

RAPORT KOŃCOWY
z realizacji projektu
Ocena skuteczności interwencyjno-
profilaktycznego programu poprawy zachowań
zdrowotnych 15-letnich dziewcząt
z wykorzystaniem techniki telemonitoringu

© Copyright by Ministerstwo Zdrowia

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach realizacji zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020; nr umowy 6/7/K/6/NPZ/2017/106/622

AUTORZY RAPORTU

Anna Fijałkowska

Anna Dzielska

Joanna Mazur

Anna Oblacińska

Hanna Nałęcz

Wisława Ostreża

Dorota Kleszczewska

REDAKCJA TECHNICZNA

Agnieszka Krukowska

Katarzyna Radiukiewicz

Spis treści

STRESZCZENIE	8
SUMMARY	14
I. Metodologia programu <i>ZDROWA JA - JOANNA MAZUR, ANNA OBLACIŃSKA</i>	19
1. Opis problemu	20
1.1. Zachowania zdrowotne a choroby cywilizacyjne	20
1.2. Monitorowanie zachowań zdrowotnych młodzieży	20
1.3. Aktywność fizyczna jako ważny element zdrowego stylu życia	22
1.4. Aktywność fizyczna nastoletnich dziewcząt	23
1.5. Inne zachowania związane ze zdrowiem nastoletnich dziewcząt	25
1.6. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	25
1.7. Uzasadnienie włączenia technik telemonitoringu	26
2. Cele programu	28
2.1. Poziomy formułowania celów	28
2.2. Model logiczny programu	30
2.3. Oczekiwane efekty i ich wskaźniki	32
3. GRUPA DOCELOWA – ADRESACI PROGRAMU	34
3.1. Oszacowanie populacji	34
3.2. Losowanie próby szkół	34
3.3. Reprezentatywność próby	36
4. ORGANIZACJA PROGRAMU	38
4.1. Działania i części składowe programu interwencyjnego (modele)	38
4.2. Zasady działania telemonitoringu	38
4.3. Dowody skuteczności	40
5. OCENA PROGRAMU I JEGO WYKORZYSTANIE	41
5.1. Ramowy plan ewaluacji	41
5.2. Upowszechnienie wyników	42

6. Wykaz zgromadzonych prac na temat programów interwencyjnych powiązanych tematycznie z programem <i>ZDROWA JA</i>	44
II. ZAŁOŻENIA EWALUACJI PROJEKTU “Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15 letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu” - <i>HANNA NAŁĘCZ, ANNA DZIELSKA</i>	47
WPROWADZENIE	47
1. CHARAKTERYSTYKA PROJEKTU	48
1.1. Czas trwania projektu.....	49
1.2. Cele projektu	49
1.3. Kompetencje niezbędne do prowadzenia projektu	50
1.4. Oczekiwane efekty.....	53
1.5. Pomiar efektów – wskaźniki efektów	54
2. PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA EWALUACJI PROJEKTU	55
2.1. Kluczowe informacje dotyczące ewaluacji projektu	55
2.2. Etapy ewaluacji w perspektywie ewaluacji procesu i wyników	56
2.3. Pytania badawcze, wskaźniki i sposób realizacji badania ewaluacyjnego	59
III. Kryteria oceny skuteczności programu <i>ZDROWA JA</i> - <i>ANNA FIJAŁKOWSKA, JOANNA MAZUR</i>	63
1. SKUTECZNOŚĆ JAKO KRYTERIUM EWALUACYJNE W PROGRAMIE <i>ZDROWA JA</i>	63
2. WSKAŹNIKI ZDROWOTNE	64
3. WYBÓR KLUCZOWYCH WSKAŹNIKÓW ZDROWOTNYCH.....	67
4. ANALIZA DODATKOWYCH ZMIENNYCH.....	69
5. OGRANICZENIA BADANIA INTERWENCYJNEGO	70
6. METODY STATYSTYCZNE	70
7. PODSUMOWANIE.....	71
IV. OPIS PROJEKTU I DZIAŁANIA W ROKU 2017	72
1. OPIS I OGÓLNE ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE.....	72
2. SZKOŁY BIORĄCE UDZIAŁ W PROGRAMIE Z PODZIAŁEM NA TYP INTERWENCJI	75
4. DZIAŁANIA REALIZATORÓW PROGRAMU NA TERENIE SZKOŁY	82

5.	SZKOLENIA REALIZATORÓW PROGRAMU.....	84
1.	Coaching Zdrowia	84
1.1.	Harmonogram szkolenia:	84
1.2.	Ocena warunków technicznych szkolenia.....	86
1.3.	Ocena programu szkolenia	87
1.4.	Ocena osoby prowadzącej szkolenie.....	87
1.5.	Odbiór szkolenia przez uczestników.....	89
1.6.	Ewaluacja szkolenia prowadzona przez niezależnych obserwatorów	89
2.	Szkolenie z obsługi telemonitoringu	92
2.1.	Harmonogram szkolenia:	92
2.2.	Wstępny zakres raportów z telemonitoringu (dane z opasek).....	95
2.3.	Ewaluacja szkolenia na temat obsługi opasek i aplikacji na smartfonie oraz harmonogramu projektu Zdrowa Ja.....	96
6.	OPRACOWANIE NARZĘDZI ORAZ ORGANIZACJA BADAŃ ANKIETOWYCH I WYWIADÓW POGŁĘBIONYCH	97
7.	PRZYGOTOWANIE APLIKACJI DO PROGRAMU EPI DATA DO WPROWADZANIA DANYCH Z ANKIET UCZESTNICZEK PROGRAMU.....	100
V.	Raport z działań prowadzonych w roku 2018	105
1.1.	Realizacja próby w stosunku do założeń.....	106
1.2.	Badania prowadzone w ramach programu <i>Zdrowa Ja</i> i wstępne wyniki	107
1.3.	Założenia <i>Gry o zdrowie</i> i rezultaty osiągnięte przez uczestniczki programu <i>Zdrowa Ja</i>	117
1.4.	Szkolenia dla realizatorów programu.....	130
2.	PROMOCJA PROGRAMU ZDROWA JA	138
2.1.	Promocja tematów interwencji na terenie szkoły i w środowisku lokalnym	138
2.2.	Konkursy dla uczestniczek	141
2.3.	Kampania Promocyjna w mediach społecznościowych.....	142
2.4.	Działania promocyjne w mass mediach	148
2.5.	Publikacje w czasopiśmie naukowych	158
2.6.	Prezentacje na konferencjach naukowych.....	168

VI. Raport z ewaluacji projektu – <i>JOANNA MAZUR, ANNA OBLACIŃSKA, ANNA DZIELSKA, HANNA NAŁĘCZ</i>	176
1. Założenia ewaluacji projektu.....	176
1. Realizatorzy ewaluacji projektu	176
2. Przedmiot ewaluacji projektu.....	176
3. Cel ewaluacji projektu	176
3.1. Operacjonalizacja celów projektu.....	176
4. Sposób realizacji ewaluacji projektu	178
5. Metody i techniki badawcze.....	180
5.1. Analiza danych zastanych	181
5.2. Badania jakościowe.....	181
5.3. Badania ilościowe	182
6. WYNIKI EWALUACJI PROJEKTU ZDROWA JA	184
6.1. Ocena trafności i użyteczności	185
6.1.1. Ocena założeń projektu Zdrowa Ja w opinii 15-latek przed rozpoczęciem działań interwencyjnych	185
6.1.2. Ocena założeń projektu Zdrowa Ja w opinii 15-latek w końcowej fazie realizacji programu	190
6.1.3. Dobre i słabe strony projektu w opinii uczestniczek, na podstawie danych ankietowych	197
6.1.4. Nieprzewidziane zdarzenia (efekty) podczas realizacji projektu	203
6.2. Ocena skuteczności i trwałości.....	209
6.2.1. Ocena stopnia osiągnięcia celów projektu i oczekiwanych efektów w obszarze zdrowia i zachowań zdrowotnych	209
6.2.2. Realizacja oczekiwanych efektów na podstawie subiektywnej oceny dziewcząt.....	236
VII. WNIOSKI I REKOMENDACJE.....	254
VIII. ANEKS.....	2549

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. W opracowaniu przedstawiono raport końcowy z realizacji programu pt: *Oce-
na skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15
letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu*, prowadzonego w Instytucie Matki
i Dziecka w latach 2017-2018 na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Program ten jest związany
z realizacją zadania w ramach Narodowego Programu Zdrowia, w obszarze *Prowadzenie ba-
dań zmierzających do oceny związku pomiędzy potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla
zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności*.

Badaniem objęto dziewczęta na końcowym etapie edukacji gimnazjalnej. W wyborze grupy
docelowej kierowano się analizą wyników badań populacyjnych Health Behaviour in School-
aged Children (HBSC), prowadzonych od wielu lat wśród młodzieży szkolnej w ponad 40 kra-
jach, włączając Polskę. Na podstawie wspomnianych badań w grupie dziewcząt obserwuje się
narastającą z wiekiem, między 11 a 15 rokiem życia, tendencję do podejmowania zachowań
niekorzystnych dla zdrowia, w tym zachowań ryzykownych, a także pogarszające się wskaźni-
ki samooceny zdrowia, zadowolenia z życia oraz oceny obrazu własnego ciała.

Cele programu. Głównym celem było sformułowanie wniosków i rekomendacji służących
udoskonaleniu schematu podejmowania decyzji w podobnych projektach, zawierających ele-
ment programu interwencyjno-profilaktycznego. Sformułowano trzy cele odnoszące się bezpo-
średnio do prowadzonego programu: 1) opracowanie założeń i narzędzi do realizacji programu
interwencyjno-profilaktycznego z obszaru wzmocnienia zachowań zdrowotnych 15-letnich
dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu, w tym urządzeń pomiarowych i aplika-
cji mobilnej, 2). wybór techniki telemonitoringu do oddziaływania na zachowania zdrowotne
badanej grupy dziewcząt, 3) opracowanie kryteriów skuteczności programu interwencyjno-
profilaktycznego wzmocniającego zachowania zdrowotne 15-latek. W celu uzyskania odpo-
wiedzi na założone pytania przeprowadzono pełną ewaluację wewnętrzną programu na etapie
ex-ante, on-going i ex-post.

Badane osoby. Program prowadzono od lipca 2017 r. do końca grudnia 2018 r.. Interwencją
objęto losowo dobraną grupę 1198 dziewcząt, uczennic II klas gimnazjum z 48 szkół zlokaliz-
owanych na terenie 16 województw, co stanowiło reprezentatywną grupę dla Polski. W mo-
mencie rozpoczęcia programu średnia wieku uczestniczek wynosiła 14 lat i 5 miesięcy.

Założenia programu. W programie zastosowano wielokierunkowe podejście SNAPO (*Smoking, nutrition, alcohol, physical activity and overweight*), poszerzone o wzmocnienie kompe-

tencji osobistych związanych ze zdrowiem. Projektując założenia omawianego programu profilaktyczno-interwencyjnego, zdecydowano się na dotarcie do populacji docelowej za pośrednictwem różnych kanałów oddziaływania. Innowacyjny charakter programu opierał się na łączeniu edukacji zdrowotnej prowadzonej nowoczesnymi metodami w szkołach z wykorzystaniem aplikacji mobilnej i telemonitoringu aktywności fizycznej przez urządzenia pomiarowe (opaska fitness). Ważnym elementem oceny programu było porównanie skuteczności oddziaływania różnych metod zastosowanych w ramach interwencji. W tym celu szkoły, które przystąpiły do programu przypisano losowo do 3 typów interwencji: 1) Grupa interwencyjna I (pełna interwencja, 24 szkoły, 636 dziewcząt) - z obiektywnym pomiarem aktywności fizycznej, otrzymywaniem informacji zwrotnej z monitoringu elektronicznego z wykorzystaniem aplikacji mobilnej (komponent behawioralny) oraz dodatkowymi działaniami (np. warsztaty, gra o zdrowie, informacje webowe) wspierającymi aktywność fizyczną i zdrowy styl życia (komponent środowiskowy w środowisku szkolnym i domowym). 2) Grupa interwencyjna II (minimalna interwencja, 12 szkół, 277 dziewcząt) - z obiektywnym pomiarem aktywności fizycznej i informacją zwrotną; zawarty był tu komponent behawioralny – wsparcie w poszerzaniu wiedzy i sugestie zachowań wzmacniających poszczególne zachowania zdrowotne (powiadomienia dotyczące stylu życia w aplikacji mobilnej, bez wsparcia środowiskowego). 3) Grupa kontrolna III (wewnętrzna grupa kontrolna, 12 szkół, 285 dziewcząt) - tylko monitorowanie aktywności i zachowań z analizą efektu samego obiektywnego pomiaru aktywności fizycznej (tzw. efekt netto urządzenia pomiarowego). Interwencję prowadzono czterokrotnie, w cyklach 14-dniowych, w następujących fazach tematycznych: aktywność fizyczna (styczeń 2018), kompetencje osobiste (marzec 2018), zdrowe odżywianie (kwiecień 2018), profilaktyka zachowań ryzykownych (czerwiec 2018).

W początkowej fazie realizacji programu przeprowadzono diagnozę środowiska szkolnego w celu oceny jego zróżnicowania, z wykorzystaniem ankiety *school level questionnaire (SL-Q)* z protokołu badań HBSC. Stworzono sieć szkolnych zespołów koordynujących program oraz przeszkolono lokalnych koordynatorów i realizatorów programu. Przeprowadzono także szkolenia dla użytkowniczek urządzeń pomiarowych oraz aplikacji mobilnej. Opracowano system motywacyjny wykorzystywany w aplikacji mobilnej i webowej (*Gra o zdrowie*). W szkołach i środowiskach lokalnych prowadzono kampanie promujące projekt ZDROWA JA wykorzystując podejście polegające na zaangażowaniu młodzieży (*youth engagement*).

Metody i narzędzia badawcze. Na każdym etapie realizacji zadania prowadzono ewaluację obejmującą ocenę skuteczności programu, trafności i użyteczności przyjętych założeń metodo-

logicznych, jak również podjęto próbę oceny trwałości uzyskanych efektów. W tym celu prowadzono: 1) badania ilościowe (3 rundy badań ankietowych – listopad 2017 (badanie 1), czerwiec 2018 (badanie 2) i wrzesień 2018 (badanie 3) z uczestniczkami programu Zdrowa Ja oraz dwa badania, które stanowiły zewnętrzną grupę kontrolną (niezbędny element pełnej oceny skuteczności) – badania ankietowe o rok starszych uczniów z tych samych szkół (N=657), w których prowadzono projekt Zdrowa Ja oraz ogólnopolskie badania ankietowe HBSC 2018 (N=1049)), 2) badania jakościowe (2 rundy zogniskowanych wywiadów grupowych – grudzień 2018, czerwiec 2018), 3) analizę dokumentów (m. in.. raporty z telemonitoringu). Na potrzeby wstępnej oceny skuteczności programu Zdrowa Ja zdefiniowano czternaście wskaźników zdrowotnych, w tym sześć pozytywnych i osiem negatywnych. Związane były one z zakresem tematycznym głównych faz interwencji: aktywnością fizyczną, odżywianiem, paleniem tytoniu i piciem alkoholu, a także kompetencjami społecznymi/osobistymi. Do dwunastu wskaźników dotyczących zachowań związanych ze zdrowiem dodano dwa odnoszące się do samooceny zdrowia i ogólnego zadowolenia z życia. W analizie statystycznej zastosowano testy niezależności chi-kwadrat: Pearsona dla danych niezależnych i McNemara dla danych powiązanych. Analiza danych powiązanych dotyczyła porównań wyników uzyskanych w trzech rundach badań. Analiza danych niepowiązanych dotyczyła porównań trzech typów interwencji oraz porównań z zewnętrznymi grupami kontrolnymi. Prowadzono także pogłębioną analizę satysfakcji uczestniczek z udziału w programie wraz z subiektywną oceną jego założeń opierając się na wynikach badań jakościowych i częściowo ilościowych.

Ważniejsze wyniki. Program został przeprowadzony zgodnie z harmonogramem. W momencie rozpoczęcia programu wyniki trzech grup interwencyjnych w zakresie większości analizowanych wskaźników zdrowia i zachowań zdrowotnych nie różniły się istotnie. Wykazano niewielkie różnice w zakresie aktywności intensywniej do umiarkowanej (MVPA). W badaniu wstępnym grupa poddana pełnej interwencji miała najwyższy poziom aktywności fizycznej, a najgorzej wypadła w zestawieniu grupa o interwencji minimalnej. Ponadto w tej grupie dziewczęta częściej deklarowały picie alkoholu w ostatnim miesiącu. Biorąc pod uwagę analizę wyników z kolejnych rund badań oraz porównanie z zewnętrznymi grupami kontrolnymi zaobserwowano następujące zmiany w zakresie analizowanych wskaźników:

1) Badanie 1 vs. Badanie 2 – w całej grupie zgodnie z silnym efektem rozwojowym wystąpiło pogorszenie w zakresie czasu spędzanego przy komputerze, częstego picia słodkich napojów typu „cola”, picia alkoholu w ostatnich 30 dniach. Natomiast obniżyła się częstość

spożywania słodyczy, co jest stwierdzonym głównym efektem pozytywnym. Nie zaobserwowano zmian w zakresie odsetka dziewcząt spełniających rekomendacje dotyczące MVPA.

2) Badanie 1 vs. Badanie 3 – w ogólnej grupie nadal silny efekt rozwojowy przejawiał się spadkiem aktywności fizycznej i zwiększeniem częstości używania substancji psychoaktywnych. Pozytywne zmiany dotyczyły odżywiania (rzadsze spożywanie słodyczy i picie słodkich napojów gazowanych). W większości przypadków te same wskaźniki pogorszyły się w grupie objętej pełną interwencją.

3) Badanie 2 vs. Badanie 3 - po okresie spadku w poprzednim roku szkolnym poprawa regularności spożywania śniadań. Utrzymanie pozytywnej tendencji w zakresie zachowań żywieniowych – zmniejszenie częstości jedzenia słodyczy i picia słodkich napojów gazowanych; istotnie częstsze palenie tytoniu i upijanie się. Zahamowanie tendencji wzrostowej częstości picia alkoholu. Istotne korzystne zmiany w zakresie samooceny zdrowia. W grupie objętej pełną interwencją, podobnie jak w całej grupie realizującej program Zdrowa Ja, pogorszenie aktywności fizycznej; zwiększenie odsetka dziewcząt, które paliły tytoń i które upijały się w ostatnich 30 dniach. Dziewczeta z grupy o minimalnej interwencji wykazywały najniższą aktywność fizyczną, jak również osiągnęły najmniej korzystne wartości pozytywnych wskaźników żywieniowych. Grupa ta osiąga również najwyższe wartości większości wskaźników negatywnych. Nie zauważono różnic pomiędzy grupą o pełnej interwencji i wewnętrzną grupą kontrolną. W efekcie odroczonym zredukowała się różnica w regularności jedzenia śniadań oraz spożywania słodyczy i pojawiła się różnica w częstości picia alkoholu. Wyraźnie rzadziej piją alkohol dziewczeta z grupy objętej pełną interwencją.

4) Badanie 3 vs. zewnętrzne grupy kontrolne – wykazano istotnie niższe wartości wskaźników negatywnych związanych z zachowaniami sedentarnymi, spożywaniem słodyczy i sięganiem po substancje psychoaktywne w porównaniu z ogólnopolską grupą HBSC. Dziewczeta po zrealizowaniu rocznego programu interwencyjnego zdecydowanie rzadziej sięgały po substancje psychoaktywne. Rzadziej też jadły słodkie. Jednak rzadziej spożywały śniadania i gorzej subiektywnie oceniały swoje zdrowie.

5) Analiza zmian kompetencji społecznych (Skala Kompetencji Osobistej (KompOs) Z. Juczyńskiego) stanowiła uzupełnienie wstępnej oceny skuteczności programu *Zdrowa Ja*. Zbadano średni poziom MVPA w trzech grupach interwencyjnych w kategoriach niskich, przeciętnych i wysokich kompetencji osobistych. Wyraźnie lepszą aktywność fizyczną reprezentują dziewczeta o wysokich kompetencjach. Wstępne wyniki wykazały jednak, że uczestniczenie

w Programie *Zdrowa Ja* nie wzmocniło kompetencji osobistych dziewcząt w całej badanej grupie, mimo że był to temat zajęć warsztatowych i wyzwania na aplikacjach mobilnych.

Wyniki badań jakościowych i analiza niektórych pytań zawartych w badaniach ankietowych wskazała na wysoką akceptację założeń programu i wysoki poziom satysfakcji jego uczestniczek. Za atuty programu dziewczęta uznały wykorzystanie nowoczesnych technologii (urządzenia pomiarowe i aplikacja mobilna), informację zwrotną o aktywności fizycznej, edukację zdrowotną w szkole prowadzoną metodami aktywizującymi oraz osobiste zaangażowanie w promocję programu na terenie szkoły i w środowisku lokalnym. Stwierdzono, że odbiór programu ma istotny wpływ na różne obszary funkcjonowania nastolatek, w grupie dziewcząt zadowolonych z uczestniczenia zanotowano poprawę wielu wskaźników, niewidoczną w całej grupie: między innymi wzrost wiedzy na temat odżywiania i dążenie do bycia lepszą (około ¼ nastolatek), chęć uzyskiwania lepszych wyników, poprawę sprawności fizycznej i zwiększenie czasu poświęcanego na aktywność fizyczną.

Ważniejsze wnioski. Zaobserwowano wyraźny wpływ programu korygujący silny efekt rozwojowy w niektórych zachowaniach dziewcząt w okresie dojrzewania. Najważniejszą cechą innowacyjną programu stanowi telemonitoring aktywności fizycznej i otrzymywanie odpowiedzi zwrotnej o wynikach, jak również zajęcia warsztatowe prowadzone metodami aktywizującymi przez przeszkolonych koordynatorów badań. Jednocześnie najgorzej ocenianymi przez dziewczęta punktami programu *Zdrowa Ja* były problemy z synchronizacją danych i konieczność jej ręcznego wykonywania. Szkolenia dla nauczycieli prowadzone w ramach realizacji programu przyczyniły się do poprawy sposobu ich pracy z uczennicami i sposobu przekazywania przez nich informacji o zdrowym stylu życia. Istotnym elementem interwencji było umożliwienie dziewczętom zaangażowania w promowanie projektu w szkole i w środowisku lokalnym. Ważnym elementem interwencji było założenie współpracy i współdziałania w grupie uczestniczek programu oraz zainicjowanie wspólnych aktywności z innymi osobami (nauczyciel, rodzice). Interwencja minimalna – działania „połowiczne” są najmniej efektywne. Pełny model interwencji, z dodatkowymi zadaniami do wykonania i grywalizacją nie ma większego znaczenia dla lepszego odbioru programu. Zauważono lokalne różnice w odbiorze programu pomiędzy 48 uczestniczącymi szkołami, co może rzutować na ogólne wnioskowanie o skuteczności podjętej interwencji. Dziewczęta, które lepiej oceniły wpływ programu na ich funkcjonowanie poprawiły swoją aktywność fizyczną. Dziewczęta, które przed rozpoczęciem programu były aktywne fizycznie, częściej osiągały najlepsze wyniki w zakresie aktywności fizycznej (liczba kroków). We wstępnych analizach wykazano silny związek między przeświadczeniem o po-

prawie sprawności fizycznej a poprawą aktywności fizycznej mierzonej MVPA oraz silny związek między czasem poświęcanym na aktywność fizyczną, a redukcją przeświadczenia o istniejących barierach. Postrzeganie przez uczestniczki zbyt wielu barier dla podejmowania aktywności fizycznej może być czynnikiem rzutującym na ich ocenę skuteczności programu w obszarze aktywności.

SUMMARY

Introduction. The document presents the final report on the implementation of the intervention and prevention program entitled: *Evaluation of the effectiveness of the intervention and preventive program aimed to improve health behaviours among 15-year-old girls using the telemonitoring technique* with the acronym *Healthy Me*, conducted at the Institute of Mother and Child in 2017-2018. The project was commissioned by the Ministry of Health. This program is related to the implementation of task under the National Health Program, in the area of *Conducting research to assess the relationship between potential harmful factors and the health status of the population*.

The intervention study concerned girls at the final stage of lower secondary school education. The target group was selected on the basis of the analysis of the population research results of Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), conducted for many years among school students in over 40 countries, including Poland. Based on the study mentioned above, the group of girls has a tendency to present unhealthy behaviours and in the same time their self-assessment of health deteriorates. This effect increases together with age between 11 and 15 years of age. This includes, among others, health self-assessment indicators, satisfaction with life, body image as well as risky and healthy behaviours.

The objectives of the program. The main goal was to formulate conclusions and recommendations for improving the decision-making framework in similar projects, including elements of the intervention and prevention program. Three goals were formulated referring directly to the program: 1) development of assumptions and tools for implementing the intervention and prevention program in the area of strengthening health behaviours of 15-year-old girls using telemonitoring techniques, including measuring devices (physical activity trackers) and a mobile application, 2). selection of telemonitoring techniques to influence the health behaviours of the group of girls under study, 3) elaborating the criteria for the effectiveness of the intervention and prevention program strengthening the health behaviours of the 15-year-old. In order to obtain answers to the questions raised, a complete internal evaluation of the program was carried out at the ex-ante, on-going and ex-post stages.

Subjects. The program was carried out from July 2017 to the end of December 2018. The intervention covered a randomly selected group of 1198 girls, students of the second grades of lower secondary schools from 48 schools located in 16 provinces of Poland. At the start of the program, the mean age of the participants was 14 years and 5 months.

Program assumptions. The program used the SNAP approach (smoking, nutrition, alcohol, physical activity and overweight) extended to strengthen personal competences related to health. While designing its assumptions, it was decided to reach the target population through various channels of influence. The innovative character of the program was based on combining health education using modern methods and also the mobile application and telemonitoring of physical activity registered by dedicated fitness trackers (fitness band). An important element of the program evaluation was the comparison of the effectiveness of the impact of the various methods used in the intervention. To this end, schools that joined the program were assigned randomly to 3 types of intervention:

1) Intervention Group I (full intervention, 24 schools, 636 girls) - with objective measurement of physical activity, receiving feedback from telemonitoring using a mobile application (behavioral component) and additional activities (e.g. workshops, gamification, short messages about healthy lifestyle) supporting physical activity and healthy lifestyle (environmental component in the school and home environment).

2) Intervention group II (minimum intervention, 12 schools, 277 girls) - with objective measurement of physical activity and feedback; a behavioral component was included here - support in expanding knowledge and suggestions for behaviors that strengthen individual health behaviors (short messages about healthy lifestyle in a mobile application, without environmental support).

3) Control group III (internal control group, 12 schools, 285 girls) – physical activity monitoring with feedback were the only elements of intervention and the effect of the objective measurement of physical activity was analysed (the so-called net effect of the measuring device). The intervention was carried out four times, in 14-day cycles, in the following thematic phases: physical activity (January 2018), personal competences (March 2018), healthy eating (April 2018), and risk-related behavior prevention (June 2018).

In the initial phase of the program implementation a diagnosis of the school environment was carried out in order to assess its diversity. The school level questionnaire (SL-Q) from the HBSC research protocol was applied. A network of teams coordinating the program at the school level was created and local coordinators and program implementers were trained. There were also trainings for users of the trackers and the mobile application. A motivational system used in the mobile and web application was developed (gamification). In schools and local communities, campaigns promoting the Healthy Me project were carried out using the youth engagement approach.

Methods and tools. At each stage of the programme implementation, an evaluation was carried out, including evaluation of the program's effectiveness, relevance and usefulness of the adopted methodological assumptions, as well as to assess the durability of the effects obtained. Various types of research methods were implemented To reach this goal:

1) Quantitative studies:

- 3 rounds of questionnaire surveys - November 2017 (study 1), June 2018 (study 2) and September 2018 (study 3) with the participants of the Healthy Me program
- two studies that served as external control groups (conditional element of a full assessment of effectiveness) - surveys among one year older students from the same schools (N = 657), and national population survey HBSC 2018 (N = 1049),

2) Qualitative studies:

- 2 rounds of focus group interviews - December 2018, June 2018,

3) Document analysis (including reports from telemonitoring).

For the initial assessment of the effectiveness of the *Healthy Me* programme, several health indicators were defined, including positive and negative ones. They were related to the thematic scope of the main phases of intervention: physical activity, nutrition, smoking and drinking alcohol, as well as social and personal competences. Also two indicators have been added relating to self-assessment of health and overall life satisfaction.

For the statistical analysis, we used chi-square independence tests: Pearson for independent data and McNemars' for related data. The analysis of related data concerned comparisons of results obtained in three rounds of research. Analysis of unrelated data concerned comparisons of three types of interventions and comparisons with external control groups. An in-depth analysis of the participants' satisfaction with participation in the program was also carried out together with a subjective assessment of programme assumptions based on the results of qualitative and partly quantitative research methods.

Selected results. The program was carried out in accordance with the schedule. At the start of the program, the results of the three intervention groups concerning the majority of analysed health indicators and health behaviours did not differ significantly. There were slight differences in the range of intensive to moderate (MVPA) activity.

Considering the analysis of results from subsequent rounds of research and comparison with external control groups, the following changes were observed in the scope of the examined indicators:

1) Study 1 vs. Study 2 – in the total sample, there was observed worsening in the area of time spent at the computer, frequent drinking of sugared beverages, drinking alcohol in the last 30 days. The main positive effect was lowering the frequency of eating sweets, which is. No changes in the percentage of girls who meet MVPA recommendations.

2) Study 1 vs. Study 3 - in the total sample, a decrease in physical activity, increase of use of psychoactive substances were observed. Positive changes concerned nutrition (less frequent eating of sweets and drinking sugared beverages). In the full intervention group the effect was opposite: In most cases, the same indicators deteriorated.

3) Study 2 vs. Study 3 - after a period of decline in the previous school year, improvement of the regularity of breakfast consumption. Maintaining a positive trend in eating behaviour - reducing the frequency of eating sweets and drinking sugared beverages; significantly more frequent smoking and getting drunk. Stopping the upward trend in the frequency of drinking alcohol. Significant beneficial changes in the field of health self-assessment. In the group of full intervention, similarly as in the whole group implementing the Healthy Me programme - deterioration of physical activity, increasing the percentage of girls who smoked tobacco and who got drunk in the last 30 days. Girls from the group with minimal intervention showed the lowest physical activity, as well as achieved the least favourable values of positive nutritional indicators. This group also achieved the highest values of most negative indicators. No differences were noticed between the full intervention group and the internal control group. Girls from the group with full intervention were clearly less likely to drink alcohol.

4) Study 3 vs. external control groups - significantly lower values of negative indicators related to sedentary behaviours, consumption of sweets and using psychoactive substances, however, less frequent consumption of fruit and vegetables and worse self-esteem of health in comparison with the nationwide population of adolescent girls (HBSC). In comparison with the older girls from schools under Healthy Me program, the differences were smaller. Girls after the implementation of the annual intervention program far less often used psychoactive substances, also ate sweets more rarely. Their disadvantage, however, the girls under Healthy me program reached lower results than external control group on some dimensions: less frequent consumption of breakfasts and generally lower self-assessment of health.

5) Analysis of changes in social competences (Competence Personal Scale (KompOs) by Z. Juczyński). The average level of MVPA was examined in three intervention groups in terms of low, average and high level of personal competences. girls with high competences presented

Clearly better physical activity. The Results, however, showed that participation in the Healthy Me Program did not strengthen the personal competences of girls, even though it was a topic of workshop activities and challenges on mobile applications.

The results of the qualitative research and the analysis of some of the questions included in the survey indicated high acceptance of the program assumptions and also a high level of satisfaction with the programme. Among program's strong points,, girls mentioned the use of modern technologies (fitness trackers and mobile application), feedback on physical activity, health education at school including active methods of learning and personal engagement in the promotion of the program (at school and in the local environment). The subjective assessment of the programme had a significant impact on various areas of teenager functioning. improvement of many indicators was noted (among others: increased knowledge about nutrition and the desire to be better - about ¼ girls, willingness to obtain better results, improved physical fitness and increased time spent on physical activity). This effect was not visible in the total sample.

Main conclusions. There was a clear impact of the programme as regards correcting a strong developmental effect in some of the behaviours of girls in adolescence. The most important innovation feature of the programme was the telemonitoring of physical activity and receiving a feedback on physical activity results, as well as workshop classes conducted by trained school coordinators. At the same time, the weakest elements of the *Healthy Me* programme were problems with synchronization of data and the necessity of its manual execution. Trainings for teachers conducted as part of the program has contributed to improving the way they worked with students and how they communicated information about a healthy lifestyle. An important element of the intervention was to enable girls to be involved in promoting the project at school and in the local environment. An important element of the intervention was the cooperation in the group of program participants and the initiation of joint activities with other people (teacher, parents). Minimal intervention - "half" actions proved out the least effective. The full intervention model, with additional tasks to be performed and gamification, had no influence on better programme reception. Local differences in the reception of the program between the 48 participating schools were noticed. It should be taken into consideration when drawing -affect the general conclusions about the effectiveness of the intervention undertaken. Girls who better assessed the impact of the program on their functioning also improved their physical activity. In the preliminary analyses, a strong correlation was found between the perceived improvement of physical fitness and improvement of physical activity measured by MVPA.

I. METODOLOGIA PROGRAMU *Zdrowa Ja*

Joanna Mazur, Anna Oblacińska

Wprowadzenie

Opracowanie zawiera opis założeń metodologicznych programu interwencyjno-profilaktycznego *Zdrowa Ja*¹ zakwalifikowanego do realizacji w latach 2017-2018. Program ten jest związany z realizacją Narodowego Programu Zdrowia *Zadania koordynacyjne, ewaluacyjne i badawcze, w obszarze Prowadzenie badań zmierzających do oceny związku pomiędzy potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności.*

Do głównych celów wynikających z realizacji zadania należy: opracowanie założeń i narzędzi do realizacji programu interwencyjno-profilaktycznego z obszaru wzmocnienia zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt realizowanego z wykorzystaniem telemonitoringu, w tym urządzeń pomiarowych i aplikacji mobilnej, wybór techniki telemonitoringu do oddziaływania na zachowania zdrowotne 15-letnich dziewcząt oraz opracowanie kryteriów skuteczności programu interwencyjno-profilaktycznego wzmocniającego zachowania zdrowotne 15-letnich dziewcząt.

W badaniu prowadzonym od lipca 2017 r. do końca grudnia 2018 r., wzięła udział losowo dobrana grupa około 1200 dziewcząt w wieku 15 lat, które na terenie Polski (16 województw) uczęszczają do szkół z listy gimnazjów publicznych Ministerstwa Edukacji Narodowej. Badane dziewczęta zostały objęte telemonitoringiem aktywności fizycznej, działającym w systemie umożliwiającym dostęp do jego funkcji za pomocą aplikacji internetowej oraz aplikacji mobilnej.

W programie *Zdrowa Ja* urządzenia mobilne pełnią różną funkcję, co świadczy o oryginalności tego projektu. Funkcje urządzeń mobilnych to: monitorowanie przez zespół realizujący projekt aktywności fizycznej uczestników programu czyli obiektywny pomiar liczby kroków i zmian częstości tętna, możliwość obserwacji aktywności własnej uczestniczek, obserwacji postępów innych osób i wymiany doświadczeń, możliwość ustanawiania celów

¹ ZDROWA JA to spopularyzowana nazwa projektu do wykorzystania jako nośne hasło przewodnie w materiałach związanych z jego realizacją. Pełne brzmienie to: *Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu.*

i planowania aktywności, a także wsparcie przez realizatorów programu poprzez wysyłanie odpowiednich komunikatów lub przesyłanie informacji instruktażowych.

Uzupełnieniem tego raportu są szczegółowe dokumenty wymienione w Aneksie.

1. OPIS PROBLEMU

1.1. Zachowania zdrowotne a choroby cywilizacyjne

Głównym zagrożeniem zdrowia i życia Polaków są choroby niezakaźne, a wśród nich dominują tzw. „choroby cywilizacyjne”. W świetle danych z 2015 roku, na 395 tysięcy zgonów całej ludności kraju 45,6% spowodowanych było chorobami układu krążenia, a 26,7% nowotworami złośliwymi. Częstą przyczyną chorobowości i umieralności jest również cukrzyca. Szczególnie u kobiet choroby układu sercowo-naczyniowego są w ponad 50% przyczyną zgonów. Wiadomo, że istotny udział w powstawaniu tych schorzeń mają czynniki modyfikowalne związane ze stylem życia określanym przez zachowania prozdrowotne - prawidłowe nawyki żywieniowe, odpowiednią aktywność fizyczną, utrzymanie prawidłowej masy ciała, niepalenie tytoniu, istotne ograniczenie spożycia alkoholu i zaniechanie stosowania innych używek, jak również dbanie o odpowiednią długość i jakość snu. Coraz więcej uwagi poświęca się też wpływowi stresu na zaburzenia fizyczne i psychiczne.

Chociaż choroby te występują przed wszystkim u dorosłych, to pierwsze zmiany w organizmie prowadzące do ich rozwoju, rozpoczynają się w dzieciństwie i wczesnej młodości. W drugiej dekadzie życia kształtują się zachowania zdrowotne, które mogą być zasobem w dorosłym życiu a także wpływać na zdrowie innych ludzi.

1.2. Monitorowanie zachowań zdrowotnych młodzieży

Monitorowanie zdrowia i zachowań zdrowotnych nastolatków od lat wspomagają prowadzone cyklicznie co cztery lata, badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*). Obecnie w sieci HBSC jest 47 krajów członkowskich. Ostatnia runda tych badań odbyła się w roku szkolnym 2013/14, a kolejna jest w trakcie realizacji, co daje okazję do dysponowania dodatkowym punktem odniesienia. W Polsce ośrodkiem koordynującym badania HBSC jest Instytut Matki i Dziecka realizujący program *Zdrowa Ja*. Wszelkie krajowe i międzynarodowe² raporty wskazują na dziewczęta 15-letnie, jako grupę szczególnego ryzyka.

² Inchley J et al. eds. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/14 SURVEY. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016, dostępne na stronie www.hbsc.org

Według danych opublikowanych w krajowym raporcie³, wśród dziewcząt w wieku 15 lat: 44% nie spożywa regularnie śniadań w dniach szkolnych; 71% nie spożywa codziennie owoców, a 72 % warzyw; 77% je słodczyce a 52% pije słodkie napoje gazowane częściej niż 1 raz w tygodniu. Aż 15% z nich pali tytoń co najmniej 1 raz w tygodniu, a 15% upiło się co najmniej 1 raz w życiu; 22% paliło marihuanę co najmniej 1 raz w życiu. 30% uważa swoje zdrowie za gorsze niż dobre; 54% odczuwa dwie lub więcej powtarzających się dolegliwości subiektywnych; 32% jest niezadowolonych ze swojego życia. Otyłość lub nadwagę stwierdzono u 11% 15-latek. W grupie dziewcząt bez nadwagi 49% uważa się za zbyt grube, a 28% odchudza się⁴.

W grupie dziewcząt większość wymienionych powyżej problemów narasta z wiekiem, między 11 a 15 rokiem życia. Również pod wieloma względami polskie 15-letnie dziewczęta zajmują bardzo niekorzystne miejsce w rankingach międzynarodowych. Dotyczy to wymienionych powyżej wskaźników samooceny zdrowia, zadowolenia z życia i obrazu własnego ciała. Należy też zwrócić uwagę na niekorzystne trendy obserwowane przy porównaniu wyników badań HBSC z 2010 i 2014 roku. Istotne pogorszenie nastąpiło na przykład w zakresie obrazu własnego ciała i częstości palenia marihuany.

Analizując wyniki badań HBSC, za przyjęciem dziewcząt jako grupy szczególnego ryzyka przemawia również porównanie trendów zachowań zdrowotnych nastolatków obojga płci. Współwystępowanie korzystnych trendów u chłopców i niekorzystnych u dziewcząt spowodowało całkowitą redukcję różnic w częstości podejmowania wielu zachowań ryzykownych, takich jak picie alkoholu i palenie tytoniu⁵. Równocześnie stale utrzymują się niekorzystne dla dziewcząt różnice w samoocenie zdrowia, co jest prawidłowością obserwowaną we wszystkich krajach.

Elementem spajającym składniki zdrowego stylu życia jest aktywność fizyczna. Osoby aktywne fizycznie częściej podejmują inne zachowania prozdrowotne, np. zdrowe odżywianie. Aktywność fizyczna korzystnie wpływa na zdrowie psychiczne, realną ocenę swojego wyglądu, podnosząc też poczucie własnej wartości. Korzystny wpływ aktywności fizycznej na

³ Mazur J. (red.) Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015, dostępne na stronie www.imid.med.pl

⁴ Dotyczy dziewcząt w wieku 11-15 lat.

⁵ Mazur J, Dzielska A, Kowalewska A, Fijałkowska A. Current trends in tobacco smoking among 15-year-old adolescents in Poland in the background of 30 countries. *Przegląd Lekarski* 2016;73(10):685-689.

zdrowie psychiczne podjęty został w wielu opracowanych ostatnio publikacjach^{6,7} z Instytut Matki i Dziecka.

We współczesnych badaniach zachowań zdrowotnych zaleca się ich łączne rozpatrywanie, jako zespołów zachowań mających zasadnicze oddziaływanie na zdrowie. Przykładem tego typu badań i interwencji jest podejście **SNAPO** - *Smoking, nutrition, alcohol, physical activity and overweight*, opracowane przez *The Royal Australian College of General Practitioners*. Koncepcja ta była w wielu krajach podstawą budowy i wdrażania wielu programów zdrowotnych skierowanych do różnych grup wieku, także z wykorzystaniem nowoczesnych technologii i metod komunikacji (e-health, m-health)⁸. Realizator projektu ma doświadczenie w analizach na podstawie podobnych paradygmatów, w tym są przykłady publikacji na temat ogólnych wzorców zachowań, czyli współwystępowania zachowań prozdrowotnych z redukcją zachowań ryzykownych⁹.

1.3. Aktywność fizyczna jako ważny element zdrowego stylu życia

Aktywność fizyczna jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży oraz utrzymania zdrowia i prawidłowej masy ciała. Dzięki niej następują korzystne zmiany we wszystkich narządach i układach organizmu. Aktywność fizyczna dzieli się na codzienną oraz zaplanowaną. Wydatek energetyczny związany z aktywnością fizyczną dotyczy zarówno celowo wykonywanych ćwiczeń fizycznych, jak i codziennych wyborów np. zajęcia sportowe, jazda na rowerze do pracy/szkoły, ale również tej porcji ruchu, którą każdy człowiek zapewnia sobie podczas wykonywania codziennych czynności, np. chodzenia, wstawania, sprzątanania. Trudno jest dokonać precyzyjnego pomiaru łącznej aktywności fizycznej bez urządzeń monitorujących, opierając się jedynie na danych z badań ankietowych. Młodsze dzieci mają naturalną potrzebę ruchu. Wyraża się ona we wszelkich formach ruchowych wcześniej nie zaplanowanych, podejmowanych dobrowolnie i żywiołowo¹⁰. Aktywność fizyczna zmienia się

⁶ Mazur J., Nałęcz H., Kleszczewska D., Małkowska-Szkutnik A., Borracino A.: Behavioural factors enhancing mental health – preliminary results of the study on its association with physical activity in 15 to 16 yrs olds. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2006; XX(4): 315-324.

⁷ Kleszczewska D., Małkowska-Szkutnik A., Nałęcz H., Mazur J.: Zachowania sedentarne a nieswoiste dolegliwości psychosomatyczne młodzieży szkolnej. *Pediatrics Polska* 2017 (w druku); doi: dx.doi.org/10.1016/j.ypepo.2017.06.005.

⁸ Oosterveen E, Tzelepis F, Ashton L, Hutchesson MJ. .A systematic review of eHealth behavioral interventions targeting smoking, nutrition, alcohol, physical activity and/or obesity for young adults. *Preventive Medicine* 2017 doi: 10.1016/j.ypmed.2017.01.009.

⁹ Mazur J, Kowalewska A, Baska T, Sigmund E, Nałęcz H, Nemeth A, Zawadzka D. Patterns of physical activity and multiple risk behaviour in adolescents from Visegrad countries. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2014, 12(1):56-67.

¹⁰ Ward DS, Saunders RP, Pate RR. Physical activity interventions in children and adolescents. *Human Kinetics Publ*, 2007.

w ontogenezie, a różne jej funkcje dominują w poszczególnych okresach rozwojowych. W okresie dojrzewania słabnie spontaniczna chęć do aktywności fizycznej. Młodzież w tym wieku, a szczególnie dziewczęta, stają się mniej aktywne fizycznie, rzadziej biorą udział w różnych formach aktywności fizycznej zarówno zorganizowanych jak i indywidualnych.

Wzory aktywności fizycznej, podobnie jak innych zachowań zdrowotnych, kształtują się już od wczesnego dzieciństwa i utrzymują się często przez okres młodości do wieku dojrzałego. Wykazano, że szczególnie istotny dla modelowania tych zachowań jest okres adolescencji. Z dużym prawdopodobieństwem można przypuszczać, że młodzież w okresie dojrzewania, charakteryzująca się wysokim poziomem aktywności fizycznej, także w przyszłości będzie wystarczająco aktywna fizycznie¹¹. Młodzież niewystarczająco aktywna fizycznie posiada i wzmacnia czynniki ryzyka chorób przewlekłych, wynikające z niedostatku ruchu. Z badań prowadzonych od wielu lat w różnych krajach świata wynika, że aktywność fizyczna istotnie związana jest przede wszystkim z wiekiem i płcią¹².

1.4. Aktywność fizyczna nastoletnich dziewcząt

W 2013 roku Instytut Matki i Dziecka realizował na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki projekt pt.: *Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej w wieku 9-17 lat – aktualne wskaźniki, tendencje ich zmian oraz wybrane zewnętrzne uwarunkowania*. Szczególną uwagę zwrócono na czynniki związane z: rodziną, rówieśnikami, szkołą i środowiskiem lokalnym. Przyjęto następujące wskaźniki aktywności fizycznej młodzieży: wskaźnik MVPA – aktywność fizyczna umiarkowana, uwzględniająca lekcje WF w szkole, służy on do monitorowania spełniania rekomendacji WHO - co najmniej 60 minut codziennie oraz wskaźnik VPA – intensywna aktywność fizyczna, w czasie wolnym¹³.

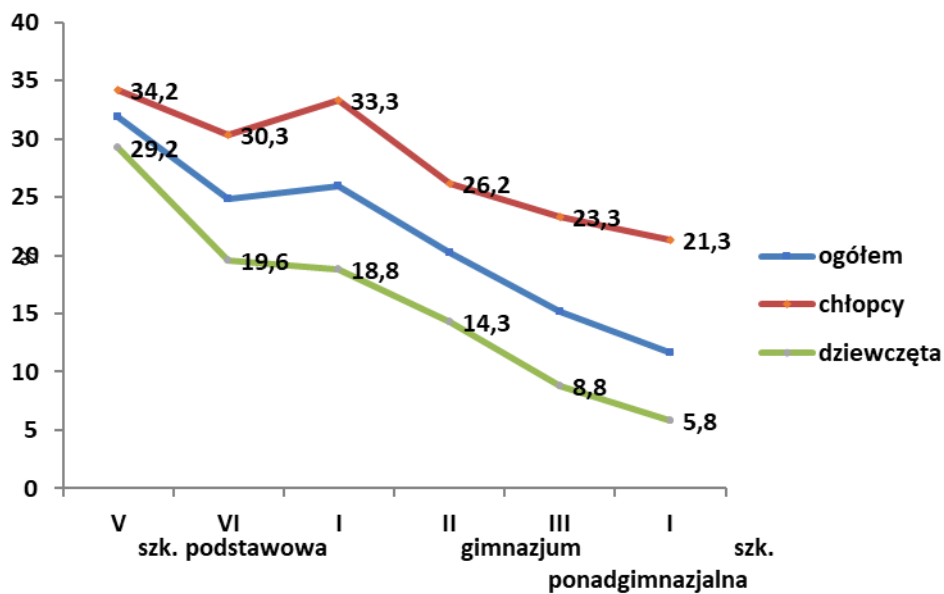
Najważniejsze wyniki projektu, stanowiące jednocześnie rekomendacje dla praktyki interwencyjnej, to: aktywność fizyczna nastoletnich dziewcząt jest gorsza niż chłopców; aktywność fizyczna młodzieży szkolnej pogarsza się w wieku, okresem krytycznym gwałtownego spadku aktywności fizycznej jest 12 rok życia u dziewcząt i 14 rok życia u chłopców, co można wiązać z przemianami okresu dojrzewania. W kolejnych grupach wieku pogłębiają się różnice zależne od płci. W V klasie szkoły podstawowej różnica odsetka chłopców i dziewcząt spełniających kryterium MVPA=7 wynosi 5% i jest nieistotna

¹¹ Telama R. Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. *Obes Facts*. 2009;2(3):187–95.

¹² Fakhouri, T. H., Hughes, J. P., Burt, V. L., Song, M., Fulton, J. E., & Ogden, C. L. (2014). Physical activity in U.S. youth aged 12–15 years, 2012 NCHS Data Brief, 141. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

¹³ US Department of Health and Human Services, *Healthy People 2010*. Washington, DC US Dept of Health and Human Services 2000.

statystycznie. Począwszy od VI klasy szkoły podstawowej notuje się już dużo większe różnice, które są istotne statystycznie. Wyniki analiz sugerują występowanie u dziewcząt głównego okresu krytycznego na przełomie szkoły podstawowej i gimnazjum, kiedy to obserwowany jest w kolejnych rocznikach istotny spadek aktywności fizycznej umiarkowanej i intensywnej. Kolejnym momentem krytycznym może być też III klasa gimnazjum, kiedy spadkowi aktywności fizycznej towarzyszy coraz gorsza samoocena, nasilenie dolegliwości subiektywnych i coraz częstsze podejmowanie zachowań ryzykownych (ryc. 1).



Rycina 1. Odsetek dzieci i młodzieży spełniających zalecenia rekomendowanej aktywności fizycznej (MVPA=7) wg płci i klasy szkolnej

Negatywny wpływ na podejmowanie aktywności fizycznej przez młodzież mają identyfikowane przez nich bariery. Młodzież, która postrzegała więcej przeszkód, miała większe ryzyko hipoaktywności¹⁴. W Polsce, tematyka postrzegania barier w aktywności fizycznej nastolatków również podjęta została w cytowanych badaniach przeprowadzonych w 2013 roku¹⁵. Zidentyfikowano bariery w podejmowaniu aktywności fizycznej w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania oraz zbadano, jak wpływają one na poziom aktywności fizycznej badanych. Wyróżniono następujące przeszkody w podejmowaniu aktywności fizycznej: brak energii, brak czasu, brak wsparcia społecznego, brak silnej woli oraz brak umiejętności. Wszystkie analizowane bariery istotnie częściej zgłaszały dziewczęta niż

¹⁴ Allison KR, Dwyder JJ, Makin S. Perceived barriers to physical activity among high school students. *Prev Med* 1999; 28 (6):608-15.

¹⁵ Jokowska M., Mazur J., Oblacińska A.: Perceived barriers to physical activity among polish adolescents. *Przeegl Epidemiol* 2015; 69: 73 – 78.

chłopcy, a największe różnice między dziewczętami a chłopcami dotyczyły: braku energii (55,4% v. 35,9%) oraz braku czasu (50,5% v. 31,7%). W odniesieniu do wieku, stwierdzono, że młodzież starsza istotnie częściej wskazywała na istnienie barier niż młodsza. Identyfikacja i analiza barier jest istotna dla lepszego zrozumienia zachowań związanych z aktywnością fizyczną dziewcząt oraz podejmowania efektywnych działań interwencyjnych w tej grupie.

1.5. Inne zachowania związane ze zdrowiem nastoletnich dziewcząt

Zgodnie z założeniem modelu SNAPO, oprócz aktywności fizycznej obejmuje on inne zachowania, takie jak: sposób odżywiania, picie alkoholu i palenie tytoniu oraz występowanie nadwagi i otyłości, jako efekt zdrowotny. Według danych HBSC 2014 nadwaga lub otyłość występuje u 6% piętnastoletnich dziewcząt.

W świetle wyników tych samych badań HBSC z 2014 roku, prawie jedna czwarta 15-letnich dziewcząt w Polsce nie spożywa śniadań przed wyjściem do szkoły. Co najmniej raz dziennie owoce i warzywa spożywa 30% dziewcząt, ale taki sam odsetek również codziennie spożywa słodycze. W odniesieniu do zachowań ryzykownych, prawie 15% dziewcząt pali tytoń co najmniej raz w tygodniu, a alkohol pije w każdym tygodniu lub częściej ponad 9% z nich.

Jak wskazują wyniki wielu badań, powyższe zachowania związane z zdrowiem są ze sobą skorelowane, jak również korelują z poziomem aktywności fizycznej. Niemniej występują różne wzory zachowań¹⁶. Założeniem wdrażanego programu jest oddziaływanie na ogólny styl życia poprzez promocję aktywności fizycznej.

1.6. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Z dokonanego przeglądu literatury w zakresie programów interwencyjno-profilaktycznych wynika, że większość z nich zawiera trzy podstawowe elementy interwencji, które mają doprowadzić do trwałych zmian postaw, a w konsekwencji do poprawy zachowań: komponent poznawczy, komponent behawioralny i komponent emocjonalno-motywacyjny, a także prowadzone są z zaangażowaniem szerszego środowiska społecznego.

Przytoczona powyżej argumentacja wskazuje na populację dziewcząt 15-letnich, jako grupę szczególnego ryzyka w odniesieniu do zachowań zdrowotnych i ryzykownych. Realizacja badań interwencyjnych na terenie szkoły na końcowym etapie edukacji obowiązkowej stwarza ostatnią szansę dotarcia do populacji dorastających dziewcząt. Należy

¹⁶ Mazur J, Kowalewska A, Baska T, Sigmund E, Nałęcz H, Nemeth A, Zawadzka D. Patterns of physical activity and multiple risk behaviour in adolescents from Visegrad countries. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2014, 12(1):56-67.

dążyć do budowy programów o udowodnionej skuteczności, atrakcyjnych dla młodzieży, które docelowo mogłyby objąć znaczną część populacji. Niewiele badań i interwencji w tej grupie testowanych jest pod względem ich skuteczności dla rzeczywistej poprawy zachowań zdrowotnych dziewcząt.

1.7. Uzasadnienie włączenia technik telemonitoringu

Cechą współcześnie realizowanych programów promocji zdrowia jest równoległe docieranie do populacji docelowej za pośrednictwem różnych kanałów oddziaływania, w tym za pośrednictwem kampanii medialnych i tzw. małych mediów. Z drugiej strony szereg coraz popularniejszych urządzeń mobilnych ma aplikacje pozwalające monitorować różne elementy zdrowego życia, w tym aktywność fizyczną. W programie *Zdrowa Ja* urządzenia mobilne pełnią różną funkcję, co świadczy o oryginalności tego projektu. Funkcje urządzeń mobilnych to¹⁷: jak opisano we wprowadzeniu, monitorowanie przez zespół realizujący projekt aktywności fizycznej uczestników programu poprzez obiektywny pomiar liczby kroków i zmian częstości tętna, możliwość obserwacji własnej aktywności uczestniczek, możliwość obserwacji postępów innych osób i wymiany doświadczeń, możliwość ustanawiania celów i planowania aktywności, wsparcie przez realizatorów programu poprzez wysyłanie odpowiednich komunikatów lub przesyłanie informacji instruktażowych.

Urządzenia mobilne, takie jak krokomierze i akcelerometry, były już od dawna stosowane do obiektywnego pomiaru aktywności fizycznej. Jest to tym ważniejsze, że metody kwestionariuszowe są nieprecyzyjne i trudno jest za ich pośrednictwem oszacować na przykład codzienną aktywność, niezwiązaną z zajęciami sportowymi.

Dynamicznie rozwija się też wspomaganie telemonitoringiem opieki medycznej, zarówno na poziomie komunikacji między lekarzem a pacjentem, diagnostyki i identyfikacji zaburzeń, jak i (samo)kontroli stosowania terapii czy też oddziaływań edukacji zdrowotnej. Pojęcie mobilnej medycyny (m-Health) obejmuje wszystkie szybko rozwijające się nowoczesne mobilne technologie wykorzystywane w celu dostarczania informacji i usług związanych z szeroko pojmowaną ochroną zdrowia. Stosunkowo ogólną definicję m-Health podaje np. organizacja *m-Health Alliance*¹⁸. Zgodnie z nią, m-Health to rozwiązania dostarczające usługi medyczne oparte bezpośrednio na technologiach mobilnych oraz

¹⁷ Yang CH, Maher JP, Conroy DE: Implementation of Behavior Change Techniques in Mobile Applications for Physical Activity. *Am J Prev Med* 2015;48(4):452–455.

¹⁸ www.mhealthknowledge.org/resource-type/mhealth-alliance

wszystkie inne, w sposób znaczący wspierane przez te technologie¹⁹. Pojęcie m-Health zawiera się w szerszej definicji pojęcia e-Health, które oznacza wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych (komputerów z odpowiednim oprogramowaniem, sieci komputerowych, łączności satelitarnej i komórkowej itp.) w celu dostarczania usług medycznych.

Telemonitoring ma dziś także coraz większe szanse wspomagać programy promocji zdrowia. Aplikacje zdrowotne są obiecującą strategią promocji zdrowia nie tylko jako narzędzie monitorowania, ale także wyznaczania celów, poprawy samokontroli i zwiększenia świadomości. Należy więc propagować korzystanie z aplikacji zdrowotnych z jednoczesnym podnoszeniem wiedzy cyfrowej wśród użytkowników i rozwijaniem umiejętności odczytywania zdrowia (*health literacy*), czyli zdolności do uzyskiwania dostępu, zrozumienia i spożytkowania informacji w celu promowania i utrzymania dobrego stanu zdrowia²⁰. Przykłady realizowanych programów i ocenę ich skuteczności przedstawiono na końcu tego opracowania.

Ważnym argumentem za włączeniem urządzeń mobilnych do programów skierowanych do młodzieży jest ich duża atrakcyjność w porównaniu z tradycyjną edukacją zdrowotną. Dane z badań pilotażowych do kolejnej rundy badań HBSC w Polsce wskazują, że 60% młodzieży w wieku 13-16 lat używało urządzeń mobilnych do monitorowania aktywności fizycznej, częściej aplikacji w smartfonach. Wykazano również, że ponad 90% ankietowanych, codziennie, kilka razy lub „cały czas” utrzymuje kontakt z innymi poprzez media społecznościowe. Powszechny dostęp do telefonów komórkowych i bezpłatne wyposażenie w urządzenia monitorujące daje szanse objęcia programem prawie całej populacji w wylosowanych szkołach. Elementem wzmacniającym może być równoległa realizacja zajęć warsztatowych prowadzonych metodami aktywizującymi, a jednym z celów programu *Zdrowa Ja* jest porównanie różnego typu interwencji.

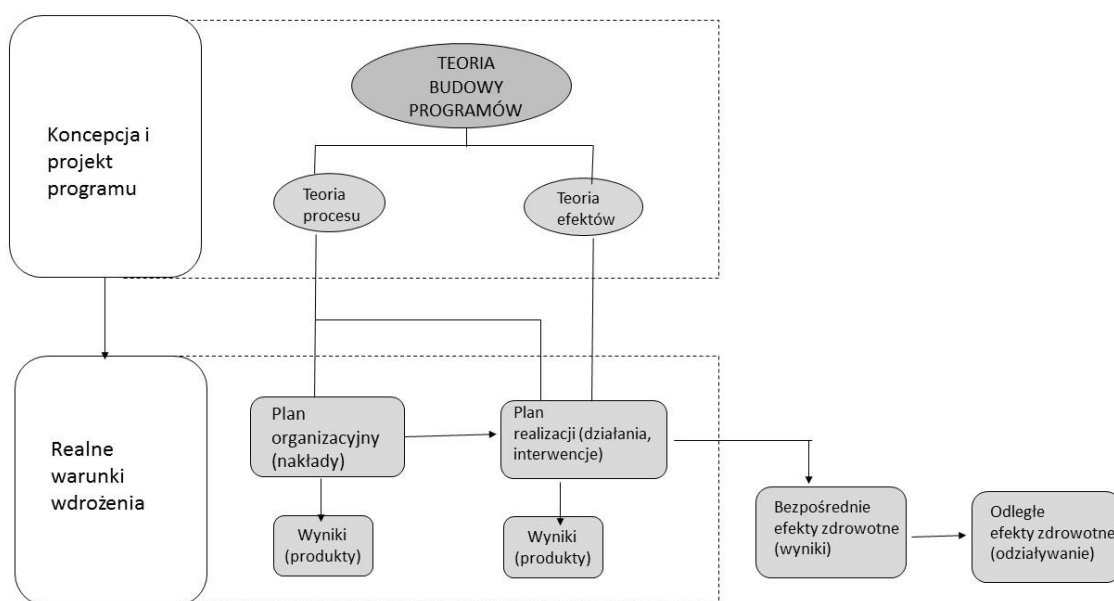
¹⁹ Jelonek D. Strategiczna harmonizacja monitorowania otoczenia i technologii informacyjnej w przedsiębiorstwie, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2009.

²⁰ Zadarko-Domaradzka M, Zadarko E. Aplikacje zdrowotne na urządzenia mobilne w edukacji zdrowotnej społeczeństwa. *Edukacja-Informatyka*, 2016, 4(18): 291-296.

2. CELE PROGRAMU

2.1. Poziomy formułowania celów

Cele program należy rozpatrywać na dwóch płaszczyznach: jako cele związane z procesem realizacji programu i jako jego korzyści (np. zdrowotne) dla uczestników. Jest to zgodne z podejściem opisanym przez L.M. Issel w monografii *Health Program Planning and Evaluation. A Practical, Systematic Approach for Community Health*²¹, które można traktować jako alternatywę dla modelu logicznego przedstawionego w następnej części opracowania. Schemat tego podejścia przedstawiono na ryc. 2.



Rycina 2. Teoretyczne podstawy programu zdrowotnego w kontekście stawianych celów.

Na etapie składania wniosku skoncentrowano się na procesie realizacji programu i jego ważnym komponentem, jakim jest zastosowanie telemonitoringu.

Sformułowano następujące cele:

1. Opracowanie założeń i narzędzi do realizacji programu interwencyjno-profilaktycznego z obszaru wzmocnienia zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt realizowanego z wykorzystaniem telemonitoringu, w tym urządzeń pomiarowych i aplikacji mobilnej.

²¹ Wydane przez Jones and Bartlett Publ. w 2000 r., sam model jest adaptacją podejścia z pracy: Rossi P., Freeman H., Lipsey M.: *Evaluation. A Systematic Approach*. Sage Publ. 1993.

2. Wybór techniki telemonitoringu do oddziaływania na zachowania zdrowotne 15-letnich dziewcząt.
3. Opracowanie kryteriów skuteczności programu interwencyjno-profilaktycznego wzmacniającego zachowania zdrowotne 15-letnich dziewcząt.

Cele programu *Zdrowa Ja*, jako jego skutki zdrowotne, zostały sformułowane na różnym stopniu ogólności i z różnej perspektywy czasowej.

Cel długoterminowy – zmniejszenie ryzyka zagrożenia populacji chorobami cywilizacyjnymi, ze szczególnym naciskiem na redukcję odsetka osób z nadmiarem masy ciała

Cel średnioterminowy – poprawa zachowań zdrowotnych nastolatków, ich zdrowia subiektywnego oraz kompetencji w zakresie zarządzania własnym zdrowiem

Cele bieżące – wymierna poprawa wskaźników zdrowotnych w wyniku interwencji.

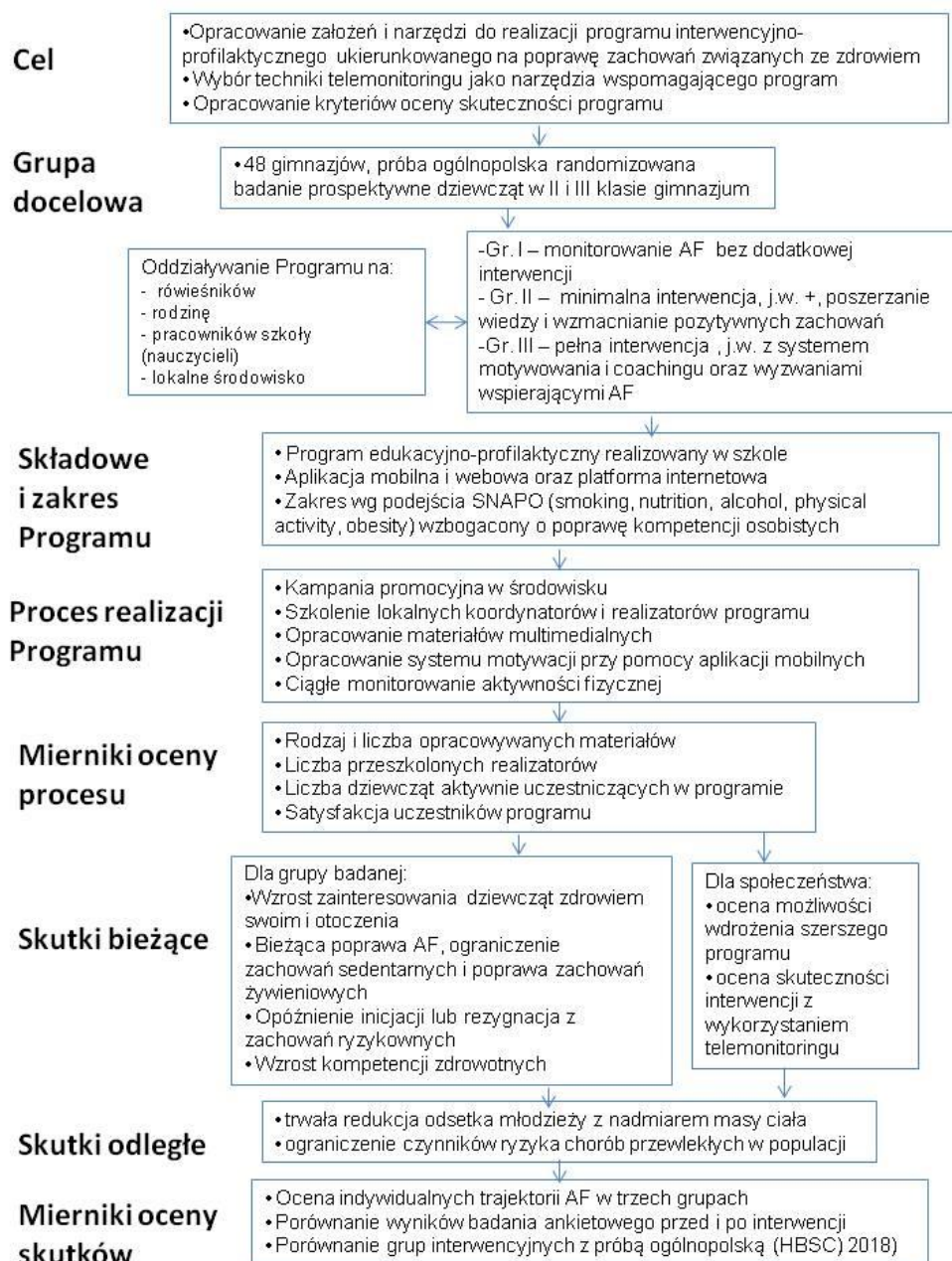
W opracowaniu dotyczącym oceny skuteczności programu *Zdrowa Ja* cele bieżące zostały sprecyzowane i przełożone na język konkretnych wskaźników zgodnie z zasadą S.M.A.R.T²², czyli cel musi być :

- **Sprecyzowany** (*specific*) - określony w sposób konkretny i jednoznaczny, nie pozostawiający miejsca na dowolność interpretacji.
- **Mierzalny** (*measurable*) – dający możliwość sprawdzania postępów na drodze do jego realizacji.
- **Atrakcyjny** (*attractive, attainable, achievable*) – niosący nowe i dający wymierne korzyści.
- **Realistyczny** (*realistic, relevant*) – możliwy do osiągnięcia.
- **Terminowy** (*time bound*) – z ustaloną datą jego osiągnięcia.

²² Odwołanie do znaczenia słowa „SMART” jako sprytny. Rozszerzenie tej koncepcji to dążenie do ustalanie celów określanych jako SMARTER (sprytniesz), gdzie dodatkowe dwie litery na końcu odnoszą się do ewaluacji i wyciągania wniosków ze zrealizowanego programu (R- jako Recognized, Rewarded, Revisited).

2.2. Model logiczny programu

Model logiczny programu przedstawiono na ryc. 3.



Rycina 3. Ramowy model logiczny projektu. (AF-aktywność fizyczna).

W celu oceny skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem telemonitoringu zrealizowano następujące zadania:

- Przeprowadzono badania ankietowe wśród dyrektorów szkół, które udzieliły zgody, oceniającego wielkość szkoły, warunki nauczania oraz poziom działań z zakresu edukacji zdrowotnej wg metodologii badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), celem identyfikacji nierówności na poziomie środowiska badań (wykorzystanie ankiety *school level* z protokołu badań HBSC);
- Kampania promująca projekt *Zdrowa Ja* w populacji 15-latek, w wylosowanych szkołach i ich środowiskach lokalnych;
- Stworzono sieć szkolnych zespołów koordynujących program na poziomie szkoły - dyrektorów szkół, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania (pielęgniarek szkolnych) oraz nauczycieli wychowania fizycznego (WF);
- Przeszkolono lokalnych koordynatorów i realizatorów programu - nauczycieli WF i pielęgniarek szkolnych z obszaru coachingu zdrowia;
- Przeprowadzono szkolenia dla użytkowników noszonych urządzeń pomiarowych oraz aplikacji mobilnej (wkład merytoryczny zapewniał realizator telemonitoringu wyłoniony w drodze konkursu) na poziomie szkolnych koordynatorów programu; pierwsze szkolenie z obsługi sprzętu, dalsze szkolenia prowadzone były kaskadowo wśród koordynatorów lokalnych – pielęgniarek szkolnych i nauczycieli WF oraz dziewcząt biorących udział w programie, po badaniu pilotażowym w Warszawie na małej próbie nielosowej;
- Opracowano materiały multimedialne, pakiety szkoleniowe oraz narzędzia ewaluacyjne (proces i wynik);
- Opracowano system motywacji przy użyciu aplikacji mobilnych i webowych;
- *Gra o zdrowie* i współpraca z wirtualnym asystentem dla grupy z pełną interwencją;
- Opracowano narzędzia do pomiaru zachowań zdrowotnych zidentyfikowanych zgodnie z podejściem SNAPO, wzbogacone o rozwój kompetencji osobistych;
- Przeprowadzono ankietowe badania otwierające z wykorzystaniem pytań z protokołu HBSC oraz podejścia SNAPO;
- Motywowanie liderów szkolnych, stanowiących efektywny kanał dotarcia do grupy docelowej, przez koordynatora szkoły z IMiD – jako zwiększanie realnego wpływu

na środowisko i w konsekwencji dziewczęta i jednocześnie radzenie sobie z ryzykiem niedostatecznego bodźcowania uczestników na poziomie szkoły;

- Ciągłe monitorowanie aktywności fizycznej;
- Przeprowadzono ankietowe badania zamykające na podstawie podejścia SNAPO, z uwzględnieniem czynników psychospołecznych oraz monitorowanie procesu i wyniku prowadzonej interwencji - efekt post hoc.

2.3. Oczekiwane efekty i ich wskaźniki

Oczekiwane rezultaty są powiązane z głównymi celami projektu przedstawionymi w punkcie 3.1. Zdefiniowano główne wskaźniki sukcesu, określając pożądany poziom zmian aktywności fizycznej dziewcząt oraz wskaźniki realnego uczestnictwa w programie (tab.1). Aktywność fizyczna została wybrana jako główny wskaźnik zachowań prozdrowotnych, jako że system monitorowania jest z nią powiązany. Dokładny zakres zbieranych informacji zawierają wzory kwestionariuszy, które wypełniane były przez dziewczęta objęte programem *Zdrowa Ja* (trzykrotna ankietyzacja w ciągu roku). Ich wzory zawarte są w rozszerzonej dokumentacji projektu.

Dodatkowe wskaźniki skuteczności opisane są w odrębnym dokumencie. Zakładały one, że poprawa aktywności fizycznej i aktywne uczestnictwo w zajęciach sprzyjających większemu zainteresowaniu własnym zdrowiem zaowocuje zmianą szeregu innych wskaźników, monitorowanych w trzech badaniach ankietowych.

Efekty interwencji w obszarze zachowań prozdrowotnych i zwiększania kompetencji zdrowotnych dziewcząt można badać, w różnych punktach odniesienia, w tym:

- Zahamowanie tempa pogarszania się wskaźników zdrowotnych dziewcząt objętych roczną interwencją między 14 a 15 rokiem życia;
- Zmniejszenie różnic między chłopcami i dziewczętami w odniesieniu do wskaźników, które u dziewcząt kształtowały się na gorszym poziomie;
- Zmniejszenie różnic między szkołami w próbie objętej interwencją oraz w porównaniu z danym ogólnopolskim (badania HBSC).

Tabela 1. Główne rezultaty planowane jako efekt interwencji

Lp.	Zakładane rezultaty realizacji zadania	Sposób monitorowania osiągniętych rezultatów	Planowany poziom osiągnięcia wskaźnika rezultatu (wartość docelowa)
1.	Ocena przydatności nowoczesnych mediów elektronicznych i telemonitoringu w programach promocji zdrowia ukierunkowanych na poprawę zachowań zdrowotnych nastoletnich dziewcząt	- Zapis danych z urządzenia pomiarowego - Monitorowanie aktywności w aplikacji - <i>Gra o zdrowie</i> - Współpraca z wirtualnym asystentem	- aktywność badanych dziewcząt w systemie na poziomie 90% - wejście do Gry o punkty zdrowia na poziomie 30% - podjęcie współpracy z wirtualnym asystentem - kwartalne raporty administratora danych
2.	Krótko i długoterminowy efekt poprawy aktywności fizycznej 15-letnich dziewcząt przy stosowaniu telemonitoringu	Badanie ankietowe na wejściu i wyjściu z programu oraz badanie follow-up; porównanie z danymi populacyjnymi	zebranie danych od przynajmniej 70% badanych dziewcząt
4.	Krótko i długoterminowy efekt poprawy innych zachowań powiązanych ze zdrowiem 15 – letnich dziewcząt w wyniku realizowanej interwencji	Badanie ankietowe na wejściu i wyjściu z programu oraz badanie follow-up; porównanie z danymi populacyjnymi	- obiektywny pomiar z noszonego urządzenia - poprawa aktywności fizycznej w zakresie od 35-45% w efekcie krótkoterminowym - poprawa aktywności fizycznej w zakresie od 10-15% w efekcie długoterminowym
5.	Podniesienie kompetencji kadry na terenie szkół (pielęgniarki szkolne, nauczyciele WF)	Obecność na szkoleniach tematycznych	- ukończenie minimum 3 szkoleń

3. GRUPA DOCELOWA – ADRESACI PROGRAMU

3.1. Oszacowanie populacji

W programie *Zdrowa Ja*, w świetle przyjętych założeń, wzięły udział dziewczęta 15-letnie, które były monitorowane przez okres około roku, uczestnicząc w różnych komponentach programu. Ze względu na reformę systemu edukacji (tzw. wygaszanie gimnazjów) i termin rozpoczęcia programu (IX 2017), zdecydowano się objąć nim uczennice II klas gimnazjów (przeważnie rocznik 2003), które w większości w trakcie realizacji programu ukończyły 15-lat, a jednocześnie mogły być nadal obserwowane w III klasie gimnazjum.

Wg danych Głównego Urzędu Statystycznego (31.12.2016), populacja dziewcząt urodzonych w 2003 roku liczy w Polsce 170892 osób. Próbę docelową ograniczał termin realizacji programu i koszty urządzeń mobilnych – 1200 opasek, z opcją pomiaru tętna (lub o zbliżonych parametrach). Oznacza to objęcie programem 0,7% populacji.

3.2. Losowanie próby szkół

Zdecydowano wylosować próbę 48 gimnazjów do przeprowadzenia interwencji na terenie 16 województw z uwzględnieniem warunków społeczno-ekonomicznych regionu zamieszkania. Szkoły zostały losowo przyporządkowane do trzech opisanych dalej grup: kontrolnej i dwóch interwencyjnych (12, 12, 24 gimnazjów) oraz uwzględniono losowanie szkół zapasowych.

W programie *Zdrowa Ja* brały udział po 3 szkoły w jednym województwie – w dużym mieście (pow. 100 tysięcy mieszkańców), mniejszym mieście i rejonie wiejsko-miejskim. Uwzględnienie wszystkich województw i różnych typów miejscowości gwarantowało dotarcie do rejonów o różnym poziomie rozwoju gospodarczego. Opracowując schemat losowego przypisywania szkół do interwencji uwzględniony został warunek, aby ogólny udział szkół realizujących opisane poniżej różne warianty programu był w każdym województwie zbliżony. W każdym województwie były 1-2 szkoły realizujące pełną interwencję (grupa I, p. dalej).

Operatem losowania próby była **lista gimnazjów publicznych** udostępniana i aktualizowana przez MEN (wersja z września 2016 roku). Oprócz listy zasadniczej sporządzono również listę szkół zapasowych. Każda szkoła znajdująca się w bazie MEN ma numer identyfikacyjny. Możliwe było więc wygenerowanie liczb losowych (np. w arkuszu excell) oraz wybranie szkół osobno dla każdego województwa na bazie tych numerów. Kryterium uczestnictwa w programie były co najmniej dwie klasy drugie w szkole, status szkoły publicznej, natomiast kryterium wykluczenia status szkoły sportowej. Szkoły wybierane

były w każdym województwie z uwzględnieniem wielkości miejscowości, aż do osiągnięcia odpowiedniej liczby szkół w dużych miastach, małych miastach i rejonach wiejskich (tab. 2). Zespół realizujący projekt niezwłocznie po zakończeniu losowania nawiązał kontakt ze szkołami, aby sprawdzić, czy nie są np. w stanie likwidacji i czy wyrażają chęć realizacji programu *Zdrowa Ja*.

W każdym gimnazjum wylosowano **2-3 klasy drugie** (w zależności od wielkości szkoły), czyli klasy „idące starym trybem” edukacyjnym. W klasach tych wybrano do 25 dziewcząt, spełniających kryteria wieku, które zgodziły się na udział w badaniu i uzyskały zgodę rodziców.

Szkoły uczestniczące w badaniu zostały losowo przypisane do trzech typów interwencji, z zastosowaniem metody **randomizacji**. Były to następujące grupy szkół:

- **grupa interwencyjna I (pełna interwencja)** - z obiektywnym pomiarem aktywności fizycznej, otrzymywaniem informacji zwrotnej z monitoringu elektronicznego z wykorzystaniem aplikacji mobilnej (komponent behawioralny) oraz dodatkowymi działaniami (np. warsztaty, gry terenowe i mobilne, informacje webowe) wspierającymi aktywność fizyczną i zdrowy styl życia (komponent środowiskowy w środowisku szkolnym i domowym) - 24 szkoły (**600 dziewcząt**).
- **grupa interwencyjna II (minimalna interwencja)** - z obiektywnym pomiarem aktywności fizycznej, otrzymywaniem informacji zwrotnej z monitoringu elektronicznego z wykorzystaniem aplikacji mobilnej; zawarty jest tu komponent behawioralny – wsparcie w poszerzaniu wiedzy i sugestie zachowań wzmacniających poszczególne zachowania zdrowotne (bez wsparcia środowiskowego) – 12 szkół (**300 dziewcząt**).
- **grupa interwencyjna III (zerowa interwencja (wewnętrzna grupa kontrolna))** – z analizą efektu samego obiektywnego pomiaru aktywności fizycznej, ponieważ z badań naukowych wynika, że samo tylko noszenie sprzętu pomiarowego może powodować zmiany aktywności fizycznej (tzw. efekt netto urządzenia pomiarowego) – 12 szkół (**300 dziewcząt**).

Dokładniejsze informacje na temat zasad porównywania trzech grup zawarte jest w opracowaniach na temat metod ewaluacji programu.

Projekt programu *Zdrowa Ja* uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Matki i Dziecka (nr decyzji 32/2017 z dnia 22 czerwca 2017 r.). Przedmiotem oceny Komisji był ogólny schemat realizacji projektu, ramowy zakres ankiety wypełnianej

przez uczennice oraz formularze zgody rodzica i samej uczestniczki. O prowadzeniu projektu powiadomione zostały wojewódzkie **kuratoria oświaty**, a zgodę na udział szkoły potwierdziła jej dyrekcja.

Tabela 2. Wylosowane szkoły według województw, klasy miejscowości i typu interwencji

Województwo	Razem	Typ interwencji								
		Pełna			Minimalna			Zerowa (grupa kontrolna)		
		DM	MM	RW	DM	MM	RW	DM	MM	RW
Dolnośląskie	3	x	x				x			
Kujawsko-pom.	3			x	x				X	
Lubelskie	3	x	x						X	
Lubuskie	3		x	x				x		
Łódzkie	3	x		x		x				
Małopolskie	3			x			x	x		
Mazowieckie	3	x				x				X
Opolskie	3			x		x		x		
Podkarpackie	3	x		x		x				
Podlaskie	3		x		x					X
Pomorskie	3	x	x							x
Śląskie	3			x	x				x	
Świętokrzyskie	3		x				x	x		
Warmińsko-maz.	3	x	x							x
Wielkopolskie	3		x		x		x			
Zachodniopom.	3	x		x					x	
Ogółem	48	8	8	8	4	4	4	4	4	4

*DM – duże miasta pow. 100 tys.²³; MM – mniejsze miasta; RW – rejony wiejsko-miejskie

3.3. Reprezentatywność próby

Warto zwrócić uwagę, że dodatkową grupę kontrolną stanowiły dziewczęta rok starsze (rocznik 2002), uczęszczające do III klasy gimnazjum w momencie rozpoczęcia programu *Zdrowa Ja*. Trudno było spodziewać się, aby zaproponowana interwencja spowodowała poprawę wszystkich zachowań zdrowotnych oraz wskaźników zdrowia subiektywnego, ponieważ pewne pogorszenie jest w tym wieku niejako prawidłowością rozwojową. **Sukcesem może być jednak uzyskanie przez uczestniczki programu dużo mniejszego stopnia pogorszenia w porównaniu z rok starszym rocznikiem.** Atutem programu była jego idealna

²³ We wstępnie wylosowanej próbie, jako duże miasta występuje 11 miast wojewódzkich oraz Elbląg, Kalisz, Koszalin, Ruda Śląska i Toruń. Mniejsze miasta mają średnio 30 000 mieszkańców.

zbieżność z kolejną rundą badań HBSC, które umożliwiły tego typu porównania i jednocześnie ocenę reprezentatywności wylosowanych szkół na tle danych ogólnopolskich.

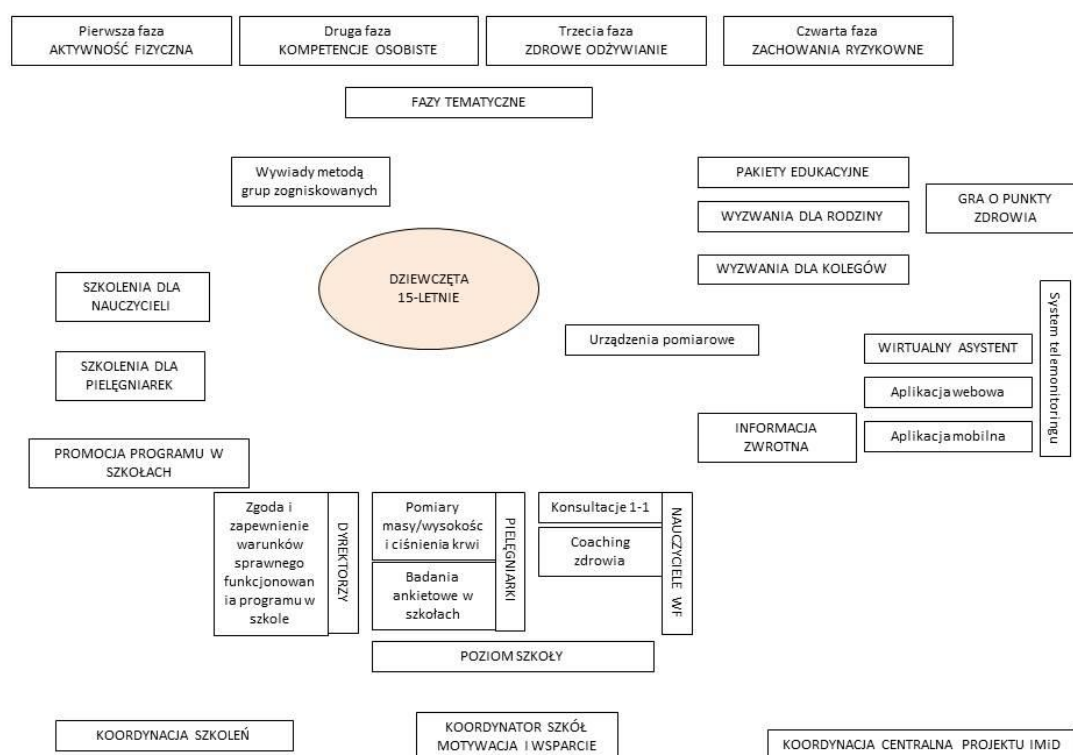
W początkowym okresie realizacji programu na terenie szkół, przeprowadzone zostało badanie ankietowe wśród dyrektorów oceniające wielkość szkoły, warunki nauczania oraz poziom działań z zakresu edukacji zdrowotnej również wg metodologii badań HBSC koordynowanych w Instytucie Matki i Dziecka²⁴. Protokół badań HBSC, oprócz zasadniczego kwestionariusza skierowanego do uczniów, zawierał też kwestionariusz oceny szkoły (*school level*), który wielokrotnie był stosowany w Polsce. Badanie to miało na celu porównanie trzech powyższych grup szkół przed rozpoczęciem programu interwencyjno-profilaktycznego w środowisku oraz zwrócenie uwagi na realizację komplementarnych programów, które mogą rzutować na warunki realizacji i ocenę skuteczności nowej interwencji.

²⁴ Woynarowska B. i wsp.: Środowisko fizyczne szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce w ocenie ich dyrektorów. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2011, 92(3), 455-460.

4. ORGANIZACJA PROGRAMU

4.1. Działania i części składowe programu interwencyjnego (modele)

Części składowe programu interwencyjnego przedstawiono na ryc. 4. Poziom górny odnosi się do zakresu tematycznego programu *Zdrowa Ja*, co jest zgodne z tematem wiodącym czterech cykli warsztatów. Również treści przekazywane za pośrednictwem aplikacji webowych były powiązane z aktywnością fizyczną, zdrowym odżywianiem, kompetencjami osobistymi i unikaniem zachowań ryzykownych. Wykaz sposobów docierania do populacji docelowej zawiera prawa strona wykresu, co już szczegółowo opisano w punkcie 3.2. Z kolei, poziom dolny opisuje działania na terenie szkoły, korespondując z system szkoleń i promocją programu w szkole (lewa strona wykresu).

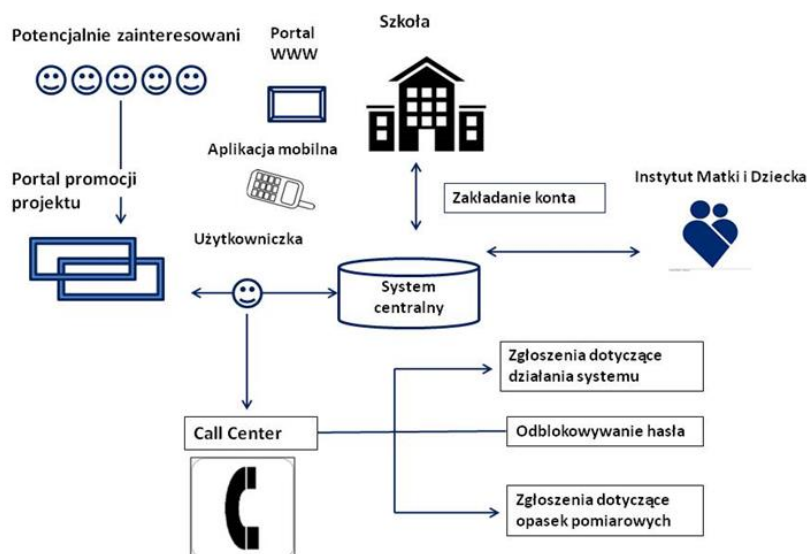


Rycina 4. Model komponentów programu interwencyjno-profilaktycznego.

4.2. Zasady działania telemonitoringu

Telemonitoring, certyfikowany medycznie zgodnie z normą ISO 13485, działający w systemie umożliwiającym dostęp do jego funkcjonalności za pomocą aplikacji webowej oraz aplikacji mobilnej, był dostępny dla uczestniczących w programie 15-letnich dziewcząt oraz

koordynatorów projektu zgodnie z określonymi rolami i nadanymi im przez administratora uprawnieniami. Kompleksowy system (ryc. 5.) umożliwił realizację działań szczegółowych.



Rycina 5. System telemonitoringu.

Opis urządzenia

Opaska nadgarstkowa wodoodporna do 30 m (można w niej pływać), pomiary: całodobowe monitorowanie aktywności (w tym kroki i dystans), sen, tętno; wyposażenie dodatkowe: kabel do ładowania i przesyłu danych; kompatybilność z różnymi systemami – Android, Windows Phone, iOS; czujniki: akcelerometr, wbudowany czujnik tętna; czas pracy: 14 dni; komunikacja: Bluetooth.

Możliwości:

- całodobowa możliwość zgłaszania problemów, możliwość konsultacji w sprawie sprzętu, przesyłu danych, haseł i indywidualnych kont uczestników pod numerem telefonu lub w formie „czatu”.
- kodowanie: Uczestniczka – opaska – dane. Możliwość przypisywania kodów uczestniczkom programu/opaskom z poziomu szkoły (np. w razie konieczności wymiany opaski),
- specyfikacja działania portalu internetowego dla Uczestniczek,
- indywidualne konta uczestniczek, monitorowanie aktywności na platformie webowej, zbieranie danych o wykonanych zadaniach, przeczytanych, załadowanych, obejrzanych, wysłuchanych materiałach edukacyjnych,

- aplikacja mobilna i jej współdziałanie z urządzeniem pomiarowym,
- funkcja asystenta – motywacja, przypomnienie o zadaniach, funkcja informacji zwrotnych z danych z opaski i aktywności na platformie webowej.

4.3. Dowody skuteczności

W świetle dostępnej wiedzy, program *Zdrowa Ja* jest unikatowy w skali krajowej i międzynarodowej. Opisywane w literaturze programy przeważnie mają charakter pilotażowy, obejmując kilkadziesiąt osób – do dwustu, jak również rzadko oceniane są równoległe interwencje (jako RTC – randomizowane próby kliniczne). *Zdrowa Ja* jest programem zaplanowanym dla ogólnopolskiej próby 1200 dziewcząt, w którym utrzymano wysokie standardy metodologiczne (dwa typy interwencji, grupa kontrolna, długi okres obserwacji, ewaluacja wyników).

W trakcie realizacji projektu prowadzony był przegląd literatury na temat skuteczności programów promocji zdrowia wykorzystujących nowoczesne technologie, z naciskiem na działania mieszczące się w koncepcji e-health i m-health oraz na działania skierowane do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Działania te traktowane jako *bench marking*, mają na celu przełożenie doświadczeń innych zespołów na zwiększenie skuteczności własnego programu. W centrum zainteresowania były też programy skierowane do dorosłych, ale dotyczące promocji zdrowego stylu życia, szczególnie aktywności fizycznej. Elementem części z tych programów było (tak jak w realizowanym programie *Zdrowa Ja*) bezpłatne (lub po obniżonej cenie) rozprowadzanie produktów wzmacniających działania interwencyjne²⁵.

Wydaje się, że kolejnym obszarem wartym monitorowania w światowym piśmiennictwie, są przeglądy programów interwencyjnych, które z założenia mają wykorzystywać wielopłaszczyznowe oddziaływanie na grupę docelową. Uzupełniający materiał stanowiły opracowania teoretyczne popularyzujące koncepcję SNAPO²⁶.

Dotychczas udało się zgromadzić (poza cytowanymi niżej w przypisach) kilkanaście wartościowych pozycji literatury (dokument wykazany w aneksie), które dotyczą pojedynczych

²⁵ Robinson MN, Tansil KA, Elder RW, et al. Mass media health communication campaigns combined with health-related product distribution: a Community Guide systematic review. *Am J Prev Med*2014;47(3):360–71.

²⁶ Oosterveen E, Tzelepis F, Ashton L, Hutchesson MJ. A systematic review of e-Health behavioral interventions targeting smoking, nutrition, alcohol, physical activity and/or obesity for young adults. *Prev Med.* 2017 Jun;99:197-206.

programów lub ich przeglądów²⁷. Przeglądy systematyczne stanowią syntezę oceny skuteczności programów zagranicznych oraz zawierają odwołanie do artykułów i dokumentów, które mogą w Polsce służyć jako materiał szkoleniowy.

Wnioski z przeglądu literatury zawarte zostały w raporcie końcowym oraz w artykułach poglądowych i prezentacjach skierowanych do różnych grup odbiorców, w tym w trakcie szkoleń dla realizatorów programu *Zdrowa Ja*.

5. OCENA PROGRAMU I JEGO WYKORZYSTANIE

5.1. Ramowy plan ewaluacji

Ewaluacja projektu obejmowała działania i procedury prowadzone i wdrażane w całym okresie trwania projektu, tj. od 1 czerwca 2017 do 31 grudnia 2018, jak również wstępne analizy prowadzone w fazie przedprojektowej. Badanie ewaluacyjne w tym okresie przeprowadzone zostały w trzech poziomach: *ex-ante*, *on-going* oraz *ex-post*. Będą miały one charakter ewaluacji wewnętrznej, prowadzonej przez zespół badawczy.

Ewaluacja opierała się na ogólnie uznawanych pięciu kryteriach ewaluacyjnych: trafności, skuteczności, efektywności, użyteczności i trwałości rezultatów, które mogą być uzupełniane o dodatkowe kryteria (oddziaływanie, komplementarność).

Projekt działań był podporządkowany przyjętemu kryterium (kryteriom), a sam harmonogram obejmował: postawienie pytań ewaluacyjnych, dobór narzędzi, realizację badania jakościowego lub ilościowego, analizę zebranych informacji oraz sporządzenie krótkiego raportu ewaluacyjnego wraz z rekomendacjami.

Zastosowano szereg metod i technik badawczych, które służą pomiarowi efektów oraz wyjaśnianiu mechanizmów wdrażania i oceny skuteczności programu interwencyjno-profilaktycznego. Techniki te obejmują: tzw. analizę *desk research*, czyli przegląd istniejących dokumentów, badania ilościowe i jakościowe oraz przegląd literatury.

Przegląd literatury, określane często jako międzynarodowy *bench marking*, ma służyć zebraniu informacji na temat podobnych programów międzynarodowych w kontekście ich skuteczności. Wykaz zgromadzonych prac znajduje się w kolejnym rozdziale tej części (I) Raportu.

²⁷ Loescher LJ, Rains SA, Kramer SS, Akers C, Moussa R. A Systematic Review of Interventions to Enhance Healthy Lifestyle Behaviors in Adolescents Delivered via Mobile Phone Text Messaging. *Am J Health Promot.* 2016 Dec 6.

Wykorzystanie wyników ewaluacji *ex-ante* i *on going* będzie służyć bieżącej modyfikacji projektu. Analiza *ex post* pomogła w sformułowaniu ogólnych wniosków na temat możliwości kontynuacji programu *Zdrowa Ja* oraz budowania podobnych programów promocji zdrowia i profilaktyki zachowań problemowych młodzieży szkolnej, bazujących na zasadzie „równoległe wdrażania szeregu interwencji” i/lub wykorzystujących tzw. duże media i małe urządzenia mobilne (e-Health i m-Health).

Szczegółowy opis działań ewaluacyjnych znajduje się w dwóch dokumentach wymienionych w aneksie. Pierwszy związany jest z realizacją zadań uzgodnionych ze zleceniodawcą (Ministerstwo Zdrowia) w kontekście wdrażania technik telemonitoringu. Drugi dokument jest analizą założeń oceny skuteczności w kontekście celów zdrowotnych programu *Zdrowa Ja*.

5.2. Upowszechnienie wyników

W ostatniej fazie realizacji projektu opracowany został raport końcowy, zawierający standardowe części, takie jak:

- podstawy teoretyczne interwencji;
- wnioski z przeglądu literatury na temat skuteczności zbliżonych interwencji;
- kontekst realizacji programu;
- opis metodologii;
- wyniki;
- wnioski i rekomendacje.

Tabela 3. Główne produkty programu interwencyjno-profilaktycznego poprawy aktywności fizycznej dziewcząt z wykorzystaniem technik telemonitoringu

Lp.	Produkt	Forma udostępniania
1.	Materiały edukacyjne dla nauczycieli	W wersji elektronicznej, do pobrania ze strony internetowej Wykonawcy
2.	Materiały edukacyjne wprowadzane na platformę dla dziewcząt, w tym materiały multimedialne	Platforma do wielokrotnego wykorzystania
3.	Materiały edukacyjne dla pielęgniarek szkolnych	W wersji elektronicznej, do pobrania ze strony internetowej Wykonawcy
4.	Standardy ewaluacji interwencyjnych projektów telemonitoringowych	Publikacje w czasopismach naukowych dla nauczycieli z zakresu zdrowia publicznego
5.	Narzędzia do pomiaru zachowań zdrowotnych według podejścia SNAPO	Publikacje naukowe w czasopismach z zakresu zdrowia publicznego

Niezależnie od powyższego raportu wyniki zostaną publikowane jako artykuły w piśmiennictwie fachowym skierowanym do różnych grup odbiorców oraz prezentacje konferencyjne. Opracowywanie artykułów jest kontynuowane w fazie poprojektowej. Obszary tematyczne to: prace pogładowe na temat skuteczności programów z wykorzystaniem współczesnych mediów i nowoczesnych technologii mobilnych; założenia metodyczne programu *Zdrowa Ja*, ocena skuteczności, porównanie różnych typów interwencji.

Formą upowszechniania wyników jest też dostęp do zasadniczych produktów projektu i aplikacji, co zależy od Zleceniodawcy. Wykaz podstawowych produktów zawiera tab. 3.

6. WYKAZ ZGROMADZONYCH PRAC NA TEMAT PROGRAMÓW INTERWENCYJNYCH POWIĄZANYCH TEMATYCZNIE Z PROGRAMEM *Zdrowa Ja*

Wykaz prac powiązanych tematycznie z programem *Zdrowa Ja*:

1. Addy NA, Shaban-Nejad A, Buckeridge DL and Dubé L.: An Innovative Approach to Addressing Childhood Obesity: A Knowledge-Based Infrastructure for Supporting Multi-Stakeholder Partnership Decision-Making in Quebec, Canada. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015;12:1314-1333; doi:10.3390/ijerph120201314.
2. Altenburg TM, Kist-van Holthe J, Chinapaw MJM.: Effectiveness of intervention strategies exclusively targeting reductions in children's sedentary time: a systematic review of the literature. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2016;13:65; doi: 10.1186/s12966-016-0387-5.
3. Bemelmans WJ, Wijnhoven TM, Verschuuren M, Breda J. Overview of 71 European community-based initiatives against childhood obesity starting between 2005 and 2011: general characteristics and reported effects. *BMC Public Health.* 2014 Jul 28;14:758. doi: 10.1186/1471-2458-14-758.
4. Biddle SJ, Petrolini I, Pearson N. Interventions designed to reduce sedentary behaviours in young people: a review of reviews. *Br J Sports Med.* 2014;48(3):182-6. doi: 10.1136/bjsports-2013-093078.
5. Bleich SN, Segal J, Wu Y, Wilson R, Wang Y. Systematic review of community-based childhood obesity prevention studies. *Pediatrics.* 2013;132(1):e201-10. doi: 10.1542/peds.2013-0886.
6. Brennan LK, Brownson RC, Orleans CT. Childhood obesity policy research and practice: evidence for policy and environmental strategies. *Am J Prev Med.* 2014 Jan;46(1):e1-16. doi: 10.1016/j.amepre.2013.08.022.
7. Brennan LK, Kemner AL, Donaldson K, Brownson RC. Evaluating the implementation and impact of policy, practice, and environmental changes to prevent childhood obesity in 49 diverse communities. *J Public Health Manag Pract.* 2015 May-Jun;21 Suppl 3:S121-34. doi: 10.1097/PHH.0000000000000256.
8. Brown T, Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obes Rev.* 2009 Jan;10(1):110-41. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00515.x.
9. Busch V, Altenburg TM, Harmsen IA, Chinapaw MJ. Interventions that stimulate healthy sleep in school-aged children: a systematic literature review. *Eur J Public Health.* 2017 Feb 1;27(1):53-65. doi: 10.1093/eurpub/ckw140.
10. Carrà G, Crocamo C, Bartoli F, Carretta D, Schivalocchi A, Bebbington PE, Clerici M. Impact of a Mobile E-Health Intervention on Binge Drinking in Young

People: The Digital-Alcohol Risk Alertness Notifying Network for Adolescents and Young Adults Project. *J Adolesc Health*. 2016 May;58(5):520-6. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.01.008.

11. Clark AF, Wilk P, Mitchell CA, Smith C, Archer J, Gilliland JA. Examining How Neighborhood Socioeconomic Status, Geographic Accessibility, and Informational Accessibility Influence the Uptake of a Free Population-Level Physical Activity Intervention for Children. *Am J Health Promot*. 2017 Jan 1:890117117718433. doi: 10.1177/0890117117718433.
12. DeMattia L, Lemont L, Meurer L. Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obes Rev*. 2007 Jan;8(1):69-81.
13. Johnstone A, Hughes AR, Janssen X, Reilly JJ. Pragmatic evaluation of the Go2Play Active Play intervention on physical activity and fundamental movement skills in children. *Prev Med Rep*. 2017 May 22;7:58-63. doi: 10.1016/j.pmedr.2017.05.002.
14. Kelishadi R, Azizi-Soleiman F. Controlling childhood obesity: A systematic review on strategies and challenges. *J Res Med Sci*. 2014 Oct;19(10):993-1008.
15. Lloyd J, McHugh C, Minton J, Eke H, Wyatt K. The impact of active stakeholder involvement on recruitment, retention and engagement of schools, children and their families in the cluster randomised controlled trial of the Healthy Lifestyles Programme (HeLP): a school-based intervention to prevent obesity. *Trials*. 2017 Aug 14;18(1):378. doi: 10.1186/s13063-017-2122-1.
16. Mummah SA, King AC, Gardner CD, Sutton S. Iterative development of Vegethon: a theory-based mobile app intervention to increase vegetable consumption. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2016 Aug 8;13:90. doi: 10.1186/s12966-016-0400-z.
17. Onrust SA, Otten R, Lammers J, Smit F. School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016 Mar;44:45-59. doi: 10.1016/j.cpr.2015.11.002.
18. Patriota PF, Filgueiras AR, de Almeida VBP, Alexmovitz GAC, da Silva CE, de Carvalho VFF, Carvalho N, de Albuquerque MP, Domene SMA, do Prado WL, Torres GES, de Oliveira APR, Sesso R, Sawaya AL. Effectiveness of a 16-month multi-component and environmental school-based intervention for recovery of poor income overweight/obese children and adolescents: study protocol of the health multipliers program. *BMC Public Health*. 2017 Sep 15;17(1):708. doi:10.1186/s12889-017-4715-8.
19. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Morrison K, Ciliska D, Kenny M, Usman Ali M, Raina P. Prevention of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open*. 2015 Jan 13;3(1):E23-33. doi:10.9778/cmajo.20140053.
20. Reilly JJ, McDowell ZC.: Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal. *Proceedings of the Nutrition Society* 2003;62:611–619 doi: 10.1079/PNS2003276.

21. Sbruzzi G, Eibel B, Barbiero SM, Petkowicz RO, Ribeiro RA, Cesa CC, Martins CC, Marobin R, Schaan CW, Souza WB, Schaan BD, Pellanda LC. Educational interventions in childhood obesity: a systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. *Prev Med.* 2013 May;56(5):254-64. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.02.024.
22. Showell NN, Fawole O, Segal J, Wilson RF, Cheskin LJ, Bleich SN, Wu Y, Lau B, Wang Y. A systematic review of home-based childhood obesity prevention studies. *Pediatrics.* 2013 Jul;132(1):e193-200. doi: 10.1542/peds.2013-0786.
23. Sisson SB, Broyles ST, Baker BL, Katzmarzyk PT. Television, reading, and computer time: correlates of school-day leisure-time sedentary behavior and relationship with overweight in children in the U.S. *J Phys Act Health.* 2011 Sep;8 Suppl 2:S188-97.
24. Sisson SB, Krampe M, Anundson K, Castle S. Obesity prevention and obesogenic behavior interventions in child care: A systematic review. *Prev Med.* 2016 Jun;87:57-69. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.02.016.
25. Tomayko EJ, Prince RJ, Cronin KA, Parker T, Kim K, Grant VM, Sheche JN, Adams AK. Healthy Children, Strong Families 2: A randomized controlled trial of a healthy lifestyle intervention for American Indian families designed using community-based approaches. *Clin Trials.* 2017 Apr;14(2):152-161. doi:10.1177/1740774516685699.
26. Wang Y, Cai L, Wu Y, Wilson RF, Weston C, Fawole O, Bleich SN, Cheskin LJ, Showell NN, Lau BD, Chiu DT, Zhang A, Segal J. What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2015;16(7):547-65. doi: 10.1111/obr.12277.
27. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Burford BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub3.
28. Weissberg RP, Kumpfer KL, Seligman ME. Prevention that works for children and youth. An introduction. *Am Psychol.* 2003 Jun-Jul;58(6-7):425-32.
29. Williams CM, Nathan NK, Wyse RJ, Yoong SL, Delaney T, Wiggers J, Sutherland R, Freund M, Hodder RK, Wolfenden L. Strategies for enhancing the implementation of school-based policies or practices targeting risk factors for chronic disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD011677. doi: 10.1002/14651858.CD011677.
30. Wolfenden L, Jones J, Williams CM, Finch M, Wyse RJ, Kingsland M, Tzelepis F, Wiggers J, Williams AJ, Seward K, Small T, Welch V, Booth D, Yoong SL. Strategies to improve the implementation of healthy eating, physical activity and obesity prevention policies, practices or programmes within childcare services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD011779. doi: 10.1002/14651858.CD011779.pub2.

II. ZAŁOŻENIA EWALUACJI PROJEKTU OCENA SKUTECZNOŚCI INTERWENCYJNO-PROFILAKTYCZNEGO PROGRAMU POPRAWY ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH 15 LETNICH DZIEWCZĄT Z WYKORZYSTANIEM TECHNIKI TELEMONTORINGU - Hanna Nałęcz, Anna Dzielska

WPROWADZENIE

Ewaluacja jest narzędziem zdobywania informacji, które są podstawą podejmowania decyzji w projekcie. Służy ona także umacnianiu współodpowiedzialności zespołu projektowego za rezultaty realizowanych zadań. Celem ewaluacji nie jest generowanie gotowych rozwiązań, ani konkretnych pomysłów usprawniających prace projektowe, a ustalenie czy osiągnięto założone cele. Ewaluacja to systematyczne badanie, prowadzone z użyciem zróżnicowanych metod, złożone ze zbierania danych, analizy, oceny oraz informowania o wynikach.

W ujęciu ogólnym, planowanie i realizację działań ewaluacyjnych można podzielić na dwa główne typy:

- - **ewaluację procesu**, której celem jest zbadanie w jakim stopniu zespół realizująca projekt jest w stanie wdrożyć wszystkie jego elementy zgodnie z przyjętymi założeniami;
- - **ewaluację wyników**, której celem jest weryfikacja poziomu osiągnięcia celu projektu w wyniku wdrożonych strategii i działań.

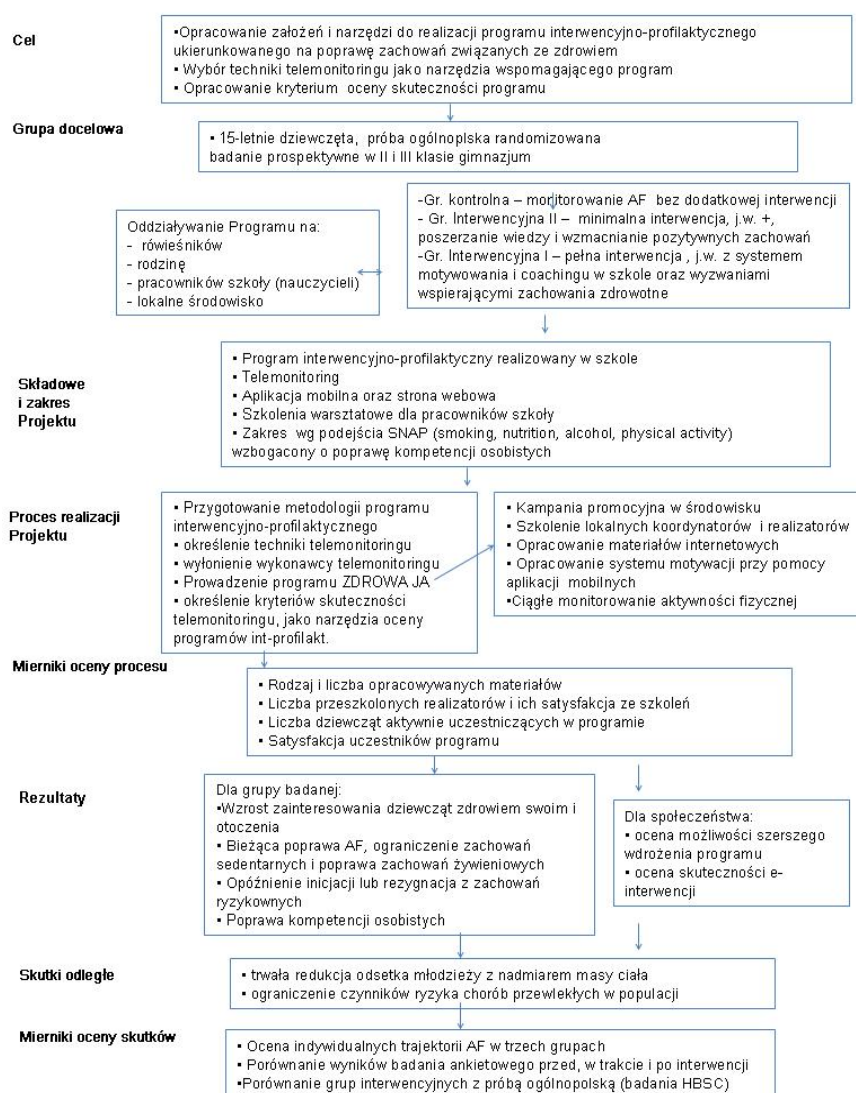
Ewaluację projektów zwykle prowadzi się w oparciu o wymienione poniżej kryteria:

1. **Adekwatność (trafność)** – dążąc do odpowiedzi, czy cele projektu odpowiadają aktualnym potrzebom oraz czy projekt charakteryzuje się spójną i logiczną strukturą.
2. **Skuteczność (wydajność)** – poszukując odpowiedzi, czy rezultaty projektu są zgodne z postawionymi celami, które z podejmowanych działań przyczyniły się do osiągnięcia celów.
3. **Efektywność** – dążąc do odpowiedzi, w jaki sposób posiadane w projekcie zasoby zostały przełożone na konkretne efekty i rezultaty.

4. Użyteczność – poszukując odpowiedzi, czy projekt spełnił oczekiwania grupy docelowej oraz czy rezultaty projektu są korzystne dla różnych grup odbiorców.
5. Trwałość – dążąc do odpowiedzi, czy efekty projektu są trwałe i długookresowe
6. Oddziaływanie – szukając odpowiedzi, czy rezultaty projektu zostały rozpowszechnione.

1. CHARAKTERYSTYKA PROJEKTU

Ogólną charakterystykę składowych i przebiegu projektu przedstawiono na poniższym modelu.



1.1. Czas trwania projektu

Projekt był realizowany od 1 czerwca 2017 r. do 31 grudnia 2018 r. W tym czasie została przygotowana szczegółowa metodologia programu interwencyjno-profilaktycznego *Zdrowa Ja*, wyłoniony został realizator telemonitoringu oraz zostały opracowane wszystkie narzędzia, które były wykorzystane w programie oraz miały służyć do oceny jego przebiegu i wyników, jak też narzędzia ewaluacyjne projektu.

1.2. Cele projektu

Ministerstwo Zdrowia postawiło przed IMiD określone zadanie do realizacji w ramach projektu *Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu*, określając jego trzy cele ogólne:

1. Opracowanie założeń i narzędzi do realizacji programu interwencyjno-profilaktycznego ukierunkowanego na poprawę zachowań związanych ze zdrowiem (w tym urządzeń pomiarowych oraz aplikacji mobilnej).
2. Wybór techniki telemonitoringu do oddziaływania na zachowania zdrowotne.
3. Opracowanie kryteriów skuteczności programu.

Zrealizowano następujące zadania w ramach postawionych celów:

Cel 1.

- Opracowano metodologię programu interwencyjno-profilaktycznego *Zdrowa Ja*
- Opracowano materiały szkoleniowe dla nauczycieli z obszarów: jesień 2017- aktywność fizyczna, zima 2017 – kompetencje społeczne, wiosna 2018 - zdrowe odżywianie, lato 2018 - zachowania ryzykowne;
- Przeprowadzono serię szkoleń dla pracowników szkoły w 4 blokach: coaching zdrowia, zdrowe odżywianie, kompetencje społeczne, zachowania ryzykowne młodzieży;
- Opracowano materiały promujące program na terenie szkoły (plakaty);
- Opracowano materiały informacyjne dla uczniów i rodziców na strony internetowe szkół;
- Przeprowadzono konkurs na asystenta w aplikacji mobilnej;

- Opracowano materiały na platformę webową i do włączenia w aplikacji mobilnej (Gra o punkty zdrowia: wyzwania/zadania dla przyjaciół, wyzwania dla rodziny, działania/podpowiedzi motywujące od asystenta).

Cel 2.

Dokonano:

- Analizy piśmiennictwa naukowego z obszaru monitorowania zachowań zdrowotnych dziewcząt nastoletnich w celu identyfikacji technik przynoszących pozytywne efekty w populacji nastoletnich dziewcząt;
- Analizy rynku m-medicine/m-health/e-health/e-medicine;
- Wyboru wykonawcy w ramach przetargu;
- Szczegółowo określono wymagania techniczno-merytoryczne na podstawie analizy piśmiennictwa oraz analizy rynku m-medicine/ m-health/ e-health/e-medicine

Cel 3.

- Prowadzono wielopoziomową, ciągłą ewaluację programu interwencyjno-profilaktycznego *Zdrowa Ja*, wdrażanego w szkołach w ramach projektu;
- Określono i przygotowano narzędzia ewaluacji programu *Zdrowa Ja*;
- Dokonano analizy wyników ewaluacji programu *Zdrowa Ja*.

1.3. Kompetencje niezbędne do prowadzenia projektu

Ponieważ cele projektu wykraczają poza ramy jednej dyscypliny naukowej, a sam projekt generuje różne rodzaje ryzyka (por. tab. 7), stworzono czternastoosobowy, multidyscyplinarny zespół projektowy, zbudowany z części zarządczo-merytorycznej oraz administracyjnej.

Profil kompetencji członków zespołu odpowiada wymaganiom określonym przez cele projektu. Szczegółowy zakres kompetencji zespołu określono w tab. 4.

Tabela 4. Zespół projektowy – kompetencje

l.p.	Imię i nazwisko	Zakres obowiązków i sposób zaangażowania przy realizacji oferty	Kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zadań będących przedmiotem zadania
1.	Anna Fijałkowska	Kierownik projektu Koordynacja projektu w obszarze koncepcji i założeń, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktycznej funkcji aktywności fizycznej wobec chorób sercowo-naczyniowych	Dr hab. med., prof. IMiD Zastępca Dyrektora IMiD ds. Nauki Kierownik Zakładu Kardiologii IMiD Lekarz specjalista II ^o w dziedzinie kardiologii
2.	Hanna Nałęcz	Koordynacja projektu w obszarze koncepcji, opracowania metodologii, konstrukcji narzędzi i szkoleń. Analiza wskaźników oceny skuteczności programu. Koordynacja i koncepcja szkoleń liderów szkolnych. Opracowanie raportów częściowych, raportu końcowego i publikacji naukowych	Dr n. kult. fiz.; Specjalista zdrowia publicznego; Mgr pedagogiki; Członek zespołu badawczego międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC) w grupie roboczej aktywność fizyczna; Kontakt krajowy w projekcie The Lancet Physical Activity Observatory – GoPA!; Konsultant naukowy w krajowych i międzynarodowych projektach dotyczących aktywności fizycznej dzieci, młodzieży i dorosłych.
3.	Anna Oblacińska	Koordynacja projektu w obszarze koncepcji, metodologii, tworzenia narzędzi i merytorycznych założeń szkoleń koordynatorów szkolnych. Udział w opracowaniu raportów i publikacji naukowych	Dr hab. med., prof. IMiD; Kierownik Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży IMiD; Lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii i medycyny szkolnej; Wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu badań dotyczących problemu nadwagi i otyłości u nastolatków; Doświadczenie w opracowywaniu i realizacji programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz w szkoleniu lekarzy i pielęgniarek POZ w zakresie działań profilaktycznych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym
4.	Joanna Mazur	Koordynacja projektu w obszarze koncepcji badań, metodologii, doboru próby oraz konstrukcji narzędzi badawczych. Koncepcja i koordynacja analiz statystycznych. Udział w opracowaniu raportów i publikacji naukowych	Dr hab. n. o zdrowiu, prof. IMiD; Specjalista w zakresie zarządzania projektami naukowo-badawczymi, doświadczenie w ewaluacji projektów badawczych; Koordynator krajowy międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC); Wieloletnie doświadczenie w opracowywaniu metodologii badań naukowych i prowadzeniu naukowych projektów, w tym międzynarodowych; Doświadczenie w przeprowadzaniu analiz wyników badań z zastosowaniem nowoczesnych metod statystycznych
5.	Dorota Kleszczewska	Koordynacja projektu w obszarze zadań PR, opracowanie koncepcji promocji projektu, przygotowanie materiałów prasowych	Mgr socjologii, prezes Fundacji IMD, specjalista w dziedzinie kontaktów z mediami, doświadczenie w realizacji projektów badawczych i działań akcyjnych związanych z promocją aktywności fizycznej
6.	Anna Dzielska	Koordynacja szkół i szkoleń liderów szkolnych. Analiza statystyczna. Udział w opracowaniu raportów i publikacji naukowych	Mgr pedagogiki, otwarty przewód doktorski na Uniwersytecie Warszawskim; Specjalista w zakresie psychodietetyki; Członek zespołu badawczego HBSC. Grupa robocza zajmująca się odżywianiem i dietą (<i>Eating and Dieting Focus Group</i>); Zastępca kierownika <i>Youth engagement advisory group</i> w sieci HBSC

c.d.

Tabela 4. Zespół projektowy – kompetencje – C.D.

l.p.	Imię i nazwisko	Zakres obowiązków i sposób zaangażowania przy realizacji oferty	Kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zadań będących przedmiotem zadania
7.	Maria Jodkowska	Opracowanie i prowadzenie szkoleń w szkołach Udział w opracowaniu raportów i publikacji naukowych	Dr n. med., Lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii i medycyny szkolnej; Doświadczenie w prowadzeniu badań dotyczących modyfikowalnych czynników ryzyka miażdżycy u starszej młodzieży
8.	Wisława Ostręga	Opracowanie szkoleń w szkołach.. Prowadzenie szkoleń nauczycieli – liderów szkolnych. Udział w opracowaniu raportów.	Mgr socjologii; Pielęgniarka dyplomowana; Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania oraz pielęgniarstwa społecznego; Doświadczenie w zakresie projektów związanych z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną uczniów; Doświadczenie w szkoleniu podyplomowym pielęgniarek w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia
9.	Dorota Zawadzka	Udział w organizacji terenu badań, kodowaniu danych ankietowych. Udział w opracowaniu raportów.	Dr n hum. w zakresie pedagogiki; Mgr psychologii Doświadczenie w organizacji i realizacji projektów naukowo-badawczych w terenie
10.	Magdalena Stalmach	Udział w organizacji terenu badań. Ocena skuteczności programu. Udział w opracowaniu raportów.	Mgr politologii w zakresie resocjalizacji; Doświadczenie w organizacji i prowadzeniu badań związanych z częstością występowania otyłości u dzieci w wieku wczesnoszkolnym, odpowiedzialna za realizację projektu COSI
11.	Mariusz Chrzanowski	Koordinacja administracyjna projektu	Mgr nauk ekonomicznych. Zajęcia specjalistyczne w zakresie psychologii społecznej i organizacji. Wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu i administrowaniu dużymi projektami rozwojowymi, doradczymi i biznesowymi. Kompetencje organizacyjne, umiejętność wczesnej oceny możliwego ryzyka, kreatywność rozwiązań.
12.	Karolina Król-Komarnicka	Obsługa kadrowa; Przygotowywanie i pilotowanie dokumentacji i spraw kadrowych, sprawozdawczość kadrowa	Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, Studia Podyplomowe z Zarządzania Zasobami Ludzkimi, wieloletnie doświadczenie w pracy w kadrach i płacach, w tym w międzynarodowych korporacjach. Od 10.2010 r. pracuje w IMiD na stanowisku Kierownika Działu Kadr i Płac, a od 10.2017 także zarządza Działem Aktów Prawnych.
13.	Katarzyna Gzowska	Obsługa ekonomiczna, prowadzenie księgowości projektu, sprawozdawczość księgową	Absolwentka Wydziału Prawa w Białymstoku, oraz studiów podyplomowych z zakresu rachunkowości i rewizji finansowej oraz zarządzania projektami badawczymi współfinansowanymi z funduszy europejskich. Kierownik Działu Księgowości IMiD. Nadzór nad pracą działu i ewidencją księgową IMiD. Doświadczenie w obsłudze finansowo-księgowej projektów współfinansowanych z funduszy UE oraz innych środków publicznych.
14.	Agnieszka Krukowska	Prowadzenie sekretariatu projektu; Przygotowanie wzorów dokumentów projektowych, obsługa logotypu/ów projektu, działania w systemie e-zamówienia, gromadzenie i przechowywanie dokumentacji projektowej, gromadzenie dokumentów ze szkół projektowych, wysyłka i odbiór korespondencji projektowej, prace edytorskie	Wieloletnie doświadczenie w obsłudze administracyjnej projektów badawczych, biegła znajomość zewnętrznych i wewnętrznych regulacji prawnych oraz procedur w pracach projektowych. Biegła obsługa urządzeń biurowych oraz pakietu Office Professional.

1.4. Oczekiwane efekty

Oczekiwane efekty w zakresie wskazanych w podrozdziale 1.2. Celów projektu przedstawiono w tab. 5.

Tabela 5. Oczekiwane efekty

Cel	Oczekiwany efekt	Symbol efektu
Cel 1	<p>Opis założeń i narzędzi do realizacji programu interwencyjno-profilaktycznego ukierunkowanego na poprawę zachowań związanych ze zdrowiem, zawierającej następujące obszary:</p> <ul style="list-style-type: none"> - opis urządzeń pomiarowych oraz aplikacji mobilnej - metodologię programu interwencyjno-profilaktycznego <i>Zdrowa Ja</i> - materiały szkoleniowe dla nauczycieli z obszarów: aktywność fizyczna, kompetencje społeczne, zdrowe odżywianie, - zachowania ryzykowne - materiały promujące program na terenie szkoły (plakaty) - materiały informacyjne dla uczniów i rodziców na strony internetowe szkół - zasady przeprowadzania konkursu na asystenta w aplikacji mobilnej - materiały na platformę webową i do włączenia w aplikacji mobilnej (<i>Gra o zdrowie</i>: wyzwania/zadania dla przyjaciół, wyzwania dla rodziny, działania/podpowiedzi motywujące od asystenta) 	EFEKT 1
	Przeprowadzenie szkoleń dla pracowników szkoły w 4 blokach tematycznych: coaching zdrowia, zdrowe odżywianie, kompetencje społeczne, zachowania ryzykowne młodzieży	EFEKT 2
Cel 2	<p>Na podstawie analizy piśmiennictwa fachowego i rynku m-health dyskusja i wskazanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - optymalnej dla grupy docelowej - dziewczęta 15-letnie, - techniki telemonitoringu do oddziaływania na zachowania zdrowotne 	EFEKT 3
	Sporządzenie szczegółowego opisu wymagań techniczno-terytorycznych telemonitoringu	EFEKT 3
	Wyłonienie na drodze przetargu wykonawcy usługi	EFEKT 4
Cel 3	Przygotowanie narzędzi ewaluacyjnych programu <i>Zdrowa Ja</i> , Zastosowanie narzędzi ewaluacyjnych programu Przygotowanie opisu wyników ewaluacji programu	EFEKT 5
	Sformułowanie kryteriów skuteczności programu i przygotowanie zestawienia do włączenia do sprawozdania końcowego z projektu	EFEKT 6

1.5. Pomiar efektów – wskaźniki efektów

Aby dokonać pomiaru skuteczności i efektywności projektu, na podstawie określonych w poprzednim rozdziale efektów, skonstruowano wskaźniki i określono sposób oraz narzędzia do ich monitorowania (tab. 6).

Tabela 6. Wskaźniki efektów projektu, sposoby i narzędzia ich monitorowania

EFEKT	Wskaźniki efektu	Sposób monitorowania	Nazwa narzędzia Monitorowania
1.	<ul style="list-style-type: none"> - osobiste kontakty członków zespołu podczas spotkań projektowych w IMiD - konsultacje, informacje bieżące w kontaktach drogą poczty elektronicznej - sprawozdania zespołów zadaniowych z postępu prac nad materiałami 	<ul style="list-style-type: none"> - korespondencja mailowa - procentowe określanie postępów prac przez poszczególne zespoły zadaniowe 	<ul style="list-style-type: none"> - archiwum korespondencji poczty elektronicznej - formularz % postępu prac
2.	<ul style="list-style-type: none"> - obecność członków grupy docelowej na szkoleniach - zaangażowanie w proces szkoleniowy, aktywny udział w szkoleniu - wysoka satysfakcja z oferowanych szkoleń - udział poszczególnych osób we wszystkich szkoleniach 	<ul style="list-style-type: none"> - listy obecności na szkoleniach - badanie opinii członków grupy szkoleniowej – ewaluacja szkoleń i warsztatów - jw. - analiza udziału w szkoleniach poszczególnych osób 	<ul style="list-style-type: none"> - karty ewaluacyjne szkoleń - formularz zbiorczy obserwacji szkoleń - jw. - zbiorcza lista obecności na szkoleniach
3.	<ul style="list-style-type: none"> - dodatkowe dyskusyjne spotkania projektowe 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba spotkań 	<ul style="list-style-type: none"> - notatki ze spotkań
4.	<ul style="list-style-type: none"> - włączenie do zespołu projektowego specjalisty do zamówień publicznych - przygotowanie i opublikowanie dokumentów przetargowych: Wzoru Umowy, SIWZ i zestawienia parametrów wymaganych - opublikowanie dokumentów przetargowych (Dziennik Urzędowy UE i strona internetowa IMiD) 	<ul style="list-style-type: none"> - analiza przebiegu spotkań - lista przygotowanych dokumentów, lista zaakceptowanych dokumentów - śledzenie postępów procedury przetargowej 	<ul style="list-style-type: none"> - notatki ze spotkań - Dziennik Urzędowy UE i strona internetowa IMiD – publikacja dokumentów - jw.

c.d.

Tabela 6. Wskaźniki efektów projektu, sposoby i narzędzia ich monitorowania – C.D.

EFEKT	Wskaźniki efektu	Sposób monitorowania	Nazwa narzędzia Monitorowania
5.	<ul style="list-style-type: none"> - udział w spotkaniach zespołu przygotowującego narzędzia ewaluacyjne - tematyczne spotkania zespołu dotyczące określenia kryteriów skuteczności 	<ul style="list-style-type: none"> - przegląd etapów opracowywania dokumentu - procentowe określanie postępów prac na poszczególnych spotkaniach - procentowe określanie postępów prac przez poszczególne zespoły zadaniowe 	<ul style="list-style-type: none"> - archiwum korespondencji poczty elektronicznej - formularz % postępu prac - Formularz listy obecności - formularz % postępu prac
6.	<ul style="list-style-type: none"> - powstanie raportu z ewaluacji programu <i>Zdrowa Ja</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - okresowe raportowanie postępu prac na cyklicznych spotkaniach projektowych (% wykonania całości) - spotkania zespołu oraz konsultacje drogą mailową 	<ul style="list-style-type: none"> -archiwum korespondencji poczty elektronicznej

2. PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA EWALUACJI PROJEKTU

2.1. Kluczowe informacje dotyczące ewaluacji projektu

Projekt poddany został pełnej ewaluacji. Jak zaznaczono we wstępie zastosowano dwa główne rodzaje ewaluacji i monitorowaniu poddane zostaną zarówno cały **proces** przebiegu realizacji projektu jak też jego **wyniki**.

- **Realizatorzy ewaluacji projektu**

Założono przeprowadzenie ewaluacji wewnętrznej projektu. Realizatorami były osoby zaangażowane w tworzenie i wdrażanie projektu²⁸.

²⁸ M. J. Sochocki, Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe, „Trzeci Sektor”, nr 7, 2006, s. 90, Przedruk w „Remedium”, nr 1 (167), styczeń 2007

- **Przedmiot ewaluacji projektu**

W ramach badania, ewaluacji została poddana procedura projektu oraz efekty wdrażania programu interwencyjno-profilaktycznego.

- **Cel ewaluacji projektu**

Głównym celem ewaluacji projektu jest sformułowanie wniosków i rekomendacji służących udoskonaleniu schematu podejmowania podobnych projektów, zawierających element programu interwencyjno-profilaktycznego. Cele szczegółowe odnoszą się bezpośrednio do celów projektu wyróżnionych w podrozdziale 1.2.

- **Okres realizacji ewaluacji projektu**

Ewaluacja projektu obejmowała działania i procedury prowadzone i wdrażane w całym okresie trwania projektu, t.j., od 1 czerwca 2017 do 31 grudnia 2018. Badanie ewaluacyjne w tym okresie przeprowadzono w trzech etapach²⁹: etap ewaluacji ex-ante, etap ewaluacji on-going, etap ewaluacji ex-post.

- **Sposób realizacji ewaluacji projektu**

W celu przeprowadzenia ewaluacji projektu zastosowano szereg metod i technik badawczych, które służyły pomiarowi efektów oraz wyjaśnianiu mechanizmów wdrażania i oceny skuteczności programu interwencyjno-profilaktycznego. Szczegółowy wykaz metod i technik ewaluacji został opracowany na podstawie celów projektu i oczekiwanych efektów (patrz tab. 2 i tab. 3) w podziale na etapy ewaluacji.

2.2. Etapy ewaluacji w perspektywie ewaluacji procesu i wyników

2.2.1. Faza ex-ante

W pierwszej fazie ewaluacji dokonana została wstępna ocena, która pozwoliła na oszacowanie, czy i w jakim stopniu zaplanowane do realizacji działania zakończyły się powodzeniem i spełniły założone cele. Ten etap ewaluacji rozpoczął się już podczas opracowywania założeń projektu i planowania konkretnych aktywności (np. diagnozy problemu i środowiska, w którym projekt jest realizowany, przygotowania terenu badań, planowania szkoleń dla wykonawców i uczestników programu, itd.)

- **Analiza ryzyka w projekcie**

²⁹ http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/ex_ante_guide_2001_en.pdf

Na etapie planowania projektu, jako element ewaluacji ex-ante, dokonano szczegółowej **analizy potencjalnego ryzyka**, które mogłoby wpłynąć na przebieg i realizację projektu. Zidentyfikowano następujące rodzaje ryzyka oraz określono ich poziom i sposób mitygowania ryzyka – tab. 7.

Tabela 7. Analiza ryzyka w projekcie *Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu*

RODZAJ RYZYKA	POZIOM RYZYKA	SPOSÓB MITYGOWANIA RYZYKA
Ryzyko opóźnień w realizacji zadań wynikające z przyjęcia błędnych założeń	Niskie	Do prowadzenia projektu powołano szeroki zespół ekspercki, o wysokich kompetencjach i dużym doświadczeniu, w tym zespół administracyjny, którego skład zapewnia optymalną realizację zadań w projekcie, w tym przewidywanie i skuteczne pokonywanie przeszkód. Działania prowadzone będą zgodnie z opracowanym przez zespół projektu szczegółowym harmonogramem wykonania poszczególnych zadań oraz na bieżąco sprawozdawane kierownikowi projektu podczas okresowych spotkań zespołu projektowego.
Ryzyko wycieku danych wrażliwych	Niskie	W celu zabezpieczenia anonimizacji pozyskiwanych danych wrażliwych zaplanowano całkowite rozłączenie zbieranych informacji merytorycznych z badanymi z danymi osobowymi uczestniczek. Rozłączność danych związane z rozłącznością środowisk: dane osobowe połączone z numerem uczestniczki jedynie na terenie szkoły i przez jej pracowników, natomiast numer uczestniczki z pozyskiwanymi danymi z badań połączony był jedynie na terenie wykonawcy telemonitoringu i przekazywany do IMiD. Dodatkowo ryzyko zniwelowane zostało przez Ministerstwo Zdrowia poprzez określenie procedury wyboru wykonawcy telemonitoringu na drodze przetargu, co zostało wykorzystane do określenia wysokich wymagań co do doświadczenia, procedur bezpieczeństwa i poziomu eksperckiego wykonawcy w zakresie obsługi i przechowywania danych wrażliwych i zamieszczenia ich w dokumentach przetargowych.
Ryzyko związane z błędami w zapisie/ odczycie danych z telemonitoringu	Średnie	Ryzyko zostało minimalizowane na etapie określania wymagań dla wykonawcy telemonitoringu, m. in.: wymagania co do doświadczenia zespołu, specjalistów w zespole – posiadanie stopnia dr n med., wymagań sprzętowych i poziomu eksperckiego wykonawcy w zakresie odczytu/zapisu danych.
Ryzyko związane z charakterystyką pracy środowiska szkolnego	Wysokie	W każdym roku wypadają 3 miesiące – od drugiej połowy czerwca do końca pierwszej połowy września, w których niemożliwe lub niechętnie widziane są jakiegokolwiek działania na terenie szkoły. Dostosowano więc harmonogram prac projektowych do organizacji roku szkolnego.
Ryzyko związane z wyłonieniem wykonawcy telemonitoringu	Wysokie	Ryzyko zostało zminimalizowane na etapie określania wymagań dla wykonawcy telemonitoringu, przygotowania i przeprowadzenia rzetelnej procedury przetargowej. Dwuletni cykl projektu, jest dodatkowo regulowany przez organizację roku szkolnego (powyżej).

c.d.

Tabela 7. c.d.

RODZAJ RYZYKA	POZIOM RYZYKA	SPOSÓB MITYGOWANIA RYZYKA
Ryzyko związane z wypadaniem uczestniczek z próby	Średnie	Wychwytywanie wątpliwości na etapie rekrutacji, wczesne informowanie o konstrukcji projektu, piramida trójstopniowej zgody na badanie – wysoki poziom zobowiązania. Zaangażowanie i zmotywowanie (finansowe, inne) realizatorów bezpośrednich – tym samym stymulowanie mitygowania ryzyka wśród dziewcząt. Indywidualizacja terminu pomiaru w przypadku np. choroby. Uwzględnienie analizy statystycznej intent- to -treat stosowanej w randomizowanych badaniach klinicznych
Ryzyko związane z niesumiennością uczestniczek lub realizatorów bezpośrednich	Niskie	W celu minimalizacji przedmiotowego ryzyka IMiD podjął szereg przemyślanych i zaplanowanych działań w celu modelowania zachowań realizatorów bezpośrednich i uczestniczek programu, m.in: aktywność pomiaru, deponowanie sprzętu – efekt nowości oraz zmniejszenie prawdopodobieństwa zagubienia lub uszkodzenia sprzętu
Ryzyko związane z charakterem grupy docelowej, a przez to zaburzeniem rzetelności zbieranych danych	Średnie	Unifikacja wzoru i koloru opasek na etapie tworzenia dokumentacji przetargowej
Ryzyko błędnego wnioskowania	Niskie	Instytut wybrał zespół badawczy o wysokich kompetencjach i doświadczeniu oraz dokładnie określił metodologię badań i zamierzone do osiągnięcia rezultaty, co zostało opisane w Studium wykonalności i niniejszej Agendzie. Ponadto IMiD dysponuje najnowocześniejszym sprzętem co zminimalizuje ryzyko uzyskiwania niewłaściwych wyników prac badawczych.
Ryzyko nieprzygotowania środowiska na przyjęcie działań interwencyjnych	Niskie	Kampania informacyjno-promocyjna dla rodziców i uczniów, informacje na stronach szkół, plakaty, strona internetowa projektu
Ryzyko związane z nierównościami w zakresie terenu badań	Niskie	Zastosowanie wskaźnika urbanizacyjno-społecznego w losowaniu próby. Zastosowanie ankiety szkolnej aby porównać środowiska w ramach 3 badanych grup
Ryzyko błędnej oceny skuteczności programu interwencyjno-profilaktycznego	Niskie	Dobór wskaźników skuteczności, które na wejściu nie różnicują grup

2.2.2. Faza on-going

Ocena dokonywana w trakcie trwania projektu (bieżąca), pozwala stwierdzić, czy dotychczasowe działania zrealizowano zgodnie z przyjętymi założeniami oraz czy przyniosły one zakładane efekty. Rezultaty bieżącej ewaluacji często pozwalają w przyszłości uniknąć problemów dzięki wprowadzeniu stosownych korekt już na etapie przygotowanych założeń, harmonogramu lub podczas planowania kwestii organizacyjnych.

2.2.3. Faza ex-post

Ocena projektu, po jego zakończeniu, pozwala określić jakość realizacji projektu i jej zgodność z założeniami wniosku, jak również dokonać merytorycznej oceny wypracowanych efektów, a także zbadać poziom i zasięg oddziaływania projektu. W ramach tego etapu przeprowadzono ewaluację w efekcie odroczonym, której celem jest ocena oddziaływania projektu, po upływie określonego czasu od jego zakończenia. Ta forma ewaluacji pozwala na określenie efektu odroczonego i wartości dodanej projektu.

2.3. Pytania badawcze, wskaźniki i sposób realizacji badania ewaluacyjnego

W tab. 8 zawarto pytania badawcze ewaluacji projektu *Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu* na każdym etapie ewaluacji oraz zaproponowano wskaźniki i metody realizacji ewaluacji.

Tabela 8. Metody ewaluacji projektu na trzech etapach realizacji badań ewaluacyjnych w kontekście kryteriów ewaluacyjnych i pytań badawczych

		Kryterium	Pytanie badawcze	Wskaźniki	Metody zbierania danych
Faza ewaluacji	Ex ante	Trafność	Czy cele projektu odpowiadają zidentyfikowanym problemom?	<p>1. Zgodność celów projektu z rekomendacjami dotyczącymi zachowań zdrowotnych w grupie, która zostanie poddana interwencji</p> <p>2. Zgodność celów projektu z wynikami dostępnych badań zachowań zdrowotnych</p> <p>3. Zgodność celów projektu z diagnozą środowiska, w którym zostanie przeprowadzony program interwencyjno-profilaktyczny</p> <p>4. Zgodność przyjętych założeń ze stanem zachowań zdrowotnych w grupie wskazanej do interwencji (dziewczęta 15-letnie).</p>	<p>1. Analiza dokumentów (umowa, rekomendacje)</p> <p>2. Analiza danych z badań (np. HBSC)</p> <p>3. Diagnoza środowiska za pomocą ankiety (diagnoza potrzeb, analiza kompetencji realizatorów bezpośrednich w zakresie prowadzenia programów profilaktycznych)</p> <p>4. Badanie ankietowe zachowań zdrowotnych uczestniczek programu <i>Zdrowa Ja</i></p>
		Skuteczność (przewidywana)	<p>Czy działania zostały prawidłowo dobrane pod kątem osiągnięcia wyznaczonych celów?</p> <p>Czy zasoby i zaplanowany system wdrażania dają szansę na osiągnięcie założonych celów?</p>	<p>1. Zgodność zaplanowanych działań z celami projektu.</p> <p>2. Zgodność istniejących zasobów (zespół projektowy i jego kompetencje, zasoby rzeczowe itp.) i sposobu wdrażania działań z założonymi celami.</p>	<p>1. Analiza dokumentów (umowa); analiza ryzyka</p> <p>2. Analiza dokumentów (umowa); analiza ryzyka</p>
		Efektywność (przewidywana)	<p>Czy założone cele uzasadniają poniesienie przewidywanych nakładów?</p> <p>Czy alokację nakładów zaplanowano w sposób jak najbardziej ekonomiczny?</p>	<p>1. Zgodność celów projektu z zaplanowanymi nakładami.</p> <p>2. Zgodność wielkości zaplanowanych nakładów z przewidywanym kosztem realizacji poszczególnych zadań.</p>	<p>1. Analiza dokumentów (umowa); analiza ryzyka</p> <p>2. Analiza dokumentów (umowa); analiza ryzyka</p>
		Spójność (zewnątrzna i wewnętrzna)	Czy nie zachodzą sprzeczności między celami projektu, a priorytetami i zaplanowanymi działaniami?	1. Zgodność dokumentacji projektowej z celami projektu oraz z dokumentami wyższego rzędu.	1. Analiza dokumentów (umowa z MZ, oferta konkursowa MZ)

c.d.

Tabela 8. c.d.

		Kryterium	Pytanie badawcze	Wskaźniki	Metody zbierania danych
Faza ewaluacji	On-going	Trafność	Czy istniejące strategie i cele są adekwatne do zmieniających się potrzeb?	1. Zgodność strategii i celów z bieżącymi potrzebami	1. Ocena potrzeb i satysfakcji uczestników projektu (zespół projektowy, realizatorzy bezpośredni, uczestniczki programu) – (raporty ze szkół, dyskusje zespołu badawczego, zogniskowane wywiady grupowe)
		Skuteczność	Czy wszystkie elementy projektu w sposób optymalny prowadzą do osiągnięcia założonych celów? Czy tempo wydatkowanych środków jest adekwatne do celów projektu? Czy efekty projektu (np. produkty, szkolenia) realizowane są zgodnie z planem?	1. Adekwatność wszystkich elementów projektu do postawionych celów. 2. Zgodność ponoszonych wydatków z harmonogramem projektu i osiąganymi efektami. 3. Zgodność uzyskiwania kolejnych efektów z harmonogramem projektu.	1. Analiza dokumentów (karty raportowe działań w środowisku szkolnym, karty pomiarów, ewaluacja szkoleń, raporty ze szkoleń, zogniskowane wywiady grupowe); 2. Analiza dokumentów 3. Analiza dokumentów
		Efektywność	Czy koszty zaplanowane w projekcie wydatkowane są zgodnie z harmonogramem i dotyczą osiągnięcia zamierzonych efektów?	1. Adekwatność ponoszonych wydatków do osiągniętych efektów.	1. Analiza dokumentów

c.d.

Tabela 8. c.d.

		Kryterium	Pytanie badawcze	Wskaźniki	Metody zbierania danych
Faza ewaluacji	Ex-post	Skuteczność	<p>Czy i w jakim stopniu zostały osiągnięte cele zrealizowanego projektu?</p> <p>Jakie sukcesy i niepowodzenia wynikają z przeprowadzonych działań?</p> <p>Czy oczekiwane efekty projektu zostały osiągnięte?</p>	<p>1. Poziom osiągnięcia celów projektu.</p> <p>2. Sukcesy i niepowodzenia wynikające z podjętych działań.</p> <p>3. Poziom osiągnięcia oczekiwanych efektów.</p>	<p>1. Zogniskowane wywiady grupowe; analiza dokumentów.</p> <p>2. Zogniskowane wywiady grupowe; analiza dokumentów.</p> <p>3. Zogniskowane wywiady grupowe; analiza dokumentów.</p>
		Efektywność	Czy obserwowane po zakończeniu projektu efekty mogły zostać osiągnięte za pomocą mniejszych kosztów?	1. Adekwatność poniesionych kosztów do osiągniętych efektów.	1. Analiza dokumentów
		Użyteczność	<p>Na ile osiągnięte dzięki realizacji projektu efekty odpowiadają rzeczywistym potrzebom?</p> <p>Czy w toku realizacji projektu zostały osiągnięte nieprzewidziane efekty (pozytywne i negatywne) i jaka jest ich ocena?</p>	<p>1. Adekwatność osiągniętych efektów do rzeczywistych potrzeb.</p> <p>2. Wystąpienie nieprzewidzianych efektów projektu (pozytywnych i negatywnych) i ich ocena.</p>	<p>1. Zogniskowane wywiady grupowe; analiza dokumentów.</p> <p>2. Zogniskowane wywiady grupowe; analiza dokumentów.</p>
		Trwałość	<p>Czy, u kogo i w jakim czasie od zakończenia, osiągnięte efekty będą utrzymywać się po zakończeniu projektu?</p> <p>Jaka jest użyteczność uzyskanych efektów po upływie określonego czasu od zakończenia projektu?</p>	<p>1. Prognoza poziomu osiągniętych efektów po zakończeniu projektu wśród uczestniczek projektu i realizatorów.</p> <p>2. Ocena użyteczności uzyskanych efektów w efekcie odroczonego.</p>	<p>1. Zogniskowane wywiady grupowe; analiza dokumentów.</p> <p>2. Badanie follow-up (wywiady telefoniczne, ankieta)</p>

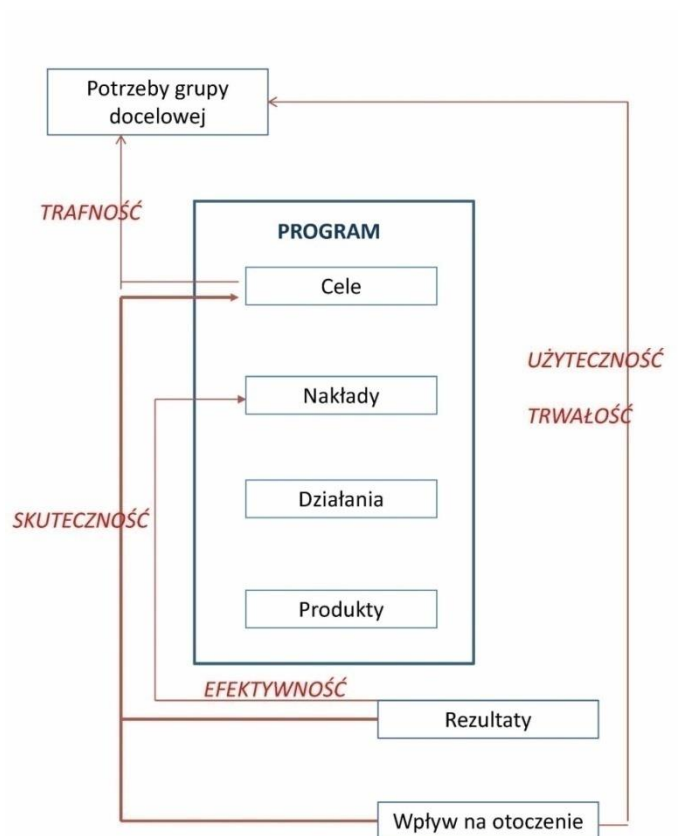
III. KRYTERIA OCENY SKUTECZNOŚCI PROGRAMU

Zdrowa Ja - Anna Fijałkowska, Joanna Mazur

1. SKUTECZNOŚĆ JAKO KRYTERIUM EWALUACYJNE W PROGRAMIE *Zdrowa Ja*

Analiza skuteczność podejmowanej interwencji jest jednym z podstawowych kryteriów ewaluacyjnych, co zostało omówione w odrębnym opracowaniu poświęconym ewaluacji programu *Zdrowa Ja*. Skuteczność oceniane jest poprzez powiązanie rezultatów i wpływu programu z wcześniej postawionym celami.

Poniższa rycina, nawiązując do modelu logicznego programu *Zdrowa Ja*, umiejscawia poszczególne kryteria ewaluacyjne.



Rycina 6. Skuteczność programu *Zdrowa Ja* na tle jego ogólnego modelu logicznego

Cele programu, jako jego skutki zdrowotne, zostały sformułowane na różnym stopniu ogólności i z różnej perspektywy czasowej.

Cel długoterminowy – zmniejszenie ryzyka zagrożenia populacji chorobami cywilizacyjnymi, ze szczególnym naciskiem na redukcję odsetka osób z nadmiarem masy ciała

Cel średnioterminowy – poprawa zachowań zdrowotnych nastolatków, ich zdrowia subiektywnego oraz kompetencji w zakresie zarządzania własnym zdrowiem

Cele bieżące – wymierna poprawa wskaźników zdrowotnych w wyniku interwencji.

Oceniając skuteczność programu *Zdrowa Ja* można odnieść się głównie do celów średnioterminowych i bieżących. Aktywność fizyczna jest głównym zachowaniem zdrowotnym, które powinno ulec poprawie w wyniku prowadzonego programu. Założono również poprawę zachowań zdrowotnych, których będą dotyczyły warsztaty, Gra o Zdrowie i materiały edukacyjne, jak również zwiększenie kompetencji zdrowotnych nastolatków i ich dbałości o zdrowie własne i otoczenia.

Analiza skuteczności jest elementem ewaluacji *ex post*. Prawidłowe jej przeprowadzenie wymaga identyfikacji konkretnych celów, w odniesieniu do których analizowana jest skuteczność, postawienia pytań ewaluacyjnych, doboru narzędzi, realizacji badań, analizy wyników i ich podsumowania.

2. WSKAŹNIKI ZDROWOTNE

W toku realizacji programu *Zdrowa Ja* przeprowadzono trzy badania ankietowe dotyczące samooceny zdrowia, zachowań zdrowotnych, zasobów osobistych wzmacniających zdrowie oraz kontekstu społecznego (szkoła, rodzina, rówieśnicy). Są to badania przed telemonitoringu, po jego zakończeniu i follow-up, jako ocena efektów odroczonego całego programu. Badane obszary i pytania zawiera tab. 9, zestawiona na podstawie ankiety pierwszego badania, wykonanego w listopadzie 2017 r. Znaczna część pytań zgodna jest z koncepcją SNAPO. Znacząco rozbudowany został obszar aktywności fizycznej i jej uwarunkowań. Pytania w większości pochodzą z innych badań prowadzonych przez ten sam zespół, głównie z protokołu HBSC. Nowe pytania z protokołu HBSC 2018 były testowane w badaniu pilotażowym w maju 2017 r. Są to więc pytania walidowane, których źródło jest opisane w protokołach HBSC oraz znany jest aktualny poziom dla polskich 15-letnich dziewcząt. W przypadku złożonych skal sprawdzane były ich własności psychometryczne (trafność, rzetelność).

Jako dodatkowe narzędzie zdecydowano się włączyć skalę Kompetencji Osobistej (KompOs) Z. Juczyńskiego, zakupioną dla potrzeb projektu *Zdrowa Ja* w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, w nakładzie kwestionariuszy odpowiadającym planowanej liczbie respondentek (pomiar dwukrotny).

Tabela 9. Obszary badań zdrowia nastolatków*

Obszar	Tematy szczegółowe*
Zdrowie fizyczne	Samoocena zdrowia (37) Dolegliwości subiektywne (57) Choroby przewlekłe (23, 24) Tempo dojrzewania płciowego (38) Ocena masy ciała i wyglądu (25-29)
Zdrowie psychiczne	Stres (59) Depresja (58) Ogólne zadowolenie z życia (9, 61)
Kompetencje osobiste	Kompetencje zdrowotne (22) Orientacja na cel (66) Samoskuteczność (dodatkowa skala KompOs**)
Aktywność fizyczna i sposób spędzania czasu	Aktywność fizyczna (10, 20) Uczestniczenia w lekcjach WF (11, 12) Sposób spędzania wolnego czasu (18,19) Obowiązki domowe (40,41) Aktywna droga do szkoły (14-17) Aktywność fizyczna w rodzinie (13, 63) Zachowania sedentarne (50-52) Bariery aktywności fizycznej (21) Urządzenia do pomiaru aktywności (36)
Inne zachowania prozdrowotne	Spożywanie innych produktów (7) Jedzenie śniadań (5) Posiłki z rodziną (6) Higiena jamy ustnej (8) Długość snu (53-56)
Zachowania ryzykowne	Palenie tytoniu i e-papierosów (30-32) Picie alkoholu (33-34) Palenie marihuany (35)
Relacje społeczne	Wspólne zajęcia rodzinne (62) Relacje z rówieśnikami (65)
Zasoby zewnętrzne sprzyjające zdrowiu	Osiągnięcia w nauce na skali wizualnej (60) Skuteczność w relacjach społecznych (64)
Zasoby zewnętrzne sprzyjające zdrowiu	Struktura rodziny (39) Zasoby materialne rodziny ³⁰ (42-47) Deprywacja sąsiedztwa (49) Cechy społeczne sąsiedztwa ³¹ (48)

*W nawiasie podano numery pytań z „Ankiety dla dziewcząt z klasy II”, stanowiącej odrębny załącznik dokumentacji projektu

³⁰ Zamożności rodziny ocenia się w badaniach ankietowych prowadzonych wśród młodzieży za pomocą sześćcioelementowej skali zasobów materialnych (*FAS-Family Affluence Scale*) opracowanej przez ekspertów sieci badawczej HBSC, walidowanej i wielokrotnie stosowanej w Polsce.

³¹ Jest to sześćcioelementowa skala dotycząca kapitału społecznego w znaczeniu więzi i poziomu zaufania, bezpieczeństwa w okolicy oraz dostępności obiektów rekreacyjnych.

**Z. Juczyński: Skala KompOs. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o.o.

W chwili rozpoczęcia realizacji programu *Zdrowa Ja* zespół badawczy dysponował danymi pochodzącymi z badania HBSC 2013/14 oraz korespondującymi z nimi badaniami realizowanymi na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki (2013 r.) - łączna próba 8334 uczniów w wieku 11-16 lat³². Pozwalały one na ocenę w jakim stopniu poszczególne wskaźniki mogą się pogorszyć u obu płci między 14 a 15 rokiem życia oraz jak w tym okresie zmienia się różnica między wskaźnikami obserwowanymi u chłopców i dziewcząt.

Zebrany w latach 2017-18 materiał pozwolił na szereg porównań:

- Zmiany wskaźników w trzech punktach czasowych;
- Porównanie między grupami ze względu na rodzaj interwencji;
- Porównanie wyników drugiego i trzeciego badania z próbą uczennic z poprzedniego rocznika niepoddanych interwencji uczących się w tych samych szkołach (listopad 2017);
- Porównanie z ogólnopolską próbą HBSC 2018³³.

Analizy badań zachowań zdrowotnych wskazują na różnice regionalne oraz między szkołami. Wskaźniki uzyskane w danej szkole z dużym prawdopodobieństwem mogą się różnić od ogólnopolskich. Celowe wydało się przeprowadzenie równoległe z pierwszym badaniem dziewcząt z grup objętych interwencją (głównie rocznik 2003), badania ankietowego na kwestionariuszu HBSC 2018 w III klasie gimnazjum u obu płci (głównie rocznik 2002). Pozwoliło to na ocenę rzeczywistej skali zjawiska w danym regionie. Jest to tym ważniejsze, że część pytań kwestionariusza HBSC uległa modyfikacji oraz w protokole najnowszych badań pojawiły się nowe obszary związane ze stylem życia współczesnej młodzieży (np. higiena snu) oraz rozbudowany został pomiar zdrowia psychicznego (poziom stresu, skala depresji). Ankiety dla dziewcząt z II oraz III klasy gimnazjum zawierały 56 pytań wspólnych, które były przedmiotem porównań.

³² W tym, 1322 osoby w wieku 14-15 lat i 1475 w wieku 15-16 lat – dane dalej w tab. 2 i tab.3, gdzie określono te źródła jako badania własne.

³³ Przyjęto założenie że dane z 2014 roku są nieaktualne i lepszym punktem odniesienia będą wyniki badań HBSC 2018, które powinny być w wersji wstępnej dostępne w październiku 2018 r.

3. WYBÓR KLUCZOWYCH WSKAŹNIKÓW ZDROWOTNYCH

Pogarszanie się zachowań zdrowotnych jest między 14 a 15 rokiem życia obserwowane we wszystkich krajach i można to traktować jako normę rozwojową. Dowodem skuteczności przeprowadzanej interwencji może być więc nie tylko poprawa wskaźników, ale też zahamowanie niekorzystnych tendencji. Za kryterium skuteczności można przyjąć:

- Zmniejszenie różnicy między chłopcami a dziewczętami w odniesieniu do wskaźników, które przyjmują mniej korzystne warunki dla dziewcząt³⁴;
- Zahamowanie tempa zmian między 14 a 15 rokiem życia;
- Bezwzględna poprawa wskaźników nie wykazujących związku z wiekiem.

Do oceny skuteczności programu wybrane zostały kluczowe wskaźniki. Zdecydowano, że muszą być one zgodne z koncepcją SNAPO i dotyczyć obszarów, w których będzie prowadzona pogłębiona interwencja (moduły warsztatowe). Okres realizacji programu był zbyt krótki, aby móc ocenić efekty długofalowe. Nawiązując jednak do ryciny obrazującej zmiany aktywności fizycznej w kolejnych rocznikach (raport metodologiczny), można było się spodziewać zahamowania dalszej tendencji spadkowej aktywności fizycznej u dziewcząt w wieku 16-17 lat.

Poniżej przedstawiono w tab. 10 i 11 czternaście przykładowych wskaźników, oceniając poziom zmian między 14 a 15 rokiem życia oraz różnice zależne od płci. Pierwsza tabela dotyczy wskaźników negatywnych, dla których postulowane jest obniżenie lub chociaż stabilizacja. Druga tabela dotyczy wskaźników pozytywnych, dla których postulowana jest poprawa.

Nawiązując do celów długoterminowych, należy zwrócić uwagę na fakt, że nadmiar masy ciała nie jest w tej grupie wieku poważnym problemem, szczególnie u dziewcząt. Należało więc zwrócić uwagę na zmiany stopnia zagrożenia nadwagą (osoby będące w górnej strefie normy) oraz na nieprawidłowości w subiektywnej ocenie masy ciała.

Tylko niektóre wskaźniki negatywne (tab. 10) gwałtownie pogarszają się około 15 roku życia, co dotyczy głównie używania substancji psychoaktywnych. Znacząca różnica między chłopcami i dziewczętami dotyczy głównie wskaźników zdrowia subiektywnego. Długotrwałe siedzenie przy komputerze dotyczy w większym stopniu dziewcząt niż chłopców. Z kolei negatywne wskaźniki związane z odżywianiem są u obu płci na bardzo wysokim poziomie.

³⁴ Przy założeniu, że zmniejszenie różnicy nie wynika z pogorszenia wskaźników u chłopców

Tabela 10. Przykładowe wskaźniki negatywne do oceny skuteczności programu w odniesieniu do poziomu docelowego (dotyczy dziewcząt w wieku 15 lat)

Obszar	Definicja	Dane z badań własnych			
		dziewczęta		chłopcy	
		14 lat	15 lat	14 lat	15 lat
Brak aktywności	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	34,6	37,6	21,5	31,4
Odżywianie	Odsetek pijących słodkie napoje gazowane częściej niż raz w tygodniu	78,4	76,5	74,1	74,1
Odżywianie	Odsetek jedzących słodkie częściej niż raz w tygodniu	52,3	52,0	63,8	64,9
Palenie tytoniu	Odsetek palących tytoni w ostatnich 30 dniach	16,3	22,1	14,9	22,6
Nadużywanie alkoholu	Odsetek osób, które piły alkohol w ostatnich 30 dniach	19,2	36,0	20,5	39,8
Nadużywanie alkoholu	Odsetek osób, które upiły się w ostatnich 30 dniach	6,2	14,0	7,6	14,2
Niezadowolenie z życia	Wynik w skali Cantrila pon. 6 punktów	27,9	30,9	14,9	17,0
Gorsza samoocena zdrowia	Odsetek oceniających swoje zdrowie jako gorsze niż dobre	27,2	28,2	14,1	17,4

Podobne porównania można przeprowadzić w odniesieniu do wskaźników pozytywnych (tab. 11). Aktywność fizyczna jest u dziewcząt w wieku 14-15 lat na dramatycznie niskim poziomie, ale zmiany na przestrzeni jednego roku nie są duże. Można się zastanowić nad przyjęciem jako miary skuteczności zmiany MVPA przy mniej rygorystycznym kryterium oraz zmiany VPA. W obu przypadkach następuje pogorszenie pomiędzy 14 a 15 rokiem życia oraz znaczące różnice zależne od płci.

Tabela 11. Przykładowe wskaźniki pozytywne do oceny skuteczności programu w odniesieniu do poziomu docelowego (dotyczy dziewcząt w wieku 15 lat)

Obszar	Definicja	Dane z badań własnych			
		dziewczęta		chłopcy	
		14 lat	15 lat	14 lat	15 lat
Aktywność fizyczna umiarkowana	Odsetek spełniających kryterium MVPA=7 dni	14,3	11,1	28,8	25,4
Aktywność fizyczna umiarkowana	Odsetek spełniających kryterium MVPA>=5 dni	37,0	29,2	57,4	50,8
Aktywność fizyczna intensywna	Odsetek podejmujących intensywną aktywność VPA więcej niż 3 razy w tygodniu	27,6	19,9	48,4	40,2
Odżywianie	Odsetek jedzących owoce codziennie	30,9	28,8	26,8	26,2
Odżywianie	Odsetek jedzących warzywa codziennie	33,0	29,4	21,2	26,6
Odżywianie	Codziennie jedzenie śniadań w dniach szkolnych	53,7	56,7	61,5	62,9

Kwestionariusze drugiego i trzeciego badania ankietowego zostały uzupełnione o elementy oceny programu *Zdrowa Ja*.

Jeżeli założymy, że w pełnej grupie interwencyjnej będzie na początku 600 dziewcząt i 75% po zakończeniu programu (450 osób) to różnica między poziomem wskaźników powinna być rzędu 3,5-6%³⁵ aby okazała się istotna statystycznie. Przy porównaniu z próbą ogólnopolską HBSC 2018 (około 800 dziewcząt 15-letnich) są to rekomendowane nieznacznie mniejsze poziomy zmian (o około 0.5-1,0%).

4. ANALIZA DODATKOWYCH ZMIENNYCH

Alternatywnym punktem końcowym, będącym podstawą oceny skuteczności programu *Zdrowa Ja*, są zapisy z monitoringu aktywności fizycznej za pomocą mobilnych urządzeń

³⁵ Niższa wartość dla zjawisk rzadszych.

i aplikacji. Zaznaczono to w logicznym modelu programu (raport metodologiczny). Zakłada się możliwość nakreślenia indywidualnych trajektorii zmian (liczby kroków, tętna) każdej z monitorowanych dziewcząt oraz zbadanie związku z typem interwencji.

Dokonano szeregu dodatkowych analiz, które uwzględniają efekt dodatkowych czynników związanych z kontekstem społecznym i cechami indywidualnymi uczestniczek programu (zgodnie z tab. 9). Przykładowym czynnikiem różnicującym (oprócz typu interwencji) może być poziom samo skuteczności, który w świetle literatury silnie koreluje z aktywnością fizyczną lub indywidualne postrzeganie barier i czynników wzmacniających aktywność fizyczną.

5. OGRANICZENIA BADANIA INTERWENCYJNEGO

Ograniczeniem badania jest jego zbyt krótki okres realizacji, aby móc w pełni ocenić skuteczność. Pewien problem może stanowić także ograniczona anonimowość badania. Trudno jest zachować pełną anonimowość, a jednocześnie łączyć dane z kolejnych badań ankietowych z zapisami telemonitoringu i precyzyjnym pomiarem wzrostu i masy ciała. W związku z tym mogą być na przykład zafałszowane dane na temat podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież (palenie tytoniu, picie alkoholu), co jest często spotykane na przykład w badaniach gospodarstw domowych.

Odpowiednie „linkowanie” danych może jednak być źródłem cennych informacji odnośnie innych zachowań i czynników warunkujących ich zmiany. Interesujące byłoby zbadanie związku między skutkami zdrowotnymi a zaangażowaniem w Grę o Zdrowie.

6. METODY STATYSTYCZNE

W badaniu skuteczności programu *Zdrowa Ja* wykorzystano szereg metod statystycznych, typowych dla tzw. modeli (schematów) mieszanych, to znaczy łączących dane niezależne (np. porównywane grupy) z danymi zależnymi (poziom przed i po interwencji)³⁶. W związku z tym zastosowano następujące podejścia:

- Obliczenie różnicy między pomiarami w dwóch punktach czasowych i dalsze porównania, jak dla danych niezależnych;

³⁶ pod warunkiem zapewnienia łączenia informacji

- Analiza wariancji dla danych powtarzanych (*mixed models*);
- Modele wielopoziomowe (*multilevel models*).

Za celowością włączenia modelowania wielopoziomowego przemawia też hierarchiczna struktura danych oraz perspektywa dysponowania tzw. trajektoriami zmian aktywności fizycznej dla poszczególnych uczestniczek programu.

Podjęto także decyzję o ocenie wypadania uczestniczek z programu oraz sprawdzeniu, w jakim stopniu malejąca liczebność próby wpływa na wnioskowanie o skuteczności programu. W randomizowanych badaniach klinicznych przeprowadza się symulację wyników dla osób, które się wycofały z badań (jako analiza *intent-to-treat*)³⁷.

7. PODSUMOWANIE

Celem badania skuteczności programu *Zdrowa Ja* jest stwierdzenie, w jakim stopniu nastąpiła poprawa zachowań zdrowotnych i zdrowia subiektywnego nastolatków pod wpływem programu interwencyjnego wspomaganego telemonitoringiem. Proste porównanie stanu przed i po interwencji może nie być miarodajne, ponieważ niektóre wskaźniki ze względów rozwojowych pogarszają się między 14 a 15 rokiem życia i w dłuższej perspektywie (13-17 lat). Wskazane jest jako punkt odniesienia wykorzystanie aktualnych danych o 15-latkach nie poddawanych interwencji oraz nie obejmowanych telemonitoringiem.

Algorytm oceny skuteczności programu *Zdrowa Ja* przewidywał wybór około 8-12 kluczowych wskaźników po przeprowadzeniu wstępnego badania na jesieni 2017 roku, według metodologii HBSC i SNAPO. Badaniem objęto zarówno dziewczęta 14-letnie poddane później interwencji, jak i dziewczęta 15-letnie z tych samych szkół. Ocena skuteczności prowadzona była osobno dla dwóch grup interwencyjnych i grupy kontrolnej. Próba ogólnopolska HBSC może stanowić dodatkowy punkt odniesienia, a atutem jest tu zbieżność czasowa realizacji programu *Zdrowa Ja* z kolejną rundą badań HBSC.

³⁷ Polit DF, Gillespie BM. The use of the intention-to-treat principle in nursing clinical trials. *Nurs Res.* 2009 Nov-Dec;58(6):391-9.

IV. OPIS PROJEKTU I DZIAŁANIA W ROKU 2017

1. OPIS I OGÓLNE ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE

Tytuł projektu

Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu

Nazwa programu: *Zdrowa Ja*

Spopularyzowana nazwa programu interwencyjno-profilaktycznego do wykorzystania jako nośne hasło przewodnie w materiałach związanych z jego realizacją.

Cele:

1. Przeprowadzenie interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu w tym urządzeń pomiarowych i aplikacji mobilnej w ogólnopolskiej, reprezentatywnej próbie dziewcząt (*Zdrowa Ja*)
2. Opracowanie kryteriów skuteczności programów interwencyjno-profilaktycznych wykorzystujących techniki telemonitoringu, wzmacniających zachowania zdrowotne 15 letnich dziewcząt.

Jednostka prowadząca:

Instytut Matki i Dziecka w Warszawie na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, w ramach realizacji zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

Kierownik projektu:

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Anna Fijałkowska – Z-ca Dyrektora ds. Nauki Instytutu Matki i Dziecka, Kierownik Zakładu Kardiologii Instytutu Matki i Dziecka

Zespół merytoryczny:

dr hab. n. med. Anna Fijałkowska prof. IMiD

dr hab. n. o zdrowiu Joanna Mazur prof. IMiD

dr hab. n. med. Anna Oblacińska prof. IMiD

dr n. o kult. fiz. Hanna Nałęcz

mgr. Anna Dzielska

dr n. med. Maria Jodkowska

mgr Wisława Ostreża

mgr Dorota Kleszczewska

mgr Magdalena Korzycka

dr n. hum. Dorota Zawadzka

Koordynacja administracyjna projektu

mgr Mariusz Chrzanowski

Obsługa kadrowa i ekonomiczna:

mgr Karolina Król-Komarnicka

mgr Katarzyna Gzowska

Biuro Programu – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka

Sekretariat:

Agnieszka Krukowska

Obsługa telemonitoringu

MEDITEL Sp. z o.o., ul. Środkowa 1; 40-584 Katowice

Ogólne założenia metodologiczne

W badaniu uczestniczy losowo dobrana grupa **1198 uczennic klas II gimnazjum z 48 szkół z terenu 16 województw**.

Losowanie odbyło się na podstawie listy gimnazjów publicznych udostępnionej przez Ministerstwo Edukacji Narodowej.

W szkołach wybrano średnio po około 25 dziewcząt – uczennic II klas gimnazjum, które zgodziły się na udział w badaniu i **uzyskały zgodę rodziców**. O prowadzeniu projektu powiadomione zostały **wojewódzkie kuratoria oświaty**, Instytut Matki i Dziecka uzyskał też poparcie dla prowadzenia projektu u **Minister Edukacji Narodowej** Anny Zalewskiej oraz **zgodę Komisji Bioetycznej** przy Instytucie Matki i Dziecka (nr 32/2017).

Instytut Matki i Dziecka zabezpieczył procedurę **3 stopniowej, czynnej zgody** na udział dziewcząt w badaniu:

1. Dyrekcja szkoły
2. Rodzic/opiekun
3. Dziecko

Przed rozpoczęciem programu, na terenie szkół zostali o nim powiadomieni rodzice/opiekunowie dziewcząt z wylosowanych klas oraz zostały dostarczone im formularze informacyjne wraz z formularzami czynnej zgody na udział ich córek w badaniu. Przed rozpoczęciem badań w szkole same dziewczęta również podejmowały decyzję czy chcą w nich uczestniczyć i podpisywały formularz zgody uczennicy na udział w badaniu.

Po rozpisaniu, ogłoszeniu i rozstrzygnięciu konkursu, do współpracy w projekcie wybrano firmę Meditel Sp. z o.o. z Katowic i podpisano z nią stosowną umowę.

2. SZKOŁY BIORĄCE UDZIAŁ W PROGRAMIE Z PODZIAŁEM NA TYP INTERWENCJI

Zgodnie z założeniami metodologicznymi (p. rozdział *Metodologia programu interwencyjno-profilaktycznego dla dziewcząt 15-letnich Zdrowa Ja*), szkoły uczestniczące w badaniu zostały losowo przypisane do trzech typów interwencji, z zastosowaniem metody randomizacji. Są to następujące grupy szkół:

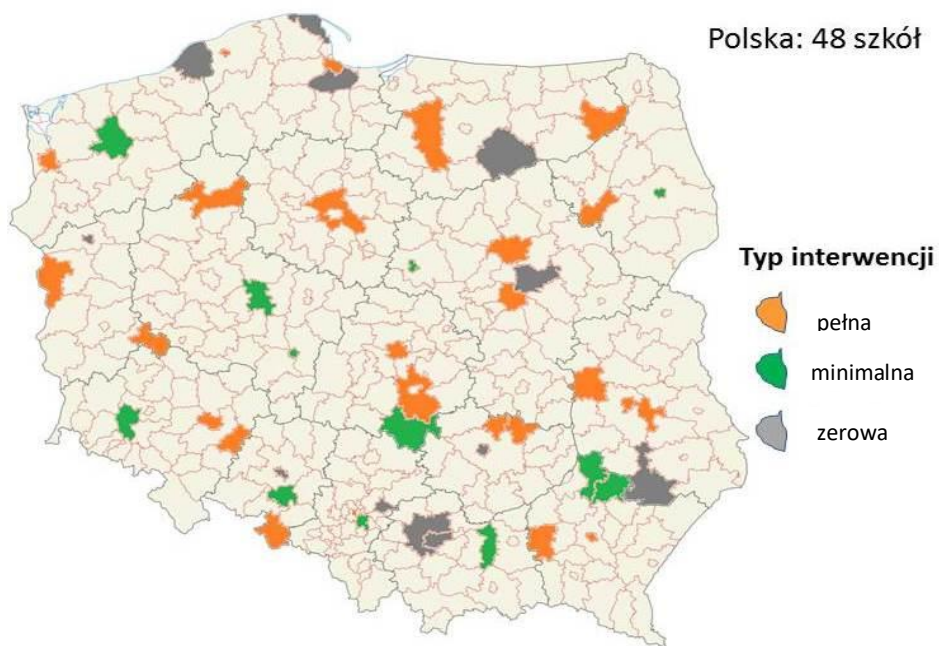
- **Grupa interwencyjna I (pełna interwencja)** - z obiektywnym pomiarem aktywności fizycznej, otrzymywaniem informacji zwrotnej z monitoringu elektronicznego z wykorzystaniem aplikacji mobilnej (informacje webowe, powiadomienia, wyzwania i grywalizacja) oraz dodatkowymi działaniami (np. warsztaty) wspierającymi aktywność fizyczną i zdrowy styl życia (komponent środowiskowy w środowisku szkolnym i domowym) - **24** szkoły (około 600 dziewcząt).
- **Grupa interwencyjna II (minimalna interwencja)** - z obiektywnym pomiarem aktywności fizycznej, otrzymywaniem informacji zwrotnej z monitoringu elektronicznego z wykorzystaniem aplikacji mobilnej (informacje webowe, powiadomienia, wyzwania), bez warsztatów i rywalizacji – **12** szkół (około 300 dziewcząt).
- **Grupa interwencyjna III (zerowa interwencja (wewnętrzna grupa kontrolna))** - z analizą efektu samego obiektywnego pomiaru aktywności fizycznej, ponieważ z badań naukowych wynika, że samo tylko noszenie sprzętu pomiarowego może powodować zmiany aktywności fizycznej (tzw. efekt netto urządzenia pomiarowego) – **12** szkół (około 300 dziewcząt).

Tabela 12 A. Szkoły biorące udział w projekcie: *Zdrowa Ja*

Główna grupa interwencyjna (24 szkoły)			
1.	Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II, ul. Szkolna 4, 87-122 Grębocin	13.	Szkoła Podstawowa, im. Marii Dąbrowskiej, ul. Szkolna 8, 48-140 Branice
2.	Miejskie Gimnazjum nr 1, im. Tadeusza Kościuszki, ul. Prym. St. Wyszyńskiego 6A 18-300 Zambrów	14.	Gimnazjum nr 13, im. Unii Europejskiej, ul. M. Reja 3, 50-354 Wrocław
3.	SP nr 21 im. Armii Krajowej, ul. Miodowa 6, 35-303 Rzeszów	15.	Szkoła Podstawowa nr 74, im. Stanisława Grońskiego, ul. Seledynowa 50, 70-781 Szczecin
4.	Publiczne Gimnazjum nr 1, im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Balonowa 1, 94-108 Łódź	16.	Szkoła podstawowa nr 387, im. Szarych Szeregów, ul. Kasprzaka 1/3, 01-211 Warszawa
5.	Szkoła Podstawowa im. St. Żeromskiego, ul. Spółdzielca 17, 24-150 Nałęczów	17.	IV LO im. K. K. Baczyńskiego, ul. Marii Zaborowskiej 2, 76-200 Słupsk
6.	Zespół Szkolno-Gimnazjalny, Szkoła Podstawowa, ul. Główna 134, 97-318 Czarnocin	18.	Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 4 im. Orłąt Lwowskich, Gimnazjum nr 6 ul. K. Tumidajskiego 6a 20-247 Lublin
7.	Publiczna SP nr 4, z klasami sportowymi, im. Ireny Szewińskiej, ul. New Britain 1, 06-100 Pułtusk	19.	Szkoła Podstawowa nr 3 im. Jana Pawła II ul. Rycerska 5 14-100 Ostróda
8.	Szkoła Podstawowa nr 3, im. Jana Pawła II , ul. Zacisze 1, 67-400 Wschowa	20.	Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 2 ,Szkoła Podstawowa nr 33, im. Stefana Banacha ul. Wodnika 57 80-299 Gdańsk
9.	Szkoła Podstawowa nr 3, im. Jana Brzechwy, ul. Brzozowa 4, 64-920 Piła	21.	Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 2 ul. Sudecka 5 41-608 Świętochłowice
10.	Szkoła Podstawowa nr 6, im. Polskich Olimpijczyków, ul. Sportowa 6, 55-200 Oława	22.	Szkoła Podstawowa nr 5, im. Janusza Kusocińskiego, ul. Jarzębinowa 6 21-040 Świdnik
11.	Gimnazjum nr 3, im. Kard. St. Wyszyńskiego, ul. mjr. Piwnika „Ponurego” 1, 19-300 Ełk (w roku 2018 nastąpiła zmiana na Szkoła Podstawowa nr 9)	23.	Szkoła Podstawowa nr 1 im ks. Franciszka Blachnickiego 39-225 JODŁOWA 5
12.	Gimnazjum nr 2, im. Powstańców Warszawy, ul. Akacyjowa 1, 26-110 Skarżysko-Kamienna	24.	Zespół Szkół w Rzepinie ul. Wojska Polskiego 30 69-110 Rzepin

Tabela 12 A. Szkoły biorące udział w projekcie: *Zdrowa Ja*

	Szkoły o minimalnej interwencji (grupa II)		Szkoły kontrolne bez interwencji (zerowa) (grupa III)
1.	Zespół Szkolno-Przedszkolny ul. Plac Reymonta 4 62-306 Kołaczkowo	1.	Szkoła Podstawowa ul. Jagiellońska 1 16-123 Kuźnica
2.	Zespół szkół Ponadpodstawowych w Nowinach ul. Gimnazjalna 1 26-052 Nowiny	2.	Szkoła Podstawowa im. Królowej Jadwigi ul. M. Kopernika 10 12-160 Wielbark
3.	Publiczna Szkoła Podstawowa nr 3 ul. Piaskowa 15 37-400 Nisko	3.	IV LO ul. Radiowa 1 25-317 Kielce
4.	Publiczna Szkoła Podstawowa nr 1 im. Juliusza Słowackiego ul. Szkolna 3 47-300 Krapkowice	4.	Publiczne LO nr IX im. Gen. W. Andersa ul. Oleska 68 45-222 Opole
5.	Publiczna Szkoła Podstawowa im. Bronisława Czecha 32-861 Iwkowa 525	5.	Szkoła Podstawowa im. Marii Konopnickiej w Nowej Górze, Nowa Góra 331 32-065 Krzeszowice
6.	Szkoła Podstawowa im. Kornela Makuszyńskiego Radowo Małe 36 72-314 Radowo Małe	6.	Szkoła Podstawowa im. Mariusza Zaruskiego ul. Gen. J. Wybickiego 33 83-050 Kolbudy
7.	Szkoła Podstawowa nr 3 im. Juliusza Słowackiego ul. Ciasna 16 62-800 Kalisz	7.	Liceum Ogólnokształcące im. Adama Mickiewicza ul. Studencka 13 31-116 Kraków
8.	Zespół Szkolno-Przedszkolny Szkoła Podstawowa, ul. Dworcowa 3 59-540 Świerzawa	8.	Szkoła Podstawowa im. Mariana Gotowca ul. Gen. T. Żymirskiego 68 05-205 Klembów
9.	Szkoła Podstawowa nr 33 im. Stanisława Ligonia ul. Witosa 23 40-832 Katowice	9.	Miejskie Gimnazjum im. St. Dulewicza ul. Franciszkańska 2 76-150 Darłowo
10.	Zespół Szkół nr 6 Gimnazjum nr 14 z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Władysława Jagiełły ul. 3 Maja 4 09-402 Płock	10.	Szkoła Podstawowa nr 21 z Oddziałami Integracyjnymi i z Oddziałami Sportowymi i z klasami Gimnazjum nr 21 ul. Taczaka 1 66-400 Gorzów Wielkopolski
11.	Publiczna Szkoła Podstawowa nr 7 im. Romualda Traugutta ul. 11 Listopada 16 97-500 Radomsko	11.	Szkoła Podstawowa nr 22 im. Marii Skłodowskiej-Curie Al. Zwycięstwa 44 42-520 Dąbrowa Górnicza
12.	X Liceum Ogólnokształcące ul. Antoniuk Fabryczny 1 (dokumenty) ul. Społeczna 6 (korespondencja) 15-761 Białystok	12.	Gimnazjum im. Jana Adamca w Łukowej 23-412 Łukowa



Rycina 7. Szkoły uczestniczące w programie *Zdrowa Ja* według powiatów.

3. ANALIZA ŚRODOWISKA SZKOLNEGO

Na podstawie założonego schematu losowania wytypowano 48 szkół z całej Polski. Zgodnie ze schematem losowania próba obejmowała szkoły zlokalizowane we wszystkich 16-tu województwach. Utworzono listę podstawową, która zawierała 48 szkół – 24 szkoły o pełnej interwencji, 12 szkół o interwencji minimalnej oraz 12 szkół o zerowej interwencji (wewnętrzna grupa kontrolna). Utworzono również 3 listy dodatkowe o takim samym schemacie. Ze względu na zmiany organizacyjne w około 80% wylosowanych placówek związane głównie ze zmianami w systemie oświaty i włączaniem wygasających gimnazjów w szkoły podstawowe lub ponadpodstawowe, rekrutacja szkół do projektu *Zdrowa Ja* była znacznie wydłużona. W toku rekrutacji nawiązywano kontakt zarówno ze szkołami z listy podstawowej, jak i korzystano z list dodatkowych. Ostateczną listę szkół uzyskano w listopadzie 2017 roku.

Do zrekrutowanych szkół przesłano kwestionariusz ankiety szkolnej, który zawierał pytania dotyczące podstawowych informacji, pozwalających na wstępną ocenę warunków środowiska szkolnego przed rozpoczęciem programu na terenie szkoły. Pytano o zadania dotyczące promocji zdrowia w szkole, w tym uczestnictwo szkoły w sieci Szkół Promujących Zdrowie, realizację programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w szkole, dostępność infrastruktury związanej z żywieniem oraz organizację aktywności fizycznej (obowiązkowej i dodatkowej) przez szkołę i dostępność uczniów do infrastruktury sportowej szkoły.

Ponadto zastosowano 4 skale opisujące:

- środowisko fizyczne szkoły (sześć stwierdzeń - stan szkoły, boiska szkolnego, sali gimnastycznej, dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych, dostosowanie sal do potrzeb uczniów i nauczycieli, dostępność sprzętu),
- problemy w okolicy szkoły (trzy stwierdzenia)
- poziom zaangażowania rodziców i uczniów w życie szkoły (po pięć stwierdzeń – udział w planowaniu programu i działań szkoły, organizowaniu środowiska fizycznego szkoły, rozwoju i planowaniu działalności dotyczącej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, planowaniu i organizacji imprez szkolnych, wpływ na nauczanie w klasach w tym metody nauczania i treści programów).

Skale zostały opracowane na podstawie oryginalnych skal zaczerpniętych z kwestionariusza *School Level Questionnaire (SQL)* pochodzącego z protokołu sieci badawczej HBSC.

Uzyskano dane od 29 placówek wiejskich (N=7), z małych miast do 20 tys. mieszkańców (N=7), miast 20tys. do 100 tys. mieszkańców (N=7) i dużych miast powyżej 100tys. mieszkańców (N=8). W szkołach uczy się od 89 do 1374 uczniów (M=507,6; SD=297,6).

We wszystkich szkołach odnotowano realizację zajęć dla uczniów obejmujących tematykę podejmowaną w ramach programu *Zdrowa Ja*: edukacja żywieniowa, aktywność fizyczna, profilaktyka zachowań ryzykownych, rozwój kompetencji osobistych. Informacje dotyczące kolejnych wskaźników charakterystyki szkoły przedstawiono w tab. 13.

Tabela 13. Wybrane elementy charakterystyki szkoły w podziale na typ interwencji

	Ogółem N (%)	Typ 1 pełna interwencja N (%)	Typ 2 minimalna interwencja N (%)	Typ 3 zerowa interwencja N(%)
Przynależność do sieci szkół promujących zdrowie				
Tak	15 (51,7)	9 (52,9)	2 (28,6)	4 (80)
Nie, ale należała w przeszłości	2 (6,9)	2 (11,8)	0	0
Nie, w trakcie aplikacji	3 (10,3)	1 (5,9)	1 (14,3)	1 (20)
Nie	9 (31)	5 (29,4)	4 (57,1)	0
Dostępność infrastruktury związanej z żywieniem				
Stolówka	28 (96,9)	16 (94,1)	7 (100)	5 (100)
Kuchnia	25 (86,2)	14 (82,4)	7 (100)	4 (80)
Sklepik szkolny	18 (62,1)	12 (70,6)	3 (42,9)	3 (60)
Automat z żywnością	7 (24,1)	4 (23,5)	2 (28,6)	1 (20)
Organizacja i wsparcie aktywności fizycznej				
Dodatkowe bezpłatne zajęcia sportowe	29 (100)	16 (100)	7 (100)	6 (100)

Dodatkowe odpłatne zajęcia sportowe	10 (35,5)	5 (31,2)	4 (57,1)	-
Zajęcia WF na powietrzu	29 (100)	16 (100)	7 (100)	6 (100)
Dostępność infrastruktury sportowej szkoły dla uczniów	28 (96,6)	15 (93,8)	7 (100)	6 (100)

Tabela 14. Wybrane cechy środowiska szkolnego według typu interwencji

Przedmiot oceny środowiska szkolnego	Zakres skali	Ogółem		Typ 1 pełna interwencja		Typ 2 minimalna interwencja		Typ 3 zerowa interwencja	
		średnia	Odchylenie standardowe	średnia	Odchylenie standardowe	średnia	Odchylenie standardowe	średnia	Odchylenie standardowe
Problemy w okolicznościach szkoły	0-2	3,48	2,39	3,29	1,79	4,57	3,60	2,60	2,19
Środowisko fizyczne szkoły	0-24	17,72	4,09	17,00	4,39	18,71	3,30	18,80	4,32
Zaangażowanie rodziców	0-20	14,46	2,44	12,94	2,66	12,43	4,39	15,00	1,73
Zaangażowanie uczniów	0-20	13,17	3,05	14,04	1,98	16,28	2,43	16,20	2,95

4. DZIAŁANIA REALIZATORÓW PROGRAMU NA TERENIE SZKOŁY

Zadania dla realizatorów programu w wylosowanych gimnazjach w 2017 roku przedstawiono w tab. 15.

Tabela 15. Zadania uczestników projektu na terenie szkoły

Zadania i osoby odpowiedzialne w szkołach		
Grupa I	Grupa II	Grupa III
Stworzenie sieci szkolnych zespołów koordynujących program na terenie szkoły – „trójka szkolna” – dyrektor, nauczyciel (najczęściej WF), pielęgniarka szkolna	Stworzenie sieci szkolnych zespołów koordynujących program na terenie szkoły – „trójka szkolna” – dyrektor, nauczyciel (najczęściej WF), pielęgniarka szkolna	Stworzenie sieci szkolnych zespołów koordynujących program na terenie szkoły – „trójka szkolna” – dyrektor, nauczyciel (najczęściej WF), pielęgniarka szkolna
Koordinowanie i wsparcie badań na terenie szkoły – nawiązanie i utrzymywanie kontaktu z pielęgniarką szkolną, monitorowanie działań nauczyciela WF - dyrektor	Koordinowanie i wsparcie badań na terenie szkoły – nawiązanie i utrzymywanie kontaktu z pielęgniarką szkolną, monitorowanie działań nauczyciela WF - dyrektor	Koordinowanie i wsparcie badań na terenie szkoły – nawiązanie i utrzymywanie kontaktu z pielęgniarką szkolną, monitorowanie działań nauczyciela WF - dyrektor
Udział w szkoleniu z coachingu zdrowia – 2 osoby ze szkoły (spośród trójki koordynującej)	Udział w szkoleniu z coachingu zdrowia – 2 osoby ze szkoły (spośród trójki koordynującej)	
Udział w szkoleniu z obsługi systemu telemonitoringu – 1 osoba ze szkoły (nauczyciel)	Udział w szkoleniu z obsługi systemu telemonitoringu – 1 osoba ze szkoły (nauczyciel)	Udział w szkoleniu z obsługi systemu telemonitoringu – 1 osoba ze szkoły (nauczyciel)
Przeszkolenie dziewcząt (w szkole) z zasad działania telemonitoringu i użytkowania opasek – nauczyciel WF	Przeszkolenie dziewcząt (w szkole) z zasad działania telemonitoringu i użytkowania opasek – nauczyciel WF	Przeszkolenie dziewcząt (w szkole) z zasad działania telemonitoringu i użytkowania opasek – nauczyciel WF
Przeprowadzenie krótkiego konkursu wśród dziewcząt na postać asystenta mobilnego – 1 osoba wskazana przez dyrektora		
Promocja tematu na terenie szkoły, tematyczne akcje w szkole - nauczyciel WF + dyrektor szkoły lub inna wybrana osoba spośród „trójki szkolnej” - dwie osoby ze szkoły	Promocja tematu na terenie szkoły, tematyczne akcje w szkole - nauczyciel WF + dyrektor szkoły lub inna wybrana osoba spośród „trójki szkolnej” - dwie osoby ze szkoły	Promocja tematu na terenie szkoły, tematyczne akcje w szkole - nauczyciel WF + dyrektor szkoły lub inna wybrana osoba spośród „trójki szkolnej” - dwie osoby ze szkoły

\

Tabela 15. c.d.

Zadania i osoby odpowiedzialne w szkołach		
Grupa I	Grupa II	Grupa III
Przeprowadzenie badań ankietowych otwierających - nauczyciel WF lub pielęgniarka szkolna (jedna osoba ze szkoły)	Przeprowadzenie badań ankietowych otwierających - nauczyciel WF lub pielęgniarka szkolna (jedna osoba ze szkoły)	Przeprowadzenie badań ankietowych otwierających - nauczyciel WF lub pielęgniarka szkolna (jedna osoba ze szkoły)
Pomiary masy, wysokości ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego krwi – pielęgniarka szkolna	Pomiary masy, wysokości ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego krwi – pielęgniarka szkolna	Pomiary masy, wysokości ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego krwi – pielęgniarka szkolna
Pogłębione wywiady grupowe – badanie fokusowe – nauczyciel lub pielęgniarka szkolna	Pogłębione wywiady grupowe – badanie fokusowe – nauczyciel lub pielęgniarka szkolna	Pogłębione wywiady grupowe – badanie fokusowe – nauczyciel lub pielęgniarka szkolna
Udział w konkursie graficznym na postać asystenta mobilnego - dziewczeta, uczennice II klasy biorące udział w projekcie		
Noszenie urządzeń pomiarowych, uruchomienie aplikacji, synchronizowanie danych z opaski z aplikacją – dziewczeta, uczennice II klasy biorące udział w projekcie	Noszenie urządzeń pomiarowych, uruchomienie aplikacji, synchronizowanie danych z opaski z aplikacją – dziewczeta, uczennice II klasy biorące udział w projekcie	Noszenie urządzeń pomiarowych, uruchomienie aplikacji, synchronizowanie danych z opaski z aplikacją – dziewczeta, uczennice II klasy biorące udział w projekcie

5. SZKOLENIA REALIZATORÓW PROGRAMU

1. Coaching Zdrowia

Koordynatorzy szkolni projektu realizowanego w szkołach z I i II grupy interwencji zostali zaproszeni na szkolenie z coachingu zdrowia, które odbyło się w Warszawie. Szkoły z I grupy reprezentowane były przez 2 osoby, z grupy II przez 1 osobę. Uczestników, ze względu na organizacyjne i wymogów zajęć warsztatowych podzielono na dwie grupy – 2 dni szkolenia.

1.1. Harmonogram szkolenia:

8:30 – 10:15	Uzasadnienie podjęcia realizacji projektu <i>Zdrowa Ja</i> . Sytuacja zdrowotna i styl życia dziewcząt i kobiet w Polsce. Informacje o projekcie, zadaniach i harmonogramie prac w 2017 i 2018 roku
10:15 – 10:30	Przerwa
10:30 – 11:50	Zapoznanie z celami warsztatu Coaching Zdrowia: ćwiczenia budujące relację, z odniesieniem do zadań wynikających z projektu
11:50 – 12:00	Przerwa
12:00 – 13:30	Blok dotyczący komunikacji, z uwzględnieniem specyfiki kontaktu z nastolatkami
13:30 – 14:15	Obiad
14:15 – 16:30	Coachingowy styl komunikacji, sposoby budowania motywacji do zdrowego stylu życia u piętnastolatek
16:30 – 17:00	Zakończenie i podsumowanie warsztatu, ewaluacja

Tabela 16. Prezentacje multimedialne - warsztaty dla koordynatorów programu *Zdrowa Ja* – listopad 2017

Tytuł prezentacji	Treść prezentacji	Opracowanie merytoryczne i prowadzenie warsztatów
<p>Sytuacja zdrowotna i styl życia dziewcząt i kobiet w Polsce</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce według płci (dane GUS 2014) • Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności e poszczególnych grupach wieku w Polsce w 2014 r. • Czynniki modyfikujące ryzyko oszacowane za pomocą skali SCORE (<i>Systematic Coronary Risk Estimation</i>) • Trendy w deficytach zachowań zdrowotnych polskich 15-latków po akcesji do UE • Trendy otyłości dzieci i młodzieży w Polsce – badania HBSC 2002-2014 • 15-letnie dziewczęta, które uważają się zbyt grube – polska młodzież na tle pozostałych krajów sieci HBSC • Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej według płci i wieku • Postrzegane przez młodzież bariery w aktywności fizycznej • Codzienne palenie tytoniu ogółem i według płci (11-15 lat) • Palenie tytoniu co najmniej 1 raz w tygodniu ogółem i według płci (11-15 lat) • Palenie tytoniu codziennie przez 15-latków – trend długookresowy • Picie alkoholu w każdym tygodniu • Upicie się 2 razy lub więcej -polska młodzież na tle pozostałych krajów sieci HBSC • Używanie marihuany/haszyszu kiedykolwiek w życiu 	<p>Anna Fijałkowska</p>
<p>Coaching zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CEL WARSZTATU: A. wzmocnienie kompetencji osobistych w roli osoby wspierającej promowanie zdrowego stylu życia. B. Jak wpływać na 15-latkę? C. Coaching zdrowia – co to jest? • Poznajmy się • Kontrakt, Plan dnia • Reguła Podobieństwa i Sympatii • Aktywne słuchanie: Parafraza; Podążanie • Opowieść o sobie • Co to znaczy zdrowy styl życia? • Coaching zdrowia • Praca z celem • Rama celu, rama problemu • Narzędzie coachingowe – Pytania z mocą • Profil piętnastolatki • ĆWICZENIE Twoje imię • Wartości 	<p>Małgorzata Rymkiewicz Justyna Świąćicka</p>

Ewaluacja szkolenia Coaching Zdrowia

Po zakończonym szkoleniu uczestnicy warsztatów wypełniali ankietę ewaluacyjną. Warsztaty zostały ocenione bardzo wysoko. Podsumowanie opinii uczestników dotyczących poszczególnych obszarów poddanych ewaluacji przedstawiono poniżej.

W szkoleniu uczestniczyły 54 osoby, ankiety ewaluacyjne przekazały 53 osoby.

1.2. Ocena warunków technicznych szkolenia

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z warunków i sali szkoleniowej?

Kategorie odpowiedzi	Ocena	Liczba odpowiedzi
Bardzo zadowolony	5	51
	4	2
Średnio zadowolony	3	0
Niezadowolony	2	0
	1	0
Braki odpowiedzi		0

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z wyposażenia sali szkoleniowej?

Kategorie odpowiedzi	Ocena	Liczba odpowiedzi
Bardzo zadowolony	5	46
	4	6
Średnio zadowolony	3	0
Niezadowolony	2	0
	1	0
Braki odpowiedzi		1

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z liczebności grupy szkoleniowej?

Kategorie odpowiedzi	Ocena	Liczba odpowiedzi
Bardzo zadowolony	5	49
	4	4
Średnio zadowolony	3	0
Niezadowolony	2	0
	1	0
Braki odpowiedzi		0

1.3. Ocena programu szkolenia

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z programu szkolenia

Kategorie odpowiedzi	Ocena	Liczba odpowiedzi
Bardzo zadowolony	5	46
	4	7
Średnio zadowolony	3	0
Niezadowolony	2	0
	1	0
Braki odpowiedzi		0

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy uczestnikom przedstawiono cele i program szkolenia?

Kategorie odpowiedzi	Liczba odpowiedzi
Tak	53
Nie	0
Braki odpowiedzi	0

Pytanie: Jakie treści/zagadnienia wydały się Panu/Pani najbardziej potrzebne?

Trzy najczęściej wymieniane: *aktywne słuchanie, komunikacja interpersonalna, budowanie relacji.*

Pytanie: Jakie metody pracy, pomoce/materiały dydaktyczne podobały się Panu/Pani najbardziej?

Metody warsztatowe

1.4. Ocena osoby prowadzącej szkolenie

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z przygotowania osoby prowadzącej szkolenie?

Kategorie odpowiedzi	Ocena	Liczba odpowiedzi
Bardzo zadowolony	5	51
	4	1
Średnio zadowolony	3	0
Niezadowolony	2	0
	1	0
Braki odpowiedzi		1

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak ocenia Pan/Pani kompetencje osoby prowadzącej szkolenie?

Kategorie odpowiedzi	Ocena	Liczba odpowiedzi
Doskonale przygotowana	5	51
	4	1
Średnio przygotowana	3	0
Słabo przygotowana	2	0
	1	0
Braki odpowiedzi		1

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak ocenia Pan/Pani działania osoby prowadzącej szkolenie motywujące uczestników szkolenia?

Kategorie odpowiedzi	Ocena	Liczba odpowiedzi
Doskonale przygotowana	5	51
	4	1
Średnio przygotowana	3	0
Słabo przygotowana	2	0
	1	0
Braki odpowiedzi		1

Pytanie: Jakie techniki motywowania podobały się Pani/Panu najbardziej?

Zachęcanie, wsparcie, budowanie pozytywnego obrazu własnej osoby, bezpośredniość, humor.

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak ocenia Pan/Pani kontakt prowadzącego z uczestnikami szkolenia?

Kategorie odpowiedzi	Ocena	Liczba odpowiedzi
Doskonały	5	47
	4	4
Średni	3	0
Słaby	2	0
	1	0
Braki odpowiedzi		2

1.5. Odbiór szkolenia przez uczestników

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jaki był stopień Pana/Pani zainteresowania podczas szkolenia?

Kategorie odpowiedzi	Liczba odpowiedzi
Bardzo duży	41
Duży	10
W zależności od tematu	0
Mały	0
Bardzo mały	0
Braki odpowiedzi	2

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jaki był stopień Pana/Pani aktywności podczas szkolenia?

Kategorie odpowiedzi	Liczba odpowiedzi
Bardzo duży	18
Duży	25
W zależności od tematu	8
Mały	0
Bardzo mały	0
Braki odpowiedzi	2

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z efektów szkolenia?

Kategorie odpowiedzi	Ocena	Liczba odpowiedzi
Bardzo zadowolony	5	47
	4	4
Średnio zadowolony	3	0
Niezadowolony	2	0
	1	0
Braki odpowiedzi		2

1.6. Ewaluacja szkolenia prowadzona przez niezależnych obserwatorów

Obserwacja szkolenia – coaching Zdrowia

Podczas szkoleń z zakresu coachingu zdrowia przeprowadzono ewaluację metodą obserwacji uczestniczącej. Formularz obserwacji szkolenia wypełniany był w każdym dniu szkolenia przez niezależnych obserwatorów. W obu dniach szkolenie prowadzone było przez dwóch specjalistów w dziedzinie coachingu zdrowia. Zajęcia warsztatowe w obu dniach szkolenia odbywały się według takiego samego scenariusza. Poniżej przedstawiono zbiorczą opinię obserwatorów.

Informacje o szkoleniu

Szkolenie odbyło się w hotelu IBIS Stare Miasto w Warszawie dnia 6 i 7 listopada 2017 w podziale na dwie grupy warsztatowe liczące 30 osób w dniu 6 listopada i 25 osób w dniu 7 listopada. W sumie przeszkolono 55 osób. Czas trwania szkolenia w obu dniach wynosił po 8 godzin.

Charakterystyka warunków technicznych szkolenia

Obserwatorzy zanotowali następujące cechy sali szkoleniowej: przestronne, duże pomieszczenie; pomieszczenie dające komfort przestrzeni (adekwatne wielkością do liczby uczestników); sala z klimatyzacją; odpowiednia temperatura w pomieszczeniu; brak hałasów z zewnątrz; sala przytulna, przyjemna; wydzielone miejsce na pozostawienie odzieży wierzchniej. Sala wyposażona była w projektor multimedialny i flipchart.

Uczestnicy szkolenia

Charakterystyka uczestników pod względem zgodności z wymogami grupy docelowej

Większość uczestników szkolenia stanowili nauczyciele WF i pielęgniarki szkolne co było zgodne z kryteriami przyjętymi w projekcie. W związku z brakiem możliwości uczestniczenia nauczycieli lub pielęgniarek, niektóre szkoły reprezentowane były przez dyrektorów koordynujących projekt w szkole.

Przebieg szkolenia

Cele i program

Uczestnikom przedstawiono cele i program szkolenia.

Treść szkolenia

Przedmiotem szkolenia były zagadnienia związane ze zdrowym stylem życia i zadań nauczyciela lub innej osoby ze szkoły w prowadzeniu coachingu zdrowia tj. we wsparciu i motywowaniu nastolatków do zdrowego stylu życia. Poruszano tematy dotyczące rozwijania kompetencji osobistych nastolatków, metod wywierania wpływu i technik motywacyjnych oraz umiejętności budowania relacji interpersonalnych, zasad komunikacji, w tym formułowania informacji zwrotnych, zwłaszcza w kontakcie z dziewczętami w okresie adolescencji.

Metody pracy, pomoce i materiały dydaktyczne

Zajęcia prowadzone były zgodnie z zasadami uczenia się przez doświadczenie. Zastosowano szereg metod aktywizujących (praca w grupach, praca w parach, miniwykład,

fotoekspresja, dyskusja, plakat). Wykorzystane materiały były adekwatne do prowadzonych ćwiczeń (np. fotografie, flipchart, prezentacja multimedialna itp.).

Przygotowanie trenera prowadzącego szkolenie

Ocena przygotowania prowadzącego do warsztatów

Prowadzący znali założenia programu *Zdrowa Ja* i dostosowali treści warsztatów do tematyki programu oraz wieku grupy docelowej (dziewczęta nastoletnie). Prowadzący przygotowały prezentację multimedialną oraz pomoce do realizacji zadań.

Ocena kompetencji prowadzących

Prowadzący wyrażały się w sposób zrozumiały dla uczestników zajęć, wyjaśniały niezrozumiałe kwestie i definicje, były komunikatywne, elastyczne, otwarte, jasno formułowały wnioski z kolejnych ćwiczeń.

Sposoby wzbudzania zainteresowania uczestników i pobudzania ich do aktywności

Zastosowanie różnorodnych metod aktywizujących, ciekawych pomocy dydaktycznych oraz sposób komunikacji z uczestnikami (stosowanie informacji zwrotnych, odwoływanie się do osobistych doświadczeń i emocji uczestników) wpływały na większe zaangażowanie podczas pracy warsztatowej.

Reakcja grupy na trenerów

Uczestnicy wykazywali zaangażowanie, zachowywali się swobodnie, z zainteresowaniem słuchali wypowiedzi prowadzącego i innych uczestników, entuzjastycznie reagowali na propozycje ćwiczeń.

Odbiór szkolenia przez uczestników

Uczestnicy wykazywali bardzo duże zainteresowanie i wysoki stopień aktywności oraz duży stopień dyscypliny.

Ocena poziomu przyswojenia treści merytorycznych przekazywanych w trakcie szkolenia

Uczestnicy odnosiły przekazywane treści do własnych doświadczeń oraz planowali, jak wykorzystać zdobytą wiedzę i umiejętności w pracy z dziewczętami co wpłynęło na poziom przyswajania zdobytych informacji. Podczas kolejnych ćwiczeń dało się zauważyć poprawę efektywności działań, otwartości, wyrażania własnych opinii i chęci dyskusji.

Ocena satysfakcji z efektów szkolenia

Uczestnicy byli bardzo zadowoleni ze szkolenia, wyrażali pozytywne opinie zarówno w stosunku do umiejętności komunikacyjnych prowadzących, jak i ich przygotowania do prowadzenia zajęć. Wysoko oceniali wartość merytoryczną warsztatów oraz podkreślali praktyczny wymiar przyswojonych wiadomości i umiejętności.

2. Szkolenie z obsługi telemonitoringu

Szkoleniem tym objęto nauczycieli ze szkół wszystkich grup, z każdej szkoły 1 osobę, których zadaniem jest przeszkolenie w szkole uczennic biorących udział w projekcie (kaskadowy charakter szkolenia).

2.1. Harmonogram szkolenia:

11:30 – 13:00	Szkolenie z telemonitoringu – prowadzą przedstawiciele firmy Meditel
13:00 – 14:00	Lunch
14:00 – 15:00	Jak realizujemy projekt <i>Zdrowa Ja</i> – krok po kroku. Spotkanie robocze: Pytania i odpowiedzi, dyskusja – prowadzą koordynatorzy projektu z Instytutu Matki i Dziecka

Na kolejnych stronach znajduje się krótki materiał informacyjny na dotyczący telemonitoringu – włączenie opaski i logowanie

Drogie Koleżanki,

Z ogromną przyjemnością i dreszczykiem emocji zapraszamy Was do udziału w projekcie ZDROWA JA. Jest to program, który ma na celu wsparcie dziewcząt w prowadzeniu zdrowego stylu życia oraz zmianie niekorzystnych zachowań związanych ze zdrowiem. Wszyscy wiemy co to znaczy właściwa dieta oraz, że aktywność fizyczna zapewnia zdrowie i urodę. Tylko jak to zrobić? Jak konsekwentnie pozbyć się z diety podjadania, czy tych znieślawionych „pustych kalorii”? Jak regularnie ćwiczyć skoro kolejny odcinek serialu już czeka na nas w sieci? Mamy nadzieję, że odpowiedzią jest przygotowany specjalnie dla Was 15-latek – program ZDROWA JA. Elektroniczne opaski, które będziecie nosić na rękę przypomną, podpowiedzą kiedy iść na spacer i kiedy jest czas na kolejny zbilansowany posiłek. Może to jest rozwiązanie? Nie stój z boku! Podejmij wyzwanie i zmień swój styl życia z programem.



instrukcja opaski

Aby zacząć pobierz aplikację mediAsyistentKOT ze sklepu Google Play lub AppStore.

Po zainstalowaniu aplikacji, zaloguj się używając kodu QR lub loginu i hasła wklejonych na dole strony.

Poniższe dane w tym kod MEDPIN służą również do kontaktu z Asystentem Pomocy.

Jeśli nie masz smartfona, nie przejmuj się! Do aplikacji możesz zalogować się także przez przeglądarkę internetową na każdym komputerze. W tym celu odwiedź stronę www.zdrowaja.org.pl i zaloguj się, używając poniższych danych.



ID

To jest Twoje OSOBISTE ID, które pozwala na jednoznaczne zidentyfikowanie Cię w systemie. Nie martw się, nie musisz go nigdzie przepisywać, jest powiązane z Twoją opaską monitorującą aktywność.

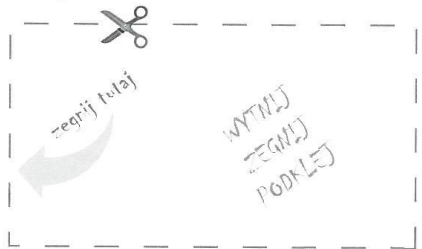
LOGIN, HASŁO, MEDPIN

Wybierz opcję Standardowe Logowanie żeby zalogować się do aplikacji za pomocą LOGINU i HASŁA. Kod MEDPIN, to zabezpieczenie dodatkowe i posłuży Ci do kontaktu z nami przez infolinię Asystenta Pomocy.

PAMIĘTAJ !!!
Zachowaj powyższy list w bezpiecznym miejscu tak, aby osoby postronne nie miały dostępu do Twoich danych autoryzacyjnych.

QR KOD

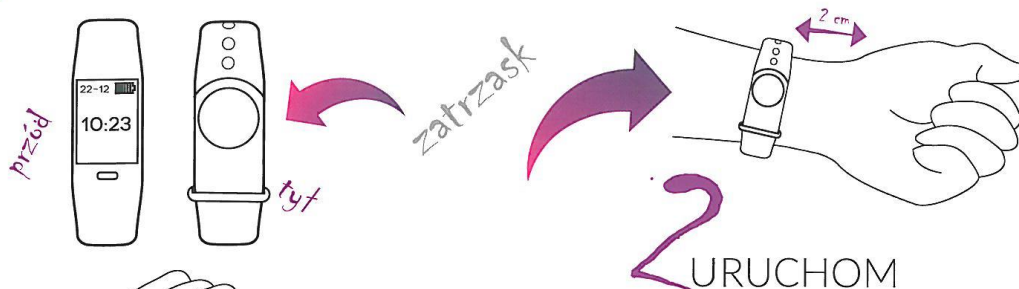
QR KOD zastąpi Twój login i hasło podczas logowania. Ustaw QR kod w polu widzenia kamery w ekranie logowania aby uzyskać dostęp do aplikacji.



INSTRUKCJA OBSŁUGI OPASKI

1 ZAŁÓŻ

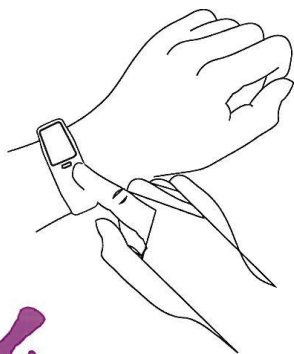
Aby opaska działała dokładnie załóż ją na swoją nie dominującą rękę, około 2 cm nad nadgarstkiem. Ważne, aby ręka w tym miejscu była czysta i sucha.



2 URUCHOM

Opaska znajduje się w stanie hibernacji. Aby włączyć ją po raz pierwszy przytrzymaj dotykowy guzik przez 10 sekund. Ekran zapali się na jasny kolor.

Jeśli opaska się nie włącza spróbuj nacisnąć guzik jeszcze raz lub naładuj baterię.

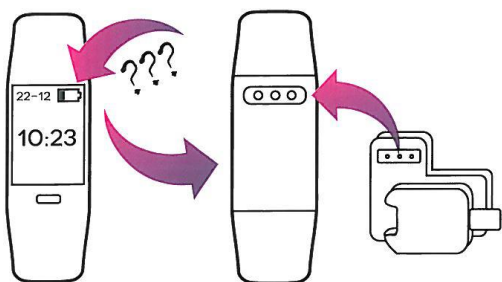


3 KORZYSTAJ!

Po połączeniu opaska będzie zapisywać twój puls i aktywność. Aby obejrzeć zapisane w opasce wyniki podnieś nadgarstek i naciśnij dotykowy guzik.

4 NAŁADUJ

Kiedy na ekranie pojawia się komunikat o niskim stanie baterii naładuj opaskę. Podłącz klips z USB do opaski. Zwróć szczególną uwagę na trzy kropki na opasce i klipsie ładującym oraz podłącz źródło zasilania.



UWAGA!



Wodoodporność urządzenia ograniczona jest do użytkowania w normalnych warunkach. Nie należy używać opaski w trakcie pływania, nurkowania oraz uprawiania innych sportów wodnych.

Podczas ładowania opaski nie ruszaj nią, aby nie uszkodzić styków.

Należy chronić opaskę przed ogniem i wysokimi temperaturami.

Parametry urządzenia

Nazwa produktu: Fitpolo
Typ baterii: bateria polimerowo-jonowa
Pojemność baterii: 100mAh
Dopuszczalna temperatura: -20°C~45°C
Wodoodporność: IP67

Połączenie bezprzewodowe: Bluetooth 4.0 BLE
Minimalne wymagania systemu operacyjnego:
Android 4.3 / IOS 8.3 lub kolejne wersje
Zawartość opakowania:
Opaska Fitpolo, kabel USB

Nie należy rozmontowywać i rozkręcać urządzenia. Może to spowodować trwałe uszkodzenie produktu lub awarię części jego funkcji.

2.2. Wstępny zakres raportów z telemonitoringu (dane z opasek)

Numer raportu	Zakres informacji w kolumnach arkusza excell	Cykliczność
1.	Podstawowe zbiorcze dane tygodniowe dla każdego dnia – czas efektywnego monitoringu, suma kroków dziennie ogółem oraz do godz. 14-ej i po 14-ej	tygodniowo
2.	Tętno minimalne w każdej godzinie od 6 do 22 (16 godzin/ dobę) w 7 dniach w danym tygodniu	tygodniowo
3.	Tętno maksymalne tak samo 16 godzin w 7 dniach w danym tygodniu	tygodniowo
4.	Tętno średnie tak samo 16 godzin w 7 dniach w danym tygodniu	tygodniowo
5.	Suma kroków w każdej godzinie lub skumulowana od rana do danej godziny bez limitu godzin (24h) wg dni danego tygodnia	tygodniowo
6.	Aktywność wg pięciu poziomów skorelowane dane tętna i aktywności dla każdego dnia wg wcześniej ustalonego algorytmu (czas aktywności każdego z pięciu poziomów każdego dnia)	ogólny raport dzienny (pięć wartości) po dniach w punktach czasowych (co około 45 dni)*
7.	Zbiorczy raport jak w p. 1, suma tygodni realizacji projektu, plus liczba dni pomiaru w danym tygodniu	ogólny raport w czterech punktach czasowych*
8.	Zbiorczy raport jak w p. 6, suma dla tygodni realizacji projektu, w 7 dniach w danym tygodniu	ogólny raport w czterech punktach czasowych*
9.	Aktywność dziewcząt w aplikacji: regularność sczytywania danych, podejmowanie wyzwań indywidualnych, podejmowanie wyzwań grupowych, otwieranie materiałów edukacyjnych, w ciągu tygodnia	tygodniowo
10.	Zbiorczy raport z wchodzenia na platformę, suma tygodni realizacji projektu	ogólny raport w czterech punktach czasowych

*termin i odstępy do ustalenia

2.3. Ewaluacja szkolenia na temat obsługi opasek i aplikacji na smartfonie oraz harmonogramu projektu *Zdrowa Ja*

W szkoleniu uczestniczyły 48 osoby, krótkie ankiety ewaluacyjne przekazało 41 osób

Prosimy o ocenę w kategorii od 1 do 5 punktów

Ocena programu szkolenia

1. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z programu szkolenia?

Ocena	Liczba odpowiedzi
5	31
4	9
3	1
2	0
1	0

2. Jakie treści/zagadnienia wydały się Panu/Pani najbardziej przydatne?

Informacje dotyczące opasek

Informacje dotyczące harmonogramu projektu krok po kroku

3. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z efektów szkolenia?

Ocena	Liczba odpowiedzi
5	29
4	10
3	2
2	0
1	0

4. Czy jakieś kwestie pozostały niejasne?

Możliwość praktycznego instalowania opasek krok po kroku

6. OPRACOWANIE NARZĘDZI ORAZ ORGANIZACJA BADAŃ ANKIETOWYCH I WYWIADÓW POGŁĘBIONYCH

Formularz ankiety stanowi Załącznik nr 4 do niniejszego Raportu.

Instrukcja badania ankietowego *Zdrowa Ja*

Badana grupa uczniów

Badania prowadzone są tylko wśród uczennic klas drugich gimnazjum, uczestniczących w programie *Zdrowa Ja*. Do badania ankietowego przystępują uczennice, które otrzymały zgodę rodziców na udział w projekcie oraz same wyraziły zgodę na udział w badaniu.

Ankieta

W badaniach stosujemy ankietę przetestowaną w badaniach pilotażowych. Kwestionariusz liczy 20 stron, a czas jego wypełniania wynosi około 30 minut.

Termin badania

Badanie ankietowe należy przeprowadzić PRZED pomiarem masy ciała, wysokości i obwodu talii, który będzie wykonywany przez pielęgniarkę szkolną. Istotne jest aby dziewczęta nie znały wyników pomiarów antropometrycznych przed przystąpieniem do badania ankietowego.

Miejsce badania

- Badania należy przeprowadzić w klasie szkolnej.
- W klasie, podczas badania, nie powinno być innych osób poza uczestniczkami programu *Zdrowa Ja* i osobą przeprowadzającą ankietę.

Przebieg badania ankietowego uczniów

Wprowadzenie do badania ankietowego

Proszę przekazać uczestniczkom krótką informację o celach badania, podkreślić, że są to badania prowadzone przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie w ramach Programu *Zdrowa Ja*. Proszę również zaznaczyć, że od pracy każdej uczestniczki zależy wiarygodność i rzetelność uzyskanych wyników. Nikt poza pracownikami Instytutu Matki i Dziecka nie będzie miał do nich dostępu.

Należy wyjaśnić, że:

- ankieta jest anonimowa, to znaczy nigdzie nie wpisuje się nazwiska. Numer identyfikacyjny, który uczestniczki wpisują na kwestionariuszu będzie służył jedynie połączeniu danych z różnych źródeł (opaska, pomiary masy ciała, wysokości i obwodu talii),
- dostęp do bazy danych będzie miał wyłącznie zespół badawczy Instytutu Matki i Dziecka,
- ankieta nie jest testem, ani sprawdzianem; nie ma w niej dobrych ani złych odpowiedzi,
- uczennica ma prawo odmówić wypełnienia ankiety lub odpowiedzi na niektóre pytania, które uzna za zbyt trudne lub zbyt osobiste.

Należy zaapelować do uczestniczek, aby:

- potraktowały ankietę poważnie tzn. udzielały **szczerych** odpowiedzi na **wszystkie** pytania;
- pracowały **samodzielnie** (nie radziły się koleżanek); zachowały ciszę i nie przeszkadzały innym;
- przeczytały wszystkie warianty odpowiedzi, w każdym pytaniu, zanim zaznaczą właściwą kratkę.

Oznaczanie ankiet:

- **Instytut Matki i Dziecka nie zbiera danych osobowych dzieci wypełniających ankietę. Nie należy więc podpisywać kwestionariuszy ankiet imieniem i/lub nazwiskiem, aby nie zaburzyć anonimowości badania.**
- Na kwestionariuszu ankiety **uczestniczka programu wpisuje** swój numer identyfikacyjny – ten sam numer, którym oznaczona jest opaska fitness (numer można wywołać z opaski). Prosimy o sprawdzenie poprawności numeru wpisanego przez każdą uczestniczkę programu.

Wypełnianie ankiety

- Po przekazaniu informacji o badaniu należy poprosić uczennice o rozpoczęcie wypełniania ankiety.

- Należy dyskretnie kontrolować pracę uczestniczek.
- W przypadku, gdy uczennica zgłosi, że nie potrafi udzielić odpowiedzi na jakieś pytanie, należy pomóc jej w sposób nie sugerujący bezpośrednio odpowiedzi. Gdy nadal nie znajduje odpowiedzi, należy zachęcić ją do wyboru odpowiedzi najbliższej prawdzie lub prosić o ominięcie tego pytania.

Zbieranie ankiet

Uczestniczce, która zamierza oddać ankietę należy przypomnieć o sprawdzeniu czy udzieliła odpowiedzi na wszystkie pytania. Poprosić o włożenie ankiety do koperty zbiorczej. Po zabraniu wszystkich ankiet należy zakleić kopertę zbiorczą w obecności uczestniczek.

Po zakończeniu badania należy uzupełnić metryczkę na kopercie zbiorczej.

Zwrot wypełnionych ankiet

Koperty zbiorcze należy starannie opisać i zapakować do jednej paczki wraz ze zgodami rodziców i uczennic z projektu *Zdrowa Ja* oraz nadać za pomocą firmy kurierskiej opłaconej przez Instytut Matki i Dziecka.

7. PRZYGOTOWANIE APLIKACJI DO PROGRAMU EPI DATA DO WPROWADZANIA DANYCH Z ANKIET UCZESTNICZEK PROGRAMU

Przygotowana aplikacja obejmuje załączony poniżej program do wprowadzania danych oraz dodatkowy system kontroli logicznej wprowadzania danych (dopuszczalny zakres zmiennych). Program EPI DATA zapewnia łatwy eksport danych oprogramowania SPSS.

ANKIETA DLA DZIEWCZAT KLASY II

{NRID} Indywidualny kod uczestniczki
(wpisać ZJ-numer 8 cyfr, np. ZJ-12345678) <A >

{SZKOLA} Kod szkoły w programie (1-48)

{P1} 1. W jakim miesiącu się urodziłaś? ##

{P2} 2. W którym roku się urodziłaś? #####

{P3} 3. Ile ważysz bez ubrania? (wpisz) ###.# kg

{P4} 4. Jaki jest Twój wzrost bez obuwia? (wpisz) ###.# cm

5. Jak często zwykle zjadasz śniadanie tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju?

{P5X1} W dniach szkolnych #

{P5X2} W dniach weekendu #

{P6} Jak często Ty i Twoja rodzina zazwyczaj jecie razem posiłki? #

7. Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz lub pijesz niżej wymienione produkty?

{P7X1} Owoce #

{P7X2} Warzywa #

{P7X3} Słodycze (cukierki, czekolada) #

{P7X4} Coca-cola lub inne napoje z dodatkiem cukru #

{P8} Jak często myjesz zęby? #

{P9} Obok jest rysunek drabiny. ##

{P10} Na aktywność fizyczna łącznie co najmniej 60 minut dziennie? #

{P11} W jakiej części lekcji WF brałaś udział w poprzednim roku szkolnym? #

{P12} Czy w poprzednim roku szkolnym miałaś zwolnienie z lekcji WF? #

13 Poniżej znajdują się stwierdzenia dotyczące aktywności fizycznej.

{P13X1} Moi rodzice zachęcają mnie do aktywności fizycznej/sportu #

{P13X2} Moi najbliżsi koledzy zachęcają do aktywności fizycznej/sportu #

{P14} Ile czasu zajmuje Ci droga z domu DO szkoły? #

{P15} Zazwyczaj główna część Twojej drogi DO szkoły odbywasz... #

{P16} . Zazwyczaj główna część Twojej drogi ZE szkoły odbywasz... #

17. Co sprawiłoby, że chętniej chodziłabyś do szkoły pieszo lub na rowerze?

- {P17X1} Wyznaczona ścieżka rowerowa lub chodnik #
- {P17X2} Szersze chodniki lub ścieżki #
- {P17X3} Mniejszy ruch uliczny #
- {P17X4} Miejsce w szkole, gdzie można bezpiecznie zostawić rower #
- {P17X5} Bezpieczniejsze przejścia przez ulice #
- {P17X6} Osoby, z którymi razem można chodzić do szkoły #
- {P17X7} Brak obaw przed zaczepkami #
- {P17X8} Szkolne szafki, gdzie można by zostawić rzeczy #
- {P17X9} Mieszkanie bliżej szkoły #
- {P17X10} Lepsze oświetlenie ulic #

Czy w czasie wolnym bierzesz udział w wymienionych zajęciach zorganizowanych?

- {P18X1} Zorganizowane sporty drużynowe (np. piłka nożna, siatkówka) #
- {P18X2} Zorganizowane sportowe zajęcia indywidualne (np. tenis, karate) #
- {P18X3} Szkoła artystyczna (gra na instrumencie, śpiew, taniec, aktorstwo) #
- {P18X4} Organizacje dziecięce i młodzieżowe (np. Harcerstwo) #
- {P18X5} Zajęcia w klubie, domu kultury lub w szkole (np. szachy) #
- {P18X6} Spotkania w kościele, chór kościelny (np. Oaza, Wspólnota) #

19. Jak często w czasie wolnym robisz wymienione niżej rzeczy?

- {P19X1} Czytam książki (powieści, wiersze, opowiadania, itp.) #
- {P19X2} Czytam magazyny (np.: Newsweek, Cosmopolitan) #
- {P19X3} Chodzę do kina, teatru, na wystawy, na wydarzenia sportowe jako kibic #
- {P19X4} Rysuję/małuję, rzeźbię, zajmuję się ceramiką lub innym rękodziełem #
- {P19X5} Gram w karty i gry planszowe (np. Szachy, Scrabble, Monopoly, Uno) #
- {P19X6} Spędzam czas z kolegami w parku, na boisku, na ławkach #
- {P19X7} Robię zakupy dla zabawy w centrach handlowych #
- {P19X8} Zajmuję się kolekcjonerstwem (zbieram znaczki) #
- {P19X9} Gram na instrumencie #

{P20} Jak często, w czasie wolnym POZA ZAJĘCIAMI SZKOLNYMI #

21. Zaznacz na ile prawdziwe lub nieprawdziwe są, Twoim zdaniem, poniższe stwierdzenia.

- {P21X1} Jestem zbyt zmęczona po lekcjach, aby ćwiczyć #
- {P21X2} Łatwiej znaleźć mi wytłumaczenie, dlatego nie ćwiczę #
- {P21X3} Mam zbyt mało czasu, aby znalazły się w nim ćwiczenia #
- {P21X4} Moje zwykle aktywności w rodzinie nie obejmują aktywności fizycznej #
- {P21X5} Nie jestem dostatecznie dobra w zajęciach sportowych #

22. Z poniższych opcji wybierz tę, która najlepiej opisuje Twoją opinię

- {P22X1} Posiadam dobre informacje na temat zdrowia #
- {P22X2} Potrafię podać szereg sposobów poprawy zdrowia #
- {P22X3} Potrafię porównać informacje związane ze zdrowiem #
- {P22X4} Potrafię wypełnić polecenia personelu medycznego #
- {P22X5} Potrafię z łatwością podać przykłady działań promujących zdrowie #
- {P22X6} Potrafię określić, jak moje działania wpływają na przyrodę #
- {P22X7} Wyszukuję łatwo zrozumiałe informacje związane ze zdrowiem #
- {P22X8} Potrafię określić, jak moje zachowania wpływają na moje zdrowie #
- {P22X9} Zazwyczaj wiem, czy jakaś informacja jest prawdziwa #
- {P22X10} Potrafię podać uzasadnienie moich wyborów dotyczących zdrowia #

{P23} Czy chorujesz na jakąś przewlekłą chorobę #

{P24} 24. Czy choroba przewlekła ogranicza Twoją obecność w szkole ? #

{P25} 25. Gdy myślisz o sobie, to sadzisz, że jesteś: #

26. Zakreśl odpowiedź na poniższe stwierdzenia, która najbardziej opisuje co czujesz.

- {P26X1} Na imprezach porównuje mój wygląd z wyglądem innych osób #
- {P26X2} By dowiedzieć się, czy ma się nadwagę to porównanie do innych osób. #

{P26X3} Na imprezach porównuje mój ubiór z ubiorem innych osób. #
{P26X4} W sytuacjach towarzyskich czasem porównuję moją sylwetkę #

27. Poniżej znajduje się lista stwierdzeń wyrażających odczucia różnych osób, co do swego ciała.

{P27X1} Jestem ciągle sfrustrowana z powodu mojego wyglądu fizycznego #
{P27X2} Jestem zadowolona ze swojego wyglądu #
{P27X3} Nie cierpię mojego ciała #
{P27X4} Dobrze czuje się ze swoim ciałem #
{P27X5} Złoszczę się, kiedy pomyśle o swoim ciele #
{P27X6} Lubię swój wygląd, mimo jego niedoskonałości #

{P28} Która najbardziej przypomina Twoja, obecna sylwetkę? #

{P29} Która jest Twoim zdaniem najbardziej prawidłowa? #

{P30} Jak często obecnie palisz tytoń? #

W ilu dniach (jeśli w ogóle) paliłaś papierosy...

{P31X1} W całym życiu #
{P31X2} W ciągu ostatnich 30 dni #

32. Ile dni (jeśli w ogóle) używałaś papierosów elektronicznych (e-papierosów)

{P32X1} W całym życiu #
{P32X2} W ciągu ostatnich 30 dni #

33. W ilu dniach (jeśli w ogóle) piłaś alkohol?

{P33X1} W całym życiu #
{P33X2} W ciągu ostatnich 30 dni #

34. Czy wypijałaś kiedyś tak dużo alkoholu, że czułaś się naprawdę pijana?

{P34X1} W całym życiu #
{P34X2} W ciągu ostatnich 30 dni #

35. Czy kiedykolwiek używałaś marihuany („trawy”, „skuna”) lub haszyszu?

{P35X1} W całym życiu #
{P35X1} W ciągu ostatnich 30 dni #

36. Czy masz jakieś z poniżej wymienionych urządzeń do pomiaru aktywności fizycznej?

{P36X1} Aplikacja na smartfon #
{P36X2} Czujnik tętna / zegarek sportowy #

{P37} Czy uważasz, że Twoje zdrowie jest: #

{P38} Czy myślisz, że Twój rozwój fizyczny i dojrzewanie przebiega wcześniej? #

{P39} Odpowiedz, proszę na pierwsze pytanie dotyczące domu #
{P39X5INNE} Inne <A >

{P40} Czy masz określone zadania i obowiązki w domu? #

{P41} Oblicz, ile godzin średnio spędziłaś na obowiązkach w domu? #

{P42} Czy Twoja rodzina posiada samochód? #

{P43} Własny pokój #

{P44} 44. Ile komputerów należy do Twojej rodziny? #

{P45} . Ile łazienek jest w Twoim domu? #

{P46} Czy w Twoim domu jest zmywarka do naczyń? #

{P47} Ile razy w ostatnich 12 miesiącach wyjeżdżałaś poza Polskę? #

Zaznacz, na ile się zgadzasz z poniższymi stwierdzeniami, dotyczącymi OKOLICY, w której mieszkasz.

{P48X1} Ludzie pozdrawiają się na ulicy #

{P48X2} Male dzieci mogą bawić się poza domem #
{P48X3} Mam zaufanie do ludzi mieszkających w okolicy #
{P48X4} Jest tu wiele miejsc gdzie można spędzić wolny czas #
{P48X5} Mogę prosić sąsiadów o pomoc lub drobna przysługę #
{P48X6} Większość ludzi tutaj próbowałaby mnie wykorzystać #

49. Czy w okolicy, w której mieszkasz można spotkać...?

{P49X1} Grupy młodzieży sprawiające problemy #
{P49X2} śmieci, potłuczone szkło, leżące wszędzie odpadki #
{P49X3} Zaniedbane, zniszczone domy lub budynki #

Ile godzin dziennie w czasie wolnym zwykle oglądasz filmy lub programy ?

{P50X1} W dniach szkolnych #
{P50X2} W dniach weekendu #

51. Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, zwykle grasz w gry komputerowe ?

{P51X1} W dniach szkolnych #
{P51X2} W dniach weekendu #

52. Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, zwykle korzystasz z komputera, tabletu lub smartfona?

{P52X1} W dniach szkolnych #
{P52X2} W dniach weekendu #

{P53} O której godzinie zwykle kładziesz się do łóżka, gdy idziesz do szkoły? ##

{P54} O której godzinie zwykle kładziesz się do łóżka w weekend ? ##

{P55} O której godzinie zwykle budzisz się w dni szkolne? #

{P56} O której godzinie zwykle budzisz się w weekend ? ##

57. Jak często w ostatnich 6 miesiącach odczuwałaś ... ?

{P57X1} ból głowy #
{P57X2} ból brzucha #
{P57X3} ból pleców #
{P57X4} zmęczenie #
{P57X5} przygnębienie #
{P57X6} rozdrażnienie lub zły humor #
{P57X7} zdenerwowanie #
{P57X8} trudności w zasypianiu #
{P57X9} zawroty głowy #

58. Poniżej zamieszczono listę niektórych możliwych uczuć lub zachowania.

{P58X1} Byłam zaniepokojona rzeczami #
{P58X2} Miałam problem ze skupieniem się na tym, co robię #
{P58X3} Byłam przygnębiona #
{P58X4} Czułam, że wszystko, co robię, przychodzi mi z trudem #
{P58X5} Byłam pełna nadziei co do przyszłości #
{P58X6} Czułam lęk #
{P58X7} Miałam niespokojne sny #
{P58X8} Byłam szczęśliwa #
{P58X9} Czułam się samotna #
{P58X10} Nie mogłam zacząć działać #

59. W ostatnim miesiącu...

{P59X1} Jak często czułaś, że nie byłaś w stanie kontrolować #
{P59X2} Jak często byłaś pewna, że poradzisz sobie #
{P59X3} Jak często czułaś, że sprawy szły po Twojej myśli #
{P59X4} Jak często czułaś, że nagromadziło się tyle problemów #

{P60} . Obok jest rysunek drabiny. ##

61. W każdym z poniższych pięciu stwierdzeń wskaz jedną odpowiedź

{P61X1} Czułam się wesoła i w dobrym nastroju #
{P61X2} Czułam się spokojna i odprężona #
{P61X3} Czułam się aktywna i energiczna #

{P61X4} Budziłam się z uczuciem świeżości i wypoczęta #
{P61X5} Moje codzienne życie było wypełnione #

62. Poniżej znajduje się lista aktywności, którymi niektóre rodziny zajmują wspólnie.

{P62X1} Wspólnie oglądamy telewizję lub filmy #
{P62X2} Razem chodzimy na spacer #
{P62X3} Wspólnie odwiedzamy różne miejsca #
{P62X4} Razem uprawiamy sport #

63. Odpowiadając na pytania wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

{P63X1} Jak często Twoi rodzice uprawiają sport? #
{P63X2} Czy rodzice pomagają Ci zaplanować zajęcia ? #
{P63X3} Czy jeśli mówisz, że lubisz jaka aktywność fizyczna...? #

64. Odpowiadając na pytania, zaznacz w skali od 1 do 5 swój wybór, w jakim stopniu

{P64X1} Jesteś w stanie wyrazić swoje opinie #
{P64X2} Jesteś w stanie zaprzyjaźnić się z innymi rówieśnikami #
{P64X3} Jesteś w stanie „zagadać” do nieznannej osoby #
{P64X4} Jesteś w stanie współpracować w zgodzie ze swoimi kolegami z klasy #
{P64X5} Jesteś w stanie powiedzieć rówieśnikom, że robią coś, co Ci się nie podoba #
{P64X6} Jesteś w stanie opowiedzieć zabawne zdarzenie grupie rówieśników #
{P64X7} Udaje Ci się utrzymywanie przyjaźni z rówieśnikami #
{P64X8} Udaje Ci się zapobiegać kłótniom z rówieśnikami #

65. Przeczytaj uważnie i zaznacz w skali od 1 do 7...

{P65X1} Moi koledzy i koleżanki naprawdę starają się mi pomagać #
{P65X2} Mogę liczyć na moich kolegów i koleżanki, kiedy coś idzie nie tak #
{P65X3} Mam kolegów i koleżanki, z którymi mogę dzielić moje radości i troski #
{P65X4} Mogę rozmawiać z kolegami i koleżankami o moich problemach #

66. Zaznacz w jaki sposób poniższe stwierdzenia odnoszą się do Ciebie...

{P66X1} Realizuje plany krok po kroku, zęby osiągnąć moje cele #
{P66X2} Mam cele w życiu #
{P66X3} Jeżeli założę sobie jakieś cele, to podejmuje działania, zęby je osiągnąć #
{P66X4} Osiągnięcie celów jest dla mnie ważne #
{P66X5} Wiem co zrobić, zęby zrealizować moje plany #

{KOMPOS} Czy załączono KompOs (1-tak) #

zazwyczaj gdy znajduje się w kłopotliwej sytuacji:

{KOMPXA1} znajduje rozwiązanie #
{KOMPXA2} tracę głowę #
{KOMPXA3} maks się koncentruje #
{KOMPXA4} nie wiem co mam robić #
{KOMPXA5} mogę polegać na sobie #
{KOMPXA6} spodziewam się niepowodzenia #

zazwyczaj gdy zamierzam zrobić coś ważnego

{KOMPXB1} robię nawet gdy zmęczony #
{KOMPXB2} rezygnuje z zamiaru #
{KOMPXB3} robię nawet gdy ponad siły #
{KOMPXB4} rezygnuje jak nie ma szans #
{KOMPXB5} robię nawet gdy ktoś przeszkadza #
{KOMPXB6} rezygnuje gdy coś ciekawszego #

V. RAPORT Z DZIAŁAŃ PROWADZONYCH W ROKU 2018

1. REALIZACJA PROJEKTU W KONTEKŚCIE PRZYJĘTYCH ZAŁOŻEŃ

Poniżej przedstawiono syntetyczny opis realizacji założeń przyjętych w metodologii programu Zdrowa Ja. Zawarto w nim opis realizowanej próby oraz wykonane zadania w grupie objętej interwencją, biorąc pod uwagę badania ilościowe, jakościowe oraz pomiary antropometryczne, jak również Grę o Zdrowie prowadzoną w grupie o pełnej interwencji. Przedstawiono także działania prowadzone w ramach projektu w drugim roku jego realizacji (2018). Uwzględniono przeprowadzenie szkoleń dla nauczycieli, działania promocyjne i inne formy upowszechniania wyników projektu Zdrowa Ja (prezentacje na konferencjach, planowane publikacje). Wykaz ważniejszych zadań zaprezentowano w tab. 16.

Tabela 16. Ramowy harmonogram działań w projekcie *Zdrowa Ja*

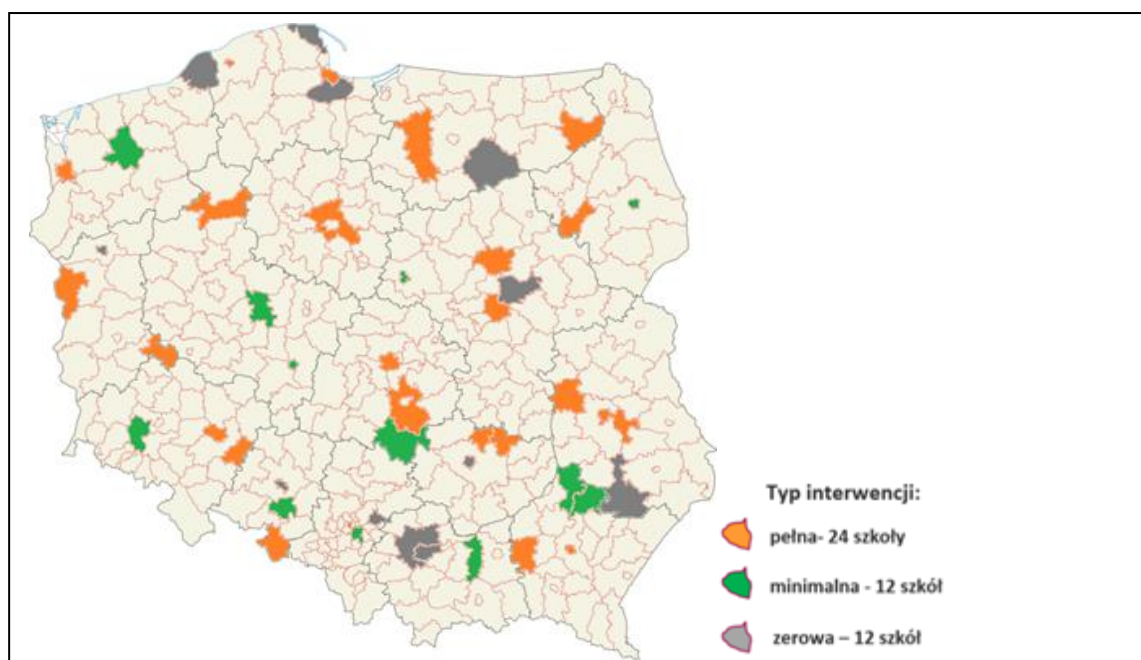
Działania	2017						2018												
	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	Lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	
faza przygotowania (IMiD)																			
rekrutacja szkół i uczestników																			
szkolenie koordynatorów (coaching)																			
szkolenie koordynatorów (telemonitoring)																			
szkolenie dziewcząt (telemonitoring)																			
testowanie systemu																			
szkolenia dla nauczycieli (grupa pełnej interwencji)																			
interwencja																			
promocja tematu (szkoła)																			
kampania w mediach społecznościowych																			
badania ankietowe																			
pomiary antropometryczne																			
zogniskowane wywiady grupowe																			

1.1. Realizacja próby w stosunku do założeń

We wstępnych założeniach metodologicznych przyjęto, że program profilaktyczno-interwencyjny będzie prowadzony w 48 szkołach zlokalizowanych na terenie 16 województw. Zakładano objęcie interwencją 1200 uczennic klas II, po około 25 w każdej szkole. Warunkiem było wyrażenie zgody na badanie przez uczennice oraz uzyskanie zgody rodziców na udział w programie *Zdrowa Ja*. W toku realizacji projektu nieznacznie zmieniała się liczba jego uczestniczek. Podstawę do określenia liczby uczestniczek objętych interwencją stanowi raport dotyczący ilości przekazanego sprzętu pomiarowego do wylosowanych szkół. Wszystkie dziewczęta, które zostały wyposażone w opaski pomiarowe, otrzymały unikatowy kod przypisany do urządzenia, którym jednocześnie posługiwały się w trakcie badań ankietowych i pomiarów antropometrycznych. Ważnym źródłem danych o liczbie uczestniczek są również badania ankietowe realizowane w listopadzie 2017, tj. przed wdrożeniem interwencji, a także w końcowej fazie programu, w czerwcu 2018.

Szkoły uczestniczące w programie Zdrowa Ja

Zgodnie z założeniami do programu, w październiku 2017, zostało zrekrutowanych 48 szkół z 16 województw. (Metodologia projektu – założenia losowania, część I Raportu). Rozkład szkół zaprezentowano na ryc. 8.



Rycina 8. Szkoły uczestniczące w programie *Zdrowa Ja* według powiatów

Uczestniczki programu Zdrowa Ja

Do udziału w programie *Zdrowa Ja* zrekrutowano 1198 dziewcząt (tab. 17). Proporcje w zakresie liczby uczestniczek między trzema typami grup interwencyjnych były zgodne z założeniami (około 50% uczestniczek w grupie o pełnej interwencji). W szkołach o pełnej interwencji do udziału zakwalifikowano od 20 do 27 dziewcząt, w grupie o minimalnej interwencji od 14 do 26, a w grupie o interwencji zerowej od 16 do 27 uczennic.

Tabela 17. Liczba dziewcząt zakwalifikowanych do programu *Zdrowa Ja* ogółem i wg typów interwencji

Ogółem	Typ interwencji		
	Pełna	Minimalna	Zerowa
	N (min.-max.)	N (min.-max.)	N (min.-max.)
1198	636 (20-27)	277 (14-26)	285 (16-27)

1.2. Badania prowadzone w ramach programu *Zdrowa Ja* i wstępne wyniki

W programie *Zdrowa Ja* zastosowano podejście oparte na metodologii mieszanej (*mixed-method approach*), wykorzystując metody badań ilościowych i jakościowych. Podejście to jest określane jako jeden z dominujących paradygmatów w badaniach naukowych, od lat szeroko stosowane w naukach społecznych i coraz częściej stosowane w badaniach z zakresu zdrowia publicznego^{38,39}. Połączenie wielu metod i materiałów empirycznych do opisu zjawisk pozwala na lepsze zrozumienie eksplorowanego problemu i uniknięcie błędów wynikających z opierania się na pojedynczej metodzie i pojedynczych wynikach badań. W tab.18 przedstawiono wykaz badań prowadzonych w całym okresie trwania projektu.

Tabela 18. Harmonogram badań w programie *Zdrowa Ja*

Badania	2017		2018								
	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
badania ankietowe	■							■			■
pomiary antropometryczne		■						■			■
zogniskowane wywiady grupowe		■						■			

³⁸ Kaur, M. (2016). Application of Mixed Method Approach in Public Health Research. *Indian J Community Med.* 2016 Apr-Jun; 41(2): 93–97. doi: [10.4103/0970-0218.173495]

³⁹ Ridde V., Olivier de Sardan J.-P., 2015, A Mixed Methods Contribution to the Study of Health Public Policies: Complementarities and Difficulties, "BMC Health Services Research", 15.S3.

Badania ankietowe

W ramach programu *Zdrowa Ja*, wśród jego uczestniczek, trzykrotnie prowadzono badania ankietowe metodą sondażu diagnostycznego. W każdym przypadku, badania prowadzone były w klasie szkolnej przez szkolnego koordynatora programu.

Narzędziem był kwestionariusz ankiety⁴⁰, który zawierał pytania dotyczące wybranych wskaźników zdrowia (np. samoocena zdrowia, występowanie chorób przewlekłych) i zachowań zdrowotnych (np. umiarkowana i intensywna aktywność fizyczna, zachowania sedentarne, zachowania żywieniowe), kompetencji osobistych i społecznych (np. własna skuteczność, orientacja na cel), samooceny (np. obraz własnego ciała). Kwestionariusze zawierały wspólne pytania w celu oceny skuteczności programu interwencyjnego oraz pytania dodatkowe w zależności od etapu prowadzonych badań (np. pytania ewaluacyjne w drugim i trzecim badaniu ankietowym).

Pierwsza runda badań odbyła się w listopadzie 2017 r., tj. przed rozpoczęciem działań interwencyjnych. Głównym celem realizacji tych badań była wstępna ocena różnych parametrów związanych ze zdrowiem dziewcząt, które przystąpiły do programu. Wyniki tej rundy badań zostały również wykorzystane w ocenie skuteczności programu.

Drugą rundę badań przeprowadzono w czerwcu 2018 r. – tuż przed zakończeniem ostatnich działań interwencyjnych. Wyniki tej tury badań posłużyły, m. in. do analiz wykonywanych w ramach ewaluacji programu *Zdrowa Ja*.

Trzecią rundę badań przeprowadzono we wrześniu 2018 r.. Głównym celem była możliwość oceny programu w efekcie odroczonym (2 miesiące po zakończeniu działań interwencyjnych).

Liczbę dziewcząt uczestniczących w kolejnych badaniach ankietowych oraz terminy ich prowadzenia przedstawiono w tab. 19. W badaniach ankietowych wzięły udział wszystkie uczestniczki programu, które w dniu ankietyzacji były obecne w szkole oraz wyraziły zgodę na wypełnienie kwestionariusza.

Tabela 19. Liczba dziewcząt uczestniczących w badaniach ankietowych w ramach programu *Zdrowa Ja*, ogółem i wg typu interwencji (N)

Ogółem (N)	Typ interwencji		
	Pełna (N)	Minimalna (N)	Zerowa (N)
Listopad 2017			
1173	629	267	277
Czerwiec 2018			
1147	616	261	270
Wrzesień 2018			
1157	630	257	270

⁴⁰ Pełne kwestionariusze ankiet zamieszczono w Aneksie niniejszego Raportu.

Pomiary antropometryczne

W trakcie realizacji programu *Zdrowa Ja* trzykrotnie dokonywano pomiarów antropometrycznych. Badania były prowadzone przez pielęgniarkę szkolną po zakończeniu każdej tury badań ankietowych. Podstawą do określenia liczby dziewcząt objętych pomiarami oraz uzyskanych wyników stanowiły sprawozdania z pomiarów dostarczane przez pielęgniarki. Dane z pomiarów antropometrycznych były łączone z danymi z badań ankietowych za pomocą unikatowego kodu uczestniczki, który był wpisywany na formularzu pomiarów. Wyniki z pomiarów antropometrycznych przedstawiono w tab. 20.

Tabela 20. Wyniki pomiarów antropometrycznych dziewcząt uczestniczących w programie *Zdrowa Ja*, ogółem i wg typów interwencji

	Ogółem			Pełna			Minimalna			Zerowa			P
	min	max	M SD	min	max	M SD	min	max	M SD	min	max	M SD	
Listopad 2017													
Masa ciała kg	31,0	105,0	55,9 10,5	31,0	105,0	56,2 10,7	35,5	88,5	55,3 10,4	37,3	96,0	55,9 10,0	=0,502
Wysokość cm	137,0	184,0	163,0 6,0	144,0	184,0	163,5 5,8	137,0	182,0	162,7 6,5	144,0	178,5	162,5 6,1	<0,05
Obwód talii cm	51,0	111,0	70,5	53,0	111,0	70,5 9,3	51,0	99,0	71,6 9,7	56,0	104,0	69,6 8,0	<0,05
BMI kg/m ²	13,1	36,1	21,0 3,5	13,1	36,1	21,0 3,5	14,9	32,0	20,8 3,4	14,7	36,1	21,1 3,4	=0,655
Czerwiec 2018													
Masa ciała kg	30,0	114,0	57,0 10,5	30,0	114,0	57,2 10,7	36,2	92,0	56,4 10,7	38,5	100,0	57,1 9,8	=0,572
Wysokość cm	140,0	184,0	164,2 5,9	149,0	184,0	164,4 5,7	140,0	183,5	163,9 6,4	145,5	179,0	163,9 6,1	=0,348
Obwód talii cm	52,0	115,0	70,5 9,1	54,0	115,0	70,4 9,1	52,0	113,0	72,0 10,4	57,0	110,0	69,2 7,5	<0,01
BMI kg/m ²	13,3	37,6	21,1	13,3	37,7	21,1 3,5	15,5	32,5	21,0 3,5	15,2	36,3	21,2 3,3	=0,620
Wrzesień 2018													
Masa ciała kg	30,1	119,0	58,1 10,6	30,8	119,0	58,1 10,6	36,0	96,9	57,7 11,0	41,3	106,0	58,3 10,0	=0,837
Wysokość cm	141,0	185,5	164,6 5,9	149,0	185,5	164,9 5,8	141,0	178,0	164,2 6,2	146,0	179,0	164,4 6,0	=0,267
Obwód talii cm	53,0	115,0	71,0	54,0	115,0	70,6 7,8	53,0	110,0	73,6 11,0	58,0	114,0	69,4 7,3	<0,001
BMI kg/m ²	13,0	38,9	21,4 3,5	13,0	38,9	21,3 3,5	15,2	35,3	21,4 3,7	14,7	38,5	21,5 3,4	=0,771

Badania jakościowe – zogniskowane wywiady grupowe

W ramach programu *Zdrowa Ja* prowadzono również badania jakościowe. W każdej szkole, dwukrotnie przeprowadzono zogniskowane wywiady grupowe z uczestniczkami programu. Badania prowadzone były na podstawie uprzednio przygotowanych przez zespół

IMiD, dyspozycji do wywiadu. Realizatorami badań byli koordynatorzy szkolni (pielęgniarki). W wywiadach brało udział od 6 do 8 dziewcząt.

Scenariusz wywiadu (dyspozycje do wywiadu) zawierał 3 główne bloki pytań: opinie na temat aktywności fizycznej młodzieży, ocena telemonitoringu i ocena założeń programu.

Dane uzyskane z wywiadów pogłębionych były analizowane przez zespół projektu w IMiD. Wyniki analiz posłużyły pogłębieniu oceny trafności, użyteczności i skuteczności wprowadzonego programu profilaktyczno-interwencyjnego. Analiza wyników znajduje się w raporcie z ewaluacji programu *Zdrowa Ja*.

Monitoring aktywności fizycznej

Jednym z głównych elementów programu był telemonitoring aktywności fizycznej dziewcząt. Uczestniczki zostały wyposażone w opaski pomiarowe z funkcją liczenia kroków oraz pomiaru tętna. Aby dane z urządzenia pomiarowego zostały wczytane do aplikacji mobilnej, dziewczęta były proszone o codzienne wykonywanie synchronizacji opaski z aplikacją.

Liczba dziewcząt, które aktywnie korzystały z telemonitoringu aktywności fizycznej wahała się od 884 w pierwszej fazie interwencji (styczeń 2018 r.) do 431 w ostatniej fazie interwencji (czerwiec 2018 r.). Liczba dziewcząt aktywnie korzystających z opasek spadała wraz z postępem programu. Dopiero w ostatniej fazie interwencji wystąpiły istotne statystycznie różnice między grupami w zakresie liczby dziewcząt poddanych monitoringowi aktywności fizycznej ($p < 0,001$). Aktywny udział w monitorowaniu aktywności w tej fazie interwencji dotyczył prawie połowy dziewcząt z grupy zerowej, tj. grupy, która nie była obciążona innymi zadaniami wynikającymi z udziału w programie. W pozostałych grupach, monitoringiem aktywności fizycznej została objęta około 1/3 dziewcząt.

Tabela 21. Aktywność dziewcząt w systemie monitorowania aktywności za pomocą opasek według fazy interwencji i grupy interwencyjnej

Faza interwencji	Próba ogółem		Typ interwencji						
			Pełna		Minimalna		Zerowa		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Wszystkie	334	27,4	170	26,1	72	25,6	92	32,3	=0,111
Faza 1	884	72,6	479	73,6	210	74,7	195	68,4	=0,177
Faza 2	845	69,4	455	69,9	183	65,1	207	72,6	=0,143
Faza 3	590	48,5	311	47,8	128	45,6	151	53,0	=0,182
Faza 4	431	35,4	212	32,6	86	30,6	133	46,7	<0,001

Monitorowanie liczby kroków

Liczba kroków była drugim czynnikiem monitorowanym w trybie ciągłym za pomocą urządzeń mobilnych (opasek) noszonych przez dziewczęta uczestniczące w programie Zdrowa Ja. Odczyt danych był uwarunkowany sprawnością systemu oraz faktem prawidłowego noszenia opaski przez uczestniczkę programu.

Wstępne opracowanie ma na celu ocenę jakości i przydatności tego typu danych. W przypadku danych wiarygodnych można podjąć próbę analiz zmian liczby kroków w kolejnych okresach interwencji oraz porównania trzech typów interwencji.

Zestawienie dostarczone przez firmę obsługującą telemonitoring, stanowiące podstawę analiz zawierało dane zagregowane dla poszczególnych dni obserwacji. Podawano czas noszenia opaski oraz liczbę zarejestrowanych kroków. Ponadto agregacja dotyczyła pięciu przedziałów czasowych w ciągu dnia. Wybrano tylko zestawienie pełnych 24 godzin, a w dalszych opracowaniach podjęte będą próby odrębnej analiz godzin przedpołudniowych i popołudniowych, z wyłączeniem godzin nocnych.

Dla potrzeb niniejszego opracowania wybrano osiem tygodni odpowiadających czterem fazom dwutygodniowych interwencji: w styczniu, kwietniu, maju i czerwcu. Wybrano dziewczęta, które miały pełną, siedmiodniową obserwację w każdym z tych tygodni, niezależnie od czasu noszenia opaski.

Wykazano, że liczba monitorowanych dziewcząt objętych tak zdefiniowanym pełnym monitoringiem znacząco maleje w kolejnych fazach interwencji (tab. 22). Ponadto w kolejnych tygodniach odsetek obserwacji niepełnych zwiększał się, a pełną informację często posiadały różne dziewczęta.

Tabela 22. Liczba dziewcząt monitorowanych* wg tygodni i faz interwencji

Tydzień	Kod tygodnia i fazy interwencji	Siedmiodniowy Monitoring (N)	Odsetek obserwacji niepełnych	Pełna informacja z całej fazy (N)
01.01-07.01	F1T1	559	54,1	439
08.01-14.01	F1T2	536	56,0	
09.04-15.04	F2T1	545	62,7	354
16.04-22.04	F2T2	482	60,4	
14.05-20.05	F3T1	207	83,0	140
21.05-27.05	F3T2	259	78,7	
11.06-17.06	F4T1	213	82,5	55
18.06-24.06	F4T2	62	94,9	

*dostępne dane dla 7 dni danego tygodnia

W związku z powyższym zdecydowano się przedstawić dane dla ośmiu wskazanych tygodni, bez porównywania w czasie zmian w tej samej grupie dziewcząt. Wykazano, że tylko 15 dziewcząt ma pełną informację z 56 dni czterech faz interwencji.

Liczba rejestrowanych kroków zwiększała się w pierwszych czterech tygodniach, to znaczy do końca drugiej fazy interwencji. W trzeciej fazie zarejestrowano znaczący spadek tygodniowej liczby kroków, który dotyczył wszystkich trzech typów interwencji. W ostatnim tygodniu maja i w czerwcu liczba rejestrowanych kroków znów się zwiększyła. Należy też podkreślić, że w każdej z czterech faz liczba kroków w drugim tygodniu była większa niż w pierwszym co może wskazywać na efekt interwencji.

W przypadku interwencji pełnej i w grupie kontrolnej najkorzystniej wypadł tydzień czwarty i ostatni. W przypadku interwencji minimalnej w czerwcu nie odnotowano poprawy aktywności fizycznej dziewczynek, mierzonej liczbą kroków (tab. 23).

Różnice między grupami testowano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji z testem porównań wielokrotnych. Średnia liczba kroków wykonywanych przez dziewczęta wykazywała istotny związek z typem interwencji tylko w drugim i trzecim tygodniu, w obu przypadkach na korzyść interwencji pełnej. W drugim analizowanym tygodniu zanotowano istotną różnicę między dziewczętami objętymi interwencją pełną i minimalną ($p=0,041$ w teście porównań wielokrotnych Tukey'a HSD). W trzecim analizowanym tygodniu dziewczęta objęte interwencją pełną wykonywały istotnie większą liczbę kroków niż rówieśniczki z grupy

interwencji minimalnej ($p < 0,001$) i grupy kontrolnej ($p = 0,023$). Nie wykazano natomiast różnicy między grupą interwencji minimalnej i grupą kontrolną ($p = 0,429$).

W analogiczny sposób sporządzono zestawienie na temat średniego czasu noszenia opasek (tab. 10). Dane wskazują na systematyczne noszenie opasek przez dziewczęta – średnio około 20 godzin na dobę. Czas ten zmniejszył się w piątym analizowanym tygodniu, kiedy obniżyła się liczba rejestrowanych kroków. Największe różnice między czasem noszenia opaski przez dziewczęta z różnych grup interwencyjnych zanotowano również w drugim i trzecim z analizowanych tygodni. Wg testu porównań wielokrotnych post hoc Tukey'a w drugim tygodniu różnica między interwencją minimalną i pełną była istotna statystycznie ($p = 0,034$) a między interwencją zerową i pełną na granicy istotności ($p = 0,058$).

Tabela 23. Średnia tygodniowa liczba kroków wg tygodni i faz interwencji

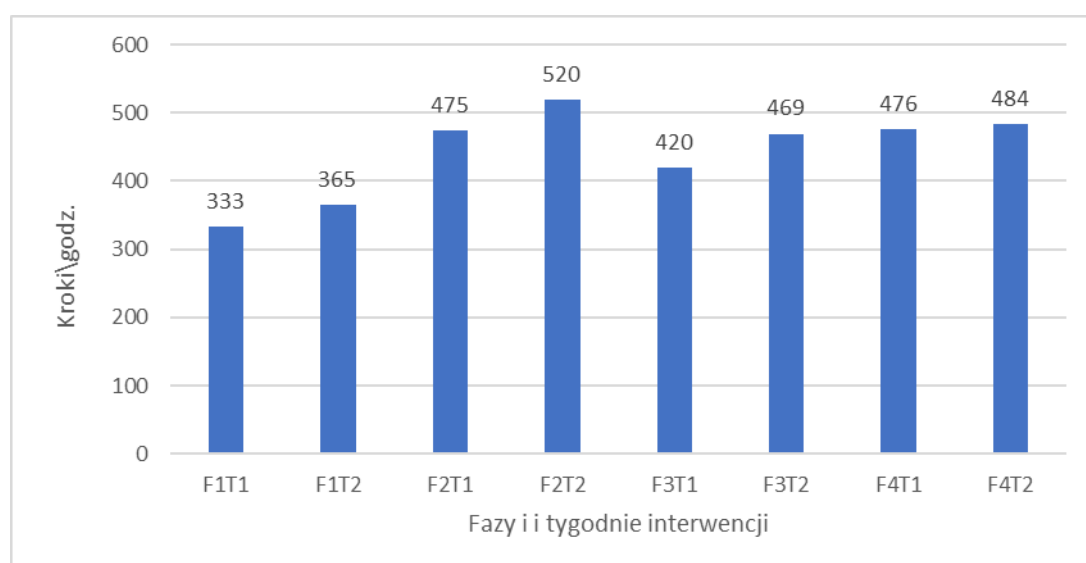
Faza/ Tydzień	Ogółem		Interwencja						p
			Pełna		Minimalna		Zerowa		
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	
F1/T1	46602	17872	47752	18783	45586	17065	45034	16455	0,264
F1/T2	51261	17935	53147	18363	48513	17511	49607	16921	0,027
F2/T1	63083	21248	66532	21178	56577	20295	60285	20706	<0,001
F2/T2	68397	25140	68544	23878	67145	26568	69196	26565	0,821
F3/T1	55592	22460	55592	22312	57224	26389	52669	14373	0,684
F3/T2	63250	24409	65042	25076	62792	21330	59228	25578	0,312
F4/T1	62604	24223	66005	24433	59566	24209	59021	23463	0,124
F4/T2	66499	25021	69725	24964	54522	26605	68001	23377	0,212

Liczbę kroków w przeliczeniu na jedną godzinę noszenia opaski, przedstawiono na ryc. 9. Tak zdefiniowany wskaźnik potwierdza poprawę aktywności fizycznej uczestniczek programu Zdrowa Ja między styczniem a kwietniem, następnie załamanie tej aktywności w okresie pierwszego tygodnia pomiaru majowego i ponowną poprawę w czerwcu.

Porównując kolejne okresy testem t dla danych parowanych można zauważyć istotne zmiany do maja 2017 r. Nie były istotne statystycznie zmiany między szóstym i siódmym analizowanym tygodniem ($p = 0,840$) oraz siódmym i ósmym tygodniem monitorowania ($p = 0,695$). Przy porównaniach dla danych powiązanych, liczba dziewcząt jest mniejsza.

Tabela 24. Średni tygodniowy czas noszenia opasek (w godzinach)

Faza/ Tydzień	Ogółem		Interwencja						p
			Pełna		Minimalna		Zerowa		
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	
F1/T1	143,2	28,6	142,2	31,2	142,8	24,8	145,6	25,9	0,515
F1/T2	143,5	24,8	144,9	23,8	138,3	27,9	145,5	23,0	0,027
F2/T1	137,0	25,7	139,0	26,1	131,7	26,2	136,6	23,7	0,074
F2/T2	137,1	29,0	136,1	29,0	137,2	29,1	139,0	29,2	0,665
F3/T1	133,8	34,6	132,8	33,0	131,0	40,4	142,8	29,0	0,300
F3/T2	137,9	23,4	138,2	24,0	138,9	22,1	136,4	23,7	0,842
F4/T1	136,1	25,0	138,6	24,0	133,0	26,8	134,1	25,3	0,350
F4/T2	142,9	21,3	142,8	20,8	146,5	16,7	140,9	24,9	0,780



Rycina 9. Średnia liczba kroków na godzinę noszenia opaski według okresów monitorowania

W pierwszych trzech analizowanych tygodniach nasilały się też różnice między grupami interwencyjnymi (tab.25).

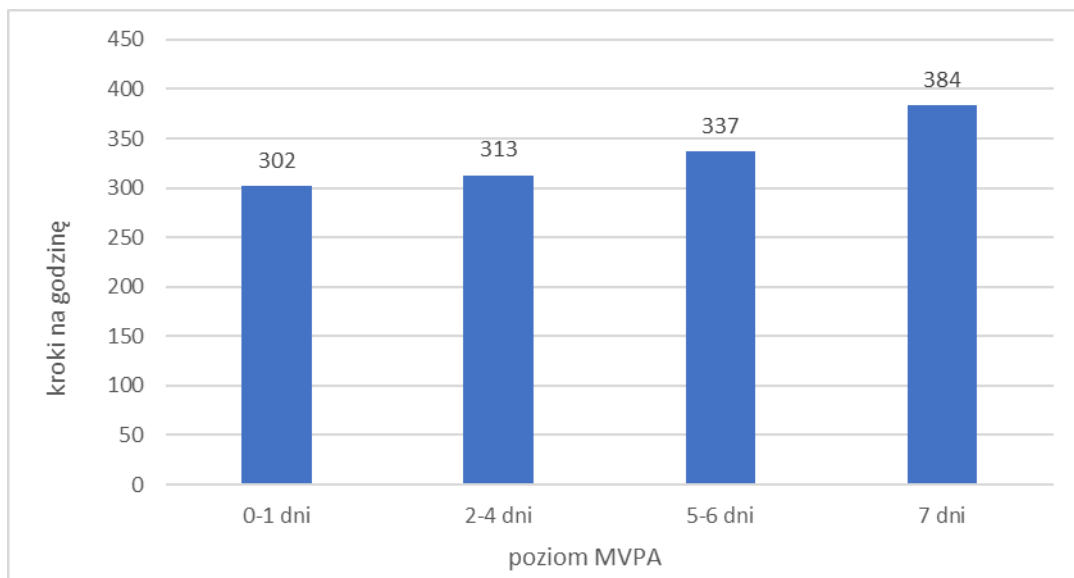
Tabela 25. Średnia liczba kroków na 1 godz. noszenia opaski

Faza/ Tydzień	Ogółem		Interwencja						p
			Pełna		Minimalna		Zerowa		
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	
F1/T1	333	152	349	177	323	118	307	114	0,020
F1/T2	365	140	377	150	356	132	346	118	0,086
F2/T1	475	179	496	188	442	169	451	158	0,014
F2/T2	520	218	529	228	500	206	517	208	0,491
F3/T1	420	172	428	172	418	183	389	152	0,545
F3/T2	469	193	483	199	464	178	440	191	0,357
F4/T1	476	216	496	235	466	213	450	182	0,379
F4/T2	484	230	511	255	372	178	502	201	0,210

Według analizy post hoc, w pierwszym tygodniu istotnie różniły się dziewczęta objęte interwencją pełną w stosunku do grupy kontrolnej ($p=0,021$). W drugim analizowanym tygodniu zarysowała się jedynie tendencja na korzyść dziewcząt biorących udział w interwencji pełnej. W trzecim analizowanym tygodniu dziewczęta objęte interwencją pełną wykonywały istotnie większą liczbę kroków niż rówieśniczki z grupy interwencji minimalnej ($p=0,034$), podczas gdy różnice względem interwencji zerowej była na granicy istotności statystycznej ($p=0,064$).

Dalsze analizy zebranego materiału powinny uwzględniać połączenie danych z telemonitoringu i z badań ankietowych. Pierwsza koncepcja, dotyczy analizy związku pomiaru liczby kroków z aktywnością fizyczną ocenianą na podstawie wskaźnika MVPA.

W pierwszym kroku podjęto próbę korelacji wyniku z grudniowego badania ankietowego w liczbą kroków rejestrowaną w pierwszych trzech dniach pierwszego tygodnia monitorowania (od 1 do 3 stycznia). Uzyskano dane dla 655 dziewczynek. Wykazano, że średnia liczba kroków przeliczonych na godzinę noszenia opaski istotnie wzrasta w zależności od deklarowanej aktywności fizycznej (w kolejnych kategoriach MVPA). Znaczący wzrost rejestrowanej liczby kroków zauważalny jest w momencie uzyskiwania przez dziewczęta rekomendowanego poziomu aktywności fizycznej MVPA=7 dni (ryc.10).

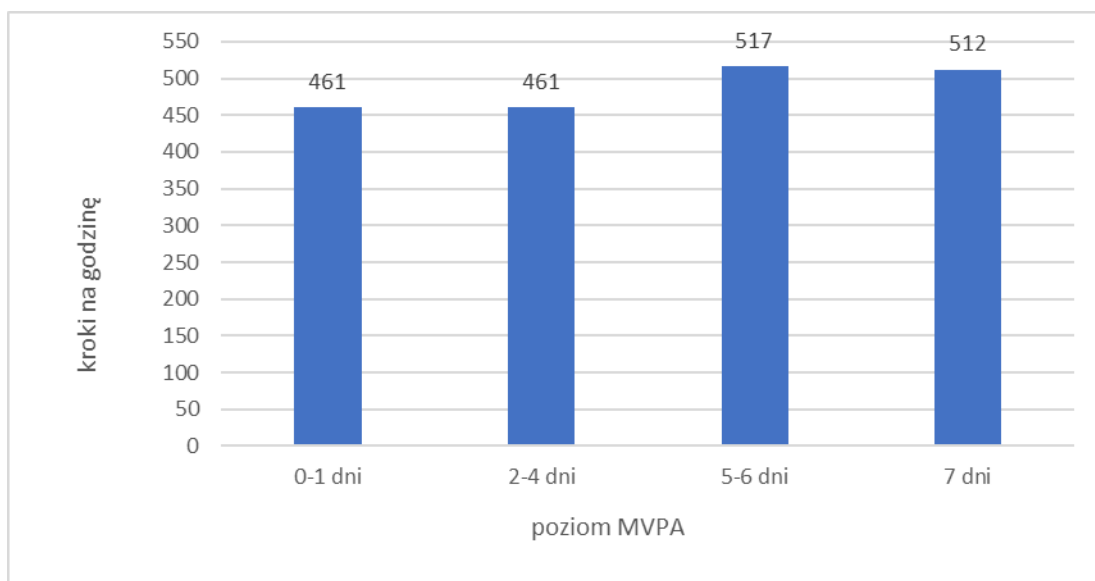


Rycina 10. Średnia liczba kroków na godzinę noszenia opaski w 3 dniach stycznia według deklarowanego w grudniu poziomu MVPA.

W drugim kroku sprawdzono, czy podobna zależność ujawni się przy porównaniu wyników czerwcowego badania ankietowego z czerwcowym monitorowaniem aktywności fizycznej za pomocą opasek. W tym przypadku ograniczenie się do 3 dniowego zapisu miało szczególne znaczenie, z powodu bardzo niewielkiej liczby dziewcząt posiadających zapis aktywności fizycznej z pełnej, czwartej (czerwcowej) fazy interwencji. Dane dotyczą 300 dziewcząt monitorowanych z zapisu z 3 dni, od 11 do 13 czerwca 2018 r.

Po pierwsze stwierdzono, że korelacja między liczbą kroków przeliczoną na godzinę noszenia opaski jest trochę niższa niż przy porównaniu zapisów styczniowych z ankietą grudniową. W tych dwóch okresach współczynnik korelacji Pearsona obniżył się z 0,153 do 0,122, ale w obu okresach różnił się istotnie od zera.

Po drugie średnia liczba kroków z zapisu trzech dni czerwcowych też zwiększała się w miarę poprawy aktywności fizycznej deklarowanej w ankiecie czerwcowej, szacowanej za pomocą wskaźnika MVPA (ryc. 11). Nie był to jednak tak wyraźny związek liniowy, jak w przypadku danych przedstawionych na rycinie 3. Różnica w średniej liczbie kroków wykonywanych w ciągu godziny między czterema kategoriami aktywności fizycznej MVPA jest nieistotna statystycznie. Na rycinie 4. wyraźnie jednak zarysowuje się podobieństwo między dziewczętami o niskiej aktywności fizycznej (0-4 dni) oraz średniej i wysokiej aktywności (5-7 dni). W połączonych grupach średnia liczba kroków wynosiła 461 dla MVPA od 0 do 4 dni oraz 515 dla MVPA od 5 do 7 dni i stanowiła różnicę istotną statystycznie.



Rycina 11. Średnia liczba kroków na godzinę noszenia opaski w 3 dniach czerwca według deklarowanego w czerwcu poziomu MVPA.

Zmiany kształtu zależności między subiektywnym a obiektywnym pomiarem aktywności fizycznej można rozważać jako efekt oddziaływania programu. Po pierwsze zwiększyła się średnia liczba kroków na wszystkich poziomach deklarowanej aktywności fizycznej. Po drugie, największa poprawa dotyczyła dziewcząt o aktywności fizycznej przeciętnej (MVPA od 5 do 6 dni). Różnica między średnią liczbą kroków w styczniu i czerwcu wynosi 180 kroków i jest większa niż w pozostałych kategoriach aktywności.

Powyższe wyniki dotyczące zależności między obiektywnym i subiektywnym pomiarem aktywności fizycznej potwierdzają też trafność pytań zadawanych w badaniach kwestionariuszowych. Należy je jednak traktować jako wstępne analizy. W dalszej kolejności należy sprawdzić różnicę między pomiarami w kolejnych fazach interwencji w identycznych grupach dziewcząt oraz sprawdzić wnioskowanie w zależności od dni pomiaru kroków za pomocą opasek.

1.3. Założenia Gry o zdrowie i rezultaty osiągnięte przez uczestniczki programu Zdrowa Ja

Gra o zdrowie była przeznaczona dla dziewcząt objętych pełną interwencją (24 szkoły). W kolejnych, trwających 14 dni, fazach interwencji dziewczęta otrzymywały wyzwania indywidualne (wykonywane samodzielnie lub z rodzicami) oraz grupowe (wykonywane przez grupę dziewcząt ze szkoły). Zastosowano dwa typy wyzwań:

- wyzwania deklaratywne –samodzielnie odznaczanie wykonania zadania,
- wyzwania oparte na liczbie przebytych kroków – punktacja naliczana automatycznie na podstawie monitoringu aktywności fizycznej.

W kolejnych fazach, biorąc pod uwagę opinie dziewcząt na temat zbyt dużej częstości wyzwań, zmniejszono liczbę zadań w *Grze o zdrowie*. Zadania starano się dostosować do warunków pogodowych i tygodniowego harmonogramu dziewcząt. Wykaz wyzwań wraz z terminem realizacji oraz odpowiadającą im punktacją przedstawiono w tabelach 7 i 8.

Zadania były punktowane, a zasady naliczania punktów, osiągnięcie kolejnych poziomów i odznak przedstawiono dziewczętom na początku realizacji projektu.

Zasady naliczania punktów w Grze o Zdrowie

- Osiągnięcia (odznaki)

Administrator definiuje osiągnięcia, które są konieczne do zaliczenia poziomu grywalizacji - określa ich treść, ikonę oraz wymaganą liczbę kroków do wykonania. Osiągnięcia są bezterminowe – liczba kroków sumuje się przez cały okres trwania grywalizacji.

- Poziomy indywidualne

Administrator definiuje poziomy - określa ich liczbę porządkową, ikonę oraz liczbę punktów wymaganą do zdobycia poziomu. Poziomy indywidualne są przyznawane za wykonywanie wyzwań indywidualnych oraz wyzwań deklaratywnych osobistych. Punkty nie zerują się w momencie uzyskania poziomu. Istnieje możliwość zaliczenia kilku poziomów jednym wyzwaniem, jeśli tak zdecyduje administrator.

Przykład: Administrator zdefiniował próg osiągnięcia drugiego poziomu indywidualnego jako 200 punktów, próg osiągnięcia trzeciego poziomu indywidualnego jako 300 punktów oraz próg osiągnięcia czwartego poziomu indywidualnego jako 400 punktów. Nastolatka posiadała w dorobku 190 punktów i wykonała wyzwanie dające 150 punktów. Osiągnęła jednocześnie drugi i trzeci poziom i ma w sumie 340 punktów - Do osiągnięcia poziomu czwartego brakuje jej 60 punktów.

- Poziomy grupowe

Administrator definiuje poziomy - określa ich liczbę porządkową, ikonę oraz liczbę punktów wymaganą do osiągnięcia poziomu. Punkty w poziomach grupowych są przyznawane za wykonywanie wyzwań grupowych oraz wyzwań deklaratywnych grupowych. Punkty nie

zerują się w momencie osiągnięcia poziomu. Istnieje możliwość zaliczenia kilku poziomów jednym wyzwaniem, jeśli tak zdecyduje administrator.

Przykład: Administrator zdefiniował próg osiągnięcia drugiego poziomu grupowego jako 200 punktów, próg osiągnięcia trzeciego poziomu grupowego jako 300 punktów oraz próg osiągnięcia czwartego poziomu grupowego jako 400 punktów. Grupa posiadała w dorobku 190 punktów i wykonała wyzwanie zdobywając 150 punktów. Osiągnęła jednocześnie drugi i trzeci poziom i ma w sumie 340 punktów - Do osiągnięcia poziomu czwartego brakuje jej 60 punktów.

- Wyzwania osobiste

Administrator definiuje wyzwanie osobiste określając jego treść, liczbę punktów do zdobycia, minimalną liczbę kroków, które nastolatka musi przejść, datę rozpoczęcia i datę zakończenia wyzwania. Jeśli nastolatka przejdzie wymaganą liczbę kroków w zdefiniowanym przedziale otrzyma punkty zaliczane do osiągnięcia poziomu indywidualnego. Wyzwania osobiste nie przewidują przyznawania części punktów za częściowe wykonanie.

- Wyzwania grupowe

Administrator definiuje wyzwanie grupowe określając jego treść, liczbę punktów, które w sumie może zdobyć grupa, minimalną liczbę kroków, które musi przejść każdy uczestnik grupy, datę rozpoczęcia i datę zakończenia wyzwania. Wyzwanie grupowe przewiduje przyznanie częściowej liczby punktów - stanowi ona procent ogólnej puli punktów równy procentowi uczestników, którzy przebyli wymagany dystans podczas trwania wyzwania. Punkty zaliczają się do puli punktów potrzebnych do osiągnięcia poziomów grupowych.

Przykład: Grupa A liczy sobie 10 uczestniczek. Grupa B liczy 12 uczestniczek. Administrator zdefiniował, że pełna pula punktów za wyzwanie wynosi 100, a każdy uczestnik grupy musi pokonać dystans 1000 kroków, aby dokonać kontrybucji. W grupie A wyzwanie wykonało 9 z 10 dziewcząt - grupa otrzymała 90 Punktów. W grupie B wyzwanie wykonało 10 z 12 dziewcząt zatem cała grupa otrzymała 83 punkty.

- Wyzwania deklaratywne osobiste

Administrator definiuje wyzwanie deklaratywne osobiste określając jego treść, liczbę punktów do zdobycia, datę rozpoczęcia i datę jego zakończenia. Jeśli nastolatka potwierdzi wykonanie wyzwania w zdefiniowanym przedziale czasowym otrzyma punkty naliczane do osiągnięcia kolejnego poziomu indywidualnego.

- Wyzwania deklaratywne grupowe

Administrator definiuje wyzwanie grupowe określając jego treść, liczbę punktów, które w sumie może zdobyć grupa, datę rozpoczęcia i datę zakończenia. Wyzwanie deklaratywne grupowe przewiduje przyznanie cząstkowej liczby punktów - stanowi ona procent ogólnej puli punktów równy procentowi uczestników, którzy potwierdzili wykonanie wyzwania. Punkty zaliczają się do osiągnięcia kolejnych poziomów grupowych.

Przykład: Grupa A liczy sobie 10 uczestniczek. Grupa B liczy 12 uczestniczek. Administrator zdefiniował, że pełna pula punktów za wyzwanie wynosi 100, a każdy uczestnik grupy musi zadeklarować wykonanie aktywności, aby dokonać kontrybucji. W grupie A potwierdzenie wysłało 9 z 10 dziewcząt - grupa otrzymała 90 Punktów. W grupie B potwierdzenie wysłało 10 z 12 dziewcząt zatem cała grupa otrzymała 83 punkty.

Wyniki Gry o Zdrowie

Na podstawie Raportu z telemonitoringu (wpisy w aplikacji) uzyskano dane dotyczące punktacji jaką uczestniczki z grupy pełnej interwencji uzyskały w *Grze o Zdrowie*. W grze wzięło udział 651 dziewcząt. Dziewczęta z pełnej grupy interwencji podjęły przeciętnie po około 40 wyzwań indywidualnych i 9 wyzwań grupowych i odczytały przeciętnie około 98 powiadomień (tab.26).

Tabela 26. Liczba podjętych wyzwań i odczytanych powiadomień.

	N	Min.	Max.	Suma	Średnia	SD
wyzwania indywidualnie	651	0	125	26371	40,5	29,0
wyzwania. grupowo	651	0	41	6362	9,8	8,4
odczytane powiadomienia	651	0	224	63932	98,2	59,5

Dziewczęta uzyskiwały punkty za zadania indywidualne i zadania grupowe (punkty były przydzielane proporcjonalnie do liczby uczestniczek, które wykonały zadanie grupowe, np. jeśli grupa liczyła 10 osób, a zadanie grupowe warte 100 punktów wykonały 4 osoby, to każda uczestniczka w grupie otrzymywała 40 punktów). Szczegółowy wykaz wyników obejmujący wszystkie szkoły przedstawiono w tab. 26, a w szkołach o pełnej interwencji w tab. 27.

Tabela 27. Wyniki Gry o zdrowie w grupie pełnej interwencji (liczba punktów)

	N	Min.	Max.	Suma	Średnia	SD
punkty indywidualnie (1)	651	0	1519	306270	470,5	342,0
punkty grupowo (2)	651	54,5	387,8	143857,5	221,0	70,5
punkty ogółem (1+2)	651	106,5	1825,8	450127,5	691,4	369,0

Wykaz wyzwań indywidualnych i grupowych

Tabela 28. Wyzwania grupowe

ID	Treść wyzwania	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Liczba punktów
4	W weekend pobiegaj albo idź na spacer i powiadom o tym co najmniej 3 swoje koleżanki z programu!	2017-12-09	2017-12-11	30
9	A może WF na powietrzu? Namówcie nauczyciela na lekcję WF poza szkołą	2017-12-11	2017-12-15	30
10	Przez 3 kolejne dni chodźcie do szkoły lub wracajcie ze szkoły na piechotę. Jeśli nie ma takiej możliwości w tych dniach przejdźcie dodatkowo 1km	2017-12-11	2017-12-13	30
13	Umówcie się na fitness po szkole z koleżankami z programu	2017-12-11	2017-12-14	30
26	W weekend pobiegaj albo idź na spacer i powiadom o tym co najmniej 3 swoje koleżanki z programu!	2017-12-16	2017-12-17	30
40	W tym tygodniu przebiegnij dwa okrążenia wokół Twojej szkoły. Dzięki temu zdobędziesz punkty dla grupy!	2018-01-04	2018-01-04	30
47	W grupie siła - wspólnie z koleżankami z programu zorganizujcie zajęcia fitness dla uczniów z Waszej szkoły. Poproście szkolnego opiekuna programu <i>Zdrowa Ja</i> o pomoc w organizacji.	2018-01-08	2018-01-14	30
48	Chcesz zdobyć punkty dla Twojej grupy? Na najbliższej lekcji WF przedstaw koleżankom z klasy jedno ćwiczenie i zachęć grupę do jego powtórzenia.	2018-01-08	2018-01-14	30
49	Przykład idzie z góry! Zdobędziesz dodatkowe punkty dla grupy jeśli przekonasz swojego nauczyciela WF do zrobienia 20 przysiadów.	2018-01-08	2018-01-14	30
58	W tym tygodniu przebiegnij dwa okrążenia wokół Twojej szkoły. Dzięki temu zdobędziesz punkty dla grupy!	2018-01-11	2018-01-11	30

70	Wybierz się do sklepu spożywczego z koleżanką z programu i wybierzcie jogurt o jak najniższej zawartości tłuszczu i cukru (ale nie typu light)	2018-04-10	2018-04-10	30
73	Wspólnie z koleżankami z programu przygotujcie scenariusz wymarzonej lekcji WF. Poproście o pomoc nauczyciela.	2018-04-11	2018-04-13	30
74	Przynies jutro do szkoły przepis na zdrową słodką przekąskę i podziel się nim z koleżankami z programu	2018-04-11	2018-04-11	30
76	Pracuj na punkty swojej grupy. Przygotuj sałatkę owocową i przynieś ją jutro do szkoły.	2018-04-12	2018-04-12	30
83	W porozumieniu z nauczycielem WF, wspólnie z koleżankami poprowadź lekcję WF według przygotowanego wcześniej scenariusza.	2018-04-16	2018-04-20	30
86	Dowiedz się co to jest Body Mass Index (BMI) i jak go obliczyć. Powiedz trzem koleżankom czego się dowiedziałas	2018-04-17	2018-04-17	30
90	Umów się dziś z koleżanką, że przyniesiecie sobie na jutro do szkoły zdrową przekąskę niespodziankę	2018-04-19	2018-04-19	30
97	Przez trzy kolejne dni idź do szkoły i wracaj do domu na piechotę w takim tempie aby mieć przyspieszony oddech i tętno. Wykonaj pomiar tętna przed wyruszeniem i po dojeździe na miejsce.	2018-05-16	2018-05-18	30
101	Pracuj na wyniki swojej grupy. Jeśli do końca tygodnia przejdiesz co najmniej 80.000 kroków, twoja grupa otrzyma dodatkowe punkty w grze o zdrowie. W miarę możliwości róbcie to wspólnie.	2018-05-21	2018-05-27	30
103	Dziś, w ciągu całego dnia zamiast chodzić przemieszczajcie się truchcikiem.	2018-05-17	2018-05-17	30
104	Dziś, w ciągu całego dnia zamiast chodzić przemieszczajcie się truchcikiem.	2018-05-17	2018-05-17	30
105	Dziś, na każdej przerwie przed wyjściem z sali lekcyjnej zróbcie z koleżankami z programu 8 przysiadów i zmierzcie tętno przed i po ćwiczeniu.	2018-05-17	2018-05-17	30
106	Dziś, na każdej przerwie przed wyjściem z sali lekcyjnej zróbcie z koleżankami z programu 10 przysiadów i zmierzcie tętno przed i po ćwiczeniu.	2018-05-17	2018-05-17	30
107	Dziś, na każdej przerwie przed wyjściem z sali lekcyjnej zróbcie z koleżankami z programu 15 przysiadów i wykonajcie pomiar tętna przed i po ćwiczeniu.	2018-05-18	2018-05-18	30
108	Dziś, na każdej przerwie przed wyjściem z sali lekcyjnej zróbcie z koleżankami 15 przysiadów z pełnym plecakiem na plecach i zmierzcie tętno przed i po ćwiczeniu.	2018-05-21	2018-05-21	30

119	Wymyśl trzy sposoby na to jak ciekawie spędzić czas wolny. Przygotuj tyle małych karteczek ile jest uczestniczek programu <i>Zdrowa Ja</i> w Twojej szkole. Na każdej karteczce zapisz swoje trzy pomysły i rozdaj karteczki koleżankom z programu	2018-06-11	2018-06-11	30
121	Zapytajcie koordynatora Projektu w szkole jak zrobić ćwiczenie o nazwie Plank (deska). Wykonajcie to ćwiczenie wspólnie na przerwie lub umówcie się po szkole. Jeśli nie ma Cię dziś w szkole wykonaj ćwiczenie sama.	2018-06-12	2018-06-12	20
125	Wspólnie z koleżankami z programu przez 15 minut wchodźcie i schodźcie ze schodów. Możecie wykonywać to ćwiczenie po kilka minut na każdej przerwie tak aby w sumie ćwiczyć co najmniej 15 minut.	2018-06-14	2018-06-14	30
130	Zorganizujcie przyjęcie z okazji zakończenia roku szkolnego w pomieszczeniu lub na powietrzu. Przygotujcie poczęstunek ze zdrowymi przekąskami. Zaplanujcie kilka gier. Zaproście znajomych i szkolnego koordynatora projektu. Udaney zabawy!	2018-06-17	2018-06-24	30
132	Zbliża się przesilenie letnie. Razem z koleżankami z grupy umówcie się na spacer na wicie wianków. Zróbcie zdjęcie najładniejszych i umieśćcie na facebook w naszej grupie. A może ułożycie rymowanke o święcie lata i podzielicie się na facebook. czekamy	2018-06-19	2018-06-21	15

Tabela 29. Wyzwania indywidualne:

ID	Treść wyzwania	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Liczba punktów
1	Biegam bo lubię - Przebiegnij 1 km	2017-12-06	2017-12-07	5
2	Zjedz dziś co najmniej 1 warzywo	2017-12-06	2017-12-07	5
3	W tym tygodniu opanuj nowe ćwiczenie - np. pompki, gwiazda, hula-hop	2017-12-06	2017-12-13	15
5	Ruch to zdrowie – poodkurzaj całe mieszkanie	2017-12-09	2017-12-10	15
6	Wstań przed 9 tą i idź na spacer	2017-12-09	2017-12-10	10
7	Zmobilizuj rodzinę do wspólnej aktywności - idźcie na spacer, lodowisko, pobiegajcie. Liczymy na Twoją kreatywność!	2017-12-10	2017-12-10	10
8	Czas na relaks – nie oglądaj dziś telewizji w godzinach 15:00 – 21:00	2017-12-10	2017-12-10	15
11	Biegam bo lubię - Przebiegnij 1 km	2017-12-11	2017-12-11	5
12	Zjedz dziś śniadanie, obiad i kolację	2017-12-11	2017-12-11	15
14	Przygotuj sobie posiłek do szkoły	2017-12-12	2017-12-12	10
15	Zjedz dziś co najmniej 1 warzywo	2017-12-12	2017-12-12	5
16	Opracuj zestaw ćwiczeń na 15 minut i przetestuj z koleżanką	2017-12-12	2017-12-18	25
17	Policz schody, po których chodzisz – zalicz dziś co najmniej 200 stopni.	2017-12-13	2017-12-13	20
18	Zwykła woda zdrowia doda – zamiast słodkich napojów pij dziś wyłącznie wodę.	2017-12-13	2017-12-13	10
19	Biegam bo lubię - przebiegnij 1 km	2017-12-14	2017-12-14	5
20	Zjedz dziś co najmniej 1 warzywo	2017-12-14	2017-12-14	5
21	Dasz radę! Odstaw dziś wirtualny świat – zamiast tego zagraj w grę planszową	2017-12-14	2017-12-15	15
22	Czas na relaks – nie używaj dziś Facebooka w godzinach 7.00-13.00	2017-12-14	2017-12-15	15
23	Przejdź w weekend co najmniej 20.000 kroków. Powodzenia!	2017-12-16	2017-12-17	3
24	Ruch to zdrowie – poodkurzaj całe mieszkanie	2017-12-16	2017-12-16	15
25	Idź na spacer	2017-12-16	2017-12-16	10

27	Zmobilizuj rodzinę do wspólnej aktywności - idźcie na spacer, lodowisko, pobiegnijcie. Liczymy na Twoją kreatywność!	2017-12-17	2017-12-17	10
28	Zjedz dziś śniadanie, obiad i kolację	2017-12-17	2017-12-17	15
29	Zwykła woda zdrowia doda – zamiast słodkich napojów pij dziś wyłącznie wodę	2017-12-18	2017-12-18	10
30	Zrób plan aktywności na najbliższy tydzień	2017-12-18	2017-12-18	25
31	Biegam bo lubię - Przebiegnij 1 km	2017-12-19	2017-12-19	5
32	Zjedz dziś co najmniej 1 warzywo	2017-12-19	2017-12-19	5
33	Zadbaj o to, żeby na świątecznym stole znalazło się choć jedno warzywo	2017-12-25	2017-12-25	10
34	Czas na relaks – dziś od 08:00 do 15:00 nie oglądaj telewizji	2017-12-27	2017-12-27	15
35	93% przypadków zanużenia wynika z zasiedzenia. Czas się poruszać - przebiegnij dziś 1 km	2017-12-30	2017-12-30	20
36	Wejdz aktywnie w Nowy Rok - wyciągnij swoich bliskich na spacer!	2018-01-01	2018-01-01	15
37	Zastrzyk energii - Przygotuj porcję krojonych warzyw do szkoły	2018-01-02	2018-01-02	5
38	Zwykła woda zdrowia doda – wypij dziś co najmniej 1,5 litra niegazowanej wody	2018-01-02	2018-01-02	10
39	Czas na relaks - dziś przez cały dzień nie używaj Facebooka	2018-01-03	2018-01-03	15
41	Sportowe fakty - Dowiedz się jakie są największe osiągnięcia następujących sportowców: Joanna Hentka, Tomasz Majewski. Powiedz szkolnemu opiekunowi programu <i>Zdrowa Ja</i> czego się dowiedziałeś. Powodzenia!	2018-01-04	2018-01-04	10
42	Zastrzyk energii - dziś zamień białe pieczywo na ciemne	2018-01-04	2018-01-04	5
43	Zastrzyk energii - Przygotuj sałatkę owocową do szkoły	2018-01-05	2018-01-05	5
44	Zwykła woda zdrowia doda – wypij dziś co najmniej 1,5 litra niegazowanej wody	2018-01-05	2018-01-05	10
45	Czas na relaks - dziś nie graj w gry na smartfonie, konsoli lub komputerze.	2018-01-06	2018-01-06	15
46	Przyjemne z pożytecznym - przeczytaj dziś artykuł o zdrowym stylu życia	2018-01-07	2018-01-07	10

50	Mistrzynie tańca - Opanuj podstawowe kroki taneczne "salsy". Przez kolejne 3 dni ćwicz w domu co najmniej 10 minut dziennie używając tych kroków. Powodzenia!	2018-01-08	2018-01-10	15
51	Zwykła woda zdrowia doda – wypij dziś co najmniej 1,5 litra niegazowanej wody	2018-01-08	2018-01-08	10
52	Zastrzyk energii - dziś zamień białe pieczywo na ciemne	2018-01-08	2018-01-08	5
53	Mistrzynie gimnastycznej wytrwałości - Codziennie rano wykonaj 3 serie po 20 przysiadów	2018-01-08	2018-01-09	15
54	Zastrzyk energii - Przygotuj porcję krojonych warzyw do szkoły	2018-01-09	2018-01-09	5
55	Sportowe fakty - Dowiedz się jakie są największe osiągnięcia następujących sportowców: Maja Włoszczowska, Paweł Korzeniowski. Powiedz szkolnemu opiekunowi programu <i>Zdrowa Ja</i> czego się dowiedziałas. Powodzenia!	2018-01-09	2018-01-09	10
56	Mistrzynie wytrzymałości - Przez kolejne 4 dni, codziennie rano wykonaj 3 serie po 20 powtórzeń popularnego ćwiczenia "Pajacyk"	2018-01-10	2018-01-13	10
57	Czas na relaks - dziś przez cały dzień nie używaj Facebooka	2018-01-10	2018-01-10	15
59	Zwykła woda zdrowia doda – wypij dziś co najmniej 1,5 litra niegazowanej wody	2018-01-11	2018-01-11	10
60	Przyjemne z pożytecznym - przeczytaj dziś artykuł o zdrowym stylu życia	2018-01-11	2018-01-11	10
61	Zastrzyk energii - Przygotuj sałatkę owocową do szkoły	2018-01-12	2018-01-12	5
62	Zastrzyk energii - dziś zamień białe pieczywo na ciemne	2018-01-12	2018-01-12	5
63	Mistrzynie Zumba Fitness - Opanuj podstawowe kroki Zumba Fitness. Ćwicz w domu co najmniej 10 minut używając tych kroków. Powodzenia!	2018-01-13	2018-01-14	15
64	Zwykła woda zdrowia doda – wypij co najmniej 1,5 litra niegazowanej wody	2018-01-13	2018-01-14	10
65	Czas na relaks - dziś przez cały dzień nie graj w gry na smartfonie, konsoli lub komputerze.	2018-01-14	2018-01-14	15
66	Razem raźniej - Zadzwoń do koleżanki i zaproś ją na wspólny spacer	2018-01-13	2018-01-14	20
67	Czy jesteś gotowa podjąć nowe wyzwania? Startujemy już w poniedziałek 9 kwietnia. Dołącz do nas. ZDROWA JA!	2018-04-07	2018-04-08	0

68	Zastanów się i spisz na kartce swoje mocne strony (atuty). Powieś kartkę nad swoim biurkiem.	2018-04-09	2018-04-09	5
69	Zrób dziś pastę warzywną na kanapki. Przepisów poszukaj w internecie. Wybierz przepis bez dodatku majonezu. Smacznego!	2018-04-09	2018-04-09	10
71	Przygotuj sobie posiłek do szkoły	2018-04-10	2018-04-10	25
72	Zrób dziś lemoniadę i poczęstuj domowników. Zamiast cukru użyj naturalnego miodu pszczelego.	2018-04-10	2018-04-10	10
75	Wybierz się na zakupy do warzywniaka. Kup trzy marchewki. Pokrój je w słupki i zabierz jutro ze sobą do szkoły.	2018-04-11	2018-04-11	10
77	Ruch to zdrowie - poodkurzaj dziś całe mieszkanie	2018-04-12	2018-04-12	15
78	Przygotuj dziś surówkę na bazie kiszonych warzyw (np. kapusta, ogórki) i poczęstuj domowników. Zwróć uwagę, żeby warzywa były kiszone naturalnie a nie zakwaszane octem!	2018-04-12	2018-04-12	15
79	Zrób dziś sobie dzień bez jedzenia mięsa	2018-04-13	2018-04-13	10
80	Zjedz dziś śniadanie, obiad i kolację	2018-04-14	2018-04-14	15
81	Ugotuj dziś zupę z dużą ilością warzyw dla całej rodziny. Pamiętaj, ostrożnie z solą!	2018-04-14	2018-04-14	25
82	Zjedz dziś po obiedzie jabłko	2018-04-15	2018-04-15	10
84	W tym tygodniu (lub dłużej) rozpoczynając z kimś rozmowę uśmiechnij się i poproś o to samo swojego rozmówcę.	2018-04-16	2018-04-20	25
85	Wypij dziś w ciągu dnia herbatę ziołową i owocową - bez cukru.	2018-04-16	2018-04-16	5
87	Zwykła woda zdrowia doda - zamiast słodkich napojów pij dziś wyłącznie wodę	2018-04-17	2018-04-17	10
88	Co przyjemnego możesz zrobić dla siebie? Ułóż plan przyjemności, nawet niewielkich, na cały nadchodzący tydzień.	2018-04-17	2018-04-17	20
89	Znajdź wspólne cechy (zachowania, upodobania, zwyczaje, wygląd, powiedzonka, zwyczaje itp.) z domownikami. Porozmawiajcie o tym wieczorem.	2018-04-18	2018-04-18	20
91	Licz schody, po których chodzisz. Zalicz dziś co najmniej 300 stopni. Powodzenia!	2018-04-19	2018-04-19	20
92	Umów się z osobą, z którą siedzisz w ławce na dzień bez słów. Postarajcie się przekazać sobie jak najwięcej informacji za pomocą "mowy ciała" - gestów, mimiki itp..	2018-04-20	2018-04-20	10

93	Kup dziś świeże zioła w doniczce i dodawaj je codziennie do posiłków. Wybierz takie jakie najbardziej ci odpowiadają, np. bazylia, oregano, tymianek, kolendra, tymianek, mięta itp.	2018-04-21	2018-04-21	5
94	Przygotuj dziś surówkę jako dodatek do obiadu lub kolacji. Możesz użyć marchewki, jabłka, selera lub innych świeżych warzyw, które masz w domu.	2018-04-22	2018-04-22	15
95	Powiedz koleżance z ławki w czym jest dobra i co w niej lubisz. Poproś o to samo w stosunku do siebie.	2018-05-14	2018-05-14	10
96	Zapisz na kartce nazwy 20 owoców i 20 warzyw.	2018-05-15	2018-05-15	15
98	Przypomnij sobie coś miłego, co Cię spotkało poprzedniego dnia. Zapisz na kartce i powieś nad biurkiem.	2018-05-16	2018-05-16	5
99	Poodkurzaj całe mieszkanie	2018-05-17	2018-05-17	10
100	Zapisz na kartce nazwy 20 owoców i 20 warzyw.	2018-05-17	2018-05-17	15
102	Dziś w ciągu całego dnia zamiast chodzić przemieszczaj się truchcikiem	2018-05-17	2018-05-17	10
109	Powiedz koleżance ze szkolnej ławki, co w niej lubisz i w czym jest Twoim zdaniem dobra. Poproś ją o to samo, w stosunku do Ciebie.	2018-05-18	2018-05-18	10
110	Zrób dziś, lub jutro rano pastę warzywną na kanapki. Poszukaj przepisu w internecie. Wybierz przepis bez dodatku majonezu.	2018-05-18	2018-05-19	15
111	W przedziale czasowym od 8:00 do 15:00 nie korzystaj z internetu	2018-05-20	2018-05-20	5
112	W tym tygodniu (lub dłużej) rozpoczynając z kimś rozmowę uśmiechnij się i poproś o to samo swojego rozmówcę.	2018-05-21	2018-05-27	10
113	Przygotuj na niedzielny rodzinny obiad surówkę z marchewki, selera oraz jabłka, dodaj soku z cytryny, udekoruj cząsteczkami mandarynki	2018-05-25	2018-05-27	10
114	Zjedz dziś jogurt naturalny	2018-05-22	2018-05-22	5
115	Zrób na rodzinny obiad lub kolację surówkę z marchewki, selera oraz jabłka, dodaj soku z cytryny, udekoruj truskawkami.	2018-05-23	2018-05-23	10
116	Przygotuj pastę jajeczną na jutrzejsze kanapki do szkoły, postaraj się dodać trochę drobno posiekanego szczypiorku i natki pietruszki,	2018-05-24	2018-05-24	5
117	Ugotuj w sobotę zupę dla całej rodziny pełną warzyw - pamiętaj ostrożnie z solą!	2018-05-25	2018-05-26	10

118	Umów się na jutro lub na niedzielę z domownikami, że to ty zrobisz surówkę do obiadu i użyj do tego kiszonych warzyw (kapusta, ogórki). Wybierz przepis z dodatkiem oliwy lub oleju lnianego.	2018-05-25	2018-05-27	10
120	Mistrzostwa Świata w piłce nożnej 2018. Coś Ci to mówi? Dowiedz się w jakim kraju odbędą się mistrzostwa, ile drużyn bierze w nich udział i na ilu stadionach będą rozgrywane mecze.	2018-06-11	2018-06-11	15
122	Zapytaj koordynatora Projektu lub swoich rodziców jakie zachowania ryzykowne podejmowała młodzież kiedy oni byli w Twoim wieku. Powiedz im jakie zachowania ryzykowne najczęściej występują u Twoich rówieśników.	2018-06-12	2018-06-16	10
123	Dzisiaj nie używaj Facebooka, Instagrama ani Snapchata. Jeśli chcesz się z kimś skontaktować wybierz się do niego osobiście lub zadzwoń.	2018-06-13	2018-06-13	15
124	Poszukaj w internecie 20-30 minutowego filmu z treningiem, na przykład Zumba, ćwiczenia rozciągające, aerobic. Wieczorem wykonaj wybrany trening wspólnie z rodziną.	2018-06-14	2018-06-14	15
126	Pomaganie innym przynosi dużą satysfakcję! Przez kolejne trzy dni wyręczaj bliskie osoby w zadaniach domowych.	2018-06-15	2018-06-17	20
127	Zorganizuj grę w kręgle. Przygotuj 10 butelek po wodzie. Jako kuli użyj piłki. Zaproś rodzinę lub znajomych do wspólnych rozgrywek. Dobrej zabawy!	2018-06-16	2018-06-17	15
128	Znajdź niewysokie wzgórze w swojej okolicy. Przez 20 minut wbiegaj i zbiegaj ze wzgórza kopiąc piłkę. Nie pozwól jej uciec. Powodzenia!	2018-06-16	2018-06-16	10
129	Zapoznaj się z zasadami gry w gumę i poćwicz w ten sposób przez 30 minut. Poproś rodzinę lub znajomych żeby ci towarzyszyli albo zaczepek gumę o krzesła. Powodzenia.	2018-06-17	2018-06-17	10
131	Włącz swoją ulubioną muzykę i tańcz do niej przez 25 minut.	2018-06-18	2018-06-18	10
133	Koniec programu to początek Twojej nowej drogi. Bądź Zdrowa na co dzień. Dziś zrób sobie plan aktywności na całe wakacje. Każdy dzień rozpoczynaj od ćwiczeń, które lubisz. Zaplanuj także co najmniej 30 minut intensywnej aktywności w ciągu dnia.	2018-06-25	2018-06-25	30

1.4. Szkolenia dla realizatorów programu

Koordynatorzy szkolni projektu realizowanego w szkołach z I grupy interwencji zostali zaproszeni do Warszawy na 2 dniowe szkolenie p.t. *Kompetencje osobiste, zdrowie odżywianie i profilaktyka zachowań ryzykownych.* Szkolenie dotyczyło obszarów zdrowia i zachowań zdrowotnych, które były przedmiotem kolejnych etapów interwencji podejmowanych w ramach programu *Zdrowa Ja*. Były to: zasady prawidłowego żywienia w okresie adolescencji, kompetencje osobiste nastolatków, zachowania ryzykowne (problemowe) młodzieży. Zajęcia były poprowadzone metodami aktywizującymi przez specjalistów z Instytutu Matki i Dziecka. Każdy z uczestników został wyposażony w materiały szkoleniowe, które stanowiły wskazówkę do dalszej pracy z dziewczętami. Szkolenia prowadzone były według scenariuszy przygotowanych przez zespół IMiD. Zarys przebiegu warsztatów przedstawiono w tab. 30.

Tabela 30. Zarys przebiegu zajęć warsztatowych prowadzonych z koordynatorami programu *Zdrowa Ja*

Temat warsztatu	Przebieg zajęć
Zasady prawidłowego żywienia w okresie adolescencji	<p>Wprowadzenie: powitanie, przedstawienie się i przedstawienie tematyki warsztatów</p> <p>Część właściwa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dzielimy uczestników na 3 grup(A, B, C) po 8 osób .• Każda grupa otrzymuje karteczki z produktami spożywczymi oraz puste karteczki i kredki do ewentualnego narysowania produktów, które nie zostały uwzględnione na karteczkach.• Prosimy, aby uczestnicy wybrali produkty(na karteczkach), które najczęściej (w przeciętnym dniu tygodnia, może być to dzień poprzedzający zajęcia) zjadają: na śniadanie (grupa A – kartki białe), na obiad (grupa B- kartki żółte) i na kolację (grupa C –kartki niebieskie) oraz posegregowali na grupy „stosiki” obrazków z produktami z różnych grup: owoce, warzywa, produkty zbożowe, mleczne itp.• Prosimy, aby przedstawiciel każdej grupy poprzyklejał w odpowiednim miejscu na flipcharcie karteczki z produktami, a obok obrazki przedstawiające różne płyny.• Prosimy, aby osoba z każdej grupy wymieniła w kolejności grupy produktów, które były spożywane w największej ilości przez uczestników warsztatów. <p>Posumowanie – prezentacja „Zasady prawidłowego żywienia młodzieży”</p>

<p>Zachowania ryzykowne młodzieży</p>	<p>Wprowadzenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) powitanie, przedstawienie się i przedstawienie tematyki warsztatu 2) Ćwiczenie integracyjne: Taniec w grupkach. Na hasło prowadzącego dobierają się w 2, 5,3, itd. - podsumowanie. <p>Część właściwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ZADANIE 1 Co to są zachowania ryzykowne ? Jakie zachowania ryzykowne podejmuje młodzież? Dzielimy uczestników na 6 grup po 4 osoby. Prosimy o stworzenie grupowej definicji zachowań ryzykownych. Grupy przedstawiają swoje definicje. Zapisujemy kluczowe elementy definicji grupowych na flipcharcie. Uwagi/ uzupełnienie przez inne grupy. Posumowanie – prezentacja definicji znanych z literatury w nawiązaniu do definicji grupowych • ZADANIE 2 Ile dziewcząt nastoletnich pali codziennie tytoń? Ile z dziewcząt upiło się? Ile dziewcząt jest po inicjacji seksualnej? Ile dziewcząt jest ofiarami cyberprzemocy? Podaj %. Każdy uczestnik zapisuje na karteczce i następnie przykleja w odpowiednim miejscu na flipcharcie. Na 4 flipchartach przedstawione są osie wartości procentowych dd 0 do 100 co dziesięć • ZADANIE 3 Burza mózgów. 6 grup po 4 osoby – Polecenie: omówcie Wasz pierwszy kontakt z substancjami psychoaktywnymi – przypomnijcie sobie okoliczności i wasze odczucia zanotujcie wspólne doświadczenia i podzielcie się nimi ze wszystkimi. Dlaczego waszym zdaniem, teraz młodzież podejmuje zachowania ryzykowne. Pomysły notowane są na flipcharcie. Podsumowanie pracy grupy. Podsumowanie prowadzącego na podstawie kolejnych slajdów (funkcje zachowań problemowych, motywy podejmowania zachowań problemowych na przykładzie spożywania alkoholu) • ZADANIE 4 Budujemy scenariusz zajęć. 4 grupy po 6 osób. Punktem wyjścia jest analiza „korzyści i strat”. Co sprzyja podejmowaniu zachowań ryzykownych przez młodzież, a co może pomaga zapobiegać takim zachowaniom? Wymień czynniki indywidualne (potencjał nastolatka, doświadczenia nastolatka) i czynniki zewnętrzne (środowiskowe: szkoła, rodzina, rówieśnicy, otoczenie). Zdefiniowanie problemów – burza mózgów. Hierarchizacja - przypisanie ocen problemom (punktacja w skali od 1 do 3). Wybór 4 najważniejszych (najwyższa punktacja sumaryczna) problemów. Grupy otrzymują po 1 z 4 najważniejszych problemów - w czterech grupach opracowujemy scenariusze zajęć <p>Posumowanie – prezentacja „Zachowania ryzykowne młodzieży”</p>
---------------------------------------	--

<p>Kompetencje osobiste nastolatków</p>	<p>Wprowadzenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Rozgrzewka - Energizer (potrzebne karty „5 sekund”); 2) Test kolorów T. Hartmana (karty z testem, prezentacja wyników); 3) Test Drzewa Ch. Kocha (ołówki, kartki czyste, podsumować) <p>Część właściwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zadanie 1 „Komunikacja”, wybrane ćwiczenia - pytania do uczestników (reguły dobrej komunikacji- burza mózgów); slajdy-reguły komunikacji; Zabawa w Herby; komunikaty typu „ja” - rozmowa w parach, dzielenie się wybranym doświadczeniem, potem uczestnicy przedstawiają, jakie komunikaty pomagały w rozmowie, jakie stosowali najczęściej.. • Zadanie 2 „W obronie własnych praw czyli o asertywności”; wybrane ćwiczenia - ASERTYWNOŚĆ - tablica, pomysły wszystkich uczestników (1 słowo skojarzenie) – burza mózgów; Definicja grupy; zachowania bierne, agresywne, asertywne- praca w 3 grupach • Zadanie 3 „Gra o czas”, wybrane ćwiczenia - własne motto (praca w grupach, karteczki z zał. 1, kartki czyste, ołówki, markery); pożeracze czasu – praca w grupach (kartki, itp.) role społeczne (rodzice, uczniowie, nauczyciele, pielęgniarki); - koło, tort (wydrukowane koła dla wszystkich); - podsumowanie - slajdy – reguły • Zadanie 4. Trening pozytywnego myślenia, wybrane ćwiczenia - praca w grupach- maksymy dotyczące pozytywnego myślenia (kartony, mazaki); - obserwacja oddechu; -dłoń – każdy wypisze swoje pozytywne cechy na każdym palcu (kartki dla każdego), pozytywny feedback dla kolejnej osoby obok <p>Posumowanie – prezentacja „Kompetencje osobiste nastolatków”</p>
---	--

Informacje teoretyczne dotyczące tematów szkoleń przedstawiano za pomocą prezentacji multimedialnych. Tematykę poruszaną w prezentacjach przedstawiono w tab. 31.

Tabela 31. Prezentacje multimedialne na warsztatach szkoleniowych koordynatorów programu ZDROWA JA – marzec 2018 r.

Tytuł prezentacji	Treść prezentacji	Opracowanie merytoryczne/ Prowadzenie warsztatów
Zasady prawidłowego żywienia młodzieży	<ul style="list-style-type: none"> • Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży • Zasady zbilansowanej diety • Zalecana liczba porcji produktów z różnych grup, które młodzież powinna codziennie zjadać • Jedna porcja produktu spożywczego – przykłady • Zalecenia dotyczące spożywania warzyw i owoców w codziennej diecie • Zalecenia dotyczące spożywania produktów mlecznych w codziennej diecie • Zalecana liczba posiłków w ciągu dnia • Żywność w opakowaniu – czytanie etykiet na produktach spożywczych • Skład produktu – na co należy zwrócić uwagę 	<p>Maria Jodkowska/ Maria Jodkowska, Katarzyna Radiukiewicz</p>
Zachowania ryzykowne młodzieży- definicje, występowanie, postępowanie	<ul style="list-style-type: none"> • Główne konsekwencje podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież • PRACA W GRUPACH – Co to są zachowania ryzykowne? Jakie zachowania ryzykowne podejmuje młodzież? • Twoje pierwsze doświadczenia z tytoniem i alkoholem • BURZA MÓZGÓW – dlaczego młodzież podejmuje zachowania ryzykowne? • Zachowania ryzykowne (problemowe) definicja • Funkcje zachowań problemowych w okresie adolescencji (Jessor, 1998) • Motywy picia alkoholu • Dlaczego młodzież pije alkohol? • ZADANIE – ile nastoletnich dziewcząt codziennie pali tytoń?, Ile upiło się?, Ile jest po inicjacji seksualnej?, Ile jest ofiarami cyberprzemocy? • ZADANIE - Ile nastolatków pali tytoń? • Palenie tytoniu – codzienne, tygodniowe, • Palenie tytoniu i picie alkoholu – polskie nastolatki na tle innych krajów • Ile nastolatków używa marihuanę? • Eksperymentalne używanie marihuany/haszyszu kiedykolwiek w życiu • Częste używanie marihuany w życiu 	<p>Anna Dzielska, Wisława Ostręga</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Jak wyglądamy na tle innych krajów • Ile nastolatków w wieku 15 lat jest aktywnych seksualnie? • Jak wyglądamy na tle innych krajów • Jakie są rodziny polskich nastolatków? – struktura rodziny 2002-2014 • Ile nastolatków bierze udział w bójkach? • Ile nastolatków doświadcza cyberprzemocy? • Zapobieganie zachowaniom ryzykownym wśród młodzieży • Poziomy profilaktyki : uniwersalna, selektywna, wskazująca • Czynniki ryzyka i chroniące • PRACA W GRUPACH – analiza „korzyści i strat” • Koncepcja Resilience • Praktyczne wskazówki, do których warto się stosować, przygotowując oddziaływania profilaktyczne i terapeutyczno-resocjalizujące 	
Kompetencje osobiste nastolatków	<ul style="list-style-type: none"> • PODSTAWY ZDROWEJ KOMUNIKACJI • Skuteczność przekazu • Relacje nadawca – odbiorca; rady dla nadawcy i rady dla odbiorcy • Łącuch komunikacyjny • Czego nie należy robić przekonując innych? • Narzędzia skutecznego słuchania • Jak zwiększyć swoją atrakcyjność? • Odzwierciedlanie • Literatura do wykorzystania • REGUŁY POMOCNE W PLANOWANIU CZASU • Metoda TRZOS • System ustalania priorytetów ABC • Słów kilka o ASERTYWNOŚCI • Prawa asertywności 	Dorota Zawadzka/ Dorota Zawadzka, Magdalena Korzycka

Ewaluacja szkoleń

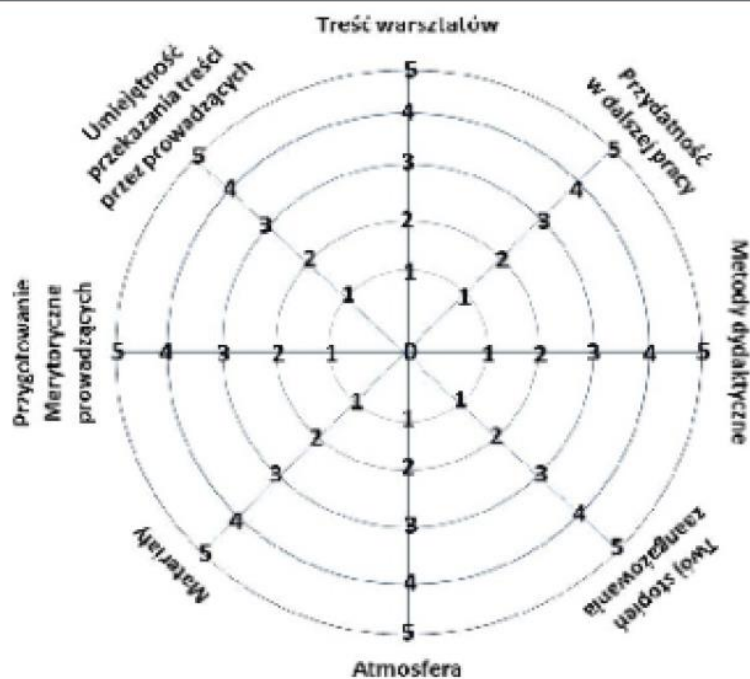
Po zakończeniu każdego z warsztatów prowadzono ewaluację, której celem była ocena różnych elementów zajęć z wykorzystaniem metody „Róży wiatrów” (ryc. 12). Uczestników proszono także o podanie dobrych i słabych stron zajęć (np. co mi się podobało? co było trudne? co wykorzystam w pracy lub dla siebie?).

KARATA EWALUACJI SZKOLENIA

Warsztat Nr: Tytuł:

Osoby prowadzące:

1. W skali od 0 (najniższa ocena) do 5 (najwyższa ocena) oceń każdy z elementów zajęć przedstawiony na poniższej grafice. Zakreśl kółkiem wybraną odpowiedź.



2. Podziel się swoją opinią na temat zajęć. W kilku zdaniach opisz jakie były:

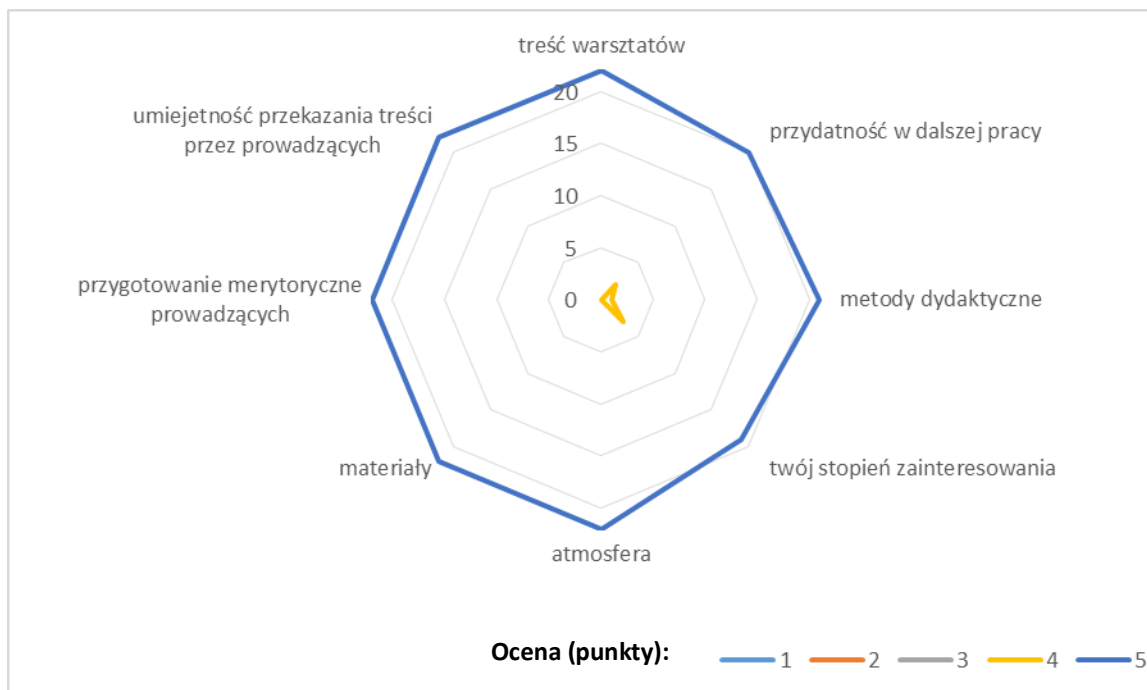
Mocne strony zajęć:

Słabe strony zajęć:

Rycina 12. Karta ewaluacji szkolenia – „Róża wiatrów”.

Zdrowe odżywianie w okresie adolescencji

Prawie wszystkim elementom szkolenia została przyznana maksymalna punktacja. Nieco niższą ocenę (4 punkty) przyznano w obszarze przydatności w dalszej pracy (2 osoby), stopnia zainteresowania poruszaną tematyką (3 osoby) oraz zastosowanych metod dydaktycznych (1 osoba), (ryc. 13).



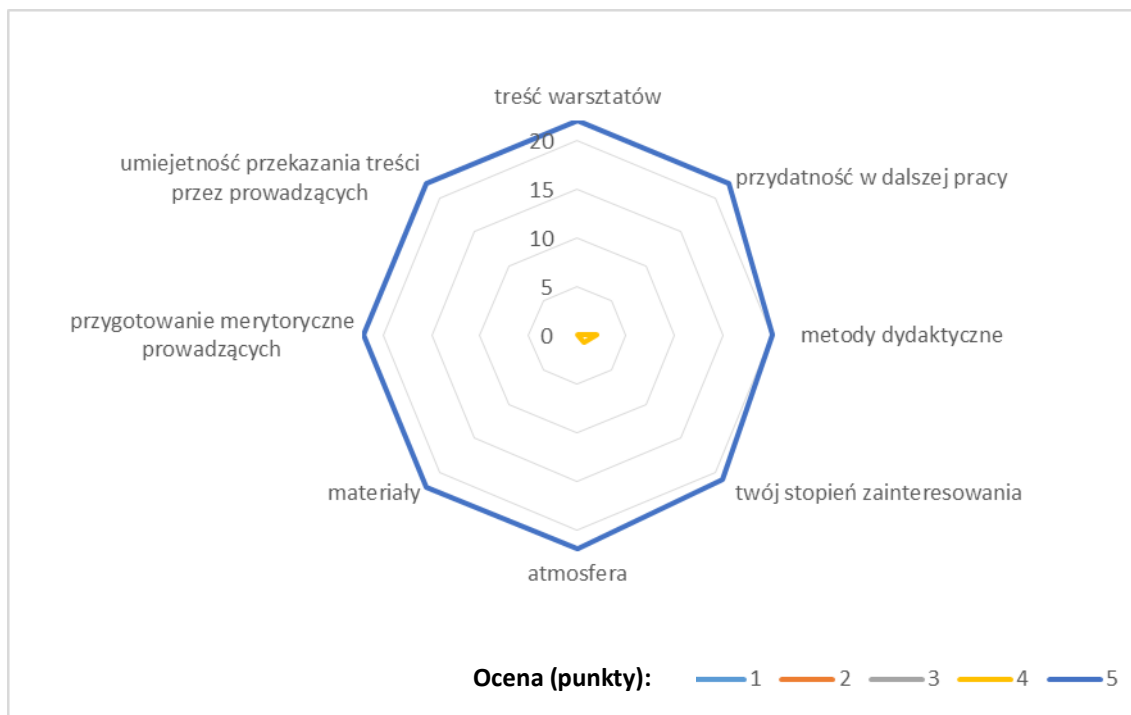
Ryc. 13. Ocena wybranych elementów warsztatu „Zasady prawidłowego żywienia w okresie adolescencji (liczba wskazań, N=22).

Mocne strony zaproponowanego szkolenia dotyczącego zdrowego odżywiania, według uczestników, to:

- jasno, precyzyjnie, ciekawie poprowadzone warsztaty i prezentacja,
- konkretne treści
- angażująca forma zajęć, duża aktywność uczestników
- dobra atmosfera

Zachowania ryzykowne

Większości ocenianych obszarów przyznano najwyższą punktację (5 punktów). Dwóch uczestników szkolenia oceniło metody dydaktyczne, a jedna osoba oceniła stopień zainteresowania tematyką zajęć na 4 punkty, (ryc. 14).



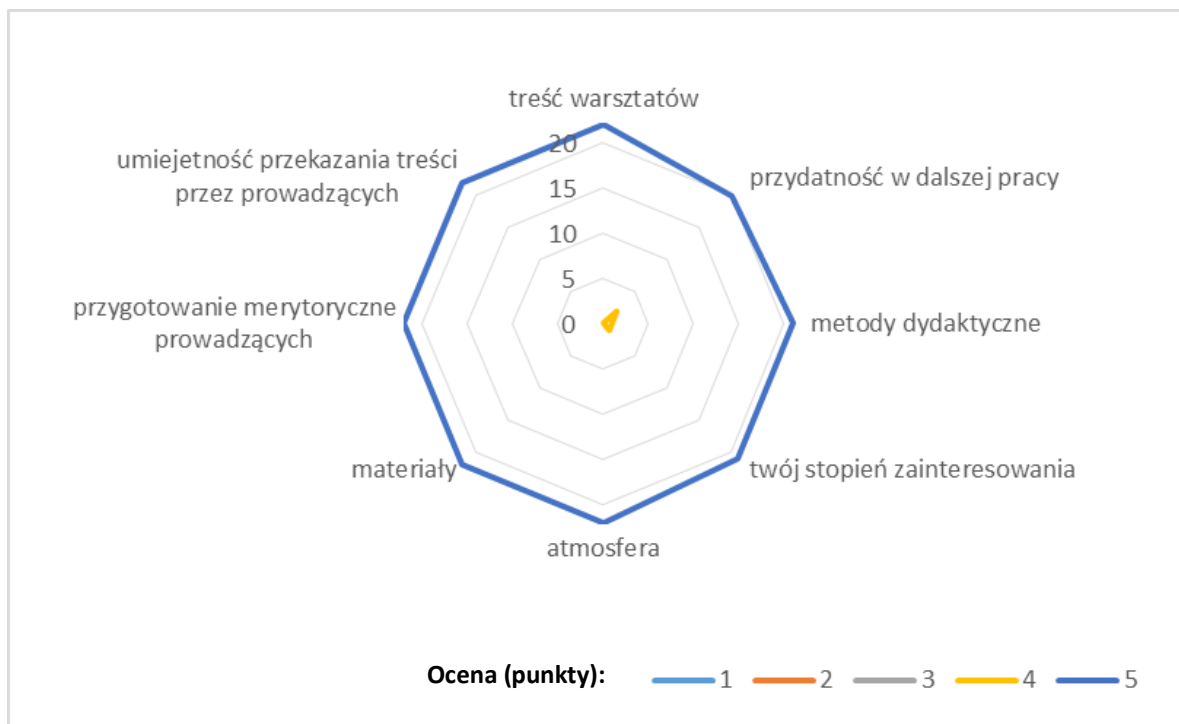
Ryc. 14. Ocena wybranych elementów warsztatu „Zachowania ryzykowne młodzieży” (liczba wskazań, N=22).

Mocne strony szkolenia dotyczącego zachowań ryzykownych młodzieży, według uczestników, to:

- jasno, precyzyjnie, ciekawie poprowadzone warsztaty
- trafny dobór treści, ciekawie przedstawione dane statystyczne
- możliwość przedstawienia własnych poglądów
- przydatne w pracy wychowawczej z uczniami oraz ich rodzicami
- miła atmosfera

Kompetencje osobiste nastolatków

Podobnie jak w przypadku poprzednich zajęć, szkolenie dotyczące kompetencji osobistych nastolatków zostało ocenione bardzo wysoko. Większość elementów uzyskała maksymalną ocenę wszystkich uczestników. Najniższą przyznaną punktacją były 4 punkty, w następujących obszarach: przydatność w dalszej pracy (2 osoby), metody dydaktyczne (1 osoba), twój stopień zainteresowania (1 osoba), (ryc. 15).



Ryc. 15. Ocena wybranych elementów warsztatu „Kompetencje osobiste nastolatków” (liczba wskazań, N=22).

Wśród mocnych stron zajęć uczestnicy wymieniali:

- ciekawie, atrakcyjnie prowadzone zajęcia
- kompetentne osoby prowadzące
- zajęcia przydatne w pracy wychowawczej z uczniami i z rodzicami
- ciekawe ćwiczenia praktyczne
- przyjazna atmosfera

2. PROMOCJA PROGRAMU ZDROWA JA

2.1. Promocja tematów interwencji na terenie szkoły i w środowisku lokalnym

W założeniach programu zaplanowano promocję realizowanych tematów na terenie szkół uczestniczących w projekcie oraz w środowisku lokalnym celem wzmocnienia przekazu adresowanego do dziewcząt. Szkoły otrzymały z Instytutu Matki i Dziecka wzory materiałów informacyjnych do lokalnych mediów, szablony plakatów do promocji poszczególnych etapów, które były opracowane przez uczennice podczas warsztatów i upublicznione na terenie szkół.

W ramach promocji programu:

1. Zamieszczono ogólne wytyczne programu *Zdrowa Ja* na stronach internetowych szkół biorących udział w projekcie oraz na szkolnych profilach Facebook,
 2. Na monitorach szkolnych komputerów umieszczono zakładki pn. *Zdrowa Ja*, które były umieszczone również na stornach internetowych poszczególnych szkół.
 3. Uczennice biorące udział w projekcie wykonały plakaty, gazetki informacyjne i zamieszczały ich na korytarzach szkolnych szkół biorących udział w projekcie (tematy plakatów: zachowania ryzykowne, prawidłowe odżywianie, aktywność fizyczna), w niektórych szkołach odbyła się promocja projektu na festynie szkolnym.
 4. W mniejszych miejscowościach szkoły promowały poszczególne elementy realizowanych zadań poprzez angażowanie lokalnej społeczności (np. eventów sportowych, publicznych rozgrzewek, biegów dziewcząt itp.) – wynik relacji jednej z uczestniczek projektu podczas konferencji prasowej *Zdrowa Ja* na PGE Narodowym.
 5. Odbyły się szkolne konkursy na plakat i fraszkę dotyczące poszczególnych etapów projektu.
 6. Przeprowadzono we wszystkich szkołach po cztery warsztaty edukacyjne zgodnie z opracowanym w Instytucie Matki i Dziecka scenariuszem (cztery etapy: aktywność fizyczna, kompetencje osobiste, prawidłowe odżywianie, zachowania ryzykowne), który został przekazany realizatorom podczas szkolenia metodycznego w 2017 r.:
- **Warsztaty dotyczące aktywności fizycznej:** „Aktywność fizyczna”, „Zabawa w liczby”, „Miarka ruchu”, „Integracja – bieg na orientację”, „Kalambury”. Zapoznano uczennice z podstawami zdrowego stylu życia oraz wytycznymi, jak prowadzić zdrowy tryb życia; przedstawiono korzyści płynące z aktywności fizycznej (w tym z jej zalecanym poziomem), w ramach warsztatu uczennice nauczyły się jak określać poziom własnej aktywności fizycznej;
 - **Warsztaty dotyczące zasad prawidłowego odżywiania:** Czy potrafisz ocenić swoją masę ciała i sylwetkę?”, „Czy odżywiam się prawidłowo?”, „Dobre jedzenie kluczem do życiowych sukcesów”, „Czy wiesz, co jesz?” „Piramidą żywienia” Zapoznano uczennice z tematyką prawidłowego odżywiania „Piramidą żywienia” i analiza jej „pięter” oraz zagrożeń wynikających z nieprzestrzegania zaleceń dietetyków.

W ramach zajęć warsztatowych opracowano i przedyskutowano następujące zagadnienia:

- *Jak zachęcić rówieśników do prawidłowego odżywiania?*
 - *Co zrobić, jak zachęcić do prawidłowego odżywiania w domu?*
 - *Co zrobić, jak zachęcić do prawidłowego żywienia w szkole?*
- **Warsztaty dotyczące zachowań ryzykownych:** Ryzyko i zachowania ryzykowne”, „Jak radzić sobie z presją otoczenia”, „Dlaczego młodzież pije alkohol?”. Zapoznano uczennice z problemem zachowań ryzykownych, omówienie ich rodzajów, czynników wpływających na nie oraz ich skutków w formie Dyskusji na temat zachowań ryzykownych, ich przyczyn i skutków oraz podczas pracy w grupach, gdzie przedyskutowano następujące zagadnienia: Co to jest „zachowanie ryzykowne”?, Jak unikać zachowań ryzykownych?, Dlaczego ludzie podejmują ryzyko utraty zdrowia?
 - **Warsztaty dotyczące kompetencji osobistych:** „Techniki budowania kontaktu”, „Komunikacja”, „Gra o czas”, „W obronie własnych praw, czyli o asertywności słów kilka”, Podczas zajęć warsztatowych uczennice przedyskutowały najważniejsze umiejętności społeczne oraz ich rolę w codziennym funkcjonowaniu. Zapoznały się z pojęciem kompetencji społecznych, inteligencji emocjonalnej oraz inteligencji społecznej a także przećwiczyły podstawowe umiejętności interpersonalne.



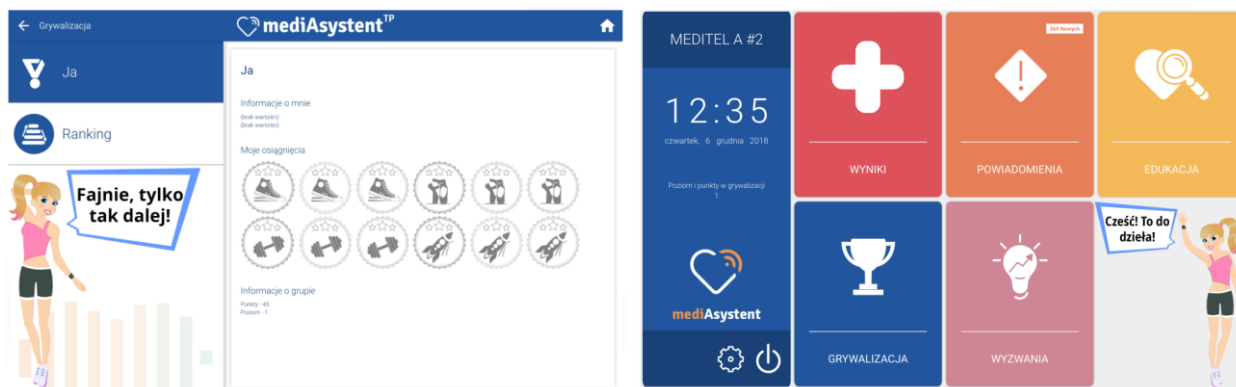
Ryc. 16. Przebieg warsztatu w jednej ze szkół.

2.2. Konkursy dla uczestniczek

W ramach projektu *Zdrowa Ja* odbyły się konkursy dla uczestniczek mające na celu wzmocnienie ich motywacji do aktywnego uczestniczenia realizacji zadań: konkurs na asystenta w aplikacji mobilnej, konkurs na stworzenie koszulki w programie *Zdrowa Ja*.

Konkurs na postać asystenta mobilnego

Celem konkursu na postać asystenta mobilnego było zaangażowanie uczestniczek w tworzenie poszczególnych elementów składających się na pozytywny odbiór projektu, tak aby spełniał również oczekiwania dziewcząt. Asystent mobilny w aplikacji, który towarzyszył dziewczętom w trakcie trwania programu był całkowicie zainspirowany pracą zwyciężczyni. Funkcją asystenta było: motywowanie, przypominanie o zadaniach do wykonania, przekazywanie informacji zdrowotnych zdanych z opaski oraz aktywności na platformie webowej. Konkurs skierowany został do uczestniczek projektu *Zdrowa Ja* ze szkół o pełnej interwencji, czyli do 24 placówek.



Konkurs na koszulkę promującą program

Celem konkursu na koszulkę promującą program *Zdrowa Ja* było stworzenie przestrzeni dla realizacji indywidualnych wizji uczestniczek dotyczących ich ubioru sportowego. Projektowanie koszulek miało na celu jeszcze większe zaangażowanie uczestniczek, dając im tym samym możliwość kreatywnego podejścia. Otrzymane w ten sposób koszulki zapewniły dziewczętom większy komfort.

2.3. Kampania Promocyjna w mediach społecznościowych

Media społecznościowe są współcześnie jedną z najbardziej wpływowych form przekazu. Ich głównym założeniem jest umożliwienie dialogu oraz interakcji. W ramach projektu *Zdrowa Ja*, bazą dla podejmowanych działań w mediach społecznościowych było umożliwienie nastolatkom dzielenia się swoimi doświadczeniami z innymi uczestnikami w trakcie trwania projektu. Zamknięta grupa funkcjonująca w ramach portalu Facebook pozwoliła uczestniczkom na wymianę doświadczeń, budowanie więzi oraz rozwijanie kompetencji społecznych w ramach grywalizacji, obejmującej wyzwania indywidualne oraz grupowe, które dziewczęta mogły śledzić na swoich kontach w aplikacji.

Założenia Kampanii

Planowane przez nas działania miały za zadanie rozpowszechnienie w informacji o projekcie *Zdrowa Ja* w mediach społecznościowych. Było to możliwe dzięki działaniom Agencji SEO, której aktywność skierowana była na zaangażowanie uczestniczek projektu, które należały do grupy *Projekt Zdrowa Ja Instytutu Matki i Dziecka*. Niniejsze działania koncentrowały się na 3 głównych obszarach:

- 1) aktywizowaniu dziewcząt biorących udział w badaniu i osób w ich otoczeniu (grupa zamknięta, konkurs)
- 2) atrakcyjnym wizualnie *contentem*⁴¹ wspierającym działania komunikacyjne/PR (infografiki)
- 3) zaangażowaniu influencerów

Celem było także zaktywizowanie nauczycieli w ramach otwartej grupy *#ZdrowiMy Instytut Matki i Dziecka*. Poprzez atrakcyjny wizualnie *content* oraz wyzwania nauczyciele mieli okazję lepiej zrozumieć sens prowadzenia zdrowego trybu życia, dbania o zdrową dietę i wykonywania ćwiczeń fizycznych.

Cel stworzenia grup: nawiązanie bliższych relacji z uczestniczkami, stworzenie społeczności, propagowanie zdrowych nawyków, stworzenie miejsca wsparcia i aktywacji uczestniczek programu. aby to umożliwić podjęto następujące działania:

• ⁴¹ *content* (ang. treść, zawartość) – sformułowanie powszechnie używane w *content marketingu*, tzw. marketingu treści.

- Stworzono grupę zamkniętą dla uczestniczek programu - łączna liczba członków grupy 348
- Stworzono grupę otwartą dla nauczycieli – łączna liczba członków grupy 30
- Stworzono 30 dedykowanych grafik i infografik
- Opublikowano 27 postów w grupie zamkniętej
- Wysłano informacje o projekcie do 100 blogerów
- Moderowano dyskusje na forum
- Udostępniono informacje, dotyczące tematyki zdrowotnej (linki, grafiki)
- Aktywizowano członków grup poprzez wyzwania konkursowe
- Zachęcano członków grup do dzielenia się swoimi doświadczeniami
- Umieszczono atrakcyjne wizualnie infografiki, czyli materiały wspierające działania Public Relations oraz komunikację o projekcie na profilu Instytutu Matki i Dziecka na Facebooku.
- Zaprojektowano zadania konkursowe(udokumentowanie na Facebooku wykonania dwóch wyzwań), zebranie zgłoszeń konkursowych i wybranie dwóch zwycięzczyń
- Zaangażowanie influencerów

Wszystkie działania są skierowane na promocję zdrowia wśród młodzieży oraz zmianę ich stylu życia na prozdrowotny.

Podsumowanie:

- Liczba osób zarejestrowanych w obu grupach: 378
- Liczba opublikowanych postów w obu grupach: 39
- Liczba rzuconych wyzwań w obu grupach: 4
- Liczba przygotowanych grafik w projekcie: 43
- Liczba przygotowanych infografik dla blogerów: 2
- Liczba blogerów, do których została wysłana informacja o projekcie: 100

Konkurs dla koordynatorów programu

Konkurs dla koordynatorów programu *Zdrowa Ja* został zrealizowany na zlecenie Instytutu Matki i Dziecka. Konkurs prowadzony był w celu promocji zdrowego stylu życia i miał charakter ogólnopolski. Uczestnictwo w konkursie było nieodpłatne i dobrowolne. Uczestnikiem konkursu, na warunkach określonych w Regulaminie Konkursu, mogła być każda osoba fizyczna, powyżej 18 roku życia, będąca nauczycielem w szkołach podstawowych i gimnazjalnych, która posiada swój profil w serwisie Facebook, polubiła Fanpage Zlecającego znajdujący się pod adresem <https://goo.gl/TbQFFs> („Fanpage”) oraz otrzymała zaproszenie indywidualne do konkursowej grupy otwartej założonej na Fanpage – dwa wyzwania od Organizatora. Planowane w ramach konkursu działania miały za zadanie zaktywizowanie nauczycieli w obszarze prowadzenia zdrowego trybu życia, dbania o zdrową dietę i wykonywania ćwiczeń fizycznych. Konkurs dla koordynatorów programu został ogłoszony w grupie otwartej #ZdrowiMy Instytutu Matki i Dziecka liczącej 30 członków.



Ryc. 17. Screen przedstawiający grupę #ZdrowiMy.



Ryc. 18. Przykłady infografik używanych w celu promocji zdrowego stylu życia.

Warunkiem udziału w Konkursie w grupie otwartej było otrzymanie dwóch wyzwań od Organizatora w formie postów w grupie otwartej oraz realizacja zadania konkursowego. Organizator przysyłał dwa wyzwania do każdego z uczestników. Wyzwania dotyczyły: 1) aktywności fizycznej – zadanie: pokazanie jak dany uczestnik wraz ze swoją klasą, rodziną, znajomymi dba o kondycję fizyczną; 2) aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia, jaki nauczyciele chcieliby wprowadzić w swoich klasach w nowym roku szkolnym. Konkursu trwał od 18.06 od godz. 10:00 do 30.06 do godz. 23:59. Zadanie konkursowe polegało na przesłaniu relacji filmowej lub zdjęciowej na wskazany adres mailowy.

Zadania konkursowe #ZdowiMy (przykłady)

Przebieg akcji: Każde wyzwanie trwało tydzień, po tym czasie nagrodzony został jeden nauczyciel, który wziął udział w obu wyzwaniach.

Wyzwania:

- 1 tydzień akcji: Aktywność fizyczna – *Pokażcie jak dbacie o swoją kondycję np. podczas przerwy w lekcjach, z rodziną w parku itd.*
- 2 tydzień akcji: Pomysły na przyszłość – *Napiszcie pomysły w jaki sposób w przyszłym roku szkolnym możecie zadbać o aktywność fizyczną i zdrowy styl życia swoich uczniów.*



Ryc. 19. Zebranie zgłoszeń konkursowych z dwóch wyzwań i wybranie zwycięzczy

Konkurs dla uczestniczek programu



Ryc. 20. Informacje dotyczące przebiegu i warunków uczestnictwa w konkursie Zdrowa Ja.

Konkurs dla uczestniczek programu *Zdrowa Ja* został zrealizowany na zlecenie Instytutu Matki i Dziecka. Konkurs prowadzony był w celu promocji zdrowego stylu życia i miał charakter ogólnopolski. Uczestnictwo w konkursie było nieodpłatne i dobrowolne. Uczestnikiem Konkursu, na warunkach określonych w Regulaminie Konkursu, mogła być każda osoba fizyczna, powyżej 13 roku życia, działająca za zgodą opiekuna/przedstawiciela ustawowego w przypadku braku pełnoletności, zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która posiada swój profil w serwisie Facebook, polubiła Fanpage Zlecającego

znajdujący się pod adresem <https://goo.gl/TbQFFs> (*Fanpage*) oraz otrzyma zaproszenie indywidualne do Konkursu - wyzwanie od innego uczestnika lub osoby, która polubiła Fanpage.

Warunkiem udziału w Konkursie było otrzymanie zaproszenia/wyzwania od osoby, która polubiła Fanpage Zlecającego, zaproszenie-wyzwanie kolejnych pięciu osób do udziału w Konkursie oraz realizacja zadania konkursowego. Każda z osób, która polubiła Fanpage aby zaprosić inną osobę do udziału w Konkursie musiała rzucić wyzwanie tej osobie, poprzez oznaczenie jej na swoim profilu w serwisie Facebook. Każdorazowo należało wyzwąć tj. oznaczyć pięć osób. Treść wyzwania brzmiała *Zdrowa Ja, pokaż jak dbasz o kondycję* oraz dodatkowo użyć zwrotu #ZdrowaJA. Konkurs trwał w okresie 18.06.2018r. od godz. 10:00 do 24.06.2018r. do godz. 23:59.

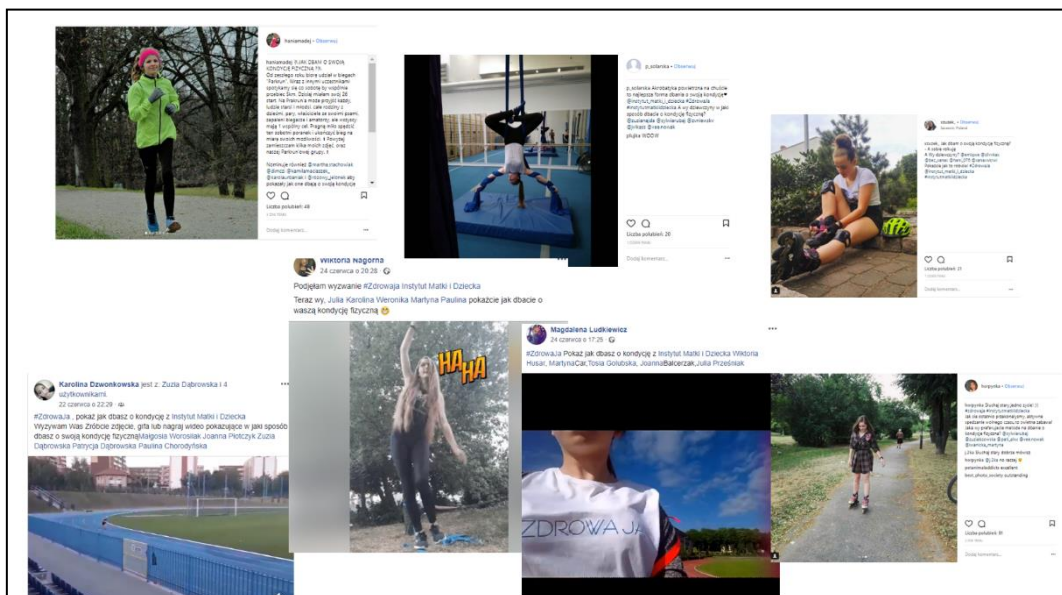
Zadanie konkursowe polegało na zamieszczeniu na swoim profilu w serwisie Facebook, autorskiego filmu lub zdjęcia gdzie autor materiału w najbardziej oryginalny sposób pokazywał jak dba o swoją kondycję. W dn. 26.06.2018 r. Instytut ogłosił wyniki Konkursu. Nagrodą był voucher do sklepu sportowego na zakup roweru, na terenie miejsca zamieszkania laureata, o wartości 1000,00 zł (tysiąc złotych).

Zadania konkursowe #Zdrowa Ja (przykłady)

Każde wyzwanie trwało tydzień, po tym czasie nagrodzona została jedna osoba spośród tych, które opublikowały wyzwanie, użyły symbolu # (hashtag) akcji #ZdrowaJA i oznaczyły profil Instytutu Matki i Dziecka. Łącznie nagrodziliśmy 2 osoby.

Wyzwania:

- 1 tydzień akcji: Aktywność fizyczna → Pokaż jak dbasz o swoją kondycję np. zdjęcia podczas biegania, czy krótkie nagranie z ćwiczeń w domu (może to być zdjęcie, wideo, gif)
- 2 tydzień akcji: Prawidłowe odżywianie i zdrowy styl życia → Pokaż jak dbasz o swoją dietę np. zdjęcie zdrowej potrawy (może to być zdjęcie, wideo, gif)



Ryc. 21. Zebranie zgłoszeń konkursowych z dwóch wyzwań i wybranie dwóch zwyciężczyń

2.4. Działania promocyjne w mass mediach

Działania promocyjne w mass mediach obejmowały wszystkie kanały komunikacyjne (prasa, radio, TV, Internet). Promowanie aktywności fizycznej, zasad prawidłowego odżywiania oraz zdrowego trybu życia to podstawa profilaktyki chorób, jak również gwarancja dobrego samopoczucia wśród nastolatek. Projekt *Zdrowa Ja* oraz promocja jego rezultatów poprzez wszystkie kanały komunikacyjne były ważnym aspektem oddziaływań w trakcie realizacji projektu. Głównym założeniem kampanii promocyjnej projektu było budowanie pozytywnych skojarzeń związanych ze zdrowym stylem życia wśród młodych dziewcząt, dotarcie do jak największej grupy odbiorców, upowszechnianie w tej grupie wiekowej wyników badań nt. nawyków żywieniowych, promocja wiedzy oraz pozytywnych efektów projektu.

Opis zrealizowanych zadań

1. Upowszechnianie idei projektu w mediach społecznościowych (oficjalny Profil Instytutu Matki i Dziecka), strona www.imid.med.pl, grupa zamknięta *Projekt Zdrowa Ja Instytutu Matki i Dziecka*, grupa otwarta #ZdrowiMy Instytutu Matki i Dziecka, komunikaty prasowe i infografiki z których korzystała prasa.
2. Promocja pozytywnych trendów i zachowań – kształtowanie opinii, nagłośnień i założeń projektu - wskazanie tła badań, zastosowanych rozwiązań technologicznych, udostępnianie materiałów mówiących o projekcie, alfabetyzacja zdrowotna poprzez

wywiady udzielane przez naszych ekspertów oraz ich wypowiedzi do mediów (prof. nadzw. dr hab. n med. Anna Fijałkowska, mgr Anna Dzielska).

3. Włączanie znanych osób w projekt – m.in. Oktawii Nowackiej – pięcioboistki, która zachęcała do aktywności fizycznej i zdrowego trybu życia / pozytywnych wzorców
4. Promowanie projektu w mediach – m.in. TVN, Telewizja Polska, Polsat, Rynek Zdrowia, Polska Agencja Prasowa, w tym w ramach Serwisu Zdrowie, Kurier Warszawski, Polskie Radio i inne.
5. Promowanie treści projektowych w mass mediach lokalnych, stronach internetowych szkół i na profilach społecznościowych szkół i uczestniczek projektu.

Instytut Matki i Dziecka
Opublikowane przez: Biuro Prasowe [?] · 23 października ·

Badania w projekcie Zdrowa Ja, realizowanym przez IMiD w ramach Narodowego Programu Zdrowia wykazały, że

- 👉 aż 49 proc. 15-letnich dziewcząt o prawidłowej masie ciała jest zbyt grube.
- 👉 Tymczasem w rzeczywistości, nadwagę i otyłość stwierdzono u 15-latek.
- 👉 Ponadto stwierdzono, że tylko 1/5 piętnastolatek realizuje rekomendowaną dla tego wieku tygodniową normę aktywności fizycznej.

Szkoła Podstawowa nr 21 w Rzeszowie
8 maja ·

Rozpoczął się kolejny etap aktywności ZDROWA JA, dziewczyny zastanawiały się dlaczego warto jeść owoce i warzywa, jak przekonać do tego swoich rówieśników, co by pomogło w tym by młodzież spożywała więcej warzyw i owoców w domu i szkole. Uczestniczki projektu ciężko pracowały w grupach i wymieniały się poglądami podczas dyskusji, najciekawsze zapisały na plakacie. A oto efekty naszej pracy. Po zakończonych warsztatach przyszedł czas na ruch - uczestniczki projektu wystrojone w koszulki z logo projektu Zdrowa Ja, Instytutu Zdrowia Matki i Dziecka oraz Narodowego Programu Zdrowia rozegrały mecz siatkówki.

Fundacja Instytutu Matki i Dziecka
Opublikowane przez: Biuro Prasowe [?] · 27 kwietnia ·

Tak prezentują się dziewczyny z Miejskiego Gimnazjum nr 1 w Zambrowie w koszulkach ZDROWA JA. Udział w projekcie Zdrowa Ja bierze 48 placówek z całej Polski 😊
Więcej o projekcie:
www.imid.med.pl/top-menu/projekt-zdrowa-ja

Kuratorium Oświaty w Olsztynie
Kuratorium Zaalowanie spraw Szkoły i placówki Nauczyciele Organy

Jesteś tutaj: Strona główna > Komunikaty > Zaproszenie do udziału w projekcie „ZDROWA JA”

Zaproszenie do udziału w projekcie „ZDROWA JA”

Instytut Matki i Dziecka w Warszawie zaprasza szkoły z terenu województwa warmińsko-mazurskiego do udziału w projekcie pt. „Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15 letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu – w skrócie ZDROWA JA”. Projekt prowadzony jest na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w terminie od września 2017 r. do grudnia 2018 r. w ramach realizacji celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Projekt otrzymał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. Opinia w załączeniu.

Wszelkie pytania dotyczące kwestii merytorycznych oraz organizacyjnych badań można kierować do kierownika projektu: prof. nadzw. dr hab. med. Anny Fijałkowskiej – zastępcy dyrektora ds. Nauki Instytutu Matki i Dziecka na adres e-mail: anna.fijalkowska@imid.med.pl

KALENDARIUM

Aktualności

🕒 4 stycznia 2018

Konkurs „Orzeł Biały – nasza dumą” – konkurs plastyczny dla dzieci, organizowany w związku z obchodami 100 rocznicy odzyskania przez Polskę niepodległości

Ryc. 22. Przykładowe informacje internetowe w ramach promocji programu.

Publikacje/komunikaty prasowe

Przygotowano dwa komunikaty prasowe, które były rozsyłane do dziennikarzy z bazy mediów Instytutu Matki i dziecka, którzy byli zapraszani do udziału w wydarzeniach i tworzenia materiałów na kolejnych etapach projektu m. in. Polska Agencja Prasowa, IR, Polsat, Telewizja Polska, TVN, Polskie Radio.

Komunikat 1.

Program *Zdrowa Ja* - policzymy kroki polskich nastolatek!

Ministerstwo Zdrowia oraz Instytut Matki i Dziecka w ramach Narodowego programu Zdrowia są realizatorami programu *Zdrowa Ja*.

Projekt dotyczy oceny skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu. W ramach projektu badane zostaną objęte telemonitoringiem, połączonym z aplikacją mobilną na ich telefonach. System będzie dostępny dla uczestniczących w programie nastolatek i koordynatorów projektu. Opaski na rękę oraz dostęp do aplikacji mobilnej to nie tylko narzędzia promujące zdrowy styl życia, ale także modny, technologiczny gadżet, który sprawia, że udział w projekcie jest dla dziewcząt atrakcyjny.

Nowoczesna opaska dokonuje m.in. pomiaru kroków i tętna oraz wylicza dystans pokonywany przez uczestniczki każdego dnia. Jest zsynchronizowana z aplikacją mobilną, która pozwala na monitorowanie godzin snu, czy opracowanie zestawu ćwiczeń. Dzięki intuicyjnemu systemowi aplikacja przypomina o wyjściu na spacer i czasie na zbilansowane posiłki. Aplikacja jest również źródłem wiedzy dotyczącej zdrowia. Przydatne informacje znajdują w zakładce edukacja, gdzie dziewczęta mogą przeczytać artykuły o zdrowym stylu życia – aktywności fizycznej, właściwym odżywianiu, wpływie używek na organizm czy poprawie kompetencji osobistych. Nastolatki biorące udział w programie otrzymują także wyzwania indywidualne oraz grupowe, które mogą śledzić na swoich kontach w aplikacji. Zadania nie są tylko wyzwaniem sportowym, ale również społecznym, czego przykładem jest zadanie indywidualne *przygotuj dziś posiłek i zjedzcie go wspólnie z rodziną* lub grupowe *umów się na fitness po szkole z innymi uczestniczkami projektu*.

W grupie 15-letnich dziewcząt bez nadwagi 49% uważa się za zbyt grube. Według danych opublikowanych w krajowym raporcie, wśród dziewcząt w wieku 11-15 lat: 44% nie spożywa regularnie śniadań w dniach szkolnych; mniej niż jedna trzecia codziennie spożywa owoce i warzywa; 77% je słodczyce a 52% pije słodkie napoje gazowane częściej niż 1 raz

w tygodniu ⁴² . Program ułatwia utrzymanie zdrowych nawyków w codziennym funkcjonowaniu. Oczekiwany efektami projektu są m.in.: wzrost zainteresowania dziewcząt zdrowiem swoim i otoczenia, poprawa zachowań zdrowotnych, w tym aktywności fizycznej i wzrost kompetencji osobistych.

W badaniu weźmie udział losowo dobrana grupa 48 szkół z całej Polski, w których wybrano w sumie 1200 dziewcząt w wieku ok. 15 lat. Projekt rozpoczął się 1 czerwca 2017 i potrwa do 31 grudnia 2018 roku.

Komunikat 2

Instytut Matki i Dziecka przeszkolił nauczycieli z całej Polski

Już dziś nauczyciele z całego kraju wezmą udział w szkoleniu w ramach projektu *Zdrowa Ja*, który jest kompilacją wiedzy i technologii. Nauczyciele zostaną przeszkoleni w obszarze zdrowia.

Projekt *Zdrowa Ja* ma na celu zbadanie efektywności programów profilaktycznych, których w Polsce pojawia się coraz więcej. Mimo ich realizacji, wyniki badań nadal jednoznacznie wskazują na problemy związane z nieprawidłowymi zachowaniami żywieniowymi, niedostatkiem aktywności fizycznej wśród dużego odsetka nastolatków.

W ramach projektu badane 15-latki zostały objęte telemonitoringiem, połączonym z aplikacją mobilną na ich telefonach. System jest dostępny dla uczestniczących w programie dziewcząt oraz koordynatorów projektu, dla których już w najbliższym czasie (16-17 marca 2018) odbędzie się dedykowane szkolenie prowadzone przez specjalistów z Instytutu Matki i Dziecka. Szkolenie z wykorzystaniem metody warsztatowej pozwoli na zdobycie wiedzy z zakresu wzmacniania potencjału zdrowotnego oraz rozwoju kompetencji niezbędnych do pracy z młodzieżą.

Uczestnicy poznają zasady prawidłowego żywienia w okresie adolescencji, sposoby rozwijania kompetencji osobistych u nastolatków oraz sposoby przeciwdziałania zachowaniom ryzykownym w tej grupie wiekowej. Każdy z uczestników zostanie wyposażony w materiały szkoleniowe, które będą stanowiły wskazówkę do dalszej pracy z dziewczętami. W ramach szkolenia przewidziana jest także wymiana doświadczeń związanych z realizacją projektu.

⁴² Mazur J. (red.) Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015, dostępne na stronie www.imid.med.pl

Wzrost świadomości wśród nauczycieli oraz ich odpowiednie przygotowanie do pracy z nastolatkami to także warunek wprowadzenia progresywnych zmian w edukacji zdrowotnej w szkole.

Wyniki badań alarmują: w grupie dziewcząt bez nadwagi aż 49% ma nieprawidłowy obraz własnego ciała i uważa się za zbyt grube, a 28% odchudza się. Według danych opublikowanych w krajowym raporcie z międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej, wśród dziewcząt w wieku 15 lat: 44% nie spożywa regularnie śniadań w dniach szkolnych; 71% nie spożywa codziennie owoców, a 72% warzyw⁴³. Niewłaściwy sposób odżywiania i niski poziom kompetencji zdrowotnych wśród 15-latek to wyraźny sygnał do podjęcia efektywnych działań w zakresie zwiększenia zainteresowania dziewcząt swoim zdrowiem, bieżącej poprawy aktywności fizycznej i wzrostu wiedzy dotyczącej zdrowia.

Realizatorem projektu *Zdrowa Ja* jest Instytut Matki i Dziecka w ramach Narodowego programu Zdrowia finansowanego ze środków Ministerstwa Zdrowia. Projekt *Zdrowa Ja* dotyczy oceny skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu.

W programie bierze udział losowo dobrana grupa 1200 dziewcząt w wieku ok. 15 lat, z 48 szkół z całej Polski. Projekt rozpoczął się 1 czerwca 2017 roku i potrwa do 31 grudnia 2018 roku.

Promocja programu w radiu i telewizji

ŹRÓDŁO	TYTUŁ	DATA
www.eksmagazyn.pl	Polskie nastolatki potrzebują... naszego wsparcia	30.10.2018
www.mamdziecko.interia.pl	Polskie nastoletnie dziewczynki są niedożywione	27.10.2018
www.zdrowie.pap.pl	Dorastające dziewczyny potrzebują wsparcia	26.10.2018
www.fitmagazyn.pl	Polskie nastolatki częściej niedożywione niż otyłe	23.10.2018
www.infomedic.pl	Nastoletnie dziewczynki nie są grube - są raczej niedożywione	22.10.2018

⁴³ Mazur J. (red.), tamże.

www.pediatria.mp.pl	Nowoczesna technologia pomaga w poprawie zachowań zdrowotnych nastolatków	22.10.2018
www.polskieradio24.pl	Wiadomości	20.10.2018
www.kobietyimedycyna.pl	Trzeba wspierać nastolatki	20.10.2018
www.twitter.com	Serwis zdrowie	19.10.2018
www.zdrowie.pap.pl	Nastoletnie dziewczynki nie są grube - są raczej niedożywione	19.10.2018
www.rynekzdrowia.pl	Eksperti: opaski i aplikacje mobilne zaszczepiają w nastolatkach zdrowe nawyki	19.10.2018
www.zachod.pl	Technologia pomaga w poprawie zachowań zdrowotnych nastolatków	19.10.2018
Tygodnik Płocki	Nowoczesna profilaktyka	31.07.2018
www.pozatorun.pl	Z opaską na rękę. Nastolatki z grębcocina wzięły udział w projekcie Zdrowa Ja	16.07.2018
www.ototorun.pl	Innowacyjny projekt dla zdrowia. Nastolatki wykorzystały nowoczesną technologię	16.07.2018
TVP Info, Teleexpress	Projekt <i>Zdrowa Ja</i> skierowany do polskich uczennic.	8.12.2017
Polskie Radio Program 3	Trójwymiar	6.11.2017
www.polskieradio.pl	Co słyhać w świecie nowych technologii?	13.12.2017
TVP3 Warszawa, Telewizyjny Kurier Warszawski	Projekt <i>Zdrowa Ja</i> zachęcający nastolatki do ruchu.	17.12.2017
TVP3, Dziennik Regionów	Krok do zdrowia	17.12.2017
Polsat News	Dramatyczne wyniki zdrowotne polskich nastolatków. Pomóc mają specjalne opaski	26.12.2017
TVN, Dzień dobry TVN	Projekt dla nastolatków <i>Zdrowa Ja</i> .	10.01.2018
Polskie Radio 24	Program <i>Zdrowa Ja</i> skierowany do nastoletnich dziewczyn.	20.10.2018

Konferencja Prasowa

Konferencja prasowa *Zdrowa Ja* na temat programu *Zdrowa Ja* odbyła się 19 października 2018 r. na Stadionie Narodowym w Warszawie (PGE Narodowy). Dziennikarze mieli okazję porozmawiać o projekcie z kierownikiem i koordynatorami projektu m. in. prof. Anną Fijałkowską i prof. Anną Oblacińską, a także z nauczycielem i uczennicami biorącymi udział w projekcie ze Szkoły Podstawowej im. Marii Dąbrowskiej w Branicach. Podczas konferencji podsumowane zostały najważniejsze informacje dotyczące założeń projektu oraz wyników badań.

SP im. Marii Dąbrowskiej w Branicach wygrała w konkursie ZdrowiMy i otrzymała nagrodę w postaci vouchera na zajęcia WF z Oktawią Nowacką, pięcioboistką, medalistką igrzysk w Rio w 2016 roku.

Podczas konferencji przedstawiono następujące zagadnienia:

- Ćwiczenia prowadzone przez uczestniczki programu *Zdrowa Ja* dla uczestników konferencji *Otyłość u polskich dzieci i młodzieży 2018 – problem nadal aktualny*
- Prezentacja programu NPZ *Zdrowa Ja* - ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu.
- Przedstawiono Program *Zdrowa Ja* od strony doświadczeń nauczyciela wychowania fizycznego
- Przedstawiono Program *Zdrowa Ja* od strony doświadczeń uczennic w nim uczestniczących
- Wręczono nagrody w konkursie ZdrowiMy, dla zwycięzców – szkoły S.P. im. Marii Dąbrowskiej w Branicach.

Materiały promocyjne dla szkół na zakończenie projektu

Propozycja postu na [www/FB](#):

PROJEKT *ZDROWA JA* – UROCZYSTOŚĆ ZAKOŃCZENIA PROJEKTU!

W związku z udziałem naszej szkoły w projekcie *Zdrowa Ja*, trwającym od lipca 2017 do grudnia 2018 serdecznie zapraszamy na uroczystość zakończenia projektu, podczas której podsumujemy jego wyniki!

Projekt *Zdrowa Ja* wzmocnił kompetencje osobiste społeczne wśród 15-latek. Stanowił także impuls do działań w zakresie zwiększenia zainteresowania dziewcząt swoim zdrowiem, bieżącej poprawy aktywności fizycznej i wzrostu wiedzy dotyczącej zdrowia. Nasza szkoła jest jedną z 48 placówek z całej Polski zaangażowanych w projekt! W ramach programu badane 15-latki zostały objęte telemonitoringiem, połączonym z aplikacją mobilną na ich telefonach. W badaniu wzięła udział losowo dobrana grupa 48 szkół z całej Polski, w których wybrano w sumie 1198 dziewcząt w wieku ok. 15 lat.



Ryc. 23. Propozycja grafiki do posta na portal Facebook.com.

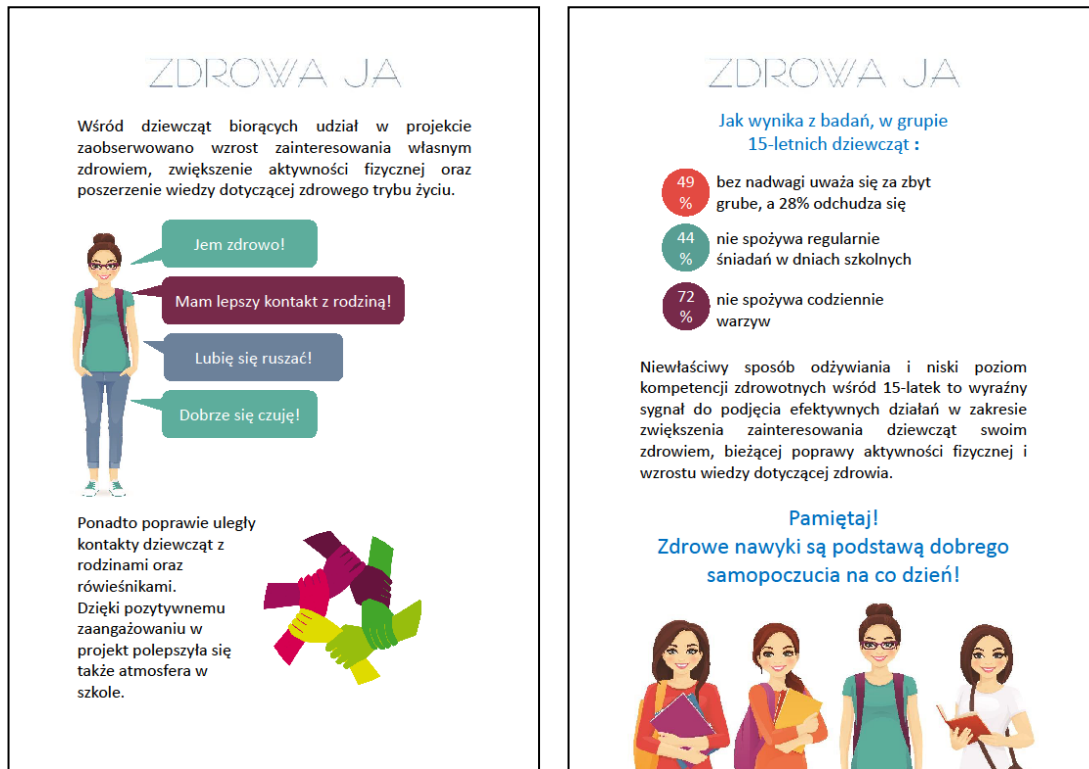
Materiały opracowane na strony internetowe szkół w ramach działania 34.

Uhonorowanie uczestników:

Z przyjemnością ogłaszamy, że projekt *Zdrowa Ja*, który realizowany był w szkole od września 2017 r., dobiegł właśnie końca.

Serdecznie dziękujemy szkolnym koordynatorom programu - dyrektorom oraz nauczycielom i pielęgniarkom za zaangażowanie i wsparcie, bez którego sukces, który jest udziałem wszystkich, nie miałby miejsca. Państwa praca motywowała nas do wytrwałości w realizacji projektu oraz była światłem w tunelu biurokratycznych przeciwności.

Dziękujemy naszym DZIEWCZĘTOM, dzielnym 15-latkom, które wytrwale znosiły wyzwania, jakie przynosił program. Mamy nadzieję, że podejmowane w nim działania, przyczynią się do trwałej zmiany stylu życia oraz, że wiedza dotycząca zdrowia i zachowań prozdrowotnych będzie solidną bazą do zdrowej przyszłości Waszej i Waszych bliskich.



Ryc. 24. Infografiki do wykorzystania przez szkoły do promocji i posumowania projektu.

OCENA SKUTECZNOŚCI INTERWENCYJNO-PROFILAKTYCZNEGO PROGRAMU POPRAWY ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH 15-LETNICH DZIEWCZĄT Z WYKORZYSTANIEM TECHNIKI TELEMONITORINGU

Program interwencyjny w szkołach trwał 6 miesięcy, w okresie od stycznia do czerwca 2018 roku

UDZIAŁ WZIĘŁO:


48

SZKÓŁ


98

NAUCZYCIELI


48

PIELEŃNIAREK


1198

PIĘTNASTOLATEK

ZREALIZOWANO:

1 4 DWUTYGODNIOWE INTERWENCJE W SZKOŁACH:

Warsztaty edukacyjne zakończone samodzielnym opracowaniem plakatu promującego pozytywne zachowania zdrowotne

Monitoring aktywności dziewcząt za pomocą opasek fitness i aplikacji mobilnej w telefonach przez 56 dni



2 SZKOLNE KONKURSY NA T-SHIRT „ZDROWA JA”

3 KONKURS NA ASYSTENTA MOBILNEGO

4 ZAŁOŻONO GRUPĘ Z WYZWANIAM I WYMIANĄ DOŚWIADCZEŃ NA FACEBOOKU

W RAMACH PROJEKTU DZIEWCZĘTA:

ZROBILI
2 464 418 316
KROKÓW

- OK. **1 478 691** KM

- OK. **36** RAZY DO KOŁA ZIEMI



NAJAKTYWNIJSZA UCZNIENICA
ZROBILA
9 478 265
KROKÓW

- OK. **5 687** KM

- DROGA TAM I Z POWROTEM
ZE WSCHOWEJ DO GIBRALTARU



OPRACOWAŁY
I POPROWADZIŁY
48
GODZIN W F



PODJEŁY
26 800
WYZWAŃ



PRZYGOTOWAŁY
300
POSIŁKÓW
DLA SWOICH RODZIN



PRZYGOTOWAŁY
300
POSIŁKÓW DLA
SIEBIE DO SZKOŁY



MOBILIZOWAŁY SWOJE
RODZINY
DO WSPÓLNYCH POSIŁKÓW
(AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ)



UMAWIAŁY SIĘ
Z KOLEŻANKAMI
NA WSPÓLNE BIEGANIE
I INNE AKTYWNOŚCI



Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu - Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

Ryc. 25. Plakat podsumowujący projekt do umieszczenia na stronach internetowych szkół lub do wydrukowania i wywieszenia na terenie szkoły i w środowisku lokalnym.

2.5. Publikacje w czasopismach naukowych

Zgodnie z harmonogramem projektu, opracowano i przygotowano do druku cztery manuskrypty do publikacji w czasopismach naukowych. Poniżej zamieszczono streszczenia tych opracowań. Wszystkie artykuły opatrzone były informacją o źródle finansowania, w ramach którego powstały.

Streszczenie 1

Tytuł: Wskaźnik masy ciała (BMI) - analiza rozbieżności między danymi samoopisowymi a obiektywnym pomiarem i jej predyktory wśród dziewcząt w wieku 14-15 lat

Autorzy: Wisława Ostrega Anna Dzielska, Joanna Mazur, Anna Oblacińska, Hanna Nałęcz, Maria Jodkowska, Dorota Kleszczewska, Anna Fijałkowska

Wprowadzenie: Niewłaściwa percepcja własnego ciała, zwłaszcza masy ciała stanowi poważny problem w okresie adolescencji. Może ona wskazywać na niezadowolenie ze swojego wyglądu, wynikające z rozbieżności między samooceną własnej sylwetki, a postrzeganym ideałem. Oprócz potencjalnych konsekwencji dla zdrowia, jakości życia nastolatków oraz ich prawidłowego funkcjonowania społecznego, nieadekwatna ocena wymiarów własnego ciała rzutować na wiarygodność danych na temat stanu odżywienia (wartość wskaźnika BMI), które opierają się na danych samoopisowych. W rezultacie powoduje to zafałszowany obraz częstości występowania nadwagi i otyłości w populacji nastolatków, w szczególności przy prezentacji wyników badań ograniczających się tylko do danych uzyskiwanych od samego respondenta.

Cel: Ocena rozbieżności między wskaźnikiem BMI (Body Mass Index) uzyskanym na podstawie danych samoopisowych (BMI_S) i obiektywnych pomiarów (BMI_O). Ocena różnic w tym zakresie między dwoma okresami pomiarów (listopad 2017 i wrzesień 2018). Poszukiwanie predyktorów rozbieżności.

Metody: Dane pochodzą z badań ankietowych profilaktyczno-interwencyjnego Zdrowa Ja prowadzonego w grupie 1193 uczennic II klas gimnazjów z losowo dobranych 48 szkół z całej Polski. Do celów niniejszych analiz z pełnej bazy uczestniczek wyselekcjonowano dziewczęta, które wzięły udział w badaniach ankietowych i pomiarach antropometrycznych w dwóch okresach trwania programu: listopad 2017 i wrzesień 2018. Średni wiek uczestniczek przy pierwszym pomiarze wynosił $14,3 \pm 0,40$.

W badaniach ankietowych dziewczęta były proszone o podanie wartości swojej masy ciała i wzrostu. Następnie, dziewczęta były mierzone i ważone przez pielęgniarkę szkolną (waga elektroniczna i stadiometr). Na podstawie uzyskanych danych (masa ciała, wzrost) obliczono wskaźnik masy ciała BMI, osobno BMI_S i BMI_O. Dziewczęta pytano również o stosunek do własnego ciała. W tym celu wykorzystano skalę BIS (Body Image Scale). Wyższe wyniki w skali BIS oznaczały poprawę obrazu własnego ciała. Różnice między wskaźnikiem BMI_S, a BMI_O, w dwóch okresach pomiarowych, porównano za pomocą testu t dla prób zależnych. Analizowano również, jak zmieniała się wartość wskaźnika BMI i rozbieżność między BMI_S i BMI_O po upływie 10 miesięcy od pierwszego badania. Poszukiwano także predyktorów rozbieżności między BMI obliczanym na podstawie dwóch typów danych. Zastosowano analizę regresji liniowej, w której zmienną zależną była rozbieżność między BMI_S, a BMI_O, a zmiennymi niezależnymi BMI_O ocena obrazu ciała.

Wyniki: Średnia wartość BMI_S dziewcząt w pierwszym badaniu wynosiła $20,3 \pm 3,3$, a BMI_O $21,0 \pm 3,5$. W drugim, odpowiednio BMI_S wynosił $20,6 \pm 3,2$, a BMI_O $21,4 \pm 3,5$. Na podstawie testu t dla prób zależnych stwierdzono, że zarówno w pierwszym, jak i drugim badaniu istnieje istotna różnica między BMI_S, a BMI_O ($p < 0,001$). Nie zanotowano istotnej statystycznie zmiany rozbieżności w zakresie BMI w okresie 10 miesięcy od pierwszego badania. Silniejszym predyktorem rozbieżności między BMI_S, a obiektywnych pomiarów okazał się wskaźnik BMI (im wyższy, tym większa rozbieżność), w dalszej kolejności ocena obrazu własnego ciała (im lepsza ocena tym mniejsza rozbieżność) (tab.33). W kolejnych badaniach wskazane predyktory wyjaśniają odpowiednio 10,1% i 16,0% zmienności rozbieżności BMI.

Wnioski: Zarówno w wieku 14, jaki 15 lat, występuje różnica między wartością BMI obliczaną na podstawie danych samoopisowych, a pomiarami obiektywnymi. Wartość BMI_S jest niższa niż BMI_O. Głównym czynnikiem zwiększającym rozbieżność między tymi wartościami jest wyższy BMI, a czynnikiem powodującym redukcję rozbieżności jest pozytywny obraz własnego ciała. Z wiekiem rozbieżność oraz jej predyktory nie zmieniają się, ale zwiększa się siła ich oddziaływania.

Tabela 32. Wartości wskaźnika BMI dziewcząt na podstawie danych samoopisowych i pomiarów antropometrycznych

Data badania	BMI_S		BMI_O		p
	Średnia	SD	Średnia	SD	
Badanie 1 (listopad 2017)	20,3	3,3	21,0	3,5	<0,001
Badanie 2 (wrzesień 2018)	20,6	3,2	21,4	3,5	<0,001

Tabela 33. Predyktory rozbieżności między BMI_S, a BMI_O w końcowych modelach regresji liniowej

Zmienne niezależne	B*	S.E.	β **	t	p
Badanie 1					
BMI_O	0,152	0,014	0,334	11,193	<0,001
Obraz ciała (BIS)	-0,025	0,008	-0,089	-2,965	<0,01
Badanie 2					
BMI_O	0,158	0,011	0,415	14,331	<0,001
Obraz ciała (BIS)	-0,025	0,007	-0,111	-3,832	<0,001

*Współczynnik niestandardyzowany B; **Współczynnik standaryzowany Beta

Streszczenie 2

Temat: Konkurencyjność tradycyjnych form spędzania czasu wolnego wobec tzw. *czasu ekranowego* wśród 15-letnich dziewcząt.

Autorzy: Magdalena Korzycka, Dorota Zawadzka, Dorota Kleszczewska, Anna Fijałkowska

Wstęp: Możliwość dysponowania czasem wolnym zależy od potrzeb i aspiracji młodzieży. Na wybór sposobu spędzania czasu wolnego mają wpływ m.in. zainteresowania, hobby, wiek, płeć, status ekonomiczny, oraz oddziaływania rodzinne i szkolne. Umiejętnie wykorzystany czas wolny, obok swojej selekcyjnej i specjalizacyjnej funkcji, spełnia istotną rolę stymulatora optymalnego i wszechstronnego rozwoju, a także może stanowić istotną część wychowania społecznego.

Cel pracy: Ocena tradycyjnych form spędzania wolnego czasu wśród 15-letnich dziewcząt i analiza zachowań poświęconych na tzw. *czas ekranowy* oraz ocena związku między tymi zachowaniami a innymi zajęciami podejmowanymi w czasie wolnym.

Material i metoda: Przedstawiono wyniki badania przeprowadzonego w Instytucie Matki i Dziecka w 2017 r. w grupie 1173 15-letnich dziewcząt, w ramach projektu interwencyjnego pn. Zdrowa Ja. Do zbadania różnic w liczbie godzin poświęconych na zajęcia sedentarne w zależności od zajęć podejmowanych w czasie wolnym, zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA), test t-Studenta oraz tzw. test post-hoc.

Wyniki: Biorąc pod uwagę zajęcia związane z uczestnictwem w kulturze, niespełna połowa badanych dziewcząt poświęcała czas co najmniej kilka razy w tygodniu na czytanie książek, a co czwarta na udział w zajęciach artystycznych (Tab. I). Chodzenie do kina lub do teatru oraz czytanie magazynów było formą spędzania czasu wolnego wybieraną znacznie rzadziej, ponad połowa dziewcząt decydowała się na te zajęcia najwyżej kilka razy w roku. W przypadku zajęć związanych z zainteresowaniami i kontaktami społecznymi, co druga badana uczennica poświęcała czas na spotkania z rówieśnikami w parku lub na boisku, a co piąta na zakupy w centrach handlowych (Tab. I). Najmniej popularne wśród nastolatek było kolekcjonerstwo (5%). W odniesieniu do czasu spędzanego przed ekranem/monitorem (*screen time*) w dni nauki szkolnej, ponad połowa badanych dziewcząt deklarowała używanie komputera i Internetu co najmniej trzy godziny dziennie w celu odrabiania lekcji lub wysyłania wiadomości tekstowych do znajomych, a co trzecia oglądanie filmów w telewizji lub na komputerze. W weekendy młodzież poświęca czas na *screen time* analogicznie do dni nauki szkolnej, choć przy

odmiennym udziale procentowym rozpatrywanych kategorii. Dziewczęta, które co najmniej kilka razy w tygodniu czytały książki (2,3 h; $p<0,001$) oraz kilka razy w miesiącu grały w karty i gry planszowe (2,3 h; $p=0,009$), istotnie mniej godzin spędzały przed ekranem telewizora, komputera lub tabletu. Czytanie książek kilka razy w miesiącu (0,8 h; $p=0,001$), a także robienie zakupów dla zabawy w centrach handlowych najwyżej kilka razy w roku (0,9 h; $p=0,006$) oraz udział w zajęciach artystycznych (0,9 h; $p=0,006$) wiązały się z najniższą średnią liczbą godzin poświęconych na gry komputerowe. Natomiast takie zajęcia w czasie wolnym jak: gry w karty i gry planszowe co najmniej kilka razy w tygodniu (3,2 h; $p<0,001$) oraz czytanie książek (3,3 h; $p<0,001$), spotkania z rówieśnikami w parku/na boisku (3,2 h; $p<0,001$), a także udział w zajęciach artystycznych (3,3 h; $p=0,002$) i robienie zakupów w centrach handlowych (3,1 h; $p<0,001$) związane były z najniższą średnią liczbą godzin spędzanych na korzystaniu z komputera i tabletu. Sprawdzone również, które aktywności podejmowane w czasie wolnym zmniejszają istotnie średnią liczbę godzin poświęconych dziennie na *screen time* przez 15-letnie dziewczęta.

Tabela 1. Czas poświęcany przez 15-letnie dziewczęta na tradycyjne zajęcia w czasie wolnym (% badanych)

Zajęcia	Co najmniej kilka razy w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	Najwyżej kilka razy w roku
Zajęcia związane z uczestnictwem w kulturze			
Czytanie książek (N=1171)	40,0	27,0	33,0
Udział w zajęciach artystycznych (N=1164)	26,0	26,0	48,0
Chodzenie do kina/teatru (N=1165)	3,0	41,0	56,0
Czytanie magazynów (N=1169)	14,0	29,0	57,0
Zajęcia związane zainteresowaniami i kontaktami społecznymi			
Gra w karty i gry planszowe (N=1166)	16,0	38,0	46,0
Spędzanie czasu z rówieśnikami w parku/na boisku (N=1166)	50,0	34,0	16,0
Zakupy w centrach handlowych (N=1162)	18,0	52,0	30,9
Kolekcjonerstwo (N=1167)	5,0	7,0	88,0
Gra na instrumencie (N=1171)	16,0	10,0	74,0

Wnioski: Częste spędzanie wolnego czasu z rówieśnikami poza domem (park, boisko), czytanie książek oraz rozwijanie swoich pasji i zainteresowań, istotnie zmniejszają liczbę godzin spędzanych przez nastoletnie dziewczęta przed ekranem telewizora, komputera/tableta/smartfona. Tradycyjne formy spędzania czasu wolnego są konkurencyjne dla tzw. *czasu ekranowego*.

Streszczenie 3

Temat: Czynniki behawioralne jako predyktory subiektywnej oceny zdrowia nastolatków

Autorzy: Maria Jodkowska, Anna Oblacińska, Hanna Nałęcz, Anna Dzielska, Anna Fijałkowska

Wstęp: Samoocena zdrowia jest szeroko stosowana w badaniach populacyjnych. Jest powszechnym miernikiem zdrowia, ściśle związanym z zachorowalnością, śmiertelnością, długowiecznością i ogólnym stanem zdrowia. Okres dojrzewania jest decydującym czasem dla kształtowania stanu zdrowia, ponieważ zachowania związane z ryzykiem zdrowotnym (zachowania nie sprzyjające zdrowiu, czy zachowania ryzykowne) są często inicjowane lub utrwalane w tym czasie. W badaniach ankietowych młodzieży często używany jest wskaźnik samooceny zdrowia (SRH – *self-rated health*). Choć młodzież dużo lepiej ocenia swe zdrowie niż osoby dorosłe, to sygnalizowanie problemów zdrowotnych w drugiej dekadzie życia prognozuje gorsze funkcjonowanie w późniejszych latach, większą podatność na choroby i gorszą jakość życia. Odpowiedzi młodzieży na pytania dotyczące samooceny zdrowia zdają się także dość dokładnie odzwierciedlać ich dobre samopoczucie, funkcjonalną zdolność, czy zachowania zdrowotne. Z większości badań wynika, że dziewczęta gorzej oceniają swoje zdrowie niż chłopcy w okresie dojrzewania. Różnica ta wzrasta z biegiem lat, pozostając nadal istotna w odniesieniu do młodych dorosłych. W Polsce, w badaniu z 2018 roku zaobserwowano, że co czwarta 15-letnia dziewczyna uznała swoje zdrowie za gorsze niż dobre. We współczesnych badaniach zachowań zdrowotnych zaleca się ich łączne rozpatrywanie, jako zespołów mających zasadnicze oddziaływanie na zdrowie. Przykładem tego typu badań jest podejście SNAPO (*Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical activity, Overweight*), w którym analizowane jest współwystępowanie zachowań sprzyjających zdrowiu i ryzykownych.

Cel: Celem opracowania jest analiza związku między wysoką samooceną zdrowia przez 15-letnie dziewczęta uczestniczki programu *ZDROWA JA*, a wybranymi zachowaniami zdrowotnymi.

Metoda: Badaniem objęto grupę 1173 uczennic II klasy gimnazjum w 48 klasach o zróżnicowanej lokalizacji w 16 województwach. Było to pierwsze z trzech badań ankietowych, przeprowadzone audytoryjnie na początku realizacji programu profilaktyczno-interwencyjnego, przed podjęciem kolejnych faz interwencji. Narzędziem badawczym była ankieta, uczestniczki odpowiadały na pytania dotyczące występowania u nich chorób przewlekłych lub niepełnosprawności, samooceny zdrowia oraz dotyczące sposobu żywienia, spędzania wolnego czasu, aktywności fizycznej i zachowań ryzykownymi dla zdrowia. W analizie statystycznej związek między samooceną zdrowia, a poszczególnymi wskaźnikami zachowań zdrowotnych zbadano za pomocą regresji logistycznej. Wyniki analizy jednoczynnikowej przedstawiono w postaci surowych ilorazów szans (OR) wraz z 95% przedziałami ufności (CI). Następnie do ostatecznego modelu regresji wieloczynnikowej włączono te zmienne, które w analizach jednoczynnikowych okazały się istotne statystycznie. W analizach, za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki: Dwie trzecie dziewcząt oceniło swoje zdrowie jako doskonałe i dobre (odpowiednio 6,6% oraz 59,9%). Krańcowej, negatywnej oceny dokonało jedynie około 5% respondentek.

Tabela 34. Wielowymiarowy model regresji logistycznej dla wysokiej samooceny zdrowia 15-letnich dziewcząt (kategoria referencyjna: *zdrowie doskonale i dobre*)

Zmienna objaśniająca	Kategoria referencyjna	B	Wald	p	OR	95% przedział ufności dla OR	
						Dolna granica	Górna granica
Występowanie choroby przewlekłej i lub niepełnosprawności	Tak	-,544	10,263	0,001	0,58	0,41	0,81
Spożywanie śniadań	Codziennie	,308	5,163	0,023	1,36	1,04	1,77
Spożywanie owoców	Co najmniej raz dziennie	,363	5,452	0,020	1,43	1,06	1,95
Spożywanie warzyw	Co najmniej raz dziennie	-,009	,003	0,954	0,99	0,73	1,33
Spożywanie posiłków z rodziną	Codziennie lub w większość dni tygodnia	,237	3,129	0,077	1,26	0,97	1,64
Aktywność fizyczna co najmniej 60 min dziennie	7 dni w tygodniu	,281	1,697	0,193	1,32	0,86	2,01
Uczestnictwo w lekcjach WF	We wszystkich lub prawie wszystkich	,411	7,979	0,005	1,50	1,13	2,00
Intensywna aktywność fizyczna	2-3 razy w tygodniu i częściej	,300	4,608	0,032	1,34	1,02	1,77
Oglądanie telewizji, filmów na DVD, komputerze	Około 2godz. dziennie lub krócej	,088	,358	0,549	1,09	0,81	1,45
Granie w gry komputerowe, na konsoli, tablecie itp.	Około 2godz. dziennie lub krócej	,279	1,751	0,186	1,32	0,87	1,99
Korzystanie z komputera, tabletu, smartfonu	Około 2godz. dziennie lub krócej	,143	,960	0,327	1,15	0,86	1,53
Picie alkoholu w całym życiu	Nigdy	,132	,760	0,383	1,14	0,84	1,53
Upijanie się w życiu	Nigdy	-,256	1,269	0,260	0,77	0,49	1,20
Stała		-1,204	11,744	0,001	,30		

W analizie wielowymiarowej dokonanej przy pomocy regresji logistycznej, skorygowanej na występowanie chorób przewlekłych lub niepełnosprawności stwierdzono, że po dodaniu kolejnych zmiennych do modelu regresji, w ostatecznym jej kształcie, jako istotne predyktory wysokiej samooceny zdrowia, pozostały cztery czynniki: regularny udział w lekcjach WF, intensywnie wykonywane ćwiczenia fizyczne (VPA=>2-3 razy w tyg.), codzienne spożywanie śniadań oraz spożywanie owoców co najmniej raz dziennie (tab. 34).

Wnioski: Regularne uczestnictwo w lekcjach WF, intensywna aktywność fizyczna oraz codzienne spożywanie śniadań i owoców co najmniej raz dziennie są silnymi predyktorami wysokiej samooceny zdrowia 15-letnich dziewcząt.

Streszczenie 4

Temat: Zmiany aktywności fizycznej uczestniczek programu *Zdrowa Ja* w zależności od subiektywnej oceny skuteczności interwencji

Autorzy: Joanna Mazur, Hanna Nałęcz, Anna Dzielska, Anna Oblacińska, Anna Fijałkowska

Wstęp: Oceniając w wymierny sposób skuteczność programów interwencyjnych skierowanych do nastolatków często trzeba liczyć się z oczekiwanym ze względów rozwojowych pogorszeniem wskaźników. W tym przypadku już brak pogorszenia, czy też zwolnienie jego tempa, może wskazywać na względną skuteczność interwencji. Z drugiej strony ważnym czynnikiem modyfikującym skuteczność jest sama jakość wdrażanej interwencji. W programach realizowanych w wielu ośrodkach, jakość interwencji zależy od lokalnych warunków, zaangażowania realizatorów oraz trzymania się założeń planowanej interwencji. Program może być też lepiej lub gorzej odbierany przez jego uczestników w zależności od indywidualnych celów i oczekiwań.

Cel: Celem opracowania jest porównanie zmian poziomu aktywności fizycznej uczestniczek programu *ZDROWA JA* w zależności od subiektywnej oceny skuteczności tego programu.

Metoda: Wyniki opracowano na podstawie danych uzyskanych od 1173 uczestniczek programu *Zdrowa Ja*, w wieku 14-15 lat. Były to uczennice 48 szkół z 16 województw w Polsce, realizujących trzy typy interwencji: pełną (n 629), minimalną (n 267) i tzw. Zerową (277). Badanie ankietowe przeprowadzono przed rozpoczęciem interwencji (listopad 2017)

oraz po jej zakończeniu (czerwiec 2018). Główną zmienną zależną była zmiana aktywności fizycznej w badanym okresie, obliczona na podstawie różnicy wskaźników MVPA. Dane dwóch pomiarów MVPA dostępne były dla 1120 dziewcząt. Uczestniczki programu oceniały w skali pięciopunktowej (od pogorszenia do wyraźnej poprawy), w jakim stopniu udział w programie *Zdrowa Ja* przyczynił się do ich zmiany wiedzy i umiejętności w różnych obszarach zachowań związanych ze zdrowiem, oceną samopoczucia i relacjami z otoczeniem. W analizie statystycznej zastosowano analizę wariancji oraz model regresji liniowej (zmienna zależna - przyrost MVPA).

Wyniki: Poziomy aktywności fizycznej dziewcząt przed i po interwencji silnie ze sobą korelują ($r=0,417$; $p<0,001$). W badanym okresie nie zaobserwowano istotnych zmian średniego wskaźnika MVPA ($3,94\pm 1,94$ wobec $3,87\pm 1,93$; $p=0,224$) – stwierdzono średni spadek o 0,07. Nie zaobserwowano też istotnych zmian we wszystkich trzech grupach interwencyjnych. Patrząc na wpływ programu na różne obszary funkcjonowania, stwierdzono że w trzech przypadkach wyraźnej poprawie towarzyszy też poprawa aktywności fizycznej na podstawie MVPA. Ponadto w dwóch przypadkach uzyskano korzystną tendencję. W innych obszarach nie zanotowano różnic istotnych statystycznie, jednak średnia lub wyraźna poprawa funkcjonowania często współwystępuje z poprawą średniego MVPA, a pogorszenie lub brak poprawy z obniżeniem średniego MVPA.

Tabela 35. Zmiany średniego wskaźnika MVPA w okresie realizacji programu *Zdrowa Ja* w zależności od oceny wpływu programu na wybrane obszary funkcjonowania nastolatek

Obszar funkcjonowania dziewcząt 15-letnich	Ocena wpływu programu					P
	pogor-szenie	brak poprawy	niewielka poprawa	średnia poprawa	wyraźna poprawa	
Chęć bycia coraz lepszą	-1,22±3,19	-0,13±2,14	-0,20±1,94	-0,09±1,97	0,19±2,19	0,010
Chęć uzyskiwania coraz lepszych wyników	-0,75±3,19	-0,20±2,12	-0,20±2,02	-0,04±1,93	0,16±2,24	0,141
Sprawność Fizyczna	-0,58±2,64	-0,32±2,11	-0,16±1,96	-0,00±2,12	0,21±2,08	0,034
Czas poświęcony na aktywność fizyczną	-1,14±3,07	-0,23±2,01	-0,02±2,14	-0,05±2,00	0,13±2,14	0,050
Zainteresowanie aktywnością fizyczną i sportem	-0,96±2,81	-0,12±2,00	-0,31±2,15	0,13±1,98	0,11±2,15	0,015

W wielowymiarowym modelu regresji liniowej skorygowanym na typ interwencji oraz początkowy poziom aktywności fizycznej, wykazano że jedynym predyktorem poprawy aktywności fizycznej jest pozytywna ocena programu w aspekcie poprawy sprawności fizycznej (beta stand. =0,125, p=0,002).

Wnioski: Mimo ogólnego wniosku o braku wpływu programu *Zdrowa Ja* na poziom aktywności fizycznej jego uczestniczek, można wyodrębnić grupy, w których taka poprawa nastąpiła. Są to dziewczęta, które uznały, że Program wzmocnił ich wybrane kompetencje osobiste, sprawność fizyczną i ogólne zaangażowanie w zajęcia sportowe (czas, zainteresowanie). Kluczowe znaczenie ma poprawa postrzeganej sprawności fizycznej.

2.6. Prezentacje na konferencjach naukowych

Wyniki programu były prezentowane na licznych konferencjach krajowych i międzynarodowych. Poniżej zamieszczono wykaz konferencji wraz z treścią abstraktów wygłaszanych wystąpień.

Konferencje międzynarodowe

Konferencja: Health Behaviour in School-aged children (HBSC) Spring meeting – Warsaw, Poland (21-23 June, 2018)

Tytuł: The link between HBSC and *Healthy Me* Intervention among teenage girls in Poland – wystąpienie ustne

Authors: Joanna Mazur¹, Anna Dzielska¹, Anna Oblacińska¹, Hanna Nałęcz¹, Wisława Ostręga¹, Dorota Kleszczewska² & Anna Fijałkowska¹

¹Institute of Mother and Child, Warsaw; ²Foundation of the Institute of Mother and Child, Warsaw

ABSTRACT

Background: The Institute of Mother and Child in Warsaw, is currently implementing the intervention program *Healthy Me* (HM) financed under the National Health Program 2016-2020. The target group are 14-year-old girls (N-1200) from 48 schools throughout the country. According to HBSC results, a significant deterioration in health behaviours is observed in girls during transition to high school, which indicates the need for early intervention.

Objective: To describe HM intervention in the context of its relation with HBSC.

Method/Results: In HM program the SNAPO approach (smoking, nutrition, alcohol, physical activity, overweight) was applied in addition to the strengthening of health-related personal assets. The innovative nature of the program is based on combining workshops at schools with the use of mobile application and telemonitoring of physical activity by fitness trackers (wristband).

The HM includes 12-month intervention in three groups. In the control group, only PA telemonitoring is planned. Partial intervention includes also short messages about healthy lifestyle in the mobile application. In the full intervention group, the series of workshops and gamification with individual and group challenges are included.

Conclusions: Apart from providing the epidemiological background, the link of HBSC with HM will enable the assessment of the representativeness of the participating group and will support the process of program evaluation. In the ‘before’ and ‘after’ survey, selected HBSC items are used. The results of the mainstream HBSC 2018 survey will serve as an additional control group. In return, some HBSC items will be validated thanks to HM objective measurement (BMI, MVPA).

Keywords: intervention program, physical activity, educational transition, adolescent girls

Konferencja: 28th Annual Congress of European Childhood Obesity Group (ECOG), Porto, November 14–17, 2018

Tytuł : Validity of self-reported weight and height among 15-year-old girls - preliminary results – wystąpienie ustne.

Publikacja abstraktu w czasopiśmie recenzowanym: Ann Nutr Metab 2018;73:310–322 DOI: 10.1159/000494676):

Authors:

Anna Fijałkowska¹, Anna Dzielska¹, Anna Oblacińska¹, Joanna Mazur¹, Wisława Ostreęga¹, Maria Jodkowska¹, Magdalena Stalmach¹, Dorota Kleszczewska²

¹Institute of Mother and Child, Warsaw; ²Foundation of the Institute of Mother and Child, Warsaw

ABSTRACT

Aim: To assess validity of self-reported weight and height as well as accuracy of underweight, normal weight and overweight or obesity prevalence among adolescent girls using objective and self-reported data.

Methods: Data derived from the intervention 'Healthy Me' program currently being conducted among adolescent girls (N=1173) from randomly selected 48 schools throughout the Poland. For the purpose of this analysis, a subsample of 857 girls at mean age 14.4 ± 0.4 with both self-reported and objective measured data collected was selected from the whole sample of participants. The participants provided data of self-reported weight and height. After completing questionnaires participants were measured by school nurses using scales with stadiometers. IOTF cut-off points were used to classify BMI values. Differences between self-reported and objective values of key variables were calculated using paired *t*-test. McNemar test was applied to compare the prevalence of BMI classifications when using self-reported or measured BMI.

Results: On average, girls tended to underestimate their weight (kg) when self-reported compared with measured values ($p < 0,001$), respectively 54.9 ± 10.9 and 56.4 ± 10.6 . Significant but small difference was also noted in the case of height (cm) ($p < 0,001$), respectively $163.7 \pm 6,27$ and 163.3 ± 5.98 . Resulting on this, BMI from self-reported data were underestimated in comparison with objectively measured BMI ($p < 0,001$), respectively 20.4 ± 3.5 and 21.1 ± 3.6 . The prevalence of underweight, normal and excess body weight was significantly different based on self-reported and objectively measured BMI, respectively 12.9% vs. 8.6%, 68.7% vs. 69.8%, 15.7% vs. 20%. A significant difference between subjective and objective classification into BMI categories was confirmed by McNemar test, $p < 0,001$.

Conclusions: There is a significant difference between self-reported and measured weight and height among adolescent girls. It reflected in biases between BMI values and influenced the classification of girls in the BMI categories. Further analyzes should take into account factors that influence the bias.

Tytuł: Healthy Me intervention program for improve adolescent girls health behaviours – wystąpienie plakatowe.

Authors: Anna Dzielska¹, Joanna Mazur¹, Anna Oblacińska¹, Wisława Ostreǵa¹, Dorota Kleszczewska², Anna Fijałkowska¹,

¹Institute of Mother and Child, Warsaw; ²Foundation of the Institute of Mother and Child, Warsaw

ABSTRACT

Aim: To present assumptions of the *Healthy Me* (HM) program. To show level of health indicators in reference to the SNAPO approach (smoking, nutrition, alcohol, physical activity, obesity) among program participants.

Method: Participants are girls at mean age 14.4±0,4 (N=1173) from randomly selcted 48 schools in Poland. The age group was chosen basis on the Polish Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study results that indicates significant deterioration in health behaviors in girls during transition to high school. The HM was applied to the strengthening of health-related personal assets combining health education with the use of mobile App and telemonitoring of physical activity (PA) by fitness trackers. The HM includes 6-month intervention in three groups: control group, only PA telemonitoring with a feedback for girls; partial intervention group: in addition, short messages about healthy lifestyle in the mobile App in addition; full intervention group: in addition, the series of workshops and gamification with individual and group challenges. IOTF cut-off points were used for BMI classifications (overweight and obesity).

Results: Over 20% participants tried to smoke traditional cigarettes and 24,9% have tried e-cigarettes at least one in their life. During the last 30 days before survey 8,9% and 9,8% respectively. Over 1/3 girls have ever drank alcohol and 10,8% have ever been drank in their life. During the last 30 days before survey 24,9% and 3,3% respectively. Only 13% of girls have met WHO recommendations regarding moderate-to-vigorous physical activity (MVPA). Daily fruit consumption was observed in 33,5% and daily vegetables consumption in 35,8% girls. Overweight was observed in 12,2% and obesity in 2,7% of surveyed girls.

Conclusions: As a result of the HM program, the improvement of girls' health behaviors is expected. The results will be known and presented after completing last stage of interventions at the end of 2018.

Prezentacje na konferencjach krajowych

Konferencja: X Konferencja Sekcji Prewencji i Epidemiologii PTK *Kardiologia Prewencyjna 2017 – wytyczne, wątpliwości, gorące tematy*, Kraków, 17-18 listopada 2017

Tytuł: Aktywność fizyczna i witalność a zdrowie subiektywne polskich 15-latków w kontekście masy ciała – wystąpienie plakatowe

Autorzy: Magdalena Stalmach, Dorota Zawadzka, Joanna Mazur, Anna Oblacińska, Anna Fijałkowska

STRESZCZENIE

Wstęp: W okresie dojrzewania kształtują się zarówno zachowania służące zdrowiu, w tym duża aktywność fizyczna, jak i zachowania niekorzystne, mogące sprzyjać powstawaniu nadwagi i otyłości. Typowym problemem zdrowotnym w okresie dojrzewania jest również znaczne nasilenie dolegliwości subiektywnych.

Cel: Analiza poziomu aktywności fizycznej i subiektywnej witalności młodzieży w wieku 15 lat oraz ocena zależności między aktywnością fizyczną i witalnością a zdrowiem subiektywnym.

Material i metody: Ogólnopolskie badanie ankietowe zostało przeprowadzone w 2013 roku na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki. Analizy objęły grupę 601 uczniów w wieku 15 lat, 47% chłopców. Zastosowano standardowy międzynarodowy kwestionariusz zawierający pytania dotyczące aktywności fizycznej - wskaźnik MVPA (*moderate-to-vigorous physical activity*), zdrowia subiektywnego, dolegliwości fizycznych i psychicznych oraz skalę witalności według koncepcji Ryana i Frederic. Analizy statystyczne obejmowały test chi-kwadrat, t-Studenta dla prób niezależnych oraz wielowymiarowe modele regresji logistycznej.

Wyniki: W badanej grupie kryterium MVPA=7 dni spełniło 16,8% gimnazjalistów. Wartość wskaźnika MVPA była istotnie wyższa u chłopców niż u dziewcząt. Chłopcy w porównaniu z dziewczętami istotnie częściej cechowali się również wysoką witalnością (odpowiednio 31% vs. 18,0%; $p=0,002$). Wysoka witalność u chłopców istotnie wiązała się z wartością wskaźnika MVPA ($p=0,001$). Stwierdzono istotny statystycznie związek między poziomem aktywności fizycznej a dolegliwościami fizycznymi u dziewcząt ($p=0,023$) oraz między poziomem witalności a analizowanymi zmiennymi dotyczącymi zdrowia: dolegliwościami psychicznymi i fizycznymi oraz zdrowiem subiektywnym w całej badanej grupie 15-latków. Chłopcy z prawidłową masą ciała istotnie częściej niż ich rówieśnicy z nadwagą lub otyłością pozytywnie oceniali swoje zdrowie i wykazywali się wyższym poziomem witalności.

Wnioski: Wyższy poziom aktywności fizycznej i witalności, rozumianej jako wewnętrzna energia życiowa ma związek z wyższą oceną zdrowia subiektywnego badanych 15 – latków.

Konferencja: Międzynarodowa Konferencja nt.: Profilaktyka i wsparcie społeczne w środowisku lokalnym, Kraków, 15 listopada 2017

Tytuł: Wsparcie rówieśnicze i komunikacja z rówieśnikami oraz aktywność fizyczna a zadowolenie z życia i zdrowie subiektywne polskich 15-latków – wystąpienie plakatowe

Autorzy: Dorota Zawadzka, Magdalena Stalmach, Joanna Mazur, Anna Oblacińska, Anna Fijałkowska

Streszczenie

Wstęp: Dzieci i młodzież chętnie przyjmują wsparcie od swoich rówieśników. Wsparcie rówieśnicze zapobiega poczuciu osamotnienia i pozwala na identyfikację z grupą rówieśniczą. Młodzi ludzie częściej mówią szczerze, co czują lub myślą swoim rówieśnikom, niż dorosłej osobie, której oceny mogą się obawiać. Silniej też utożsamiają się z osobami w swoim wieku, a informacje uzyskiwane od rówieśników mogą się im wydawać bardziej wiarygodne. Szybki rozwój mediów elektronicznych sprzyja komunikacji oraz poszukiwaniu wsparcia rówieśniczego młodzieży szkolnej.

Cel: Analiza poziomu wsparcia otrzymywanego od rówieśników oraz komunikacji elektronicznej z rówieśnikami u 15-latków oraz ocena zależności między wsparciem i komunikacją rówieśniczą a zadowoleniem z życia i zdrowiem subiektywnym.

Materiał i metody: Ogólnopolskie badanie ankietowe przeprowadzono w roku 2013r. na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki. Analizy objęły 601 uczniów w wieku 15 lat. Zastosowano skalę dotyczącą wsparcia otrzymywanego ze strony rówieśników, zawierającą 4 stwierdzenia oraz skalę odnoszącą się do komunikacji elektronicznej z rówieśnikami, na którą składa się 5 pytań, a także standardowy międzynarodowy kwestionariusz zawierający pytania dotyczące aktywności fizycznej - wskaźnik MVPA (*moderate-to-vigorous physical activity*). Uwzględniono także pytanie dotyczące ogólnego zadowolenia z życia, będące adaptacją tzw. skali Cantrilla oraz pytanie dotyczące zdrowia subiektywnego. Analizy statystyczne obejmowały test chi-kwadrat oraz wielowymiarowe modele regresji logistycznej.

Wyniki: Stwierdzono istotne różnice w częstości silnego wsparcia otrzymywanego od rówieśników, częstości komunikacji elektronicznej oraz poziomu zadowolenia z życia i samooceny zdrowia w zależności od płci 15-latków. W badanej grupie silne wsparcie ze strony rówieśników oraz częstą komunikację elektroniczną deklarowała 1/3 badanych gimnazjalistek oraz 1/5 gimnazjalistów. W grupie dziewcząt stwierdzono istotny związek między poziomem wsparcia rówieśniczego a zadowoleniem z życia i zdrowiem subiektywnym. 15-latki, które deklarowały otrzymywanie silnego wsparcia od rówieśników, istotnie częściej niż pozostałe dziewczęta były zadowolone ze swojego życia ($p=0,006$) oraz pozytywnie oceniały swoje zdrowie ($p=0,022$).

Wnioski: Zadowolenie z życia młodzieży ma związek z komunikacją oraz wsparciem rówieśniczym. Mimo to wsparcie rówieśnicze i dobra komunikacja przez media elektroniczne nie chronią dziewcząt przed negatywną oceną swojego zdrowia. Może to wiązać się z większą labilnością emocjonalną dziewcząt niż chłopców w okresie dorastania oraz częściej występującym obniżeniem nastroju, co prowadzi do sytuacji poszukiwania wsparcia rówieśniczego. Z uwagi na powyższe wyniki zauważono konieczność podjęcia programu interwencyjnego skierowanego do dorastających dziewcząt. Nowoczesne metody komunikacji powinny być wykorzystywane przy planowaniu działań interwencyjnych skierowanych do tej grupy.

Konferencja: V Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Instytutu Matki i Dziecka, OTYŁOŚĆ U DZIECI I MŁODZIEŻY 2018 - problem nadal aktualny. PGE Narodowy, Warszawa, 19.10.2018 r. – wystąpienie ustne

Tytuł: Postrzeganie wyglądu i masy ciała przez dziewczęta 15-letnie w odniesieniu do obiektywnych pomiarów w programie *Zdrowa Ja.* -

Autorzy: prof. dr hab. n. med. Anna Oblacińska, Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa – wystąpienie ustne, bez streszczenia

VI. RAPORT Z EWALUACJI PROJEKTU – *Joanna Mazur, Anna Oblacińska, Anna Dzielska, Hanna Nałęcz*

1. ZAŁOŻENIA EWALUACJI PROJEKTU

Projekt *Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15 letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu* został poddany pełnej ewaluacji. Zastosowano dwa główne jej rodzaje – monitorowaniu poddany został zarówno cały **proces** przebiegu realizacji projektu jak też jego **wyniki**. Prowadzono ewaluację wewnętrzną, której realizatorami byli wykonawcy projektu.

1. Realizatorzy ewaluacji projektu

Zgodnie z założeniami przeprowadzono wewnętrzną ewaluację projektu, zrealizowaną przez osoby zaangażowane w tworzenie i wdrażanie projektu.

2. Przedmiot ewaluacji projektu

Ewaluacji została poddana sama procedura prowadzenia projektu oraz jego przebieg, jak również efekty wdrażania zastosowanego programu interwencyjno-profilaktycznego *ZDROWA JA*.

3. Cel ewaluacji projektu

Głównym celem ewaluacji projektu było sformułowanie wniosków i rekomendacji służących udoskonaleniu schematu podejmowania decyzji w podobnych projektach, zawierających element programu interwencyjno-profilaktycznego. Cele szczegółowe odnoszą się bezpośrednio do celów projektu.

3.1. Operacjonalizacja celów projektu

Dla projektu *Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt z wykorzystaniem techniki telemonitoringu*, przyjęto następującą taksonomię celów:

Cel 1: Opracowanie założeń i narzędzi do realizacji programu interwencyjno-profilaktycznego ukierunkowanego na poprawę zachowań związanych ze zdrowiem (w tym urządzeń pomiarowych oraz aplikacji mobilnej).

Cele operacyjne:

1. Opracowanie metodologii programu interwencyjno-profilaktycznego *Zdrowa Ja*.
2. Opracowanie materiałów szkoleniowych dla nauczycieli z obszarów: jesień 2017 - aktywność fizyczna, zima 2017 – kompetencje społeczne, wiosna 2018 - zdrowe odżywianie, lato 2018 - zachowania ryzykowne.
3. Przeprowadzenie serii szkoleń dla pracowników szkoły w 4 blokach: coaching zdrowia, zdrowe odżywianie, kompetencje społeczne, zachowania ryzykowne młodzieży.
4. Opracowanie materiałów promujących program na terenie szkoły (plakaty).
5. Opracowanie materiałów informacyjnych dla uczniów i rodziców na strony internetowe szkół.
6. Przeprowadzenie konkursu na asystenta w aplikacji mobilnej.
7. Opracowanie materiałów na platformę webową i do włączenia w aplikacji mobilnej (*Gra o zdrowie*: wyzwania/zadania dla przyjaciół, wyzwania dla rodziny, działania / wypowiedzi motywujące od asystenta).

Cel 2: Wybór techniki telemonitoringu do oddziaływania na zachowania zdrowotne.

1. Analiza piśmiennictwa naukowego z obszaru monitorowania zachowań zdrowotnych dziewcząt nastoletnich w celu identyfikacji technik przynoszących pozytywne efekty w populacji nastoletnich dziewcząt.
2. Analiza rynku m-medicine/m-health/e-health/e-medicine.
3. Wybór wykonawcy w ramach przetargu.
4. Szczegółowe określenie wymagań techniczno-merytorycznych na podstawie analizy piśmiennictwa oraz analizy rynku m-medicine/ m-health/ e-health/e-medicine.

Cel 3: Opracowanie kryteriów skuteczności programu.

1. Prowadzenie wielopoziomowej, ciągłej ewaluacji programu interwencyjno-profilaktycznego *Zdrowa Ja*, wdrażanego w szkołach w ramach projektu.
2. Określenie i przygotowanie narzędzi ewaluacji programu *Zdrowa Ja*.
3. Analiza wyników ewaluacji programu *Zdrowa Ja*.

4. Sposób realizacji ewaluacji projektu

Ewaluacja projektu obejmowała działania i procedury prowadzone i wdrażane przed rozpoczęciem projektu oraz przez cały okres trwania projektu, tj., od 1 czerwca 2017 do grudnia 2018. W tym okresie, zgodnie z rekomendacjami ⁴⁴, badanie ewaluacyjne przeprowadzono w trzech etapach:

- **Etap pierwszy ewaluacja ex-ante**

Faza przygotowawcza, oszacowanie ryzyka w projekcie oraz diagnoza środowiskowa prowadzona „na wejściu” przed rozpoczęciem interwencji. W pierwszej fazie ewaluacji dokonano wstępnej oceny, która pozwoliła na oszacowanie, czy i w jakim stopniu zaplanowane do realizacji działania zakończą się powodzeniem i spełnią założone cele. Ten etap ewaluacji rozpoczął się już podczas opracowywania założeń projektu i planowania konkretnych aktywności (np. diagnozy problemu i środowiska, w którym miał być realizowany projekt, przygotowania terenu badań, planowania szkoleń dla wykonawców i uczestników programu, będących częścią działań projektowych itd.).

- **Etap drugi ewaluacja on-going**

Ciągłe monitorowanie przebiegu projektu oraz realizacji i percepcji treści programu interwencyjno-profilaktycznego w trakcie trwania projektu. Ewaluacja dokonywana w trakcie trwania projektu (bieżąca) pozwoliła stwierdzić, czy działania realizowano zgodnie z przyjętymi założeniami oraz czy przyniosły one zakładane efekty. Rezultaty bieżącej ewaluacji często pozwalają w przyszłości uniknąć problemów dzięki wprowadzeniu stosownych korekt już na etapie przygotowanych założeń, harmonogramu lub podczas planowania kwestii organizacyjnych.

- **Etap trzeci ewaluacja ex-post**

Analiza „na wyjściu” efektów bezpośrednich i odroczonego projektu. Ocena projektu, po jego zakończeniu, pozwoliła określić jakość realizacji projektu i jej zgodność z założeniami wniosku, jak również dokonać merytorycznej oceny wypracowanych efektów, a także zbadać poziom i zasięg oddziaływania projektu. W ramach tego etapu przeprowadzona została również ewaluacja w efekcie odroczonego, której celem była ocena oddziaływania projektu, po

⁴⁴ http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/ex_ante_guide_2001_en.pdf

upłygnięciu określonego czasu od jego zakończenia. Ta forma ewaluacji pozwoliła na określenie efektu odroczonego i wartości dodanej projektu.

Opierano się na następujących kryteriach:

1. **Trafność** – starano się odpowiedzieć na pytanie, czy cele projektu są zbieżne z aktualnymi potrzebami oraz czy projekt charakteryzuje się spójną i logiczną strukturą.
2. **Użyteczność** – poszukiwano odpowiedzi na pytanie, czy projekt spełnił oczekiwania grupy docelowej oraz czy rezultaty projektu są korzystne dla różnych grup odbiorców.
3. **Skuteczność** – sprawdzono, czy rezultaty projektu są zgodne z postawionymi celami, które z podejmowanych działań przyczyniły się do osiągnięcia celów.
4. **Efektywność** – oceniano, w jaki sposób posiadane w projekcie zasoby zostały przełożone na konkretne efekty i rezultaty.
5. **Spójność** – oceniano, zgodność dokumentacji projektowej z celami projektu.
6. **Trwałość** – starano się określić trwałość i długookresowość efektów projektu.
7. **Oddziaływanie** – badano czy i w jaki sposób rezultaty projektu zostały rozpowszechnione.

W zależności od etapu ewaluacji zmieniała się liczba i zakres ocenianych kryteriów. We wstępnych założeniach ewaluacji projektu określono zakres kryteriów ewaluacji w jej poszczególnych fazach (Tab. 11).

W raporcie końcowym, zawarto wyniki analizy w odniesieniu do kryteriów: trafności i użyteczności, skuteczności (rozszerzona analiza) i trwałości. Ponadto, opisując kolejne kryteria uwzględniano obserwacje i wyniki uzyskane na etapach on-gin i ex-post. Ewaluacja projektu w fazie ex-ante została przeprowadzona na początkowym etapie projektu i polegała na określeniu celów projektu, oczekiwanych efektów, utworzeniu dokumentacji i założeń zgodnych z przyjętymi celami oraz analizie ryzyka w projekcie. Jej opis znajduje się w założeniach ewaluacji projektu (Raport końcowy, Część I, Realizacja projektu w 2018 roku). Natomiast opis realizacji projektu i jego oczekiwanych efektów, związanych z realizacją kolejnych działań i zgodnością z harmonogramem projektu, w stosunku przyjętych założeń zawarto w rozdziale p.t.: *Realizacja projektu w kontekście przyjętych założeń* (od str. 104).

Tabela 36. Zakres kryteriów w poszczególnych fazach ewaluacji wg wstępnych założeń ewaluacji*

Kryterium ewaluacji	Faza			Weryfikacja
	ex-ante	on-going	ex-post	
Trafność	Tak	Tak	Tak	cele vs. potrzeby
Skuteczność	Tak	Tak	Tak	nakłady vs. efekty
Efektywność	Tak	Tak	Tak	plan vs. wykonanie
Spójność	Tak	Nie	Nie	dokumentacja vs. cele
Użyteczność	Nie	Tak	Tak	efekty vs. potrzeby
Trwałość	Nie	Tak	Tak	wpływ na cel ogólny projektu

*(opracowanie własne na podstawie Ewaluacja programów finansowanych ze środków Unii Europejskiej. WWPE, Warszawa 2006)

5. Metody i techniki badawcze

Badanie ewaluacyjne prowadzono według klasycznej strategii (ryc. 26), tak aby ograniczyć ryzyko błędów pomiaru, podnosząc tym samym jakość badania. W badaniu zastosowano triangulację, czyli zwielokrotnienie i różnorodność metod, technik i narzędzi badawczych.



Rycina. 26. Schemat ogólnej strategii ewaluacyjnej. Źródło: <https://www.librus.pl/doradca-dyrektora/informacje-prawne/organizacja-pracy-szkoly/metody-i-narzedzia-ewaluacyjnej/>

W celu przeprowadzenia ewaluacji projektu zastosowano metody i techniki badawcze, które służyły pomiarowi efektów oraz wyjaśnianiu mechanizmów wdrażania i oceny skuteczności programu interwencyjno-profilaktycznego. Przeprowadzono analizę danych zastanych, badania jakościowe i ilościowe. Zastosowane metody i techniki badawcze umożliwiły uwzględnienie w ewaluacji projektu, zarówno wskaźników obiektywnych (na podstawie wskaźników zdrowia i zachowań zdrowotnych oraz danych z monitoringu aktywności fizycznej), jak i subiektywnej oceny projektu przez jego uczestniczki.

5.1. Analiza danych zastanych

Analizowano następujące dokumenty zgromadzone w trakcie realizacji projektu:

1. Umowa z Ministerstwem Zdrowia dotycząca realizacji projektu.
2. Dokumentacja przetargowa dotycząca wyłonienia dostawcy telemonitoringu.
3. Harmonogram projektu.
4. Założenia metodologiczne projektu.
5. Karty ewaluacyjne szkoleń i formularze obserwacji szkoleń.
6. Raport z badania pilotażowego (testowanie systemu).
7. Raporty z telemonitoringu aktywności fizycznej (liczba kroków i wartości tętna).
8. Raport z użytkowania Aplikacji (liczba zdobytych punktów i podejmowanych wyzwań w Grze o Zdrowie, liczba odczytanych powiadomień i innych treści dostępnych w aplikacji).
9. Raporty dotyczące awarii sprzętu (liczba awarii, liczba wymienionych opasek do monitorowania aktywności fizycznej).
10. Raport z aktywności dziewcząt w kolejnych fazach projektu (udział w monitorowaniu aktywności fizycznej).

5.2. Badania jakościowe

Zastosowano metodę zogniskowanego wywiadu grupowego. Narzędziem badawczym były dyspozycje do wywiadu, jednakowe w obydwu etapach badania (zob. ANEKS). Zakres obszarów poruszanych podczas wywiadów uzależniony był od rodzaju grupy interwencyjnej i obejmował: ocenę wiedzy uczestniczek programu na temat aktywności fizycznej, ocenę telemonitoringu oraz skuteczności założeń i działań podejmowanych w ramach programu.

Badanie prowadzono dwukrotnie z uczestniczkami programu *Zdrowa Ja*: w początkowej fazie realizacji projektu (XII 2017) oraz tuż po jego zakończeniu (VI 2018). Wyniki analiz badań jakościowych umożliwiły ewaluację projektu po jego rozpoczęciu, ale przed wdrożeniem działań interwencyjnych i po ich zakończeniu. Stanowiły część oceny trafności i użyteczności, skuteczności oraz trwałości programu.

W badaniach jakościowych wzięło udział 48 szkół, w każdej szkole od 6 do 8 dziewcząt. Realizatorami bezpośrednimi byli koordynatorzy szkolni (pielęgniarki) współpracujący w ramach projektu. Sprawozdania z wywiadów były dostarczane do Instytutu Matki i Dziecka zaraz po przeprowadzeniu badań. Dane z wywiadów poddano procedurze kodowania aby wyłonić główne obszary i problemy wyróżnione przez uczestniczki programu. W opisie wyników posłużono się wspomnianymi kategoriami oraz pogłębiono opis przywołując konkretne odpowiedzi uczestniczek.

5.3. Badania ilościowe

W ewaluacji projektu wykorzystano trzy rodzaje badań ankietowych, na które składały się badania dziewcząt uczestniczących w programie *Zdrowa Ja* (trzy grupy o zróżnicowanym poziomie interwencji), i dwa badania, które stanowiły zewnętrzną grupę kontrolną (niezbędny element pełnej oceny skuteczności) – badania o rok starszych uczennic z tych samych szkół, w których prowadzono projekt *Zdrowa Ja* oraz ogólnopolskie badania ankietowe HBSC 2018. Terminy badań poszczególnych grup przedstawiono na poniższym schemacie (ryc.27.)

	rok szkolny 2017/18											2018/19	
	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Uczestniczki programu ZJ z klas II w momencie startowym													
Grupa kontrolna III klasa ze szkół ZJ													
Ogólnopolska grupa kontrolna z badań HBSC (dziewczęta III klasa gimnazjum)													

Rycina 27. Terminy badań ankietowych w programie *Zdrowa Ja* oraz zewnętrznych grup kontrolnych.

Badania wśród uczestniczek programu Zdrowa Ja.

Założenia badań, techniki i narzędzia badawcze

Badania prowadzone były trzykrotnie w okresie realizacji projektu i po jego zakończeniu: listopad 2017, czerwiec 2018, wrzesień 2018. Zastosowano technikę ankiety audytoryjnej. Narzędziem były kwestionariusze ankiet (zob. ANEKS). W każdym badaniu zastosowano pulę pytań wspólnych, które stanowiły podstawę do oceny skuteczności wprowadzonego programu profilaktyczno-interwencyjnego, tj. w zakresie głównych wskaźników związanych ze zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi nastolatek. W zależności od fazy badania ankiety zawierały także pytania dodatkowe służące ocenie innych kryteriów ewaluacyjnych:

- pytania otwarte – dobre i słabe strony projektu w opinii jego uczestniczek,
- pytania zamknięte – ogólna ocena satysfakcji, ocena wybranych elementów, które mogły ulec poprawie w wyniku udziału w projekcie (np. aktywność fizyczna, orientacja na cel, poczucie własnej wartości, relacje z innymi).

Badane osoby

W badaniach ankietowych brały udział wszystkie uczestniczki programu, które w dniu badania były obecne w szkole i wyraziły zgodę na udział w ankietyzacji. W momencie rozpoczęcia projektu badane dziewczęta były uczennicami II klas szkół gimnazjalnych. W tab. 37 przedstawiono rozkład badanej próby w trzech etapach badań i w podziale na typ interwencji.

Tabela 37. Liczba dziewcząt uczestniczących w badaniach ankietowych w ramach programu *Zdrowa Ja*

Termin badania	Ogółem (N)	Grupa 1 (N)	Grupa 2 (N)	Grupa 3 (N)
Listopad 2017	1173	632	266	275
Czerwiec 2018	1153	623	261	269
Wrzesień 2018	1157	632	256	269

Badania ankietowe klas III w szkołach biorących udział w programie Zdrowa Ja

Badania prowadzono metodą ankiety audytoryjnej. Kwestionariusz ankiety zawierał pytanie kluczowe dla porównania wskaźników zdrowia i zachowań zdrowotnych z wynikami dziewcząt uczestniczących w programie *Zdrowa Ja*. W klasach III w badaniach wzięło udział 657 uczennic.

Badania ankietowe HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)

Badania ankietowe HBSC prowadzone były niezależnie od badań programu *Zdrowa Ja*. Była to ósma runda międzynarodowych badań realizowanych w tym samym czasie w ponad 40 krajach Europy i Ameryki Północnej. Analizując skuteczność programu *Zdrowa Ja* wykorzystano dane dotyczące ogólnopolskiej próby 1049 dziewcząt z III klas gimnazjów. Podobnie, jak w przypadku badań uczennic klas III, badania prowadzono metodą ankiety audytoryjnej. Kwestionariusz ankiety zawierał pytanie kluczowe dla porównania wskaźników zdrowia i zachowań zdrowotnych z wynikami dziewcząt uczestniczących w programie.

6. WYNIKI EWALUACJI PROJEKTU ZDROWA JA

Poniżej przedstawiono wyniki ewaluacji projektu, odwołując się do wybranych kryteriów ewaluacyjnych. Opis wyników uwzględnia ocenę działań i zdarzeń obejmujących prowadzenie ewaluacji w fazie on-going oraz ex-post oraz wnioski i rekomendacje wpływające z przeprowadzonych analiz. Dokonując analizy według wskazanych kryteriów wykorzystywano wyniki opisanych wcześniej badań jakościowych i ilościowych, jak również analizę dostępnych dokumentów.

W odniesieniu do każdego kryterium postawiono odpowiednie pytania ewaluacyjne. Podstawą do sformułowania pytań były założenia ewaluacji projektu, w których zawarto wstępną wersję pytań w kontekście kolejnych faz i odpowiadających im kryteriów ewaluacyjnych. W toku realizacji projektu zdecydowano o modyfikacji ocenianych kryteriów (w niektórych przypadkach brak użyteczności takiej oceny), a co za tym idzie zrezygnowano z odpowiedzi na niektóre pytania. Ostateczny wykaz pytań ewaluacyjnych zamieszono na początku każdego podrozdziału.

W związku z głównym celem ewaluacji, którym było sformułowanie wniosków i rekomendacji służących udoskonaleniu schematu podejmowania decyzji w podobnych

projektach, zawierających element programu interwencyjno-profilaktycznego, szczególną uwagę poświęcono analizie skuteczności programu.

6.1. Ocena trafności i użyteczności

Pytania ewaluacyjne:

- W jakim stopniu zostały zrealizowane przyjęte procedury i założenia?
- W jakim stopniu przyjęte strategie i cele były adekwatne do potrzeb uczestniczek projektu i były dla nich satysfakcjonujące?
- Na ile osiągnięte w toku realizacji projektu efekty odpowiadały rzeczywistym potrzebom i były satysfakcjonujące dla jego uczestników?
- Czy w toku realizacji projektu zostały osiągnięte nieprzewidziane efekty (pozytywne i negatywne) i jaka jest ich ocena?

Dane dotyczące ogólnej oceny programu i systemu telemonitoringu, satysfakcji z wybranych elementów programu i adekwatności przyjętych celów i strategii do potrzeb użytkowniczek programu *Zdrowa Ja* uzyskano z badań ankietowych (czerwiec 2018) oraz wywiadów pogłębionych (grudzień 2017 i czerwiec 2018). Poniżej przybliżono jak zostały przyjęte przez użytkowniczki procedury i założenia projektu *Zdrowa Ja*. Jakie oczekiwania dziewczęta wiązały z udziałem w projekcie i w jakim stopniu udało się te oczekiwania spełnić. Ponadto, przanalizowano, które z proponowanych założeń, w opinii uczestniczek stanowiły największą wartość programu, a które wymagają zmiany lub nie powinny być realizowane. Zastosowane metody pomogły również na prześledzenie zmieniających się potrzeb i opinii w ciągu całego okresu trwania programu. W podrozdziale dotyczącym oceny trwałości projektu analizowano także, które efekty, i u których dziewcząt nadal się utrzymują.

6.1.1. Ocena założeń projektu *Zdrowa Ja* w opinii 15-latek przed rozpoczęciem działań interwencyjnych

Ocena telemonitoringu

W tej części wywiadu ocenie poddawano obsługę sprzętu (opaski), odczyt zapisu z urządzenia pomiarowego, aplikację mobilną, stronę internetową, *Grę o zdrowie* i współpracę z wirtualnym asystentem (tylko grupa I).

Ogólne opinie dotyczące urządzenia pomiarowego

Najczęściej występującym problemem zgłaszanym przez uczestniczki były problemy z synchronizacją, które uniemożliwiały przesłanie danych z opaski do aplikacji. Do najczęściej wymienianych należał długi czas synchronizacji, czasem zakończony niepowodzeniem. Kolejnym często występującym problemem było ładowanie opaski. Zbyt krótki kabel utrudniał ładowanie. Zdarzały się też awarie ładowarek. Opaskę należało bardzo często ładować, sporadycznie nawet codziennie.

Uczennice miały także czasem problem z zalogowaniem się do aplikacji. Uważały, że powinna być możliwość zapamiętania danych logowania bez konieczności podawania ich za każdym razem. Kod QR, który miał im umożliwić łatwiejsze logowanie nie spotkał się z dobrą oceną. Dziewczeta prawie w ogóle z niego nie korzystały. Innym problemem był niewłaściwy zapis danych z telemonitoringu – zdarzało się błędne naliczanie punktów za wyzwania i niewłaściwy odczyt kroków. Zdarzało się, że aplikacja zamykała się samoistnie lub zawieszała podczas użytkowania.

Urządzenie pomiarowe

Większość dziewcząt wyrażała bardzo pozytywne opinie na temat opaski, którą otrzymały w ramach programu. Uznały, że stanowi ona atrakcyjny element interwencji, jest nowoczesna, wyjątkowa.

Informacja zwrotna i treści edukacyjne

Dziewczeta zgodnie uznały, że informacje zwrotne dotyczące aktywności fizycznej są dla nich bardzo przydatne. Tylko w jednej szkole pojawiła się opinia negatywna.

Z dobrym odbiorem spotkały się również treści edukacyjne dostępne w aplikacji, przy czym ich przydatność była doceniana głównie przez dziewczęta z pełnej grupy interwencyjnej. Dziewczęta z grupy o minimalnej interwencji, które oprócz monitoringu aktywności otrzymywały właśnie te treści edukacyjne, rzadko wyrażały o nich opinię.

Gra o zdrowie

Gra o zdrowie prowadzona przy pełnej interwencji była bardzo pozytywnie oceniana, w większości szkół. Tylko w czterech szkołach na 24 uczestniczących w badaniu (grupa 1) pojawiły się negatywne opinie dotyczące grywalizacji.

W ponad połowie szkół dziewczęta zdecydowanie pozytywnie oceniały zadania w aplikacji, które wykonują same. Uważały, że zadania są dostosowane do ich możliwości. Sporadycznie pojawiały się jednak opinie, że zadania są zbyt łatwe, nie wnoszą nic specjalnego lub są takie sobie.

W *Grze o zdrowie* dziewczęta miały wykonywać część zadań razem z rodziną. Większość oceniła je jako integrujące z rodziną, pomagające im zbliżyć się do rodziców. Zdarzała się jednak, że wspólne aktywności z rodziną nie były podejmowane.

Należy zaznaczyć, że momencie pierwszej oceny dziewczęta były w trakcie testowania aplikacji i gry o zdrowie, więc opinia na temat zadań była ich pierwszym wrażeniem opartym na doświadczeniu kilku zadań.

Przebieg programu Zdrowa Ja

Dziewczęta oceniały program pod względem atrakcyjności i przydatności przekazywanych treści i oferowanych aktywności oraz pod względem własnego zaangażowania i zadowolenia.

Zdecydowana większość dziewcząt oceniała program bardzo pozytywnie. Taka ocena pojawiła się w niemal wszystkich szkołach (np. *Projekt jest spoko, mobilizuje mnie i dziewczyny do zwiększonej aktywności fizycznej*).

W dwóch na 48 uczestniczących w programie szkołach dziewczęta podchodziły do programu z dystansem wyrażając obawy, że w ramach jego realizacji zaplanowanych jest bardzo dużo różnych aktywności, z którymi mogą sobie nie poradzić. Tylko w jednej szkole dziewczęta zdecydowanie negatywnie oceniły program.

Oczekiwania wobec udziału w programie

Dziewczęta oczekiwały, że udział w programie przyniesie im następujące korzyści:

- psychologiczne (np. poprawa kompetencji osobistych),
- redukcja masy ciała i poprawa wyglądu,
- używanie opaski,
- poprawa wiedzy,

- monitorowanie kalorii,
- niesprecyzowane oczekiwania (nie wiedziały czego się spodziewać).

Podobnie oceniały oczekiwania innych uczestniczek. Poza wymienionymi uważały, że inne dziewczęta oczekują od programu, że pozytywnie wpłynie na ich zdrowie i pomoże poprawić aktywność fizyczną.

Spełnienie oczekiwań na wstępnym etapie realizacji programu

Prawie wszystkie dziewczęta uznały, że na etapie początkowym program spełnia ich potrzeby i oczekiwania. Tylko w ośmiu na 48 uczestniczących szkół uznały, że program nie spełnia ich oczekiwań, a w dwóch nie miały na tym etapie zdania. Podobnie w przypadku oceny oczekiwań swoich rówieśniczek, dziewczęta głównie raportowały, że program jest zgodny z potrzebami, chociaż duża część dziewcząt nie wiedziała jaka jest opinia ich koleżanek.

Mocne strony programu

Najmocniejsze strony programu to w opinii uczestniczek:

- wpływ na zdrowie, sprawność, sylwetkę,
- motywacja do aktywności fizycznej, wpływ na relacje (*[projekt] Dobrze wpływa na pracę i rozwój dziewcząt, zachęca do aktywności fizycznej*),
- zalety techniczne (innowacyjność) i nowoczesna opaska,
- zwiększenie wiedzy i świadomości (np. *Udział w projekcie jest interesujący, fascynujący, pogłębiający wiedzę odnośnie zdrowego trybu życia i aktywności fizycznej. Program jest innowacyjny!*),
- możliwość monitorowania aktywności i informacja zwrotna (np. *Dzięki opasce pomiarowej, która współpracuje z telefonem, Program Zdrowa Ja jest bardzo nowoczesny i bardzo atrakcyjny. Opaska i informacje zwrotne pozwalają zwiększyć świadomość na temat własnej aktywności fizycznej i długości snu*),
- - zadania w *Grze o zdrowie*.

Najslabsze strony programu

Większość uczestniczek nie zauważyła słabych stron programu na początku jego realizacji. Jednak część dziewcząt wspominała o problemach technicznych z opaskami (awarie, wady opasek), utrudnieniach związanych z połączeniem i narzekała na ograniczoną funkcjonalność aplikacji (brak odczytu spalonych kalorii). We wspomnianych trudnościach wskazywano również na ograniczony kontakt z asystentem pomocy. Te opinie o sprzęcie korespondują z raportem firmy telemonitoringowej na temat epizodów awarii sprzętu.

Dziewczęta z niektórych szkół (grupa o pełnej interwencji) uznały, że zadania, które otrzymują w Grze o Zdrowie są czasami nierealne do wykonania (zwłaszcza dziewczęta z małych miejscowości), pora roku jest nieodpowiednia do chodzenia po dworze, a na wykonanie zadań mają zbyt mało czasu.

Największe trudności w trakcie realizacji projektu

Większość dziewcząt nie dostrzegała żadnych trudności związanych z udziałem w programie. W nielicznych szkołach wymieniano problemy z naliczaniem punktów, poczuciem przymusu wykonywania ćwiczeń, których nie lubią (bieganie), wygórowaną normą kroków do zrobienia, zbyt dużą liczbą zadań do wykonania w jednym czasie.

Głównym problemem wyrażanym przez dziewczęta z większości szkół było zapominanie o zakładaniu opaski i jej ładowaniu, przejawy lenistwa (nie chce się podjąć wyzwania, wolą poleżeć, tylko w taki sposób odpoczywają).

Sposoby pokonywania trudności

Uczestniczki uznały, że poziom zaangażowania w wykonywanie zadań częściowo determinowały warunki pogodowe. Program zaczął się w okresie jesienno-zimowym, co ograniczało podejmowanie niektórych aktywności na świeżym powietrzu. Za czynniki motywujące uznano większe zaangażowanie innych uczestniczek, a także samodyscyplinę oraz pomoc opiekuna, konsultanta. Dziewczęta wyrażały też opinię, że niezbędnym czynnikiem, który mógłby pomóc w pokonaniu trudności jest zlikwidowanie problemów technicznych (16 szkół).

Najłatwiejsze elementy programu

Do najłatwiejszych elementów projektu dziewczęta zaliczyły umiarkowaną aktywność fizyczną (niezwiązaną z dużym wysiłkiem) – spacer (robienie kroków). Uznały także, że łatwym do wprowadzenia elementem programu jest stopniowe rozszerzanie diety, na przykład wprowadzenie większej ilości warzyw i owoców.

Do łatwych elementów zaliczyły również możliwość zdobywania punktów w grywalizacji, chociaż sugerowały, że zarówno im jak i koleżankom zdarzało się zaznaczyć odpowiedzi bez wykonania zadania.

Za mało kłopotliwy element dziewczęta uważały także noszenie i obsługę opaski. Niektóre uczestniczki wymieniły wśród łatwych zadań również zadania weekendowe (np. zadanie – przygotowanie obiadu rodzinnego z uwzględnieniem dużej ilości warzyw)

Rozwiązania, które warto wdrażać w podobnych programach

Dziewczęta sugerowały, że w programach profilaktycznych realizowanych w szkole powinno się kłaść nacisk na: zdrowe odżywianie, promowanie aktywności fizycznej, organizację konkursów, lekcji, warsztatów. Nowoczesne technologie i doświadczenia programu *Zdrowa Ja* mogą wspomagać kolejne programy. Zwrócono tu uwagę na systematyczne kontrolowanie liczby wykonywanych kroków, wykorzystanie walorów edukacyjnych (zwłaszcza w aplikacji mobilnej), pomiary, które motywują do wysiłku.

6.1.2. Ocena założeń projektu Zdrowa Ja w opinii 15-latek w końcowej fazie realizacji programu

Ocena telemonitoringu

Podobnie jak w początkowej fazie projektu, dziewczęta zwracały uwagę na powtarzające się problemy techniczne dotyczące ładowania opaski, synchronizacji, niezadowolający połączeniem z Bluetooth i serwerem, logowania do aplikacji i błędami w zapisie danych. Dziewczęta wskazały na problemy z pomiarem snu oraz nieregularność w sczytywaniu wyników i naliczaniu punktów za wykonane zadania.

Ogólne opinie dotyczące urządzenia pomiarowego

W większości szkół dziewczęta wyrażały pozytywne opinie na temat urządzenia pomiarowego (np. *Pomimo, że opaski czasem szwankowały, fajnie było je nosić, rówieśnicy*

zwracali na nie uwagę, uważali nas za fit dziewczyny). W kilku pojawiły się opinie negatywne. Dotyczyły one zwykle jakości materiału, z którego wykonana była opaska i zdarzających się awarii technicznych. Dużym minusem według uczestniczek był brak wodoodporności urządzenia. Częściej jednak wymieniano dobre strony opaski: wygląd i forma zegarka (jest uniwersalna, pokazuje datę i czas), który nie przeszkadza w codziennych czynnościach i komfort użytkowania (*np. Noszenie opaski sprawia przyjemność; Opaska jest dyskretna; Plusem tej opaski jest kontrola swojej aktywności fizycznej, minusem opaski są jej problemy techniczne*).

Informacje zwrotne i treści edukacyjne

Dziewczęta z większości szkół uznały informację zwrotną o własnej aktywności za bardzo przydatną, choć zdarzały się opinie, że taka informacja nie wpływa na poprawę ich aktywności. Często dziewczęta wspominały o potrzebie monitorowania spalanych kalorii. W opinii uczestniczek, informacje zwrotne motywują do podejmowania aktywności o większej intensywności. Podobnie jak w początkowej fazie programu, wymieniano problemy z poprawnym zapisem danych (czasem nie naliczały się punkty, nie zapisywały kroki itp.).

Treści edukacyjne według dziewcząt były motywujące i zabawne, pomagały spojrzeć na wiele codziennych spraw i swoją dotychczasową wiedzę z innej perspektywy. Dziewczęta generalnie uznawały je za łatwe do zrozumienia, jasne i zwarte, wyjaśniające wiele ciekawych tematów. Zdarzały się opinie, że przekazywane w aplikacji materiały edukacyjne są ogólnie znane i nie wprowadzają dużych zmian do ich stanu wiedzy. Część dziewcząt uważała je za nudne i mało przydatne.

Ciekawym pomysłem zaproponowanym przez dziewczęta jest rezygnacja z powiadomień w formie informacji na temat stylu życia, na rzecz konkretnych instrukcji (przepisy, zestaw ćwiczeń itp.).

Gra o zdrowie

Grę oceniano jako bardzo ciekawy i nowatorski pomysł. Dziewczęta twierdziły, że dzięki grze miały możliwość rywalizowania ze sobą, mogły też współpracować z koleżankami. Zadania uznano za dostosowane do poziomu uczestniczek chociaż a nielicznych szkołach pojawiały się opinie ze czasami zadania były za trudne, lub za łatwe.

Dziewczęta zwykle oceniały zadania (wyzwania) jako ciekawe i chętnie je wykonywały. Uczestniczki programu uznały, że zadania motywują je do większej aktywności fizycznej i do działania, sprawiają, że wymagają od siebie coraz więcej. Z drugiej strony często przyznawały, że zdarza im się nie wykonywać zadań.

W większości szkół dziewczęta podkreślały, że zadania, które były przeznaczone do wykonywania z rodziną przyczyniły się do integracji z rodzicami. Główną barierą w wykonywaniu zadań z rodzicami była niewiedza rodziców (np. *Niska świadomość zdrowotna rodziców nie ułatwia podejmowania właściwych decyzji*), niechęć rodziców. Czasami rodzice nie chcieli wykonywać zadań wymawiając się zmęczeniem lub brakiem czasu. Jednak większość rodzin aktywnie angażowała się we wspólne zajęcia, co w znacznym stopniu wpłynęło na poprawę relacji rodzinnych. Zadania z rodziną przyczyniły się do poprawy atmosfery w rodzinie, wprowadzały „pogodny nastrój”. Dziewczęta często mówiły, że zawsze chcą znaleźć na nie czas i dzięki nim zacieśniają więzy rodzinne (np. *Zadania wykonywane wspólnie z rodziną uświadomiły nam jak ważną sprawą jest wspólne spędzanie czasu*).

Podobnie zadania oparte na współpracy z koleżankami – według opinii uczestniczek programu wpłynęły one na zacieśnienie więzi w grupie, poprawę relacji, integrację grupy i chęć angażowania osób spoza programu w różne aktywności (np. *Angażujemy do wspólnych zadań koleżanki z klasy, które nie należą do programu, jak również chłopców oraz swoich bliskich*).

Przebieg programu Zdrowa Ja

W końcowej fazie realizacji programu *Zdrowa Ja* utrzymywała się pozytywna ocena na jego temat. Opinie negatywne pojawiły się tylko w nielicznych szkołach.

Dziewczęta twierdziły, że po raz pierwszy stykają się z takim programem i mogą polecić go innym osobom w ich wieku (np. *Bardzo fajny program, sprawdza się i motywuje do działań, polecam go dla innych*). Generalnie dziewczęta oceniają program bardzo dobrze, jako motywujący, „fajny”, interesujący, zwiększający aktywność fizyczną, dostosowany do indywidualnych potrzeb każdej z nich (np. *Czujemy się wyróżnione, program w odróżnieniu od innych trafia bezpośrednio do każdej z nas, odpowiada na indywidualne potrzeby*). Uważają, że jest to dobra zabawa, porusza ciekawe tematy i wiele można się nauczyć, lecz niekiedy program jest męczący.

Program został uznany za ciekawy, nieinwazyjny, mający mało wad i pożyteczny (np. *Program pokazał mi korzyści płynące z udziału w zajęciach ruchowych, przedstawił mi negatywne skutki wynikające z braku ruchu i wielogodzinnego spędzania czasu przed komputerem. Zaciekawila mnie piramida żywienia, zdrowiej się odżywiam, nie boję się wyrazić swojego zdania, lepiej rozumiem się z koleżankami, mam większą świadomość w swoim życiu*).

Biorąc pod uwagę doświadczenia z udziałem w innych programach profilaktycznych realizowanych w poprzednich latach w szkole, dziewczęta za atut programu uznały długi czas jego trwania. Wyróżniało go też zastosowanie nowoczesnych technologii (np. *Fajny program, pomyslowo zrobiony, może pomagać w prowadzeniu zdrowego trybu życia. Część informacji poznałyśmy po raz pierwszy, np. sen; Aplikacja pomaga zmienić tryb życia*).

Ważnym pozytywnym elementem było obserwowanie innych dziewcząt i modelowanie swojego zachowania na ich przykładzie (np. *Jak widzimy, że angażuje się inna osoba to jest łatwiej, ponieważ tak jest ciężko samej się mobilizować; Dzięki opasce i całemu programowi zaczęłyśmy spędzać więcej czasu z rodziną i na pewno zaczęłyśmy zwracać uwagę na to, jak spędzamy wolny czas i jak wygląda nasza aktywność fizyczna w ciągu tygodnia*).

Oczekiwania dziewcząt

Główne oczekiwania dziewcząt dotyczyły osiągnięcia lepszej formy i innych korzyści zdrowotnych oraz zwiększenia aktywności fizycznej. W większości szkół oczekiwania skupiały się także wokół poprawy sylwetki (redukcja masy ciała, ładniejsze ciało) i monitorowaniu spalanych kalorii. Pragnienie poprawy wyglądu i nadzieje związane z programem w tym zakresie były często i wyraźnie podkreślane przez dziewczęta. Utrzymujące się zainteresowanie dziewcząt kwestią wyglądu i kontroli masy ciała zwraca uwagę na potrzebę tworzenia programów, które będą zawierały ten element pracy nad sobą – akceptacja sylwetki, wyglądu itp. Dziewczęta oczekiwały również zwiększenia pewności siebie i poczucia własnej wartości, poprawy samooceny, lepszej organizacji, ogólnie zwiększenia kontroli nad tym, co dzieje się w ich życiu. Oczekiwały również poprawy wiedzy na temat zdrowego stylu życia. Pragnęły otrzymywania większej liczby wyzwań (co ciekawe takie oczekiwania formułowały głównie dziewczęta z grup, w których nie przewidywano gry o zdrowie), ciekawych zadań, więcej treści dotyczących zdrowia.

Pod koniec realizacji programu większość dziewcząt uznało, że program spełnił ich oczekiwania. Najlepiej oceniały program dziewczęta z grupy pełnej i minimalnej interwencji.

Niespełnienie oczekiwań wiązało się głównie z awariami opasek, zbyt małą liczbą wyzwań w aplikacji, irytującymi treściami w postaci powiadomień (grupa o minimalnej interwencji).

Najmocniejsze strony programu

Według uczestniczek atutami programu był wpływ na zdrowie, sprawność i masę ciała. Program pełnił także funkcje motywacyjne i wpłynął na zmianę stylu życia (np. *Nie zwalniamy się z błahych powodów z zajęć wf, motywujemy koleżanki do działania, uczestniczenia w lekcjach wf oraz innych formach aktywności fizycznej*). Kolejne mocne strony wymieniane przez dziewczęta to wpływ na relacje społeczne, wykorzystanie nowoczesnych technologii, nowoczesna opaska, podniesienie poziomu wiedzy, monitorowanie liczby kroków i jakości snu oraz informacja zwrotna z aplikacji. Dziewczęta uznały, że pokazywanie pozytywnych wzorców stanowi ogromną wartość programu. Za ciekawy i bardzo trafiony uznały wygląd (design) opaski. Ważnym elementem programu okazała się mobilizacja do aktywności (np. *Uważam, że ten program to super pomysł, angażuje młode dziewczęta w aktywność fizyczną*). Telemonitoring aktywności fizycznej za pomocą mobilnych urządzeń pomiarowych był na tyle atrakcyjnym elementem, że przyczynił się do podjęcia przez dziewczęta decyzji o udziale w programie i motywował do zaangażowania w trakcie jego realizacji. Dzięki opaskom, które otrzymały w ramach programu, dziewczęta zamierzają nadal monitorować swoją aktywność fizyczną i dążyć do jej poprawy.

Największe trudności w trakcie realizacji projektu

Wskazując trudności, dziewczęta wymieniały chaos organizacyjny, wady opasek i inne problemy techniczne. W większości szkół dziewczęta nie zauważyły żadnych słabych stron w realizowanym programie.

Nieliczne problemy były związane z udziałem w grze o zdrowie (za dużo wyzwań w jednym czasie, za dużo kroków do zrobienia, przymus biegania, naliczanie punktów za zadania, oszukiwanie przy zadaniach deklaracyjnych. Niektóre z dziewcząt wskazały na niezgodność zadań w grze o zdrowie z harmonogramem tygodnia (np. *zadania w sobotę a wtedy nie ma szkoły*). Jednak zdecydowanie więcej uczestniczek uznawało zadania weekendowe za duży atut, twierdząc, że dopiero w weekend miały więcej czasu, aby zająć się realizacją wyzwań. Bardzo dużo dziewcząt przyznawało, że same albo ich koleżanki, często zapomniały nosić opaskę, synchronizować ją, dopilnować, aby była naładowana, uznały że

lenistwo było jedną z większych barier dla zaangażowania w program. Dziewczeta po długich zajęciach wolą odpoczywać, oglądając filmy lub korzystając z Internetu.

Pokonywanie trudności

Najważniejszymi czynnikami, które pomagały uczestniczkom programu pokonać trudności w toku realizacji projektu było otrzymywanie wsparcia od różnych osób. Przede wszystkim wsparcie oferowane przez szkolnych koordynatorów programu (ciągłe motywowanie, monitorowanie postępów, zachęcanie, nagradzanie). W niektórych szkołach krytykowane były negatywne postawy koordynatorów. Na przykład dziewczeta skarżyły się na stosowanie przez nauczycieli kar za nienoszenie opasek, jak obniżenie oceny z zachowania. Z kolei, wsparcie od innych uczestniczek i ich zaangażowanie motywowało do podejmowania większych starań, z jednej strony aby dorównać rówieśniczkom, z drugiej żeby nie wpłynąć negatywnie na wyniki całej grupy.

Niemalą rolę odegrała funkcja Asystenta Pomocy, który bardzo szybko reagował na wszelkie trudności i przekazywał dodatkowe informacje lub instrukcję. Szybkie rozwiązanie problemów technicznych bardzo pomagało im zmotywować się do dalszej pracy (np. *Na początku były problemy, ale po aktualizacji aplikacji wszystko działa*). Oprócz zewnętrznych czynników, które pomagały pokonać trudności, dziewczeta wymieniały również swoje wewnętrzne ograniczenia i próbę ich pokonywania, np. poprawa samodyscypliny, przełamanie niechęci do aktywnego spędzania czasu.

Najłatwiejsze elementy programu

Dziewczeta twierdziły, że udział w projekcie sprawił, że poczuły się wyróżnione, lepiej pracowały w grupie, miały prawo wpływać na to co dzieje się w szkole i ich zdanie było brane pod uwagę przez nauczycieli (np. mogły z powodzeniem organizować różne działania, aby promować zdrowy styl życia, miały większą odwagę krytykować formy pracy na lekcjach WF i proponować własne rozwiązania).

Opinie dziewcząt można traktować jako ważne wskazówki dla tego typu programów, ponieważ wskazywały na łatwe elementy, które z powodzeniem można wykorzystać w innych interwencjach. Zalicza się do tego proste formy aktywności fizycznej, dostosowane do ich potrzeb i upodobań, spędzanie wolnego czasu na powietrzu, większa świadomość żywieniowa (np. czytanie etykiet produktów spożywczych, zamiana niezdrowych produktów na zdrowsze odpowiedniki). W obszarze zmiany sposobu żywienia wskazywały na stopniową poprawę

diety. Uznały, że dobrym początkiem było wprowadzenie większej ilości warzyw i owoców oraz ograniczenie słodczy. Dużą wartość stanowiła dla nich odpowiedź zwrotna dotycząca zarówno codziennej aktywności, jak i parametrów otrzymywanych z badań antropometrycznych (masa ciała, wysokość, obwód talii). Dziewczęta podkreślały również, że łatwym i motywującym elementem programu były zadania w grze o zdrowie, jednak ich natężenie i poziom trudności powinny być zawsze dostosowane do warunków pogodowych oraz współgrać z innymi zajęciami, które na co dzień mają (preferowały wykonywanie wyzwań dni wolne od zajęć szkolnych).

Z krytyką spotkał się sposób uzyskiwania punktów z gry o zdrowie. Dziewczęta miały na myśli błędne założenia dotyczące wyzwań deklaracyjnych. Możliwość samodzielnego odznaczania wykonania tego typu zadań niestety negatywnie wpływała na grupę – duża część uczestniczek oszukiwała i przyznawała sobie punkty nie wykonując zadań. Dziewczęta, które poważnie traktowały udział w grze, traciły motywację wiedząc, że koleżanki mogą w nieuczciwy sposób uzyskać więcej punktów w grze o zdrowie.

Rozwiązania, które warto wdrażać w podobnych programach

Dziewczęta sugerowały wprowadzenie następujących rozwiązań, które są warte wdrożenia w podobnych programach profilaktycznych:

1. Program mógłby być kontynuowany w szkołach w całym kraju, powinien być realizowany wśród dziewcząt i chłopców, także w młodszych grupach wieku. Im wcześniej młodzież zyska świadomość, jaki wpływ ma sposób ich zachowania na to jak się czują, tym wcześniej odczują potrzebę aby dbać o własne zdrowie.
2. Uczniowie powinni mieć dostęp do urządzeń służących do pomiaru aktywności fizycznej (np. krokomiery, opaski fitness) i możliwość kontrolowania niektórych parametrów tej aktywności na co dzień (kroki, kalorie, jakość snu).
3. W szkole powinno się przeprowadzać cykliczne pomiary antropometryczne w każdym roku edukacji.
4. W grupach nieobjętych pełną interwencją dziewczęta zwracały uwagę na element rywalizacji jako niezbędny w realizacji tego typu projektów np. zliczanie kroków, które zrobiły w danym dniu, a potem nagroda pod koniec projektu. W grupie o pełnej interwencji pozytywnie oceniały zaangażowanie w grę o zdrowie.
5. Podejmowanie wspólnych działań, aby osiągnąć jakiś cel.

6. Organizacja wspólnych działań z innymi szkołami w Polsce, lub z okolicznych powiatów (np. organizowanie rajdów, dni sportu), dzielenie się doświadczeniami.
7. Stworzenie centrum informacyjnego w instytucji wdrażającej projekt (telefoniczne albo forum internetowe), gdzie miałyby nieograniczony dostęp do informacji o projekcie od jego organizatorów.
8. Dalsze promowanie aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia – konkursy, warsztaty kulinarne (np. *Dalsza promocja, plakaty, apele- idź na rower zamiast siedzieć przed telewizorem; Myślę, że potrzebne są akacje jak ta - tworzenie plakatów, map myśli, wzajemnie nakłanianie się do sportu*).
9. Wykorzystanie walorów edukacyjnych - edukacja zdrowotna uczniów, lekcje, warsztaty (np. warsztaty kulinarne).
10. Zwiększenie liczby godzin wychowania fizycznego w każdym roczniku.
11. Poprawa żywienia w szkołach – jakości posiłków, asortymentu w sklepikach i automatach z żywnością.

6.1.3. Dobre i słabe strony projektu w opinii uczestniczek, na podstawie danych ankietowych

W badaniu ankietowym przeprowadzonym w czerwcu 2018, dziewczęta były proszone o podanie dobrych i słabych stron projektu. Na pozytywne elementy projektu wskazywało aż 88,9% (N=1022) uczestniczek, a słabe wskazało 69,3% badanych.

Dziewczęta wymieniały od 1 do 8 **dobrych stron** projektu, które w wyniku analizy jakościowej poddano kategoryzacji wyróżniając 10 kategorii (tab. 38).

Tabela 38. Dobre strony projektu *Zdrowa Ja* w opinii uczestniczek (w kolejności od najczęściej wymienianych)*

Dobre strony/ kategorie	Typ interwencji							
	Cała grupa		Pełna		Minimalna		Zerowa	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Edukacja i informacja zwrotna	441	35,8	201	30,9	104	38,4	127	45,0
Poprawa zachowań/ stylu życia	304	24,7	186	27,4	52	19,2	66	23,4
Motywacja/ zabawa i rywalizacja	304	24,2	144	21,2	45	16,6	60	21,3
Relacje i współpraca z innymi osobami	249	20,2	71	10,5	19	7,0	24	8,5
Sprzęt i aplikacja	201	17,0	104	15,3	45	16,6	61	21,6
Poprawa kompetencji i samopoczucia/ uznanie	160	13,0	85	12,3	31	11,4	44	15,6
Świadomość zachowań i chęć zmiany	146	11,9	83	12,2	26	9,6	37	13,1
Pozytywna ocena różnych elementów projektu	133	10,3	88	13,0	18	6,6	27	9,6
Dodatkowe benefity (szkoła/darmowe produkty)	126	10,2	64	9,4	30	11,1	32	11,3
Wyzwania	41	3,3	40	5,9	-	-	1	0,4

*odsetki w stosunku do pełnej próby

Najczęściej wskazywaną dobrą stroną projektu, według jego odbiorców, była **edukacyjna wartość projektu** (35,8%). Wypowiedzi składające się na tę kategorię dotyczyły głównie informacji zwrotnej o wynikach monitorowania aktywności fizycznej, która umożliwiała uczestniczkom śledzenie swoich postępów, porównywanie swoich osiągnięć z osiągnięciami innych uczestniczek, pomagała zaplanować dalsze działania, pozwalała na dokonanie samooceny i porównanie wyniku uzyskanego w obiektywnym pomiarze z subiektywną oceną aktywności fizycznej. Drugim elementem wskazywanym przez dziewczęta była duża wartość materiałów edukacyjnych (treść powiadomień, artykuły) oraz działań edukacyjnych (warsztaty prowadzone w ramach projektu dotyczące zasad prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej, profilaktyki zachowań ryzykownych, kompetencji osobistych). Dziewczęta podkreślają, że udział w programie przyczynił się do zwiększenia wiedzy na tematy poruszane w kolejnych fazach interwencji.

Co czwarta uczestniczka programu *Zdrowa Ja* uznała, że **program motywował** do aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia (24,2%). Samo noszenie opaski i możliwość sprawdzania swoich wyników, a także rywalizacja z innymi uczestniczkami, czy wykonywanie zadań w ramach grywalizacji, w atmosferze raczej przypominającej dobrą zabawę niż obowiązek realizacji programu narzuconego przez szkołę, były czynnikami wyzwalającymi motywację do aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia.

Na **poprawę stylu życia** – aktywności fizycznej, zwrócenia uwagi na sposób odżywiania, wdrożenie przekazywanych w programie zasad w praktykę – wskazywała ¼ dziewcząt. Poprawę stylu życia odczuło proporcjonalnie więcej nastolatek z grupy o pełnej interwencji (27,3%), chociaż dość duży odsetek (23,4%) zanotowano także w grupie kontrolnej, w której jedynym elementem motywacyjnym było noszenie urządzeń pomiarowych i otrzymywanie informacji zwrotnej z telemonitoringu aktywności fizycznej.

Co piąta uczestniczka programu *Zdrowa Ja* uznała, że udział w projekcie przyczynił się do **poprawy relacji społecznych** (20,2%), głównie z koleżankami, rodzicami, nauczycielami. Ważnym atutem projektu w opinii dziewcząt było zachęcanie uczestniczek do podejmowania działań wspólnie z koleżankami, zarówno wyzwań w Grze o Zdrowie, jak i zadań wymagających wspólnego zaangażowania typu wykonanie plakatu i promocja programu w szkole. Udział w takich zadaniach wpłynął na zwiększenie integracji grupy, stanowił zachętę do zapoznania się i wspólnego działania z osobami, z którymi dotychczas nie miały kontaktu. Naturalną konsekwencją było poszerzenie grona bliskich znajomych, a co za tym idzie sieci wsparcia społecznego, bardzo ważnego dla utrzymania i poprawy zdrowia. Dziewczęta podkreślały również, że zaangażowanie rodziców w część zadań w ramach Gry o Zdrowie wpłynęło na czas poświęcany na wspólne aktywności z rodziną i większą otwartość w kontaktach z rodzicami. Częste spotkania z nauczycielem (koordynatorem projektu w szkole) poprawiły stosunki z tymi osobami, a w wyniku wypracowanych w toku projektu relacji, dziewczęta zyskały godną zaufania osobę w środowisku szkolnym, co w ich opinii jest niezwykle ważnym elementem wpływającym ogólnie na funkcjonowanie w szkole.

W dalszej kolejności dziewczęta wyróżniały samą **aplikację i opaskę** jako pozytywne elementy programu (17%). Stwierdziły, że jest to wyróżniający się, nowatorski element programu. Noszenie opaski uznały za prestiżowe, wyróżniające je z grupy rówieśników. Przekazywanie informacji o zdrowiu w aplikacji mobilnej trafia w ich potrzeby i oczekiwania.

Uznały także, że w wyniku udziału w projekcie poprawiły się ich **kompetencje osobiste** (13%), zwłaszcza umiejętność wyznaczania celów, tworzenia planów, poczucie własnej wartości i skuteczności, samodyscyplina, umiejętności organizacyjne, samokontrola. Co dziesiąta dziewczynka (11,2%) twierdziła, że udział w projekcie uświadomił jej znaczenie zachowań zdrowotnych, ich wpływ na zdrowie, spowodował, że zainteresowała się sprawami zdrowia.

Tabela 39. Słabe strony projektu *Zdrowa Ja* w opinii użytkowniczek (w kolejności od najczęściej wymienianych)*

Słabe strony/ kategorie	Typ interwencji							
	Cała grupa		Pełna		Minimalna		Zerowa	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Opaska (materiał/ konstrukcja/ uciążliwość noszenia)	343	27,8	186	27,4	72	26,6	75	26,6
Problemy z synchronizacją	261	21,2	145	21,4	56	20,7	60	21,3
Organizacja i niektóre elementy projektu (wykłady)	192	15,6	119	17,5	27	10,0	46	16,3
Awarie sprzętu (opaski, ładowarki)	153	12,4	106	15,6	23	8,5	24	8,5
Aplikacja/ pamięć w telefonie/ niezgodność z różnymi modelami/aktualizacje	122	9,9	72	10,6	18	6,6	32	11,3
Małe zaangażowanie własne (zapominanie/ zniechęcenie/ brak motywacji)	104	8,4	50	7,5	24	8,9	30	10,6
Negatywy związane ze szkołą/ w tym strata lekcji/ kontrola i przymus i zachowanie rówieśniczek	93	7,5	55	8,1	11	4,1	27	9,6
Błędne wyniki	88	7,1	69	10,2	6	2,2	13	4,6
Wyzwania (za mało/dużo/złe/nieciekawe)	85	6,9	83	12,2	1	0,4	1	0,4
Brak poprawy lub pogorszenie zachowań i samopoczucia	54	4,4	34	5,0	10	3,7	10	3,5

*odsetki w stosunku do pełnej próby

Najsłabszym elementem programu *Zdrowa Ja* (tab. 39) w opinii jego obiorców była **opaska do monitorowania aktywności fizycznej**, problem ten zgłosiło 27,8% dziewcząt, a proporcje w kolejnych grupach interwencyjnych były zbliżone. Dziewczęta narzekały na konstrukcję opaski (dopasowanie rozmiaru, wielkość samej opaski, rozpinanie się paska), materiał, z którego została wykonana opaska (czasem powodował odparzenia, wysypkę, opaska często ulegała zniszczeniu podczas uderzenia o twardą powierzchnię, rysowała się, wypadało z niej szkiełko), sygnał świetlny podczas mierzenia tętna (światło, które uaktywniało się co 5 minut zwracało uwagę uczestniczek, powodowało, że rozpraszały się wykonując inne czynności, czasem utrudniało zaśnięcie), konieczność noszenia w ciągu dnia i spania w opasce (opaska niewygodna, przeszkadzała).

Kolejną słabą stroną projektu w odczuciu uczestniczek był **problem z synchronizacją danych** z opaski do aplikacji. Największe trudności sprawiała sama procedura synchronizacji, która wymagała sprawnego połączenia opaski z Bluetooth, naciśnięcia i przytrzymania przez kilka sekund odpowiedniego przycisku aby zainicjować zrzucanie danych z opaski do aplikacji, następnie odczekania od kilkunastu sekund do nawet kilku minut (prawdopodobnie w zależności od modelu telefonu i jakości połączenia przez Bluetooth), aby dane zapisały się w aplikacji. Dziewczęta twierdziły, że procedura synchronizacji była zbyt wymagająca - złożona i długotrwała, czasem aplikacja zawieszała się podczas synchronizacji, musiały codziennie pamiętać o wykonaniu tej czynności.

Uczestniczki programu narzekały również na samą **organizację programu w szkole i różne składowe interwencji** (15,6%). Wśród wypowiedzi pojawiała się ogólna uwaga *organizacja projektu*, jak również forma przekazu informacji przez nauczycieli (nieciekawe, nudne wykłady), nieatrakcyjność informacji przekazywanych w aplikacji (dobrze znane zasady, nic nowego).

Problem, według dziewcząt, stanowiły także zdarzające się **awarie sprzętu** (opasek) i aplikacji (zawieszanie się), które zaobserwowała mniej więcej co dziesiąta uczestniczka projektu (12,5%). Nie do końca wiadomo czy uznając awarie sprzętu za słaby element programu uczestniczki miały na myśli awarie, które dotyczyły ich samych, czy ogólne wrażenie oparte na informacjach od innych użytkowniczek. Problem awarii opasek oraz raport dotyczący awarii przygotowany na podstawie zgłoszeń awarii zarejestrowanych przez dostawcę telemonitoringu, opisano w ocenie nieprzewidzianych zdarzeń podczas realizacji programu.

Co dziesiąta uczestniczka projektu wskazywała na samą **aplikację** jako słabą stronę projektu (9,9%) wymieniając problemy związane z niezgodnością niektórych modeli telefonów z aplikacją, konieczność jej aktualizacji, zawieszanie się aplikacji albo wagę aplikacji, która zabierała dość dużo pamięci w telefonie. W przypadku niezgodności aplikacji z modelem telefonu proponowano instalację aplikacji na innym, dostępnym telefonie (np. rodziców lub koordynatora). W dwóch przypadkach firma obsługująca telemonitoring wyposażyła szkoły w telefony komórkowe w celu umożliwienia realizacji programu z tych placówek..

Niemal co dziesiąta uczestniczka programu *Zdrowa Ja* wspomniała o **małym zaangażowaniu własnym** (8,4%) w trakcie trwania projektu, przyznając się do braku motywacji, zapominania o noszeniu opaski i synchronizacji, niechęci do uczestniczenia w programie, oszukiwania w trakcie Gry o zdrowie, stwarzania pozorów zaangażowania aby uniknąć negatywnych konsekwencji (np. pożyczanie opaski od koleżanki aby pokazać koordynatorowi, że ją nosi).

Dziewczęta wymieniały także **problemy związane ze szkołą** (7,4%), takie jak strata niektórych lekcji w wyniku realizacji programu, kontrolę i przymus ze strony nauczyciela, obniżanie ocen z zachowania w przypadku nienoszenia opasek.

Część uczestniczek uważała, że w aplikacji pojawiały się **błędne zapisy** (7,1%) – niezgadająca się liczba kroków, nienaliczające się punkty za wyzwania, błędny puls, błędna analiza snu. Problemy te występowały zdecydowanie częściej w grupie o pełnej interwencji niż w innych typach interwencji.

Około jedna na dziesięć uczestniczek negatywnie oceniła **wyzwania** w Grze o Zdrowie uznając, że nie satysfakcjonowała jej liczba wyzwań (część uważała, że wyzwań było za dużo, a część, że za mało), treść wyzwań (dla niektórych uczestniczek wyzwania były za trudne i skomplikowane, a dla innych zbyt łatwe, nudne, monotonne) lub po prostu informowała, że zadania nie spełniły jej oczekiwań.

Niewielki odsetek nastolatków **nie odczuł subiektywnej poprawy** stylu życia ani samopoczucia (4,4%), a w niektórych przypadkach dziewczęta wręcz wskazywały, że udział w programie przyczynił się do negatywnych zmian w ich zachowaniu.

Podsumowując, uczestniczki projektu za jego największy atut uznają edukacyjne aspekty projektu i jego motywacyjny charakter, na które składają się zarówno informacje przekazywane w trakcie projektu na temat zasad zdrowego stylu życia oraz własnej aktywności, jak i forma ich przekazu podnosząca jego atrakcyjność – aplikacja mobilna i opaska do monitorowania

aktywności fizycznej. Ważnym elementem okazały się działania uwzględniające kooperację z rówieśnikami i rodzicami oraz nauczycielem, dzięki którym nastąpiła poprawa relacji społecznych w znacznej części uczestniczek. Jednak projekt, w opinii uczestniczek, posiadał również słabe strony, związane głównie z techniczną obsługą urządzeń i ich jakością. Ponadto, problem sprawiała konieczność zbyt dużego zaangażowania (zwłaszcza pamiętanie o synchronizacji), zdarzające się awarie sprzętu i aplikacji, jak również ogólna organizacja projektu.

6.1.4. Nieprzewidziane zdarzenia (efekty) podczas realizacji projektu

Wypadanie uczestniczek z próby

Program zakładał udział w wielu aktywnościach (korzystanie z aplikacji, w tym grywalizacji (grupa pełnej interwencji), monitorowanie aktywności fizycznej za pomocą opaski, udział w warsztatach i innych zajęciach, udział w badaniach ankietowych, udział w pomiarach antropometrycznych. Analizę przyczyn wypadania nastolatek z różnych aktywności (poza monitoringiem aktywności fizycznej) według powodów podawanych przez szkolnych koordynatorów projektu ilustruje tab. 40. Pozostałe przyczyny nie są znane.

Tabela 40. Wybrane przyczyny wypadania uczestniczek (brak wypełnionej ankiety lub brak pomiaru antropometrycznego) z udziału w projekcie w kolejnych fazach interwencji

Numer uczestniczki	Faza interwencji	Pomiar	Przyczyna
10100014	3 i 4	3	1 i 3
10700179		2	1
10700184		3	3
10800203		3	3
11100280	4	2	1
11100281	4	2	5
11500379			3
11500381			3
11700449		3	1
12100552		3	3
22500639		3	3
22500640	3 i 4	3	4
22500645		3	3

22500649		3	3
22500652		3	3
22500659		3	3
22900728			1
23000752			3
23300824		3	3
23300828		3	3
23400848	4	3	2
23500885	2, 3 i 4	2 i 3	1
33800930		3	3
34000987			3
34000989			3
34000998			3
34201040			2
34701149	4	2	1
34701155	4	2 i 3	4
34701161	4	3	4
34801175	2, 3 i 4	2 i 3	2
45201277		2	3

1. Choroba (pobyt w szpitalu); 2. Odejście ze szkoły; 3. Brak zgody na pomiar; 4. Brak zgody na dalszy udział w programie i pomiar; 5. Pobyt za granicą

Jak obrazują dane zawarte w tabeli 41, wraz z postępem programu spadała liczba dziewcząt aktywnie korzystających z opasek. Prawie 1/3 uczestniczek wzięła aktywny udział w monitorowaniu aktywności fizycznej we wszystkich fazach interwencji. Liczba aktywnych użytkowniczek spadała wraz z postępem działań interwencyjnych, w każdej z grup interwencji w zbliżonych proporcjach i tempie. Dopiero w ostatniej fazie interwencji wystąpiły istotne statystycznie różnice między grupami w zakresie liczby dziewcząt poddanych monitoringowi aktywności fizycznej ($p < 0,001$). Aktywny udział w monitorowaniu aktywności w tej fazie interwencji dotyczył prawie połowy dziewcząt z grupy zerowej, tj. grupy, która nie była obciążona innymi zadaniami wynikającymi z udziału w programie. W pozostałych grupach, monitoringiem aktywności fizycznej zostało objętych po około 1/3 dziewcząt.

Tabela 41. Aktywność dziewcząt w systemie monitorowania aktywności za pomocą opasek według fazy interwencji i grupy interwencyjnej

Faza interwencji	Próba ogółem		Typ interwencji							
			Pełna		Minimalna		Zerowa		P	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Wszystkie	334	27,4	170	26,1	72	25,6	92	32,3	=0,111	
Faza 1	884	72,6	479	73,6	210	74,7	195	68,4	=0,177	
Faza 2	845	69,4	455	69,9	183	65,1	207	72,6	=0,143	
Faza 3	590	48,5	311	47,8	128	45,6	151	53,0	=0,182	
Faza 4	431	35,4	212	32,6	86	30,6	133	46,7	<0,001	

Warunkiem zapisu danych w systemie była codzienna synchronizacja opaski z aplikacją, a czynność ta zajmowała kilka minut. Istnieje przypuszczenie, że duży odsetek dziewcząt nie radził sobie z zapisem danych, dziewczęta zapomniały o synchronizacji (pomimo cyklicznych powiadomień, które otrzymywały codziennie rano na swoje telefony) lub nie chciały poświęcać na nią czasu. Przypuszczenia te oparto na wynikach badań ewaluacyjnych (dane z ankiety oraz wywiady pogłębione). Problemy z synchronizacją i konieczność jej ręcznego wykonywania były najgorzej ocenianymi przez dziewczęta punktami programu *Zdrowa Ja* (Tabela 14). Oprócz problemów związanych z synchronizacją danych, jak również niezgodności aplikacji mobilnej z niektórymi typami telefonów komórkowych. Ponadto, zanotowano przypadki awarii opasek. Problemy były systematycznie zgłaszane przez uczestniczki programu bezpośrednio do Asystenta Pomocy i na bieżąco rozwiązywane przez pracowników firmy telemonitoringowej (opaski wymieniano na nowe). W Tabeli 42 przedstawiono zestawienie przygotowane przez dostawcę telemonitoringu (dane z listopada 2018) obejmujące incydenty awarii opasek i związaną z tym liczbę dni, w których dziewczęta nie były poddane monitorowaniu aktywności z powodu braku opaski (oczekiwanie na wymianę).

Tabela 42. Liczba dni, w których dziewczęta nie posiadały aktywnej opaski.

	Cała próba		Pełna interwencja		Minimalna interwencja		Zerowa interwencja	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Ogółem (wszystkie fazy)	237	79	162	55	38	12	37	12
Faza 1	90	28	59	18	19	6	12	4
Faza 2	100	35	71	25	8	3	21	7
Faza 3	19	11	16	10	3	1		0
Faza 4	28	8	16	5	8	2	4	1
Ogółem 12.17-06.18	948	223	653	143	131	37	164	43

1. liczba dni; 2. liczba dziewcząt

Zmniejszająca się wraz z kolejnymi etapami interwencji liczba dziewcząt systematycznie używających urządzenia, na co wskazują wyniki badań ankietowych i o wywiadów pogłębionych, wynikać może z:

- występujących problemów technicznych,
- obaw dotyczących ciągłego monitorowania, pomimo zapewnienia anonimowości odczytu danych,
- niedogodności związanych z noszeniem urządzenia - reakcje alergiczne, niewygodny pasek, włączające się cyklicznie światło podczas mierzenia tętna itp.
- niechęci do kontynuowania monitoringu w obliczu pojawiających się problemów technicznych (np. w przypadku awarii sprzętu, zawieszenia się aplikacji telefonicznej, zdarzających się kłopotów z synchronizacją danych),
- udziału w innych, licznych zajęciach (nauka w szkole, zajęcia dodatkowe, obowiązki domowe itp.), co powodowało, że dziewczęta zapominały o ładowaniu opaski i obowiązku jej noszenia,

- braku możliwości noszenia urządzenia w niektórych sytuacjach, np. podczas zorganizowanych zajęć sportowych (zakaz noszenia biżuterii, zegarków itp.), zajęć na basenie (specyfikacja sprzętu).

Przed rozpoczęciem właściwej interwencji podjęto wszelkie starania, aby wyeliminować ryzyko związane z problemami ze strony systemu telemonitoringu. Przeprowadzono tygodniowy test systemu (opasek, zapisów itp.) w grupie 15 uczennic szkoły warszawskiej. Testem objęto także dziewczęta uczestniczące w programie *Zdrowa Ja*. Przeprowadzenie testu w grupie bezpośrednich odbiorców programu było konieczne, aby wyeliminować problemy związane z działaniem systemu w konkretnych rejonach kraju i konkretnych szkołach oraz wyposażyć dziewczęta w urządzenia pomiarowe oraz przetestować sprawność działania dostarczonych urządzeń i aplikacji mobilnej. Przeprowadzono również szkolenie kaskadowe (firma telemonitoringowa - koordynatorzy szkolni – dziewczęta) i zagwarantowano dostęp do Asystenta Pomocy przez 7 dni w tygodniu. Zestawienie wyników pilotażowego testowania systemu przedstawiono w tabelach 43, 44 i 45.

Tabela 43. Informacje dotyczące zalogowania się użytkowniczek do aplikacji mobilnej (liczba pobrań aplikacji wg typu systemu telefonicznego). Dane na dzień 21.12.2017

Aktywne telefony	Liczba	%
System android	1163	76,92
System IOS	351	23,28
Suma	1512	

Tabela 44. Dane dotyczące wydanego sprzętu (opasek, telefonów) przez podjęciem działań interwencyjnych. Dane na dzień 21.12.2017

	Liczba lub %
Opaski	
Wydano	1163
Zwrócono niewykorzystane	351
Wymieniono wadliwe	151
Procent wadliwych %	3,5 %
Telefony	
Wydano	2

Tabela 45. Zapisy w systemie telemonitoringu przed rozpoczęciem działań interwencyjnych (po okresie testowania systemu). Dane na dzień 21.12.2017

Dane w systemie	Liczba/ objętość pamięci (MB)
Rekordy	4 284 473
Objętość wykorzystanej pamięci	576 MB

Organizacja projektu

Starano się dostosować harmonogram prac projektowych do organizacji roku szkolnego. Ograniczenie stanowiła konieczność zmieszczenia 4 dwutygodniowych faz interwencji w okresie od początku stycznia do końca czerwca. Przesunięcie startu interwencji wynikało z początkowych problemów z rekrutacją szkół do projektu (częste odmowy związane z reformą edukacji i zmianami w funkcjonowaniu szkół) i konieczności przetestowania systemu. Planując kolejne działania, należało również wziąć pod uwagę:

- organizację zajęć w szkołach (w całym kraju), w tym przerwy związane z feriami zimowymi (od połowy stycznia do końca lutego), świętami wielkanocnymi, egzaminem gimnazjalnym, weekendem majowym oraz wziąć pod uwagę harmonogram pracy poszczególnym szkół, który mógł uniemożliwić realizację zadań związanych z projektem,
- przerwy niezbędne aby przygotować system, treści edukacyjne, w tym wyzwania do grywalizacji,
- umożliwić dziewczętom odpoczynek od intensywnych działań związanych z projektem (najmniej 2-3 tygodnia przerwy pomiędzy fazami interwencji).

Biorąc pod uwagę powyższe ograniczenia ustalono następujące terminy realizacji kolejnych faz interwencji:

- Faza 1 (aktywność fizyczna): 01.01.2018 - 14.01.2018
- Faza 2 (kompetencje osobiste): 09.04.2018 - 22.04.2018
- Faza 3 (zdrowe odżywianie): 14.05.2018 - 27.05.2018
- Faza 4 (profilaktyka zachowań ryzykownych): 11.06.2018 – 24.06.2018

Termin realizacji ostatniej fazy mógł wpłynąć na mniejsze zainteresowanie działaniami projektu. Takie opinie pojawiły się w wywiadach pogłębionych (3 szkoły na 48

uczestniczących w wywiadzie z czerwca 2018) oraz pytaniach otwartych zadawanych, a ankiecie (10 uczestniczek wskazało, że program nie powinien być realizowany pod koniec roku szkolnego).

6.2. Ocena skuteczności i trwałości

Pytania ewaluacyjne:

- W jakim stopniu zostały osiągnięte cele projektu i oczekiwane efekty?
- Jakie sukcesy i niepowodzenia wynikają z przeprowadzonych działań?
- W jakim stopniu zaplanowane działania, zastosowane procedury i przebieg projektu wpłynęły na realizację założonych celów i oczekiwanych efektów?
- Czy, u kogo i w jakim czasie od zakończenia, osiągnięte efekty będą utrzymywać się po zakończeniu projektu?
- Jaka jest użyteczność uzyskanych efektów po upływie określonego czasu od zakończenia projektu?

6.2.1. Ocena stopnia osiągnięcia celów projektu i oczekiwanych efektów w obszarze zdrowia i zachowań zdrowotnych

Ogólne założenia analiz

Dokonując wstępnej oceny skuteczności programu *Zdrowa Ja*, skoncentrowano się na porównaniach kluczowych wskaźników zdrowotnych. Jest to zgodne z metodologią projektu i wytycznymi do tej oceny, opisanymi w raporcie rocznym z 2017 roku.

Podstawą porównań są trzy badania ankietowe przeprowadzone wśród uczestniczek programu w listopadzie 2017 roku („PRZED”, poprzedzające pierwszą fazą interwencji) oraz w czerwcu („PO”, które zbiegło się z ostatnią fazą interwencji) i we wrześniu 2018 roku („EFEKT ODROCZONY”). Określenia te będą stosowane w dalszej części opracowania. Porównanie tych grup daje obraz zmian przed i po przeprowadzonej interwencji. Dodatkowym elementem oceny skuteczności programu może być też porównanie wyników ze szkół objętych pełną interwencją, minimalną interwencją i tzw. interwencją zerową. Interwencja zerowa stanowi „wewnętrzną” grupę kontrolną.

Elementem dodatkowym jest wprowadzenie dwóch zewnętrznych grup kontrolnych:

- 1) Uczennic III klas gimnazjum uczących się w szkołach objętych programem *Zdrowa Ja*, które były ankietowane w grudniu 2017 roku równoległe z badaniem wstępnym uczestniczek programu;
- 2) Dziewcząt ankietowanych w roku szkolnym 2017/18 w ramach badań HBSC (*Health Behaviour in School Aged-Children*).

Badania HBSC zostały przeprowadzone w ogólnopolskiej reprezentatywnej grupie uczniów. Poprzez porównanie szkół uczestniczących w programie *Zdrowia Ja* ze szkołami z próby HBSC można więc, po pierwsze ocenić reprezentatywność grupy objętej interwencją. Po drugie, autorzy programu liczyli się z faktem, że część wskaźników zdrowotnych ulega niejako „fizjologicznemu” pogorszeniu na tle zmian rozwojowych, zjawisko to dotyczy zwłaszcza dziewcząt. W tej sytuacji brak spodziewanego istotnego pogorszenia, jakie obserwowane jest w populacji ogólnopolskiej może już wskazywać na skuteczność programu.

Liczebność poszczególnych grup dziewcząt wynosiła:

Uczestniczki programu ZJ	1197
w tym:	
• Interwencja pełna	647
• Interwencja minimalna	269
• Interwencja zerowa	281
Zewnętrzne grupy kontrolne	
• Rok starsze dziewczęta ze szkół ZJ (z III klas gimnazjum)	657
• Ogólnopolska próba HBSC z III klas gimnazjum	1049

Na potrzeby wstępnej oceny skuteczności programu *Zdrowa Ja* zdefiniowano czternaście wskaźników zdrowotnych, w tym sześć pozytywnych i osiem negatywnych. Związane były one z zakresem tematycznym głównych faz interwencji: aktywnością fizyczną, odżywianiem, paleniem tytoniu i piciem alkoholu, a także kompetencjami społecznymi/osobistymi. Do dwunastu wskaźników dotyczących zachowań związanych ze zdrowiem dodano dwa odnoszące się do samooceny zdrowia i ogólnego zadowolenia z życia. Wszystkie pytania kwestionariusza pochodziły z protokołu badań HBSC 2017/18. Pytania zostały przekodowane na wskaźniki dychotomiczne. Wartość „1” oznacza korzystny poziom

danej zmiennej dla wskaźników pozytywnych i niekorzystny dla wskaźników negatywnych, zgodnie z definicją opisaną w raporcie metodologicznym tego projektu.

W analizie statystycznej zastosowano testy niezależności chi-kwadrat: Pearsona dla danych niezależnych i McNemara dla danych powiązanych, konstruując tablice dwudzielcze. Analiza danych powiązanych dotyczyła porównań wyników uzyskanych w trzech rundach badań. Analiza danych niepowiązanych dotyczyła porównań trzech typów interwencji oraz porównań z zewnętrznymi grupami kontrolnymi.

Ocena reprezentatywności szkół uczestniczących w programie Zdrowa ja

Tabela 46. Porównanie* uczennic ze szkół uczestniczących w programie *Zdrowa Ja* ankietowanych w listopadzie 2017 r. z próbą HBSC 2018 (III klasa gimnazjum) – dane niepowiązane.

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	Szkoły Zdrowa Ja 2017	Szkoły HBSC 2018	p
POZYTYWNE WSKAŹNIKI				
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	10,0	8,3	0,245
	MVPA>=5 dni	33,8	30,2	0,257
	VPA> 3 razy w tygodniu	20,8	21,9	0,599
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	34,4	37,1	0,258
	Jedzenie warzyw codziennie	36,5	38,8	0,361
	Śniadania codziennie w dniach szkolnych	57,5	55,5	0,377
NEGATYWNE WSKAŹNIKI				
Zachowania sedentarne	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	46,6	48,8	0,394
Odżywianie	Picie dosładzanych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu	32,1	35,8	0,112
	Jedzenie słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu	71,8	73,2	0,529

Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	18,9	19,0	0,964
	Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	30,4	35,3	0,035
	Upijanie się w ostatnich 30 dniach	11,3	13,2	0,496
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	26,3	24,8	0,596
	Zadowolenie z życia poniżej 6 punktów w skali Cantrila	25,9	24,6	0,557

*chi-kwadrat Pearsona; p-pełna, m-minimalna, Z-zerowa

Podstawą wnioskowania jest porównanie dwóch grup dziewcząt, które były w klasie III gimnazjum w roku szkolnym 2017/18.

W odniesieniu do 13 wskaźników dychotomicznych nie wykazano istotnych różnic między tymi dwoma grupami. Stwierdzono jedynie, że w ogólnopolskiej próbie HBSC dziewczęta częściej niż rówieśniczki ze szkół programu ZJ deklarowały picie alkoholu.

Porównanie grup realizujących różne typy interwencji w momencie początkowym

Ze względu na planowane porównania różnych typów interwencji ważne jest określenie, czy trzy grupy interwencyjne różniły się w momencie startowym, w odniesieniu do wyników uzyskanych w badaniu ankietowym PRZED pierwszą fazą interwencji.

Wykazano różnice w pozytywnych wskaźnikach aktywności intensywnej do umiarkowanej (MVPA). W badaniu wstępnym grupa poddana pełnej interwencji miała najwyższy poziom aktywności fizycznej, a najgorzej wypadła w zestawieniu grupa o interwencji minimalnej (grupa M). Ponadto w tej grupie dziewczęta częściej deklarowały picie alkoholu w ostatnim miesiącu.

Tabela 47. Porównanie*uczennic uczestniczących w programie *Zdrowa Ja* ankietowanych PRZED. wg typu interwencji – dane niepowiązane

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	Typ interwencji			p og.	p 1&2	p 1&3	p 2&3
		P	M	Z				
		1	2	3				
POZYTYWNE WSKAŹNIKI								
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	15,0	9,8	11,9	0,090	0,038	0,226	0,423
	MVPA>=5 dni	44,2	33,1	40,8	0,008	0,002	0,339	0,063
	VPA> 3 razy w tygodniu	33,4	30,5	29,2	0,409	0,392	0,218	0,758
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	35,8	32,0	37,7	0,359	0,272	0,585	0,162
	Jedzenie warzyw codziennie	36,6	33,7	36,0	0,706	0,405	0,854	0,577
	Śniadania codziennie	54,0	49,8	51,4	0,487	0,254	0,482	0,703
NEGATYWNE WSKAŹNIKI								
Zachowania sedentarne	Spędzanie przy komputerze	40,3	41,5	42,0	0,751	0,728	0,456	0,742
Odżywianie	Picie dosładzanych	38,3	39,6	36,7	0,785	0,719	0,646	0,489
	Jedzenie słodczy częściej niż 1 raz	76,6	76,1	77,5	0,932	0,893	0,768	0,717
Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30	8,6	9,4	8,0	0,838	0,698	0,755	0,555
	Picie alkoholu w ostatnich 3	13,6	15,5	14,1	0,751	0,456	0,838	0,647
	Upijanie się w ostatnich 30	2,2	6,8	2,5	0,002	0,001	0,781	0,018
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	34,7	34,2	30,3	0,429	0,898	0,202	0,333
	Zadowolenie z życia poniżej 6	29,1	25,9	28,8	0,610	0,331	0,935	0,443

*chi-kwadrat Pearsona; p-pełna, m-minimalna, z-zerowa

Porównanie wyników z badań przed i po interwencji

Dane dotyczące całej grupy 1197 dziewcząt uczestniczących w programie *Zdrowia Ja* przedstawiono w tabeli 47.

Tabela 47. Porównanie uczestniczek programu *Zdrowa Ja* – badanie PRZED i PO) interwencji (II klasa gimnazjum – dane powiązane.

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	PRZED	PO	P
POZYTYWNE WSKAŹNIKI				
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	13,0	13,1	0,820
	MVPA>=5 dni	40,9	35,8	0,005
	VPA> 3 razy w tygodniu	31,7	30,4	0,536
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	35,4	34,1	0,468
	Jedzenie warzyw codziennie	35,8	33,9	0,303
	Śniadania codziennie w dniach szkolnych	52,4	48,0	<0,001
NEGATYWNE WSKAŹNIKI				
Zajęcia sedentarne	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	41,2	46,2	0,003
Odżywianie	Picie dosładzanych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu	38,3	42,5	0,013
	Jedzenie słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu	76,7	72,5	0,007
Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	8,7	9,6	0,434
	Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	14,2	20,0	<0,001
	Upijanie się w ostatnich 30 dniach	3,3	4,6	0,136
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	33,5	34,9	0,495
	Zadowolenie z życia poniżej 6 punktów w skali Cantrila	28,3	28,6	0,904

*test Mc-Nemara dla danych powiązanych

Nie zanotowano istotnych zmian w odniesieniu do ośmiu dychotomicznych wskaźników zdrowotnych. Trzy wskaźniki negatywne uległy pogorszeniu (czas spędzany przy komputerze, częste picie słodkich napojów typu „cola”, picie alkoholu w ostatnich 30 dniach). Istotnie obniżyła się częstość spożywania słodczy, co jest stwierdzonym głównym efektem pozytywnym.

W odniesieniu do wskaźników pozytywnych zaobserwowano spadek częstości regularnego spożywania śniadań. Zanotowano też zmiany w rozkładzie wskaźnika aktywności fizycznej intensywnej do umiarkowanej MVPA. Odsetek dziewcząt spełniających rekomendacje ekspertów pozostał na jednakowym poziomie i cały czas jest dramatycznie niski. Za pewien sukces można jednak uznać zahamowanie spadku tego wskaźnika, który zwykle następuje w tym wieku. Mniej korzystne zmiany dotyczyły młodzieży spełniającej mniej rygorystyczne kryteria MVPA. W tym przypadku aktywność fizyczna się istotnie pogorszyła.

Tabela 48 zawiera te same informacje, jednak dotyczące najbardziej interesującej nas grupy poddanej pełnej interwencji (grupa P).

Niektóre niekorzystne zmiany obserwowane w połączonej grupie uczestniczek programu *Zdrowa Ja* zostały zaobserwowane też w grupie realizującej pełną interwencję. Dotyczy to pogorszenia aktywności fizycznej (wg MVPA ≥ 5 dni), nieregularności spożywania śniadań, jak również coraz dłuższego spędzania czasu przy komputerze.

Dziewczęta z grupy realizującej pełną interwencję w badaniu czerwcowym częściej niż w grudniu deklarowały picie alkoholu i upijanie.

Należy jednak zwrócić uwagę na korzystniejsze tendencje w grupie realizującej pełną interwencję. W obszarze negatywnych wskaźników nie zanotowano istotnych niekorzystnych zmian w zakresie spożywania słodkich napojów gazowanych, co było widoczne w grupie ogólnej. Podobnie jak w grupie ogólnej zmniejszyła się częstość spożywania słodczy.

Tabela 48. Porównanie uczestniczek programu *Zdrowa Ja* – badanie PRZED i PO interwencji tylko w grupie pełnej interwencji – dane powiązane.

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	PRZED	PO	p
POZYTYWNE WSKAŹNIKI				
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	15,0	15,3	0,841
	MVPA>=5 dni	44,2	38,2	0,018
	VPA> 3 razy w tygodniu	33,4	32,1	0,493
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	35,8	34,6	0,554
	Jedzenie warzyw codziennie	36,6	35,5	0,600
	Śniadania codziennie w dniach szkolnych	54,0	49,6	0,021
NEGATYWNE WSKAŹNIKI				
Zachowania sedentarne	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	40,3	46,1	0,038
Odżywianie	Picie dosładzanych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu	38,3	40,5	0,585
	Jedzenie słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu	76,6	69,6	0,001
Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	8,6	8,2	0,899
	Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	13,6	20,4	<0,001
	Upijanie się w ostatnich 30 dniach	2,2	4,5	0,024
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	34,7	34,3	0,766
	Zadowolenie z życia poniżej 6 punktów w skali Cantrila	29,1	27,6	0,507

*test McNemara dla danych powiązanych

Analiza efektu odroczonego

Autorzy projektu planując trzecie badania ankietowe na jesień 2018 r. chcieli sprawdzić, czy efekt programu utrzymuje się w dłuższym okresie. Część uczestniczek programu w nowym roku szkolnym nadal nosiła opaski, ale nie była już eksponowana na inne treści programu, szczególnie te przewidziane przy pełnej interwencji (aplikacje mobilne, warsztaty w szkole).

Porównano wyniki badań prowadzonych PRZED interwencją i EFEKT ODROCZONY (po roku). (tab. 25 i 26) oraz PO interwencji i EFEKT ODROCZONY (po wakacjach). (tab.49).

Tabela 49. Porównanie uczestniczek programu *Zdrowa Ja* – badanie PRZED i EFEKT ODROCZONY. (II i III klasa gimnazjum) – dane powiązane

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	PRZED	EFEKT ODROCZONY	P
POZYTYWNE WSKAŹNIKI				
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	13,0	8,2	<0,001
	MVPA>=5 dni	40,9	29,6	<0,001
	VPA> 3 razy w tygodniu	31,7	24,1	<0,001
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	35,4	35,8	0,954
	Jedzenie warzyw codziennie	35,8	33,9	0,156
	Śniadania codziennie w dniach szkolnych	52,4	50,4	0,110
NEGATYWNE WSKAŹNIKI				
Zachowania sedentarne	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	41,2	43,7	0,083
Odżywianie	Picie dosładzanych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu	38,3	34,6	0,042
	Jedzenie słodyczy częściej niż 1 raz w tygodniu	76,7	67,4	<0,001
Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	8,7	13,1	<0,001
	Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	14,2	21,5	<0,001
	Upijanie się w ostatnich 30 dniach	3,3	7,8	<0,001
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	33,5	31,0	0,108
	Zadowolenie z życia poniżej 6 punktów w skali Cantrila	28,3	30,0	0,517

*test McNemara dla danych powiązanych

Na 14 wskaźników dychotomicznych osiem uległo istotnym zmianom między badaniem PRZED podjęciem interwencji w listopadzie 2017 r. a EFEKTEM ODROCZONYM

po prawie roku. W grupie wskaźników pozytywnych zaobserwowano spadek aktywności fizycznej, który dotyczył wszystkich trzech wskaźników. W grupie wskaźników negatywnych zwiększyła się częstość używania substancji psychoaktywnych. Pozytywne zmiany dotyczą odżywiania, uczestniczki programu ankietowane na początku III klasy gimnazjum rzadziej jedzą słodczyce i rzadziej piją słodkie napoje gazowane. Tabela 50 zawiera te same informacje, tylko dotyczące najbardziej interesującej nas grupy - poddanej pełnej interwencji.

Tabela 50. Porównanie uczestniczek programu *Zdrowa Ja* – badanie PRZED i EFEKT ODROCZONY tylko w grupie pełnej interwencji (II i III klasa gimnazjum) – dane powiązane

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	PRZED	EFEKT ODROCZONY	p
POZYTYWNE WSKAŹNIKI				
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	15,0	9,1	<0,001
	MVPA>=5 dni	44,2	31,3	<0,001
	VPA> 3 razy w tygodniu	33,4	25,4	<0,001
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	35,8	37,5	0,541
	Jedzenie warzyw codziennie	36,6	34,2	0,159
	Śniadania codziennie w dniach szkolnych	54,0	51,3	0,121
NEGATYWNE WSKAŹNIKI				
Zachowania sedentarne	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	40,3	43,1	0,188
Odżywianie	Picie dosładzanych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu	38,3	31,9	0,002
	Jedzenie słodczych częściej niż 1 raz w tygodniu	76,6	67,7	<0,001
Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	8,6	11,6	0,033
	Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	13,6	18,7	0,001
	Upijanie się w ostatnich 30 dniach	2,2	6,5	<0,001
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	34,7	31,5	0,242
	Zadowolenie z życia poniżej 6 punktów w skali Cantrila	29,1	29,3	0,999

*test McNemara dla danych powiązanych

W większości przypadków te same wskaźniki pogorszyły się w grupie objętej pełną interwencją, które wykazane zostały w ogólnym zestawieniu bazującym na połączonej próbie

programu *Zdrowa Ja*. Dotyczy to spadku aktywności fizycznej i częstszego sięgania po tytoń i alkohol. Pozytywne zmiany (podobnie jak w grupie ogólnej) dotyczą rzadszego jedzenia słodczy i picia słodkich napojów typu cola.

Zmiany w okresie przed i po wakacjach

Sprawdzono też istotność różnic pomiędzy wynikami drugiego i trzeciego badania ankietowego (tab. 51).

Tabela 51. Porównanie uczestniczek programu *Zdrowa Ja* – badanie PO interwencji (czerwiec 2018) i EFEKT ODROCZONY (wrzesień 2018) r. (II i III klasa gimnazjum) – dane powiązane.

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	PO	EFEKT ODROCZONY	p
POZYTYWNE WSKAŹNIKI				
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	13,1	8,2	<0,001
	MVPA>=5 dni	35,8	29,6	<0,001
	VPA> 3 razy w tygodniu	30,4	24,1	<0,001
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	34,1	35,8	0,324
	Jedzenie warzyw codziennie	33,9	33,9	0,521
	Śniadania codziennie w dniach szkolnych	48,0	50,4	0,080
NEGATYWNE WSKAŹNIKI				
Zachowania sedentarne	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	46,2	43,7	0,121
Odżywianie	Picie dosładzanych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu	42,5	34,6	<0,001
	Jedzenie słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu	72,5	67,4	<0,001
Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	9,6	13,1	<0,001
	Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	20,0	21,5	0,146
	Upijanie się w ostatnich 30 dniach	4,6	7,8	<0,001
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	34,9	31,0	0,019
	Zadowolenie z życia poniżej 6 punktów w skali Cantrila	28,6	30,0	0,224

*test McNemara dla danych powiązanych

Wyniki wskazują, że nie udało się utrzymać braku niekorzystnych zmian w odniesieniu do wskaźnika rekomendowanej aktywności fizycznej umiarkowanej MVPA=7. Po okresie

spadku w poprzednim roku szkolnym poprawiła się regularność spożywania śniadań. Cały czas utrzymuje się pozytywna tendencja w zakresie zachowań żywieniowych – dziewczęta rzadziej jedzą słodczyce i coraz rzadziej piją słodkie napoje gazowane. Przy porównaniu tych dwóch badań stwierdzono też istotnie częstsze palenie tytoniu i upijanie się. Zahamowana została tendencja wzrostowa częstości picia alkoholu. Istotne korzystne zmiany dotyczyła też samooceny zdrowia. Odsetek dziewcząt oceniających swoje zdrowie, jako gorsze niż dobre wynosił w trzech punktach pomiarowych odpowiednio 33,5%, 34,9% i 31,0%. Oznacza to istotną poprawę między czerwcem a wrześniem 2018 r.

Tabela 52 zawiera te same informacje dotyczące najbardziej interesującej nas grupy poddanej pełnej interwencji.

Tabela 52. Porównanie uczestniczek programu *Zdrowa Ja* – badanie PO interwencji (czerwiec) i EFEKT ODROCZONY (wrzesień 2018) tylko w grupie pełnej interwencji (II i III klasa gimnazjum) – dane powiązane.

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	Czerwiec 2018	Wrzesień 2018	p
POZYTYWNE WSKAŹNIKI				
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	15,3	9,1	<0,001
	MVPA>=5 dni	38,2	31,3	0,001
	VPA> 3 razy w tygodniu	32,1	25,4	0,004
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	34,6	37,5	0,190
	Jedzenie warzyw codziennie	35,5	34,2	0,327
	Śniadania codziennie w dniach szkolnych	49,6	51,3	0,640
NEGATYWNE WSKAŹNIKI				
Zachowania sedentarne	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	46,1	43,1	0,338
Odżywianie	Picie dosładzanych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu	40,5	31,9	<0,001
	Jedzenie słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu	69,6	67,7	0,393
Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	8,2	11,6	0,006
	Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	20,4	18,7	0,624

	Upijanie się w ostatnich 30 dniach	4,5	6,5	0,036
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	34,3	31,5	0,319
	Zadowolenie z życia poniżej 6 punktów w skali Cantrila	27,6	29,3	0,335

*test McNemara dla danych powiązanych

W grupie objętej pełną interwencją w okresie między czerwcem a wrześniem 2018 r., podobnie jak w całej grupie realizującej program *Zdrowa Ja*, pogorszyła się aktywność fizyczna mierzona wskaźnikami MVPA i VPA. Zwiększył się też istotnie odsetek dziewcząt, które paliły tytoń i które upijały się w ostatnich 30 dniach.

W odniesieniu do negatywnych wskaźników żywieniowych nie stwierdzono dalszego obniżenia się spożycia słodczy, (co było widoczne w ogólnej grupie realizującej program *Zdrowa Ja*), ale wyraźnie dalej obniżyła się częstość picia słodkich napojów.

Zmiany w zakresie subiektywnej oceny zdrowia były zgodne z tendencją obserwowaną w całej grupie realizującej program *Zdrowa Ja*. Jednak przy mniejszej liczebności próby realizującej pełną interwencję poprawa o 2,8% okazała się nieistotna.

Porównanie z zewnętrznymi grupami kontrolnymi

Przyjęto założenie, że dziewczęta, które uczestniczyły w roku szkolnym 2017/18 w programie *Zdrowa Ja* są na początku roku szkolnego 2018/19 w podobnym wieku do dziewcząt ze szkół wylosowanych do ogólnopolskiej próby HBSC 2018. Osiągnięcie przez nie korzystniejszych wskaźników zdrowotnych mogłoby świadczyć o pozytywnym oddziaływaniu programu.

Tabela 53. Porównanie uczennic uczestniczących w programie *Zdrowa Ja* ankietowanych we wrześniu 2018 (EFEKT ODROCZONY) z próbą HBSC 2018 (III klasa gimnazjum) – dane niepowiązane

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	Dziewczęta <i>Zdrowa Ja</i> EFEKT ODROCZONY	Szkoły HBSC 2018	P
POZYTYWNE WSKAŹNIKI				
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	8,2	8,3	0,913
	MVPA>=5 dni	29,6	30,2	0,764
	VPA> 3 razy w tygodniu	24,1	21,9	0,221
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	35,8	37,1	0,536
	Jedzenie warzyw codziennie	33,9	38,8	0,019
	Śniadania codziennie w dniach szkolnych	50,4	55,5	0,017
NEGATYWNE WSKAŹNIKI				
Zachowania sedentarne	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	43,7	48,8	0,018
Odżywianie	Picie dosładzanych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu	34,6	35,8	0,545
	Jedzenie słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu	67,4	73,2	0,003
Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	13,1	19,0	<0,019
	Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	21,5	35,3	<0,001
	Upijanie się w ostatnich 30 dniach	7,8	13,2	<0,001
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	31,0	24,8	0,001
	Zadowolenie z życia poniżej 6 punktów w skali Cantrila	30,0	24,6	0,005

*chi-kwadrat Pearsona

Na korzyść grupy uczestniczek programu *Zdrowa Ja* przemawiają istotnie niższe wartości pięciu wskaźników negatywnych związanych z zachowaniami sedentarnymi, spożywaniem słodczy i sięganiem po substancje psychoaktywne. Jednak równocześnie

uczestniczki programu *Zdrowa Ja* rzadziej niż ich rówieśniczki z próby ogólnopolskiej HBSC spożywały owoce i warzywa oraz gorzej oceniały swoje zdrowie.

Na powyższe różnice mogły mieć wpływ uwarunkowania środowiskowe związane z lokalizacją szkół HBSC i szkół z programu *Zdrowa Ja*. Dlatego punktem odniesienia mogą być też o rok starsze koleżanki z tych samych szkół.

Tabela 54. Porównanie uczennic uczestniczących w programie *Zdrowa Ja* ankietowanych we wrześniu 2018 r. EFEKT ODROCZONY) z próbą uczennic tych samych szkół o rok starszych ankietowanych w listopadzie 2017 r. (III klasa gimnazjum) – dane niepowiązane

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	Dziewczeta <i>Zdrowa Ja</i> EFEKT ODROCZONY	Szkoły <i>Zdrowa Ja</i> III klasa nie objęta programem Listopad 2017	p
POZYTYWNE WSKAŹNIKI				
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	8,2	10,0	0,200
	MVPA>=5 dni	29,6	33,8	0,156
	VPA> 3 razy w tygodniu	24,1	20,8	0,111
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	35,8	34,4	0,539
	Jedzenie warzyw codziennie	33,9	36,5	0,265
	Śniadania codziennie w dniach szkolnych	50,4	57,5	0,003
NEGATYWNE WSKAŹNIKI				
Zachowania sedentarne	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	43,7	46,6	0,234
Odżywianie	Picie dosładzanych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu	34,6	32,1	0,276
	Jedzenie słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu	67,4	71,8	0,055

Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	13,1	18,9	0,001
	Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	21,5	30,4	<0,001
	Upijanie się w ostatnich 30 dniach	7,8	11,3	0,015
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	31,0	26,3	0,034
	Zadowolenie z życia poniżej 6 punktów w skali Cantrila	30,0	25,9	0,065

*chi-kwadrat Pearsona

W tym przypadku różnice między dwoma grupami są mniejsze niż przy porównaniu z próbą HBSC. Dziewczęta po zrealizowaniu rocznego programu interwencyjnego zdecydowanie rzadziej sięgają po substancje psychoaktywne. Rzadziej też jedzą słodczyce (wynik na granicy istotności statystycznej). Na ich niekorzyść przemawia jednak rzadsze spożywanie śniadań i ogólnie gorsza samoocena zdrowia.

Różnice między grupami interwencyjnymi w drugim i trzecim pomiarze

Tabela 55. Porównanie uczennic uczestniczących w programie *Zdrowa Ja* ankietowanych PO interwencji wg typu interwencji – dane niepowiązane

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	Typ interwencji			p og.	P 1&2	p 1&3	p 2&3
		P	M	Z				
		1	2	3				
POZYTYWNE WSKAŹNIKI								
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	15,3	10,0	11,7	0,076	0,038	0,158	0,542
	MVPA>=5 dni	38,2	28,5	38,0	0,017	0,006	0,947	0,021
	VPA> 3 razy w tygodniu	32,1	25,5	32,7	0,114	0,054	0,851	0,069
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	34,6	30,4	36,7	0,291	0,227	0,553	0,125
	Jedzenie warzyw codziennie	35,5	29,7	35,8	0,218	0,103	0,915	0,136
	Śniadania codziennie w	49,6	40,2	50,9	0,020	0,011	0,713	0,014

	dniach szkolnych							
NEGATYWNE WSKAŹNIKI								
Zachowania sedentarne	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	46,1	48,6	45,3	0,711	0,488	0,829	0,440
Odżywianie	Picie dosładzanych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu	40,5	50,4	39,5	0,014	0,007	0,776	0,012
	Jedzenie słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu	69,6	76,7	74,9	0,061	0,033	0,113	0,624
Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	8,2	10,4	11,8	0,217	0,288	0,093	0,620
	Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	20,4	17,3	21,5	0,445	0,286	0,726	0,227
	Upijanie się w ostatnich 30 dniach	4,5	4,6	4,6	0,977	0,939	0,975	0,969
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	34,3	37,7	33,8	0,576	0,344	0,886	0,356
	Zadowolenie z życia poniżej 6 punktów w skali Cantrila	27,6	30,9	28,5	0,624	0,332	0,778	0,559

*chi-kwadrat Pearsona; p-pełna, m-minimalna, z-zerowa

Wcześniej, w tabeli 22 porównano trzy grupy interwencyjne pod względem analizowanych 14 wskaźników zdrowotnych. Powstaje pytanie, czym różniły się te grupy w kolejnych dwóch badaniach, w czerwcu (tab.55) i we wrześniu 2018 roku (tab.56), czyli PO interwencji i w EFEKCIE ODROCZONYM.

Tabela 56. Porównanie uczennic uczestniczących w programie *Zdrowa Ja* - EFEKT ODROCZONY wg typu interwencji – dane niepowiązane.

Obszar	Wskaźniki zdrowotne (%)	Typ interwencji			p og.	p 1&2	p 1&3	p 2&3
		P	M	Z				
		1	2	3				
POZYTYWNE WSKAŹNIKI								
Aktywność fizyczna	MVPA= 7 dni	9,1	7,8	6,0	0,293	0,540	0,121	0,411
	MVPA≥5 dni	31,3	23,5	31,2	0,057	0,021	0,972	0,050
	VPA> 3 razy w tygodniu	25,4	21,7	24,1	0,525	0,258	0,681	0,530
Odżywianie	Jedzenie owoców codziennie	37,5	32,0	34,6	0,285	0,125	0,410	0,536
	Jedzenie warzyw codziennie	34,2	31,1	35,1	0,587	0,378	0,797	0,334
	Śniadania codziennie w dniach szkolnych	51,3	48,4	50,0	0,737	0,442	0,723	0,721
NEGATYWNE WSKAŹNIKI								
Zachowania sedentarne	Spędzanie przy komputerze powyżej 3 godzin dziennie w dniach szkolnych	43,1	44,5	44,5	0,895	0,706	0,703	0,999
Odżywianie	Picie dosładzanych napojów częściej niż 1 raz w tygodniu	31,9	43,7	32,6	0,003	0,001	0,875	0,009
	Jedzenie słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu	67,7	66,4	67,9	0,917	0,710	0,949	0,712

Substancje psychoaktywne	Palenie tytoniu w ostatnich 30 dniach	11,6	15,4	14,3	0,258	0,129	0,264	0,732
	Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach	18,7	23,2	26,7	0,022	0,126	0,007	0,362
	Upijanie się w ostatnich 30 dniach	6,5	10,2	8,6	0,158	0,062	0,265	0,535
Subiektywna ocena zdrowia	Zdrowie gorsze niż dobre	31,5	32,3	27,9	0,489	0,815	0,293	0,276
	Zadowolenie z życia poniżej 6 punktów w skali Cantrila	29,3	28,2	31,4	0,712	0,731	0,541	0,422

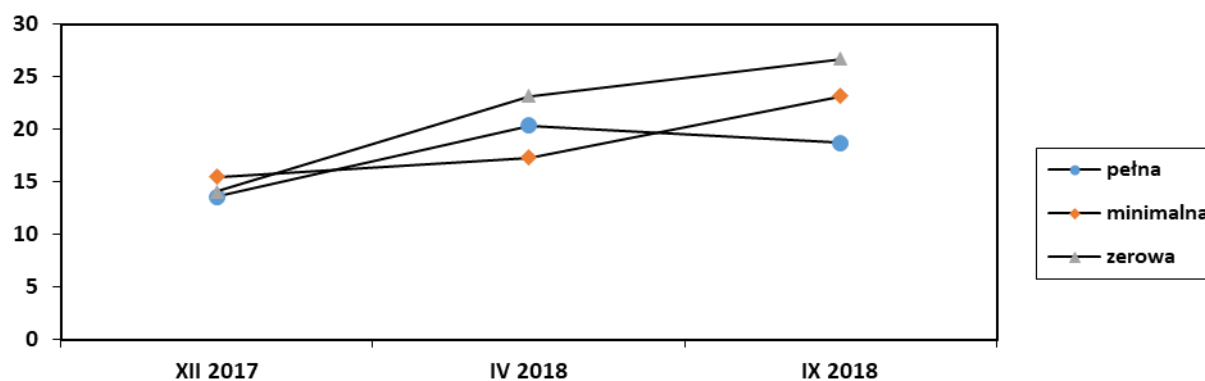
*chi-kwadrat Pearsona; p-pełna, m-minimalna, z-zerowa

Analizując wyniki badania PO interwencji, stwierdzono, że nadal dziewczęta z grupy o minimalnej interwencji wykazują najniższą aktywność fizyczną, jak również osiągają najmniej korzystne wartości pozytywnych wskaźników żywieniowych. Grupa ta osiąga również najwyższe wartości większości wskaźników negatywnych. Nie zauważono różnic pomiędzy grupą o pełnej i zerowej interwencji.

W końcowym badaniu (EFEKT ODROCZONY) utrzymała się różnica w częstotliwości picia dosładzanych napojów przez dziewczęta z różnych grup interwencyjnych oraz różnica w podejmowaniu aktywności fizycznej na poziomie średnim lub rekomendowanym (MVPA \geq 5dni). Zredukowała się różnica w regularności jedzenia śniadań oraz spożywania słodczy w porównaniu z badaniem PO prowadzonym tuż po zakończeniu interwencji. Po okresie wakacyjnym pojawiła się też różnica w częstotliwości picia alkoholu. Wyraźnie rzadziej piją alkohol dziewczęta z grupy objętej pełną interwencją.

Poprzez porównanie wyników przedstawionych w tab. 54, tab. 55 i tab. 56 można nakreślić trajektorie zmian swoiste dla grup interwencyjnych. Zmiany częstotliwości picia alkoholu wydają się tu być interesującym przykładem (ryc. 28). Wszystkie trzy grupy charakteryzowała podobna skala zjawiska w świetle badań z grudnia 2017 r. We wszystkich trzech grupach zanotowano tendencję wzrostową. Jednak w grupie objętej pełną interwencją została ona zahamowana i po okresie wakacyjnym dziewczęta nie piły alkoholu częściej niż przed

wakacjami. W pozostałych dwóch grupach utrzymała się po wakacjach tendencja wzrostowa, a w grupie objętej tzw. interwencją zerową wskaźnik wrześnieiowy był istotnie większy niż w pozostałych dwóch grupach. Mimo ogólnej tendencji wzrostowej w częstości picia alkoholu, dziewczęta z programu *Zdrowa Ja*, zbliżając się do wieku 15 lat, nie osiągnęły tak wysokich wskaźników jak w dwóch zewnętrznych grupach kontrolnych 15-latek.



Rycina 28. Odsetek dziewcząt, które piły alkohol w ostatnich 30 dniach w trzech grupach interwencyjnych – porównania wyników trzech badań.

Na dalszym etapie prac nad oceną skuteczności programu *Zdrowa Ja* wykraczających poza wstępną ocenę prezentowaną w tym opracowaniu zespół realizatorów planuje uwzględnienie analiz zmian wskaźników w trzech grupach z oceną statystyczną za pomocą modeli mieszanych (łączyjących dane powiązane i niepowiązane). Planuje się też włączenie do oceny skuteczności innych wskaźników poza czternastoma opisanymi w tym opracowaniu.

Zmiany kompetencji społecznych w okresie prowadzenia programu

Analiza zmian kompetencji społecznych stanowi uzupełnienie wstępnej oceny skuteczności programu *Zdrowa Ja*. Trudno ją było włączyć do poprzedniego szablonu porównującego w różnych przekrojach pięć grup dziewcząt oraz trzy punkty czasowe.

Ponadto, początkowo nie planowano tego typu analiz w założeniach metodologicznych wstępnej oceny skuteczności. Uwzględnienie tego typu analiz uznano jednak za niezbędne, ponieważ jedna z faz interwencji dotyczyła wzmacniania kompetencji osobistych 15-letnich dziewcząt. Była to druga (po aktywności fizycznej) interwencja, realizowana pod koniec I semestru roku szkolnego 2017/18.

Tabela 57. Wymiary cząstkowe Skali Kompetencji Osobistej i ich rzetelność.

	Skala Siły	Skala Wytrwałości
Wprowadzenie do bloku pytań	Zazwyczaj, gdy znajduję się w kłopotliwej dla mnie sytuacji...	Zazwyczaj, gdy zamierzam zrobić coś dla mnie ważnego...
Orientacja negatywna	.. znajduję jakieś rozwiązanie	... robię to nawet, jeśli jestem bardzo zmęczony
Orientacja pozytywna	... tracę głowę	... rezygnuję z tego, gdy nie widzę szans powodzenia
Rzetelność wg Cronbacha		
- grudzień 2017	0,739	0,674
- wrzesień 2018	0,798	0,643

Podstawą analiz jest Skala Kompetencji Osobistej (KompOs) Juczyńskiego, narzędzia stanowiącego wariant skali uogólnionego poczucia własnej skuteczności opracowanego z myślą o nastolatkach. Skalę tę włączono do badań ankietowych realizowanych w ramach projektu *Zdrowa Ja* dwukrotnie - PRZED interwencją i w EFEKCIE ODROCZONYM. Nie zawierało jej badanie PO zakończeniu interwencji, ani kwestionariusze dla dziewcząt z zewnętrznych grup kontrolnych (rok starsze od uczestniczek programu uczennice ze szkół, w których realizowany był program *Zdrowa Ja* oraz uczennice III klas gimnazjum z ogólnopolskiej próby HBSC). Przykładowe pytania KompOs i własności skal cząstkowych przedstawiono w tabeli 58.

Tabela 58. Wymiary cząstkowe Skali Kompetencji Osobistej i ich rzetelność.

	Skala Siły	Skala Wytrwałości
Wprowadzenie do bloku pytań	Zazwyczaj, gdy znajduję się w kłopotliwej dla mnie sytuacji...	Zazwyczaj, gdy zamierzam zrobić coś dla mnie ważnego...
Orientacja negatywna	... znajduję jakieś rozwiązanie	... robię to nawet, jeśli jestem bardzo zmęczony
Orientacja pozytywna	... tracę głowę	... rezygnuję z tego, gdy nie widzę szans powodzenia
Rzetelność wg Cronbacha		
- grudzień 2017	0,739	0,674
- wrzesień 2018	0,798	0,643

Na potrzeby realizacji programu zakupiony został odpowiedni nakład oryginalnych narzędzi KompOs w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego wraz z podręcznikiem zawierającym opis skali i interpretacji wyników⁴⁵.

Skala KompOs składa się z dwóch skal cząstkowych, zawierających po 6 stwierdzeń, naprzemiennie sformułowanych pozytywnie i negatywnie. Dotyczą one odpowiednio **siły** i **wytrwałości**. Dotyczą one więc przekonania o możliwości pokonania okresowych przeciwności sytuacyjnych oraz konsekwencji w próbach osiągnięcia zamierzonego celu. Przewidziano cztery kategorie odpowiedzi: dla Skali Siły od *tak* do *nie*, a dla Skali Wytrwałości od *prawie zawsze* do *prawie nigdy*. Obliczanie wyniku sumarycznego wymaga przekodowania pytań skierowanych negatywnie. Uzyskuje się dwa indeksy przyjmujące zakres od 6 do 24 punktów oraz indeks ogólny o zakresie od 12 do 48 punktów. Wysoka punktacja oznacza lepsze kompetencje.

Podobnie jak w cytowanym już opracowaniu autora tego narzędzia potwierdzona została większa rzetelność Skali Siły niż Skali Wytrwałości (tab.34). Potwierdzona została też jednoczynnikowa struktura Skali Siły w obu punktach pomiarowych (odpowiednio 43,7% oraz 50,5% wyjaśnianej wariancji). Analiza czynnikowa sześciu pytań Skali Wytrwałości sugeruje raczej strukturę dwuczynnikową, a dwa czynniki odpowiadają pytaniom pierwotnie zorientowanym negatywnie i pozytywnie. Można to odrębnie interpretować, jako czynnik wysokiej mobilizacji i rezygnacji (po przekodowaniu braku rezygnacji).

Interpretując wyniki skali KompOs, podaje się zwykle wartości średnie lub kategorie niskiej, przeciętnej i wysokiej kompetencji, wyróżnione według wartości stenów. Dla ogólnego indeksu wynik niski to od 12 do 30 punktów (1-4 sten), przeciętny od 32 do 36 punktów (5-6 sten), a wysoki od 37 do 48 punktów (7-10 sten).

Dziewczęta badane w ramach programu *Zdrowa Ja* uzyskały w grudniu 2017 roku dla ogólnego indeksu KompOs średni wynik 34,70 (SD=5,33), a we wrześniu 34,32 (SD=5,20). Odsetek wartości niskich też był zbliżony (20,7% oraz 21,2%) w dwóch punktach pomiarowych). Równocześnie jednak obniżył się odsetek dziewcząt w wynikami powyżej 6 stena z 39,2% do 34,6% ($p=0,069$ w teście McNemara).

Wartość średnia indeksu ogólnego jest zbliżona w naszych badaniach do wartości podanej przez Z. Juczyńskiego dla populacji młodzieży 15-letniej – bez podziału na płeć 33,74

⁴⁵ Juczyński Z.: Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Warszawa 2017

(SD=5,17) . Należy podkreślić, że próba dziewcząt uczestniczących w programie *Zdrowa Ja* jest reprezentatywna dla kraju i ma kilkakrotnie większą liczebność od populacji normatywnej wykorzystanej przy budowie skali KompOs (210 osób w wieku 15 lat służyło do wstępnego określenia normy).

W tabeli 59 porównano zmiany kompetencji osobistej nastolatków w dwóch okresach badań, stosując nieparametryczny test dla danych zależnych Wilcoxon. Porównano też trzy grupy interwencyjne odpowiednim testem Kruskala-Wallisa dla trzech prób niepowiązanych.

Tabela 59. Zmiana średnich indeksów Skali Kompetencji Osobistej w dwóch okresach badań.

	Ogółem N=1173	Typ interwencji			p – dane niezależne
		Pełna N=629	Minimalna N=267	Zerowa N=277	
Indeks ogólny					
Grudzień 2017	34,70±5,33	34,98±5,54	34,87±5,04	33,89±5,06	0,016
Wrzesień 2018	34,32±5,20	34,53±5,21	34,04±5,48	34,19±4,95	0,551
p – dane zależne	0,035	0,022	0,052	0,290	
Skala Siły					
Grudzień 2017	17,40±3,18	17,53±3,13	17,57±3,21	16,96±3,23	0,035
Wrzesień 2018	17,14±3,24	17,26±3,16	17,14±3,41	16,92±3,31	0,490
p – dane zależne	0,029	0,014	0,256	0,804	
Skala Wytrwałości					
Grudzień 2017	17,27±3,32	17,39±3,44	17,32±3,05	16,95±3,33	0,219
Wrzesień 2018	17,16±3,14	17,26±3,14	16,89±3,19	17,23±3,11	0,460
p – dane zależne	0,247	0,228	0,083	0,236	

Wykazano niewielkie, ale istotne statystycznie, pogorszenie indeksu ogólnego i indeksu siły. Najmniej korzystne zmiany dotyczyły interwencji pełnej i minimalnej. Między badaniem PRZED podjęciem interwencji a EFEKTEM ODROZONYM zredukowały się też różnice między grupami interwencyjnymi. Różnice takie zanotowano w momencie startowym i były

obserwowane w odniesieniu do oceny ogólnej i skali cząstkowej siły. Wyrównanie poziomów wiązało się ze wspomnianym pogorszeniem w grupie interwencji pełnej, przy niewielkiej (nieistotnej) poprawie w grupie kontrolnej. W momencie startowym grupa interwencji zerowej osiągała najgorszy wynik.

Powstaje też pytanie, jak zmieni się wnioskowanie, jeśli uwzględnimy dwuczynnikową strukturę skali wytrzymałości, osobno analizując czynnik mobilizacji i przewycięzania rezygnacji. Wyniki przedstawione w tabeli 60 wskazują tylko na pogorszenie w obszarze rezygnacji.

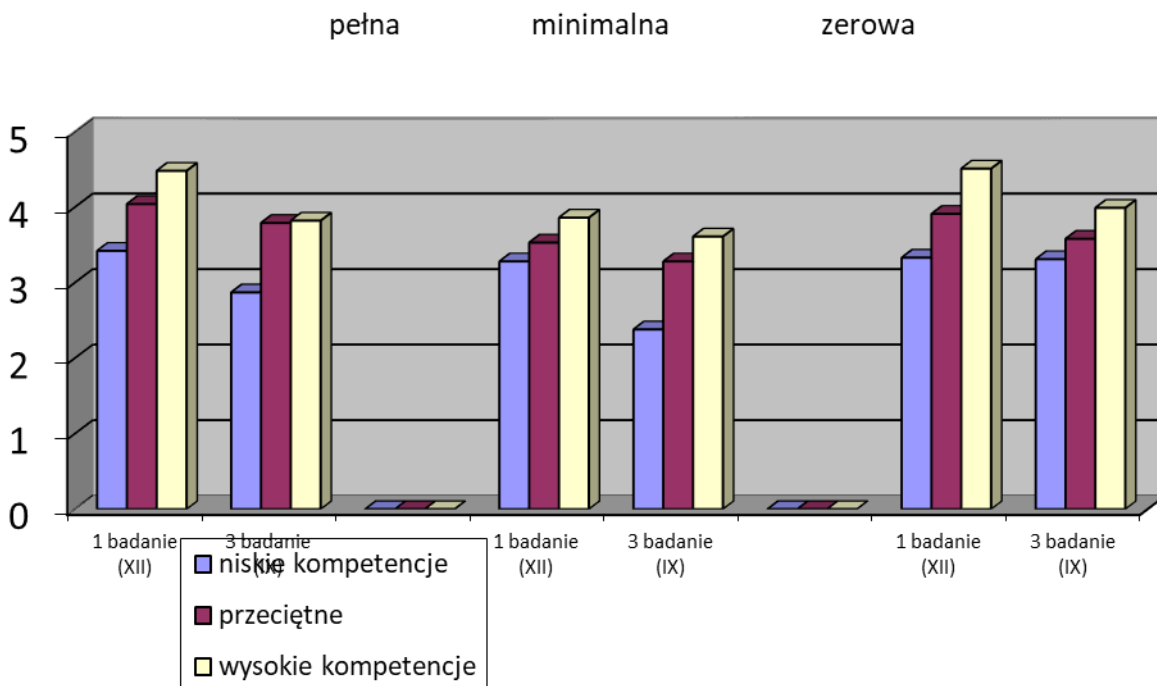
W obu badaniach te dwa czynniki były ze sobą istotnie dodatnio skorelowane, ale współczynnik korelacji obniżył się w świetle wyników z września w porównaniu z grudniem (r Spearmana odpowiednio 0,375 i 0,275), co wymagałoby pogłębionych analiz.

Zarówno w odniesieniu do mobilizacji, jak i rezygnacji nie wykazano różnic między grupami interwencyjnymi w obu okresach badań. Niekorzystne istotne zmiany w zakresie rezygnacji ujawniły się tylko w grupie interwencji minimalnej, która w innych analizach prezentowanych w raporcie też okazała się grupą osiągającą najmniej korzystne efekty.

Tabela 60. Zmiana średnich indeksów cząstkowych Skali Kompetencji i Wytrwałości w dwóch okresach badań.

	Ogółem N=1173	Typ interwencji			p – dane niezależne
		Pełna N=629	Minimalna N=267	Zerowa N=277	
Skala Wytrwałości					
Grudzień 2017	17,27±3,32	17,39±3,44	17,32±3,05	16,95±3,33	0,219
Wrzesień 2018	17,16±3,14	17,26±3,14	16,89±3,19	17,23±3,11	0,460
p – dane zależne	0,247	0,228	0,083	0,236	
Mobilizacja					
Grudzień 2017	8,07±2,08	8,16±2,09	8,03±2,00	7,92±2,13	0,236
Wrzesień 2018	8,11±2,03	8,15±2,06	8,09±2,05	8,08±1,98	0,926
p – dane zależne	0,153	0,520	0,557	0,174	
Brak rezygnacji					
Grudzień 2017	9,20±1,94	9,21±2,01	9,29±1,84	9,08±1,87	0,293
Wrzesień 2018	9,02±1,96	9,07±1,92	8,79±2,10	9,13±1,91	0,169
p – dane zależne	0,020	0,208	0,004	0,882	

Niewielkie zmiany w poziomie kompetencji osobistych czy też i mniej korzystny od oczekiwanego kierunek nie zmieniają faktu, że jest to cecha ściśle powiązana z zachowaniami zdrowotnymi, w tym z aktywnością fizyczną. Na rycinie 5 przedstawiono średni poziom MVPA w trzech grupach interwencyjnych w kategoriach niskich, przeciętnych i wysokich kompetencji osobistych. We wszystkich sześciu przypadkach wyraźnie lepszą aktywność fizyczną reprezentują dziewczęta o wysokich kompetencjach.



Rycina 29. Średni wskaźnik MVPA wg poziomu kompetencji osobistych dziewcząt w dwóch okresach badań i trzech grupach interwencyjnych.

Te wstępne wyniki pozwalają wnioskować, że uczestniczenie w Programie *Zdrowa Ja* nie sprzyjało wzmocnieniu kompetencji osobistych dziewcząt, mimo że był to temat zajęć warsztatowych i wyzwań na aplikacjach mobilnych. Należy jednak pamiętać o tym czynniku w innych opracowaniach, jako potencjalnie modyfikującym inne zależności. Cały czas utrzymuje się związek aktywności fizycznej z kompetencjami osobistymi. Warto byłoby też w kolejnych analizach sięgnąć do innych pytań i skal wykorzystanych w omawianych badaniach ankietowych, mierzących konstrukty pokrewne do kompetencji osobistych (kompetencje zdrowotne, orientacja na cel, skuteczność w relacjach społecznych). Należy też zwracać uwagę na strukturę czynnikową wykorzystywanych skal, ponieważ w badaniach podłużnych mogą pojawić się przeciwstawne tendencje w odniesieniu do skal cząstkowych tego samego narzędzia.

Istotny uzupełniający element oceny skuteczności programu stanowi raport z telemonitoringu, stanowiący odrębne opracowanie z zadań zrealizowanych w 2018 roku oraz analizą zmian w zakresie pomiarów antropometrycznych.

Podsumowanie

Porównanie **badania wstępnego** uczennic ze szkół uczestniczących w programie *Zdrowa Ja* (grudzień 2017 r.) z próbą HBSC 2018 (III klasa gimnazjum) nie wykazało istotnych różnic między tymi dwoma grupami. Stwierdzono jedynie, że w ogólnopolskiej próbie HBSC dziewczęta częściej niż rówieśniczki ze szkół programu *Zdrowa Ja* deklarowały picie alkoholu.

Analiza grup o różnym typie interwencji wykazała różnice w pozytywnych wskaźnikach aktywności intensywnej do umiarkowanej (MVPA). W badaniu wstępnym grupa poddana pełnej interwencji miała najwyższy poziom aktywności fizycznej, a najgorzej wypadła w zestawieniu grupa o interwencji minimalnej (grupa M). Ponadto w tej grupie dziewczęta częściej deklarowały picie alkoholu w ostatnim miesiącu.

Ponieważ od września do listopada (badanie PRZED rozpoczęciem interwencji) program był nagłośniony w szkole i środowisku poprzez media elektroniczne, mogło to wpłynąć na fakt, że szkoły z grupami pełnej interwencji startowały z wyższego poziomu aktywności, co mogło być wynikiem tzw. efektu spustowego (*trigger effect*). Taki „szybki sukces” jednak trudno dłużej utrzymać.

W obrębie całej grupy dziewcząt (o wszystkich typach interwencji), **w ciągu pół roku** (między badaniem PRZED i PO interwencji) trzy wskaźniki negatywne uległy pogorszeniu (czas spędzany przy komputerze, częste picie słodkich napojów typu „cola”, picie alkoholu w ostatnich 30 dniach). Istotnie obniżyła się częstość spożywania słodczy, co jest stwierdzonym głównym efektem pozytywnym. Odsetek dziewcząt spełniających rekomendacje ekspertów dotyczące MVPA pozostał na jednakowym, bardzo niskim poziomie. Za pewien sukces można jednak uznać zahamowanie spadku tego wskaźnika, który zwykle następuje w tym wieku.

Korzystniejsze tendencje zaobserwowano w grupie realizującej pełną interwencję. W obszarze negatywnych wskaźników nie zanotowano istotnych niekorzystnych zmian w zakresie spożywania słodkich napojów gazowanych, co było widoczne w grupie ogólnej. Podobnie jak w grupie ogólnej zmniejszyła się częstość spożywania słodczy.

Po analizie efektu odroczonego (badanie po roku od wdrożenia programu) w ogólnej grupie zaobserwowano spadek aktywności fizycznej, który dotyczył wszystkich trzech wskaźników. W grupie wskaźników negatywnych zwiększyła się częstość używania substancji psychoaktywnych. Pozytywne zmiany dotyczą odżywiania, uczestniczki programu ankietowane na początku III klasy gimnazjum rzadziej jedzą słodczy i rzadziej piją słodkie napoje gazowane. W większości przypadków te same wskaźniki pogorszyły się w grupie objętej pełną interwencją.

Po wakacjach (badanie PO interwencji vs efekt odroczone), po okresie spadku w poprzednim roku szkolnym poprawiła się regularność spożywania śniadań. Cały czas utrzymuje się pozytywna tendencja w zakresie zachowań żywieniowych – dziewczęta rzadziej jedzą słodczy i coraz rzadziej piją słodkie napoje gazowane. Przy porównaniu tych dwóch badań stwierdzono też istotnie częstsze palenie tytoniu i upijanie się. Zahamowana została natomiast tendencja wzrostowa częstości picia alkoholu. Istotne korzystne zmiany dotyczyły też samooceny zdrowia. W grupie objętej pełną interwencją, podobnie jak w całej grupie realizującej program *Zdrowa Ja*, pogorszyła się aktywność fizyczna mierzona wskaźnikami MVPA i VPA. Zwiększył się też istotnie odsetek dziewcząt, które paliły tytoń i które upijały się w ostatnich 30 dniach.

W porównaniu z grupą kontrolną HBSC, na korzyść grupy uczestniczek programu *Zdrowa Ja* przemawiają istotnie niższe wartości pięciu wskaźników negatywnych związanych z zachowaniami sedentarnymi, spożywaniem słodczy i sięganiem po substancje psychoaktywne. Rzadziej jednak spożywały owoce i warzywa i gorzej oceniały swoje zdrowie. Natomiast **w porównaniu z o rok starszymi dziewczętami ze szkół z programu *Zdrowa Ja***, różnice były mniejsze. Dziewczęta po zrealizowaniu rocznego programu interwencyjnego zdecydowanie rzadziej sięgają po substancje psychoaktywne. Rzadziej też jedzą słodczy. Na ich niekorzyść przemawia jednak rzadsze spożywanie śniadań i ogólnie gorsza samoocena zdrowia.

PO interwencji i w EFEKCIE ODROCZONYM zidentyfikowano różnice między grupami o różnym typie interwencji. Analizując wyniki PO, stwierdzono, że nadal dziewczęta z grupy o minimalnej interwencji wykazują najniższą aktywność fizyczną, jak również osiągają najmniej korzystne wartości pozytywnych wskaźników żywieniowych. Grupa ta osiąga również najwyższe wartości większości wskaźników negatywnych. Nie zauważono różnic pomiędzy grupą o pełnej i zerowej interwencji. W EFEKCIE ODROCZONYM zredukowała

się różnica w regularności jedzenia śniadań oraz spożywania słodyczy w porównaniu z badaniem prowadzonym tuż PO zakończeniu interwencji. Po okresie wakacyjnym pojawiła się też różnica w częstości picia alkoholu. Wyraźnie rzadziej piją alkohol dziewczęta z grupy objętej pełną interwencją. Wszystkie trzy grupy charakteryzowała podobna skala tego zjawiska w świetle badań z grudnia 2017 r. We wszystkich trzech grupach zanotowano tendencję wzrostową. Jednak w grupie objętej pełną interwencją została ona zahamowana i po okresie wakacyjnym dziewczęta nie piły alkoholu częściej niż przed wakacjami. W pozostałych dwóch grupach utrzymała się po wakacjach tendencja wzrostowa, a w grupie objętej tzw. interwencją zerową wskaźnik wrześnieowy był istotnie większy niż w pozostałych dwóch grupach.

Analiza zmian kompetencji społecznych (Skala Kompetencji Osobistej (KompOs) *Juczyńskiego*) stanowiła uzupełnienie wstępnej oceny skuteczności programu *Zdrowa Ja*. Zbadano średni poziom MVPA w trzech grupach interwencyjnych w kategoriach niskich, przeciętnych i wysokich kompetencji osobistych. We wszystkich przypadkach wyraźnie lepszą aktywność fizyczną reprezentują dziewczęta o wysokich kompetencjach. Wstępne wyniki wykazały jednak, że uczestniczenie w Programie *Zdrowa Ja* nie wzmocniło kompetencji osobistych dziewcząt, mimo że był to temat zajęć warsztatowych i wyzwania na aplikacjach mobilnych.

6.2.2. Realizacja oczekiwanych efektów na podstawie subiektywnej oceny dziewcząt

Opierając się na subiektywnej ocenie uczestniczek projektu, analizowano stopień osiągnięcia oczekiwanych efektów, tj. zmian, które mogły być efektem realizacji projektu. Przeprowadzono także ocenę sukcesów i niepowodzeń realizowanego programu.

Analizie poddano dane zgromadzone w końcowej fazie projektu oraz dwa miesiące po jego zakończeniu, uzyskane z wywiadów pogłębionych przeprowadzonych z uczestniczkami projektu (czerwiec 2018) oraz badań ankietowych (czerwiec 2018, wrzesień 2018). Oceniano, w jaki sposób udział w projekcie wpłynął na zmianę w zakresie wybranych obszarów związanych z ich zdrowiem i funkcjonowaniem w środowisku. Ponadto, jakie są sukcesy (dobre strony) i niepowodzenia (słabe strony) projektu w opinii dziewcząt.

Subiektywna ocena wpływu udziału w projekcie Zdrowa Ja na wybrane obszary związane ze zdrowiem

Dziewczęta oceniały wpływ udziału w projekcie na 11 obszarów związanych ze zdrowiem, zachowanymi zdrowotnymi, kompetencjami osobistymi, kompetencjami i relacjami. Rozkład odpowiedzi przedstawiono w Tabeli 61.

Tabela 61. Wpływ uczestnictwa w programie *Zdrowa Ja* na poprawę różnych obszarów związanych ze zdrowiem w opinii uczestniczek, czerwiec 2018

Oceniany obszar	pogorszenie		brak poprawy		nievelka poprawa		średnia poprawa		wyrażna poprawa	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Wiedza na temat aktywności fizycznej	9	0,8	245	21,4	333	29,1	373	32,5	186	16,2
Wiedza na temat kompetencji osobistych	11	1,0	269	23,5	370	32,3	352	30,7	143	12,5
Wiedza na temat odżywiania	8	0,7	209	18,2	261	22,8	390	34,0	278	24,3
Samopoczucie	57	5,0	340	29,7	288	25,1	295	25,7	166	14,5
Poczucie własnej wartości	73	6,4	422	36,8	238	20,8	278	24,3	135	11,8
Umiejętność wyznaczania celów	21	1,8	386	33,8	279	24,5	270	23,7	185	16,2
Wytrwałość w dążeniu do celu	16	1,4	371	32,5	285	25,0	269	23,6	201	17,6
Chęć bycia coraz lepszą	19	1,7	259	22,6	282	24,6	304	26,6	281	24,5
Chęć uzyskiwania coraz lepszych wyników	17	1,5	253	22,1	275	24,0	339	29,6	260	22,7
Sprawność fizyczna	28	2,4	252	22,0	284	24,8	323	28,2	258	22,5
Czas poświęcony na aktywność fizyczną	21	1,8	288	25,2	278	24,3	324	28,4	231	20,2

Zainteresowanie aktywnością fizyczną	26	2,3	311	27,3	264	23,1	291	25,5	249	21,8
Sposób odżywiania	23	2,0	313	27,3	307	26,8	305	26,6	197	17,2
Relacje z nauczycielami	39	3,4	461	40,3	243	21,3	255	22,3	145	12,7
Relacje z rówieśnikami	23	2,0	405	35,5	258	22,6	243	21,3	213	18,7
Relacje z rodziną	32	2,8	485	42,4	201	17,6	214	18,7	211	18,5
Wiara w siebie	56	4,9	430	37,6	252	22,0	251	21,9	156	13,6
Czas poświęcony na wspólne aktywności z rodziną	30	2,6	564	49,3	249	21,8	199	17,4	101	8,8
Czas poświęcony na wspólne aktywności z koleżankami	20	1,7	421	36,8	286	25,0	256	22,4	162	14,1
Chęć współpracy z różnymi osobami	27	2,4	451	39,3	294	25,6	247	21,5	128	11,2
Stosunek do szkoły	113	9,9	495	43,2	236	20,6	213	18,6	90	7,8

Niewielki odsetek dziewcząt wskazywał na pogorszenie różnych ocenianych obszarów. Odsetki wahały się od 0,7% dla wiedzy na temat odżywiania do 9,9% dla stosunku do szkoły. Około 1/4 nastolatków uznało, że w wyniku udziału w programie zdecydowanie poprawiła się ich wiedza na temat odżywiania (24,3%) oraz dążenie do bycia lepszą (24,5%). Co piąta wskazywała na wyraźną poprawę w obszarze chęci uzyskiwania coraz lepszych wyników (22,7%) i różnych aspektów związanych z aktywnością fizyczną: poprawę sprawności fizycznej (22,5%), czas poświęcony na aktywność fizyczną (20,2%) i zainteresowanie sportem i aktywnością fizyczną (21,8%).

Biorąc pod uwagę typ interwencji, do którego zakwalifikowana była uczestniczka, zanotowano istotne statystycznie różnice w ocenie trzech obszarów: relacji z rodziną ($p < 0,05$), wiary w siebie ($p < 0,05$), chęci współpracy z innymi (rówieśnikami, nauczycielami, rodzicami)

($p < 0,01$). Najbardziej korzystne oceny we wskazanych obszarach występowały w grupie o minimalnej interwencji (grupa 2).

Subiektywna ocena programu i jego wpływu na zachowania zdrowotne dziewcząt, a efekty programu w wymiarze aktywności fizycznej

Przeanalizowano odpowiedzi na pytania zamknięte zawarte w kwestionariuszu wypełnianym przez uczestniczki programu w czerwcu 2018 r., tzn. po zakończeniu interwencji.

Było to jedno pytanie na temat ogólnego zadowolenia z uczestniczenia w programie *Zdrowa Ja* (kafeteria złożona z pięciu odpowiedzi od 1 – bardzo niezadowolona do 5- bardzo zadowolona) oraz 21 pytań na temat wpływu programu na różne obszary funkcjonowania dziewcząt. Wyróżniono tu również pięć kategorii odpowiedzi (od 1- pogorszenie do 5- wyraźna poprawa).

We załączonym wstępnym opracowaniu wyników skoncentrowano się na:

- porównaniu oceny (subiektywnego odbioru) programu w grupach różniących się typem interwencji;
- porównaniu pod tym względem szkół uczestniczących w programie;
- analizie związku między odbiorem programu a zmianą aktywności fizycznej;
- analizą związku między odbiorem programu a postrzeganiem barier w podejmowaniu aktywności fizycznej.

Niezależnie od analizy pełnego rozkładu odpowiedzi na pytania ewaluacyjne zbudowano zbiorczy indeks wpływu programu. Przyjęto robocze założenie o jednoczynnikowej strukturze tej skali. Ładunki czynnikowe na głównej składowej wahają się przy założeniu homogeniczności skali od 0,677 (wiedza na temat kompetencji osobistych) do 0,827 (wytrwałość w dążeniu do celu). Współczynnik alfa-Cronbacha wynosi 0,965. Zbiorczy indeks o zakresie 0-84 punkty uzyskano dla 1097 dziewcząt.

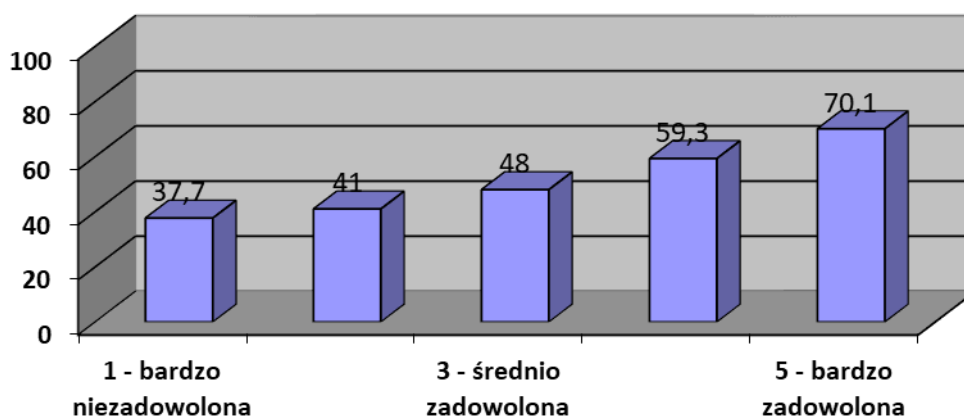
Wyniki

Ogólna ocena programu

Uzyskano średnią wartość indeksu wpływu programu $46,22 \pm 17,94$, co stanowi 55% oceny maksymalnej do uzyskania.

W niezależnym pytaniu na temat ogólnego zadowolenia z programu 15,4% uczestniczek dało ocenę negatywną (odpowiedzi 1-2), 64,5% ocenę przeciętną, a 20,1% ocenę zdecydowanie pozytywną.

Ogólna ocena zadowolenia z programu wyraźnie koreluje z ogólną oceną wpływu, jaki miał Program na jego uczestniczki. Dziewczeta bardzo zadowolone uzyskały już wynik stanowiący 70% oceny maksymalnej, jeśli chodzi o łączny wpływ programu na 21 obszarów ich funkcjonowania (ryc. 30).



Ryc. 30. Średnia ocena wpływu programu *Zdrowa Ja* wg wystandardyzowanego indeksu wg stopnia zadowolenia jego uczestniczek

W tabeli 62 przedstawiono ocenę programu wg typu interwencji a w tabelach 2 i 3 wg szkoły.

Tabela 62. Odbiór programu *Zdrowa Ja* przez jego uczestniczki

Typ interwencji	N	Indeks wpływu		Stopień zadowolenia (%)		
		Średnia	SD	niski	przeciętny	wysoki
Pełna	578	55,32	20,95	18,3	64,3	17,3
Minimalna	242	56,95	22,08	9,3	68,0	22,8
Zerowa (kontrola)	255	52,48	21,02	15,0	62,8	22,2
Ogółem	1075	55,01	21,27	15,4	64,5	22,1
Istotność		Test Kruskala-Wallis p=0,064		Chi-kwadrat p=0,007		

Ocena wpływu okazała się najniższa w grupie kontrolnej, mimo dość wysokiego poziomu zadowolenia. Przy interwencji pełnej poziom zadowolenia był najmniejszy, co mogło się wiązać ze znacznym obciążeniem zajęciami i innymi oczekiwaniami.

Tabela 63. Zróznicowanie szkół wg standaryzowanego indeksu wpływu programu

Numer szkoły w grupie	Interwencja pełna		Interwencja minimalna		Interwencja zerowa (kontrola)	
	Średnia	SD	Średnia	SD	średnia	SD
1	49,26	21,14	59,62	21,06	71,88	19,90
2	54,66	17,35	57,76	21,04	59,23	21,33
3	56,19	21,78	49,01	23,77	44,00	15,32
4	51,50	19,99	65,31	24,49	41,13	20,55
5	56,67	19,61	57,58	18,49	46,73	15,63
6	58,45	23,48	63,10	21,27	53,06	17,99
7	66,80	24,17	51,19	23,15	36,62	12,96
8	64,14	18,34	76,10	22,47	44,10	17,21
9	48,86	17,60	59,74	19,71	62,50	18,01
10	51,14	19,51	48,19	23,31	52,87	20,10

11	41,22	19,82	43,00	19,14	68,55	20,80
12	49,57	21,08	59,18	16,81	52,05	20,96
13	63,90	23,95				
14	52,44	20,63				
15	54,62	20,18				
16	52,83	19,72				
17	64,85	13,55				
18	60,12	21,88				
19	51,40	18,36				
20	49,90	21,82				
21	56,10	18,04				
22	52,69	20,84				
23	71,54	19,04				
24	50,62	18,05				
Ogółem	55,32	20,95	56,95	22,08	52,48	21,02

Wykazano znaczne zróżnicowanie szkół pod względem siły oddziaływania programu. Wystandaryzowany indeks wahał się na poziomie szkoły od 41,13 do 76,10. W każdej grupie znalazła się wyróżniająca się szkoła, w której dziewczęta bardzo wysoko oceniły wpływ programu. W grupie kontrolnej były aż trzy szkoły, które uzyskały bardzo niekorzystny wynik. Oznacza to, że w dalszych analizach należy brać też uwagę funkcjonowanie programu na poziomie szkoły, a nie tylko typ interwencji.

Do podobnych wniosków prowadzi analiza ogólnego zadowolenia z programu wg szkoły i typu interwencji (tab. 64). Przedstawiono skrajne oceny, bez oceny przeciętnej, Odsetek dziewcząt bardzo zadowolonych wahał się o 0% do 58,8%, a odsetek wyraźnie niezadowolonych od 0% do 50,0%.

Tabela 64. Zróżnicowanie szkół wg poziomu zadowolenia z programu *Zdrowa Ja*

Numer szkoły w grupie	Interwencja pełna		Interwencja minimalna		Interwencja zerowa (kontrola)	
	Niezadowolone	Bardzo zadowolone	Niezadowolone	Bardzo zadowolone	Niezadowolone	Bardzo zadowolone
1	46,2%	-	8,0%	12,0%	--	58,8%
2	22,2%	18,5%	12,5%	20,8%	12,5%	12,5%
3	4,0%	20,0%	7,1%	21,4%	4,0%	16,0%
4	26,1%	21,7%	16,0%	20,0%	39,1%	13,0%
5	8,0%	8,0%	4,0%	32,0%	16,7%	16,7%
6	14,3%	9,5%	6,7%	20,0%	22,7%	9,1%
7	7,7%	30,8%	17,4%	4,3%		20,0%
8	8,0%	20,0%	6,7%	40,0%	50,0%	-
9	8,0%	4,0%	4,5%	36,4%	4,0%	32,0%
10	28,0%	16,0%	19,0%	23,8%	21,7%	17,4%
11	25,0%	20,8%	8,0%	8,0%	4,2%	45,8%
12	20,0%	16,0%	-	40,0%	4,5%	31,8%
13	21,2%	24,2%				
14	34,8%	4,3%				
15	4,0%	16,0%				
16	12,5%	28,1%				
17	-	15,8%				
18	17,9%	17,9%				
19	21,7%	13,0%				
20	20,0%	20,0%				
21	32,0%	16,0%				
22	20,8%	20,8%				
23	4,5%	45,5%				
24	29,2%	4,2%				
	55,3	20,9	56,9	22,1	52,5	21,0

Powyższe dane wskazują, że w dalszych analizach warto brać pod uwagę tzw. efekt szkoły, obliczając na przykład wskaźnik korelacji wewnątrzklasowej ICC (*intraclass correlation*).

Na przykład, na podstawie liniowych modeli mieszanych (modelowanie wielopoziomowe) odsetek wariacji indeksu wpływu programu wynikającej ze zróżnicowania między szkołami wynosi 12,9%, co wynika, z oceny parametrów kowariancji, jak poniżej.

Tabela 65. Oceny parametrów kowariancji – model wielopoziomowy dla indeksu wpływu programu

Parametr	Oszacowanie	Błąd standardowy	Wald	Istotność	95% przedział ufności	
					Dolna granica	Górna granica
Reszta	402,80	17,79	22,65	0,000	369,41	439,21
Stała [obiekt = szkoła] Wariacja	52,01	14,75	3,53	0,000	29,83	90,69

Zmienna zależna: standaryzowany indeks wpływu programu

Lokalne warunki w szkole mają też znaczny wpływ na poziom zadowolenia z programu (12,2% zmienności), co wynika z następujących danych:

Tabela 66. Oceny parametrów kowariancji – model wielopoziomowy dla zadowolenia z programu

Parametr	Oszacowanie	Błąd standardowy	Wald	Istotność	95% przedział ufności	
					Dolna granica	Górna granica
Reszta	0,99	0,04	23,21	0,00	0,91	1,08
Stała [obiekt = szkoła] Wariacja	0,14	0,04	3,69	0,00	0,08	0,24

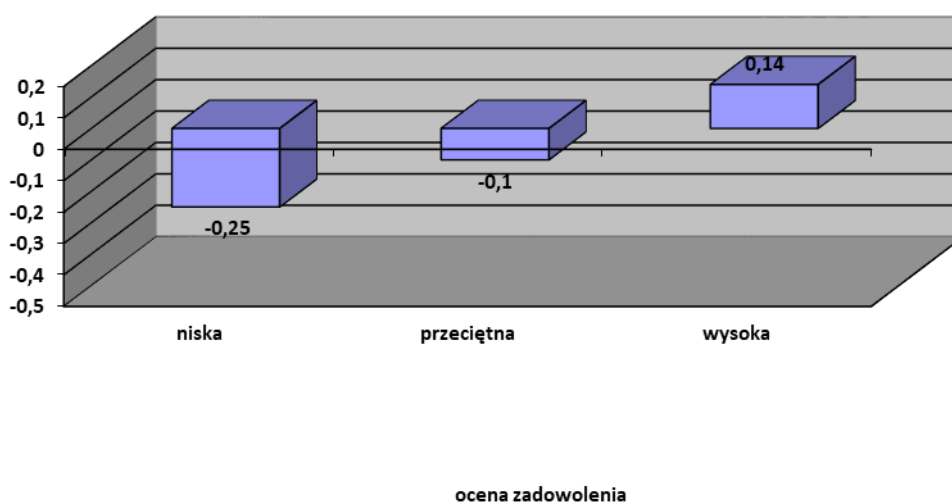
Zmienna zależna: Stopień zadowolenia z programu

Dla zmiennych wynikowych efekt szkoły jest dużo mniejszy. Analogiczny wskaźnik ICC dla zmiany indeksu barier wynosił 2,6%, a dla zmiany poziomu aktywności wg MVPA 1,4%.

Wpływ odbioru programu na zmiany aktywności fizycznej jego uczestniczek

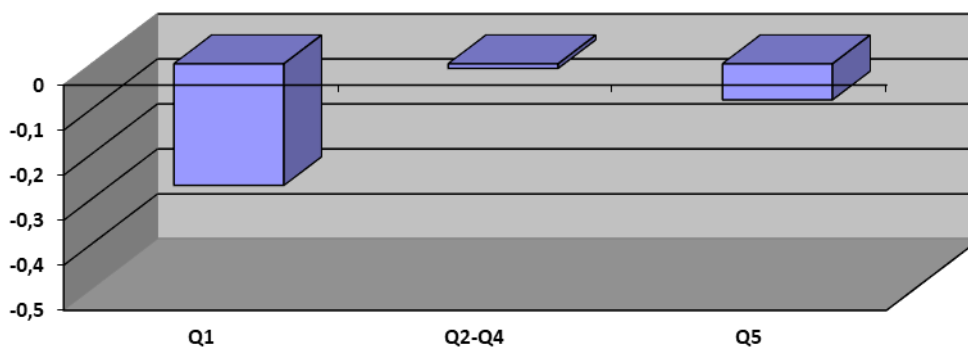
Zmiany aktywności fizycznej mierzono zmianę średniego wskaźnika MVPA przy porównaniu wyników badania ankietowego przeprowadzonego przed interwencją i po interwencji. W badanym okresie średnia wartość MVPA zmniejszyła się o 0,07, co nie stanowi różnicy istotnej statystycznie (test Wilcoxona; $p=0,093$).

W przypadku niezadowolenia z programu jest to wyraźniejszy spadek (ryc. 31), wobec niewielkiej poprawy u dziewcząt, które były bardzo zadowolone z uczestniczenia w programie. Jednak uzyskane różnice nie są istotne statystycznie ($p=0,169$).



Rycina 31. Zmiany aktywności fizycznej a poziom ogólnego zadowolenia z programu *Zdrowa Ja*

Jeżeli podzielić badaną grupę na trzy części wg indeksu ogólnego wpływu programu w stosunku 20:60:20 (skrajne kategorie wyznaczają skrajne kwintyle rozkładu), to zauważa się tendencję do większego spadku aktywności fizycznej w grupie, w której wpływ programu został gorzej oceniony (ryc. 32). Nie uzyskano jednak różnic statystycznie istotnych ($p=0,302$).



Ryc. 32. Zmiany aktywności fizycznej a ogólna ocena wpływu programu *Zdrowa Ja*.

Tabela 67. Predyktory zmiany aktywności fizycznej na podstawie uogólnionego modelu liniowego.

Parametr	B	Błąd standardowy	95% przedział ufności Walda		Test hipotezy		
			Dolna granica	Górna granica	Chi-kwadrat Walda	Df	Istotność
(Stała)	2,057	,2612	1,545	2,569	62,041	1	,000
Interwencja pełna	-,066	,1324	-,325	,193	,248	1	,618
Interwencja minimalna	-,353	,1586	-,664	-,042	4,944	1	,026
Standaryzowany indeks wpływu	,010	,0028	,005	,016	13,219	1	,000
Poziom początkowy MVPA	-,604	,0280	-,659	-,549	464,830	1	,000
Niska ocena zadowolenia z programu	-,352	,2006	-,746	,041	3,084	1	,079
Przeciętna ocena zadowolenia z programu	-,223	,1453	-,507	,062	2,351	1	,125
(Skala)	3,056 ^b	,1324	2,807	3,326			

Zmienna zależna: zmiana aktywności fizycznej wg MVPA; Interwencja zerowa i wysoka ocena programu są kategoriami referencyjnymi; Estymacja metodą największej wiarygodności

Należy jednak mieć na względzie, że zmiany aktywności fizycznej zależą od jej początkowego poziomu, a celem interwencji jest przede wszystkim poprawa aktywności fizycznej dziewcząt, które nie spełniały nawet mniej rygorystycznego kryterium MVPA > 5 dni. W modelu wyjaśniającym uwarunkowania zmian MVPA skorygowano analizy na typ interwencji oraz poziom początkowy MVPA. Okazało się, że wraz ze wzrostem oceny wpływu programu poprawia się aktywność fizyczna. W porównaniu z grupą kontrolną istotnie obniża się ona tylko przy interwencji minimalnej. Stwierdzono też tendencje do spadku MVPA w grupie mniej zadowolonych z programu ($p=0,079$).

Uzyskano wyniki w zakresie porównania grup interwencyjnych wskazują na złożoność uwarunkowań. Celowe byłoby nakreślenie „profilu” każdej grupy. Na przykład w grupie interwencji minimalnej zaobserwowano względnie niski poziom aktywności fizycznej, częstsze postrzeganie barier, ale też lepszy odbiór programu.

Opracowany w ramach tego projektu artykuł (abstrakt załączony do sprawozdania) rozszerzony został o analizy wpływu poprawy w różnych obszarach. Wykazano, że decydujące znaczenie ma subiektywnie odbierana poprawa sprawności fizycznej.

Wpływ odbioru programu na percepcje barier podejmowania aktywności fizycznej przez jego uczestniczki

Dodatkowe analizy dotyczyły postrzegania barier podejmowania aktywności fizycznej. Analizowano pięć rodzajów barier, związanych z brakiem: energii, silnej woli, czasu, wsparcia i umiejętności. Zastosowano narzędzie zaadaptowane do badań nad młodzieżą szkolną przez M. Jodkowską i wsp. Dziewczęta zaznaczały, w jakim stopniu podane stwierdzenia są prawdziwe. Zbudowano ogólny indeks barier, przyjmujący zakres 0-15 punktów, gdzie wysoka punktacja oznacza stan negatywny.

Porównując wyniki badań ankietowych przed i po interwencji wykazano niewielkie zmiany średniego ogólnego indeksu postrzegania barier ($6,13 \pm 3,04$ w listopadzie 2017 r. wobec $6,20 \pm 3,04$ w czerwcu 2018 r.) – $p=0,694$, wg testu nieparametrycznego Wilcoxon.

Średnia zmiana stopnia postrzegania barier do podejmowania aktywności fizycznej istotnie różniła się w grupach interwencyjnych. W grupie kontrolnej ogólny indeks barier się zmniejszył, a przy interwencji minimalnej się zwiększył. Wg testu Kruskala-Wallisa jest to różnica istotna statystycznie ($p=0,006$).

Tabela 68. Zmiany indeksu postrzegania barier w podejmowaniu aktywności fizycznej wg typu interwencji (średnia \pm SD).

Typ interwencji	N	Przed interwencją	Po interwencji	Różnica
Pełna	583	5,99 \pm 3,05	6,07 \pm 3,01	0,072 \pm 2,82
Minimalna	251	6,24 \pm 3,10	6,68 \pm 3,17	0,426 \pm 2,88
Zerowa (kontrola)	261	6,34 \pm 2,96	6,01 \pm 2,94	-0,326 \pm 2,54
Ogółem	1095	6,13 \pm 3,04	6,19 \pm 3,04	0,058 \pm 2,78

Wykazano również istotny związek między zmianą indeksu barier a odbiorem programu przez jego uczestniczki. Dziewczęta, niezadowolone z programu i te, które uważały, że Program *Zdrowa Ja* nie poprawił ich funkcjonowania, po roku obserwacji widziały coraz więcej barier dla podejmowania aktywności fizycznej. Z kolei ogólny indeks postrzegania barier wyraźnie obniżył się u dziewcząt bardzo zadowolonych z programu i dobrze oceniających jego wpływ.

Tabela 69. Zmiany indeksu postrzegania barier w podejmowaniu aktywności fizycznej wg oceny zadowolenia z programu i jego wpływu.

Ocena programu	Zadowolenia z programu		Wpływ programu	
	Średnia	SD	Średnia	SD
Niska	0,556	2,95	0,469	2,683
Przeciętna	0,024	2,67	0,023	2,67
Wysoka	-0,224	2,96	-0,251	3,10
Ogółem	0,058	2,78	0,058	2,77
Istotność	0,027		0,008	

Wśród czynników, które najsilniej redukują bariery podejmowania aktywności fizycznej wymienić należy czas poświęcany na aktywność fizyczną.

Zmiana postrzegania aktywności fizycznej w kolejnych fazach projektu

Na podstawie danych uzyskanych z wywiadów pogłębionych analizowano zmiany w postrzeganiu aktywności fizycznej, które mogły być wynikiem realizacji programu *Zdrowa Ja*.

Rozumienie pojęcia aktywność fizyczna

Dziewczęta definiowały najczęściej aktywność fizyczną, jako: wysiłek fizyczny, ruch – 72%; uprawianie sportu – 55,2%; aktywny zdrowy tryb życia - 51%; sposób na stres, relaksację – 15,6 %; dbanie o siebie, zdrowe ciało i sylwetka – 14,6 %; pasja, hobby, przyjemność – 8,3 %.

Bardzo pozytywną obserwacją jest wysoka trafność i dobre identyfikowanie przez dziewczęta pojęcia aktywności fizycznej, jako wysiłku, ruchu, ale też wiązanie tego pojęcia ze zdrowiem i trybem życia oraz kojarzenie go z przyjemnością, czy pasją.

Pomiędzy początkowym a końcowym momentem pomiaru nastąpiła pozytywna zmiana w kierunku zwiększenia odsetka dziewcząt rozumiejących aktywność fizyczną, jako wysiłek fizyczny, ruch (z 31% do 38%). Zdecydowanie zwiększył się odsetek dziewcząt świadomych, że aktywność fizyczna to aktywny, zdrowy tryb życia (z 29,8% na 71,4%). Podobnie uległo poprawie postrzeganie aktywności fizycznej, jako sposobu na stres, relaksację (z 6,4% na 24,5%).

Należy zwrócić uwagę, że ponad połowa dziewcząt przyrównuje aktywność fizyczną do uprawiania sportu, które to jest jedynie specyficznym rodzajem aktywności. Odsetek tak postrzegających aktywność fizyczną dodatkowo zwiększył się podczas trwania projektu (21% do 32%), należy jednak mieć na uwadze, że dziewczęta mogły podać kilka odpowiedzi i ten sposób postrzegania aktywności fizycznej mógł stanowić uzupełnienie innych interpretacji.

Korzyści z aktywności fizycznej dla dziewcząt w tym wieku

Najczęściej wskazywanymi przez dziewczęta korzyściami z aktywności fizycznej były: zdrowie, odporność – 70,8%; szczupłe ciało i ładna sylwetka – 68,8%; poprawa kondycji i sprawności – 55,2%; korzyści psychologiczne – 43,8%; relacje społeczne – 9,4%; powodzenie wśród płci przeciwnej – 3,1%.

Odsetki wszystkich, postrzeganych przez dziewczęta korzyści z aktywności fizycznej zwiększały się w trakcie trwania projektu, odpowiednio na początku i na końcu projektu - zdrowie, odporność z 66% na 75,5%; szczupłe ciało i ładna sylwetka z 66% na 71,4%; poprawa kondycji i sprawności z 46,8% na 63,3% oraz korzyści psychologiczne z 36,3% na 51%; relacje społeczne z 8,5% na 10,2%. Dziewczęta wskazały szeroki zakres korzyści z aktywności fizycznej dla osób w ich wieku, jednak jedynie 9,4% z nich doceniło wpływ aktywności fizycznej na relacje społeczne. Odsetek ten zwiększył się podczas trwania programu z 8,5 do 10,1%, co można uznać za pozytywny kierunek zmian.

Najpopularniejsze formy aktywności fizycznej wśród rówieśniczek

Dziewczęta najczęściej grają w gry zespołowe - 66,7%; jeżdżą na rowerze – 47,9%; biegają – 42,7% oraz chodzą na spacerzy – 37,5% i tańczą – 32,3%. Nieco rzadziej chodzą na fitness inne ćwiczenia aerobowe, rolki lub pływanie – poniżej 30 %.

Podczas trwania projektu zmienił się na korzyść odsetek dziewcząt, które wskazywały, jako najpopularniejszą formę aktywności fizycznej wśród rówieśniczek fitness i ćwiczenia aerobowe z 14,9% na 26,5%; ćwiczenia siłowe 4,3% na 12,2%; jazdę na rowerze z 44,7% na 51,0% oraz biegi 36,2% na 49%. Może to świadczyć o charakterze podejmowanych w środowisku działań interwencyjnych.

Czynniki motywujące dziewczęta do aktywności fizycznej

W ocenie dziewcząt, najważniejsze w podejmowaniu aktywności fizycznej jest jej wpływ na lepszy wygląd i odchudzanie – 51%. Również traktowanie aktywności jak zainteresowania, hobby, przyjemności (50%) okazało się istotnym czynnikiem. Dziewczęta doceniły również czynniki z grupy społecznych – 28,1% i psychologicznych – 24,0%. Uznały też za motywujące osiągnięcia i wyniki – 22,9, które osiągają oraz korzyści dla zdrowia – 22,9%. Ponieważ w pytaniu ewaluacyjnym zawarto zarówno aktywność fizyczną, jak i uprawianie sportu, ważne znaczenie motywujące dziewczęta przypisały predyspozycjom – 20,8%.

Podczas trwania projektu nie, co zmieniło się postrzeganie czynników motywujących do aktywność fizycznej. Postrzeganie wyglądu nadal stanowi element w znacznym stopniu motywujący do aktywności. Zwiększyło się znaczenie grupy społecznej, obserwacja i analiza wyników, które osiągają (na podstawie informacji zwrotnej) oraz korzyści dla zdrowia.

Subiektywna ocena wybranych elementów programu w kontekście trwałości jego rezultatów

W ankiecie, którą dziewczęta wypełniały dwa miesiące po zakończeniu programu (wrzesień 2018) zawarto kilka pytań dotyczących subiektywnej oceny wybranych elementów programu, w którym uczestniczyły. Dziewczęta oceniały kolejne aspekty programu zaznaczając odpowiedź w skali od 0 (ocena skrajnie negatywna) do 10 (ocena skrajnie pozytywna). W tab. 70 przedstawiono średnie oceny podawane przez dziewczęta wraz z porównaniem różnic między grupami interwencji.

Tabela 70. Ocena wybranych elementów programu *Zdrowa Ja* po zakończeniu projektu.

Oceniany obszar	Ogółem		Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		P
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Ogólne założenia programu <i>Zdrowa Ja</i> (zdobycie nowej wiedzy, umiejętności)	5,78	2,60	5,59	2,51	5,76	2,64	6,21	2,59	<0,01
Współpraca z innymi osobami w ramach programu (nauczyciele, rodzice, rówieśnicy)	5,73	2,69	5,52	2,64	5,86	2,83	6,07	2,63	<0,05
Warsztaty, podczas których przygotowywane były plakaty promocyjne	5,54	2,89	5,33	2,89	5,75	2,94	5,86	2,82	<0,05
Ogólna ocena Aplikacji mobilnej	4,75	2,74	4,59	2,68	4,82	2,79	5,05	2,84	=0,063
Ogólna ocena Kampanii promocyjnej programu <i>Zdrowa Ja</i> w portalach społecznościowych (grupa zamknięta na portalu Facebook)	4,77	2,81	4,75	2,79	4,84	2,80	4,75	2,85	=0,907
Ocena działań na terenie Twojej Szkoły w ramach programu <i>Zdrowa Ja</i> (własne filmy udostępniane w Internecie, konkurs na modyfikację koszulek)	5,23	2,83	5,14	2,82	5,30	2,87	5,37	2,83	=0,479

Twoja aktywność w portalach społecznościowych	3,85	2,94	3,94	2,91	3,82	2,82	3,66	3,11	=0,410
Ogólna ocena działania sprzętu (opasek)	5,35	2,90	5,19	2,91	5,24	2,73	5,85	2,98	<0,01

W dwa miesiące po zakończeniu projektu *Zdrowa Ja* najlepsze odczucia towarzyszyły uczennicom z grupy „zerowej” interwencji, której założeniem było tylko monitorowanie aktywności fizycznej za pomocą opaski i informacja zwrotna z urzędnika na temat przebytych kroków, dystansu, tętna, jakości snu. Ponadto, dziewczęta w grupy zerowej, tak jak ich koleżanki z grupy o pełnej i minimalnej interwencji miały za zadanie wsparcie promocji kolejnych tematów interwencji w szkole i środowisku lokalnych i brały udział w warsztatach (około 45 min.), których efektem była krótka analiza tematu interwencji i uzupełnienie plakatu promocyjnego na każdym etapie interwencji. Najwyżej w stosunku do innych grup, oceniały one ogólne założenia projektu ($p<0,01$), sprawność działania sprzętu pomiarowego ($p<0,01$) i warsztaty, podczas których przygotowywane były plakaty promocyjne ($p<0,05$). Były także najbardziej zadowolone ze współpracy z innymi osobami w trakcie realizacji programu ($p<0,05$). Również w tej grupie zaobserwowano tendencję do lepszej oceny aplikacji mobilnej ($p=0,063$).

Należy zauważyć, że po upływie dwóch miesięcy od zakończenia programu nieco pogorszyła się jego ocena w opinii dziewcząt z grupy o pełnej interwencji. W badaniach ewaluacyjnych, które prowadzone były zaraz po zakończeniu programu program najgorzej oceniały dziewczęta z grupy o minimalnej interwencji. Po upływie dłuższego czasu mniej korzystne oceny zanotowano w grupie o pełnej interwencji. Oznacza to, że korzystne efekty programu najprawdopodobniej utrzymują się u uczennic, które nie doświadczyły znacznego obciążenia zadaniami wynikającymi z udziału w programie, ale odczuły zainteresowanie ich sytuacją zdrowotną, miały możliwość sprawdzania swoich postępów, dostęp do nowoczesnych technologii (opaski fitness i aplikacja z informacją zwrotną), zaspokojoną potrzebę afiliacji (przynależność do grupy, która realizowała wspólny cel i była postrzegana jako wyjątkowa), a przez osobiste zaangażowanie w działania promocyjne miały pewien wpływ na sposób realizacji programu w szkole.

Wydaje się również, że efekt integracji środowiska i efekt zwiększenia wiedzy i umiejętności osób nadzorujących program we wszystkich szkołach może utrzymywać się we

wszystkich placówkach, które były objęte realizacją programu. Działania środowiskowe, które wydają się jedną z najsilniejszych stron realizacji programu *Zdrowa Ja*, jednocześnie wyraźnym efektem projektu w lokalnych środowiskach szkół. Czas utrzymywania się tego rodzaju efektu w środowisku szkolnym będzie miał wielostronną charakterystykę. Jest to spowodowane właściwościami środowiska szkoły i podziału tego środowiska na 3 wyraźne tory oddziaływań wewnętrznych i zewnętrznych:

- władze szkoły,
- kadra pedagogiczna i pozostały personel szkoły,
- uczniowie.

Utrzymywanie się efektu w gronie władz szkoły i wśród kadry pedagogicznej ma charakter długotrwały, gdyż związane jest ze zmianą postrzegania możliwości i dróg oddziaływania w środowisku, jak również ze zwiększeniem wiedzy, umiejętności i motywacji do podejmowania podobnych działań w przyszłości.

W kontekście środowiska szkoły trwałość projektu będzie ograniczona z powodu czasu, jaki pozostaje dziewczętom do jej ukończenia, jednak w aspekcie indywidualnym można uznać, że - podobnie jak dla kadry pedagogicznej i władz – efektem długotrwałym w grupie uczestniczek programu jest zwiększenie wiedzy, umiejętności i motywacji do dbałości o zdrowie, zwłaszcza w kontekście aktywności fizycznej.

Użyteczność uzyskanych efektów po zakończeniu projektu zarówno w perspektywie bezpośredniej, jak i odroczonej, jest ściśle związana z ich trwałością i stanowi bazę wiedzy, umiejętności i postaw zorientowanych na podejmowanie aktywności fizycznej i zmiany stylu życia oraz promowania tego typu zachowań we własnych rodzinach i szerszym środowisku.

VII. WNIOSKI I REKOMENDACJE

Głównym celem ewaluacji projektu było sformułowanie wniosków i rekomendacji służących udoskonaleniu schematu podejmowania decyzji w podobnych projektach, zawierających element programu interwencyjno-profilaktycznego oraz monitoringu z użyciem opasek fitness i aplikacji webowej.

1. Ocena założeń i skuteczności programu *Zdrowa Ja*

Wnioski:

- Najważniejszą cechą innowacyjną programu stanowił telemonitoring aktywności fizycznej i przesyłanie uczestniczkom odpowiedzi zwrotnej o ich wynikach oraz walory edukacyjne programu w postaci zajęć warsztatowych prowadzonych na terenie szkoły (edukacja zdrowotna), jak również aktywny udział nastolatek w promowaniu programu;
- Zaobserwowano wyraźny wpływ programu korygujący silny efekt rozwojowy w zachowaniach dziewcząt w okresie dojrzewania;
- Szkolenia dla nauczycieli prowadzone w ramach realizacji programu przyczyniły się do poprawy sposobu ich pracy z uczennicami i sposobu przekazywania przez nich informacji o zdrowym stylu życia;
- Istotnym elementem interwencji było umożliwienie dziewczętom zaangażowania w promowanie projektu w szkole i w środowisku lokalnym;
- Ważnym elementem interwencji było założenie współpracy i współdziałania w grupie uczestniczek programu oraz zainicjowanie wspólnych aktywności z innymi osobami (nauczyciel, rodzice);
- Zauważono lokalne różnice w odbiorze programu pomiędzy 48 uczestniczącymi szkołami, co może rzutować na ogólne wnioskowanie o skuteczności podjętej interwencji;
- Interwencja minimalna – działania „połowiczne” są najmniej efektywne;

- Gra o zdrowie, z uwagi na wprowadzenie elementu rywalizacji jest elementem potrzebnym, wpływającym na zwiększenie motywacji dziewcząt do aktywności fizycznej;
- Zadania realizowane przez dziewczęta w ramach Gry o zdrowie były chętnie podejmowane;
- Najgorsze, w wielu obszarach, rezultaty w grupie o minimalnej interwencji mogły być wynikiem pewnej dysproporcji pomiędzy oczekiwaniami wobec uczestniczek programu, a brakiem wsparcia edukacyjnego (tylko powiadomienia w aplikacji, bez warsztatów) i dodatkowych elementów motywacyjnych (grywalizacja *Gra o zdrowie*);
- Pełny model interwencji, z dodatkowymi zadaniami do wykonania i grywalizacją nie ma większego znaczenia dla lepszego odbioru programu, najprawdopodobniej z powodu zbyt dużej ilości bodźców;
- Zauważono lokalne różnice w odbiorze programu pomiędzy 48 uczestniczącymi szkołami, co może rzutować na ogólne wnioskowanie o skuteczności podjętej interwencji;
- Stwierdzono, że odbiór programu ma istotny wpływ na różne obszary funkcjonowania nastolatków, w grupie dziewcząt zadowolonych z uczestniczenia zanotowano poprawę wielu wskaźników, niewidoczną w całej grupie: między innymi wzrostem wiedzy na temat odżywiania i dążenie do bycia lepszą (około ¼ nastolatków), co piąta wskazywała na chęć uzyskiwania lepszych wyników, poprawę sprawności fizycznej i zwiększenie czasu na aktywność fizyczną;
- Dziewczęta, które lepiej oceniły wpływ programu na ich funkcjonowanie poprawiły swoją aktywność fizyczną;
- Dziewczęta, które przed rozpoczęciem programu były aktywne fizycznie, częściej osiągały najlepsze wyniki w zakresie aktywności fizycznej (liczba kroków);
- We wstępnych analizach wykazano silny związek między przeświadczeniem o poprawie sprawności fizycznej a poprawą aktywności fizycznej mierzonej MVPA oraz silny związek między czasem poświęcanym na aktywność fizyczną, a redukcją przeświadczenia o istniejących barierach;

- Postrzeganie przez uczestniczki zbyt wielu barier dla podejmowania aktywności fizycznej może być czynnikiem rzutującym na ich ocenę skuteczności programu w obszarze aktywności.

Rekomendacje:

1. Programy profilaktyczno-interwencyjne należy planować w grupach o lokalnym zasięgu, ale w pełnym zakresie, albo w dużych grupach, wyłącznie stosując element monitorowania aktywności fizycznej (lub innych zachowań zdrowotnych) z informacją zwrotną. Zbytne zróżnicowanie próby szkół na etapie wdrożenia modelowych rozwiązań utrudnia ewaluację projektu.
2. Planując podobne programy profilaktyczno-interwencyjne, należy brać pod uwagę efekt wpływu lokalnego środowiska i specyfikę środowiska szkolnego.
3. W realizacji programu należy położyć nacisk na element współpracy ze środowiskiem lokalnym oraz wzmocnienie relacji między uczestnikami programu.
4. Pełna interwencja powinna opierać się na monitorowaniu aktywności fizycznej (lub innych zachowań zdrowotnych) i informacji zwrotnej z rozbudowanym elementem edukacji zdrowotnej w szkole prowadzonej metodami aktywizującymi (np. warsztaty, metoda projektów), grą o zdrowie i zaangażowaniem w działania pozwalające na wyjście z promocją zdrowia poza środowisko szkolne.
5. Program profilaktyczno-interwencyjny ukierunkowany na poprawę zachowań zdrowotnych powinien uwzględniać elementy planowania i monitorowania własnych osiągnięć (monitorowanie aktywności fizycznej, informacja zwrotna o własnych postępach).
6. W konstruowaniu tego typu projektów należy z dużą starannością planować działania poprawiające postrzeganie swojej sprawczości wśród dziewcząt, tworzenie klimatu do aktywności fizycznej, identyfikowania barier postrzeganych przez uczestników i tworzenia strategii ich pokonywania.
7. Zmiany zachowań zdrowotnych (aktywności fizycznej, sposobu żywienia) oraz wyzwania adresowane do uczestniczek należy wprowadzać metodą „małych kroków” w powiązaniu z edukacją i działaniem zespołowym, a elementy edukacyjne realizować z wykorzystaniem metod aktywizujących.

8. Program profilaktyczno-interwencyjny powinien opierać się na kilku, nieskomplikowanych założeniach (np. tylko monitorowanie aktywności i odpowiedź zwrotna albo monitorowanie, odpowiedź zwrotna oraz edukacja zdrowotna w szkole), uwzględniając specyfikę okresu dorastania, jak również obciążenie adresatów innymi, codziennymi obowiązkami. Nadmierna rozbudowa programu może spowodować zniechęcenie ich uczestników.
9. Aplikacja mobilna powinna zawierać mniej powiadomień i tekstów artykułów, na rzecz konkretnych wskazówek (przykłady ćwiczeń, przepisy) i zadań do wykonania samodzielnie, z rówieśnikami i z rodziną.
10. Wyzwania powinny być realne, skonkretyzowane i rozłożone w czasie (zaleca się dłużej interwencję z wykorzystaniem grywalizacji, ale mniej zadań w ciągu tygodnia na rzecz zadań weekendowych).
11. Wzmacnianie kompetencji osobistych powinno być uwzględniane w programach ukierunkowanych na zmianę zachowań (i ogólnie stylu życia), gdyż umiejętności te korelują z zachowaniami, zwłaszcza związanymi z aktywnością fizyczną.
12. Istotnym czynnikiem motywującym jest wsparcie nauczyciela.
13. W ocenie efektywności programu należy brać pod uwagę uwarunkowania lokalne: analizę środowiska szkolnego oraz zaangażowanie nauczycieli, jak również zróżnicowanie społeczne uczestników.
14. Ważnym elementem programu profilaktyczno-interwencyjnego jest zaspokojenie potrzeb i oczekiwań jego uczestników, które ma pośredni, silny wpływ na osiągnięcie oczekiwanych efektów.

2. Użyteczność telemonitoringu i funkcjonowanie sprzętu

Wnioski:

- Dziewczęta bardzo dobrze oceniły fakt otrzymania i używania opasek fitness oraz aplikacji mobilnej w telefonach;
- Co piąta uczestniczka (nieco ponad 20% bez względu na typ interwencji) nie radziła sobie z zapisem danych i synchronizacją opaski, dziewczęta zapominały też

o synchronizacji (pomimo cyklicznych powiadomień, które otrzymywały codziennie rano na swoje telefony) lub nie chciały poświęcać na nią czasu;

- Problemy z synchronizacją i konieczność jej ręcznego wykonywania były najgorzej ocenianymi przez dziewczęta punktami programu *Zdrowa Ja*;
- Przypadki awarii opasek i czas oczekiwania na ich wymianę, eliminowały okresowo uczestniczkę programu, zaburzając ciągłość telemonitoringu.

Rekomendacje:

1. Sprzęt do telemonitoringu powinien być wysokiej jakości o małym stopniu awaryjności; i o dużej atrakcyjności dla grupy docelowej. Idealnym rozwiązaniem byłyby opaski firmowo wyposażone w przyjazny system telemonitoringu, tak, aby nauczyciele realizujący program i zespół centralnie koordynujący mogli śledzić na bieżąco postępy w grupie uczestników programu.
2. Wytrzymałość baterii w opasce powinna być obliczona na czas trwania programu lub nie powinna stanowić dodatkowej uciążliwości dla grupy docelowej.
3. Synchronizacja opaski powinna być automatyczna a nie ręczna, co może wyeliminować większość błędów w zapisanych danych i zmniejszyć poziom postrzeganych trudności przez dziewczęta.
4. Konieczne jest skonstruowanie aplikacji tak, aby zajmowała niewiele miejsca w pamięci telefonu.

VIII. ANEKS

ANEKS

do raportu końcowego

**Ocena skuteczności interwencyjno-profilaktycznego programu
poprawy zachowań zdrowotnych 15-letnich dziewcząt
z wykorzystaniem techniki telemonitoringu**

ANKIETA DLA DZIEWCZĄT Z KLASY II

Droga Koleżanko!

Dziękujemy, że bierzesz udział w programie ZDROWA JA.

Twoje odpowiedzi pozwolą nam lepiej Cię poznać.

Ankieta jest całkowicie **anonimowa**, to znaczy nie wpisujesz w niej swojego nazwiska, a Twoje odpowiedzi są przeznaczone tylko dla osób prowadzących badania. **Nie będą ich czytać ani rodzice ani nauczyciele.**

Proszę, przeczytaj uważnie **każde** pytanie, wszystkie wymienione w nim odpowiedzi, zastanów się i odpowiedz **szczerze**. Pamiętaj, interesują nas Twoje własne opinie. Ankieta to nie sprawdzian, nie ma dobrych, ani złych odpowiedzi.

O czym należy pamiętać:

Odpowiadając na pytania **wstawiasz X w jedną kratkę**, przy odpowiedzi, która Ciebie dotyczy lub jest Tobie najbliższa. W niektórych pytaniach trzeba wstawić **X w każdym wierszu**, o ile wymaga tego instrukcja.

Przykłady odpowiedzi:

1. Czy zjadłaś dziś w domu pierwsze śniadanie przed wyjściem do szkoły?	2. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu	Całkowicie się zgadzam	Zgadza mi się	Częściowo się zgadzam	Nie zgadzam się
<input checked="" type="checkbox"/> tak	Zazwyczaj mam dużo energii	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nie	Jestem odporna na choroby	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bardzo dziękujemy za pomoc.

Warszawa, wrzesień 2017

Zespół badawczy
Instytutu Matki i Dziecka

1. W jakim miesiącu się urodziłeś?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sty- czeń	Luty	Ma- rzec	Kwie- cień	Maj	Czer- wiec	Lip- iec	Sier- pień	Wrze- sień	Paź- dzier- nik	Listo- pad	Gru- dzień

2. W którym roku się urodziłeś?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	

3. Ile ważysz bez ubrania? (wpisz)..... kg

4. Jaki jest Twój wzrost bez obuwia? (wpisz)..... cm

5. Jak często zwykle zjadasz śniadanie tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju? Wstaw X w jedną kratkę w dniach, w których chodzisz do szkoły i w jedną w dniach weekendu.

- W dniach szkolnych**
- ¹ nigdy nie jem śniadania w dniu, gdy idę do szkoły
- ² jem jednego dnia
- ³ dwa dni
- ⁴ trzy dni
- ⁵ cztery dni
- ⁶ pięć dni

- W dniach weekendu**
- ¹ nigdy nie jem śniadania w dniach weekendu
- ² zwykle jem śniadanie tylko w jednym dniu weekendu (w sobotę lub w niedzielę)
- ³ zwykle jem śniadanie w obu dniach weekendu (w sobotę i w niedzielę)

6. Jak często Ty i Twoja rodzina zazwyczaj jecie razem posiłki?

- ¹ codziennie
- ² w większość dni
- ³ około 1 raz w tygodniu
- ⁴ Rzadko
- ⁵ Nigdy

7. Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz lub pijesz niżej wymienione produkty? Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5	6	7
	nigdy	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	1 raz w tygodniu	2-4 dni w tygodniu	5-6 dni w tygodniu	co-dziennie, 1 raz	co-dziennie częściej niż 1 raz
Owoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warzywa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słodycze (cukierki, czekolada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coca-cola lub inne napoje z dodatkiem cukru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Jak często myjesz zęby?

- ¹ częściej niż 1 raz dziennie
² 1 raz dziennie
³ co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie
⁴ rzadziej niż 1 raz w tygodniu
⁵ Nigdy

. Obok jest rysunek drabiny. Na górze drabiny jest cyfra **10** – umownie oznaczająca życie, które wydaje Ci się najlepsze. Na dole drabiny jest cyfra **0** – oznaczająca życie, które wydaje Ci się najgorsze.

Pomyśl, jakie jest teraz Twoje życie i w którym miejscu drabiny Ty stanąłbyś. Zaznacz znakiem X jedną kratkę obok cyfry, która znajduje się w tym miejscu.

<input type="checkbox"/>	10
<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	0

Życie **najlepsze**, jakie może być

Życie **najgorsze**, jakie może być

Aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia, w czasie których praca Twojego serca przyśpiesza, masz poczucie, że „brak Ci tchu” (szybciej oddychasz). Aktywność fizyczna wiąże się z zajęciami WF w szkole, uprawianiem sportu, zabawami ruchowymi z kolegami, marszem do szkoły. Przykłady aktywności fizycznej to: bieg, szybki marsz, jazda na rowerze, taniec, jazda na łyżwach, gra w piłkę. **Odpowiadając na następane pytanie, oblicz, ile czasu łącznie przeznaczyłeś każdego dnia na aktywność fizyczną.**

10. W ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczałeś na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 dni	1	2	3	4	5	6	7 dni

11. W jakiej części lekcji WF brałaś udział w poprzednim roku szkolnym?

- 1 we wszystkich lub prawie wszystkich
- 2 więcej niż połowie
- 3 w połowie
- 4 mniej niż w połowie
- 5 prawie wcale
- 6 wcale

12. Czy w poprzednim roku szkolnym miałeś zwolnienie lekarskie z lekcji WF?

- 1 nie miałem wcale zwolnienia lekarskiego z lekcji WF
- 2 tak, krótsze niż 1 miesiąc
- 3 tak, 1-3 miesięcy
- 4 tak, 4-6 miesięcy
- 5 tak, dłuższe niż 6 miesięcy

13. Poniżej znajdują się stwierdzenia dotyczące aktywności fizycznej. Zaznacz, na ile zgadzasz się z każdym z nich. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

1 2 3 4 5

całkowicie się zgadzam	raczej się zgadzam	ani tak ani nie	raczej się nie zgadzam	całkowicie się nie zgadzam
------------------------	--------------------	-----------------	------------------------	----------------------------

Moi rodzice zachęcają mnie do aktywności fizycznej/sportu

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Moi najbliżsi koledzy i koleżanki zachęcają mnie do aktywności fizycznej/sportu

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14. Ile czasu zajmuje Ci droga z domu do szkoły?

- ¹ mniej niż 5 minut
- ² 5-15 minut
- ³ 15-30 minut
- ⁴ 30 minut do 1 godziny
- ⁵ więcej niż 1 godzinę

15. Zazwyczaj główną część Twojej drogi DO szkoły odbywasz...

- ¹ pieszo
- ² na rowerze
- ³ autobusem, pociągiem, tramwajem, metrem
- ⁴ samochodem, motorem albo skuterem
- ⁵ w inny sposób

16. Zazwyczaj główną część Twojej drogi ZE szkoły odbywasz...

- ¹ pieszo
- ² na rowerze
- ³ autobusem, pociągiem, tramwajem, metrem
- ⁴ samochodem, motorem albo skuterem
- ⁵ w inny sposób

17. Co sprawiłoby, że chętniej chodziłabyś do szkoły pieszo lub jeździła na rowerze? Wskaż jak ważne są poniższe czynniki. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4
	bardzo ważne	ważne	nieważne	nie jestem pewien
Wyznaczona ścieżka rowerowa lub chodnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szersze chodniki lub ścieżki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mniejszy ruch uliczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miejsce w szkole, gdzie można bezpiecznie zostawić rower	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezpieczniejsze przejścia przez ulicę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoby, z którymi razem można chodzić do szkoły	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brak obaw przed zaczepkami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkolne szafki, gdzie można by zostawić rzeczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieszkanie bliżej szkoły	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lepsze oświetlenie ulic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Określenie „**czas wolny**” należy rozumieć jako czas, który masz **po odrobieniu wszystkich prac domowych lub wykonaniu obowiązków w domu**. Swój czas wolny możesz wykorzystać **według własnego uznania**, np. zajmując się swoim hobby.

18. Czy w czasie wolnym bierzesz udział w wymienionych zajęciach zorganizowanych? Zajęcia zorganizowane, to takie, które odbywają się w klubie sportowym, innym klubie lub organizacji.

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2
	tak	nie
Zorganizowane sporty drużynowe (np. piłka nożna, siatkówka, koszykówka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorganizowane sportowe zajęcia indywidualne (np. tenis, gimnastyka, karate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkoła artystyczna (gra na instrumencie, śpiew, taniec, aktorstwo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizacje dziecięce i młodzieżowe (np. Harcerstwo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zajęcia w klubie, domu kultury lub w szkole (np. szachy, modelarstwo, klub dyskusyjny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spotkania w kościele, chór kościelny (np. Oaza, Organizacja Salezjańska)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Jak często w czasie wolnym robisz wymienione niżej rzeczy?

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	co-dziennie	kilka razy w tygodniu	kilka razy w miesiącu	najwyżej kilka razy w roku	nigdy
Czytam książki (powieści, wiersze, opowiadania, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czytam magazyny (np.: Newsweek, Cosmopolitan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chodzę do kina, teatru, na wystawy, na wydarzenia sportowe jako kibic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rysuję/maluję, rzeźbię, zajmuję się ceramiką lub innym rękodziełem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gram w karty i gry planszowe (np. Szachy, Scrabble, Monopoly, Uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spędzam czas z kolegami w parku, na boisku, na ławkach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robię zakupy dla zabawy w centrach handlowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zajmuję się kolekcjonerstwem (zbieram znaczki, modele, karty, naklejki, autografy, figurki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gram na instrumencie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Jak często, w czasie wolnym POZA ZAJĘCIAMI SZKOLNYMI wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których Twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. „brakuje Ci tchu”, pocisz się?

- ¹ codziennie
² 4 - 6 razy w tygodniu
³ 2 - 3 razy w tygodniu
⁴ 1 raz w tygodniu
⁵ 1 raz w miesiącu
⁶ mniej niż 1 raz w miesiącu
⁷ nigdy

21. Zaznacz na ile prawdziwe lub nieprawdziwe są, Twoim zdaniem, poniższe stwierdzenia. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4
	całkowicie prawdziwe	raczej prawdziwe	raczej nieprawdziwe	całkowicie nieprawdziwe
Jestem zbyt zmęczony po lekcjach, aby ćwiczyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Łatwiej znaleźć mi wytłumaczenie, dlaczego nie ćwiczę, niż wyjść i coś zrobić	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam zbyt mało czasu, aby znalazły się w nim ćwiczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moje zwykle aktywności w rodzinie i z przyjaciółmi nie obejmują aktywności fizycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie jestem dostatecznie dobry w zajęciach sportowych i ćwiczeniach fizycznych, aby sprawiały mi radość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Z poniższych opcji wybierz tę, która najlepiej opisuje Twoją opinię

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

Mam pewność, że...	całkowicie nieprawdziwe	raczej nieprawdziwe	raczej prawdziwe	całkowicie prawdziwe
Posiadam dobre informacje na temat zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli zachodzi taka potrzeba, potrafię podać szereg sposobów poprawy zdrowia w bezpośrednim otoczeniu (np. w sąsiedztwie, u rodziny, przyjaciół)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię porównać informacje związane ze zdrowiem pochodzące z różnych źródeł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię wypełnić polecenia personelu medycznego (np. lekarza czy pielęgniarki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	całkowicie nieprawdziwe	raczej nieprawdziwe	raczej prawdziwe	całkowicie prawdziwe
Potrafię z łatwością podać przykłady działań promujących zdrowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię określić, jak moje własne działania wpływają na otaczającą mnie przyrodę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli zachodzi taka potrzeba, wyszukuję łatwo zrozumiałe informacje związane ze zdrowiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię określić, jak moje zachowania wpływają na moje zdrowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zazwyczaj potrafię się zorientować, czy jakaś informacja związana ze zdrowiem jest prawdziwa czy nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię podać uzasadnienie moich wyborów dotyczących zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Czy chorujesz na jakąś przewlekłą (długotrwałą) chorobę lub jesteś niepełnosprawny lub masz inne kłopoty ze zdrowiem (np. cukrzycę, zapalenie stawów, poważną alergię, mózgowe porażenie dziecięce), co zostało stwierdzone przez lekarza ?

- ¹ tak
² nie

24. Czy ta choroba przewlekła, niepełnosprawność lub inne kłopoty ze zdrowiem ograniczają Twoją obecność w szkole i udział w zajęciach szkolnych?

- ¹ nie choruję na chorobę przewlekłą, nie jestem niepełnosprawny, nie mam kłopotów ze zdrowiem
² tak, ograniczają
³ nie ograniczają

25. Gdy myślisz o sobie, to sądzisz, że jesteś:

- ¹ zdecydowanie za szczupły
² trochę za szczupły
³ w sam raz
⁴ trochę za gruby
⁵ zdecydowanie za gruby

26. Zakreśl odpowiedź na poniższe stwierdzenia, która najbardziej opisuje co czujesz. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

1 2 3 4 5

nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
-------	--------	---------	--------	--------

Na imprezach lub innych spotkaniach towarzyskich porównuję mój wygląd z wyglądem innych osób

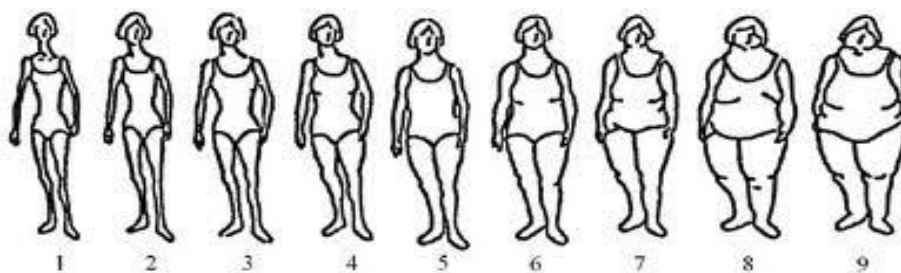
	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Najlepszy sposób, by dowiedzieć się, czy ma się nadwagę lub niedowagę, to porównanie własnej sylwetki z sylwetkami innych osób.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na imprezach lub innych spotkaniach towarzyskich porównuję mój ubiór z ubiorem innych osób.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W sytuacjach towarzyskich czasem porównuję moją sylwetkę z sylwetkami innych osób.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Poniżej znajduje się lista stwierdzeń wyrażających odczucia różnych osób, co do swego ciała. Nie ma tu dobrych ani złych odpowiedzi. Chcielibyśmy dowiedzieć się, co sądzisz o swoim ciele. Prosimy, abyś uważnie przeczytała wszystkie stwierdzenia i zastanowiła się, na ile zgadzasz się z danym stwierdzeniem. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	zdecydowanie nie zgadzam się	nie zgadzam się	nie mam zdania	zgadzam się	zdecydowa- nie zgadzam się
Jestem ciągle sfrustrowana z powodu mojego wyglądu fizycznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem zadowolona ze swojego wyglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie cierpię mojego ciała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dobrze czuję się ze swoim ciałem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Złoszczę się, kiedy pomyślę o swoim ciele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lubię swój wygląd, mimo jego niedoskonałości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Która, z przedstawionych poniżej sylwetek najbardziej przypomina Twoją, obecną sylwetkę?

Wpisz numer



29. Która z przedstawionych powyżej sylwetek jest Twoim zdaniem najbardziej prawidłowa dla osoby w Twoim wieku i tej samej płci?

Wpisz numer

30. Jak często obecnie palisz tytoń?

- ¹ codziennie
- ² co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie
- ³ rzadziej niż 1 raz w tygodniu
- ⁴ nie palę wcale

31. W ilu dniach (jeśli w ogóle) paliłeś papierosy...

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5	6	7
	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Ile dni (jeśli w ogóle) używałeś papierosów elektronicznych (e-papierosów)

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5	6	7
	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. W ilu dniach (jeśli w ogóle) piłeś alkohol?

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5	6	7
	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Czy wypileś kiedyś tak dużo alkoholu, że czuleś się naprawdę pijany?

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu. Jeśli nic takiego się nie zdarzyło zakresł odpowiedź „nie, nigdy”.

	1	2	3	4	5
	nie, nigdy	tak, 1 raz	tak, 2-3 razy	tak, 4-10 razy	tak, więcej niż 10 razy
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Czy kiedykolwiek używałeś marihuany („trawy”, „skuna”) lub haszyszu?
Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5	6	7
	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Czy masz jakieś z poniżej wymienionych urządzeń do pomiaru aktywności fizycznej? *Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu*

	1	2	3
	nie mam	tak, ale nie używam zbyt często	tak, mam i aktywnie z niego korzystam cały czas
Aplikacja na smartfon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czujnik tętna / zegarek sportowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Czy uważasz, że Twoje zdrowie jest:

- ¹ doskonale
- ² dobre
- ³ niezłe
- ⁴ słabe

38. Czy myślisz, że Twój rozwój fizyczny i dojrzewanie płciowe przebiega(-ło) wcześniej, czy później, w porównaniu z większością osób w Twoim wieku?

- ¹ znacznie wcześniej
- ² trochę wcześniej
- ³ podobnie jak u większości dziewcząt w moim wieku
- ⁴ trochę później

- ⁵ znacznie później

Rodziny różnią się między sobą, na przykład, nie każdy mieszka z obojgiem rodziców - zdarza się, że dziecko mieszka tylko z jednym z rodziców. Chcielibyśmy dowiedzieć się czegoś o Twojej rodzinie.

39. Odpowiedz, proszę na pierwsze pytanie dotyczące domu, w którym mieszkasz na stałe lub spędzasz większość czasu i zaznacz, kto jeszcze mieszka z Tobą w tym domu.

- ¹ Mama
- ² Tata
- ³ Macocha (lub partnerka taty)
- ⁴ Ojczym (lub partner mamy)
- ⁵ Inne osoby lub inne miejsce: *wpisz jakie:*

40. Czy masz określone zadania i obowiązki w domu (w którym mieszkasz cały czas lub przez większość czasu), takie jak sprzątanie domu, pomoc rodzeństwu w odrabianiu prac domowych lub opieka nad chorym członkiem rodziny?

- ¹ tak
- ² nie (Jeśli zaznaczyłeś „nie”, omiń następne pytanie i **przejdź do pytania 42**)

41. Oblicz, ile godzin średnio w ciągu tygodnia w ostatnim miesiącu spędziłeś na zadaniach lub obowiązkach w domu?

- ¹ mniej niż 1 godzinę
- ² około 1 godziny
- ³ około 2 do 3 godzin
- ⁴ około 4 do 5 godzin
- ⁵ około 6 do 7 godzin
- ⁶ około 8 godzin lub więcej

42. Czy Twoja rodzina posiada samochód osobowy lub wieloosobowy (np. typu van)?

- ¹ nie
- ² tak, jeden
- ³ tak, dwa lub więcej

43. Czy masz własny pokój do Twojego wyłącznego użytku?

- ¹ nie
- ² tak

44. Ile komputerów należy do Twojej rodziny (łącznie z laptopami i tabletami, ale bez konsoli do gier lub smartfonów) ?

- ¹ żaden
- ² jeden
- ³ dwa
- ⁴ więcej niż dwa

45. Ile łazienek jest w Twoim domu (pomieszczeń z wanną i/lub prysznicem) ?

- ¹ żadnej
- ² jedna
- ³ dwie
- ⁴ więcej niż dwie

46. Czy w Twoim domu jest zmywarka do naczyń?

- ¹ nie
- ² tak

47. Ile razy w ostatnich 12 miesiącach wyjeżdżałeś poza Polskę ze swoją rodziną na wakacje lub ferie?

- ¹ wcale nie wyjeżdżałem
- ² 1 raz
- ³ 2 razy
- ⁴ więcej niż 2 razy

48. Zaznacz, na ile się zgadzasz z poniższymi stwierdzeniami, dotyczącymi OKOLICY, w której mieszkasz. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	zdecydowanie zgadzam się	zgadzam się	nie mam zdania	nie zgadzam się	zdecydowanie nie zgadzam się
Ludzie pozdrawiają się na ulicy i zatrzymują się, żeby ze sobą porozmawiać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Małe dzieci mogą w ciągu dnia bezpiecznie bawić się poza domem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam zaufanie do ludzi mieszkających w okolicy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jest tu wiele miejsc gdzie można spędzić wolny czas (centra handlowe, domy kultury, parki, obiekty sportowe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mogę prosić sąsiadów o pomoc lub drobną przysługę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Większość ludzi tutaj próbowałaby mnie wykorzystać gdyby mieli taką okazję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Czy w okolicy, w której mieszkasz można spotkać...? Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	dużo	mało	wcale
Grupy młodzieży sprawiające problemy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Śmieci, potłuczone szkło, leżące wszędzie odpadki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaniedbane, zniszczone domy lub budynki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Ile godzin dziennie w czasie wolnym zwykle oglądasz filmy lub programy w telewizji, na komputerze lub przez Internet (w tym YouTube lub podobne serwisy), DVD lub inne programy rozrywkowe? Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i dniach weekendu

- W dniach szkolnych**
- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

- W dniach weekendu**
- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

51. Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, zwykle grasz w gry komputerowe lub na konsoli (np. Playstation, Xbox, GameCube), tablecie, czy smartfonie lub innym sprzęcie, z wyjątkiem gier ruchowych (np. na Playstation Move, Nintendo Wii)? Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i dniach weekendu.

- W dniach szkolnych**
- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie

- W dniach weekendu**
- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie

- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

52. Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, zwykle korzystasz z komputera, tabletu lub smartfona (odrabianie lekcji, wysyłanie wiadomości e-mail, Tweeter, Facebook, Instagram, Snapchat, czatowanie, korzystanie z Internetu, itp.)? Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i dniach weekendu.

W dniach szkolnych

- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

W dniach weekendu

- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

53. O której godzinie zwykle kładziesz się do łóżka, jeśli następnego dnia musisz iść do szkoły?

					Północ					
Nie później niż 21.00	21.30	22.00	22.30	23.00	23.30	00.00	00.30	01.00	01.30	02.00 lub później
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>

54. O której godzinie zwykle kładziesz się do łóżka w weekend lub w dni wolne od szkoły?

					Północ									
Nie później niż 21.00	21.30	22.00	22.30	23.00	23.30	00.00	00.30	01.00	01.30	02.00	02.30	03.00	03.30	04.00 lub później
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>

55. O której godzinie zwykle budzisz się w dni szkolne?

Nie później niż o 05.00	05.30	06.00	06.30	7.00	7.30	08.00 albo później
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

56. O której godzinie zwykle budzisz się w weekend lub w dni wolne od szkoły?

									Południe					
Nie później niż 07.00	07.30	08.00	08.30	09.00	09.30	10.00	10.30	11.00	11.30	12.00	12.30	13.00	13.30	14.00 ub później
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>

57. Jak często w ostatnich 6 miesiącach odczuwałeś ... ?

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1 prawie codziennie	2 częściej niż 1 raz w tygodniu	3 prawie w każdym tygodniu	4 prawie w każdym miesiącu	5 rzadko lub nigdy
ból głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ból brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ból pleców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zmęczenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przygnębienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rozdrażnienie lub zły humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zdenerwowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trudności w zasypianiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Poniżej zamieszczono listę niektórych możliwych uczuć lub zachowań. Wskaż, jak często tak się czuleś w czasie ostatniego tygodnia, wstawiając X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1 rzadko lub wcale w tym czasie (mniej niż 1 dzień)	2 trochę lub mało w tym czasie (1-2 dni)	3 okazjonalnie lub umiarkowanie w tym czasie (3-4 dni)	4 cały ten czas (5-7 dni)
Byłam zaniepokojona rzeczami, które zazwyczaj mnie nie niepokoją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miałam problem ze skupieniem się na tym, co robię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	rzadko lub wcale w tym czasie (mniej niż 1 dzień)	trochę lub mało w tym czasie (1-2 dni)	okazjonalnie lub umiarkowanie w tym czasie (3-4 dni)	cały ten czas (5-7 dni)
Byłam przygnębiona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułam, że wszystko, co robię, przychodzi mi z trudem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byłam pełna nadziei co do przyszłości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułam lęk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miałam niespokojne sny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byłam szczęśliwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułam się samotna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie mogłam zacząć działać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. W ostatnim miesiącu... Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	nigdy	prawie nigdy	czasami	dość często	bardzo często
Jak często czuleś, że nie byłeś w stanie kontrolować ważnych rzeczy w swoim życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak często byłeś pewien, że jesteś zdolny, by poradzić sobie z osobistymi problemami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak często czuleś, że sprawy szły po Twojej myśli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak często czuleś, że nagromadziło się tyle problemów, że nie będziesz w stanie ich przezwyciężyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Obok jest rysunek drabiny.

Na górze drabiny jest liczba **10** – umownie oznaczająca **uczniów osiągających najlepsze wyniki w nauce** w Twojej klasie szkolnej.

Na dole drabiny umieszczono cyfrę **0** umownie oznaczającą najgorszych uczniów.

<input type="checkbox"/>	10	NAJLEPSZY uczeń w klasie
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	NAJGORSZY uczeń w klasie

61. W każdym z poniższych pięciu stwierdzeń wskaż jedną odpowiedź, która jest najbliższa temu, co czuleś przez ostatnie dwa tygodnie. Dalsze odpowiedzi oznaczają lepsze samopoczucie. Przykład: Jeśli byłeś wesoły i w dobrym nastroju przez więcej niż połowę czasu w ciągu ostatnich dwóch tygodni, zaznaczasz czwartą kratkę w wierszu.

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5	6
W czasie ostatnich dwóch tygodni...	nigdy	od czasu do czasu	mniej niż połowę czasu	więcej niż połowę czasu	prawie cały czas	cały czas
Czułem się wesoły i w dobrym nastroju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułem się spokojny i odprężony	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułem się aktywny i energiczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Budziłem się z uczuciem świeżości i wypoczęty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moje codzienne życie było wypełnione interesującymi mnie sprawami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Poniżej znajduje się lista aktywności, którymi niektóre rodziny zajmują wspólnie. Jak często, zazwyczaj, Ty i Twoja rodzina robicie wspólnie każdą z tych rzeczy? Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	co-dziennie	w większość dni	około raz w tygodniu	rzadziej	nigdy
Wspólnie oglądamy telewizję lub filmy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Razem chodzimy na spacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wspólnie odwiedzamy różne miejsca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Razem uprawiamy sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Odpowiadając na pytania wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	zawsze	często	czasami	rzadko	nigdy
Jak często Twoi rodzice/opiekunowie są aktywni fizycznie/ uprawiają sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy rodzice/ opiekunowie pomagają Ci zaplanować zajęcia związane z aktywnością fizyczną w tygodniowym rozkładzie zajęć pozalekcyjnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jeśli mówisz, że lubisz jaką aktywność fizyczną/ sport Twoi rodzice/ opiekunowie pozwalają Ci to robić?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Odpowiadając na pytania wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1 wcale nie	2	3	4	5 bardzo dobrze
W jakim stopniu jesteś w stanie wyrazić swoje opinie w przypadku, gdy inni koledzy z klasy nie zgadzają się z Tobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie zaprzyjaźnić się z innymi rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie „zagadać” do nieznannej osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie współpracować w zgodzie ze swoimi kolegami z klasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie powiedzieć rówieśnikom, że robią coś, co Ci się nie podoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie opowiedzieć zabawne zdarzenie grupie rówieśników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu udaje Ci się utrzymywanie przyjaźni z rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu udaje Ci się zapobiegać kłótniom z rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Przeczytaj uważnie i zaznacz, na ile zgadzasz się z podanymi niżej stwierdzeniami.
Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5	6	7
	Zdecydo- wanie nie zgadzam się						Zdecydo- wanie zgadzam się
Moi koledzy i koleżanki naprawdę starają się mi pomagać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mogę liczyć na moich kolegów i koleżanki, kiedy coś idzie nie tak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam kolegów i koleżanki, z którymi mogę dzielić moje radości i troski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mogę rozmawiać z kolegami i koleżankami o moich problemach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Zaznacz w jaki sposób poniższe stwierdzenia odnoszą się do Ciebie...

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	Zupełnie NIE jak ja	Trochę jak ja	Prawie jak ja	Bardzo jak ja	Dokładnie TAK jak ja
Realizuję plany krok po kroku, żeby osiągnąć moje cele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam cele w życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli założę sobie jakieś cele, to podejmuję działania, żeby je osiągnąć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osiągnięcie celów jest dla mnie ważne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiem co zrobić, żeby zrealizować moje plany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

ANKIETA DLA DZIEWCZĄT Z KLASY II

Droga Koleżanko!

Dziękujemy, że bierzesz udział w programie ZDROWA JA.

Ankieta jest całkowicie **anonimowa**, to znaczy, że nie wpisujesz w niej swojego nazwiska, a Twoje odpowiedzi są przeznaczone tylko dla osób prowadzących badania. **Nie będą ich czytać ani rodzice ani nauczyciele.**

O czym należy pamiętać:

Odpowiadając na pytania **wstawiasz X w jedną kratkę**, przy odpowiedzi, która Ciebie dotyczy lub jest Tobie najbliższa. W niektórych pytaniach trzeba wstawić **X w każdym wierszu**, o ile wymaga tego instrukcja.

Bardzo dziękujemy za pomoc.

Zespół badawczy

Warszawa, czerwiec 2018

Instytutu Matki i Dziecka

1. W jakim miesiącu się urodziłaś?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sty- czeń	Luty	Ma- rzec	Kwie- cień	Maj	Czer- wiec	Lip- iec	Sier- pień	Wrze- sień	Paź- dzier- nik	Listo- pad	Gru- dzień

2. W którym roku się urodziłaś?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006

3. Gdzie mieszkasz?

- 1 w dużym mieście (pow. 100 tys. mieszkańców)
 2 w średniej wielkości mieście (od 50 do 100 tys. mieszkańców)
 3 w mniejszym mieście
 4 na wsi

4. Jaki jest Twój wzrost bez obuwia? (wpisz) cm

5. Jak często zwykle zjadasz **śniadanie** tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju? Wstaw X w jedną kratkę w dniach, w których chodzisz do szkoły i w jedną w dniach weekendu.

W dniach szkolnych

- 1 nigdy nie jem śniadania w dniu, gdy idę do szkoły
- 2 jem jednego dnia
- 3 dwa dni
- 4 trzy dni
- 5 cztery dni
- 6 pięć dni

W dniach weekendu

- 1 nigdy nie jem śniadania w dniach weekendu
- 2 zwykle jem śniadanie tylko w jednym dniu weekendu (w sobotę lub w niedzielę)
- 3 zwykle jem śniadanie w obu dniach weekendu (w sobotę i w niedzielę)

6. Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz lub pijesz niżej wymienione produkty? *Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu*

	8	9	10	11	12	13	14
	nigdy	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	1 raz w tygodniu	2-4 dni w tygodniu	5-6 dni w tygodniu	co-dziennie, 1 raz	co-dziennie częściej niż 1 raz
Owoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warzywa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słodycze (cukierki, czekolada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coca-cola lub inne napoje z dodatkiem cukru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Obok jest rysunek drabiny. Na górze drabiny jest cyfra **11** – umownie oznaczająca życie, które wydaje Ci się najlepsze. Na dole drabiny jest cyfra **0** – oznaczająca życie, które wydaje Ci się najgorsze.

Pomyśl, jakie jest teraz Twoje życie i w którym miejscu drabiny Ty stanęłabyś. *Zaznacz znakiem X jedną kratkę obok cyfry, która znajduje się w tym miejscu.*

<input type="checkbox"/>	10	Życie najlepsze , jakie może być
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	Życie najgorsze , jakie może być
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	

Aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia, w czasie których praca Twojego serca przyspiesza, masz poczucie, że „brak Ci tchu” (szybciej oddychasz). Aktywność fizyczna wiąże się z zajęciami WF w szkole, uprawianiem sportu, zabawami ruchowymi z koleżankami i kolegami, marszem do szkoły. Przykłady aktywności fizycznej to: bieg, szybki marsz, jazda na rowerze, taniec, jazda na łyżwach, gra w piłkę. **Odpowiadając na następane pytanie, oblicz, ile czasu łącznie przeznaczyłaś każdego dnia na aktywność fizyczną.**

8. W ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczałaś na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 dni	1	2	3	4	5	6	7 dni

9. Poniżej znajdują się stwierdzenia dotyczące aktywności fizycznej. Zaznacz, na ile zgadzasz się z każdym z nich. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	całkowicie się zgadzam	raczej się zgadzam	ani tak ani nie	raczej się nie zgadzam	całkowicie się nie zgadzam
Moi rodzice zachęcają mnie do aktywności fizycznej/sportu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moi najbliżsi koledzy i koleżanki zachęcają mnie do aktywności fizycznej/sportu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Określenie „czas wolny” należy rozumieć jako czas, który masz **po odrobieniu wszystkich prac domowych lub wykonaniu obowiązków w domu**. Swój czas wolny możesz wykorzystać **według własnego uznania**, np. zajmując się swoim hobby.

10. Jak często w czasie wolnym robisz wymienione niżej rzeczy?

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	codziennie	kilka razy w tygodniu	kilka razy w miesiącu	najwyżej kilka razy w roku	nigdy
Czytam książki (powieści, wiersze, opowiadania, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czytam magazyny (np.: Newsweek, Cosmopolitan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chodzę do kina, teatru, na wystawy, na wydarzenia sportowe jako kibic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
	codziennie	kilka razy w tygodniu	kilka razy w miesiącu	najwyżej kilka razy w roku	nigdy
Rysuję/maluję, rzeźbię, zajmuję się ceramiką lub innym rękodziełem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gram w karty i gry planszowe (np. Szachy, Scrabble, Monopoly, Uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spędzam czas z kolegami w parku, na boisku, na ławkach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robię zakupy dla zabawy w centrach handlowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zajmuję się kolekcjonerstwem (zbieram znaczki, modele, karty, naklejki, autografy, figurki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gram na instrumencie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Jak często, w czasie wolnym POZA ZAJĘCIAMI SZKOLNYMI wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których Twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. „brakuje Ci tchu”, pocisz się?

- ¹ codziennie
- ² 4 - 6 razy w tygodniu
- ³ 2 - 3 razy w tygodniu
- ⁴ 1 raz w tygodniu
- ⁵ 1 raz w miesiącu
- ⁶ mniej niż 1 raz w miesiącu
- ⁷ nigdy

12. Zaznacz, na ile prawdziwe lub nieprawdziwe są, Twoim zdaniem, poniższe stwierdzenia.

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4
	całkowicie prawdziwe	raczej prawdziwe	raczej nieprawdziwe	całkowicie nieprawdziwe
Jestem zbyt zmęczona po lekcjach, aby ćwiczyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Łatwiej znaleźć mi wytłumaczenie, dlaczego nie ćwiczę, niż wyjść i coś zrobić	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam zbyt mało czasu, aby znalazły się w nim ćwiczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4
	całkowicie prawdziwe	raczej prawdziwe	raczej nie prawdziwe	całkowicie nie prawdziwe

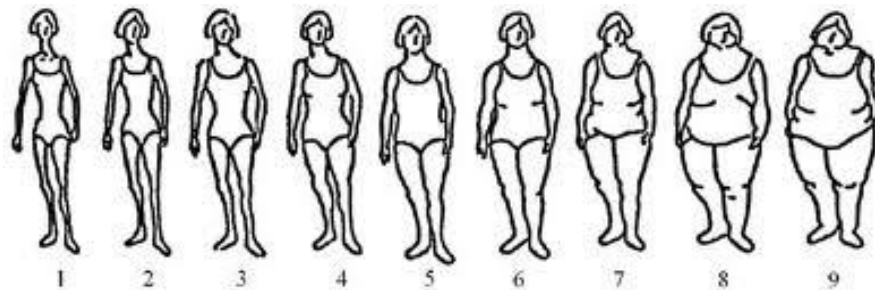
Moje zwykle aktywności w rodzinie i z przyjaciółmi nie obejmują aktywności fizycznej

Nie jestem dostatecznie dobra w zajęciach sportowych i ćwiczeniach fizycznych, aby sprawiały mi radość

13. Gdy myślisz o sobie, to sądzisz, że jesteś:

- ¹ zdecydowanie za szczupła
² trochę za szczupła
³ w sam raz
⁴ trochę za gruba
⁵ zdecydowanie za gruba

14. Która, z przedstawionych poniżej sylwetek najbardziej przypomina Twoją, obecną sylwetkę? Wpisz numer



15. Która z przedstawionych powyżej sylwetek jest Twoim zdaniem najbardziej prawidłowa dla osoby w Twoim wieku i tej samej płci?

Wpisz numer

16. Jak często obecnie palisz tytoń?

- ¹ codziennie
² co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie
³ rzadziej niż 1 raz w tygodniu
⁴ nie palę wcale

17. W ilu dniach (jeśli w ogóle) paliłaś papierosy*Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu*

	1	2	3	4	5	6	7
	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Ile dni (jeśli w ogóle) używałaś papierosów elektronicznych (e-papierosów)*Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu*

	1	2	3	4	5	6	7
	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. W ilu dniach (jeśli w ogóle) piłaś alkohol?*Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu*

	1	2	3	4	5	6	7
	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Czy wypijałaś kiedyś tak dużo alkoholu, że czułaś się naprawdę pijana?*Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu. Jeśli nic takiego się nie zdarzyło zakresł odpowiedź „nie, nigdy”.*

	1	2	3	4	5
	nie, nigdy	tak, 1 raz	tak, 2-3 razy	tak, 4-10 razy	tak, więcej niż 10 razy
W całym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Czy uważasz, że Twoje zdrowie jest:

- 1 doskonałe
- 2 dobre
- 3 niezłe
- 4 słabe

22. Ile godzin dziennie, w czasie wolnym zwykle oglądasz filmy lub programy w telewizji, na komputerze lub przez Internet (w tym YouTube lub podobne serwisy), DVD lub inne programy rozrywkowe? Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i dniach weekendu

W dniach szkolnych

- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

W dniach weekendu

- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

23. Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, zwykle grasz w gry komputerowe lub na konsoli (np. Playstation, Xbox, GameCube), tablecie, czy smartfonie lub innym sprzęcie, z wyjątkiem gier ruchowych (np. na Playstation Move, Nintendo Wii)?

Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i dniach weekendu.

W dniach szkolnych

- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

W dniach weekendu

- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

27. O której godzinie zwykle budzisz się w dni szkolne?

Nie później niż o 05.00	05.30	06.00	06.30	7.00	7.30	08.00 albo później
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

28. O której godzinie zwykle budzisz się w weekend lub w dni wolne od szkoły?

									Południe					
Nie później niż 07.00	07.30	08.00	08.30	09.00	09.30	10.00	10.30	11.00	11.30	12.00	12.30	13.00	13.30	14.00 lub później
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>

29. Jak często w ostatnich 6 miesiącach odczuwałaś ... ?

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	prawie codziennie	częściej niż 1 raz w tygodniu	prawie w każdym tygodniu	prawie w każdym miesiącu	rzadko lub nigdy
ból głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ból brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ból pleców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zmęczenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przygnębienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rozdrażnienie lub zły humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zdenerwowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trudności w zasypianiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Poniżej zamieszczono listę niektórych możliwych uczuć lub zachowań. Wskaż, jak często tak się czułaś w czasie ostatniego tygodnia, wstawiając X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4
	rzadko lub wcale w tym czasie (mniej niż 1 dzień)	trochę lub mało w tym czasie (1-2 dni)	okazjonalnie lub umiarkowanie w tym czasie (3-4 dni)	cały ten czas (5-7 dni)
Byłam zaniepokojona rzeczami, które zazwyczaj mnie nie niepokoją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miałam problem ze skupieniem się na tym, co robię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byłam przygnębiona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułam, że wszystko, co robię, przychodzi mi z trudem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byłam pełna nadziei co do przyszłości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułam lęk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miałam niespokojne sny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byłam szczęśliwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułam się samotna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie mogłam zacząć działać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. W ostatnim miesiącu... Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	nigdy	prawie nigdy	czasami	dość często	bardzo często
Jak często czułaś, że nie byłaś w stanie kontrolować ważnych rzeczy w swoim życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak często byłaś pewna, że jesteś zdolna, by poradzić sobie z osobistymi problemami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak często czułaś, że sprawy szły po Twojej myśli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak często czułaś, że nagromadziło się tyle problemów, że nie będziesz w stanie ich przezwyciężyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Poniżej znajduje się lista aktywności, którymi niektóre rodziny zajmują wspólnie. Jak często, zazwyczaj, Ty i Twoja rodzina robicie wspólnie każdą z tych rzeczy?

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	codziennie	w większość dni	około raz w tygodniu	rzadziej	nigdy
Wspólnie oglądamy telewizję lub filmy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Razem chodzimy na spacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wspólnie odwiedzamy różne miejsca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Razem uprawiamy sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Odpowiadając na pytania wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	zawsze	często	czasami	rzadko	nigdy
Jak często Twoi rodzice/opiekunowie są aktywni fizycznie/uprawiają sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy rodzice/ opiekunowie pomagają Ci zaplanować zajęcia związane z aktywnością fizyczną w tygodniowym rozkładzie zajęć pozalekcyjnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jeśli mówisz, że lubisz jaką aktywność fizyczną/ sport Twoi rodzice/ opiekunowie pozwalają Ci to robić?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Odpowiadając na pytania, zaznacz w skali od 1 do 5 swój wybór.

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	wcale nie				bardzo dobrze
W jakim stopniu jesteś w stanie wyrazić swoje opinie w przypadku, gdy inni koledzy z klasy nie zgadzają się z Tobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie zaprzyjaźnić się z innymi rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
	wcale nie				bardzo dobrze

W jakim stopniu jesteś w stanie „zagadać” do nieznanej osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie współpracować w zgodzie ze swoimi kolegami z klasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie powiedzieć rówieśnikom, że robią coś, co Ci się nie podoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie opowiedzieć zabawne zdarzenie grupie rówieśników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu udaje Ci się utrzymywanie przyjaźni z rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu udaje Ci się zapobiegać kłótniom z rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Przeczytaj uważnie i zaznacz w skali od 1 do 7, na ile zgadzasz się z podanymi niżej stwierdzeniami. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5	6	7
	Zdecydowanie nie zgadzam się						Zdecydowanie zgadzam się
Moi koledzy i koleżanki naprawdę starają się mi pomagać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mogę liczyć na moich kolegów i koleżanki, kiedy coś idzie nie tak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam kolegów i koleżanki, z którymi mogę dzielić moje radości i troski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mogę rozmawiać z kolegami i koleżankami o moich problemach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Zaznacz, w jaki sposób poniższe stwierdzenia odnoszą się do Ciebie...

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

	Zupełnie NIE jak ja	Trochę jak ja	Prawie jak ja	Bardzo jak ja	Dokładnie TAK jak ja
Realizuję plany krok po kroku, żeby osiągnąć moje cele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam cele w życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli założę sobie jakieś cele, to podejmuję działania, żeby je osiągnąć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osiągnięcie celów jest dla mnie ważne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiem co zrobić, żeby zrealizować moje plany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. W skali od 1 (bardzo niezadowolona) do 5 (bardzo zadowolona) oceń, na ile jesteś zadowolona

z udziału w Programie Zdrowa Ja. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu.

1	2	3	4	5
bardzo niezadowolona				bardzo zadowolona
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Poniżej znajduje się kilka pytań na temat Twojego zdrowia, odczuć, opinii o sobie i tego co robisz na co dzień. Jesteśmy ciekawi, jaki wpływ ma na Ciebie udział w Programie Zdrowa Ja.

W skali od 1 (brak poprawy) do 5 (znaczną poprawą) oceń, w jakim stopniu udział w Programie Zdrowa Ja przyczynił się do ZMIANY w Twojej wiedzy i umiejętnościach w następujących obszarach (wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu):

	1	2	3	4	5
	pogorszenie	brak poprawy	niewielka poprawa	średnia poprawa	wyraźna poprawa
Wiedza na temat aktywności fizycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiedza na temat kompetencji osobistych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiedza na temat prawidłowego odżywiania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samopoczucie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
	pogorszenie	brak poprawy	niewielka poprawa	średnia poprawa	wyraźna poprawa
Poczucie własnej wartości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Umiejętność wyznaczania celów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wytrwałość w dążeniu do celu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chęć bycia coraz lepszą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chęć uzyskiwania coraz lepszych wyników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprawność fizyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czas poświęcany na aktywność fizyczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zainteresowanie aktywnością fizyczną i sportem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sposób odżywiania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacje z nauczycielami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacje z rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacje z rodziną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiara w siebie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czas poświęcany na wspólne aktywności z rodziną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czas poświęcony na wspólne aktywności z koleżankami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chęć współpracy z innymi osobami (rówieśnikami, nauczycielami, rodzicami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stosunek do szkoły	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Wymień dobre strony projektu Zdrowa Ja. Uzasadnij swój wybór.

42. Wymień słabe strony projektu Zdrowa JA. Uzasadnij swój wybór.

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

Indywidualny kod uczestniczki



ZDROWA JA

ANKIETA DLA DZIEWCZĄT Z KLASY III

Droga Koleżanko!

To już prawie rok, jak jesteśmy razem w programie ZDROWA JA.

Dzięki odpowiedziom na pytania zawarte w dwóch poprzednich ankietach, mogliśmy poznać Twoje opinie na wiele spraw dotyczących zdrowia i zdrowego stylu życia, a także uwagi dotyczące samego programu.

Ta ankieta jako ostatnia, zamyka nasz cykl badań kwestionariuszowych. Część pytań powtarza się, niektóre są zupełnie nowe. Nadal bardzo ciekawią nas Twoje poglądy i opinie.

Przypominamy, że ankieta jest całkowicie **anonimowa**, to znaczy, że nie wpisujesz w niej swojego nazwiska, a Twoje odpowiedzi są przeznaczone tylko dla osób prowadzących badania. **Nie będą ich czytać ani rodzice ani nauczyciele.**

O czym należy pamiętać:

Odpowiadając na pytania **wstawiasz X w jedną kratkę**, przy odpowiedzi, która Ciebie dotyczy lub jest Tobie najbliższa. W niektórych pytaniach trzeba wstawić **X w każdym wierszu**, o ile wymaga tego instrukcja.

Dziękujemy za wspólnie spędzony rok.

Warszawa, wrzesień 2018

*Zespół badawczy
Instytutu Matki i Dziecka*

1. W jakim miesiącu się urodziłaś?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sty- czeń	Luty	Ma- rzec	Kwie- cień	Maj	Czer- wiec	Lip- iec	Sier- pień	Wrze- sień	Paź- dzier- nik	Listo- pad	Gru- dzień

2. W którym roku się urodziłaś?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006

3. Ile ważyś bez ubrania? (wpisz)..... kg

4. Jaki jest Twój wzrost bez obuwia? (wpisz)..... cm

5. Jaka miałaś średnią ocenę na świadectwie po II klasie gimnazjum?

- do 3,5 włącznie
- od 3,5 do 4,0 włącznie
- od 4,0 do 4,5 włącznie
- powyżej 4,5

6. Jak często zwykle zjadasz śniadanie tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju? Wstaw X w jedną kratkę w dniach, w których chodzisz do szkoły i w jedną w dniach weekendu.

W dniach szkolnych	W dniach weekendu
<input type="checkbox"/> nigdy nie jem śniadania w dniu, gdy idę do szkoły	<input type="checkbox"/> nigdy nie jem śniadania w dniach weekendu
<input type="checkbox"/> jem jednego dnia	<input type="checkbox"/> zwykle jem śniadanie tylko w jednym dniu weekendu (w sobotę lub w niedzielę)
<input type="checkbox"/> dwa dni	<input type="checkbox"/> zwykle jem śniadanie w obu dniach weekendu (w sobotę i w niedzielę)
<input type="checkbox"/> trzy dni	
<input type="checkbox"/> cztery dni	
<input type="checkbox"/> pięć dni	

7. Jak często Ty i Twoja rodzina zazwyczaj jecie razem posiłki?

- codziennie
- w większość dni
- około 1 raz w tygodniu
- rzadko
- nigdy

8. Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz lub pijesz niżej wymienione produkty?
Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5	6	7
	nigdy	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	1 raz w tygodniu	2-4 dni w tygodniu	5-6 dni w tygodniu	co-dziennie, 1 raz	co-dziennie częściej niż 1 raz
Owoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warzywa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słodycze (cukierki, czekolada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coca-cola lub inne napoje z dodatkiem cukru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Jak często myjesz zęby?

- ¹ częściej niż 1 raz dziennie
² 1 raz dziennie
³ co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie
⁴ rzadziej niż 1 raz w tygodniu
⁵ nigdy

12 Obok jest rysunek drabiny.

Na górze drabiny jest cyfra 10 – umownie oznaczająca życie, które wydaje Ci się najlepsze.

Na dole drabiny jest cyfra 0 – oznaczająca życie, które wydaje Ci się najgorsze.

Pomyśl, jakie jest teraz Twoje życie i w którym miejscu drabiny Ty stanęłabyś. Zaznacz znakiem X jedną kratkę obok cyfry, która znajduje się w tym miejscu.

<input type="checkbox"/>	10
<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	0

Życie **najlepsze**,
jakie może być

Życie **najgorsze**,
jakie może być

Aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia, w czasie których praca Twojego serca przyspiesza, masz poczucie, że „brak Ci tchu” (szybciej oddychasz). Aktywność fizyczna wiąże się z zajęciami WF w szkole, uprawianiem sportu, zabawami ruchowymi z koleżankami i kolegami, marszem do szkoły. Przykłady aktywności fizycznej to: bieg, szybki marsz, jazda na rowerze, taniec, jazda na łyżwach, gra w piłkę. **Odpowiadając na następane pytanie, oblicz, ile czasu łącznie przeznaczyłaś każdego dnia na aktywność fizyczną.**

10. W ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczałaś na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 dni	1	2	3	4	5	6	7 dni

11. W jakiej części lekcji WF brałaś udział w poprzednim roku szkolnym?

- 1 we wszystkich lub prawie wszystkich
- 2 więcej niż połowie
- 3 w połowie
- 4 mniej niż w połowie
- 5 prawie wcale
- 6 wcale

12. Czy w poprzednim roku szkolnym miałaś zwolnienie lekarskie z lekcji WF?

- 1 nie miałam wcale zwolnienia lekarskiego z lekcji WF
- 2 tak, krótsze niż 1 miesiąc
- 3 tak, 1-3 miesięcy
- 4 tak, 4-6 miesięcy
- 5 tak, dłuższe niż 6 miesięcy

13. Czy w tym roku szkolnym będziesz uczestniczyła w zajęciach sportowych lub innych związanych z aktywnością fizyczną poza lekcjami WF w szkole?

- 1 zdecydowanie tak
- 2 raczej tak
- 3 trudno powiedzieć
- 4 raczej nie
- 5 zdecydowanie nie

14. Poniżej znajdują się stwierdzenia dotyczące aktywności fizycznej. Zaznacz, na ile zgadzasz się z każdym z nich. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

1 2 3 4 5

całkowicie się zgadzam	raczej się zgadzam	ani tak ani nie	raczej się nie zgadzam	całkowicie się nie zgadzam
------------------------	--------------------	-----------------	-------------------------------	-----------------------------------

Moi rodzice zachęcają mnie do aktywności fizycznej/sportu

Moi najbliżsi koledzy i koleżanki zachęcają mnie do aktywności fizycznej/sportu

15. Zazwyczaj główną część Twojej drogi DO szkoły odbywasz...

- 1 pieszo
- 2 na rowerze
- 3 autobusem, pociągiem, tramwajem, metrem
- 4 samochodem, motorem albo skuterem
- 5 w inny sposób

16. Zazwyczaj główną część Twojej drogi ZE szkoły odbywasz...

- 1 pieszo
- 2 na rowerze
- 3 autobusem, pociągiem, tramwajem, metrem
- 4 samochodem, motorem albo skuterem
- 5 w inny sposób

17. Czy w czasie wolnym (po szkole) bierzesz udział w wymienionych zajęciach o charakterze sportowym. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

1 2 3

Tak, regularnie	Tak, sporadycznie	Nie
-----------------	-------------------	-----

Zorganizowane sporty drużynowe w klubie lub kółku sportowym w szkole (np. piłka nożna, siatkówka, koszykówka)

Zorganizowane sportowe zajęcia indywidualne w klubie lub w szkole (np. tenis, gimnastyka, karate)

Indywidualne zajęcia sportowe organizowane przez Ciebie lub rodziców (np. basen, siłownia)

Inne zajęcia sportowe, jakie

.....

.....

18. Przeczytaj uważnie i zaznacz, na ile zgadzasz się z podanymi niżej stwierdzeniami na temat Twojego samopoczucia. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	całkowicie nie zgadzam się	nie zgadzam się	trudno powiedzieć	zgadzam się	całkowicie zgadzam się
Jestem pełna energii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czekam z niecierpliwością na każdy nowy dzień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prawie zawsze czuję się gotowa do działania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Jak często, w czasie wolnym POZA ZAJĘCIAMI SZKOLNYMI wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których Twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. „brakuje Ci tchu”, pocisz się?

- ¹ codziennie
- ² 4 - 6 razy w tygodniu
- ³ 2 - 3 razy w tygodniu
- ⁴ 1 raz w tygodniu
- ⁵ 1 raz w miesiącu
- ⁶ mniej niż 1 raz w miesiącu
- ⁷ nigdy

20. Zaznacz na ile prawdziwe lub nieprawdziwe są, Twoim zdaniem, poniższe stwierdzenia. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4
	całkowicie prawdziwe	raczej prawdziwe	raczej nieprawdziwe	całkowicie nieprawdziwe
Jestem zbyt zmęczona po lekcjach, aby ćwiczyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Łatwiej znaleźć mi wytłumaczenie, dlaczego nie ćwiczę, niż wyjść i coś zrobić	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam zbyt mało czasu, aby znalazły się w nim ćwiczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moje zwykłe aktywności w rodzinie i z przyjaciółmi nie obejmują aktywności fizycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie jestem dostatecznie dobra w zajęciach sportowych i ćwiczeniach fizycznych, aby sprawiały mi radość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Z poniższych opcji wybierz tę, która najlepiej opisuje Twoją opinię

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

Mam pewność, że...	całkowicie nieprawdziwe	raczej nieprawdziwe	raczej prawdziwe	całkowicie prawdziwe
Posiadam dobre informacje na temat zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli zachodzi taka potrzeba, potrafię podać szereg sposobów poprawy zdrowia w bezpośrednim otoczeniu (np. w sąsiedztwie, u rodziny, przyjaciół)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię porównać informacje związane ze zdrowiem pochodzące z różnych źródeł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię wypełnić polecenia personelu medycznego (np. lekarza czy pielęgniarki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię z łatwością podać przykłady działań promujących zdrowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię określić, jak moje własne działania wpływają na otaczającą mnie przyrodę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli zachodzi taka potrzeba, wyszukuję łatwo zrozumiałe informacje związane ze zdrowiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię określić, jak moje zachowania wpływają na moje zdrowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zazwyczaj potrafię się zorientować, czy jakaś informacja związana ze zdrowiem jest prawdziwa czy nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potrafię podać uzasadnienie moich wyborów dotyczących zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Jak bardzo jesteś pewna, że mogłabyś zrealizować swoje plany związane z aktywnością fizyczną, mimo następujących trudności. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4
<i>Mogę realizować moje plany związane z aktywnością fizyczną.....</i>	bardzo niepewna	raczej niepewna	raczej pewna	bardzo pewna
..... nawet, gdy mam zmartwienia i problemy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... nawet, gdy czuję się przygnębiona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... nawet, gdy jestem spięta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... nawet, gdy jestem zmęczona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... nawet, gdy jestem zajęta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Czy uważasz, że Twoje zdrowie jest:

- ¹ doskonałe
² dobre
³ niezłe
⁴ słabe

24. Gdy myślisz o sobie, to sądzisz, że jesteś:

- ¹ zdecydowanie za szczupła
² trochę za szczupła
³ w sam raz
⁴ trochę za gruba
⁵ zdecydowanie za gruba

25. Poniżej znajduje się lista stwierdzeń wyrażających odczucia różnych osób, co do swego ciała. Nie ma tu dobrych ani złych odpowiedzi. Chcielibyśmy dowiedzieć się, co sądzisz o swoim ciele. Prosimy, abyś uważnie przeczytała wszystkie stwierdzenia i zastanowiła się, na ile zgadzasz się z danym stwierdzeniem. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	zdecydowanie nie zgadzam się	nie zgadzam się	nie mam zdania	zgadzam się	zdecydowa- nie zgadzam się
Jestem ciągle sfrustrowana z powodu mojego wyglądu fizycznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem zadowolona ze swojego wyglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie cierpię mojego ciała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dobrze czuję się ze swoim ciałem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Złoszczę się, kiedy pomyślę o swoim ciele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lubię swój wygląd, mimo jego niedoskonałości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Czy uważasz, że Twoje ogólne samopoczucie zmieniło się w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

- ¹ czuję się dużo gorzej
² czuję się gorzej
³ czuję się tak samo
⁴ czuję się lepiej
⁵ czuję się znacznie lepiej

30. W ilu dniach (jeśli w ogóle) piłaś alkohol?*Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu*

	1	2	3	4	5	6	7
	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W ostatnich 12 miesiącach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Czy wypilaś kiedyś tak dużo alkoholu, że czułaś się naprawdę pijana?*Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu. Jeśli nic takiego się nie zdarzyło zakreśl odpowiedź „nie, nigdy”.*

	1	2	3	4	5
	nie, nigdy	tak, 1 raz	tak, 2-3 razy	tak, 4-10 razy	tak, więcej niż 10 razy
W ostatnich 12 miesiącach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Czy kiedykolwiek używałaś marihuany („trawy”, „skuna”) lub haszyszu?*Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu*

	1	2	3	4	5	6	7
	nigdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dni lub więcej
W ostatnich 12 miesiącach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 30 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Zaznacz, jak bardzo prawdziwe są stwierdzenia dotyczące opaski, która otrzymałaś w ramach programu Zdrowa Ja? Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4
	całkowicie prawdziwe	raczej prawdziwe	raczej nieprawdziwe	całkowicie nieprawdziwe
W ubiegłym roku szkolnym nosiłam opaskę prawie codziennie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie miałam problemów z synchronizacją opaski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyniki otrzymane w aplikacji odpowiadały rzeczywistej liczbie kroków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W przyszłości chciałabym używać podobnego sprzętu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Ile godzin dziennie w czasie wolnym zwykle oglądasz filmy lub programy w telewizji, na komputerze lub przez Internet (w tym YouTube lub podobne serwisy), DVD lub inne programy rozrywkowe? Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i dniach weekendu

W dniach szkolnych

- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

W dniach weekendu

- 1 Wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

35. Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, zwykle grasz w gry komputerowe lub na konsoli (np. Playstation, Xbox, GameCube), tablecie, czy smartfonie lub innym sprzęcie, z wyjątkiem gier ruchowych (np. na Playstation Move, Nintendo Wii)? Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i dniach weekendu.

W dniach szkolnych

- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

W dniach weekendu

- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

36. Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, zwykle korzystasz z komputera, tabletu lub smartfona (odrabianie lekcji, wysyłanie wiadomości e-mail, Tweeter, Facebook, Instagram, Snapchat, czatowanie, korzystanie z Internetu, itp.)? Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i dniach weekendu.

- W dniach szkolnych**
- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

- W dniach weekendu**
- 1 wcale
- 2 około pół godziny dziennie
- 3 około 1 godziny dziennie
- 4 około 2 godzin dziennie
- 5 około 3 godzin dziennie
- 6 około 4 godzin dziennie
- 7 około 5 godzin dziennie
- 8 około 6 godzin dziennie
- 9 około 7 lub więcej godzin/dzień

37. O której godzinie zwykle kładziesz się do łóżka, jeśli następnego dnia musisz iść do szkoły?

					Północ					
Nie później niż 21.00	21.30	22.00	22.30	23.00	23.30	00.00	00.30	01.00	01.30	02.00 lub później
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>

38. O której godzinie zwykle kładziesz się do łóżka w weekend lub w dni wolne od szkoły?

					Północ									
Nie później niż 21.00	21.30	22.00	22.30	23.00	23.30	00.00	00.30	01.00	01.30	02.00	02.30	03.00	03.30	04.00 lub później
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>

39. O której godzinie zwykle budzisz się w dni szkolne?

Nie później niż o 05.00	05.30	06.00	06.30	7.00	7.30	08.00 albo później
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

40. O której godzinie zwykle budzisz się w weekend lub w dni wolne od szkoły?

									Południe						
Nie później niż	07.00	07.30	08.00	08.30	09.00	09.30	10.00	10.30	11.00	11.30	12.00	12.30	13.00	13.30	14.00 ub później
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	

41. Jak często w ostatnich 6 miesiącach odczuwałaś ... ?

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	prawie codziennie	częściej niż 1 raz w tygodniu	prawie w każdym tygodniu	prawie w każdym miesiącu	rzadko lub nigdy
ból głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ból brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ból pleców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zmęczenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przygnębienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rozdrażnienie lub zły humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zdenerwowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trudności w zasypianiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Poniżej zamieszczono listę niektórych możliwych uczuć lub zachowań. Wskaż, jak często tak się czułaś w czasie ostatniego tygodnia, wstawiając X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4
	rzadko lub wcale w tym czasie (mniej niż 1 dzień)	trochę lub mało w tym czasie (1-2 dni)	okazjonalnie lub umiarkowanie w tym czasie (3-4 dni)	cały ten czas (5-7 dni)
Byłam zaniepokojona rzeczami, które zazwyczaj mnie nie niepokoją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miałam problem ze skupieniem się na tym, co robię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byłam przygnębiona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułam, że wszystko, co robię, przychodzi mi z trudem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byłam pełna nadziei co do przyszłości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułam lęk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miałam niespokojne sny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byłam szczęśliwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułam się samotna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie mogłam zacząć działać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. W ostatnim miesiącu... Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	nigdy	prawie nigdy	czasami	dość często	bardzo często
Jak często czułaś, że nie byłaś w stanie kontrolować ważnych rzeczy w swoim życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak często byłaś pewna, że jesteś zdolna, by poradzić sobie z osobistymi problemami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak często czułaś, że sprawy szły po Twojej myśli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak często czułaś, że nagromadziło się tyle problemów, że nie będziesz w stanie ich przezwyciężyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Poniżej znajduje się lista aktywności, którymi niektóre rodziny zajmują wspólnie. Jak często, zazwyczaj, Ty i Twoja rodzina robicie wspólnie każdą z tych rzeczy? Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	co-dziennie	w większość dni	około raz w tygodniu	rzadziej	nigdy
Wspólnie oglądamy telewizję lub filmy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Razem chodzimy na spacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wspólnie odwiedzamy różne miejsca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Razem uprawiamy sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Odpowiadając na pytania wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4	5
	zawsze	często	czasami	rzadko	nigdy
Jak często Twoi rodzice/opiekunowie są aktywni fizycznie/ uprawiają sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy rodzice/ opiekunowie pomagają Ci zaplanować zajęcia związane z aktywnością fizyczną w tygodniowym rozkładzie zajęć pozalekcyjnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jeśli mówisz, że lubisz jakąś aktywność fizyczną/ sport Twoi rodzice/ opiekunowie pozwalają Ci to robić?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Czy uważasz, że bycie aktywnym fizycznie codziennie przez **minimum 1 godzinę jest**

- 1 bardzo łatwe
- 2 raczej łatwe
- 3 ani łatwe ani trudne
- 4 raczej trudne
- 5 bardzo trudne

49. Zaznacz, na ile ważne są dla Ciebie poniższe sprawy. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1	2	3	4
	bardzo ważne	ważne	niezbyt ważne	nieważne
Systematycznie poprawiać swoją aktywność fizyczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systematycznie uprawiać jakąś dyscyplinę sportową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Odpowiadając na pytania, zaznacz w skali od 1 do 5 swój wybór. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu

	1 wcale nie	2	3	4	5 bardzo dobrze
W jakim stopniu jesteś w stanie wyrazić swoje opinie w przypadku, gdy inni koledzy z klasy nie zgadzają się z Tobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie zaprzyjaźnić się z innymi rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie „zagadać” do nieznaney osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie współpracować w zgodzie ze swoimi kolegami z klasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie powiedzieć rówieśnikom, że robią coś, co Ci się nie podoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu jesteś w stanie opowiedzieć zabawne zdarzenie grupie rówieśników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu udaje Ci się utrzymywanie przyjaźni z rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu udaje Ci się zapobiegać kłótniom z rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ogólna ocena Kampanii promocyjnej Programu *Zdrowa Ja* w portalach społecznościowych (grupa zamknięta na portalu Facebook)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ocena działań na terenie Twojej Szkoły w ramach Programu *Zdrowa Ja* (własne filmy udostępniane w Internecie, konkurs na modyfikację koszulek)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Twoja aktywność w portalach społecznościowych w ramach Programu *Zdrowa Ja*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ogólna ocena działania sprzętu (opasek) rozdanych w ramach Programu *Zdrowa Ja*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

Z. Juczyński
Skala KompOs

..... płęć M K wiek data badania

Dla kaędej z dwóch opisanych ponięej sytuacji A i B podano kilka moęliwych zachowań. Zastanów się i odpowiedz szczerze: **Jak zazwyczaj się zachowujesz?**

W kaędym z 6 zdań wybierz jedną, najbardziej właściwą dla siebie odpowiedź i zaznacz ją znakiem X.

A. Zazwyczaj, gdy znajduję się w bardzo kłopotliwej dla mnie sytuacji

(np. jestem nieprzygotowany do lekcji i zostałem wezwany do odpowiedzi albo muszę się przyznać do kłamstwa), **to:**

- | | | | | |
|---------------------------------------|-----|------------|------------|-----|
| 1. znajduję jakieś rozwiązanie | tak | raczej tak | raczej nie | nie |
| 2. tracę głowę | tak | raczej tak | raczej nie | nie |
| 3. maksymalnie się koncentruję | tak | raczej tak | raczej nie | nie |
| 4. nie wiem co mam robić | tak | raczej tak | raczej nie | nie |
| 5. mogę polegać na sobie | tak | raczej tak | raczej nie | nie |
| 6. spodziewam się niepowodzenia | tak | raczej tak | raczej nie | nie |

B. Zazwyczaj, gdy zamierzam zrobić coś dla mnie ważnego

(np. przygotować się na jutro do klasówki albo też wykonać jakąś inną ważną czynność), **to:**

- | | | | | |
|---|---------------|--------|--------|--------------|
| 1. robię to, nawet gdy jestem bardzo zmęczony | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |
| 2. rezygnuję z zamiaru, gdy w telewizji leci mój ulubiony program | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |
| 3. robię to, nawet gdy, jak się wydaje, jest to ponad moje siły | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |
| 4. rezygnuję z tego, gdy nie widzę szans powodzenia | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |
| 5. robię to, nawet gdy ktoś lub coś bardzo mi przeszkadza | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |
| 6. rezygnuję z tego, jeżeli mam coś ciekawszego do zrobienia | prawie zawsze | często | czasem | prawie nigdy |

PWS	sten	S	W

Dyspozycje do wywiadu pogłębionego

Dyspozycje do ewaluacyjnego wywiadu pogłębionego w ramach Programu ZDROWA JA

INSTRUKCJA

Organizacja wywiadu

Uczestnicy: dziewczęta, których rodzice oraz one same wyraziły pisemną zgodę na udział w programie ZDROWA JA – 4-6 dziewcząt chętnych aby wziąć udział w wywiadzie.

Czas trwania: około 1- 2 godzin lekcyjnych (w zależności od typu interwencji)

Miejsce: Ciche pomieszczenie w szkole

Rejestracja wywiadu: Osoby przeprowadzające wywiady są zobowiązane do przesłania sprawozdania z wnioskami. W tym celu wywiad może być zarejestrowany w postaci nagrania. Nagrywanie jest opcjonalne i ma charakter pomocniczy, nagrania nie będą archiwizowane, przesyłane, ani poddawane pełnej transkrypcji. Uczestniczki wywiadów będą poinformowane o nagrywaniu.

Prowadzący: Nauczyciel lub pielęgniarka koordynujący Projekt Zdrowa Ja w szkole.

Terminy wywiadów pogłębionych:

WYWIAD I – grudzień 2017

WYWIAD II – czerwiec 2018

Wprowadzenie

Proszę poinformować uczestniczki, że:

- wywiad, w którym wezmą udział jest częścią programu ZDROWA JA, na udział w którym zarówno rodzice, jak i one same wyraziły pisemną zgodę,
- wywiad jest anonimowy, tj. nigdzie nie zostaną zapisane nazwiska uczestniczek wywiadu,
- wywiad (opcjonalnie) będzie nagrywany, a nagranie posłuży wyłącznie do przygotowania sprawozdania z wywiadu przez prowadzącego wywiad, a następnie zostanie skasowane,
- wywiad składa się z trzech części, w których będą poruszane tematy związane z aktywnością fizyczną, oceną telemonitoringu i form pracy i treści, które oferuje program, ogólnej oceny programu.

PRZEBIEG WYWIADU

Część I.

Aktywność fizyczna

1	Co to jest aktywność fizyczna?
2	Jakie korzyści może przynieść aktywność fizyczna dziewczętom w Twoim wieku?
3	Jakie są najpopularniejsze formy aktywności fizycznej wśród Twoich rówieśniczek?
4	Co sprawia, że niektóre dziewczęta w Twoim wieku są aktywne fizycznie, uprawiają sport?
5	Dlaczego niektóre dziewczęta w Twoim wieku unikają aktywności fizycznej?
6	Jak dziewczęta w Twoim wieku oceniają zajęcia wychowania fizycznego w szkole - atrakcyjność, frekwencja, powody zwolnień z WF?
7	Co można zmienić aby lekcje wychowania fizycznego w szkole były bardziej atrakcyjne dla dziewcząt w Twoim wieku?
8	Co dziewczętom w Twoim wieku utrudnia korzystanie ze zorganizowanych form aktywności fizycznej (zajęcia pozalekcyjne)?
9	Co dziewczętom w twoim wieku ułatwia korzystanie ze zorganizowanych form aktywności fizycznej (zajęcia pozalekcyjne)?
10	Czy w okolicy zamieszkania jest dostęp do pozalekcyjnych zajęć sportowych?
11	Czy zajęcia dodatkowe są dostępne dla dziewcząt w Twoim wieku?
12	Ile spośród Twoich rówieśniczek korzysta z pozalekcyjnych zajęć sportowych?
13	Jaki jest najpopularniejszy sposób spędzania czasu wolnego przez Twoje rówieśniczki?
14	Co można zrobić aby dziewczęta w Twoim wieku poświęcały więcej czasu na aktywność fizyczną?

Część II

Telemonitoring, aplikacja mobilna i strona internetowa

W tej części wywiadu ocenie zostaną poddane: obsługa sprzętu (opaski), odczyt zapisu z urządzenia pomiarowego, aplikacja mobilna, strona internetowa, „Gra o punkty zdrowia” i współpraca z Wirtualnym asystentem (tylko grupa I).

		TYP INTERWENCJI		
		1	2	3
PYTANIA		1	2	3
1	Jakie wystąpiły problemy techniczne dotyczące uruchamiania opaski pomiarowej, łączności z telefonem i innych czynności związanych z obsługą urządzenia pomiarowego?			
2	Jakie problemy wystąpiły ze współpracą urządzenia z telefonem?			
3	Ogólne opinie dotyczące urządzenia pomiarowego.			
4	Jakie wystąpiły problemy związane z obsługą aplikacji?			
5	Czy informacje zwrotne dotyczące Twojej aktywności fizycznej są dla Ciebie przydatne?			
6	Jak oceniasz treści edukacyjne dostępne w aplikacji?			
7	Jak oceniasz stronę internetową programu?			
8	Jak oceniasz wirtualnego asystenta?			
9	Jak oceniasz Grę o punkty zdrowia?			
10	Jak oceniasz zadania, które wykonujesz sama?			
11	Jak oceniasz zadania, które wykonujesz wspólnie z rodziną?			
12	Ogólne opinie - pytanie otwarte			

Część III

Przebieg programu ZDROWA JA – ocena programu pod względem atrakcyjności i przydatności przekazywanych treści i oferowanych aktywności oraz pod względem zaangażowania i zadowolenia uczestników.

1	Jak oceniasz realizowany program?
2	Jak oceniasz realizowany program na tle innych, które były prowadzone wcześniej w twojej szkole?
3	Jakie są Twoje oczekiwania co do udziału w programie?
4	Jakie są oczekiwania innych uczestniczek co do udziału w programie?
5	Czy program na tym etapie realizacji spełnia Twoje potrzeby i oczekiwania?
6	Czy Twoim zdaniem program na tym etapie realizacji spełnia potrzeby i oczekiwania innych uczestniczek?
7	Jakie są najmocniejsze strony programu, w którym uczestniczysz?
8	Jakie są najsłabsze strony programu, którym uczestniczysz?
9	Co sprawia Tobie i innym uczestniczkom największą trudność w przebiegu programu?
10	Co pomogłoby Tobie oraz innym uczestniczkom pokonać trudności, które spotykacie w trakcie realizacji programu?
11	Co jest dla Ciebie i innych uczestniczek najłatwiejsze w przebiegu programu?
12	Jakie rozwiązania przyjęte w programie warto stosować w dalszej działalności szkoły?