. a 12. rokiem życia. Różnica na korzyść chłopców wynosi w tym okresie około 1 kg (ryc. 17). W kolejnych kategoriach wiekowych chłopcy

charakteryzują się wyraźnie wyższymi wartościami cechy, a różnice międzypłciowe z wiekiem ulegają zwiększeniu. Wynoszą one w najstarszych grupach (>17 lat) około 14-16 kg, potwierdzając prawidłowości rozwojowe obserwowane w przypadku wysokości ciała.

Porównując przeciętne wyniki masy ciała zanotowane u chłopców w roku 2009/10 i uczestników Sport Klubów, podobnie jak w przypadku wysokości ciała stwierdzono, że wyższymi wartościami cechy charakteryzują się uczniowie badani w ramach programu WF z AWF. Wartości te są wyższe w zależności od przedziału wiekowego od 4 do 8%. Najmniejsze różnice międzypokoleniowe masy ciała, wynoszące około 3%, zanotowano w grupie 19-letnich chłopców (ryc. 18).

Również u dziewcząt wartości masy ciała są wyższe w badaniach uczestniczek Sport Klubów. Różnice te wynoszą około 3-6 %. Mniejsze różnice zanotowano między 14. a 16. rokiem życia oraz w najstarszej grupie 19-letnich dziewcząt, kiedy ponownie wyższymi wartościami cechy charakteryzują się dziewczęta z badań w 2009/10 roku (ryc. 18).

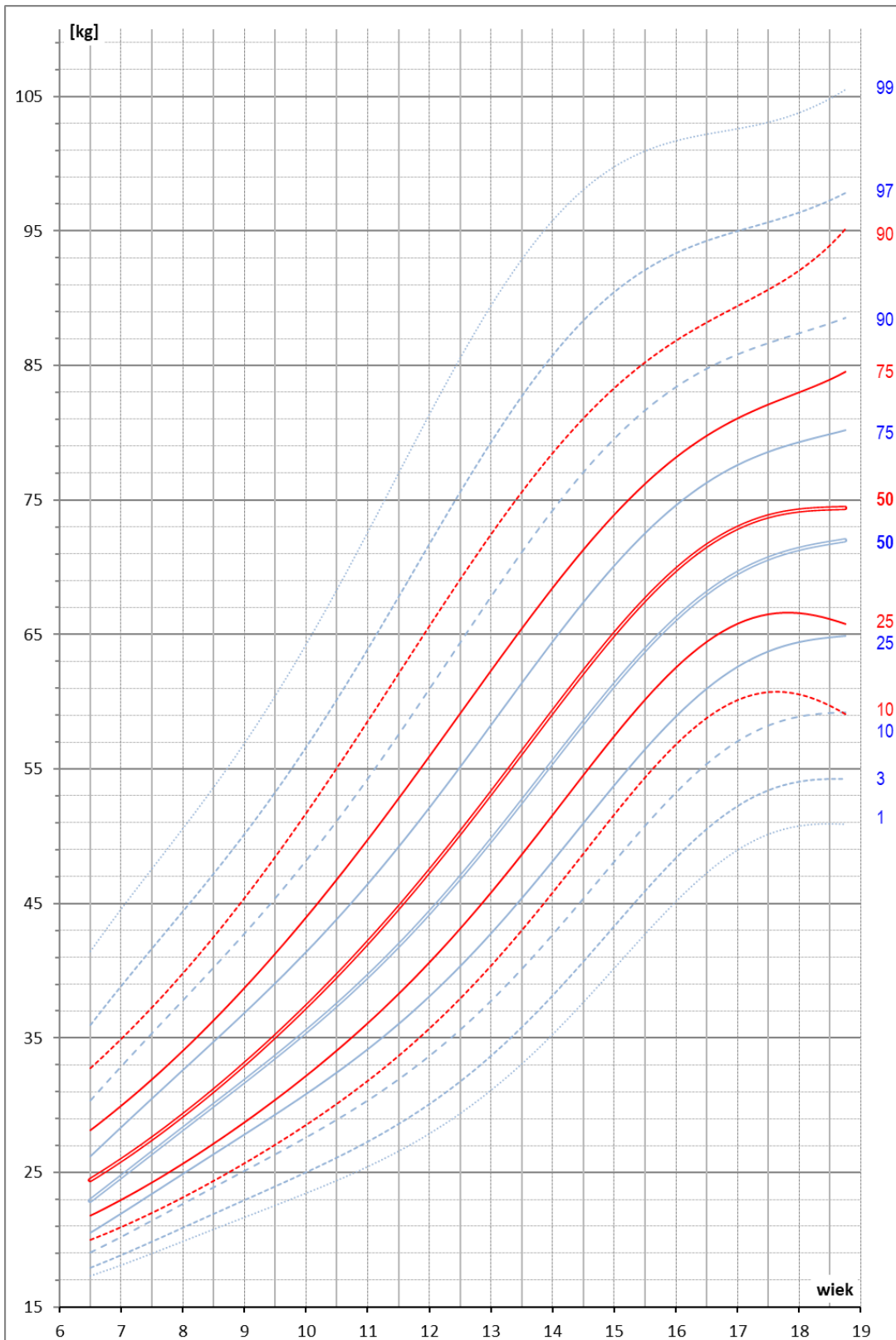


Ryc. 18. Przeciętne wyniki pomiarów masy ciała chłopców i dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów wyrażone w odsetkach przeciętnych wyników dzieci badanych w Polsce w roku szkolnym 2009/10.

„0” oznacza rezultat zanotowany w badaniu z roku 2009/10.

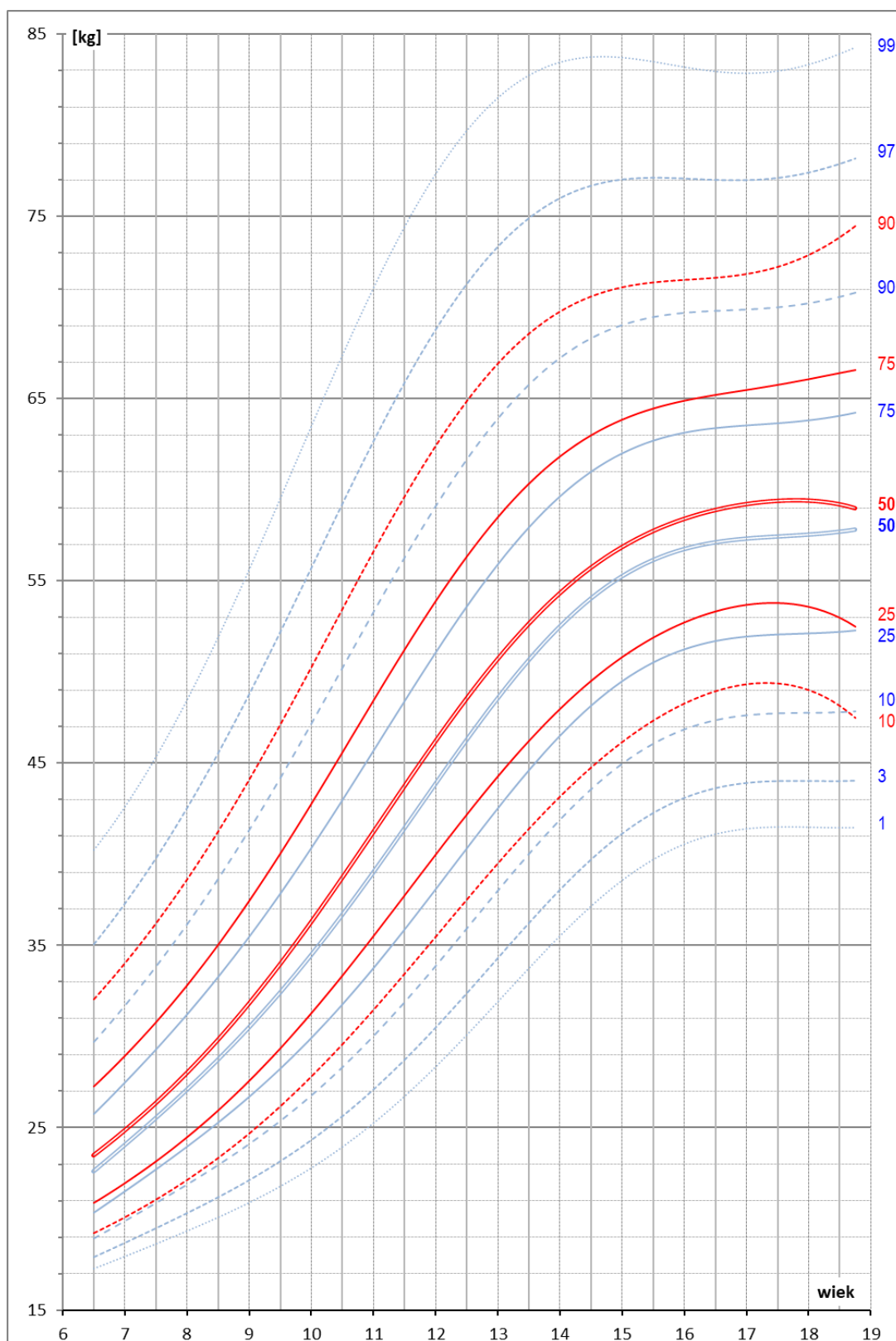
Krzywe centylowe opracowane na podstawie wyników pomiarów uczestników zajęć Sport Klubów, przedstawiające zmiany masy ciała w stosunku do wyników badań ogólnopolskich dziewcząt i chłopców z roku 2009/10 zobrazowano odpowiednio na rycinach 19 oraz 20. Przebiegi krzywych charakteryzuje podobne tempo narastania w stosunku do badań

populacyjnych z roku 2009/10. U chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów począwszy od wieku 10 lat obserwuje się przesunięcie mediany masy ciała ku wyższym wartościom o około 2 kg, z maksimum osiągającym 4 kg w wieku 14-15 lat. U dziewcząt obserwuje się zmiany o podobnej charakterystyce, z nieco mniejszymi wzrostami wartości mediany oscylującymi w granicach 2 kg.



Ryc. 19. Krzywe centylowe masy ciała chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).





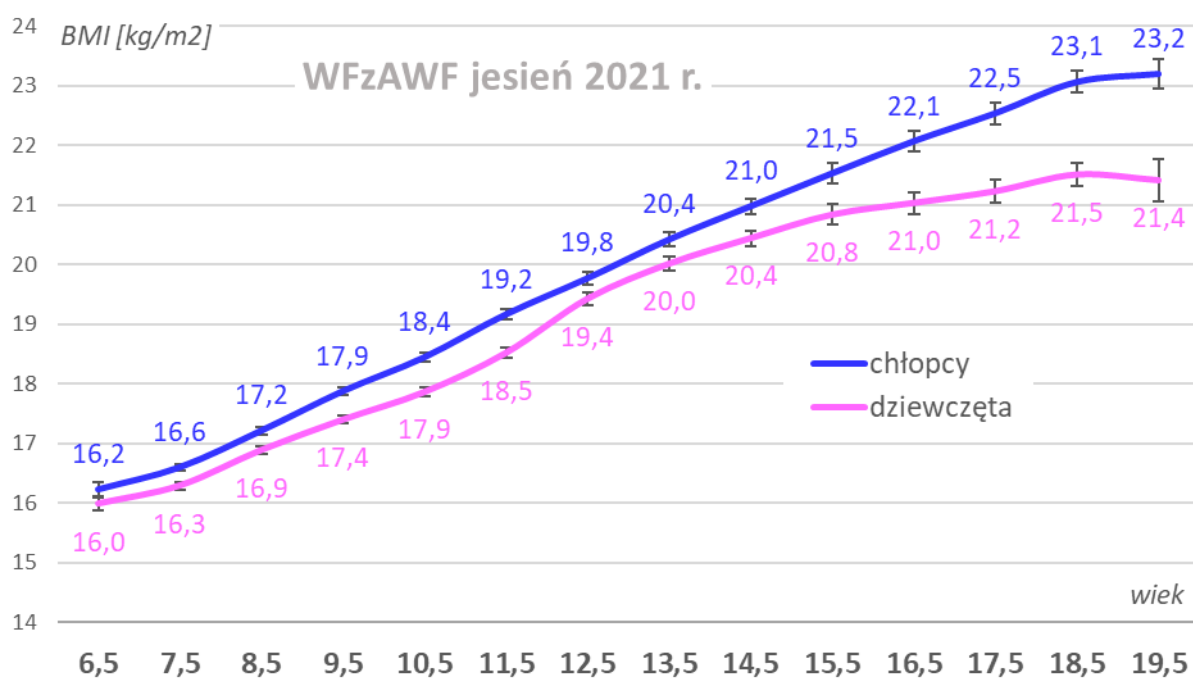
Ryc. 20. Krzywe centylowe masy ciała dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).

## Wskaźnik masy ciała BMI

Wartości wskaźnika masy ciała (BMI) w grupach obu płci wzrastają systematycznie w przedziale między 6. a 19. rokiem życia. U chłopców w wieku 6 lat wynoszą średnio 16,2, u 19-latków 23,2, zaś u dziewcząt odpowiednio 16,0 i 21,4 (ryc. 21). U dziewcząt, pomimo wzrastania średnich wartości wskaźnika, od 15. roku życia obserwuje się względną stabilizację wyników. Takiego zjawiska nie zaobserwowano u chłopców, choć różnica międzyroczna jest najmniejsza w grupie 19-latków, co może świadczyć o wystąpieniu stabilizacji wartości BMI. W całym badanym okresie chłopcy uzyskują wyższe wartości wskaźnika niż dziewczęta - w młodszych grupach wiekowych różnice międzypłciowe są niewielkie (0,2-0,5), a zwiększają się od 14. roku życia uzyskując najwyższe wartości u 19-latków – 1,8 (ryc. 21).

liczebności badanych chłopców i dziewcząt

	6,5	7,5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5	13,5	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5
ch	1 747	7 399	9 123	9 449	7 968	7 121	4 924	4 047	3 060	1 367	1 168	1 148	1 209	762
dz	1 807	7 185	8 818	8 843	7 345	6 160	4 081	3 338	2 421	1 175	1 049	936	856	326

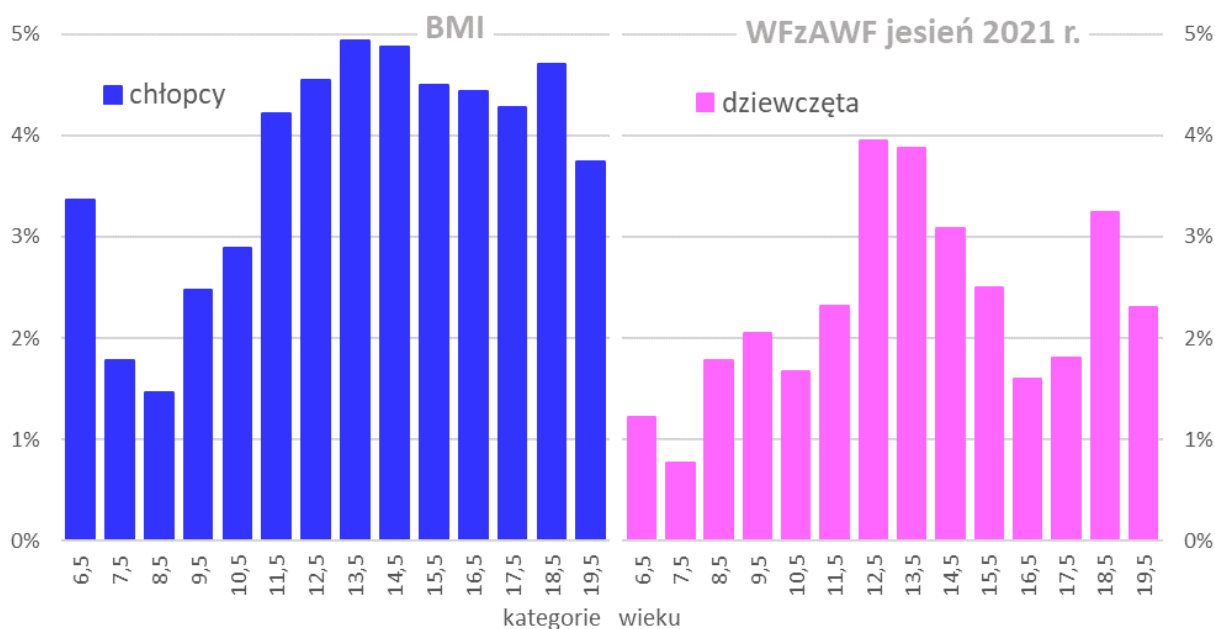


Ryc. 21. Średnie wielkości wskaźnika masy ciała (BMI) dziewcząt i chłopców w kategoriach wieku uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

Porównując wartości BMI z badań w roku 2009/10 oraz uczestników Sport Klubów można stwierdzić, że w całym ocenianym okresie ontogenezy ci drudzy uzyskują wyższe wartości niż ich rówieśnicy sprzed dekady. U chłopców różnice te wynoszą od 2 do 5%. Mniejsze są między 7. a 10. rokiem życia, a zwiększają się od 11. roku życia (ryc. 22). U dziewcząt różnice w wieku 6 i 7 lat są niewielkie i wynoszą około 1-2%. W kolejnych

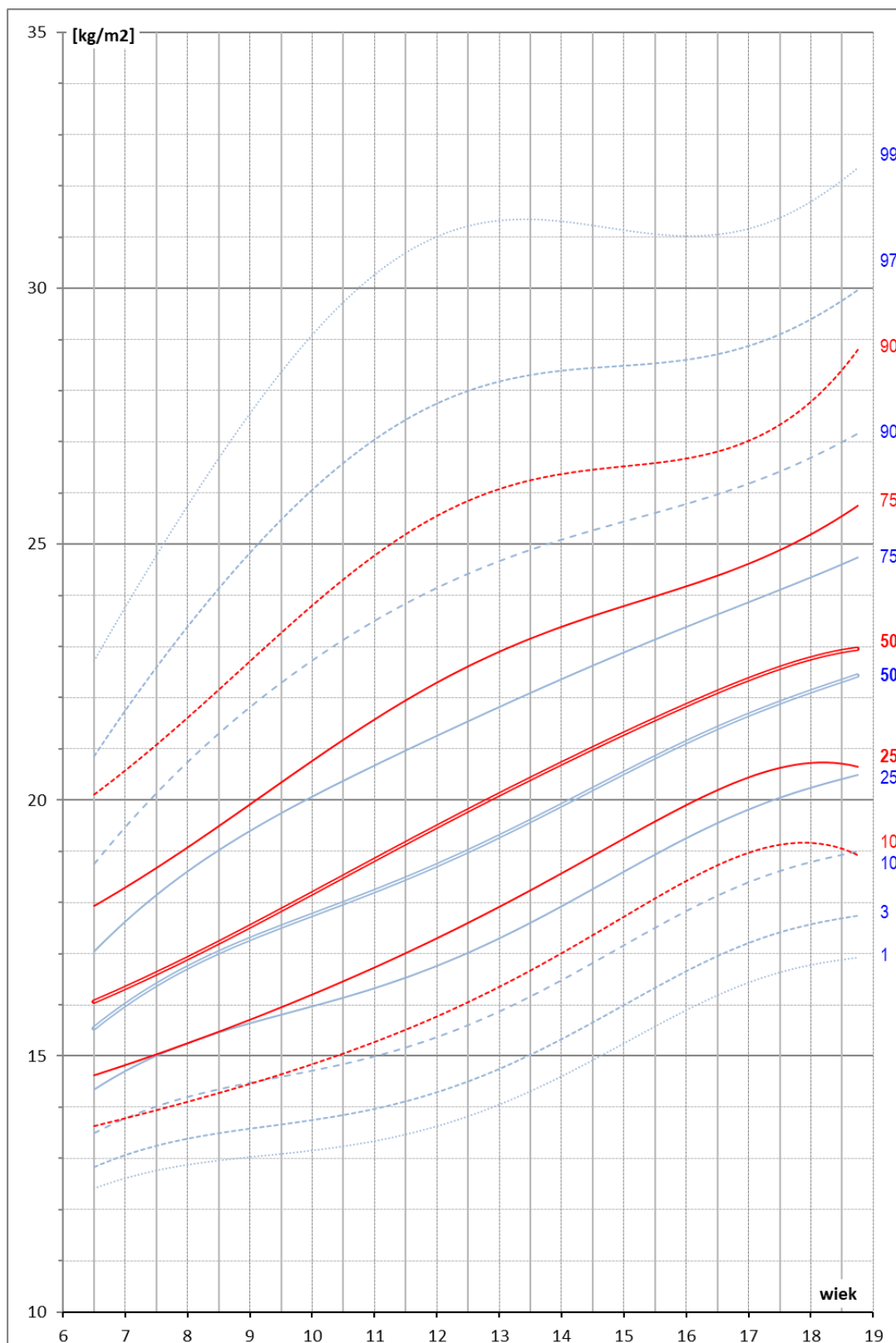
grupach wiekowych, do 13. roku życia wzrastają – do około 4%, by w następnych kategoriach wieku ulec zmniejszeniu. Większe różnice międzypokoleniowe wskaźnika masy ciała (BMI) zaobserwowano w grupach chłopców niż dziewcząt (ryc. 22).

Obserwowane w toku rozwoju zmiany wskaźnika BMI chłopców i dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów na tle wartości referencyjnych z roku 2009/10 obrazują krzywe centylowe przedstawione na rycinach 14 i 15. Wyznaczone dla danych zebranych w ramach Sport Klubów krzywe wykazują podobne przebiegi do badań populacyjnych, u chłopców z przesunięciem mediany BMI o około 1, począwszy od 11. roku życia. U dziewcząt zmiany były mniejsze, z maksimum przypadającym na wiek 11,5-13,5 lat, w którym obserwuje się wzrost mediany BMI o około 0,7.

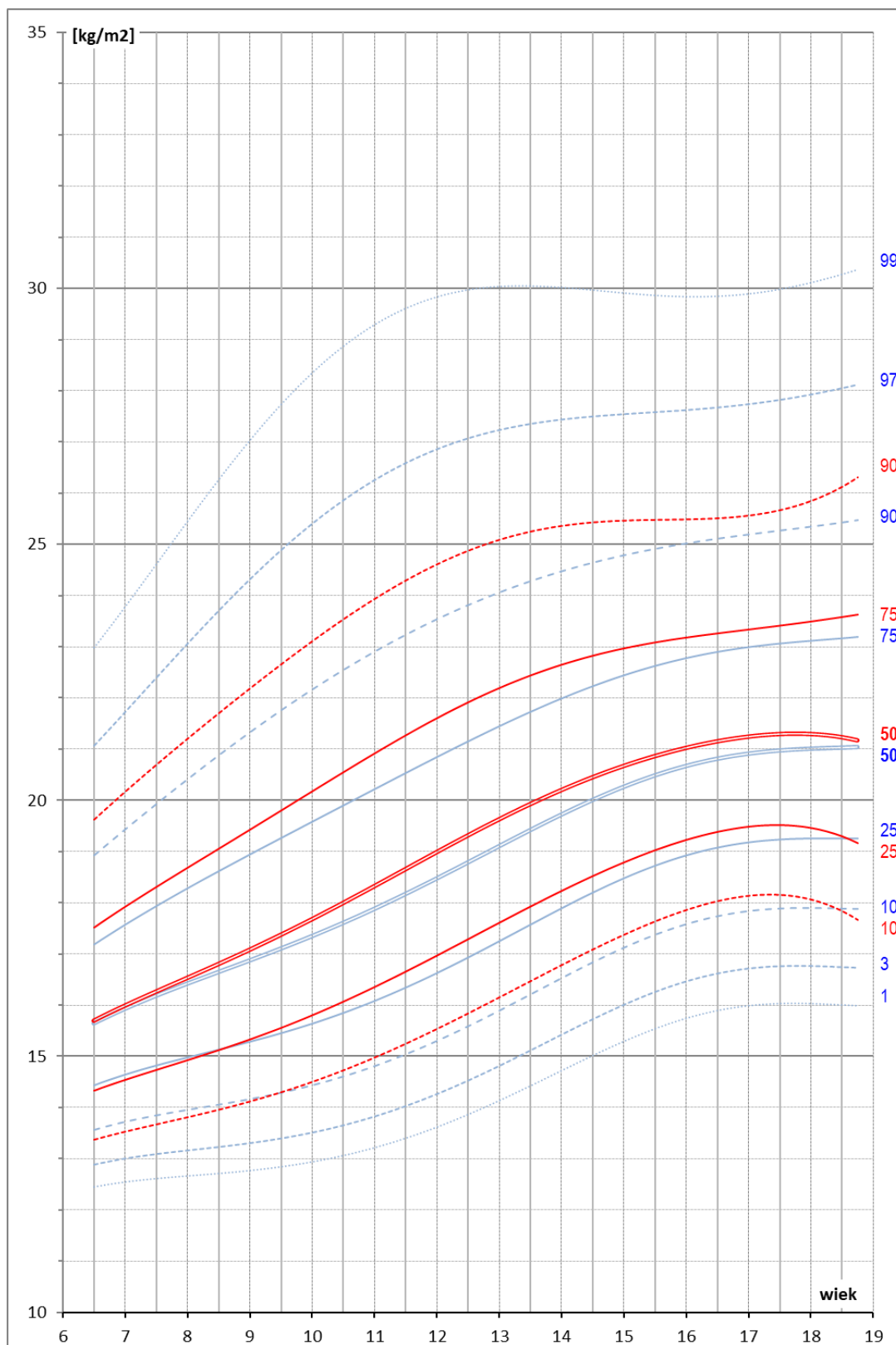


Ryc. 22. Przeciętne wartości wskaźnika masy ciała (BMI) chłopców i dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów wyrażone w odsetkach przeciętnych wartości wskaźnika BMI dzieci badanych w Polsce w roku szkolnym 2009/10.

„0” oznacza rezultat zanotowany w badaniu z roku 2009/10.



Ryc. 23. Krzywe centylowe BMI chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).



Ryc. 24. Krzywe centylowe BMI dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).

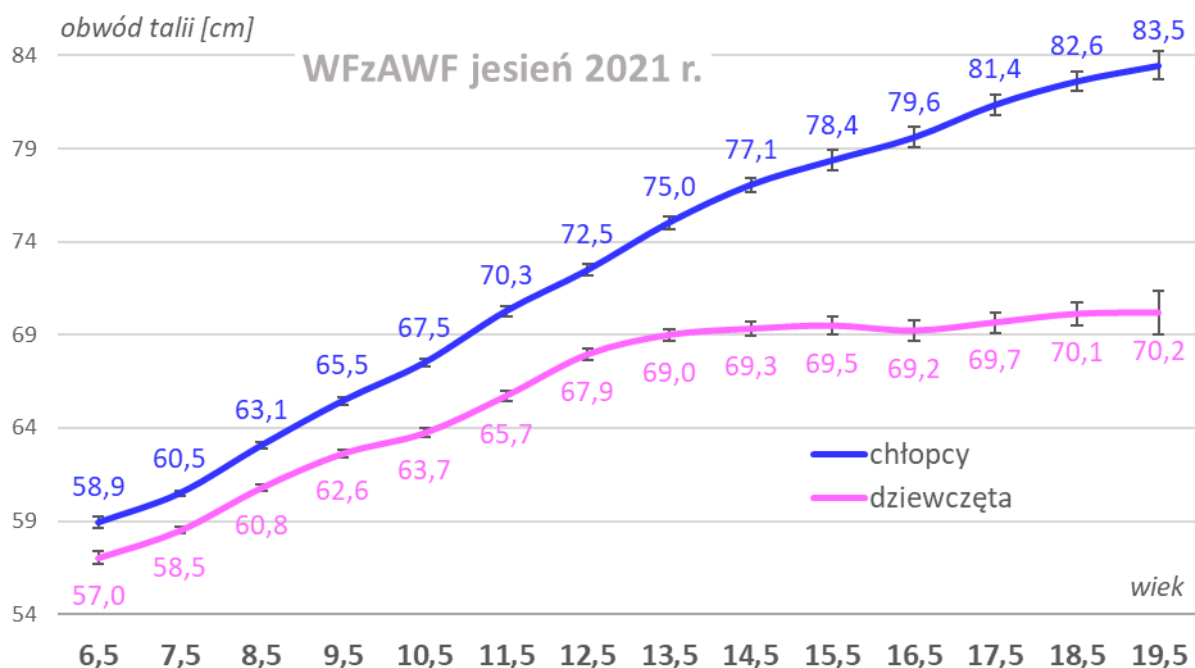
## **Obwód talii**

W badaniach dzieci i młodzieży prowadzonych w ramach Sport Klubów dokonano także pomiaru obwodu talii. Jego wartości w obu grupach płci zwiększają się przez cały analizowany okres rozwoju. Średnia wartość cechy wynosi u 6-letnich chłopców 58,9 cm, a u 19-latków 83,5 cm. U dziewcząt wartości te wynoszą odpowiednio 57,0 i 70,2 cm (ryc. 25). W grupach chłopców wartości międzyrocznych różnic wzrastają systematycznie, bez wyraźnego przyspieszenia w okresie pokwitaniowym. Nie obserwuje się także zmniejszenia tempa rozwoju obwodu talii w najstarszych grupach wiekowych, co może świadczyć o niezakończonym jeszcze progresywnym okresie wzrastania cechy. U dziewcząt obwód talii zwiększa się systematycznie w przedziale między 6. a 13. rokiem życia. W kolejnych grupach wiekowych, aż do 19. roku życia, obserwuje się spowolnienie tempa międzyrocznych zmian obwodu talii, wskazujące na osiągnięcie względnej stabilizacji w rozwoju tej cechy.

Chłopcy w każdej grupie wiekowej uzyskują wyższe wartości obwodu talii niż dziewczęta, a różnice płciowe zwiększają się wyraźnie od 10. roku życia. W wieku od 6 do 10 lat różnice wynoszą od 2 do 4 cm, a u uczniów w wieku 18-19 lat wynoszą około 12-13 cm (ryc. 25).

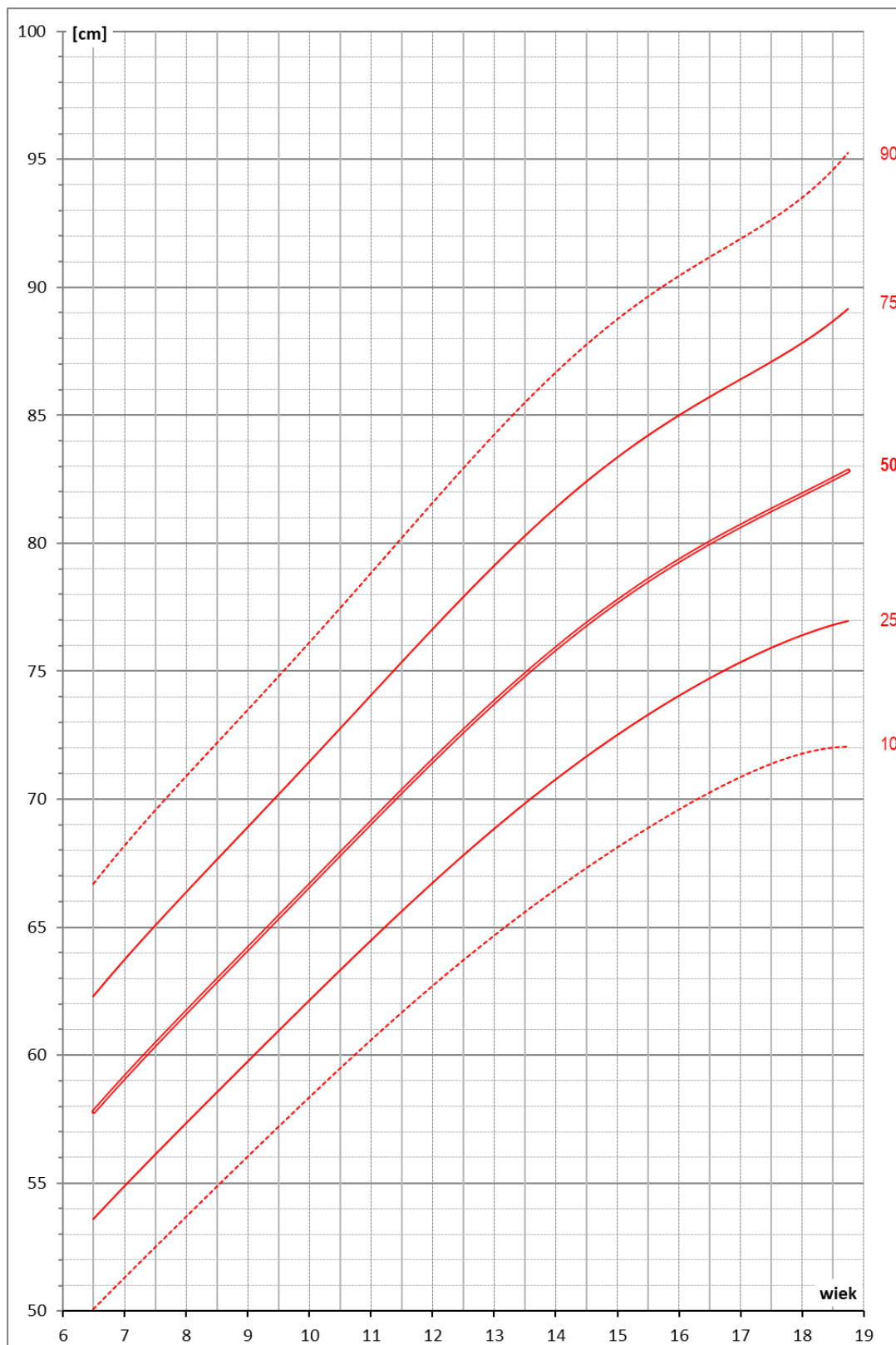
liczebności badanych chłopców i dziewcząt

	6,5	7,5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5	13,5	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5
ch	1 809	7 292	8 987	9 251	7 716	6 949	4 735	3 878	2 916	1 303	1 117	1 102	1 158	724
dz	1 865	7 157	8 727	8 754	7 195	6 028	3 962	3 244	2 323	1 143	999	916	824	346



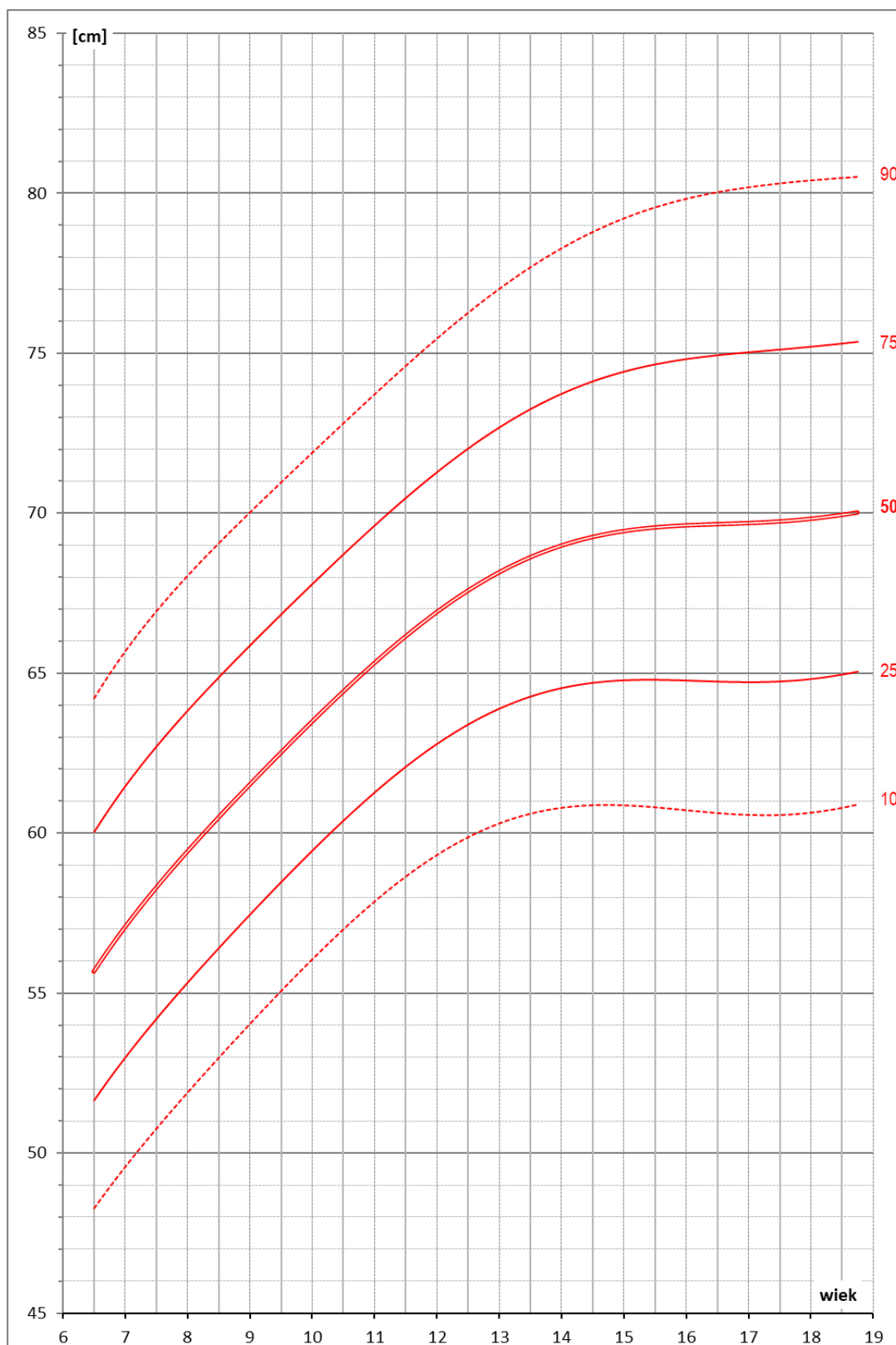
Ryc. 25. Średnie wielkości obwodu talii dziewcząt i chłopców w kategoriach wieku, uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

W badaniach ogólnopolskich z roku 2009/10 nie dokonano pomiarów obwodu talii, stąd w niniejszym raporcie nie przedstawiono standaryzowanych wartości dla tej cechy. Opracowano jednak krzywe centylowe obwodu talii dziewcząt i chłopców (odpowiednio ryc. 26 i 27), które stanowią wartości referencyjne wykorzystane w kolejnych edycjach programu. U chłopców obserwuje się zasadniczo liniowy przyrost obwodu talii wynoszący 2,5 cm na 1 rok, z delikatnym spowolnieniem przypadającym na okres adolescencji. Dla wieku 18 lat mediana obwodu talii wynosi 82 cm. U dziewcząt spowolnienie trendu następuje nieco wcześniej (około 13,5. roku życia), osiągając stabilizację w wieku 15,5 lat (mediana obwodu talii w granicach 69,5 - 70 cm). Ponadto, w okresie dynamicznego rozwoju cechy, obserwuje nieco mniejsze niż u chłopców roczne przyrosty obwodu talii sięgające 2 cm.



Ryc. 26. Krzywe centylowe obwodu talii chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

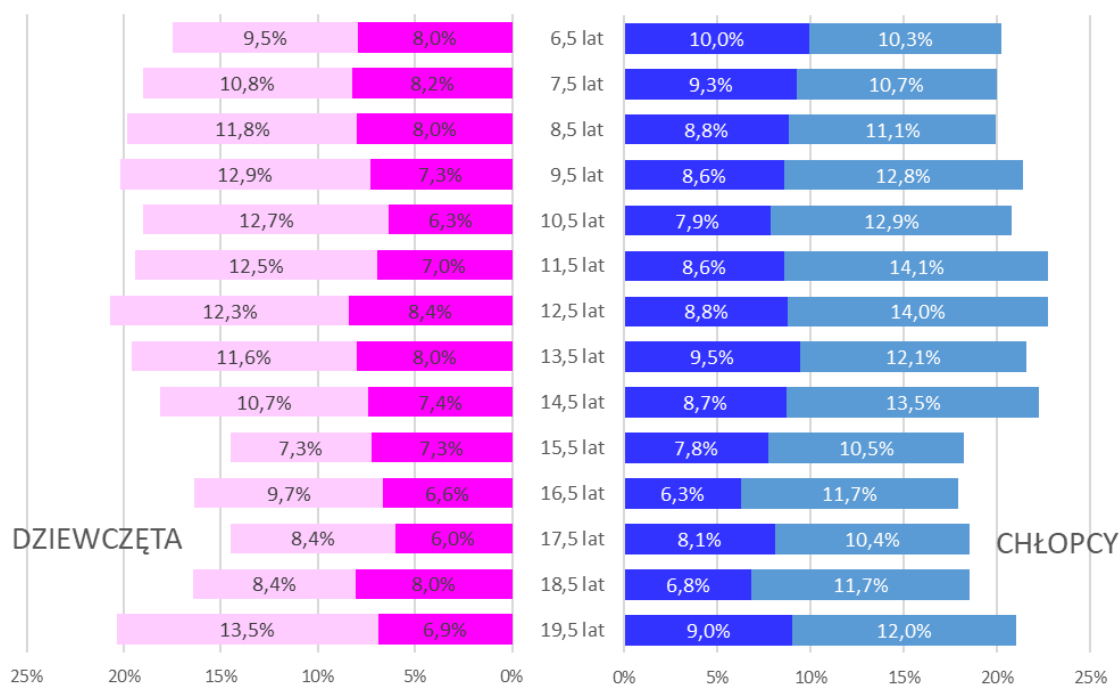




Ryc. 27. Krzywe centylowe obwodu talii dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

### Częstość występowania niedowagi, nadwagi i otyłości oraz otyłości brzusznej

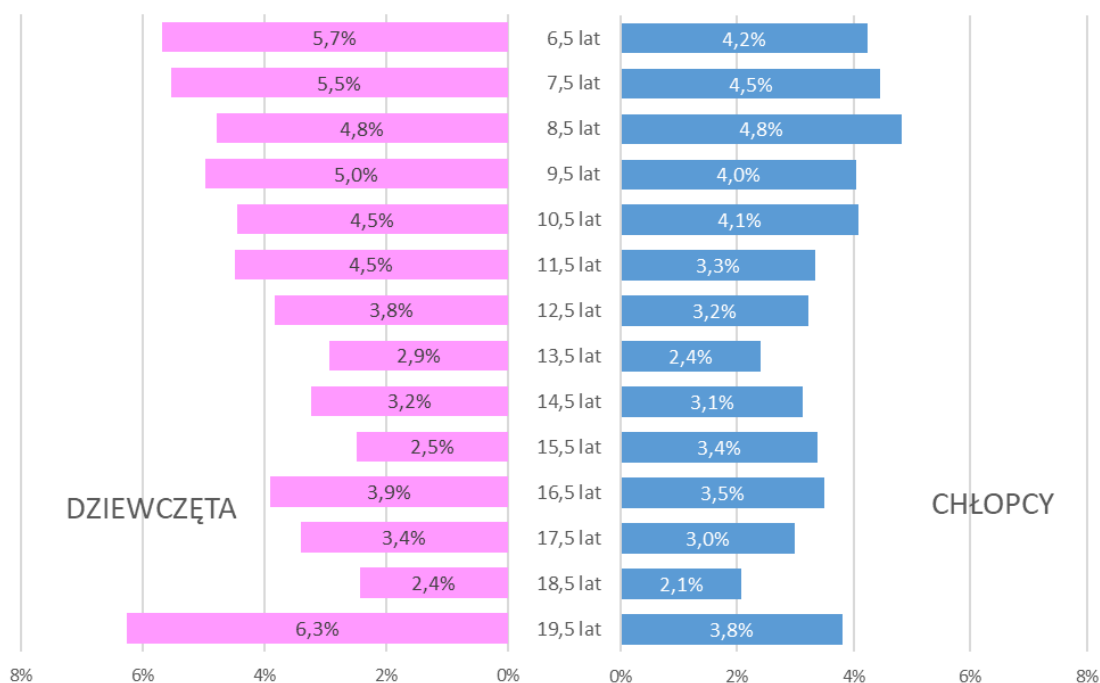
Jak wynika z danych przedstawionych na rycinie 28, odsetki dziewcząt i chłopców z nadwagą są najwyższe wśród badanych między 6. a 15. rokiem życia (9,5-13,5%). Są przy tym zbliżone w grupach chłopców i dziewcząt wieku 6-11 lat oraz o około 1-3% wyższe wśród starszych chłopców. Wyjątek stanowi najstarsza grupa badanych, w której odsetek dziewcząt z nadwagą był o 1,5% wyższy niż u chłopców. W przypadku otyłości, częstość występowania wśród dziewcząt była porównywalna w całym zakresie wieku i wahała się między 6 a 8,5%, wśród chłopców nieco większy odsetek otyłości notowano u młodszych badanych do 15. roku życia (8,5-10,0%) oraz mniejszą częstość wśród starszych badanych (6-9%). Uogólniając, problem nadwagi i otyłości dotyczy ponad 15% badanych uczniów i jest szczególnie widoczny wśród najmłodszych grup, w których co piąte dziecko cechuje się nadmierną, zagrażającą zdrowiu, masą ciała.



Ryc. 28. Odsetki dziewcząt i chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów w poszczególnych kategoriach wieku z nadwagą (jaśniejsze słupki) oraz otyłością (ciemniejsze słupki) określone przy pomocy wielkości Wskaźnika Masy Ciała (BMI); rezultaty powyżej 85 centyla – nadwaga, powyżej 95 centyla otyłość ogólnopolskich badań w roku szkolnego 2009/10.

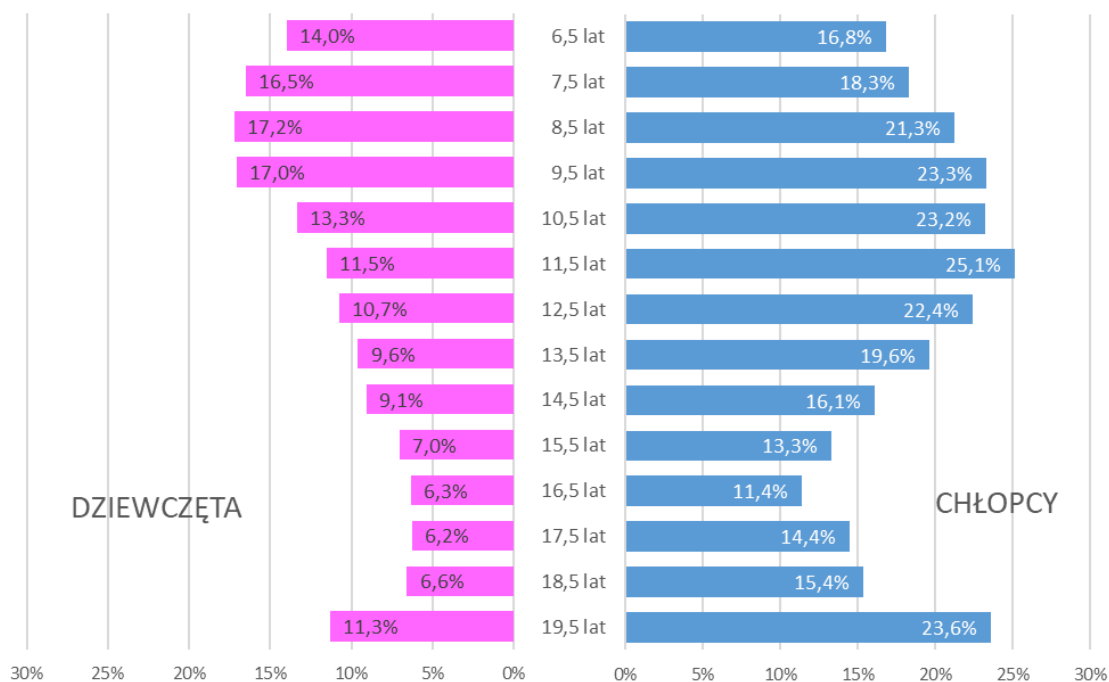
Odsetki badanych dziewcząt i chłopców z niedowagą w poszczególnych kategoriach wieku przedstawiono na rycinie 29. Częstość występowania zbyt niskiej masy ciała nie przekraczała u chłopców 5%, u dziewcząt odsetki były nieco wyższe, zwłaszcza

u najmłodszych badanych oraz w najstarszej grupie dziewcząt (6,3 vs. 3,8%). W większości przypadków odsetki niedowagi były niższe niż oczekiwane z przyjętych punktów odcięcia 5%.



Ryc. 29. Odsetki dziewcząt i chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów w poszczególnych kategoriach wieku z niedowagą określoną przy pomocy wielkości Wskaźnika Masy Ciała (BMI), rezultaty poniżej 5 centyla badań ogólnopolskich z roku szkolnego 2009/10.

Na rycinie 30 przedstawiono częstość występowania otyłości brzusznej diagnozowanej na podstawie wskaźnika WHtR tj. stosunku obwodu talii do wysokości ciała ( $WHtR > 0,5$ ). Jak wynika z zamieszczonych danych, największe odsetki otyłości brzusznej sięgające 22-25% dotyczą przede wszystkim chłopców w wieku kończącym okres przedpokwitaniowy (10-12 lat). W kolejnych latach częstość występowania otyłości brzusznej zmniejszają się do około 11-14%, wyjątek stanowi najstarsza grupa chłopców (>19 lat), w której odsetek ponownie przekracza 20%. Wśród dziewcząt częstość występowania otyłości brzusznej szacowanej przy pomocy wskaźnika WHtR była we wszystkich kategoriach wieku niższa, różnice wynosiły od 3 do 13%. Największe odsetki otyłości brzusznej sięgające 16-17% obserwowano wśród najmłodszych badanych, tj. dziewcząt w wieku 7-9 lat (ryc. 30).



Ryc. 30. Odsetki dziewcząt i chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów z otyłością brzuszną diagnozowaną przy pomocy wskaźnika WHtR (>0,50).

### 3.4.2.2. Sprawność fizyczna uczestników zajęć

- Paweł Tomaszewski, Janusz Dobosz, Arkadiusz Stanula

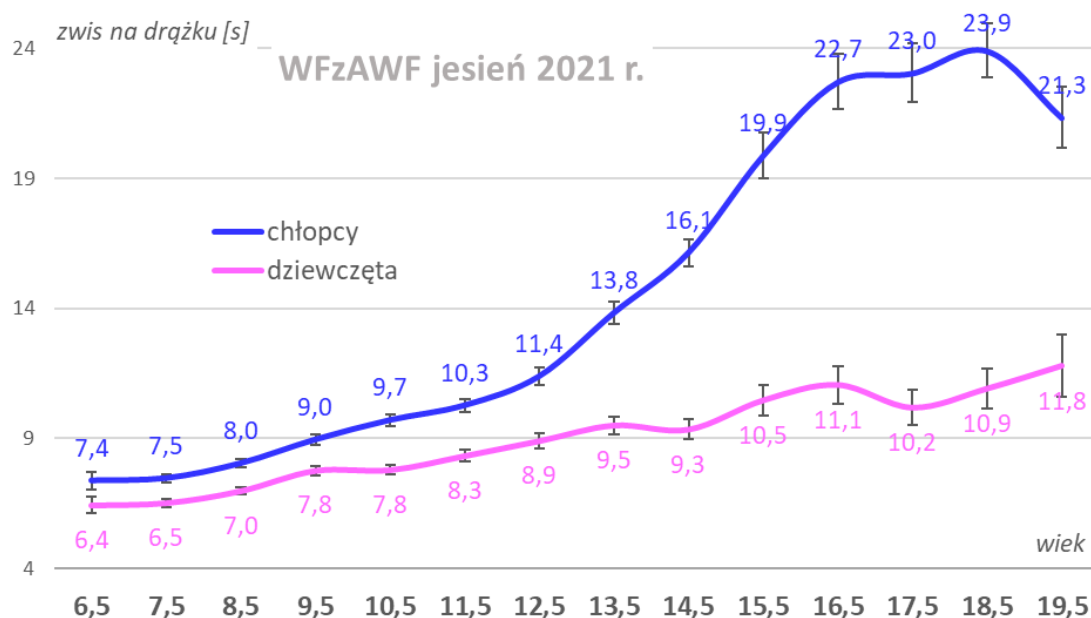
#### Zwis na drążku na ugiętych ramionach

Na podstawie przeprowadzonych pomiarów siły z wykorzystaniem próby zwisu na drążku na ugiętych ramionach wśród dziewcząt i chłopców biorących udział w zajęciach Sport Klubów, zaobserwować można w kolejnych kategoriach wiekowych systematyczną progresję siły u obu płci (ryc. 31). W przypadku chłopców w początkowym okresie rozwoju biologicznego, tj. w wieku od 6,5 do 11 lat rozwój siły następuje z niewielką progresją, natomiast począwszy od wieku 12,5 lat aż do osiągnięcia wieku 18,5 lat widoczny jest wyraźny jej wzrost. Wielkość siły mierzona próbą zwisu na drążku różni się pomiędzy wspomnianymi grupami wiekowymi o ponad 52% (12,5 lat = 11,4 s vs. 18,5 lat = 23,9 s). Z kolei w przypadku dziewcząt od najmłodszej do najstarszej grupy wiekowej (6,5–19,5 lat) obserwowany jest liniowy przyrost zdolności siłowo-wytrzymałościowych, przy czym warto zwrócić uwagę, iż różnica w poziomie siły pomiędzy dziewczętami w wieku 6,5 a 19,6 lat nie przekracza 46% (6,5 lat = 6,4 s vs. 19,5 lat = 11,8 s). Wartości zaobserwowane u dziewcząt są w całym zakresie wieku niższe niż u chłopców, zwłaszcza pośród badanych wieku 16-19 lat, wśród których

chłopcy osiągają czas zwisu na drążku ponad dwukrotnie dłuższy. Warto przy tym wspomnieć, że próbę tę charakteryzował największy spośród uwzględnionych prób sprawności odsetek braku fizycznych możliwości lub odmów jej wykonania przez uczestników zajęć Sport Klubów. Odsetki te wynosiły 13-16% wśród dziewcząt i chłopców w wieku 6-12 lat, 10-13% w wieku 13-15 lat oraz 1-4% i 8-9% odpowiednio dla chłopców i dziewcząt powyżej 15. roku życia. Łącznie do próby nie przystąpiło lub nie było w stanie jej wykonać 11% chłopców i 14% badanych dziewcząt.

liczebności badanych chłopców i dziewcząt

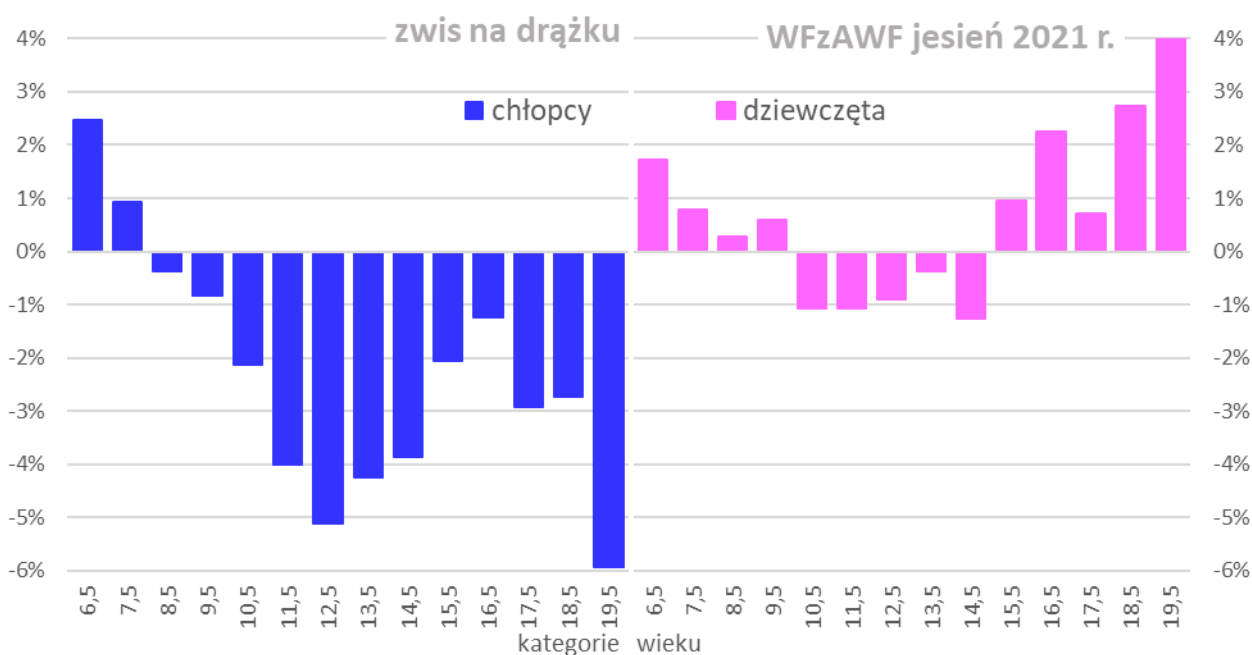
	6,5	7,5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5	13,5	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5
ch	1 515	6 150	7 632	7 902	6 655	6 030	4 279	3 611	2 813	1 286	1 117	1 106	1 182	774
dz	1 509	5 794	7 137	7 275	6 093	5 161	3 431	2 850	2 088	1 057	932	840	771	319



Ryc. 31. Średnie czasy zwisu na drążku na ugiętych ramionach dziewcząt i chłopców w kategoriach wieku, uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

Odnosząc wyniki przebadanych uczestników Sport Klubów do wyników badań ogólnopolskich z roku szkolnego 2009/2010 (ryc. 32) zauważyć można, że chłopcy w wieku od 6,5 do 7,5 lat charakteryzują się nieznacznie większą siłą (1-2%) w stosunku do ich rówieśników z populacji ogólnopolskiej. Odnotować należy, iż chłopcy w wieku 8,5 lat biorący udział w programie WF z AWF cechują się zbliżonym poziomem siły do swoich rówieśników monitorowanych w roku szkolnym 2009/2010, natomiast chłopcy w wieku od 9,5 do 19,5 lat wykazali się krótszym czasem zwisu na drążku w porównaniu do badanych sprzed dekady, różnice te wahały się od 1 do 6%.

Odnośząc wyniki pomiarów siły ocenianej testem zwisu na drążku na ugiętych ramionach dziewcząt biorących udział w Sport Klubach w stosunku do dziewcząt badanych w roku szkolnym 2009/2010 (ryc. 32) zauważyć można, iż do 9,5 roku życia, a zwłaszcza od 15,5 roku życia badane w ramach programu WF z AWF dziewczęta cechowały się większym poziomem siły (1-4%) w stosunku do ich rówieśniczek badanych 10 lat wcześniej. Warto odnotować fakt, iż dziewczęta uczestniczące w Sport Klubach w wieku od 10,5 do 14,5 roku życia uzyskały wyniki testu siły słabsze w stosunku do wyników dziewcząt biorących udział w badaniach ogólnopolskich w roku szkolnym 2009/2010. Różnice te były jednak nieznaczne, oscylując w okolicach 1%.

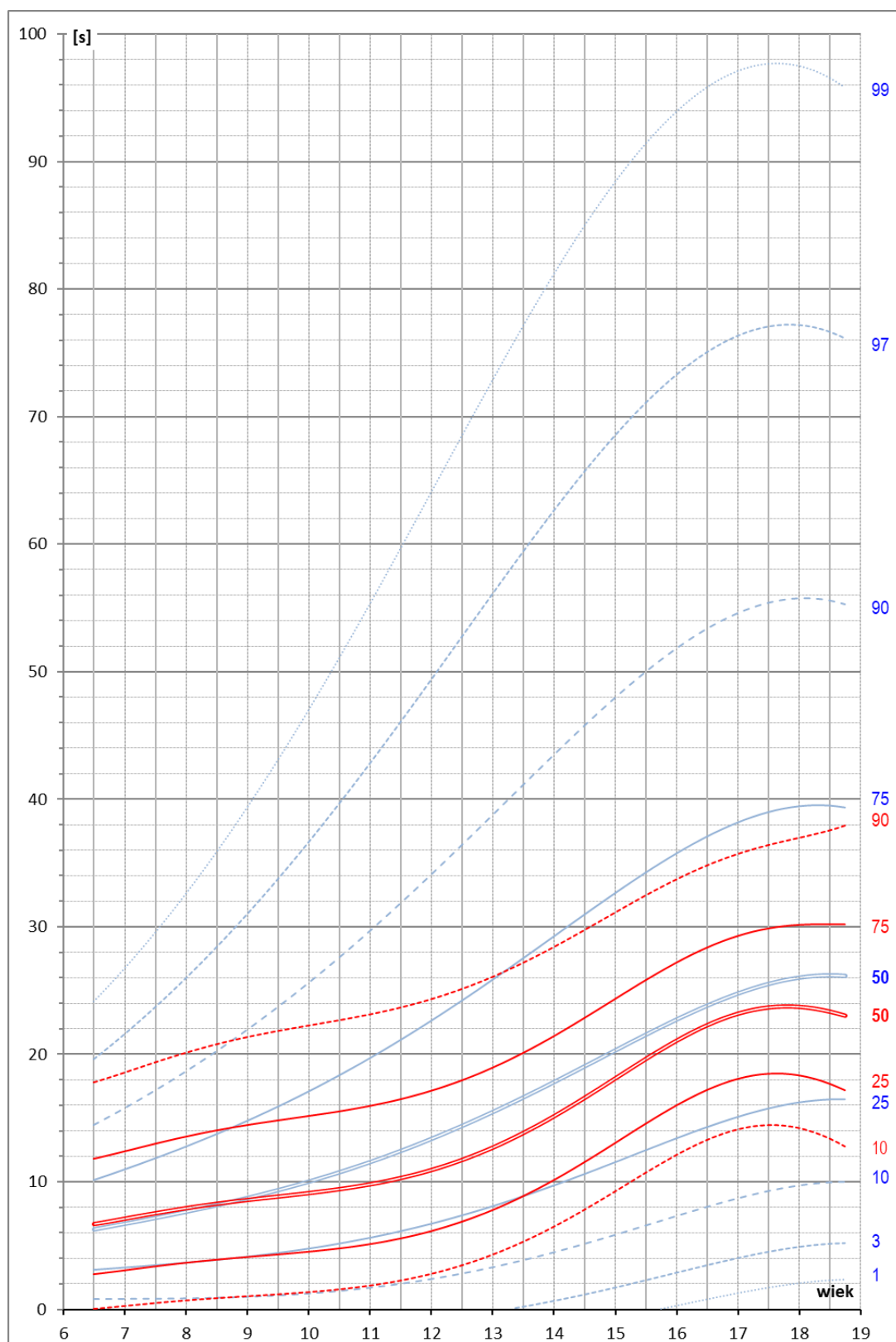


Ryc. 32. Przeciętne wyniki zwisu na drążku chłopców i dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów wyrażone w odsetkach przeciętnych wyników dzieci badanych w Polsce w roku szkolnym 2009/10.

„0” oznacza rezultat zanotowany w badaniu z roku 2009/10.

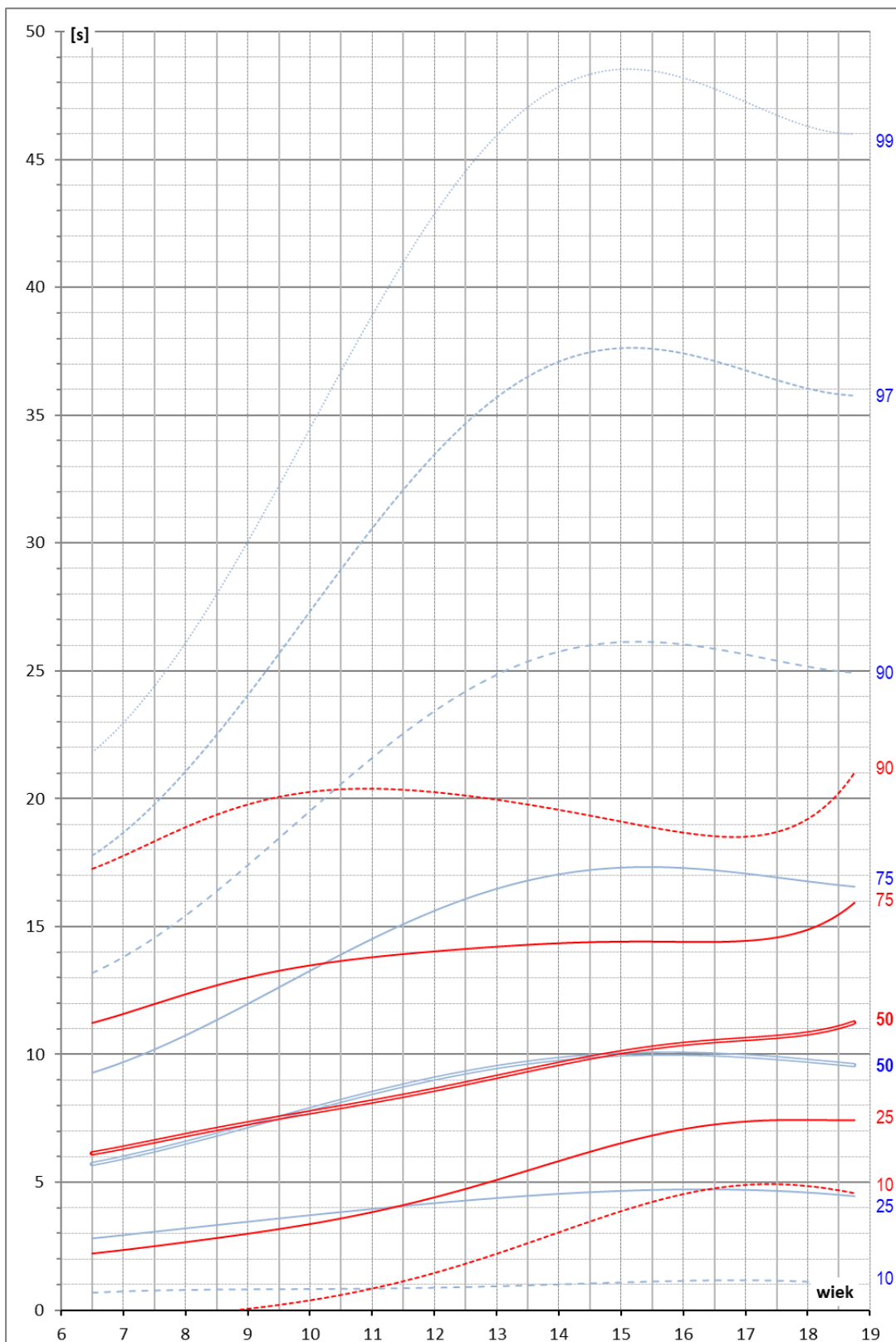
Obserwowane w toku rozwoju różnice czasu zwisu na drążku chłopców i dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów na tle wartości referencyjnych z roku 2009/10 przedstawiają krzywe centylowe zamieszczone na rycinach 33 i 34. U chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów obserwuje się po 10. roku życia obniżenie mediany czasu utrzymania na drążku o około 1-2 sekundy w stosunku do wyników badań populacyjnych z roku 2009/10, z maksimum przypadającym na okres 11-14 lat. Obserwuje się przy tym mniejszą zmienność wartości, zwłaszcza w odniesieniu do możliwości uzyskiwania bardzo dobrych wyników – po 13. roku życia wartość czasu zwisu na drążku dla 90. centyla odpowiada

w przybliżeniu wartości 75. centyla dla pomiarów wykonanych w roku 2009/10. U dziewcząt przebiegi krzywych centylowych wykazują również mniejszą zmienność w zakresie maksymalnych możliwości utrzymania na drążku, przy czym wartości mediany (50. centyl) i dynamika ich zmian są w całym zakresie wieku porównywalne do obserwowanych w badaniach sprzed dekady.



Ryc. 33. Krzywe centylowe czasu zwisu na drążku chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).





Ryc. 34. Krzywe centylowe czasu zwisu na drążku dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).

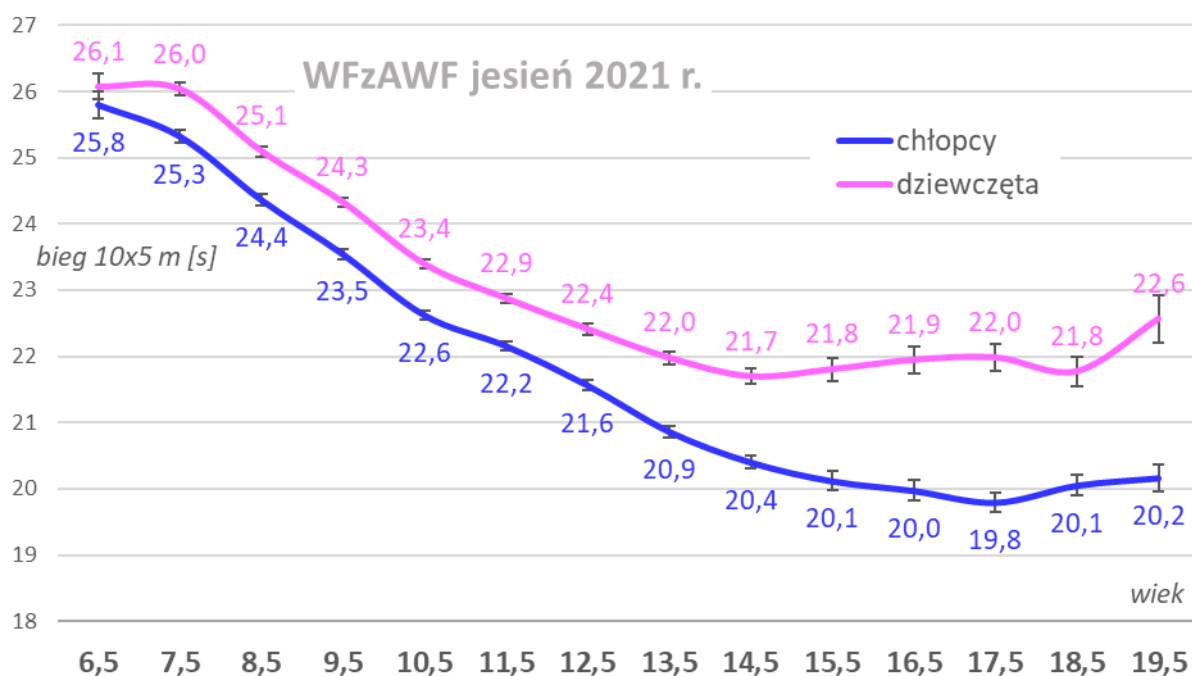
## Bieg wahadłowy 10x5 m

Ocenę szybkości i zwinności dziewcząt i chłopców biorących udział w zajęciach Sport Klubów dokonano na podstawie testu 10x5 m, którego wyniki przedawniono na rycinie 35. Uśrednione wyniki dla chłopców pozwalają stwierdzić, iż zdolność ta już od najmłodszej kategorii wiekowej (6,5 lat) systematycznie i dynamicznie ulega poprawie, aż do osiągnięcia wieku 15,5-19,5 lat względnej stabilizacji średnich czasów na poziomie 19,8-20,2 s.

W przypadku dziewcząt również można zaobserwować systematyczną poprawę tej zdolności, z tym że dynamiczny jej rozwój następuje dopiero od wieku 7,5 lat i trwa do wieku 14,5 lat. Następnie zauważalne jest utrzymanie tej zdolności motorycznej na przeciętnym poziomie, zawierającym się w przedziale od 21,7 do 22,0 s. Warto jednak odnotować, że w przypadku dziewcząt w kategorii wieku 19,5 lat nastąpił dość wyraźny spadek zwinności, do wartości 22,6 s. Podobnie jak w próbie zwisu na drążku, w całym zakresie wieku wyniki osiągnięte przez dziewczęta były wolniejsze od chłopców, z największymi różnicami sięgającymi 2 s, obserwowanymi w okresie pokwitania i po jego zakończeniu.

liczebności badanych chłopców i dziewcząt

	6,5	7,5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5	13,5	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5
ch	1 771	7 003	8 717	9 000	7 704	6 878	4 732	3 892	2 905	1 289	1 082	1 046	1 135	770
dz	1 797	6 831	8 445	8 494	7 108	5 978	3 960	3 233	2 299	1 135	985	879	828	348



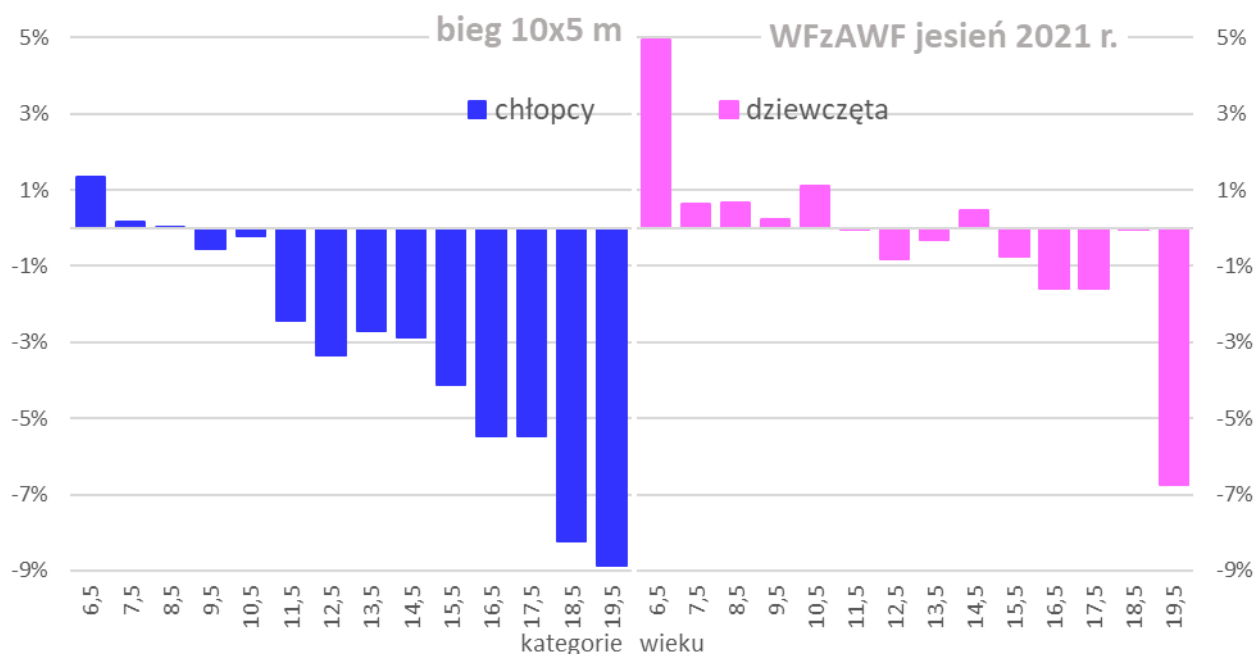
Ryc. 35. Średnie czasy biegu 10x5 m dziewcząt i chłopców w kategoriach wieku, uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

Odnosząc wyniki biegu wahadłowego przebadanych chłopców z programu WF z AWF do wyników badań ogólnopolskich z roku szkolnego 2009/2010 (ryc. 36) zauważyć można, że tylko w kategorii wieku 6,5 lat uczestnicy Sport Klubów wykazali się poprawą zwinności, dla której różnica pomiędzy obiema populacjami wynosi nieco ponad 1%. W kategoriach wieku od 7,5 do 10,5 lat obliczone przeciętne różnice pomiędzy obiema populacjami chłopców są nieznaczne i mieszczą się w granicach 0,5%. Począwszy od wieku 11,5 do 19,5 lat zaobserwować można stałą tendencję do obniżania się zwinności w grupie badanych chłopców biorących udział w programie WF z AWF, różnice pomiędzy obiema populacjami chłopców zawierają się w przedziale od około 3% dla kategorii wieku 11,5 lat do blisko 9% dla najstarszych badanych.

W przypadku dziewcząt biorących udział w zajęciach Sport Klubów zauważyć można wyraźną poprawę zwinności w kategorii wieku 6,5 lat oraz wyraźne obniżenie poziomu tej zdolności w kategorii wieku 19,5 lat (ryc. 36). Obliczone różnice pomiędzy dziewczętami z obu populacji w tych kategoriach wieku wynoszą odpowiednio 5% i około 7%. Dokonując porównania wyników dziewcząt w pozostałych kategoriach wieku, zauważyć można, iż dziewczęta z programu WF z AWF w kategoriach wieku od 7,5 do 10,5 lat oraz w kategorii wieku 14,5 lat osiągnęły nieznacznie lepsze rezultaty zwinności w stosunku do ich rówieśniczek badanych w roku szkolnym 2009/2010. Z kolei w kategoriach wieku 12,5–13,5 lat oraz 15,5–17,5 lat dziewczęta biorące udział w programie WF z AWF uzyskały słabsze wyniki w zakresie zwinności w porównaniu do ich rówieśniczek badanych 10 lat wcześniej. Obserwowane we wszystkich, z wyjątkiem skrajnych, kategoriach wieku różnice były niewielkie i zasadniczo oscylowały w granicach 1%.

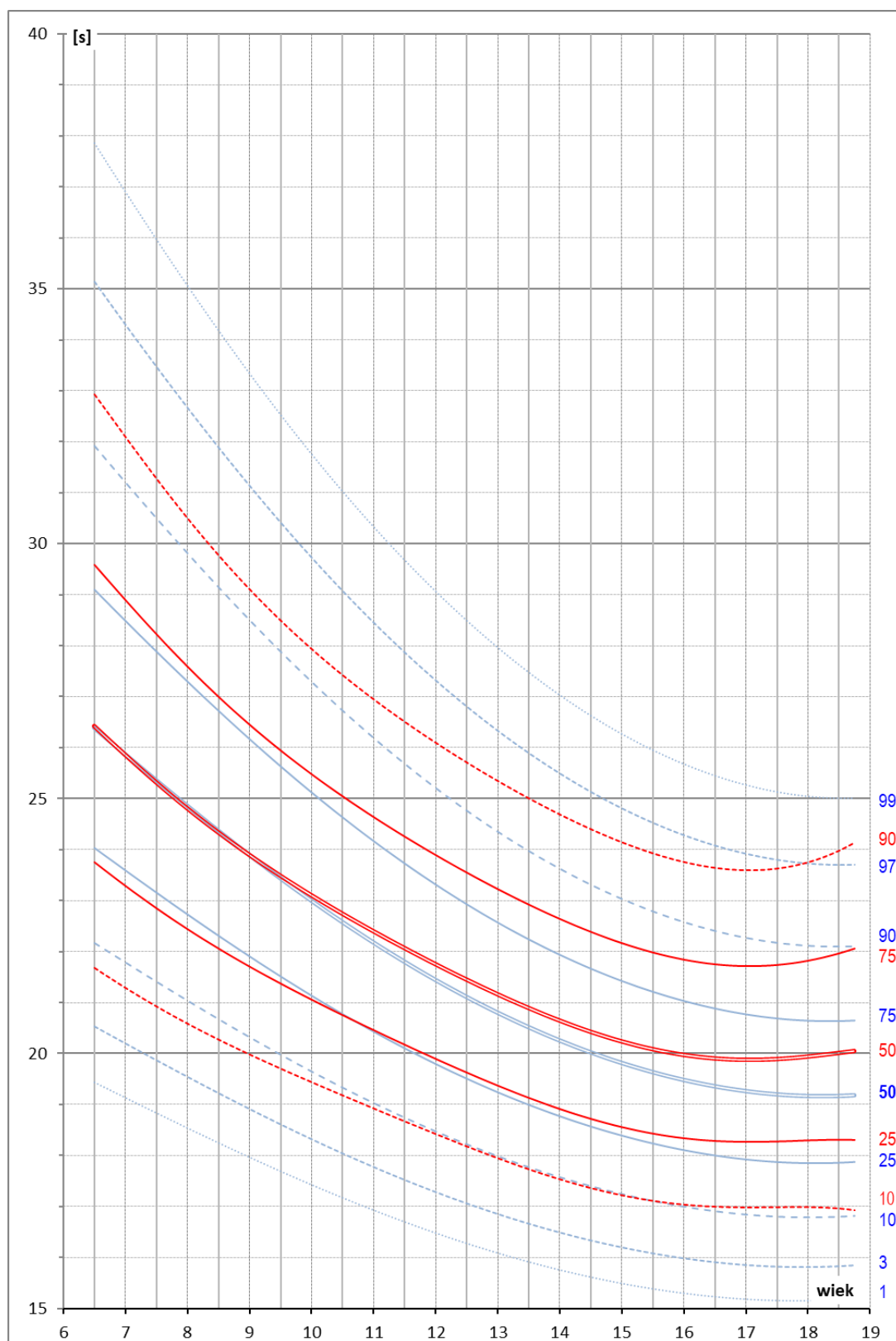
Brak wyraźnie zaznaczonych różnic dla dziewcząt i słabsze wyniki w zakresie czasu biegu na dystansie 10 x 5 metrów u starszych chłopców obrazują krzywe centylowe wyników przedawnione na tle siatek centylowych opracowanych na podstawie ogólnopolskich badań z roku 2009/10 (ryc. 37 i 38). U chłopców do około 11. roku życia krzywe centylowe wykazują podobną charakterystykę zmian i wartości mediany w porównaniu z badaniami sprzed dekady, wśród starszych uczestników obserwuje się stopniowe zwiększanie różnic mediany czasu biegu sięgające w wieku 18 lat około 1 s. Dla wieku tego obserwuje się również zbliżenie krzywych odpowiadających wartościom 75. oraz 90. centyla w badaniach uczestników Sport Klubów i odpowiednio 90. oraz 97. centyla dla badań z roku 2009/10. Oznacza to, że podobny wynik (około 24 sekund) charakteryzował 3% najslabszych uczniów sprzed dekady, obecnie jest to 10% uczestników Sport Klubów wieku 18 lat. W badaniach dziewcząt, krzywe odpowiadające wartości 50. centyla (mediana) cechują bardzo zbliżone przebiegi i wartości w całym zakresie wieku, jednak podobnie jak u chłopców, wśród najstarszych uczestniczek Sport Klubów,

obserwowane jest stopniowe zbliżanie krzywych 75. i 90. centyla do odpowiednio krzywych 90. oraz 97. centyla dla badań z roku 2009/10. Tym samym, wartość uzyskana przez 10% najsłabszych uczennic (>90. centyla) w badaniach 2009/10 jest charakterystyczna dla 25% (>75. centyla) najsłabszych uczestniczek zajęć Sport Klubów.

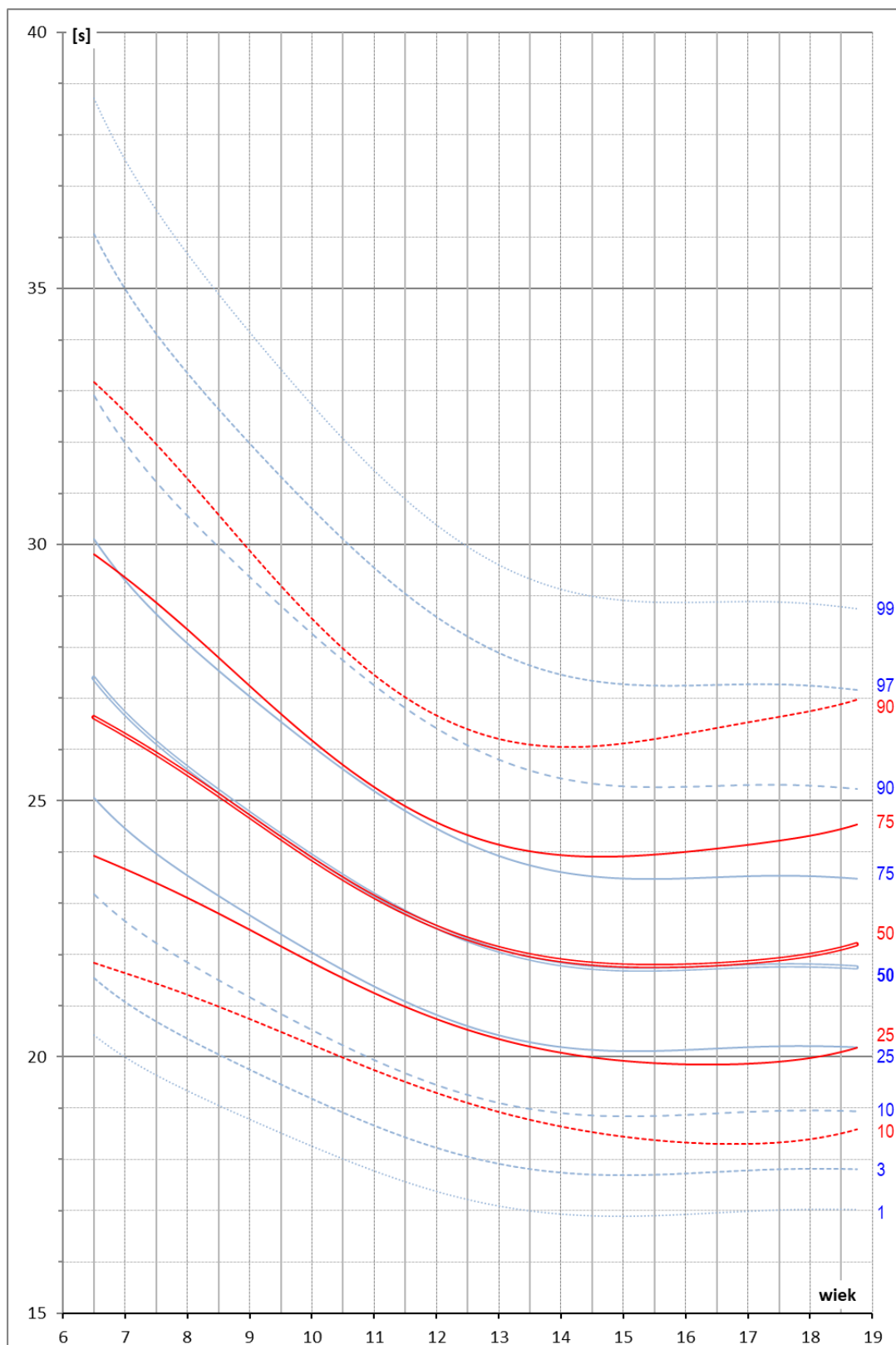


Ryc. 36. Przeciętne wyniki biegu wahadłowego 10x5 m chłopców i dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów wyrażone w odsetkach przeciętnych wyników dzieci badanych w Polsce w roku szkolnym 2009/10.

„0” oznacza rezultat zanotowany w badaniu z roku 2009/10.



Ryc. 37. Krzywe centylowe czasu biegu wahadłowego 10x5 m chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).



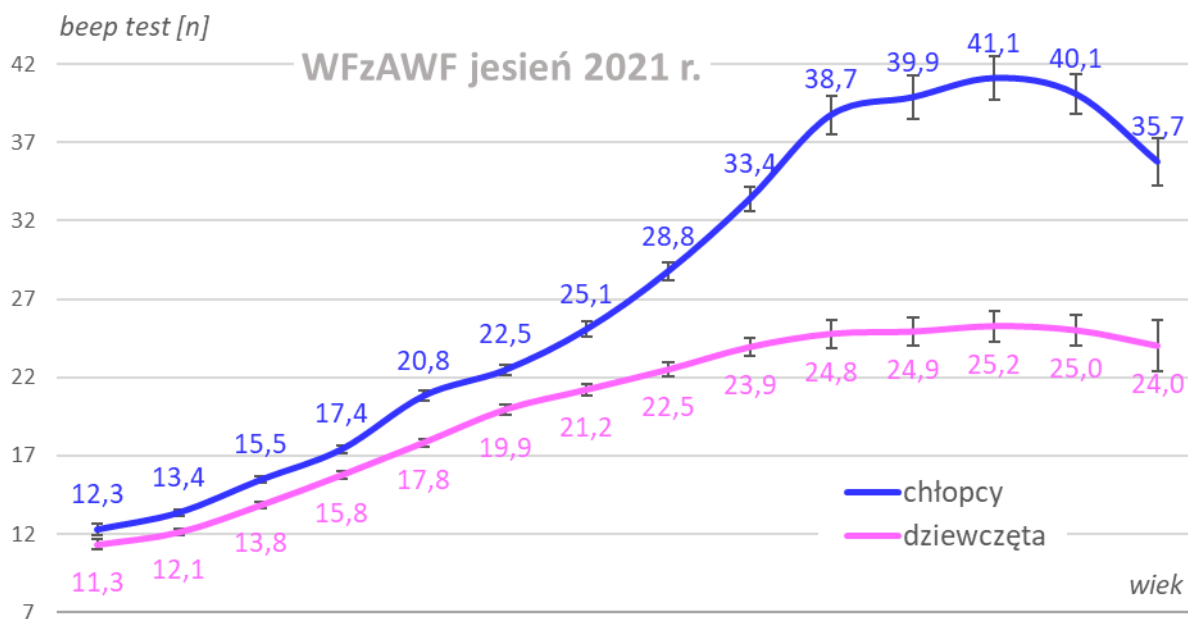
Ryc. 38. Krzywe centylowe czasu biegu wahadłowego 10x5 m dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).

## Wytrzymałościowy bieg wahadłowy (beep test)

Na podstawie wyników uzyskanych przez dziewczęta i chłopców biorących udział w zajęciach Sport Klubów w próbie wytrzymałości ocenianej na podstawie biegu wahadłowego zaobserwować można odmienne charakterystyki rozwoju tej zdolności u przedstawicieli obu płci (ryc. 39). W przypadku chłopców widoczny jest systematyczny i znacznie bardziej dynamiczny, w porównaniu do dziewcząt, rozwój wytrzymałości, rozpoczynający się już od najmłodszej z badanych kategorii wieku, aż do osiągnięcia wieku 15,5 lat. Warto zwrócić uwagę, że liczba pokonanych w teście wytrzymałości odcinków 20-metrowych w tym okresie zwiększyła się ponad trzykrotnie (12,3 vs. 38,7 – odpowiednio dla kategorii wieku 6,5 i 15,5 lat). Po osiągnięciu przez chłopców wieku 15,5 lat zaobserwować można nieznaczny wzrost poziomu wytrzymałości ocenianej testem biegu wahadłowego do wieku 17,5 lat, po czym zauważalny jest jej wyraźny spadek (o około 5 odcinków) wśród najstarszych badanych.

liczebności badanych chłopców i dziewcząt

	6,5	7,5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5	13,5	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5
ch	1 718	6 924	8 534	8 893	7 501	6 731	4 643	3 792	2 844	1 278	1 082	1 056	1 133	762
dz	1 769	6 729	8 273	8 361	6 951	5 825	3 850	3 130	2 228	1 084	958	852	795	330

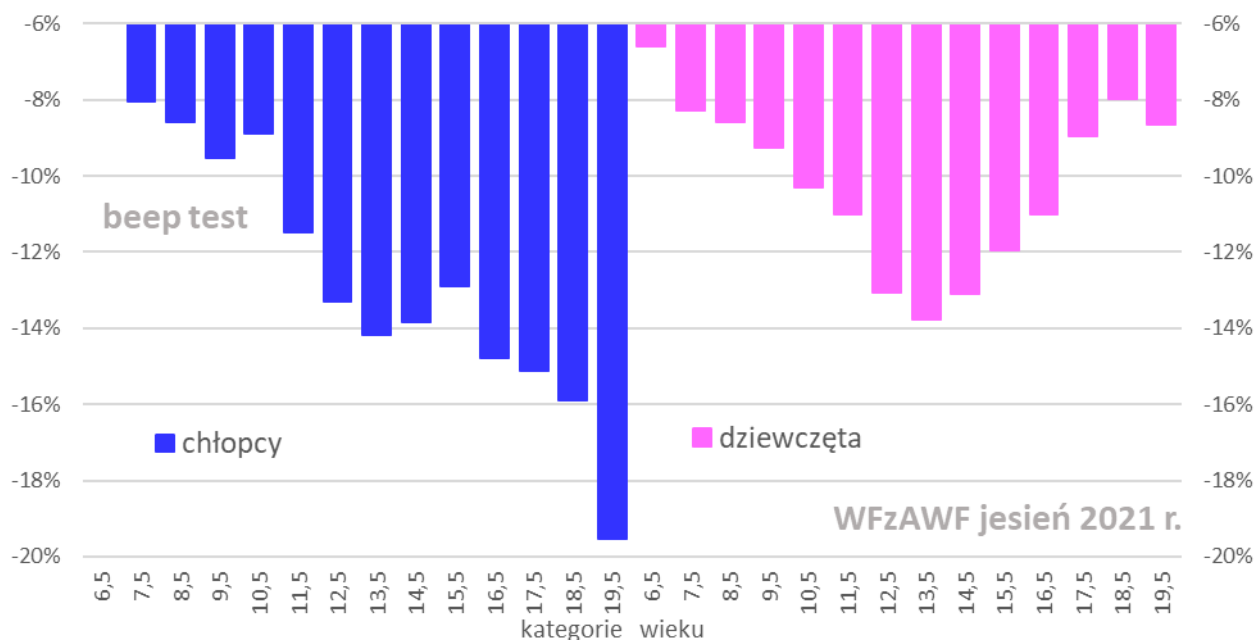


Ryc. 39. Średnie wyniki próby wytrzymałościowego biegu wahadłowego (beep testu) dziewcząt i chłopców w kategoriach wieku, uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

Rozwój wytrzymałości ocenianej na podstawie biegu wahadłowego u dziewcząt charakteryzuje się mniejszą dynamiką w porównaniu do ich rówieśników płci męskiej. W kategoriach wieku od 6,5 do 14,5 lat zaobserwować można stałą tendencję do poprawy tej zdolności motorycznej, po czym od kategorii wieku 15,5 lat widoczne jest jej utrzymanie na

stałym poziomie, aż do wieku od 18,5 do 19,5 lat, w którym następuje nieznaczne obniżenie wyników próby wytrzymałości (ryc. 39). Podobnie jak w przypadku poprzednio omawianych prób, wyniki dziewcząt były słabsze niż chłopców, zwłaszcza w najstarszych grupach wiekowych, w których różnice sięgały 15 pokonanych 20-metrowych odcinków.

Dokonując porównania wyników próby biegu wytrzymałościowego uzyskanych przez uczniów biorących udział w zajęciach Sport Klubów oraz osób badanych w roku szkolnym 2009/2010 zauważyć można, że zarówno chłopcy, jak i dziewczęta we wszystkich kategoriach wieku, tj. od 6,5 do 19,5 lat, uzyskali podczas ostatnich badań wyniki wskazujące na niższą wytrzymałość (ryc. 40). W przypadku chłopców tendencja do zwiększania niekorzystnej różnicy w poziomie wytrzymałości wzrastała wraz z wiekiem, osiągając najwyższą przeciętną różnicę wynoszącą blisko 20% w kategorii wieku 19,5 lat. W przypadku dziewcząt zaobserwować można podobny trend obniżania się wytrzymałości, przy czym najwyższą przeciętną różnicę pomiędzy uczestniczkami Sport Klubów oraz badanymi w roku szkolnym 2009/2010 odnotowano w kategorii wieku 13,5 lat (blisko 14,0%). W starszych kategoriach wieku, tj. od 14,5 do 19,5 lat zaobserwować można sukcesywne zmniejszanie się różnic wyników próby wytrzymałości w zakresie od około 13% dla kategorii wieku 14,5 lat do 8% dla kategorii wieku 18,5 lat.

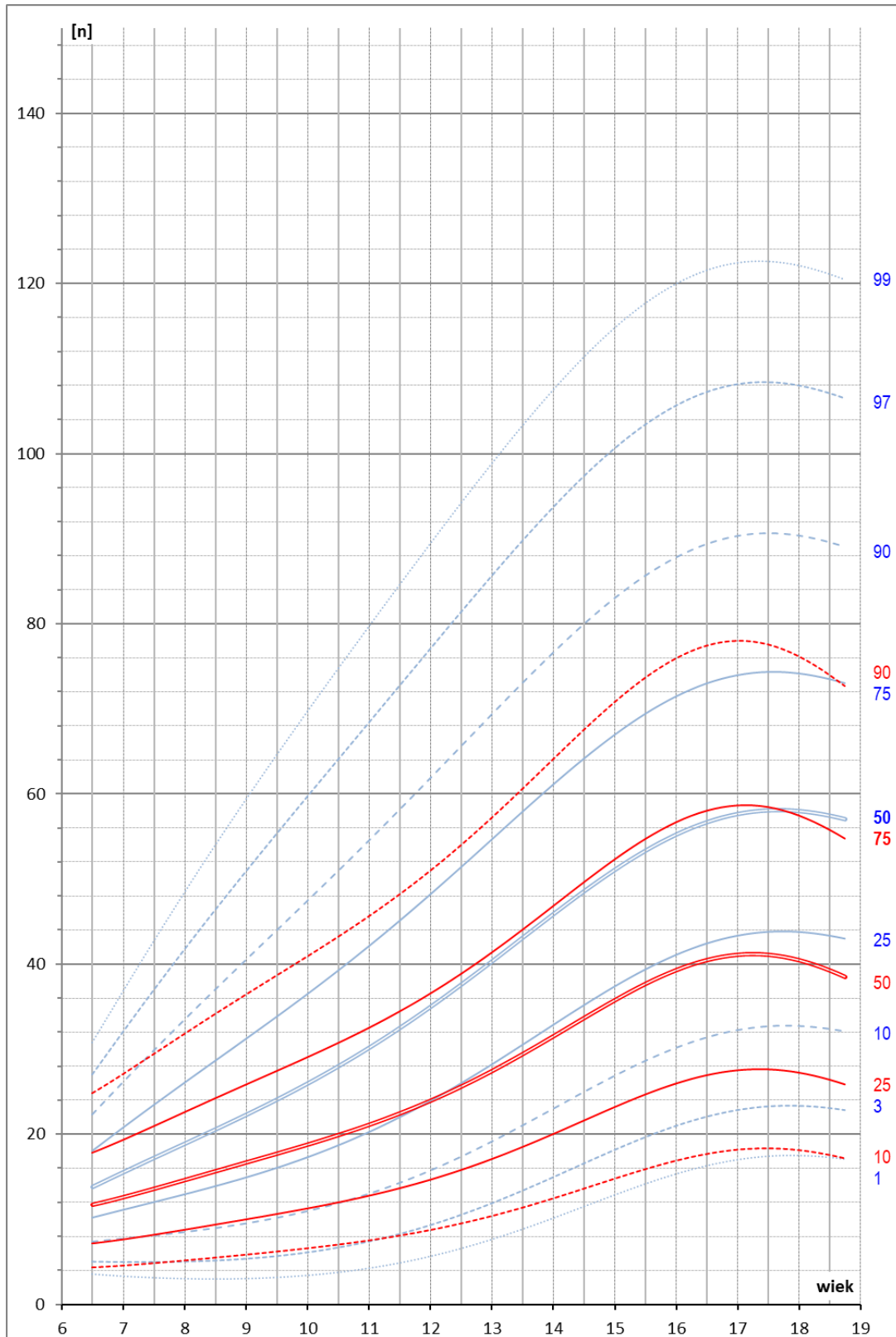


Ryc. 40. Przeciętne wyniki próby biegu wytrzymałościowego 20 m chłopców i dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów wyrażone w odsetkach przeciętnych wyników dzieci badanych w Polsce w roku szkolnym 2009/10.

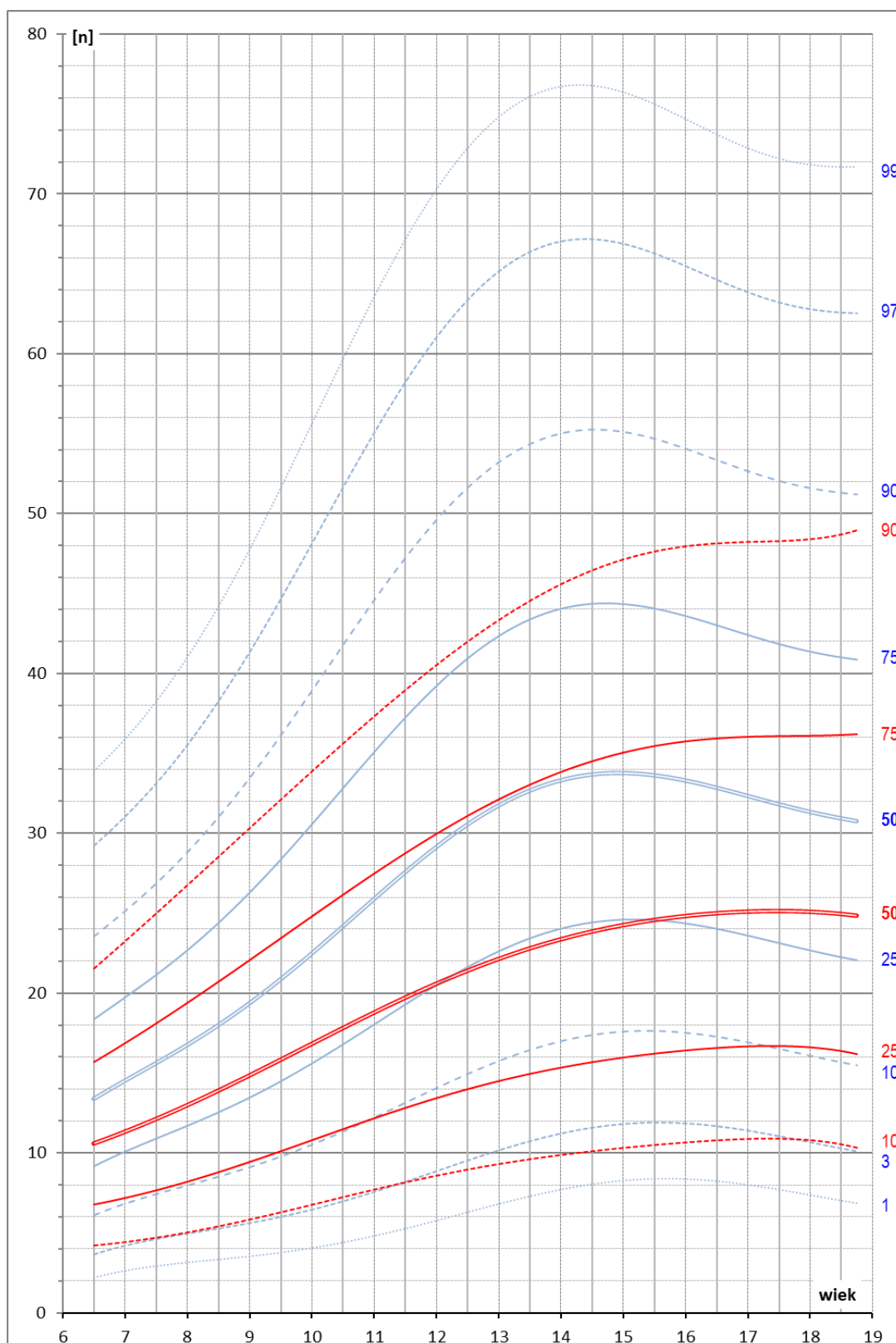
„0” oznacza rezultat zanotowany w badaniu z roku 2009/10.



Zaobserwowane w toku rozwoju różnice, wskazujące na niższą wytrzymałość uczestników Sport Klubów w porównaniu z rówieśnikami sprzed dekady obrazują wyraźnie przesunięte krzywe centylowe w stosunku do wartości referencyjnych opracowanych na podstawie populacyjnych badań z roku 2009/10 (ryc. 41 i 42). Krzywe centylowe wyznaczone dla dziewcząt i chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów mają zasadniczo podobne przebiegi do krzywych wyznaczonych dla badań ogólnopolskich z roku 2009/10, co jednak istotniejsze wykazują bardzo silne przesunięcie w kierunku niskich wartości. Wartości, które odpowiadały 10 lat temu 25% najsłabszych wyników biegu wytrzymałościowego (25. centyl), charakteryzują obecnie połowę populacji uczestników Sport Klubów niezależnie od płci, a poziom, który był osiągnięty przez 50% chłopców w roku 2009/10 jest w prezentowanych badaniach możliwy do osiągnięcia przez jedynie 25% uczniów. U dziewcząt w starszych grupach wiekowych przesunięcia krzywych (różnice) nie są aż tak silnie zaznaczone, aczkolwiek również znaczące.



Ryc. 41. Krzywe centylowe wytrzymałościowego biegu wahadłowego chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).



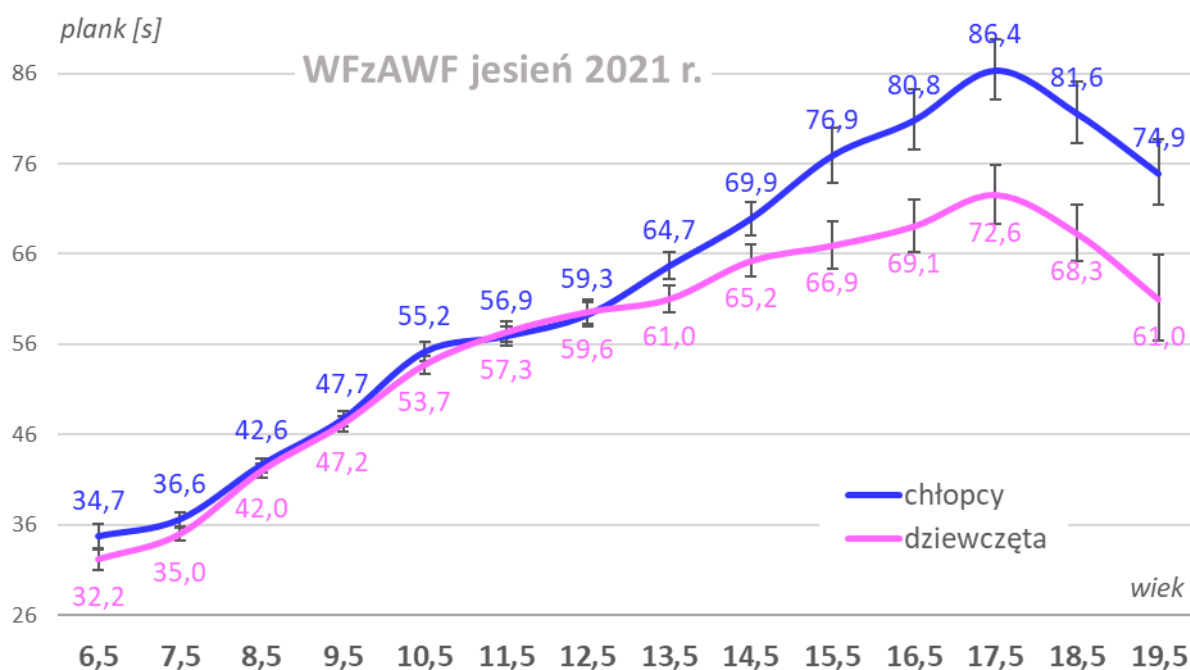
Ryc. 42. Krzywe centylowe wytrzymałościowego biegu wahadłowego dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów (linie czerwone) w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z roku 2009/10 (linie niebieskie).

## Podpór przodem na przedramionach

Oceny wytrzymałości siłowej dziewcząt i chłopców dokonano na podstawie próby podporu przodem na przedramionach. Zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców, zaobserwować można podobną w dynamice oraz w uzyskiwanych wartościach testu liniową progresję czasów podporu na przedramionach, począwszy od najmłodszej z badanych kategorii wieku tj. 6,5 lat do 12,5 lat (ryc. 43). W przypadku dziewcząt od 13. roku życia nastąpiło spowolnienie tempa rozwoju wytrzymałości siłowej, u chłopców trend wzrostowy o zbliżonej dynamice utrzymywał się do około 18. roku życia. Warto zwrócić uwagę, iż zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców, po osiągnięciu wieku 17,5 lat, w którym odnotowano apogeum rozwoju wytrzymałości siłowej (średnie wyniki wyniosły odpowiednio dla dziewcząt i chłopców 72,6 i 86,4 s) następuje dynamiczny spadek poziomu tej zdolności do wartości 61,0 i 74,9 s – odpowiednio dla dziewcząt i chłopców.

liczebności badanych chłopców i dziewcząt

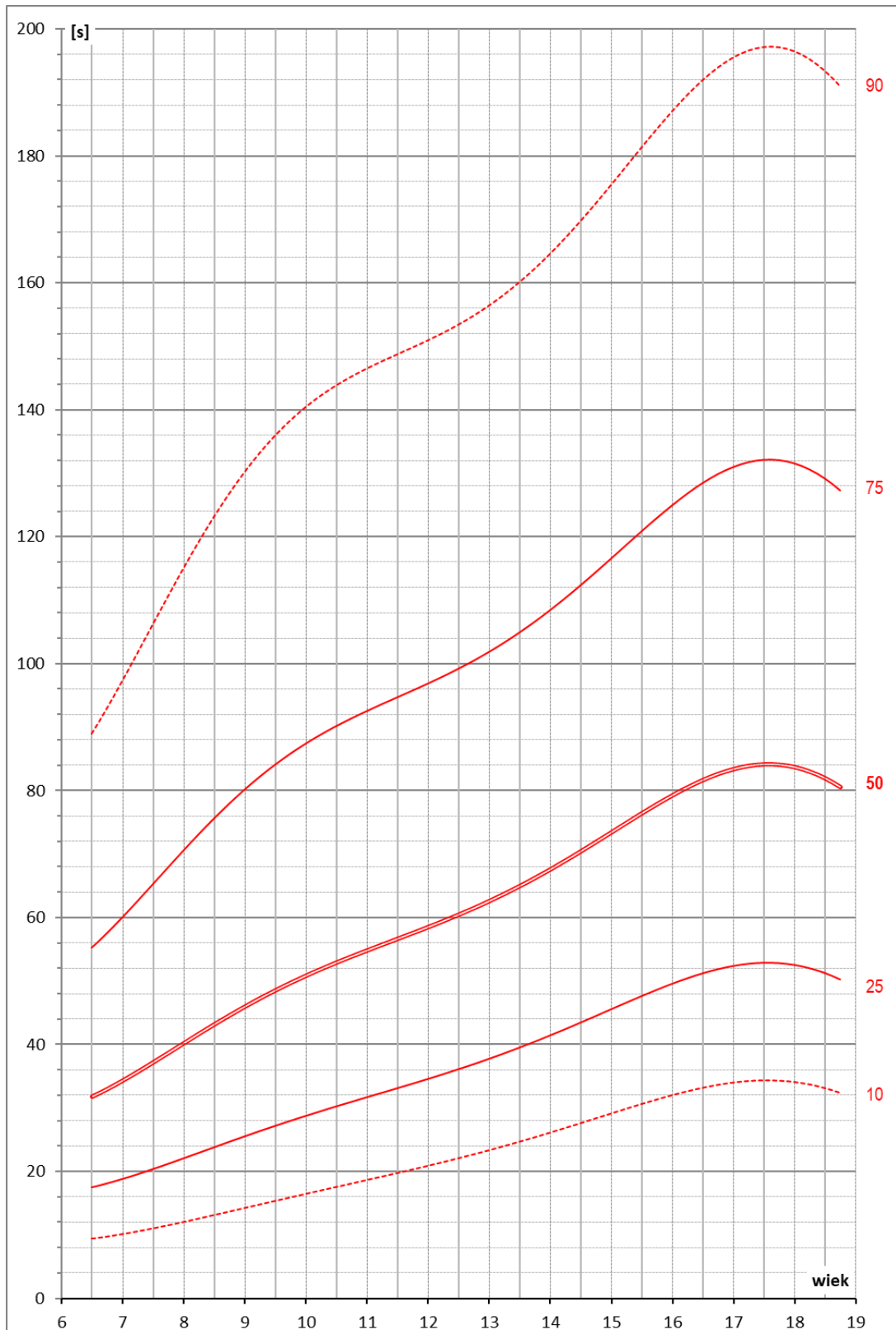
	6,5	7,5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5	13,5	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5
ch	1 690	6 606	8 177	8 562	7 217	6 493	4 477	3 733	2 786	1 207	1 061	1 047	1 142	761
dz	1 702	6 443	7 898	8 146	6 645	5 521	3 689	3 066	2 186	1 085	961	859	770	336



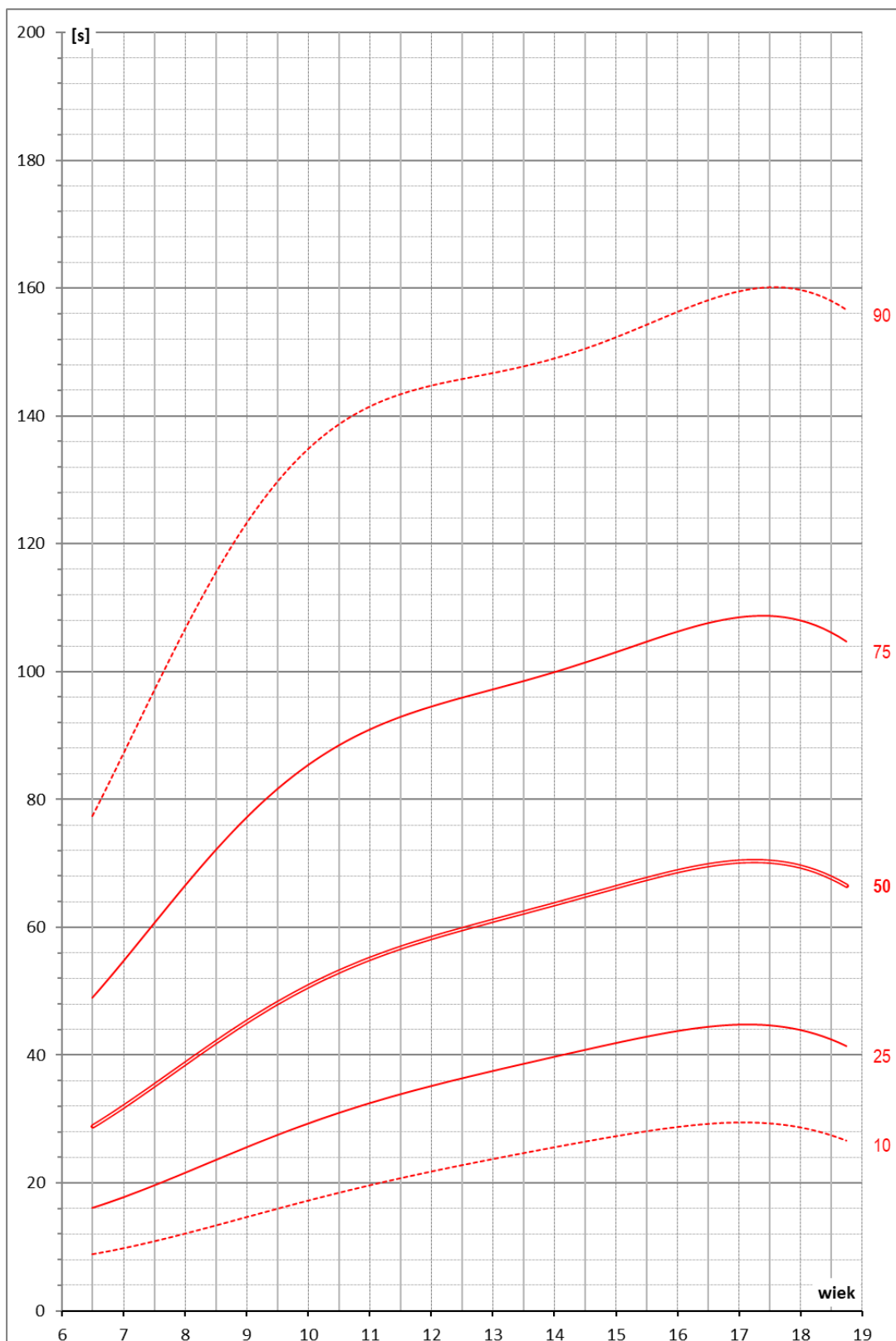
Ryc. 43. Średnie czasy podporu przodem na przedramionach dziewcząt i chłopców w kategoriach wieku, uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

W badaniach ogólnopolskich z roku 2009/10 nie przeprowadzono próby podporu przodem na przedramionach, stąd w niniejszym raporcie nie przedstawiono standaryzowanych wartości dla tego testu. Opracowano natomiast krzywe centylowe czasu podporu przodem na

przedramionach (odpowiednio ryc. 44 i 45), które mogą stanowić punkt odniesienia do diagnozy wytrzymałości siłowej w kolejnych edycjach programu. U chłopców w obserwuje się do około 17. roku życia w przybliżeniu liniowy przyrost mediany czasu utrzymania podporu na przedramionach, w tempie około 6 sekund na rok. Dla wieku 18 lat mediana czasu wyniosła 84 sekundy, próbę charakteryzuje bardzo duża zmienność wyników, narastająca wraz z wiekiem. U dziewcząt tempo przyrostów mediany wyników jest nieco mniejsze i nie przebiega liniowo. Czas utrzymania pozycji w podporze jest krótszy niż u chłopców, charakteryzuje się jednak równie dużą zmiennością wyników, zwłaszcza wśród starszych dziewcząt. Mediana osiąga maksimum (70 sekund) w wieku 17,5 lat.



Ryc. 44. Krzywe centylowe czasu podporu na przedramionach chłopców uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.



Ryc. 45. Krzywe centylowe czasu podporu na przedramionach dziewcząt uczestniczących w zajęciach Sport Klubów.

### 3.4.2.3. Postawa uczniów wobec zajęć ruchowych

- Dorota Groffik, Paweł Tomaszewski

#### Udział uczestników Sport Klubów w lekcjach wychowania fizycznego

Analiza uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego wykazała, że 108 455 uczniów (w tym 50 817 dziewcząt i 57 638 chłopców) uczestniczyło w tego rodzaju zajęciach, co stanowi prawie 93% wszystkich badanych. 8 257 uczniów uczestniczyło częściowo w zajęciach z wychowania fizycznego (4 358 dziewcząt i 3 899 chłopców) i jest to około 7% uczniów biorących udział w programie WF z AWF. Tylko 202 (około 0.2%) badanych nie uczestniczyło w lekcjach wychowania fizycznego (89 dziewcząt i 113 chłopców) (tab. 8).

Tabela 8. Udział uczestników zajęć Sport Klubów w lekcji WF badanych uczniów

Płeć	Nie	%	Częściowo	%	Tak	%	Suma końcowa
Dziewczeta	89	0,16	4358	7,89	50817	91,95	55264
Chłopcy	113	0,18	3899	6,32	57638	93,49	61650
<b>Suma</b>	<b>202</b>	<b>0,17</b>	<b>8257</b>	<b>7,06</b>	<b>108455</b>	<b>92,765</b>	<b>116914</b>

Analizując dane dotyczące udziału w lekcjach wychowania fizycznego z podziałem na typy szkół zaobserwowano, że w szkole podstawowej 99 040 uczniów (46 725 dziewcząt i 52 315 chłopców) uczestniczyło regularnie w lekcji WF, co stanowi 93,94% wszystkich badanych. Częściowo w lekcji WF uczestniczyło 6 892 uczniów, co stanowi 3,67% uczniów objętych programem WF z AWF. Uczniowie nieuczestniczący w lekcji WF to 0,16% (175 uczniów) ogółu badanych uczniów ze szkół podstawowych. Uczniowie liceów ogólnokształcących w większości uczestniczyli regularnie w lekcji WF - 4131 uczniów (2 334 dziewcząt i 1797 chłopców) - co stanowi 88,29% wszystkich badanych uczniów z LO. 540 uczniów (378 dziewcząt i 162 chłopców) uczestniczyło częściowo w lekcji WF (11,54%). Tylko 7 uczniów zadeklarowało brak uczestnictwa w zajęciach z wychowania fizycznego.

Uczestnictwo uczniów technikum jest niższe w porównaniu z uczniami liceum ogólnokształcącego. 4 539 uczniów (1 566 dziewcząt i 2 973 chłopców) uczestniczyło regularnie w lekcji WF, co stanowi 76,72% ogółu badanych uczniów ze szkół technicznych. Częściowo natomiast w lekcji WF uczestniczyło 654 uczniów, co stanowi 11,05% badanych. Tylko 3 osoby nie uczestniczyły w zajęciach z wychowania fizycznego.



Porównując płeć zaobserwowano, że w szkołach podstawowych i w liceach ogólnokształcących częściowo w lekcji WF uczestniczyło więcej dziewcząt (SP=3671, LO=378) w porównaniu z chłopcami (SP=3221, LO=162). Odwrotną sytuację zauważono w technikum – więcej chłopców uczestniczyło częściowo w lekcji WF (404) w porównaniu z dziewczętami (250) ale też w technikach zaobserwowano większy udział chłopców w programie WF z AWF w porównaniu z dziewczętami. W pozostałych typach szkół liczba badanych była o wiele niższa, co świadczy o małym zainteresowaniu programem WF z AWF w szkołach o charakterze zawodowym (branżowa I i II, policealna, specjalna przysposabiająca do pracy) (tab. 9).

Tabela 9. Udział w lekcji WF a typ szkoły

Typ szkoły	Kobieta			Mężczyzna			% badanych	% badanych	% badanych
	T	N	CZ	T	N	CZ	T	N	Cz
Szkoła podstawowa	46725	82	3671	52315	93	3221	93,94	0,16	3,67
LO	2334	4	378	1797	3	162	88,29	0,15	11,54
Technikum	1566	2	250	2973	1	404	87,35	0,06	12,57
Policealna	2	-	-	-	-	-			
Branżowa I	174	1	54	488	15	101	79,47	1,92	18,61
Branżowa I	-	-	-	7	-	-			
Specjalna przysposabiająca do pracy	16	-	4	58	1	11	82,22	1,11	16,66

T – tak – uczestniczy w lekcji WF ; N – nie – nie uczestniczy w lekcji WF; Cz- częściowo uczestniczy w lekcji WF

### **Stosunek uczniów do uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego**

Analizując stosunek uczniów do zajęć ruchowych w opinii nauczycieli WF zaobserwowano, że większość dziewcząt (39 031, co stanowi 70,63%) i chłopców (43 330, co stanowi 70,28%) ma bardzo dobry stosunek do uczestnictwa w zajęciach z WF. Wśród dziewcząt 13 369 ma dobry stosunek do zajęć WF, co stanowi 24,19% badanych uczennic, a 2 729 (4,94%) prezentuje przeciętny stosunek do zajęć ruchowych. Zły stosunek do lekcji WF odnotowano w ankiecie u 129 dziewcząt (0,23%). W odniesieniu do chłopców nauczyciele wskazali dobry stosunek do zajęć ruchowych u 14 598 uczniów, co stanowi 23,68% badanych, natomiast 3 506 (5,69%) wg nauczycieli WF prezentuje przeciętny stosunek do uczestnictwa

w zajęciach z WF, a zły – 204 osoby (0,33%). Tylko 6 dziewcząt i 12 chłopców z 116 914 wszystkich badanych zadeklarowano w ankiecie jako uczniów o bardzo złym stosunku do zajęć ruchowych (tab. 10).

Tabela 10. Stosunek uczniów do uczestnictwa w lekcjach WF a płeć

<b>Płeć</b>	<b>Bardzo dobry</b>	<b>%</b>	<b>Dobry</b>	<b>%</b>	<b>Przeciętny</b>	<b>%</b>	<b>Zły</b>	<b>%</b>	<b>Bardzo zły</b>	<b>%</b>	<b>Suma</b>
Dziewczęta	39031	70,63	13369	24,19	2729	4,94	129	0,23	6	0,01	55264
Chłopcy	43330	70,28	14598	23,68	3506	5,69	204	0,33	12	0,02	61650
<b>Suma</b>	<b>82361</b>	<b>70,44</b>	<b>27967</b>	<b>23,92</b>	<b>6235</b>	<b>5,33</b>	<b>333</b>	<b>0,28</b>	<b>18</b>	<b>0,01</b>	<b>116914</b>

Analiza poszczególnych typów szkół wykazała, że większość uczniów pełnosprawnych ma bardzo dobry stosunek do zajęć ruchowych. W szkole podstawowej 71,52% uczniów w opinii nauczycieli miała bardzo dobry stosunek do zajęć ruchowych, 23,18% dobry, 5,04% - przeciętny, a zły stosunek prezentowało 0,24% uczniów z SP. W liceum ogólnokształcącym 69,64% uczniów pełnosprawnych wskazano jako badanych o bardzo dobrym stosunku do zajęć ruchowych, w technikum natomiast odsetek ten wynosił 61,93%. Odsetek młodzieży pełnosprawnej z LO o dobrym stosunku do zajęć było 24,83%, a w technikum 31,79%. Stosunek przeciętny do zajęć ruchowych w LO reprezentowało 5,12% pełnosprawnych badanych, a w technikum 5,85%. Zły stosunek w LO miało wg oceny nauczycieli 19 osób, co stanowiło 0,43%, a w technikum 22 osoby – 0,41%. W szkole branżowej I stopnia tylko 49,21% uczniów w opinii nauczycieli miało bardzo dobry stosunek do zajęć ruchowych, dobry – 37,91%, przeciętny 11,73%, a zły 1,14%. W szkole branżowej I stopnia, w LO i technikum nikt z badanych nie prezentował w opinii nauczycieli bardzo złego stosunku do zajęć ruchowych.

Analizując stosunek do uczestnictwa w zajęciach WF uczniów z niepełnosprawnością, zaobserwowano, że większość badanych prezentowała bardzo dobre nastawienie do zajęć. Spośród 1 893 uczniów szkoły podstawowej z niepełnosprawnością bardzo dobry stosunek do uczestnictwa w zajęciach WF wg opinii nauczycieli prezentowało 899 uczniów (321 dziewcząt i 578 chłopców) co stanowi 47,49%, dobry – 651 uczniów (214 dziewcząt i 437 chłopców), co daje 34,39% badanych z SP. Przeciętny natomiast stosunek miało 314 uczniów (102 uczennic i 212 uczniów), co stanowi 16,58% uczniów z niepełnosprawnością w szkole podstawowej. Zły stosunek do zajęć ruchowych wśród uczniów z niepełnosprawnością szkoły podstawowej odnotowano wśród 24 uczniów (6 dziewcząt i 18 chłopców) – 1,27%, a bardzo

zły prezentowało 5 osób (1 dziewczynka i 4 chłopców). Wśród 51 uczniów z niepełnosprawnością w LO, bardzo dobry stosunek odnotowano w ankiecie u 38 uczniów (15 dziewcząt i 23 chłopców), co stanowiło 74,51%, dobry stosunek prezentowało 5 uczniów (3 dziewczęta i 2 chłopców) – 9,8%, przeciętny prezentowały 2 uczennice i 3 uczniów (9,8%), a zły 1 dziewczynka i 2 chłopców, co stanowi 5,88% uczniów z niepełnosprawnością w liceum ogólnokształcącym. W technikum na 37 osób z zaświadczeniem o niepełnosprawności bardzo dobry stosunek do zajęć miało 24 uczniów (22 chłopców i 2 dziewczynki), co w przeliczeniu stanowi 64, 86% badanych z niepełnosprawnością z technikum. Dobry stosunek reprezentowało 4 chłopców (10,81%), przeciętny – 8 chłopców (21,62%) i zły jeden z uczniów.

85 uczniów z zaświadczeniem ze szkół specjalnych przysposabiających do pracy w większości reprezentowało bardzo dobry stosunek do zajęć – 41 osób (8 chłopców i 33 dziewcząt) – 48,23% i dobry stosunek do zajęć WF – 36 osób (7 chłopców i 29 dziewcząt), co daje 42,35% . Przeciętny stosunek do uczestnictwa w zajęciach WF miały 2 dziewczynki i 5 chłopców (8,23%), a zły - jedna uczennica. W szkole branżowej I stopnia wśród 134 uczniów , odnotowano bardzo dobry stosunek do zajęć ruchowych w liczbie 52 uczniów (9 dziewcząt i 43 chłopców) -38,8%, dobry wśród 22 dziewcząt i 20 chłopców (32,83%), przeciętny prezentowało 29 uczniów (7 dziewcząt i 22 chłopców), co stanowi 21,64% badanych uczniów z niepełnosprawnością ze szkół specjalnych oraz zły - 2 chłopców.

W szkole branżowej I stopnia odsetek uczniów reprezentujących bardzo dobry stosunek do zajęć WF jest niższy w porównaniu z LO i T i stanowi on 42,35% dziewcząt i 49,5% chłopców. Uczniowie o dobrym stosunku do zajęć WF to 43,66% dziewcząt i 35,76% chłopców, a grupa uczniów prezentujących przeciętny stosunek do lekcji WF stanowi 12,7% dziewcząt i 13,57% chłopców. Szkoła branżowa II stopnia, policealna i szkoła specjalna w programie Sport Klubów była reprezentowana przez nieliczną grupę uczniów. Szczegółowe dane dotyczące stosunku uczniów do lekcji WF w zależności typu szkoły i klasy przedstawiono w tabeli 11.

Tabela 11. Typ szkoły i klasa a stosunek do uczestnictwa w lekcji w WF

Typ szkoły/klasa	Dziewczeta i ich stosunek do lekcji WF						Chłopcy i ich stosunek do lekcji wf						Suma całość
	Bardzo dobry N/%	Dobry N/%	Przeciętny N/%	Zły N/%	Bardzo zły	Suma	Bardzo dobry N/%	Dobry N/%	Przeciętny N/%	Zły N/%	Bardzo zły N/%	Suma	
<b>Szkoła podstawowa</b>	<b>35944/71,21</b>	<b>11995/23,76</b>	<b>2426/4,81</b>	<b>107/0,21</b>	<b>6/0,01</b>	<b>50478</b>	<b>39492/70,99</b>	<b>12816/23,04</b>	<b>3139/5,64</b>	<b>170/0,3</b>	<b>12/0,02</b>	<b>55629</b>	<b>106107</b>
1	4888/70,09	1775/25,45	298/4,27	11/0,16	1	6973	5020/68,56	1833/25,03	449/6,13	17/0,23	3	7322	14295
2	6113/70,02	2089/23,93	497/5,69	31/0,35	-	8730	6254/69,03	2197/24,25	584/6,44	24/0,26	1	9060	17790
3	6645/69,66	2314/24,26	555/5,82	22/0,23	3	9539	6947/69,09	2348/23,35	712/7,08	47/0,47	1	10055	19594
4	5500/74,0	1646/22,15	277/3,73	9/0,12	-	7432	5977/72,99	1842/22,49	348/4,25	19/0,23	2	8188	15620
5	4697/74,99	1336/21,33	224/3,57	6/0,09	-	6263	5137/73,36	1510/21,56	337/4,81	16/0,23	2	7002	13265
6	1824/70,18	648/24,93	121/4,65	6/0,23	-	2599	2441/70,28	798/22,98	214/6,16	17/0,49	3	3473	6072
7	3273/70,40	1121/24,11	244/5,25	10/0,21	1	4649	3945/72,58	1210/22,26	261/4,80	19/0,34	-	5435	10084
8	3004/69,97	1066/24,83	210/4,89	12/0,28	1	4293	3771/74,03	1078/21,16	234/4,59	11/0,21	-	5094	9387
<b>Liceum ogólnokształcące</b>	<b>1823/67,09</b>	<b>711/26,17</b>	<b>173/6,37</b>	<b>10/0,37</b>	<b>-</b>	<b>2717</b>	<b>1438/73,29</b>	<b>443/22,53</b>	<b>69/3,52</b>	<b>12/0,61</b>	<b>-</b>	<b>1962</b>	<b>4678</b>
I	515/63,74	239/29,57	48/5,94	6/0,74	-	808	396/70,97	135/24,19	20/3,58	7/1,25	-	558	1366
II	457/70,09	150/23,01	43/6,59	2	-	652	383/70,66	143/26,38	15/2,77	1	-	542	1194
III	850/67,67	322/25,64	82/6,53	2	-	1256	657/76,57	164/19,11	33/3,85	4	-	858	2114
IV	1	1	1	1	-	1	2	1	1	-	-	4	5
<b>Technikum</b>	<b>1155/63,53</b>	<b>556/30,58</b>	<b>99/5,44</b>	<b>8/0,44</b>	<b>-</b>	<b>1818</b>	<b>2064/61,10</b>	<b>1088/32,21</b>	<b>211/6,25</b>	<b>15/0,44</b>	<b>-</b>	<b>3378</b>	<b>5196</b>
I	242/64,70	122/32,62	10/2,67	-	-	374	428/61,41	230/32,99	33/4,73	6/0,81	-	697	1071
II	266/62	133/31	30/6,99	-	-	429	363/63,91	173/30,46	30/5,28	2	-	568	997
III	434/62,26	216/30,99	44/6,3	3/0,43	-	697	766/60,6	416/32,91	79/6,25	3	-	1264	1961
IV	213/66,98	85/26,73	15/4,72	5/1,57	-	318	507/59,72	269/31,68	69/8,13	4/0,47	-	849	1167
<b>Szkoła policealna</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
I	2	2	2	2	-	2	2	2	2	2	-	2	2
<b>Branżowa szkoła I stopnia</b>	<b>97/42,35</b>	<b>100/43,66</b>	<b>29/12,66</b>	<b>3/1,31</b>	<b>-</b>	<b>229</b>	<b>299/49,50</b>	<b>216/35,76</b>	<b>82/13,57</b>	<b>7/1,16</b>	<b>-</b>	<b>604</b>	<b>833</b>
I	22	23	7	-	-	52	74/53,24	51/36,69	12/8,63	2	-	139	191
II	16	17	3	-	-	36	71/58,68	39/32,23	11/9,09	-	-	121	157
II	59	60	19	3	-	141	154/44,77	126/36,63	59/17,15	5	-	344	485
<b>Branżowa szkoła II stopnia</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>-</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>-</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
II	3	4	7	7	-	7	3	4	7	7	-	7	7
<b>Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy</b>	<b>10/50</b>	<b>7/35</b>	<b>2/10</b>	<b>1/5</b>	<b>-</b>	<b>20</b>	<b>34/48,57</b>	<b>31/44,28</b>	<b>5/7,14</b>	<b>7</b>	<b>-</b>	<b>70</b>	<b>90</b>
I	1	1	1	1	-	3	13	15	4	-	-	32	35
II	3	2	2	-	-	7	17	10	1	-	-	28	35
III	6	4	-	-	-	10	4	6	-	-	-	10	20
<b>Suma końcowa</b>	<b>39031</b>	<b>13369</b>	<b>2729</b>	<b>129</b>	<b>6</b>	<b>55264</b>	<b>43330</b>	<b>14598</b>	<b>3506</b>	<b>204</b>	<b>12</b>	<b>61650</b>	<b>116914</b>

N – liczba badanych, % - odsetek badanych

## Podsumowanie

Analiza wyników dotyczących udziału uczniów w lekcji WF i uczestnictwa w Sport Klubach wykazała, że najwięcej chętnych uczniów biorących udział w II etapie programu WF z AWF reprezentowało szkoły podstawowe (90,76% wszystkich uczniów zajęć Sport Klubów), w której to grupie aż 93,94% uczniów brało regularnie udział w lekcji WF. Drugą najliczniejszą grupą uczestniczącą w zajęciach Sport Klubów byli uczniowie z technikum (4,44%) oraz liceum ogólnokształcącego (4%). Te dwa typy szkół również reprezentują najwyższy odsetek uczniów biorących udział w lekcji WF – 87,35% uczniów technikum i 88,3% uczniów liceum ogólnokształcącego.

Grupa uczniów ze szkół ponadpodstawowych (T i LO) częściowo biorących udział w lekcji WF zwiększa się liczebnie w porównaniu ze szkołą podstawową, w której odsetek ten stanowi tylko 3,67% uczniów. Natomiast odsetek uczniów częściowo biorących udział w lekcji WF w technikum jest wyższy i wynosi 12,57%, a w liceum ogólnokształcącym – 11,6%. W szkole branżowej I stopnia odsetek ten wzrasta aż do 18,6% uczniów uczestniczących częściowo w lekcji WF, a liczba regularnie uczestniczących uczniów w lekcji WF to tylko 79,5% (około 2% nie uczestniczy w lekcji WF).

Analizując stosunek do uczestnictwa w lekcji WF jako bardzo dobry i dobry zaobserwowano również różnice związane z etapami edukacji i typami szkół. Ogólnie tylko około 70% uczniów prezentuje bardzo dobry stosunek do lekcji WF, prawie 24% dobry stosunek i około 5,5% - przeciętny. Najwyższy odsetek uczniów o bardzo dobrym stosunku do lekcji WF zaobserwowano w szkole podstawowej – około 71% uczniów, 70,2% w liceum ogólnokształcącym, ale już w technikum odsetek ten spada do 62,3%, a w szkole branżowej I stopnia aż do około 46%. Zaobserwowano natomiast wyższy odsetek uczniów w szkole branżowej I stopnia o dobrym stosunku do lekcji WF - około 40%, co kompensuje nieco mniejszy odsetek uczniów o bardzo dobrym stosunku do zajęć ruchowych w szkole.

Wraz z wiekiem obserwujemy spadek uczestnictwa uczniów w lekcji WF, jak i mniejsze zainteresowanie szkolnymi zajęciami ruchowymi, co widoczne jest w analizie stosunku uczniów do zajęć WF. Należy zastanowić się nad zmianami w realizacji zajęć ruchowych w szkołach, szczególnie lekcji WF, aby była ona atrakcyjna dla ucznia i zachęcała go do uczestnictwa.

Zalecenia dla nauczycieli i instytucji wspierających proces edukacji w celu doskonalenia procesu kształcenia i wychowania w lekcji WF:

1. Poszukiwanie form rekreacyjno-sportowych atrakcyjnych dla uczniów, które między innymi były przedstawione w ramach I etapy programu WF z AWF – szkolenia w AWF-ach.

2. Przeprowadzanie regularnej diagnozy preferencji i zainteresowań rekreacyjno-sportowych uczniów i uwzględnianie ich w treściach programowych lekcji WF.
3. Stosowanie indywidualizacji, tak aby każdy z uczniów znalazł coś dla siebie w lekcji WF czy innych zajęciach ruchowych realizowanych w szkole i poza nią. Każdy z uczniów powinien być przygotowany do uczestnictwa w całościowej aktywności fizycznej na miarę swoich możliwości.
4. W realizacji treści z w WF częstsze proponowanie ćwiczeń atrakcyjnych opartych na zabawach, współpracy, integracji a rzadziej na rywalizacji, szczególnie w dobie pandemii Covid-19 i po jej zakończeniu.
5. Proponowanie zajęć ruchowych i dyscyplin, które można uprawiać przez całe życie (tzw. sporty całościowe), ćwiczeń zapobiegających hipokinezji i izolacji społecznej, którą coraz częściej obserwujemy nie tylko w dobie pandemii Covid-19.
6. Organizowanie szkoleń, warsztatów i kurso-konferencji dla nauczycieli WF i edukacji wczesnoszkolnej z propozycjami nowych, atrakcyjnych rozwiązań realizacji treści programowych w zakresie wychowania fizycznego, jak również kształcenia zdalnego.
7. Wspieranie i doskonalenie nauczycieli WF i edukacji wczesnoszkolnej w realizacji zdalnej edukacji (online), w tym szczególnie lekcji WF.

Należy również zwrócić uwagę na uczniów z niepełnosprawnością wśród których w szkole podstawowej tylko 47,5% reprezentuje bardzo dobry stosunek do uczestnictwa w zajęciach WF, a dobry – 34,39% wg opinii nauczycieli WF. Przeciętny natomiast stosunek miało 16,58% uczniów z niepełnosprawnością w szkole podstawowej, a zły – 1,27%. Wśród 51 uczniów z niepełnosprawnością w liceum ogólnokształcącym, bardzo dobry stosunek odnotowano u 74,5%, a dobry prezentowało 9,8% uczniów (przeciętny także 9,8%). W technikum natomiast bardzo dobry stosunek do zajęć miało około 65% badanych z niepełnosprawnością, dobry 11%, przeciętny – 21,6%.

W szkole specjalnej przysposabiającej do pracy 48,2% uczniów reprezentowało bardzo dobry stosunek do lekcji WF, 42,3% - dobry, a przeciętny 8,2%. W szkole branżowej I stopnia odnotowano bardzo dobry stosunek do zajęć ruchowych u 38,8% uczniów, dobry wśród 32,8%, a przeciętny u 21,6% badanych uczniów z niepełnosprawnością ze szkół specjalnych.

Grupy osób z niepełnosprawnością biorące udział w Sport Klubach nie były liczne, co zapewne było związane z organizacją zajęć ruchowych dla tych uczniów, natomiast nasuwa się pytanie: co zrobić aby większy odsetek uczniów z niepełnosprawnością reprezentował bardzo dobry i dobry stosunek do uczestnictwa w lekcji WF?

Warto zwrócić uwagę na lepsze przygotowanie nauczycieli do realizacji celów lekcji WF z osobami niepełnosprawnymi poprzez m.in:

- zmodyfikowanie treści programowych w uczelniach i dostosowanie ich do potrzeb dzisiejszego ucznia, szczególnie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE),
- organizowanie dodatkowych szkoleń, warsztatów, kursów dedykowanych nauczycielom prowadzącym zajęcia ruchowe z uczniami z niepełnosprawnością,
- zorganizowanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego w szkolnym procesie kształcenia dla uczniów i nauczycieli.

#### **3.4.2.4. Sytuacja zdrowotna i aspekty społeczno-ekonomiczne charakteryzujące uczestników zajęć - Monika Łopuszańska-Dawid**

Rodzice lub opiekunowie prawni dzieci i młodzieży uczestniczącej w zajęciach Sport Klubów w 2021 r. wypełnili i wysłali łącznie 8 415 ankiet dotyczących aspektów społeczno-ekonomicznych i sytuacji zdrowotnej dzieci i ich rodzin. Zgłaszalność rodziców do udziału w tej części projektu wyniosła około 8%, a zatem wnioskowanie dotyczące podłoża społeczno-ekonomicznego i sytuacji zdrowotnej wszystkich uczniów uczestniczących w zajęciach Sport Klubów winno być wysoce ostrożne. Niniejszy materiał badawczy nie stanowi bowiem losowej reprezentacji rodzin i dzieci oraz młodzieży biorącej udział w tej części projektu WF z AWF. Niemniej, ze względu na obszerność zgromadzonych informacji dane stanowią istotny materiał źródłowy do wszelkiego typu analiz porównawczych, zarówno w czasie, jak i przestrzeni.

Zgromadzony materiał badawczy został poddany procesowi weryfikacji poprawności wprowadzonych danych a obserwacje empiryczne nierzeczywiste, błędne i wyraźnie odstające zostały usunięte z bazy wyjściowej (usuwane przypadki lub pojedyncze rekordy, do 5% danych). Dla analizowanych cech jakościowych podano wartości częstości poszczególnych odpowiedzi, natomiast dla cech ilościowych podano wartości średnie i odchylenia standardowe (SD – z j. ang. *standard deviation*). Najistotniejsze wyniki z punktu widzenia diagnozy kondycji biologicznej dzieci i młodzieży przedstawiono z uwzględnieniem podziału na płeć dzieci oraz wiek kalendarzowy. Zastosowano roczne kategorie wieku kalendarzowego: 7-latki: 6,51-7,50; 8-latki: 7,51-8,50, 9-latki: 8,51-9,50, itd., wyliczone na podstawie różnicy daty badania/ankietowania i daty urodzenia. Wyniki wieku uzyskane z dokładnością do setnych części roku kalendarzowego zostały zakodowane do pełnych lat dzieci i młodzieży.

Odpowiedzi na mniej istotne, z punktu widzenia niniejszego opracowania, pytania badawcze nie zostały ujęte w niniejszym raporcie.

### **Sekcja I - Podstawowe informacje o dziecku**

Tabela 12 przedstawia liczebności i odsetki zebranych danych badawczych chłopców i dziewcząt z uwzględnieniem rocznych kategorii wieku. Rodzice chłopców nieznacznie częściej niż dziewcząt wypełnili ankiety badawcze (odpowiednio 51,05 vs 48,95%). Zarówno u chłopców, jak i dziewcząt, rodzice najliczniej wypełnili kwestionariusze, odpowiednio 9-, 8- 10- i 7-latków. Wraz z podwyższaniem się wieku uczestników Sport Klubów zmniejszała się frakcja rodziców wypełniająca ankiety dotyczące aspektów społeczno-ekonomicznych i ogólnozdrowotnych.

Tabela 12. Liczebności (n) i odsetki (%) danych dotyczących chłopców i dziewcząt w kategoriach wieku (odsetki w obrębie płci)

<b>Kategorie wieku (lata)</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie n</b>
6	5 0,12	5 0,12	10
7	487 11,34	420 10,20	907
8	880 20,49	857 20,82	1737
9	936 21,80	879 21,35	1815
10	645 15,02	639 15,52	1284
11	400 9,32	391 9,50	791
12	289 6,73	257 6,24	546
13	153 3,56	159 3,86	312
14	120 2,79	97 2,36	217
15	88 2,05	67 1,63	155
16	51 1,19	35 0,85	86
17	32 0,75	40 0,97	72
18	14 0,33	45 1,09	59
19	22	31	53



	0,51	0,75	
braki danych	172	195	367
	4,01	4,74	
<b>Ogółem</b>	<b>4294 (51,05)</b>	<b>4117 (48,95)</b>	<b>8411</b>

Tabela 13 przedstawia podstawową charakterystykę opisową (średnie i odchylenia standardowe) deklarowanej przez rodziców wysokości ciała chłopców i dziewcząt (w cm) w kolejnych rocznych kategoriach wieku. Zgodnie z oczekiwaniem, poza drobnymi wyjątkami, wynikającymi z małej liczebności grup, wraz z zwiększaniem się wieku dzieci wzrastała średnia wysokość ciała dzieci. Fluktuacje różnic wysokości ciała między płciami są zgodne z prawidłowościami intensyfikacji procesów wzrostowych w poszczególnych okresach ontogenezy specyficznymi dla płci.

Tabela 13. Średnia wysokość ciała chłopców i dziewcząt (cm) deklarowana przez rodziców oraz odchylenie standardowe (SD)

Kategorie wieku (lata)	Chłopcy		Dziewczęta	
	średnia	SD	średnia	SD
6	134,50	10,02	125,25	6,29
7	128,53	6,49	128,06	6,62
8	133,30	7,11	132,48	7,38
9	138,81	7,72	137,88	7,22
10	144,02	7,44	143,06	7,91
11	149,24	7,87	149,42	7,77
12	154,44	8,24	155,39	7,50
13	160,92	10,17	159,35	7,86
14	169,66	9,74	162,29	5,90
15	174,68	8,05	165,43	7,27
16	176,79	10,13	167,96	6,03
17	175,58	17,35	164,47	7,13
18	174,84	10,76	165,73	7,40
19	183,56	6,77	165,51	9,23

W odniesieniu do deklarowanej przez rodziców masy ciała chłopców i dziewcząt (tabela 14) zanotowano prawidłowości analogiczne jak w przypadku wysokości ciała. Poza nielicznymi wyjątkami, w każdej kolejnej kategorii wieku średnia masa ciała była wyższa.

Tabela 14. Średnia masa ciała (kg) chłopców i dziewcząt deklarowana przez rodziców i odchylenie standardowe (SD)

Kategorie wieku (lata)	Chłopcy		Dziewczęta	
	średnia	SD	średnia	SD
6	32,60	15,36	36,00	3,92
7	27,06	5,77	26,00	5,76
8	30,40	6,77	26,70	6,71
9	34,29	7,84	29,06	7,95
10	38,55	9,11	32,58	8,77
11	42,89	10,36	36,10	10,17
12	45,79	10,26	40,85	10,72
13	52,11	13,34	46,57	12,34
14	58,59	13,58	51,33	9,47
15	62,59	11,50	52,66	8,56
16	70,97	13,70	56,05	5,64
17	73,73	18,74	56,63	10,66
18	69,27	14,36	58,78	10,40
19	78,17	12,00	59,17	14,28

W tabeli 15 przedstawiono dane dotyczące kolejności urodzenia się uczestnika Sport Klubów. W zdecydowanej większości uczniowie uczestniczący w programie, niezależnie od płci, byli pierwszymi dziećmi swoich rodziców (ok. 60%) lub drugimi (ok. 30-31%). Zdecydowanie rzadziej uczestnicy zajęć byli późniejszymi w kolejności urodzenia dziećmi (trzecimi i kolejnymi).

Tabela 15. Informacja, którym dzieckiem z kolei jest uczestnik Sport Klubów i odsetki w obrębie płci (%)

Kategorie kolejności	Chłopcy	Dziewczęta
	n (%)	n (%)
1	2526 58,89	2433 59,20
2	1293 30,15	1274 31,00
3	332 7,74	292 7,10
4	80 1,87	75 1,82
5	38 0,89	18 0,44
6	10 0,23	6 0,15
7	2 0,05	6 0,15
8	3 0,07	4 0,10

9	0 0,00	1 0,02
10	3 0,07	0 0,00
11	1 0,02	0 0,00
12	1 0,02	0 0,00
14	0 0,00	1 0,02

Uczestnicy Sport Klubów, zarówno chłopcy jak i dziewczęta, w większości pochodzili z rodzin dwudzietych (ok. 55%), następnie trójdzietnych (około 20%) i jednodzietych (ok. 15-16%) (tabela 16). W grupie dziewcząt nieznacznie częściej reprezentowane w niniejszym badaniu były rodziny wysoce wielodzietne (pięcioro dzieci i więcej).

Tabela 16. Liczba dzieci w rodzinie (n) i odsetki w obrębie płci (%)

Liczba dzieci	Chłopcy	Dziewczęta
	n (%)	n (%)
1	679 15,81	625 15,19
2	2379 55,40	2277 55,33
3	901 20,98	892 21,68
4	235 5,47	206 5,01
5	67 1,56	80 1,94
6	17 0,40	18 0,44
7	9 0,21	8 0,19
8	3 0,07	7 0,17
9	2 0,05	2 0,05
10	1 0,02	0 0,00
11	1 0,02	0 0,00

W tabeli 17 przedstawiono liczebność i częstość miejsc zamieszkania reprezentowanych przez uczestników Sport Klubów, których rodzice wzięli udział w niniejszym badaniu. Ponad 51%, zarówno chłopców, jak i dziewcząt, pochodziło z tradycyjnych wsi o charakterze

wiejskim, natomiast drugie w kolejności reprezentowane były środowiska małych miast, do 20 tysięcy mieszkańców (około 15% dzieci i młodzieży), a następnie średnie miasta (20-100 tysięcy mieszkańców). Najmniejszą reprezentację wśród uczestników badania stwierdzono dla wsi miejskich, stanowiących zwykle przedmieścia dużych miast, oraz samych dużych miast (100 tys. mieszkańców i więcej).

Tabela 17. Stopień urbanizacji miejsca zamieszkania chłopców i dziewcząt (n, %)

<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
wieś wiejska	2207 51,40	2122 51,54	4329
wieś miejska	398 9,27	352 8,55	750
małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)	649 15,11	626 15,21	1275
średnie miasto (20-100 tys.)	592 13,79	611 14,84	1203
duże miasto (100 tys. i więcej)	448 10,43	406 9,86	854
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Najczęściej reprezentowanymi przez uczestników zajęć województwami, zarówno w przypadku chłopców, jak i dziewcząt, było województwo mazowieckie (odpowiednio: 12,06% i 13,56%) oraz wielkopolskie (odpowiednio: 9,36% i 9,86%) (tabela 18). Najniższą reprezentację, około 2% i mniej, zanotowano dla województw lubuskiego i zachodniopomorskiego.

Tabela 18. Województwo zamieszkania chłopców i dziewcząt (n, %)

<b>województwo</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
dolnośląskie	268 6,24	224 5,44	492
kujawsko-pomorskie	269 6,26	272 6,61	541
wielkopolskie	402 9,36	406 9,86	808
lubelskie	356 8,29	331 8,02	687
lubuskie	64 1,49	68 1,65	132
łódzkie	360	329	689

	8,38	7,99	
małopolskie	310	323	633
	7,22	7,85	
mazowieckie	518	558	1076
	12,06	13,56	
opolskie	129	101	230
	3,00	2,45	
podkarpackie	269	254	523
	6,26	6,17	
podlaskie	131	123	254
	3,05	2,99	
pomorskie	234	244	478
	5,45	5,93	
śląskie	426	365	791
	9,92	8,87	
świętokrzyskie	279	239	518
	6,50	5,81	
warmińsko-mazurskie	189	194	383
	4,40	4,71	
wielkopolskie	402	406	808
	9,36	9,86	
zachodniopomorskie	87	85	172
	2,03	2,07	
braki danych	3	1	5
	0,07	0,02	
<b>Ogółem</b>	<b>4291</b>	<b>4116</b>	<b>8407</b>

## Sekcja II - Aspekty społeczno-ekonomiczne

W sekcji II w pierwszej kolejności przedstawiono wyniki dotyczące matek lub opiekunek prawnych, w drugiej kolejności przedstawiono rezultaty ojców/opiekunów prawnych uczestników projektu. Wszystkie przesłane ankiety posiadały kompletne dane dotyczące matek, natomiast sekcje dotyczące ojców zostały wypełnione w 2 496 ankietach.

Średni wiek kalendarzowy matek lub opiekunek prawnych oscylował w granicach 35,2 - 46,6 lat (tab. 19). Kobiety w większości miały wykształcenie wyższe (powyżej 52%), a kolejne około 1/3 matek miało wykształcenie średnie (tab. 20). Kobiety te były osobami zwykle czynnymi zawodowo i pracującymi (powyżej 66%) (tab. 21), przy czym w okresie pandemii Covid-19 około 70% z nich nie zmieniła trybu pracy na zdalny i świadczyła pracę w sposób stacjonarny (tab. 22). Pracę w formie zdalnej miało możliwość wykonywać i świadczyć około 5% matek, zarówno chłopców jak i dziewcząt.

Tabela 19. Uśredniony w kategoriach wieku wiek matek/opiekunek prawnych chłopców i dziewcząt (średnia) i odchylenie standardowe (SD)

Kategorie wieku (lata)	Chłopcy		Dziewczęta	
	średnia	SD	średnia	SD
6	35,20	2,05	37,60	2,07
7	36,02	5,00	36,00	4,91
8	36,57	4,89	36,58	5,17
9	37,33	4,97	37,52	5,09
10	38,08	5,20	38,52	5,50
11	39,18	5,10	39,05	4,99
12	39,92	4,79	39,01	4,61
13	40,15	5,69	41,30	5,35
14	41,03	4,59	41,01	5,24
15	43,57	6,03	42,85	5,48
16	43,54	5,92	44,49	4,22
17	43,75	5,32	44,45	4,84
18	46,00	5,95	43,68	5,73
19	46,61	3,15	43,62	5,59

Tabela 20. Wykształcenie matek/opiekunek prawnych chłopców i dziewcząt w wyróżnionych kategoriach (n, %)

Wykształcenie	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
wyższe	2268 52,82	2146 52,13	4414
średnie	1389 32,35	1303 31,65	2692
zawodowe	428 9,97	459 11,15	887
podstawowe/gimnazjalne	122 2,84	114 2,77	236
niepełne podstawowe	87 2,03	95 2,31	182
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Tabela 21. Wykonywanie pracy zawodowej przez matki/opiekunki prawne chłopców i dziewcząt (n, %)

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
tak	2927 68,16	2734 66,41	5661
nie	1367 31,84	1383 33,59	2750
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Tabela 22. Wykonywanie pracy zdalnej w okresie pandemii Covid-19 wśród matek / opiekunek prawnych chłopców i dziewcząt (n, %)

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
tak, wyłącznie zdalnie	221 5,15	208 5,05	429
tak, w systemie mieszanym	1070 24,92	997 24,22	2067
nie	3003 69,93	2912 70,73	5915
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Średni wiek kalendarzowy ojców/opiekunów prawnych zawierał się w nieco wyższych niż w przypadku matek granicach, między 37 a 50 lat (tab. 23). Ojcowie najczęściej reprezentowali wykształcenie wyższe (49,73% wśród chłopców i 47,30% wśród dziewcząt), oraz wykształcenie średnie (odpowiednio: 33,31 i 36,02%) (tab. 13). Ojcowie, w porównaniu do matek, byli zdecydowanie częściej osobami pracującymi zawodowo (powyżej 93%) (tab. 14). W okresie pandemii Covid-19 około 65-66 % z nich pracowała nadal stacjonarnie (tab. 15) a blisko 35% ojców miało możliwość pracy zdalnej lub w trybie mieszanym.

Tabela 23. Uśredniony w kategoriach wieku wiek ojców/ opiekunów prawnych chłopców i dziewcząt (średnia) i odchylenie standardowe (SD)

Kategorie wieku (lata)	Chłopcy		Dziewczęta	
	średnia	SD	średnia	SD
6	37,00	1,41	39,00	2,00
7	39,40	4,92	39,96	4,73
8	39,46	4,73	39,91	5,66
9	40,36	4,91	40,17	5,00
10	41,85	5,50	42,12	5,11

11	42,28	5,65	41,81	5,16
12	43,16	5,25	41,92	4,12
13	43,13	5,36	43,46	4,48
14	43,57	5,94	43,92	5,93
15	45,13	5,87	42,46	4,46
16	46,65	5,29	46,50	4,37
17	48,00	4,67	45,64	5,99
18	49,17	6,21	48,89	6,09
19	50,00	5,35	42,25	3,40

Tabela 24. Wykształcenie ojców / opiekunów prawnych chłopców i dziewcząt w wyróżnionych kategoriach (n, %)

Wykształcenie	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
wyższe	642 49,73	570 47,30	1212
średnie	430 33,31	434 36,02	864
zawodowe	204 15,80	181 15,02	385
podstawowe/gimnazjalne	9 0,70	14 1,16	23
niepełne podstawowe	6 0,46	6 0,50	12
<b>Ogółem</b>	<b>1291</b>	<b>1205</b>	<b>2496</b>

Tabela 25. Wykonywanie pracy zawodowej przez ojców / opiekunów prawnych chłopców i dziewcząt (n, %)

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
tak	1203 93,18	1123 93,20	2326
nie	88 6,82	82 6,80	170
<b>Ogółem</b>	<b>1291</b>	<b>1205</b>	<b>2496</b>



Tabela 26. Wykonywanie pracy zdalnej w okresie pandemii Covid-19 wśród ojców/opiekunów prawnych chłopców i dziewcząt (n, %)

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
tak, tylko zdalnie	69 5,34	64 5,31	133
tak, w systemie mieszanym	377 29,20	344 28,55	721
nie	845 65,45	797 66,14	1642
<b>Ogółem</b>	<b>1291</b>	<b>1205</b>	<b>2496</b>

Ostatnie pytanie tej sekcji dotyczyło posiadania lub nie własnego pokoju przez uczestnika Sport Klubów. Wyniki uzyskane dla chłopców i dziewcząt okazały się być identycznymi. Niezależnie od płci, ok. 78 % posiadało a 22 % nie posiadało własnego pokoju (tab. 27).

Tabela 27. Informacja o posiadaniu przez chłopców i dziewczęta własnego pokoju (n, %)

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
tak	3339 77,76	3201 77,75	6540
nie	955 22,24	916 22,25	1871
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

### **Sekcja III - Aspekty ogólnozdrowotne rodziców**

W sekcji III, analogicznie jak w II, w pierwszej kolejności przedstawiono wyniki dotyczące matek/opiekunek prawnych, w drugiej - ojców/opiekunów prawnych uczestników projektu.

Matki uczestników Sport Klubów wyraźnie częściej deklarowały, że są aktywne ruchowo, co najmniej 1 x w tygodniu (około 73-74%) (tab. 28). Blisko 27% matek chłopców i 25% matek dziewcząt okazała się być bierna fizycznie. Aktywne ruchowo matki, niezależnie od płci dziecka, najczęściej deklarowały, odpowiednio dwu-, jedno- i trzykrotną aktywność fizyczną w tygodniu. Natomiast około 9% matek zadeklarowało, iż są aktywne ruchowo każdego dnia w tygodniu.

Tabela 28. Częstość aktywności fizycznej w tygodniu matek/opiekunek prawnych chłopców i dziewcząt (n, %)

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
nieaktywna	1145 26,67	1033 25,09	2178
1 x w tygodniu	723 16,84	692 16,81	1415
2 x w tygodniu	884 20,59	767 18,63	1651
3 x w tygodniu	598 13,93	603 14,65	1201
4 x w tygodniu	234 5,45	244 5,93	478
5 x w tygodniu	269 6,26	303 7,36	572
6 x w tygodniu	66 1,54	83 2,02	149
7 x w tygodniu	375 8,73	392 9,52	767
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

W tabeli 29 przedstawiono liczebności i odsetki matek/opiekunek prawnych deklarujących zdiagnozowanie u nich lub nie obecności wirusa SARS-CoV-2. Około 82% kobiet nie miało zdiagnozowanej obecności tego wirusa, natomiast 18% potwierdziło ten fakt.

Tabela 29. Informacje o zdiagnozowaniu u matek / opiekunek prawnych obecność wirusa SARS-CoV-2 (n, %)

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
tak	758 17,65	721 17,51	1479
nie	3513 81,81	3381 82,12	6894
braki danych	23 0,54	15 0,36	38
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Podobnie jak u matek, choć nieco mniej, ale zdecydowana większość ojców zadeklarowała, iż jest aktywna fizycznie (około 68-69%) (tab. 19). Około 32% ojców synów i 31% ojców córek uznała siebie za osoby nieaktywne fizycznie. Częstości poszczególnych wskazań liczby aktywności fizycznych w tygodniu przedstawione zostały w tabeli 30.

Tabela 30. Częstość aktywności fizycznej w tygodniu ojców / opiekunów prawnych chłopców i dziewcząt (n, %)

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
nieaktywny	1386 32,28	1284 31,19	2670
1 x w tygodniu	506 11,78	456 11,08	962
2 x w tygodniu	541 12,60	528 12,82	1069
3 x w tygodniu	529 12,32	471 11,44	1000
4 x w tygodniu	289 6,73	288 7,00	577
5 x w tygodniu	438 10,20	454 11,03	892
6 x w tygodniu	193 4,49	205 4,98	398
7 x w tygodniu	412 9,59	431 10,47	843
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

W tabeli 31 przedstawiono liczebności i odsetki ojców/opiekunów prawnych deklarujących zdiagnozowanie i nich lub nie obecności wirusa SARS-CoV-2. Nieco więcej, niż w przypadku kobiet, bo około 84% mężczyzn nie miało zdiagnozowanej obecności tego wirusa, natomiast 16% potwierdziło u siebie zakażenie tym wirusem.

Tabela 31. Informacje o zdiagnozowaniu u ojców / opiekunów prawnych obecność wirusa SARS-CoV-2 (n, %)

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
Tak	656 15,28	622 15,11	1278
Nie	3595 83,72	3455 83,92	7050
braki danych	43 1,00	40 0,97	83
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

#### Sekcja IV - Aspekty ogólnozdrowotne dziecka

Poziom dziennej aktywności ruchowej i inne aspekty ogólnozdrowotne dzieci i młodzieży ocenione zostały w oparciu o pytania z sekcji IV ankiety.

W ramach nauki szkolnej około 35 % dzieci i młodzieży spędzało około 1 godziny przed komputerem, podczas, gdy drugie tyle zadeklarowało, że nie uczyło się przed komputerem (tab. 32). Powyżej 5 godzin dziennie w ramach nauki z komputera korzystało 4,38% chłopców i 3,79% dziewcząt.

Tabela 32. Liczebności i częstości liczby godzin pracy przed komputerem w ramach nauki szkolnej chłopców i dziewcząt (n, %)

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy n (%)	Dziewczęta n (%)	Łącznie
Wcale	1491 34,72	1457 35,39	2948
Około 1 godziny	1473 34,30	1441 35,00	2914
Około 2 godzin	491 11,43	502 12,19	993
Około 3 godzin	246 5,73	204 4,96	450
Około 4 godzin	203 4,73	186 4,52	389
Około 5 godzin	202 4,70	171 4,15	373
Powyżej 5 godzin	188 4,38	156 3,79	344
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Zgodnie z deklaracjami rodziców, około 7,5% chłopców i 6,2% dziewcząt na oglądanie telewizji przeznaczało minimum 2 godziny dziennie (tab. 33). Ponad 1/3 uczestników Sport Klubów, uczestnicząca w tej części projektu, przed telewizorem spędzała od 30 do 60 minut każdego dnia.

Tabela 33. Liczebności i częstości liczby godzin spędzanych na oglądaniu telewizji przez chłopców i dziewczęta (n, %)

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy n (%)	Dziewczęta n (%)	Łącznie
Wcale	316 7,36	364 8,84	680
Do 30 minut	645 15,02	711 17,27	1356
30 minut-1 godzina	1419 33,05	1402 34,05	2821

1-1,5 godziny	1049 24,43	947 23,00	1996
1,5-2 godzin	541 12,60	438 10,64	979
2-3 godziny	234 5,45	198 4,81	432
Powyżej 3 godzin	90 2,10	57 1,38	147
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Intensywność używania w czasie wolnym komputera/telefonu przez chłopców i dziewczęta została przedstawiona w tabeli 34. Najczęściej wybieranym, zarówno w odniesieniu do chłopców, jak i dziewcząt, zakresem czasowym okazał się być przedział 30-60 minut. Niemniej ponad 30% chłopców i 25 % dziewcząt na biernym fizycznie spędzaniu czasu wolnego przed ekranem komputera lub telefonu spędza każdego co najmniej 1,5 godziny.

Tabela 34. Liczebności i częstości liczby godzin spędzanych na używaniu w czasie wolnym komputera/telefonu przez chłopców i dziewczęta (n, %)

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
Wcale	327 7,62	363 8,82	690
Do 30 minut	754 17,56	817 19,84	1571
30 minut-1 godzina	1112 25,90	1108 26,91	2220
1-1,5 godziny	807 18,79	786 19,09	1593
1,5-2 godzin	571 13,30	469 11,39	1040
2-3 godziny	408 9,50	315 7,65	723
Powyżej 3 godzin	315 7,34	259 6,29	574
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Zwyczaj czytania książek przez uczniów zadeklarowali rodzice ponad 90% dziewcząt i 86% chłopców (tab. 35). Blisko 58% chłopców i 52% dziewcząt na czytanie książek przeznaczało do 30 minut dziennie, natomiast powyżej 1 godzinny dziennie czytało około 6% chłopców i 12% dziewcząt.

Tabela 35. Liczebności i częstości liczby godzin spędzanych na czytaniu książek przez chłopców i dziewczęta (n, %)

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
Wcale	601 14,00	358 8,70	959
Do 30 minut	2476 57,66	2161 52,49	4637
30 minut-1 godzina	942 21,94	1108 26,91	2050
1-1,5 godziny	186 4,33	283 6,87	469
1,5-2 godzin	64 1,49	125 3,04	189
2-3 godziny	17 0,40	58 1,41	75
Powyżej 3 godzin	8 0,19	24 0,58	32
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Uczestnicy Sport Klubów okazali się być zasadniczo aktywni ruchowo. Bierność fizyczna została zadeklarowana przez rodziców w odniesieniu do 2,86% chłopców i 3,62% dziewcząt (tab. 36). Dzieci i młodzież, w opinii rodziców, byli najczęściej aktywni fizycznie przez około 1 godziną dziennie. Na podstawie zebranego materiału, wśród uczestników zajęć widoczny jest lekki trend większej aktywności ruchowej chłopców niż dziewcząt.

Tabela 36. Liczebności i częstości liczby godzin spędzanych na aktywności fizycznej przez chłopców i dziewczęta (n, %)

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
Wcale	123 2,86	149 3,62	272
Do 30 minut	739 17,21	982 23,85	1721
30 minut-1 godzina	1219 28,39	1385 33,64	2604
1-1,5 godziny	999 23,27	801 19,46	1800
1,5-2 godzin	629 14,65	424 10,30	1053
2-3 godziny	354 8,24	214 5,20	568
Powyżej 3 godzin	231 5,38	162 3,93	393
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Rodzice dzieci uczestniczących na zajęcia ruchowe w ramach Sport Klubów zadeklarowali, iż ich dzieci zdecydowanie najczęściej kładą się spać na odpoczynek nocny między godziną 21.00 a 22.00 (tab. 37).

Tabela 37. Liczebności i odsetki chłopców i dziewcząt w kategoriach godzin chodzenia spać (n, %)

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
przed godziną 21.00	1490 34,70	1449 35,20	2939
między godziną 21.00 a 22.00	2262 52,68	2089 50,74	4351
po godzinie 22.00	542 12,62	579 14,06	1121
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Ankiety społeczno-ekonomiczne zostały wypełnione głównie przez rodziców dzieci pełnosprawnych (tab. 38). Ankiety wypełnione przez rodziców dzieci z niepełnosprawnością stanowią 4% synów i 2% córek z orzeczeniem o niepełnosprawności, przede wszystkim wieloukładowej lub intelektualnej (tab. 39).

Tabela 38. Posiadanie przez dziecko orzeczenia o niepełnosprawności w kategoriach płci (n, %)

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
tak	169 3,94	81 1,97	250
nie	4125 96,06	4036 98,03	8161
<b>Ogółem</b>	<b>4294</b>	<b>4117</b>	<b>8411</b>

Tabela 39. Posiadanie przez dziecko orzeczenia o niepełnosprawności w kategoriach płci (n, %)

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
niepełnosprawność intelektualna	54 31,95	11 13,58	65
niepełnosprawność narządu wzroku	8 4,73	8 9,88	16
niepełnosprawność narządu ruchu	13	14	27

	7,69	17,28	
niepełnosprawność narządu słuchu	11	8	19
	6,51	9,88	
niepełnosprawność wieloukładowa	83	40	123
	49,11	49,38	
<b>Ogółem</b>	<b>169</b>	<b>81</b>	<b>250</b>

Większość zbadanych dziewcząt była jeszcze niemiesiączkująca (85,75% - tab. 40), natomiast średni wiek *menarche* uczestniczek Sport Klubów wyniósł 11,73 roku (SD=1,32).

Tabela 40. Liczebność i częstość dziewcząt miesiączkujących i niemiesiączkujących (n, %)

Kategorie odpowiedzi	Dziewczęta
	n (%)
tak	575 14,23
nie	3465 85,75
<b>Ogółem</b>	<b>4040</b>

#### Sekcja V - Potencjalne występowania u dziecka zaburzeń pocovidowych

Na podstawie materiału zebranego od rodziców można stwierdzić, że 6,04% chłopców i 4,63% dziewcząt, uczestników Sport Klubów, miało zdiagnozowaną obecność koronawirusa SARS-CoV-2 (tab. 41). U około 20% dzieci przebieg choroby był bezobjawowy a u blisko 60% chłopców i 50% dziewcząt wystąpiły lekkie objawy pozwalające na leczenie w warunkach domowych (tab. 42). Czworo dzieci miało ciężki przebieg choroby wymagający hospitalizacji (odpowiednio: 0,41% chłopców i 1,63% dziewcząt). Tlenoterpia i respiratory zastosowane zostały u odpowiednio blisko 4 i 1,5% uczniów oraz 2 i 2,5% uczennic (tab. 43 i 44).

Tabela 41. Liczebności (n) i częstości (%) zdiagnozowania lub nie u dziecka obecności koronawirusa SARS-CoV-2

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
tak	246 6,04	185 4,63	431
nie	3825 93,96	3813 95,37	7638
<b>Ogółem</b>	<b>4071</b>	<b>3998</b>	<b>8069</b>



Tabela 42. Liczebności (n) i częstości (%) charakteru przebiegu infekcji u dziecka (n, %)

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
bezobjawowy	50 20,33	39 21,20	89
lekkie objawy (leczenie domowe)	145 58,94	89 48,37	234
średnio nasilone objawy (leczenie domowe)	50 20,33	53 28,80	103
ciężki przebieg wymagający hospitalizacji	1 0,41	3 1,63	4
<b>Ogółem</b>	<b>246</b>	<b>184</b>	<b>430</b>

Tabela 43. Liczebności (n) i odsetki (%) odpowiedzi o stosowanie tlenoterapii u chłopców i dziewcząt

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
tak	4 3,88	2 1,89	6
nie	99 96,12	104 98,11	203
<b>Ogółem</b>	<b>103</b>	<b>106</b>	<b>209</b>

Tabela 44. Liczebności (n) i odsetki (%) odpowiedzi o stosowanie respiratora u chłopców i dziewcząt

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
tak	1 1,39	2 2,47	3
nie	71 98,61	79 97,53	150
<b>Ogółem</b>	<b>72</b>	<b>81</b>	<b>153</b>

Rodzice około 12% uczniów i 20% uczennic, uczestników Sport Klubów, potwierdzili stwierdzenie u swoich dzieci występowania w ciągu ostatnich 6 miesięcy objawów, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią Covid-19 (tab. 45). Ze strony układu oddechowego najczęściej występującymi objawami były kaszel (u chłopców i dziewcząt odpowiednio: 83,31 i 77,10%) oraz chroniczne zmęczenie (odpowiednio: 8,69 i 14,89%) (tab. 46). Ze strony układu krążenia rodzice wskazali na główny objaw, dotyczący około 70% ich dzieci, mianowicie bóle w klatce piersiowej (tab. 47). Objawy

ze strony układu nerwowego objęły największe spektrum symptomów u dzieci (tab. 48). Niezależnie od płci uczniów zaburzenia funkcjonowania układu nerwowego manifestowały się wielobjawowymi dolegliwościami (u około 40% dzieci) lub bólami głowy (około 38% i 36% odpowiednio u chłopców i dziewcząt). Do najczęstszych objawów ze strony układu ruchu należały, niezależnie od płci, bóle mięśniowe, deklarowane przez ok. 32% uczestników zajęć oraz wyraźne osłabienie siły mięśni (ok. 21-23%) (tab. 49). Niedyspozycje układu pokarmowego objawiały się głównie wieloma objawami jednocześnie (u ok. 32% chłopców) lub bólami brzucha (u około 33% dziewcząt) (tab. 50). Spośród symptomów skórno-słuzówkowych najczęściej deklarowane były różnego typu wysypki skórne (ok. 34%) oraz suche, czerwone wargi (ok. 25%) (tab. 51).

Tabela 45. Liczebności (n) i odsetki (%) odpowiedzi na pytanie o zaobserwowanie przez rodziców u dziecka w ciągu ostatnich 6 miesięcy objawów, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią Covid-19

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
tak	29 11,98	35 19,34	64
nie	213 88,02	146 80,66	359
<b>Ogółem</b>	242	181	423

Tabela 46. Liczebności (n) i odsetki (%) odpowiedzi na pytanie o zaobserwowanie przez rodziców u dziecka w ciągu ostatnich 6 miesięcy objawów ze strony układu oddechowego, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią Covid-19

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
kaszel	604 83,31	606 77,10	1210
chroniczne zmęczenie	63 8,69	117 14,89	180
duszność	11 1,52	19 2,42	30
więcej niż jeden objaw	47 6,48	44 5,60	91
<b>Ogółem</b>	725	786	1511

Tabela 47. Liczebności (n) i odsetki (%) odpowiedzi na pytanie o zaobserwowanie przez rodziców u dziecka w ciągu ostatnich 6 miesięcy objawów ze strony układu krążenia, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią Covid-19

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
bóle w klatce piersiowej	79 69,91	112 68,29	191
kołatanie serca	26 23,01	40 24,39	66
więcej niż jeden objaw	8 7,08	12 7,32	20
<b>Ogółem</b>	<b>113</b>	<b>164</b>	<b>277</b>

Tabela 48. Liczebności (n) i odsetki (%) odpowiedzi na pytanie o zaobserwowanie przez rodziców u dziecka w ciągu ostatnich 6 miesięcy objawów ze strony układu nerwowego, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią Covid-19

Kategorie odpowiedzi	Chłopcy	Dziewczęta	Łącznie
	n (%)	n (%)	
omdlenia	3 0,48	3 0,40	6
bóle głowy	238 37,78	267 35,60	505
zawroty głowy	4 0,63	10 1,33	14
przejściowa utrata pamięci	0 0,00	2 0,27	2
zaburzenia poznawcze	0 0,00	1 0,13	1
duże problemy z koncentracją	40 6,35	41 5,47	81
obniżenie nastroju	39 6,19	45 6,00	84
apatia	5 0,79	5 0,67	10
drażliwość	46 7,30	61 8,13	107
utrata węchu	2 0,32	4 0,53	6
utrata smaku	3 0,48	2 0,27	5
więcej niż jeden objaw	250 39,68	309 41,2	559
<b>Ogółem</b>	<b>630</b>	<b>750</b>	<b>1380</b>

Tabela 49. Liczebności (n) i odsetki (%) odpowiedzi na pytanie o zaobserwowanie przez rodziców u dziecka w ciągu ostatnich 6 miesięcy objawów ze strony układu ruchu, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią Covid-19

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
osłabienie siły mięśni	62 21,23	71 22,83	133
bóle mięśni	95 32,53	99 31,83	194
drętwienie kończyn	3 1,03	10 3,22	13
mrowienie kończyn	11 3,77	16 5,14	27
bóle stawów	52 17,81	54 17,36	106
obrzęk stawów	2 0,68	2 0,64	4
więcej niż jeden objaw	67 22,95	59 18,97	126
<b>Ogółem</b>	<b>292</b>	<b>311</b>	<b>603</b>

Tabela 50. Liczebności (n) i odsetki (%) odpowiedzi na pytanie o zaobserwowanie przez rodziców u dziecka w ciągu ostatnich 6 miesięcy objawów ze strony układu pokarmowego, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią Covid-19

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczęta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
znaczna utrata apetytu	42 6,93	51 7,45	93
bóle brzucha	168 27,72	225 32,85	393
biegunki	40 6,60	22 3,21	62
wymioty	20 3,30	28 4,09	48
bóle gardła	142 23,43	147 21,46	289
więcej niż jeden objaw	194 32,01	212 30,95	406
<b>Ogółem</b>	<b>606</b>	<b>685</b>	<b>1291</b>

Tabela 51. Liczebności (n) i odsetki (%) odpowiedzi na pytanie o zaobserwowanie przez rodziców u dziecka w ciągu ostatnich 6 miesięcy objawów skórno-słuzówkowych, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią Covid-19

<b>Kategorie odpowiedzi</b>	<b>Chłopcy n (%)</b>	<b>Dziewczeta n (%)</b>	<b>Łącznie</b>
wysypki skórne	85 33,86	115 34,02	200
zmiany skórne na rękach / stopach	33 13,15	40 11,83	73
obrzęk twarzy	1 0,40	5 1,48	6
suche, czerwone wargi	63 25,10	89 26,33	152
zapalenie spojówek	33 13,15	40 11,83	73
więcej niż jeden objaw	36 14,34	49 14,51	85
<b>Ogółem</b>	<b>251</b>	<b>338</b>	<b>589</b>

### **3.5. Nadzór nad realizacją zajęć w ramach Sport Klubów**

– *Hubert Makaruk*

Działania monitorujące przebieg zajęć prowadzonych w ramach Sport Klubów zostały przeprowadzone zgodnie z umową zawartą między Ministerstwem Edukacji i Nauki a Akademią Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

#### **3.5.1. Założenia monitoringu zajęć prowadzonych w ramach Sport Klubów**

Celem monitoringu było sprawowanie nadzoru nad realizacją zajęć w zakresie zapewnienia ich zgodności z podstawowymi założeniami programu Aktywny powrót do szkoły, ze szczególnym uwzględnieniem:

- przestrzegania zasady różnorodności wykorzystania metod, form i ćwiczeń fizycznych podczas kolejnych zajęć wraz z dominującym udziałem zajęć o umiarkowanej i niskiej intensywności, prowadzonych w możliwie największym stopniu w warunkach zewnętrznych („na świeżym powietrzu”),
- skuteczności działań zmierzających do zapewnienia aktywnego udziału wszystkich uczniów w zajęciach,
- stopnia wykorzystania rekomendacji metodycznych przekazanych w czasie szkolenia WF z AWF,
- prawidłowości prowadzenia zajęć z informacjami zawartymi w elektronicznym harmonogramie.

Ponadto założono, iż koordynatorzy prowadzący wizytacje będą również prowadzić działania informacyjno-promocyjne w zakresie prowadzonego programu oraz odpowiadać na pytania kierowane drogą elektroniczną.

#### **3.5.2. Zespół ds. monitoringu zajęć**

Zespół stanowili przewodniczący oraz 14 regionalnych koordynatorów. W każdym z siedmiu regionów, obejmujących 2 lub 3 województwa: (1) lubelskie i podlaskie; (2) mazowieckie i warmińsko-mazurskie; (3) łódzkie i śląskie; (4) małopolskie, świętokrzyskie i podkarpackie; (5) pomorskie, kujawsko-pomorskie i zachodniopomorskie; (6) dolnośląskie i opolskie; (7) lubuskie i wielkopolskie, działania kontrolne prowadziło dwóch koordynatorów.

### 3.5.3. Okres i przebieg monitoringu zajęć

Monitoringiem objęto pełny okres realizacji drugiej części programu Aktywny powrót do szkoły (Sport Kluby), który rozpoczął się 1 września 2021 r., a zakończył 15 grudnia 2021r.

Wizytacja rozpoczynała się od wylegitymowania koordynatora, w dalszej kolejności koordynator przedstawiał cel wizytacji, po czym hospitował zajęcia, a następnie przekazywał informacje zwrotne dotyczące zgodności prowadzonych zajęć z założeniami i warunkami realizacji programu. Po lub przed zajęciami, na życzenie nauczyciela, koordynator udzielał dodatkowych informacji niezbędnych do realizacji programu.

### 3.5.4. Opis narzędzia stosowanego podczas kontroli

Podstawowym narzędziem wykorzystywanym w czasie monitoringu zajęć była karta wizytacji zajęć w ramach Sport Klubów (ryc. 46).

KARTA WIZYTACJI ZAJĘĆ W RAMACH "Sport Klubów"	
1. Imię i nazwisko nauczyciela prowadzącego zajęcia (numer telefonu)	Jan Kowalski
2. Województwo	lubelskie
3. Dane teleadresowe Sport Klubów (szkoły)	Biała Podlaska, ul. Akademicka 2 (Szkoła podstawowa nr 12)
4. Termin kontroli	1.10.2021 r.
5. Miejsce kontroli (dokładny adres)	Biała Podlaska, ul. Akademicka 2
6. Liczba uczniów uczestniczących w zajęciach (proszę podać liczbę)	14
7. Zgodność prowadzonych zajęć z celami programu	tak
8. Zgodność terminu i czasu trwania zajęć z harmonogramem zajęć	tak
9. Zgodność miejsca z harmonogramem zajęć	tak
10. Uwagi	Zajęcia prowadzone na "świeżym powietrzu" z wykorzystaniem nietypowego sprzętu.
Wynik kontroli	pozytywny
Imię i nazwisko monitorującego	Jan Nowak

Ryc. 46. Karta wizytacji zajęć.

Karta zawierała niezbędne dane teleadresowe oraz kryteria według których oceniano prowadzone zajęcia. W przypadku niespełnienia jednego z 3 kryteriów (od 7. do 9.) oraz rażąco niższej liczby obecnych uczniów w stosunku do liczby zadeklarowanej przez nauczyciela – bez podania przyczyn ich nieobecności, wynik kontroli był negatywny.

### **3.5.5. Wyniki kontroli**

W okresie od 1 września do 15 grudnia 2021 r. przeprowadzono łącznie 1040 kontroli, z czego aż 991 zakończyło się wynikiem pozytywnym. Wszyscy koordynatorzy zgodnie wskazywali na duże zaangażowanie i aktywność uczniów biorących udział w zajęciach. Liczebność w poszczególnych grupach umożliwiała nauczycielom na wysoce zindywidualizowane podejście do uczniów.

Zajęcia były realizowane w systemie klasowo-lekcyjnym. Jednostki 45-minutowe były prowadzone raz lub dwa razy w tygodniu, co zdaniem nauczycieli znacznie ułatwiło planowanie zajęć. Zajęcia były prowadzone, począwszy od wczesnych godzin rannych do późnych wieczorowych, również w dni wolne od pracy dydaktycznej w szkole.

W znacznej większości zajęcia były prowadzone na terenie szkoły. Koordynatorzy nie zgłaszali uwag dotyczących bezpieczeństwa czy wyposażenia obiektów.

Zgodność realizacji zajęć z założeniami programu oceniono bardzo wysoko. Według oceny koordynatorów, zdecydowana większość zajęć była ukierunkowana na przeciwdziałanie hipokinezji, izolacji społecznej i negatywnym skutkom zdrowotnym wywołanym przez pandemię Covid-19. Treści zajęć opierały się głównie na elementach gier zespołowych, jednak rzadko przybierały formę gry właściwej, natomiast często realizowano je w formach uproszczonych lub w formie indywidualnych zadań ruchowych. W tym miejscu, warto podkreślić, iż szczególnie wysokim zaangażowaniem i kreatywnością prowadzonych zajęć wykazywali się nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej. Nauczyciele często podkreślali, iż dzieci wykazywały większą potrzebę ruchu niż przed pandemią, jednakże odnotowany, znaczny przyrost masy ciała, zapewne spowodowany ograniczeniami pandemicznymi, skutkował obniżoną sprawnością fizyczną – uczniowie niejednokrotnie mieli problemy z wykonaniem podstawowych ćwiczeń. Zgodnie z rekomendacjami przekazanymi w czasie szkoleń WF z AWF, w czasie pierwszych zajęć, nauczyciele stosowali proste formy ćwiczeń o niskiej i umiarkowanej intensywności. W późniejszych etapach zajęć złożoność i intensywność ćwiczeń miarowo wzrastała. Zdaniem wielu nauczycieli, dodatkowe zajęcia w ramach Sport Klubów umożliwiły szybsze odbudowywanie sprawności fizycznej uczniów.



Bardzo często koordynatorzy wskazywali na przychylność i gotowość do współpracy nauczycieli w czasie wizytacji. Nierzadko wizytacja obejmowała spotkania z dyrekcją szkoły lub grupą innych nauczycieli, zwykle prowadzących zajęcia w ramach Sport Klubów.

Kolejną rzeczą wartą podkreślenia, jest pozytywny odbiór programu ze strony rodziców. W niektórych szkołach zajęcia były prowadzone w miejsce zajęć świetlicowych, co rodzice odbierali z dużym zadowoleniem.

Stosunkowo nieliczne uchybienia w realizacji programu były spowodowane przede wszystkim:

- skutkami pandemii Covid-19 (chorobą, kwarantanną, obostrzeniami epidemicznymi, częstymi zmianami planów zajęć),
- problemami w obsłudze elektronicznego harmonogramu prowadzonych zajęć,
- bardzo rzadko – niezrozumieniem założeń programu.

Należy również zauważyć, iż 49 wizytacji zakończyło się wynikiem negatywnym, w przeważającej większości spowodowanych nieobecnością nauczyciela i uczniów w zadeklarowanym w harmonogramie miejscu i czasie. Zwykle nauczyciele tłumaczyli swoją absencję kwarantanną, chorobą, niespodziewanym zastępstwem lub uroczystością szkolną. Każda negatywna kontrola kończyła się rozmową bezpośrednią lub telefoniczną z nauczycielem, podczas której ustalano rozwiązanie zaistniałej sytuacji. W zdecydowanej większości przypadków nauczyciele odpracowywali te zajęcia w innym terminie. Zaledwie w kilku przypadkach zajęcia nie zostały przełożone, w takich sytuacjach uznawano je za niezrealizowane i zostały one usuwane z harmonogramu przez głównego koordynatora programu.

Za element wymagający poprawy należy również uznać fakt prowadzenia większości zajęć w zamkniętych obiektach, często przy sprzyjającej pogodzie.

Podsumowując, przeprowadzenie ponad 1000 wizytacji pozwala stwierdzić, iż program był właściwie realizowany, zgodnie ze swoimi założeniami, nakierowanymi na poprawę zdrowia poprzez stosowanie właściwych form aktywności fizycznej. Zajęcia miały wszechstronny i różnorodny charakter, co z pewnością przyczyniło się do dużego zainteresowania programem ze strony uczniów i nauczycieli. Co bardzo istotne, swoim zasięgiem, objął uczniów o zróżnicowanym poziomie sprawności fizycznej, między innymi dzięki wykorzystywaniu gier, zabaw oraz ćwiczeń w formach uproszczonych. Mimo stwierdzonych nielicznych nieprawidłowości, związanych z planowaniem i organizacją zajęć spowodowanych przede wszystkim skutkami pandemii Covid-19, realizację programu przez nauczycieli należy ocenić bardzo wysoko.

## 3.6. Wnioski i rekomendacje

### 3.6.1. Wnioski związane z organizacją szkoleń

- *Izabella Tarnowska, Anna Bodasińska*

Na podstawie zrealizowanych szkoleń w I fazie projektu sformułowano następujące wnioski:

1. Istnieje potrzeba zastanowienia się nad hybrydową formułą warsztatów (trwająca pandemia) (wykłady - formuła zdalna, ćwiczenia - formuła w kontakcie).
2. Dobrą praktyką jest powołanie stanowiska koordynatora warsztatów, który odpowiadałby za szkolenie nauczycieli w danym dniu. Funkcję taką mógłby sprawować nauczyciel akademicki - metodyk, zaangażowany w prowadzenie warsztatów.
3. W związku z niskimi kompetencjami informatycznymi nauczycieli (zwłaszcza starszych i reprezentujących I poziom edukacyjny) w kolejnej edycji projektu warto uwzględnić wprowadzenie wsparcia procedury rejestracji nauczycieli do programu.
4. Trafnym rozwiązaniem zwiększającym prawdopodobnie liczbę warsztatów jest organizacja ich w formule bez podziału na poziomy edukacyjne, a z uwzględnieniem jedynie specjalności nauczycieli - warsztaty dla nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej i nauczycieli WF.
5. Warto zastanowić się nad skróceniem czasu trwania warsztatów. Zdaniem uczestników warsztaty były zbyt długie – część nauczycieli nie mogła uczestniczyć w zajęciach do końca, ze względu na dodatkowe obowiązki pozalekcyjne, prowadzenie dodatkowych zajęć lub daleką drogę powrotną do domu. Szczególnie nauczyciele zwracali uwagę na zbyt długą część wykładową.
6. W ocenie nauczycieli uczestniczących w warsztatach nabyli oni nową wiedzę i umiejętności, niezbędne do prowadzenia zajęć ruchowych ukierunkowanych na zniwelowanie negatywnych skutków pocovidowych.

Na podstawie uwag nauczycieli dotyczących organizacji II fazy projektu korzystne jest w dalszych etapach jego realizacji:

1. Dopuszczenie do udziału w programie grup o mniejszej liczebności uczestników (w szczególności obniżenie liczebności grup przeznaczonych dla uczestników z niepełnosprawnością).

2. Włączenie do zajęć w ramach Sport Klubów dla uczniów z klas 1-3, zajęć o charakterze korekcyjno-kompensacyjnym. Wymaga to dodatkowych uprawnień, ale wielu nauczycieli na tym poziomie edukacyjnym takie posiada.
3. Wdrożenie cyklicznych spotkań warsztatowych z określonych obszarów/sportów np. tańce, gry zespołowe, dla nauczycieli pracujących w ramach Sport Klubów, w celu wymiany myśli edukacyjnej.
4. Wprowadzenie obowiązkowego instruktażu wykonania pomiarów somatycznych i prób sprawnościowych podczas warsztatów prowadzonych w ramach I fazy projektu WF z AWF (jak przeprowadzić próbę sprawnościową, jak prawidłowo zmierzyć i zapisać wynik oraz możliwość uczestnictwa on-line w warsztacie instruującym poprawność przeprowadzenia pomiarów i prób dla nauczycieli, którzy w warsztatach uczestniczyli w zeszłym roku, a chcieliby ponownie aplikować o Sport Kluby).
5. Wskazanie konkretnych rozwiązań dotyczących możliwości przeprowadzenia danej próby sprawnościowej (np. wytrzymałościowy bieg wahadłowy na dystansie 20 m) w trudnych warunkach lokalowych, jakimi dysponuje wiele szkół.
6. Uwzględnienie innych zasad diagnozowana prób sprawnościowych dzieci ze szkół specjalnych. Modyfikacja prób sprawnościowych dla dzieci z niepełnosprawnościami lub formalne wykluczenie nauczycieli prowadzących zajęcia z takimi grupami ze sprawdzania wyników pod kątem poprawności wykonania w stosunku do norm.
7. Zainteresowanie projektem lokalnych organów prowadzących szkoły - promocja projektu poprzez np. lekcje pokazowe.
8. Wyposażenie szkół biorących udział w projekcie w niezbędny sprzęt i przybory służące poprawie jakości prowadzonych zajęć.
9. Zachęcenie dyrektorów szkół do wyrażenia zgody na tworzenie Sport Klubów wszystkim chętnym i przeszkolonym nauczycielom.
10. Ułatwienie nauczycielom, zwłaszcza tym z niskimi kompetencjami informatycznymi (starsi i reprezentujący najczęściej I poziom edukacyjny), procedury rejestracyjnej do II fazy projektu, poprzez uruchomienie wsparcia systemowego (materiały instruktażowe online) i na poziomie działalności biura obsługi Sport Klubów.
11. Wydłużenie czasu na działania organizacyjno-rekrutacyjne związane z tworzeniem Sport Klubu.

### **3.6.2. Wnioski i rekomendacje odnoszące się do realizacji zajęć Sport Klubów i wyników badań**

*- Paweł Tomaszewski, Agnieszka Maciejewska-Skrendo, Monika Łopuszańska-Dawid, Dorota Groffik*

W zajęciach Sport Klubów realizowanych w miastach uczestniczyło 86% uczniów ze szkół podstawowych i 14 % ze szkół ponadpodstawowych, podczas gdy na terenach wiejskich zajęcia odbywały się głównie w szkołach podstawowych (98,5%). Wśród szkół podstawowych różnica między uczestnikami z miast i wsi wynosiła jedynie 13% na korzyść miast. Wynik ten można uznać za sukces programu na terenach wiejskich.

Zdecydowaną większość (90%) zajęć Sport Klubów realizowano w szkołach podstawowych. Warto w kolejnej edycji zintensyfikować promocję programu wśród nauczycieli szkół ponadpodstawowych.

Blisko połowa zajęć realizowanych w szkołach podstawowych prowadzona była w klasach 1-3, a więc przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej. To niezmiernie pozytywny efekt działań podjętych w I etapie programu, dających możliwość realizacji dodatkowych zajęć ruchowych wśród uczniów klas 1-3, dla których okres izolacji społecznej był szczególnie niekorzystny, zarówno w aspekcie fizycznym jak i psychicznym.

Znaczący udział nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego w Sport Klubach świadczyć może o dodatkowym, korzystnym oddziaływaniu szkoleń WF z AWF - wyposażeniu tej grupy nauczycieli w kompetencje umożliwiające realizację atrakcyjnych i innowacyjnych zajęć ruchowych, odpowiadających pełnowymiarowym lekcjom wychowania fizycznego.

W badaniach rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży uczestniczących w zajęciach Sport Klubów stwierdzono zwiększenie wysokości i masy ciała w stosunku do danych sprzed dekady, co potwierdza występowanie trendu sekularnego. Zmianom tym towarzyszy jednak większy przyrost względnej masy ciała (w porównaniu do danych z 2010 roku) niż względnej wysokości ciała. Konsekwencją opisanych powyżej, niekorzystnych wzajemnych relacji wysokości i masy ciała jest zwiększenie w ciągu ostatniej dekady wielkości wskaźnika BMI wynoszące od 2 do 5%. Jednoznacznie wskazuje to na rosnącą liczbę dzieci z nadwagą i otyłością. Problem ten dotyczy ponad 15% badanych uczniów i jest szczególnie widoczny wśród najmłodszych grup, w których co piąte dziecko cechuje się nadmierną, zagrażającą zdrowiu, masą ciała.

Równie jednoznacznie negatywne zmiany dotyczą sprawności fizycznej. W próbach biegu 10x5 m oraz zwisu na drążku u chłopców wraz z wiekiem obserwuje się systematyczne

pogarszanie wyników w porównaniu do danych rejestrowanych w roku 2009/10. Z kolei próba biegu wytrzymałościowego wypadła bardzo niekorzystnie zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców. Zarejestrowane rezultaty wskazują na pogorszenie wytrzymałości biegowej sięgające 14% u dziewcząt i blisko 20% u chłopców, przy czym podobnie jak w próbie biegu wahadłowego i zwisu na drążku u chłopców rezultaty pogarszają się wraz z wiekiem.

Przedstawione w raporcie wyniki ujawniają niepokojące zjawisko zwiększającej się masy ciała i w konsekwencji wzrostu ryzyka nadwagi i otyłości. Ponadto wskazują na niskie wyniki sprawności fizycznej, zwłaszcza w kontekście wydolności krążeniowo-oddechowej, mierzonej za pomocą wytrzymałościowego biegu wahadłowego na dystansie 20 m. Obserwacje te uzasadniają potrzebę kontynuacji programu, który poprzez aktywizację ruchową uczniów przyczyni się do przeciwdziałania negatywnym skutkom hipokinezji, a w konsekwencji prowadzić będzie do poprawy kondycji fizycznej dzieci i młodzieży.

Wyniki wycinkowego badania społeczno-ekonomicznych uwarunkowań uczestnictwa dzieci w Sport Klubach wskazują na konieczność ukierunkowanego działania programów profilaktycznych i edukacyjnych oraz dalszego zwiększania świadomości w zakresie przeciwdziałania hipokinezji oraz profilaktyki nadwagi i otyłości, szczególnie wśród rodziców: a) z małych miast i wsi, b) z niższym poziomem wykształcenia, c) niepracujących, d) z rodzin wielodzietnych, e) opiekunów dzieci z niepełnosprawnościami. Czynnikiem predysponującym do bierności fizycznej dzieci okazał się być również sedentarny styl życia rodziców. Może to skłaniać do potrzeby rozszerzenia programu również na rodziców/opiekunów dzieci, poprzez wprowadzenie odpowiednio zaprojektowanych działań edukacyjnych, warsztatów, czy też wspólnych rodzinnych aktywności i wyzwań ruchowych.

Ankietowe badanie potencjalnych zaburzeń pocovidowych u dzieci wskazało na blisko czterokrotnie wyższą ich częstość u uczniów niż wynikałoby to z liczby dzieci i młodzieży z pozytywnym wynikiem testu na obecność wirusa SARS-CoV-2. Nieświadome i bezobjawowe lub skąpo objawowe przechorowanie Covid-19 generować może zatem liczne i wysoce dokuczliwe zaburzenia pocovidowe u dzieci, szczególnie ze strony kluczowych dla zdrowia układów (oddechowego, nerwowego, pokarmowego i krążeniowego). Wskazane wieloukładowe objawy wpływają negatywnie na kondycję zdrowotną, parametry wydolnościowe i sprawność fizyczną wielu uczniów. W świetle sytuacji epidemicznej kraju i powszechności kontaktu populacji pediatrycznej z wirusem SARS-Cov-2 wskazane jest zatem wprowadzenie do lekcji WF większej ilości ćwiczeń oddechowych, ukierunkowanie na zadania ruchowe stymulujące pracę układu krążeniowo-oddechowego, tak aby zminimalizować negatywne długoterminowe skutki kontaktu z wirusem i hipokinezji wynikającej z konieczności izolacji.

### **3.6.3. Wnioski i rekomendacje związane z monitoringiem Sport Klubów – Hubert Makaruk**

Na podstawie przeprowadzonych wizytacji, w tym rozmów z nauczycielami i obserwacji własnych, rekomenduje się wdrożenie następujących zmian:

1. W zakresie osiągnięcia pożądaných efektów programu:
  - zwiększenie promocji programu w szkołach za pośrednictwem mediów oraz wsparcie kuratoriów oświaty,
  - upowszechnienie wyników testów wśród nauczycieli i uczniów, wskazując obszary oddziaływania wymagające największej uwagi,
  - przygotowanie materiałów edukacyjnych w zakresie nowatorskich rozwiązań metodycznych (upowszechnienie platformy edukacyjnej projektu).
  
2. W zakresie usprawnienia pracy nauczycieli:
  - ułatwienie procesu planowania zajęć w harmonogramie elektronicznym,
  - umożliwienie realizowania dwóch jednostek zajęć łącznie (zajęcia 90-minutowe),
  - wydłużenie czasu przeprowadzenia pomiarów,
  - umożliwienie bezpośredniego kontaktu nauczycielom z regionalnymi operatorami programu, np. utworzenie skrzynek mailowych koordynatorów regionalnych.
  
3. W zakresie usprawnienia pracy koordynatorów regionalnych:
  - wprowadzenie obowiązku planowania zajęć z co najmniej miesięcznym wyprzedzeniem,
  - ograniczenie możliwości zmiany terminu zajęć w dniu ich realizacji,
  - zablokowanie możliwości planowania zajęć w wybrane dni wolne od pracy (np. 1 listopada).

#### **4. Podsumowanie realizacji celów całego projektu i rekomendacje**

**praktyczne** - *Bartosz Molik, Paweł Ciężczyk, Grzegorz Juras, Andrzej Klimek, Andrzej Rokita, Jerzy Sadowski, Dariusz Wieliński*

Dla ludzi zamkniętych we własnych domach na całym świecie ogólnokrajowe lockdowny wiązały się z całkowitą zmianą ich dotychczasowych wzorców zachowań, objawiającą się m.in. długotrwałym i znaczącym niedoborem lub całkowitym brakiem aktywności fizycznej, określanym mianem hipokinezji. Wieloletnie badania prowadzone w licznych ośrodkach naukowych wskazują, że stan hipokinezji prowadzi do bardzo poważnych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu i obniża znacznie jakość życia zarówno na gruncie zdrowia fizycznego, jak i psychicznego.

Niepokojące doniesienia związane ze skutkami pandemii Covid-19 oraz niekorzystnym wpływem cywilizacji spowodowały, iż za zasadne i konieczne uznano stworzenie przez specjalistów skupionych w akademiach wychowania fizycznego profesjonalnego i wszechstronnego programu „Aktywny powrót do szkoły – WF z AWF”, realizowanego przy wsparciu i ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki.

Program w pierwszej fazie umożliwił wyposażenie nauczycieli wychowania fizycznego oraz nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w dodatkową wiedzę i umiejętności pozwalające sprostać nowym wyzwaniom, z którymi muszą sobie poradzić po powrocie do szkół dzieci i młodzieży. Przygotowany program miał na celu przede wszystkim wsparcie nauczycieli. Zarówno w zakresie wskazówek dotyczących przywracania oczekiwanego poziomu sprawności fizycznej u dzieci i młodzieży, jak również zagadnień z zakresu problemów związanych z integracją z grupą rówieśniczą po długim okresie izolacji, jak i wczesnego wykrywania potencjalnych problemów związanych ze zdrowotnymi efektami pocovidowymi. W założeniu autorów szkoleń, działania będące rezultatem jego realizacji powinny zmniejszyć niekorzystne efekty związane z pandemią Covid-19 u polskich dzieci w zakresie przywrócenia sprawności fizycznej oraz prawidłowego stanu zdrowia po długim okresie izolacji.

Uzyskane wyniki z badania satysfakcji ze szkoleń wskazują jednoznacznie na spełnienie oczekiwań nauczycieli zarówno w zakresie ogólnej satysfakcji ze szkoleń, jak i satysfakcji z wykładów oraz warsztatów metodycznych. Większość nauczycieli (powyżej 80%) oceniła poziom satysfakcji z badanych obszarów jako wysoki lub bardzo wysoki. Zdecydowana większość nauczycieli (powyżej 85%) wskazała również na konieczność kontynuacji podobnych szkoleń w przyszłości.

Odbiorcami szkoleń byli, między innymi, nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej. To od nich zależy w dużym stopniu czy i na ile dziecko „polubi” ruch. Pomimo tego, że ruch jest naturalną potrzebą dla dzieci w tym wieku, główny kierunek działania powinien być skupiony na nauczaniu i doskonaleniu przede wszystkim „podstawowych umiejętności ruchowych”. Bez tych umiejętności starsi uczniowie (klas 4-8 i wyżej) będą mieli problemy z ich zastosowaniem w popularnych sportach i aktywnych formach wypoczynku dla zdrowia. Umiejętności rozwijania swoistego „alfabetu fizycznego” to zasadnicze zadanie dla nauczycieli klas 1-3. Stąd ta grupa nauczycieli wymaga szczególnej „troski” pod kątem dobrego ich przygotowania do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego z dziećmi. A to wymaga przygotowania systematycznych szkoleń dla tej grupy.

Druga, zasadnicza faza projektu, ukierunkowana była na realizację dodatkowych zajęć pozalekcyjnych tzw. Sport Klubów. Prawie połowa z nich prowadzona była w klasach 1-3, a więc przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej. To niezmiernie pozytywny efekt działań podjętych w I fazie projektu, dający poprzez szkolenia i uzyskanie certyfikatu możliwość realizacji dodatkowych zajęć ruchowych wśród uczniów klas 1-3, dla których okres izolacji społecznej był szczególnie niekorzystny zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym. Znaczący udział nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w Sport Klubach świadczyć może o dodatkowym, korzystnym oddziaływaniu szkoleń WF z AWF - wyposażeniu tej grupy nauczycieli w kompetencje umożliwiające realizację atrakcyjnych i innowacyjnych zajęć ruchowych, odpowiadających pełnowymiarowym lekcjom wychowania fizycznego.

Przeprowadzone kontrole wskazały na duże zaangażowanie i aktywność uczniów biorących udział w zajęciach. Co ważne, większość uczniów potwierdziła bardzo dobre nastawienie do zajęć wychowania fizycznego. Należy jednak dodać, że z wiekiem obserwujemy spadek uczestnictwa uczniów w lekcji WF, jak i mniejsze zainteresowanie szkolnymi zajęciami ruchowymi.

Można jednak przypuszczać, że pozostali uczniowie nieuczestniczący w Sport Klubach mogą mieć nastawienie mniej entuzjastyczne. Wskazane wydaje się zatem oddziaływanie na całą grupę uczniów w celu wdrożenia działań profilaktycznych i edukacyjnych polegających na uświadamianiu potrzeby regularnej aktywności fizycznej, jako bezpośredniego czynnika wpływającego na stan zdrowia. Należy zastanowić się nad zmianami w realizacji zajęć ruchowych w szkołach, szczególnie lekcji WF, aby była ona atrakcyjna dla ucznia i zachęcała go do aktywnego uczestnictwa.

Liczebność w poszczególnych grupach umożliwiała nauczycielom na wysoce zindywidualizowane podejście do uczniów. Zdaniem wielu nauczycieli, dodatkowe zajęcia w ramach Sport Klubów umożliwiły szybsze odbudowywanie sprawności fizycznej



uczestników zajęć. Bardzo korzystnym efektem zajęć Sport Klubów było włączenie do dodatkowych zajęć uczniów ze szkół wiejskich. Stanowili oni aż 39% wszystkich uczestników zajęć.

Warto podkreślić, że beneficjentem projektu okazały się również dzieci z niepełnosprawnością i ze specjalnymi potrzebami. Dla tej grupy beneficjentów wskazane jest opracowanie atrakcyjnych, efektywnych zajęć, wraz z wdrażaniem działań włączających. Kolejne szkolenia powinny być również ukierunkowane na przekazywanie nauczycielom praktycznych rozwiązań doskonalącym efektywność i skuteczność zajęć dla tej grupy dzieci i młodzieży.

Przeprowadzone badania sondażowe pozwoliły na określenie skali występowania problemów zdrowotnych związanych z panującą pandemią. Zgodnie z deklaracją uzyskaną od rodziców, nieco ponad 5% uczestników Sport Klubów miało zdiagnozowaną obecność koronawirusa SARS-CoV-2. Należy jednak wyraźnie podkreślić, że rodzice ponad 15% dzieci i młodzieży potwierdzili u swoich dzieci występowanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy objawów, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa SARS-CoV-2 lub przed pandemią Covid-19. Do najczęściej występujących objawów należały: kaszel, chroniczne zmęczenie oraz bóle w klatce piersiowej. Te bardzo niepokojące dane wskazują na konieczność stałego monitoringu kondycji fizycznej i zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej.

Niezwykle istotnym efektem realizacji programu w jego drugiej fazie była ocena stanu kondycji fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce. Wyniki badań pozwalają na dokonanie oceny rzeczywistego stanu kondycji fizycznej dzieci i młodzieży, a także wypracowanie rekomendacji do dalszych działań, szczególnie w okresie trwającej pandemii. Uzyskane wyniki badań potwierdzają systematycznie pogarszający się stan kondycji fizycznej polskiego społeczeństwa.

Konsekwencją niekorzystnych wzajemnych relacji wysokości i masy ciała jest zwiększenie w ciągu ostatniej dekady wielkości wskaźnika masy ciała (BMI) od 2 do 5%. Z niepokojem odnotowano, iż problem nadwagi i otyłości dotyczy ponad 15% badanych uczniów i jest szczególnie widoczny wśród najmłodszych grup, w których co piąte dziecko cechuje się nadmierną, zagrażającą zdrowiu, masą ciała.

Niezwykle niepokojące okazały się dane dotyczące sprawności fizycznej dzieci i młodzieży w porównaniu do lat 2009/2010. Najbardziej dotkliwy dla kondycji zdrowotnej społeczeństwa jest odnotowany kilkunastoprocentowy spadek poziomu wytrzymałości wykazany w wahadłowym biegu wytrzymałościowym na 20 m. W przypadku chłopców tendencja do zwiększania niekorzystnej różnicy w poziomie wytrzymałości wzrastała wraz z wiekiem, osiągając najwyższą przeciętną różnicę wynoszącą blisko 20% w kategorii wieku 19,5 lat. W przypadku dziewcząt zaobserwować można podobny trend obniżania się

wytrzymałości, przy czym najwyższą przeciętną różnicę pomiędzy uczestniczkami Sport Klubów oraz badanymi w roku szkolnym 2009/2010 odnotowano w kategorii wieku 13,5 lat (blisko 14 %). Wyniki potwierdzają ogromny spadek wydolności krążeniowo-oddechowej wśród dzieci i młodzieży.

Warto mieć na uwadze, że uczestnikami Sport Klubów byli przede wszystkim uczniowie regularnie uczęszczający na zajęcia WF, o pozytywnym nastawieniu do aktywności ruchowej. Bardzo prawdopodobne jest zatem, że obserwowane pogorszenie sprawności fizycznej w jeszcze większym stopniu dotyczyć będzie populacji generalnej polskich dzieci i młodzieży. Przedstawione wyniki badań wskazują na konieczność podjęcia natychmiastowych i zdecydowanych działań. Należą do nich umiejętne i skuteczne kształtowanie potrzeby i wdrażanie nawyku regularnej aktywności fizycznej. Dotyczy to zarówno dzieci i młodzieży, ale również ich rodziców, opiekunów i całego społeczeństwa.

Praca nad świadomością, zrozumieniem prozdrowotnej, profilaktycznej funkcji ruchu, zajęć rekreacyjnych i sportowych wydaje się zasadniczym elementem umożliwiającym funkcjonowanie zdrowego społeczeństwa. Tego typu działania mogą być realizowane poprzez skuteczne i systematyczne programy promujące rolę ruchu, aktywności fizycznej. Istotnym elementem obu faz projektu było utworzenie portalu edukacyjnego, który ma służyć tego typu działaniom.

Podsumowując, warto podkreślić dwa bardzo pozytywne efekty programu „Aktywny powrót do szkoły”. Po pierwsze, program zaangażował poprzez szkolenia oraz zajęcia w Sport Klubach grupę nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej, która jest słabiej przygotowana do realizacji zajęć wychowania fizycznego w relacji do absolwentów akademii wychowania fizycznego. Po drugie, Sport Kluby bardzo skutecznie zaangażowały do zajęć dzieci i młodzież ze szkół wiejskich i małych miasteczek.

Program „Aktywny powrót do szkoły” pozwolił na przeprowadzenie monitoringu kondycji fizycznej dzieci i młodzieży. Wyniki potwierdzające wzrost wskaźnika masy ciała (BMI) oraz zatrważające pogorszenie poziomu wytrzymałości, przy deklarowanych przez rodziców niepokojących objawach krążeniowo-oddechowych, wskazują na konieczność wdrażania dalszych działań ukierunkowanych na poprawę kondycji dzieci i młodzieży.

Wyrażamy przekonanie, że realizowany projekt wpłynie pozytywnie na kształtowanie wśród uczniów postaw prozdrowotnych, podniesie rangę lekcji wychowania społecznego, a nauczycielom wychowania fizycznego przywróci należny status społeczny.

Na podstawie przeprowadzonych badań i analiz sformułowano następujące wnioski i rekomendacje:

1. W związku ze zidentyfikowanymi negatywnymi skutkami pandemii Covid-19 konieczne jest wdrażanie nowych i kontynuacja dotychczasowych innowacyjnych programów sportowych i profilaktycznych aktywizujących dzieci i młodzież, które będą ukierunkowane na zdrowotne efekty podejmowanej aktywności fizycznej. Jednocześnie wymaga to stałego monitoringu kondycji fizycznej oraz wykorzystania aktualnych wyników badań naukowych.
2. Uzyskane wyniki pomiarów sprawności fizycznej polskich dzieci i młodzieży potwierdzają niepokojący stan kondycji fizycznej, szczególnie w obszarze wydolności krążeniowo-oddechowej.
3. Wysoce niepokojące wyniki nadmiernej masy ciała, tym samym stwierdzona nadwaga i otyłość u bardzo licznej grupy polskich uczniów, wymagają natychmiastowych działań oraz wprowadzenia specjalnie przygotowanych i dostosowanych programów profilaktyki i usprawniania.
4. Wskazane jest opracowanie programów pozwalających na włączenie do zajęć uczniów z niepełnosprawnościami i specjalnymi potrzebami, jak również niezbędna jest stała kontrola ich sprawności fizycznej z wykorzystaniem zaadaptowanych testów dla tej grupy osób.
5. Konieczna jest kontynuacja systematycznych szkoleń dla nauczycieli wychowania fizycznego i nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w formie praktycznych warsztatów i spotkań w grupach w celu podnoszenia wiedzy i umiejętności z zakresu przeciwdziałania negatywnym skutkom pandemii Covid-19 i postępującej cywilizacji.
6. Poprawie kondycji fizycznej społeczeństwa powinny towarzyszyć szeroko zakrojone działania promocyjne, upowszechniające korzyści zdrowotne, które płyną z systematycznego podejmowania aktywności fizycznej.

## 5. Bibliografia

1. Ahorsu D.K, Lin C.Y, Imani, V., Saffari, M., Griffiths M.D., Pakpour A.H. (2020). The ear of Covid-19 Scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 27, 1-9.
2. Ammar A., Brach M., Trabelsi K., Chtourou H., Boukhris O., Masmoudi L., Bouaziz B., Bentlage E., How D., Ahmed M., Müller P., Müller N., Aloui A., Hammouda O., Paineiras-Domingos L. L., Braakman-Jansen A., Wrede C., Bastoni S., Pernambuco C. S., ... Hoekelmann A. (2020). Effects of Covid-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients* 12(6), 1583.
3. Aoki N. (2005). Affect and the role of teachers in the development of learner autonomy. W: J. Arnold (red.), *Affect in language learning*. Cambridge: Cambridge University Press, 142-154.
4. Ashwell M., Gibson S. (2014). A proposal for a primary screening tool: 'Keep your waist circumference to less than half your height'. *BMC Medicine*, 12, 207. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0207-1> (dostęp: 10.12.2021r.).
5. Aslan, I., Ochnik, D., Çınar, O. (2020). Exploring perceived stress among students in Turkey during the Covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 8961.
6. Arocha Rodulfo J. I. (2019). Sedentary lifestyle a disease from XXI century. *Clinica e Investigacion En Arteriosclerosis: Publicacion Oficial de La Sociedad Espanola de Arteriosclerosis* 31(5), 233-240.
7. Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
8. Barker N. J., Jones M., O'Connell N. E., Everard M. L. (2013). Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12: CD010376.
9. Baron K. G., Reid K. J., Kern A. S., Zee P. C. (2011). Role of sleep timing in caloric intake and BMI. *Obesity (Silver Spring, Md.)* 19(7), 1374-1381.
10. Belhadjer Z., Méot M., Bajolle F., Khraiche D., Legendre A., Abakka S., Auriou J., Grimaud M., Oualha M., Beghetti M., Wacker J., Ovaert C., Hascoet S., Selegny M., Malekzadeh-Milani S., Maltret A., Bosser G., Giroux N., Bonnemains L., ... Bonnet D. (2020). Acute Heart Failure in Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in the

- Context of Global SARS-CoV-2 Pandemic. *Circulation* 142(5), 429-436.
11. Biddle S.J.H., Ciaccioni S., Thomas G., Vergeer I. (2019). Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. *Psychology of Sport and Exercise*, 42, 146-155.
  12. Bluth K., Eisenlohr-Moul T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
  13. Bourion-Bédès S., Tarquinio C., Batt M., Targuinio P., Lebrully R., Sorsana Ch., Legrand K., Rousseau H., Baumann C. (2020). Stress and associated factors among French university students under the Covid-19 lockdown: The results of the PIMS-CoV 19 study. *Journal of Affective Disorders*, 283, 108-114.
  14. Brandt R., Timme S., Nosrat S. (2020). When pandemic hits: Exercise frequency and subjective well-being during Covid-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 570567.
  15. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*. 26; 395(10227), 912-920.
  16. Brzezińska A.I. (red.) (2005). *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: GWP.
  17. Burgess J., Ekanayake B., Lowe A., Dunt D., Thien F., Dharmage S. C. (2011). Systematic review of the effectiveness of breathing retraining in asthma management. *Expert Review of Respiratory Medicine* 5(6), 789–807.
  18. Carfi A., Bernabei R., Landi F., Gemelli. Against Covid-19 Post-Acute Care Study Group. (2020). Persistent Symptoms in Patients After Acute Covid-19. *JAMA* 324(6): 603-605.
  19. Chen F., Zheng D., Liu J.Y., Guan Z., Didong Loua D. (2020). Depression and anxiety among adolescents during Covid-19: A cross-sectional study. *Brain, Behavior and Immunity*, 88, 36-38.
  20. Chepko, S., Doan, R. (2015). Teaching for skill mastery. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 86, 9-13.
  21. Dahlstrand J., Friberg P., Fridolfsson J., Börjesson M., Arvidsson D., Ekblom Ö., Chen Y. (2021). The use of coping strategies “shift-persist” mediates associations between physical activity and mental health problems in adolescents: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 1104.

22. Dale L.P., Vanderloo L., Moore S., Faulkner G. (2019). Physical activity and depression, anxiety and self-esteem in children and youth. An umbrella systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 16, 66-79.
23. Davis H. E., Assaf G. S., McCorkell L., Wei H., Low R. J., Re'em Y., Redfield S., Austin J. P., Akrami A. (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine* 38, 101019.
24. "DGP": Coraz więcej prób samobójczych wśród dzieci (2021). *Puls Medycyny*. <https://pulsmedycyny.pl/dgp-coraz-wiecej-prob-samobojczych-wsrod-dzieci-1116900> (dostęp: 10.12.2021 r.).
25. Do B., Mason T.B., Yi, L., Yang Ch.-H., Dunton G.F. (2021). Momentary associations between stress and physical activity among children using ecological momentary assessment. *Psychology of Sport and Exercise*, 55, 101935.
26. Dobosz J. (2012a). *Kondycja fizyczna dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Siatki Centylowe*, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Warszawa.
27. Dobosz J. (2012b). *Tabele punktacyjne testów Eurofit, Międzynarodowego i Coopera dla uczniów i uczennic szkół podstawowych*, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Warszawa.
28. Dobosz J. (2012c). *Tabele punktacyjne testów Eurofit, Międzynarodowego i Coopera dla uczniów i uczennic gimnazjów oraz szkół ponadgimnazjalnych*, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Warszawa.
29. Domagała K. (2021). *Ćwiczenia oddechowe z elementami rehabilitacji pulmonologicznej*. Wydawnictwo Konfizjo.
30. Ebert, M.H., Nurcombe, B., Loosen, P.T., Leckman, J.F. (2011). Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży. W: Grzywa A. (red.). *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*. Lublin: Czelej.
31. Elliott N., Martin R., Heron N., Elliott J., Grimstead D., Biswas A. (2020). Infographic. Graduated return to play guidance following Covid-19 infection. *British Journal of Sports Medicine* 54(19), 1174–1175.
32. FAIR Health. (2021). A Detailed Study of Patients with Long-Haul COVID. An Analysis of Private Healthcare Claims. [www.fairhealth.org/publications/whitepapers](http://www.fairhealth.org/publications/whitepapers) (dostęp: 10.12.2021).
33. Fijałkowska A. (red.) (2018). *Aktualna ocena poziomu aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w wieku 3-19 lat w Polsce*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
34. Franks B. D. (1994). Test sprawności fizycznej dzieci i młodzieży YMCA. Przekład z

- jęz. ang. W. Osiński i E. Wachowski. Wyd. AWF Poznań. s. 13.
35. Gallagher M.W., Zvolensky M.J., Long L.J., Rogers A.H., Garey L. (2020). The impact of Covid-19 experiences and associated stress on anxiety, depression, and functional impairment in American adults. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 1043-1051.
  36. Guskowska M. (2003). *Przebieg transakcji stresowej u młodzieży i czynniki go moderujące*. Warszawa: Wyd. AWF.
  37. Guskowska M. (2013). *Aktywność fizyczna i psychika. Korzyści i zagrożenia*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek.
  38. Guskowska M., Dąbrowska-Zimakowska, A. (w druku). Leisure physical activity and mental well-being of Polish university students during the second wave of the Covid-19 pandemic. *Annals of Leisure Research*.
  39. Godfred-Cato S., Bryant B., Leung J., Oster M. E., Conklin L., Abrams J., Roguski K., Wallace B., Prezzato E., Koumans E. H., Lee E. H., Geevarughese A., Lash M. K., Reilly K. H., Pulver W. P., Thomas D., Feder K. A., Hsu K. K., Plipat N., ... California MIS-C Response Team. (2020). Covid-19-Associated Multisystem Inflammatory Syndrome in Children - United States, March-July 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 69(32), 1074-1080.
  40. Greenhalgh T., Knight M., A'Court C., Buxton M., Husain L. (2020). Management of post-acute Covid-19 in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 370: m3026.
  41. Hagger, M.S., Chatzisarantis, N.L.D. (red.) (2007). *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport*. Champaign: Human Kinetics.
  42. Harwood R., Allin B., Jones C. E., Whittaker E., Ramnarayan P., Ramanan A. V, Kaleem M., Tulloh R., Peters M. J., Almond S., Davis P. J., Levin M., Tometzki A., Faust S. N., Knight M., Kenny S., PIMS-TS National Consensus Management Study Group. (2021). A national consensus management pathway for paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with Covid-19 (PIMS-TS): results of a national Delphi process. *The Lancet. Child & Adolescent Health* 5(2), 133-141.
  43. Heitzman J. (2020) Wpływ pandemii Covid-19 na zdrowie psychiczne. *Psychiatria Polska*, 54, 187-198.
  44. Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
  45. Hoare E., Milton K., Foster Ch., Allender S. (2016). The associations between sedentary behaviour and mental health among adolescents: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13, 1-22.
  46. Imran N., Zeshan M., Pervaiz Z. (2020). Mental health considerations for children and adolescents in Covid-19 pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36, S67-S72.

47. Ingram J., Maciejewski G., Han C.J. (2020). Changes in diet, sleep, and physical activity are associated with differences in negative mood during Covid-19 lockdown. *Frontiers in Psychology*, 11: 588604.
48. Jacquart J., Dutcher Ch. D., Freeman S.Z., Stein A.T., Dinh M., Carl E., Smits J.A.J. (2019). The effects of exercise on transdiagnostic treatment targets: A meta-analytic review. *Behaviour Research and Therapy*, 115, 19-37.
49. Jiang L., Tang K., Levin M., Irfan O., Morris S. K., Wilson K., Klein J. D., Bhutta Z. A. (2020). Covid-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents. *The Lancet. Infectious Diseases* 20(1), e276-e288.
50. Jones V. G., Mills M., Suarez D., Hogan C. A., Yeh D., Segal J. B., Nguyen E. L., Barsh G. R., Maskatia S., Mathew R. (2020). Covid-19 and Kawasaki Disease: Novel Virus and Novel Case. *Hospital Pediatrics* 10(6), 537-540.
51. Kata J. (2018). Poczucie własnej wartości u młodzieży. Wymiar teoretyczny i praktyczne implikacje. *Nauczyciel i Szkoła*, 3, 95-104.
52. Kędra A., Kolwicz-Gańko A., Sitarski D., Kedra P., Czaprowski D. (2019). Prevalence of back pain and the knowledge of preventive measures in a cohort of 11619 Polish school-age children and youth – an epidemiological study. *Medicine (Baltimore)*. 2019, 98(22) e15729.
53. Kings College London. (2020). COVID Symptom Study. How long does Covid-19 last? [www.covid19.joinzoe.com/post/covid-long-term?fbclid=IwAR1RxIcmmdL-EFjh\\_aI](http://www.covid19.joinzoe.com/post/covid-long-term?fbclid=IwAR1RxIcmmdL-EFjh_aI) (dostęp: 01.12.2021).
54. Kossowska M., Letki N., Zaleśkiewicz T., Wichary S. (2020). *Człowiek w obliczu pandemii. Psychologiczne i społeczne uwarunkowania zachowań w warunkach kryzysu zdrowotnego*. Sopot: Smak Słowa.
55. Ladds E., Rushforth A., Wieringa S., Taylor S., Rayner C., Husain L., Greenhalgh T. (2020). Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 “long Covid” patients and draft quality principles for services. *BMC Health Services Research* 20(1), 1144.
56. Laurin J.C., Joussemet M. (2017). Parental autonomy-supportive practices and toddlers’ rule internalization: A prospective observational study. *Motivation and Emotion*, 41, 562-575.
57. Lesser I.A., Nienhuis C.P. (2020). The Impact of Covid-19 on Physical Activity Behavior and Well-Being of Canadians. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(11), 3899.
58. Ludvigsson J. F. (2021). Case report and systematic review suggest that children may



- experience similar long-term effects to adults after clinical Covid-19. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)* 110(3), 914-921.
59. Lyons Z., Wilcox H. L., Leung L. Dearsley O. (2020). Covid-19 and the mental well-being of Australian medical students: Impact, concerns and coping strategies used. *Australasian Psychiatry*, 28, 649-653.
  60. Macêdo T. M. F., Freitas D. A., Chaves G. S. S., Holloway E. A., Mendonça K. M. P. (2016). Breathing exercises for children with asthma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 4(4): CD011017.
  61. Maciańczyk-Paprocka K., Stawińska-Witoszyńska B., Kotwicki T., Sowińska A., Krzyżaniak A., Walkowiak J., Krzywińska-Wiewiorowska M. (2017). Prevalence of incorrect body posture in children and adolescents with overweight and obesity. *Eur J Pediatr* (5), 563-572.
  62. Marker A.M., Steele R.G., Noser A.E. (2018). Physical activity and health-related quality of life in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 37(10), 893-903.
  63. Mazur J., Małkowska- Szkutnik A. (red). (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
  64. Mazur A., Szenborn L., Werner B., Wysocki J. (2021). Postępowanie z dzieckiem z Wieloukładowym Zespołem Zapalnym powiązany z Covid-19. *Przegląd Pediatryczny* 50(2), 1-11.
  65. McBride D.L. (2021). New Guidelines for Children Returning to Sports after Covid-19. *Journal of Pediatric Nursing* 59, 196-197.
  66. McDonough M.H. (2006). *The role of relatedness in physical activity motivation, behaviour, and affective experiences: A Self-Determination Theory perspective*. Rozprawa doktorska. Vancouver : University of British Columbia Library.
  67. Mehta N. S., Mytton O. T., Mullins E. W. S., Fowler T. A., Falconer C. L., Murphy O. B., Langenberg C., Jayatunga W. J. P., Eddy D. H., Nguyen-Van-Tam J. S. (2020). SARS-CoV-2 (Covid-19): What Do We Know About Children? A Systematic Review. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 71(9), 2469-2479.
  68. Mołodecka A. (2021). Problem zaburzeń zdrowia psychicznego młodzieży w dobie pandemii z perspektywy psychologii. *Youth in Central and Eastern Europe*, 7, 88-92.
  69. Moore S. A., Faulkner G., Rhodes R. E., Brussoni M., Chulak-Bozzer T., Ferguson L. J., Mitra R., O'Reilly N., Spence J. C., Vanderloo L. M., Tremblay M. S. (2020). Impact

- of the Covid-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: a national survey. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 17(1), 85.
70. Mora S., Cook N., Buring J. E., Ridker P. M., Lee I.-M. (2007). Physical activity and reduced risk of cardiovascular events: potential mediating mechanisms. *Circulation* 116(19): 2110-2118.
  71. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Covid-19 rapid guideline: managing Covid-19. *National Institute of Health and Care Excellence* 1-78.
  72. Nazar K., Kozłowski S. red. (1999). *Wprowadzenie do fizjologii klinicznej*. PZWL, Warszawa.
  73. Okarska-Napierała M., Ludwikowska K. M., Szenborn L., Dudek N., Mania A., Buda P., Książyk J., Mazur-Malewska K., Figlerowicz M., Szczukocki M., Kucińska B., Werner B., Stopyra L., Czech A., Berdej-Szczot E., Gawlik A., Opalińska P., Mazur A., Januszkiewicz-Lewandowska D., ... Kuchar E. (2020). Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS) Did Occur in Poland during Months with Low Covid-19 Prevalence, Preliminary Results of a Nationwide Register. *Journal of Clinical Medicine* 9(11), 3386.
  74. Okuyama, J., Seto, S., Fukuda, Y., Funakoshi, S., Amae, S., Onobe, J., Izumi, S., Ito, K., Imamura, F. (2021). Mental health and physical activity among children and adolescents during the Covid-19 pandemic. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 253, 203-215.
  75. Reilly J., Tremblay M. (2020). *As schools reopen, will this be the least fit generation of schoolchildren ever?* *The Conversation*, <https://theconversation.com/as-schools-reopen-will-this-be-the-least-fit-generation-of-schoolchildren-ever-145492> (dostęp: 10.12.2021).
  76. Riphagen S., Gomez X., Gonzalez-Martinez C., Wilkinson N., Theocharis P. (2020). Hyperinflammatory shock in children during Covid-19 pandemic. *Lancet (London, England)* 395(10237), 1607-1608.
  77. Roemmich J.N., Lambiase M., Salvy S.J., Horvath, P.J. (2009). Protective effect of interval exercise on psychophysiological stress reactivity in children. *Psychophysiology*, 46, 852-861.
  78. Rogowska A.M., Kusnierz C., Bokszczanin A. (2020). Examining anxiety, life satisfaction, general health, stress and coping styles during Covid-19 pandemic in Polish sample of university students. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 797-811.

79. Rubin R. (2020). As Their Numbers Grow, Covid-19 “Long Haulers” Stump Experts. *JAMA* 324(14), 1381-1383.
80. Ryan, R.M. Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
81. Ryan R.M, Deci E.L. (2017). *Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development and wellness*. New York–London: The Guilford Press.
82. Schuch F.B., Stubbs B., Meyer J., Heissel A., Zech P., Vancampfort D., Rosenbaum S., Deenik J., Firth J., Ward P.B., Carvalho A., Hiles S.A. (2019). Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Depression and Anxiety*, 36, 846-858.
83. Seekis V., Bradley G.L., Duffy A. (2017). The effectiveness of self-compassion and self-esteem writing tasks in reducing body image concerns. *Body Image*, 23, 206-213.
84. She J., Liu L., Liu W. (2020). Covid-19 epidemic: Disease characteristics in children. *Journal of Medical Virology* 92(7), 747-754.
85. Sigfusdottir, I. D., Asgeirsdottir, B. B., Sigurdsson, J. F., Gudjonsson, G. H. (2011). Physical activity buffers the effects of family conflict on depressed mood: A study on adolescent girls and boys. *Journal of Adolescence*, 34, 895-902.
86. Skop-Lewandowska A., Szot W. (2010). Samoocena obrazu sylwetki uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91, 596-601.
87. Stang A., Standl F., Jöckel K.-H. (2020). Characteristics of Covid-19 pandemic and public health consequences. *Herz* 45(4), 313-315.
88. Stanton R., To Q. G., Khalesi S., Williams S. L., Alley S. J., Thwaite T. L., Fenning A. S., Vandelanotte C. (2020). Depression, Anxiety and Stress during Covid-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(11): 4065.
89. Szot A. (2021). *Poziom agresji a stopień niezadowolenia ze skutków pandemii Covid-19 młodzieży szkół ponadpodstawowych. Praca magisterska*. Promotor: J. Basiaga-Pasternak. Kraków: Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu. Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie.
90. Tenforde M. W., Kim S. S., Lindsell C. J., Billig Rose E., Shapiro N. I., Files D. C., Gibbs K. W., Erickson H. L., Steingrub J. S., Smithline H. A., Gong M. N., Aboodi M. S., Exline M. C., Henning D. J., Wilson J. G., Khan A., Qadir N., Brown S. M., Peltan I. D., ... IVY Network Investigators. (2020). Symptom Duration and Risk Factors for

- Delayed Return to Usual Health Among Outpatients with Covid-19 in a Multistate Health Care Systems Network - United States, March-June 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 69(30), 993-998.
91. The Children's Alliance Report: The Physical Health of Children And Young People (2021). <https://childrensalliance.org.uk/wp-content/uploads/2021/12/Physical-Health-of-Children-and-Young-People-Report-Dec2021.pdf> (dostęp: 10.12.2021).
  92. Toubiana J., Poirault C., Corsia A., Bajolle F., Fourgeaud J., Angoulvant F., Debray A., Basmaci R., Salvador E., Biscardi S., Frange P., Chalumeau M., Casanova J.-L., Cohen J. F., Allali S. (2020). Kawasaki-like multisystem inflammatory syndrome in children during the Covid-19 pandemic in Paris, France: prospective observational study. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 369, m2094.
  93. Verdoni L., Mazza A., Gervasoni A., Martelli L., Ruggeri M., Ciuffreda M., Bonanomi E., D'Antiga L. (2020). An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet (London, England)* 395(10239), 1771-1778.
  94. Wang G., Zhang Y., Zhao J., Zhang J., Jiang F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the Covid-19 outbreak. *Lancet (London, England)* 395(10228), 945-947.
  95. Wawrzyniak A., Tomaszewski M., Mews J., Jung A., Kalicki B. (2017). Wady postawy u dzieci i młodzieży jako jeden z głównych problemów w rozwoju psychosomatycznym. *Pediatr Med Rodz*, 13(1), 72-78.
  96. Whittaker E., Bamford A., Kenny J., Kaforou M., Jones C. E., Shah P., Ramnarayan P., Fraisse A., Miller O., Davies P., Kucera F., Brierley J., McDougall M., Carter M., Tremoulet A., Shimizu C., Herberg J., Burns J. C., Lyall H., ... PIMS-TS Study Group and EUCLIDS and PERFORM Consortia. (2020). Clinical Characteristics of 58 Children With a Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally Associated With SARS-CoV-2. *JAMA* 324(3): 259-269.
  97. WHO. *Helping children cope with stress during the 2019-nCoV outbreak*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/helping-children-cope-with-stress-print.pdf> (dostęp: 10.12.2021).
  98. WHO. (2021). Wsparcie w samodzielnej rehabilitacji po przebyciu choroby związanej z Covid-19. [www.worldometers.info/coronavirus/](http://www.worldometers.info/coronavirus/) (dostęp: 10.12.2021).
  99. Wolański N. (2012). *Rozwój biologiczny człowieka*. Wyd. VIII. Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
  100. Wolsza K. (2014). Fenomenologia lęku. *Ethos*, 27, 79-92.

101. Xiang M., Zhang Z., Kuwahara K. (2020). Impact of Covid-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Progress in Cardiovascular Diseases* 63(4), 531-532.
102. Zembura P., Korcz A., Cieśla E., Góldys A., Nałęcz H. (2018), Results from Poland's 2018 Report Card on Physical Activity for Children and Youth. *Journal of Physical Activity and Health*, 15 (Suppl 2), s. 395-S397, <https://doi.org/10.1123/jpah.2018-0540>. (dostęp: 10.12.2021).
103. Zheng C., Huang W. Y., Sheridan S., Sit C. H.-P., Chen X.-K., Wong S. H.-S. (2020). Covid-19 Pandemic Brings a Sedentary Lifestyle in Young Adults: A Cross-Sectional and Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(17), 6035.

## **6. Załączniki**

### **6.1. Skład zespołu realizującego projekt**

Koordynator projektu: Bartosz Molik (AWF Warszawa)

Koordynator AWF Warszawa: Jerzy Sadowski

Koordynator AWF Katowice: Grzegorz Juras

Koordynator AWFIS Gdańsk: Paweł Ciężczyk

Koordynator AWF Kraków: Andrzej Klimek

Koordynator AWF Wrocław: Andrzej Rokita

Koordynator AWF Poznań: Dariusz Wieliński

Koordynator administracyjny projektu: Izabella Tarnowska (AWF Warszawa)

### **MIĘDZYUCZELNIANE ZESPOŁY EKSPERTÓW**

#### **Zdrowie**

Agnieszka Maciejewska-Skrendo - przewodnicząca (AWFiS Gdańsk), Katarzyna Leźnicka (AWFiS Gdańsk), Jolanta Marszałek (AWF Warszawa), Agnieszka Chwałczyńska (AWF Wrocław), Ida Laudańska- Krzemińska (AWF Poznań), Monika Łopuszańska-Dawid (AWF Warszawa), Anna Broniecka (AWF Wrocław), Agata Cebula (AWF Kraków), Bartosz Wysoczański (AWF Warszawa), Elżbieta Olszewska (AWF Warszawa), Aleksandra Żebrowska (AWF Katowice)

#### **Psychologia**

Joanna Basiaga-Pasternak - przewodnicząca (AWF Kraków), Monika Guskowska (AWF Warszawa), Adam Kantanista (AWF Poznań), Mariusz Lipowski (AWFiS Gdańsk), Katarzyna Bukowska (AWF Wrocław), Zuzanna Wałach-Biśta (AWF Katowice), Marta Szczypińska (AWF Warszawa)

#### **Metodyka**

Andrzej Kosmol - przewodniczący (AWF Warszawa), Dorota Groffik (AWF Katowice), Hubert Makaruk (AWF Warszawa), Magdalena Król-Zielińska (AWF Poznań), Dariusz Pośpiech (AWF Katowice), Paweł Drobnik (AWFiS Gdańsk), Małgorzata Pogorzelska (AWFiS Gdańsk), Wojciech Sakłak (AWFiS Gdańsk), Elżbieta Szymańska (AWF Kraków), Ireneusz Cichy (AWF Wrocław), Małgorzata Krzak (AWF Wrocław), Małgorzata Kałwa (AWF Wrocław), Ewa Niedzielska (AWF Warszawa), Tomasz Wudarski (AWF Poznań),

Tomasz Ber (AWF Poznań), Kamil Goleń (AWF Warszawa), Anna Bodasińska (AWF Warszawa), Magdalena Majer (AWF Kraków)

### **Zespół do spraw weryfikacji wniosków i diagnozy kondycji fizycznej**

Paweł Tomaszewski - przewodniczący, Janusz Dobosz - zastępca przewodniczącego.  
Koordynatorzy regionalni: Diana Celebańska, Adam Kantanista, Paweł Mielnik, Sławomir Polański, Michał Spieszny, Wojciech Starościak. Członkowie: Jacek Adrian, Justyna Andrzejewska, Grzegorz Bednarczuk, Marcin Białas, Anna Bodasińska, Iwona Bonisławska, Joanna Borowiec, Krystyna Chromik, Paweł Drobnik, Jarosław Fugiel, Katarzyna Homoncik, Magdalena Król-Zielińska, Regina Kumala, Ida Laudańska-Krzemińska, Monika Łopuszańska-Dawid, Beata Makaruk, Jolanta Marszałek, Monika Marszołek, Anna Mróz, Sylwia Nowacka-Dobosz, Barbara Nowak, Ewa Orłowska, Oskar Placek, Magdalena Plandowska, Małgorzata Pogorzelska, Dorota Różańska, Izabela Rutkowska, Wojciech Sakłak, Lidia Stanisław-Guzik, Bartek Szreniawa, Jacek Tarnas, Renata Tokarz, Sara Wawrzyniak, Joanna Zaręczyńska, Janusz Zieliński, Mateusz Ziemba

### **Zespół do spraw monitoringu zajęć**

Hubert Makaruk (Przewodniczący), Grzegorz Bednarczuk, Dorota Borzucka, Urszula Domańska, Marcin Dudek, Alina Dudkowska, Edyta Nizioł, Gabriel Pawlak, Tomasz Saska, Janusz Stryjewski, Piotr Szumilewicz, Ryszard Tabor, Bartosz Witkowski, Agnieszka Woźniak, Mateusz Zięba

## **UCZELNIANE ZESPOŁY REALIZUJĄCE PROJEKT**

### **Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie**

#### **ZESPÓŁ EKSPERTÓW WEWNĘTRZNYCH**

Metodyka:

Agnieszka Dąbrowska-Perzyna, Agnieszka Kurek-Paszczyk, Agnieszka Nowak, Andrzej Zieliński, Anna Ostrowska-Tryzno, Bogusław Słupeczyński, Katarzyna Płoszaj, Marcin Mielniczuk, Marcin Smolarczyk, Marta Łabęcka, Michał Sadowski, Sylwia Nowacka-Dobosz, Wiesław Firek, Wojciech Szczucki, Zbigniew Tyc, Marta Zinserling, Zuzanna Mazur, Elżbieta Olszewska, Ewa Niedzielska, Kamil Goleń, Bartosz Wysoczański, Jolanta Marszałek, Monika Łopuszańska-Dawid

## ZESPÓŁ WYKŁADOWCÓW

### Psychologia:

Anna Kuk, Agnieszka Bołdak, Anna Dąbrowska-Zimakowska, Marta Szczypińska

### Zdrowie:

Bartosz Wysoczański, Jolanta Marszałek, Monika Łopuszańska-Dawid, Anna Kęska, Anna Kopiczko, Anna Ogonowska-Słodownik

### Metodyka:

Agnieszka Dąbrowska-Perzyna, Agnieszka Kurek-Paszczuk, Agnieszka Nowak, Andrzej Zieliński, Anna Ostrowska-Tryzno, Bogusław Słupczyński, Katarzyna Płoszaj, Marcin Mielniczuk, Marcin Smolarczyk, Marta Łabęcka, Michał Sadowski, Sylwia Nowacka-Dobosz, Wojciech Szczucki, Zbigniew Tyc, Marta Zinserling, Zuzanna Mazur, Elżbieta Olszewska, Ewa Niedzielska, Kamil Goleń, Tadeusz Staniszewski, Sylwia Wróblewska, Weronika Ślesicka, Monika Guskowska

## BIURO PROJEKTU

Kamila Tokarska-Mafra (kierownik), Jolanta Żyśko, Maciej Hartfil, Elwira Andrzejkiewicz, Anna Ząbek, Ewa Michalak, Maria Tytkowska, Izabela Lipiec, Aleksandra Machlewska, Teresa Stypuła, Elżbieta Borczon, Monika Krawczyk, Aleksandra Bojarska, Anita Woźnicka, Daniel Lewandowski, Stanisław Turski, Agata Grabowska, Ewa Bujalska, Katarzyna Wawrzeńczyk, Damian Bąbol-Sas, Katarzyna Glimos, Magdalena Bartnicka, Monika Karwowska, Julita Gersińska, Patrycja Baszak, Natalia Kowalczyk, Agnieszka Nowak, Witold Adamczyk, Jacek Michałowski, Jerzy Pawlonek, Maciej Krasuski, Paweł Kuchciński, Michał Nolbrzak, Sandra Wojnarowicz, Paulina Kostrzewa

## **Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia w Białej Podlaskiej**

### ZESPÓŁ EKSPERTÓW WEWNĘTRZNYCH

#### Metodyka:

Beata Makaruk, Weronika Grantham, Janusz Zieliński, Marcin Starzak, Paweł Stempel, Małgorzata Kołdej, Michał Biegajło, Dorota Różańska, Aleksandra Dębowska, Magdalena Plandowska, Damian Jabłoński, Bogusz Suchecki, Tomasz Niźnikowski, Paulina Szyszka, Paweł Różański, Beata Tyszkiewicz-Gromisz, Marcin Śliwa, Zbigniew Bujak, Dariusz Czubak, Krzysztof Piech, Wioleta Chwalewska, Paweł Wołosz



## ZESPÓŁ WYKŁADOWCÓW

### Metodyka:

Beata Makaruk, Weronika Grantham, Janusz Zieliński, Marcin Starzak, Paweł Stempel, Małgorzata Kołdej, Michał Biegajło, Dorota Różańska, Aleksandra Dębowska, Magdalena Plandowska, Damian Jabłoński, Bogusz Suchecki, Tomasz Niźnikowski, Paulina Szyszka, Paweł Różański, Beata Tyszkiewicz-Gromisz, Marcin Śliwa, Zbigniew Bujak, Dariusz Czubak, Krzysztof Piech, Wioleta Chwalewska, Paweł Wołosz

### Psychologia:

Maria Anna Turosz, Anna Bochenek, Joanna Burdzicka-Wołowik, Mariola Zajkowska-Magier

### Zdrowie:

Barbara Długołęcka, Ewa Jówko, Małgorzata Charmas

## BIURO PROJEKTU

Anna Bodasińska (kierownik), Anna Zielińska, Małgorzata Wojtiuk, Katarzyna Wawryszuk, Marta Pietruczuk, Przemysław Kizeweter, Edyta Szkutnicka, Anna Michaluk, Izabela Bańkowska, Ewa Markowska, Aleksandra Mielnik, Magdalena Tomaszuk-Sacharuk, Magdalena Misińska

## **Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku**

### ZESPÓŁ EKSPERTÓW WEWNĘTRZNYCH

#### Metodyka:

Paweł Drobnik, Wojciech Sakłak, Małgorzata Pogorzelska, Bogumiła Przysiężna, Agnieszka Cybulska, Iwona Bonisławska, Marta Bichowska

#### Psychologia:

Daniel Krokosz, Milena Lachowicz, Mariusz Lipowski, Tamara Walczak-Kozłowska, Dominika Wilczyńska

#### Zdrowie:

Marcin Białas, Anna Łysak-Radomska, Anna Walentukiewicz

## ZESPÓŁ WYKŁADOWCÓW

### Metodyka:

Paweł Drobnik, Wojciech Sakłak, Małgorzata Pogorzelska, Bogumiła Przysiężna, Agnieszka Cybulska, Iwona Bonisławska, Jakub Bonisławski, Bartosz Dolański, Aleksandra Jażdżewska, Joanna Kania, Daniel Krokosz, Jakub Malczewski, Małgorzata Miechowska, Zbigniew Ossowski, Magdalena Rokicka-Hebel, Karol Wasielewski, Monika Wiech, Agnieszka Zabrocka, Justyna Bolek-Adamek

### Psychologia:

Daniel Krokosz, Milena Lachowicz, Tamara Walczak-Kozłowska, Dominika Wilczyńska, Joanna Bidzan-Bluma

### Zdrowie:

Anna Łysak-Radomska, Anna Walentukiewicz

## BIURO PROJEKTU

Agnieszka Domaracka-Herrmann (kierownik), Kinga Humińska-Lisowska, Marcin Białas, Mariusz Lipowski, Paweł Drobnik, Beata Polak, Mirosław Kulig, Agnieszka Mańkowska, Wioletta Janczarska, Iwona Radawiec, Anna Szwajkowska, Małgorzata Borska, Aleksandra Hass-Sandej, Beata, Aneta Naskręt, Patrycja Andruczyk, Magdalena Wydrzyńska, Agnieszka Szczecińska, Olga Gliszczyńska, Żaneta Wojdakowska, Beata Zarach, Mikołaj Polak, A. Katarzyna Osińska, Monika Michałowska-Sawczyn, Tomasz Majewski, Maciej Sokołowski, Agnieszka Szulakowska, Joanna Frączkowska-Górska, Sławomir Polański, Agnieszka Maciejewska-Skrendo, Katarzyna Leźnicka, Łukasz Bielawa, Justyna Bolek-Adamek, Maciej Chroboczek, Tomasz Dudziak, Paulina Ewertowska, Małgorzata Kowza-Dzwonkowska, Anna Majer, Agnieszka Małek, Agnieszka Orlikowska, Magdalena Podczarska-Głowacka, Magdalena Rokicka-Hebel, Żaneta Szczepańska-Klunder, Roman Tymański, Tamara Walczak – Kozłowska, Marcin Burchard, Tomasz Kochańczyk, Katarzyna Kasprowicz, Tomasz Wiskulski, Marta Kozłowska, Jędrzej Szefka, Katarzyna Światała, Ewa Rodziewicz-Flis

## **Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu**

### ZESPÓŁ EKSPERTÓW WEWNĘTRZNYCH

#### Metodyka:

Adam Kantanista, Magdalena Król-Zielińska, Joanna Borowiec, Jacek Tarnas, Monika Ciekot-Sołtysiak, Piotr Wójciak

Psychologia:

Adam Kantanista, Magdalena Król-Zielińska, Maciej Wilski, Łukasz Bojkowski, Marzena Tomczak

Zdrowie:

Ida Laudańska-Krzemińska, Janusz Maciaszek, Jana Krzysztosek, Marzena Wiernicka

#### ZESPÓŁ WYKŁADOWCÓW

Metodyka:

Adam Kantanista, Magdalena Król-Zielińska, Joanna Borowiec, Jacek Tarnas, Monika Ciekot-Sołtysiak, Piotr Wójciak, Tomasz Jędrzejczak, Janusz Płaczek

Psychologia:

Adam Kantanista, Magdalena Król-Zielińska, Maciej Wilski, Łukasz Bojkowski, Marzena Tomczak, Joanna Ostapiuk-Karolczuk, Grzegorz Bręczewski

Zdrowie:

Ida Laudańska-Krzemińska, Janusz Maciaszek, Jana Krzysztosek, Marzena Wiernicka, Anna Skarpińska-Stejnborn, Anna Kasperska

#### BIURO PROJEKTU

Adam Kantanista (kierownik), Magdalena Król-Zielińska, Małgorzata Majewska, Elżbieta Rybińska, Edyta Gwóźdź, Małgorzata Mikołajczak, Beata Wesołowska, Grażyna Szajek-Słomińska, Anna Kowalska

### **Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach**

#### ZESPÓŁ EKSPERTÓW WEWNĘTRZNYCH

Metodyka:

Dorota Groffik, Dariusz Pospiech, Maciej Kostrzewa, Janusz Piekarski, Angelika Torbus, Lidia Kuba, Agnieszka Chęcińska-Kopiec, Bożena Wołkowycka, Ryszard Grzywocz, Oskar Placek, Barbara Nowak, Karina Nowak, Beata Juras, Anna Walaszczyk, Dominika Grzybowska-Ganszczyk

#### ZESPÓŁ WYKŁADOWCÓW

Metodyka:

Dorota Groffik, Dariusz Pospiech, Maciej Kostrzewa, Janusz Piekarski, Angelika Torbus, Lidia Kuba, Agnieszka Chęcińska-Kopiec, Bożena Wołkowycka, Ryszard Grzywocz, Oskar Placek,

Barbara Nowak, Karina Nowak, Beata Juras, Anna Walaszczyk, Gerard Kosmala, Dominika Grzybowska-Ganszczyk, Małgorzata Grabara, Bartosz Głowacki

Psychologia:

Zuzanna Wałach-Biśta, Tomasz Kaczmarek, Adam Łojan

Zdrowie:

Aleksandra Żebrowska, Marcin Sikora, Beata Manowska

#### BIURO PROJEKTU

Arkadiusz Stanula (kierownik), Grzegorz Juras, Paulina Jeziorowska, Justyna Wróbel, Maria Wrona, Krzysztof Nowak, Anna Grzybczyńska-Cisek, Joanna Kostka, Danuta Wolny, Małgorzata Świerczewska, Mirela Załuska, Aleksandra Gajdzik, Beata Basińska, Grzegorz Szade, Oskar Kozikiewicz, Piotr Binias, Klaudia Seidel, Agata Matusz, Patrycja Korczyńska, Anna Gniezińska, Joanna Śrubarczyk, Dominik Gołaszewski, Sławomir Baran, Bartłomiej Szade, Agata Wacek, Maciej Tomik, Karolina Kwiotek, Jan Walencik, Katarzyna Słodczyk, Kasia Przebięda, Anna Bielecka

#### **Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie**

##### ZESPÓŁ EKSPERTÓW WEWNĘTRZNYCH

Metodyka:

Elżbieta Szymańska, Magdalena Majer

Psychologia:

Joanna Basiaga-Pasternak, Magdalena Naczek-Musiał, Katarzyna Żarów-Konarska, Krzysztof Wrześniewski, Marzanna Herzig, Katarzyna Supernat

Zdrowie:

Agata Cebula, Andrzej Markowski

##### ZESPÓŁ WYKŁADOWCÓW

Metodyka:

Elżbieta Szymańska, Magdalena Majer, Dorota Dudek, Jarosław Omorczyk, Jacek Szalewski

Psychologia:

Joanna Basiaga-Pasternak, Magdalena Naczek-Musiał, Katarzyna Żarów-Konarska, Krzysztof Wrześniewski, Marzanna Herzig, Katarzyna Supernat

Zdrowie:

Agata Cebula, Andrzej Markowski, Roger Madejski, Bartłomiej Kita

#### BIURO PROJEKTU

Marcin Kotek, Wioleta Kawa, Monika Dyląg, Beata Palusińska, Bogumiła Szczepanik, Iwona Kudyba, Agnieszka Pazur, Kinga Bartosik, Magdalena Michałkiewicz, Monika Ziejka – Shon, Sylwia Rosiek, Jarosław Machowski, Joanna Gruszecka, Sławomir Malinowski, Izabela Ferka, Jolanta Michalik-Wiśniowska, Agnieszka Arnold, Tadeusz Józefczyk, Sylwia Topa, Tomasz Popłoński, Jarosław Górski, Małgorzata Górka, Paweł Potoczek, Dariusz Horosin, Piotr Słomiński, Iwona Grzesiak, Jadwiga Zelek, Ryszard Marszałek

#### **Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu**

##### ZESPÓŁ EKSPERTÓW WEWNĘTRZNYCH

Metodyka:

Beata Blachura, Wiesław Błach, Katarzyna Bulińska, Magdalena Chanas, Ireneusz Cichy, Piotr Cych, Andrzej Dudkowski, Jacek Grobelny, Magdalena Jonkisz-Gawrońska, Krzysztof Kałużny, Małgorzata Kałwa, Marta Koszczyc, Małgorzata Krzak, Rafał Kubacki, Regina Kumala, Weronika Machowska-Krupa, Anna Malska-Śmiałowska, Jarosław Maśliński, Tadeusz Niebudek, Paweł Piepiora, Marek Popowczak, Paweł Posłuszny, Alicja Rutkowska-Kucharska, Małgorzata Sobera, Urszula Szczepanik, Marcin Ściślak, Sara Wawrzyniak, Agnieszka Wójcik-Grzyb, Piotr Zarzycki

##### ZESPÓŁ WYKŁADOWCÓW

Metodyka:

Beata Blachura, Wiesław Błach, Katarzyna Bulińska, Magdalena Chanas, Ireneusz Cichy, Piotr Cych, Andrzej Dudkowski, Jacek Grobelny, Magdalena Jonkisz-Gawrońska, Krzysztof Kałużny, Małgorzata Kałwa, Marta Koszczyc, Małgorzata Krzak, Rafał Kubacki, Regina Kumala, Weronika Machowska-Krupa, Anna Malska-Śmiałowska, Jarosław Maśliński, Tadeusz Niebudek, Paweł Piepiora, Marek Popowczak, Paweł Posłuszny, Alicja Rutkowska-Kucharska, Małgorzata Sobera, Urszula Szczepanik, Marcin Ściślak, Sara Wawrzyniak, Agnieszka Wójcik-Grzyb, Piotr Zarzycki

Psychologia:

Katarzyna Bukowska, Mirosława Marks, Anna Mierzyńska

Zdrowie:

Katarzyna Barczyk-Pawelec, Anna Broniecka, Agnieszka Chwałczyńska, Katarzyna Bulińska, Arletta Hawrylak, Joanna Kowalska, Krzysztof Sobiech, Dorota Wójtowicz, Agnieszka Zygmunt

#### BIURO PROJEKTU

Wojciech Starościak (kierownik), Andrzej Rokita, Ryszard Bartoszewicz, Ireneusz Cichy, Adam Roczek, Zofia Tarnowska, Maria Zielińska, Krzysztof Grzegorzczak, Bożena Filipiak, Agnieszka Krawczyk, Marzena Parafińska, Monika Sielewińska, Justyna Żurawek, Szymon Kułaga, Aneta Baraniuk, Agnieszka Chaińska-Bieniek, Danuta Pisula, Małgorzata Sobania, Izabela Ubowska, Edyta Pieniacka, Robert Janusz, Paweł Falkiewicz, Wisław Stonoga, Katarzyna Gruszka, Małgorzata Kałwa

## 6.2. Ankieta dla nauczyciela

1. **Szkoła, do której uczęszcza uczeń:** .....  
(wybierane z listy rozwijalnej: szkoła podstawowa, liceum ogólnokształcące, technikum, branżowa szkoła I stopnia, branżowa szkoła II stopnia, szkoła specjalna przysposabiająca do pracy, szkoła policealna)
2. **Klasa, do której uczęszcza uczeń:** .....  
(wybierane z listy rozwijalnej: odpowiednio do wybranego wcześniej poziomu szkoły: szkoła podstawowa – 8 klas, liceum ogólnokształcące 4 klasy, technikum – 5 klas, branżowa szkoła I stopnia – 3 klasy, branżowa szkoła II stopnia – 2 klasy, szkoła specjalna przysposabiająca do pracy – 3 klasy, szkoła policealna – 2 klasy)
3. **Imię ucznia**
4. **Nazwisko ucznia**
4. **Płeć ucznia:**  chłopiec  dziewczynka
5. **Checkbox - Zgoda rodzica/opiekuna prawnego/lub dorosłego ucznia na udział dziecka w programie**
6. **Data urodzenia ucznia:** .....  
(rrrr-mm-dd)
7. **Data badania:** .....  
(rrrr-mm-dd)
8. **Czy uczeń uczestniczy w lekcjach WF?** (proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)  
 Tak (regularnie)  
 Częściowo (czasem ma zwolnienie z lekcji WF)  
 Nie (ma stałe zwolnienie z lekcji WF)
9. **Oceń stosunek ucznia do uczestnictwa w zajęciach WF:** (proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)  
 Bardzo dobry  
 Dobry  
 Przeciętny  
 Zły  
 Bardzo zły
10. **Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności** (proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)  
 Tak  
 Nie
11. **Rodzaj niepełnosprawności** (proszę wpisać, w przypadku odpowiedzi „tak” na pytanie 10)

## **BLOK POMIARÓW KONDYCJI FIZYCZNEJ**

### **12. Wykonaj podstawowe pomiary antropometryczne ucznia, wyniki wpisz poniżej:**

- Masa ciała [kg]: ..... (wynik zapisywany z dokładnością do 0,1 kg)
- Wysokość ciała [cm]: ..... (wynik zapisywany z dokładnością do 0,1 cm)
- Obwód talii [cm]: ..... (wynik zapisywany z dokładnością do 0,1 cm)

### **13. Wykonaj testy sprawności ucznia, wyniki wpisz poniżej:**

- beep-test [n]..... (wynik zapisywany z dokładnością do 1 powtórzenia)
- bieg 10x5m [s]..... (wynik zapisywany z dokładnością do 0,01 s)
- zwis na drążku [s] ..... (wynik zapisywany z dokładnością do 0,01 s)
- deska [s] ..... (wynik zapisywany z dokładnością do 0,01 s)



### 6.3. Ankieta dla rodziców/opiekunów

## ANKIETA DLA RODZICÓW

Droży Rodzice,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej ankiety dotyczącej Państwa dzieci - uczestników Sport Klubów, zajęć realizowanych w ramach programu WF z AWF – Aktywny powrót do szkoły. Ankieta jest dobrowolna i anonimowa, jej wyniki nie będą udostępniane osobom postronnym. Bardzo zależy nam na Państwa odpowiedziach, stanowiąc one będą uzupełnienie diagnozy kondycji fizycznej dzieci i zostaną wykorzystane do przygotowania raportu z programu i opracowania rekomendacji w zakresie działań ukierunkowanych na poprawę zdrowia i przeciwdziałanie skutkom pandemii Covid-19.

Prosimy o udzielenie rzetelnych odpowiedzi, tylko takie będą miały wartość. Wypełnienie ankiety nie zajmie więcej niż 5-10 minut. **Dla każdego dziecka uczestniczącego w zajęciach Sport Klubów prosimy o uzupełnienie osobnej ankiety.**

Dziękujemy za poświęcony czas i Państwa zaangażowanie. Zespół programu WF z AWF – Aktywny powrót do szkoły.

\* Wymagane

### Podstawowe informacje o dziecku

1. **Płeć:** \*

chłopiec

dziewczynka

2. **Data urodzenia dziecka:** \*

Format: d-m-yyyy

3. **Wysokość ciała dziecka: [cm]** (wartości dziesiętne oddzielać kropką ".") \*

Wartość musi być liczbą

4. **Masa ciała dziecka [kg]** (wartości dziesiętne oddzielać kropką ".") \*

Wartość musi być liczbą

5. **Którym dzieckiem z kolei jest badany? \***

pierwszym

drugim

trzecim

czwartym

piątym

Inne

6. **Liczba dzieci w rodzinie: \***

1

2

3

4

5

Inne

## 7. Miejsce zamieszkania: \*

- wieś wiejska
- wieś miejska małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)
- średnie miasto (20-100 tys.)
- duże miasto (100 tys. i więcej)

## 8. Województwo: \*

- dolnośląskie kujawsko-
- pomorskie
- lubelskie
- lubuskie
- łódzkie
- małopolskie
- mazowieckie
- opolskie
- podkarpackie
- podlaskie
- pomorskie
- śląskie
- świętokrzyskie warmińsko-
- mazurskie
- wielkopolskie
- zachodniopomorskie

# Aspekty społeczno-ekonomiczne - MATKA / PRAWNA OPIEKUNKA

9. **Wiek [lata]** (wartości dziesiętne oddzielać kropką ".") \*

Wartość musi być liczbą

10. **Wysokość ciała [cm]** (wartości dziesiętne oddzielać kropką ".") \*

Wartość musi być liczbą

11. **Masa ciała [kg]** (wartości dziesiętne oddzielać kropką ".") \*

Wartość musi być liczbą

12. **Wykształcenie:** \*

- niepełne podstawowe
- podstawowe/gimnazjalne
- zawodowe
- średnie
- wyższe

13. **Czy pracuje Pani zawodowo?** \*

- tak
- nie

14. **Czy w okresie pandemii pracuje/pracowała Pani zdalnie z domu?** \*

- tak, wyłącznie zdalnie tak,
- w systemie mieszanym
- nie

## Aspekty społeczno-ekonomiczne - OJCIEC / PRAWNY OPIEKUN

15. **Wiek [lata]** (wartości dziesiętne oddzielać kropką ".") \*

Wartość musi być liczbą

16. **Wysokość ciała [cm]** (wartości dziesiętne oddzielać kropką ".") \*

Wartość musi być liczbą

17. **Masa ciała [kg]** (wartości dziesiętne oddzielać kropką ".") \*

Wartość musi być liczbą

18. **Wykształcenie:** \*

- niepełne podstawowe
- podstawowe/gimnazjalne
- zawodowe
- średnie
- wyższe

19. **Czy pracuje Pan zawodowo?** \*

- tak
- nie

20. **Czy w okresie pandemii pracuje/pracował Pan zdalnie z domu? \***

- tak, tylko zdalnie tak, w
- systemie mieszanym
- nie

## Aspekty społeczno-ekonomiczne - WARUNKI MIESZKANIOWE RODZINY

21. **Metraż mieszkania/domu [m2]** (wartości dziesiętne oddzielać kropką ".") \*

Wartość musi być liczbą

22. **Liczba osób wspólnie zamieszkujących gospodarstwo domowe \***

Wartość musi być liczbą

23. **Czy dziecko ma własny pokój do swojego wyłącznego użytku? \***

tak

nie

## Aspekty ogólnozdrowotne - MATKA

24. **Aktywność fizyczna MATKI: \***

nieaktywna

1 x w tygodniu

2 x w tygodniu

3 x w tygodniu

4 x w tygodniu

5 x w tygodniu

6 x w tygodniu

7 x w tygodniu



25. **Przeciętny czas POJEDYNCZEJ aktywności fizycznej [minuty] \***

Wartość musi być liczbą

26. **Czy zdiagnozowano u Pani obecność koronawirusa SARS-CoV-2?**

tak

nie

Aspekty ogólnozdrowotne - **OJCIEC**

27. **Aktywność fizyczna OJCA: \***

nieaktywny

1 x w tygodniu

2 x w tygodniu

3 x w tygodniu

4 x w tygodniu

5 x w tygodniu

6 x w tygodniu

7 x w tygodniu

28. **Przeciętny czas POJEDYNCZEJ aktywności fizycznej [minuty] \***

Wartość musi być liczbą

29. **Czy zdiagnozowano u Pana obecność koronawirusa SARS-CoV-2?**

tak

nie

## Aspekty ogólnozdrowotne - **DZIECKO**

30. **Ile czasu dziennie w przeciętny dzień powszedni dziecko przeznaczają na \***

	Około 1 Około 5	Około 2 Wcałe godziny	Około 3 godzin	Około 4 godzin	Powyżej 5 godzin
pracę przed komputerem w ramach nauki szkolnej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. **Ile czasu dziennie w przeciętny dzień powszedni dziecko przeznaczają na \***

	Do 30 godziny	30 minut-1 godziny	1-1,5 godziny	1,5-2 godziny	2-3 godziny	Wcałe minut	godzina	Powyżej 3 godzin
oglądanie telewizji?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
używanie w czasie wolnym czytanie książek? słuchanie muzyki? aktywność fizyczną?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
komputera/telefonu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. **O której zwykle w dni powszednie dziecko chodzi spać? \***

przed godziną 21.00 między

godziną 21.00 a 22.00

po godzinie 22.00

33. **Ile godzin dziecko zwykle śpi w dni powszednie [godziny]? (wartości dziesiętne oddzielać kropką ".") \***

Wartość musi być liczbą

34. **Jaką aktywność fizyczną dziecko zwykle wybiera?** (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź) \*

- ma zwolnienie z wychowania fizycznego/nie jest aktywne fizycznie
- wychowanie fizyczne w szkole
- niezorganizowane formy ruchu z kolegami/koleżankami w czasie pozaszkolnym
- zajęcia ruchowe w klubie osiedlowym/lokalnym ośrodku dzieci i młodzieży itp.
- treningi w klubie sportowym, w sportowej szkole, na zawodach

35. **Które z następujących pięciu stwierdzeń najlepiej opisują Twoje dziecko w ciągu ostatnich 7 dni?** \*

- cały lub większość czasu dziecko spędziło wykonując rzeczy, które wymagały bardzo mało wysiłku fizycznego
- czasami (1-2 razy w zeszłym tygodniu) dziecko było aktywne fizycznie w wolnym czasie (np. uprawiało jakiś sport, biegało, jeździło rowerem, pływało, ćwiczyło aerobik) często (3-4 razy w zeszłym tygodniu) dziecko było aktywne fizycznie w wolnym czasie
- dość często (5-6 razy w zeszłym tygodniu) dziecko było aktywne fizycznie w wolnym czasie bardzo
- często (7 lub więcej razy w zeszłym tygodniu) dziecko było aktywne fizycznie w wolnym czasie

36. **Jakie przeszkody dostrzegasz w podejmowaniu aktywności fizycznej przez Twoje dziecko?** (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź) \*

- nie ma żadnych przeszkód
- zbyt mało lekcji WF w szkole
- lekcje WF w szkole są prowadzone w sposób mało atrakcyjny dla mojego dziecka brak
- oferty **bezpłatnych** pozalekcyjnych zajęć ruchowych dla dzieci w najbliższej okolicy
- oferta **bezpłatnych** pozalekcyjnych zajęć ruchowych dla dzieci jest mało atrakcyjna lub zbyt mało urozmaicona
- płatne** pozalekcyjne zajęcia ruchowe są zbyt drogie
- oferta **płatnych** pozalekcyjnych zajęć ruchowych dla dzieci jest mało atrakcyjna lub zbyt mało urozmaicona

pozalekcyjne zajęcia ruchowe (płatne i bezpłatne) są organizowane w zbyt dużej odległości od miejsca zamieszkania dziecka – nie ma możliwości wygodnego dojazdu na takie zajęcia nie ma odpowiedniej oferty zajęć pozalekcyjnych (płatnych i bezpłatnych), które byłyby dostosowane do

ograniczeń mojego dziecka

niechęć dziecka do aktywności ruchowej

Inne

**37. Czy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności? \***

tak

nie

**38. Jaki jest charakter orzeczonej niepełnosprawności? \***

niepełnosprawność narządu ruchu

niepełnosprawność narządu słuchu

niepełnosprawność narządu wzroku

niepełnosprawność intelektualna

nie dotyczy

**39. Dotyczy dziewcząt: czy córka miesiączkuje?**

tak

nie

**40. Wiek pierwszej miesiączki w latach** (wartości dziesiętne oddzielać kropką ".")

Wartość musi być liczbą

# Potencjalne występowanie u dziecka zaburzeń pocovidowych

41. Czy u dziecka zdiagnozowano obecność koronawirusa SARS-CoV-2?

tak

nie

42. Jaki był przebieg infekcji u dziecka?

bezobjawowy / lekkie objawy

(leczenie domowe)

średnio nasilone objawy (leczenie domowe)

ciężki przebieg wymagający hospitalizacji

43. W przypadku ciężkiego przebiegu choroby wymagającego hospitalizacji

tak

nie

Czy była stosowana  
tlenoterapia?

Czy wymagane było stosowanie  
respiratora? nie dotyczy

44. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy obserwowali Państwo u dziecka **objawy**, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią?

tak

nie

45. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy obserwowali Państwo u dziecka **objawy ze strony układu oddechowego**, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią?

- kaszel chroniczne
- zmęczenie
- duszność

46.Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy obserwowali Państwo u dziecka **objawy ze strony układu krążenia**, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią?

- bóle w klatce piersiowej
- kołatanie serca

47.Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy obserwowali Państwo u dziecka **objawy ze strony układu nerwowego**, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią?

- omdlenia
- bóle głowy
- zawroty głowy
- przejściowa utrata
- pamięci
- zaburzenia poznawcze duże
- problemy z koncentracją
- obniżenie nastroju
- apatia
- drażliwość
- utrata węchu

utrata smaku

48. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy obserwowali Państwo u dziecka **objawy ze strony układu ruchu**, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią?

- osłabienie siły mięśni
- bóle mięśni
- drętwienie kończyn
- mrowienie kończyn
- bóle stawów
- obrzęk stawów

49. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy obserwowali Państwo u dziecka **objawy ze strony układu pokarmowego**, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią?

- znaczna utrata apetytu
- bóle brzucha
- biegunki
- wymioty
- bóle gardła

50. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy obserwowali Państwo u dziecka **objawy skórnośluzówkowe**, których nie obserwowano u dziecka przed stwierdzeniem obecności koronawirusa lub przed pandemią?

- wysypki skórne zmiany skórne na
- rękach / stopach
- obrzęk twarzy suche,
- czerwone wargi
- zapalenie spojówek