

**UCHWAŁA NR LXX/398/2024
RADY POWIATU TCZEWSKIEGO**

z dnia 23 kwietnia 2024 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji powiatowego programu profilaktyki nadwagi i otyłości
uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego**

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 107) oraz art. 8 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) **Rada Powiatu Tczewskiego**

uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pn. Powiatowy program profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady Powiatu
Tczewskiego

Barbara Kamińska

Program Polityki Zdrowotnej Powiatu Tczewskiego



**POWIATOWY PROGRAM PROFILAKTYKI
NADWAGI I OTYŁOŚCI
UCZNIÓW KLAS III SZKÓŁ PODSTAWOWYCH
POWIATU TCZEWSKIEGO**

okres realizacji: lata 2024 – 2029

Opracowano na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024 r. poz. 146)

Tczew, 2023

Spis treści

1.	Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu	3
1.1.	Opis problemu zdrowotnego	3
1.2.	Epidemiologia	4
1.3.	Opis obecnego postępowania	8
2.	Cele programu i mierniki efektywności jego realizacji.....	9
2.1.	Cel główny	9
2.2.	Cele szczegółowe	9
2.3.	Uzasadnienie do przyjętych wartości docelowych.....	10
2.4.	Mierniki efektywności realizacji programu.....	10
3.	Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji.....	11
3.1.	Populacja docelowa.....	11
3.2.	Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu	12
3.3.	Planowane interwencje.....	13
3.4.	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu.....	16
3.5.	Sposób zakończenia udziału w programie	17
4.	Organizacja programu.....	17
4.1.	Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów	17
4.2.	Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	20
5.	Sposób monitorowania i ewaluacji programu.....	22
5.1.	Monitorowanie	22
5.2.	Ewaluacja programu.....	23
6.	Budżet programu.....	24
6.1.	Koszty jednostkowe	24
6.2.	Koszty całkowite	25
6.3.	Źródła finansowania programu.....	26
7.	Bibliografia	26
	Załącznik A. Wzór oświadczenia uczestnika programu.....	29
	Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie	30
	Załącznik C1. Pre-test i post-test wiedzy rodzica/opiekuna prawnego	31
	Załącznik C2. Pre-test i post-test wiedzy dziecka	35
	Załącznik D1. Pre-test i post-test zachowań prozdrowotnych dla rodzica/opiekuna prawnego	37
	Załącznik D2. Pre-test post-test zachowań prozdrowotnych dla dziecka.....	39
	Załącznik E. Wzór ankiety satysfakcji uczestnika programu.....	41
	Załącznik F. Wzór sprawozdania rocznego/końcowego	42

1. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Według Światowej Organizacji Zdrowia WHO (skrót od World Health Organization) nadwagę i otyłość definiuje się jako nieprawidłowe lub nadmierne gromadzenie się tkanki tłuszczowej, które może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie.

Do klasyfikacji nadwagi i otyłości u dorosłych powszechnie stosuje się wskaźnik masy ciała (BMI). Definiuje się go jako wagę osoby w kilogramach podzieloną przez kwadrat jej wzrostu w metrach (kg/m^2).¹

$$BMI = \frac{\text{masa ciała [kg]}}{\text{wysokość ciała [m]}^2}$$

Jeżeli dodatkowo chcemy sprawdzić, czy nasz problem dotyczy otyłości brzusznej czy biodrowej, możemy skorzystać ze wskaźnika WHR: jest to stosunek obwodu w talii do obwodu bioder.

Wartość BMI równa 30 kg/m^2 jest granicą, od której rozpoczyna się otyłość podzielona na trzy stopnie:

- otyłość I stopnia – BMI $30\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$
- otyłość II stopnia – BMI $35\text{--}39,9 \text{ kg/m}^2$
- otyłość III stopnia – BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$.

Obok pojęcia „otyłość” stosuje się pojęcie „nadwaga” charakteryzujące się wartościami BMI w zakresie $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$.

Wskaźnik masy ciała BMI, podobnie jak u osób dorosłych, stosuje się do oceny stanu odżywienia dzieci i młodzieży. Jednak wynik obliczony na podstawie standardowego wzoru powinien zostać odniesiony do norm właściwych dla wieku i płci zawartych w siatkach centylowych.

Nadwagę u dzieci rozpoznaje się, jeżeli wyliczona wartość BMI mieści się w zakresie 90–97 centyla dla płci i wieku, a otyłość przy wartościach BMI mieszczących się >97 centyla.²

Występowanie nadwagi i otyłości dotyczy przede wszystkim osób dorosłych, jednak największy niepokój budzi wzrastająca liczba otyłych wśród dzieci i młodzieży. Badania wskazują, że 70-80% młodzieży z otyłością stwierdzoną w okresie dojrzewania stanie się otyłymi dorosłymi. Dziecko otyłe w wieku 10-13 lat jest 6-7 krotnie bardziej zagrożone wystąpieniem otyłości w wieku dorosłym niż jego rówieśnik z prawidłową masą ciała.

Poważne następstwa otyłości, a także szybki wzrost częstości jej występowania sprawiły, że określa się ją mianem epidemii XXI wieku. Szybkość, z jaką narasta wśród młodzieży wskazuje na zmiany zachodzące w stylu życia i zachowaniach zdrowotnych młodych ludzi, dotyczących głównie sposobu odżywiania i braku aktywności fizycznej.

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (dostęp z 9 listopada 2023 r.)

² Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością. <https://www.klrwp.pl/strona/494/zasady-postepowania-w-nadwadze-i-otylosci-2017/pl> (dostęp z 9 listopada 2023 r.).

Według WHO zasadniczą przyczyną nadwagi oraz otyłości jest brak równowagi energetycznej pomiędzy spożytymi kaloriami a wydatkami energii. Zjawisku temu towarzyszą zmiany we wzorcach żywieniowych i aktywności fizycznej. Składają się na nie:

- wzrost spożycia żywności o wysokiej wartości energetycznej (bogatej w tłuszcze i cukry) oraz
- spadek aktywności fizycznej, najczęściej powodowany siedzącym trybem życia, zmianą stosowanych środków transportu oraz postępującą urbanizacją.

Problemy te często wynikają ze zmian środowiskowych i społecznych powiązanych z rozwojem i brakiem wspierających polityk w sektorach takich jak: zdrowie, rolnictwo, transport, urbanistyka, środowisko, przetwórstwo żywności, dystrybucja, marketing oraz edukacja.

Nieprawidłowe zachowania prozdrowotne najczęściej dotyczą całej rodziny. Dlatego obserwuje się otyłość u rodziców i dzieci.

Powikłania kliniczne otyłości są takie same zarówno u pacjentów z obciążeniami genetycznymi, jak i ze środowiskowymi nieprawidłowościami w zakresie diety i ruchu. Dlatego korzystne jest wczesne zastosowanie działań edukacyjno-leczniczych, które wywierają korzystny wpływ na zdrowie otyłych dzieci i pozostałych członków rodziny. Istotne jest włączenie leczenia jak najwcześniej, by nie dopuścić do powikłań. Nie każde otyłe dziecko skazane jest na otyłość w wieku dorosłym, szczególnie jeśli w rodzinie nie ma otyłości, a nadmierna masa ciała dziecka pojawiła się przed okresem dojrzewania płciowego. Jeżeli jednak otyłość utrzymuje się przez cały okres dzieciństwa i dojrzewania, to ponad 30% chłopców i 40% dziewcząt jest zagrożonych otyłością w wieku dorosłym.

Według Ministerstwa Zdrowia nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyjają rozwojowi niektórych typów nowotworów i podwyższają ryzyko zgonu w przypadku innych chorób, np. COVID-19.

Otyłość u dzieci wiąże się ze zwiększonym ryzykiem otyłości, przedwczesnej śmierci i niepełnosprawności w wieku dorosłym. Ale oprócz zwiększonego przyszłego ryzyka, otyłe dzieci doświadczają trudności w oddychaniu, zwiększonego ryzyka złamań, nadciśnienia, insulinooporności, zaburzeń natury psychologicznej (depresji, obniżonej samooceny, pogorszenia jakości życia szczególnie w postrzeganiu własnego ciała, swoich kompetencji sportowych i funkcjonowania społecznego) oraz problemów społecznych, w tym agresji ze strony rówieśników poprzez prześladowanie w szkole.

Właściwe nawyki żywieniowe kształtuje się od najmłodszych lat. Rozsądnie komponowana dieta jest istotna zwłaszcza w żywieniu dzieci, które rosną i rozwijają się. Dlatego też zarówno niedożywienie, jak i nadwaga oraz otyłość są obecnie najważniejszymi problemami nękającymi nasze społeczeństwo. Zapobieganie im jest niezbędnym elementem działań dążących do zmniejszenia rozpowszechnienia przewlekłych chorób niezakaźnych w Polsce.

1.2. Epidemiologia

Otyłość jest poważnym problemem, z którym mierzy się sektor zdrowia publicznego, szczególnie w krajach globalnej Północy. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia od 1975 roku problem z otyłością uległ niemalże potrojeniu. W 2016 roku 1,9 mld dorosłych (39 % światowej populacji) miało nadwagę, z czego 650 mln (13 % światowej populacji) cierpiało na otyłość. Większa część światowej populacji mieszka w krajach, w których zarówno nadwaga, jak i otyłość zabiły więcej osób niż niedożywienie.

Najnowsze badania Europejskiego Urzędu Statystycznego w kwestii otyłości i nadwagi (dane pochodzą z 2019 roku, a ich aktualizację zakłada się za 6 lat) wskazują, że otyłość jest poważnym problemem zdrowia publicznego, który wciąż się pogłębia – w 2019 roku 52,7 % dorosłej populacji Unii Europejskiej (UE) miało nadwagę, a wśród nich 17 % osób chorujących na otyłość. Co więcej, według statystyk, 3 % populacji UE jest niedożywiona.

Analiza zebranych danych wykazała, że zarówno odsetek osób z nadwagą, jak i otyłych spada wraz z poziomem wykształcenia. Wśród osób o niskim poziomie wykształcenia 59 % posiada nadwagę, wśród osób z wykształceniem średnim – 54 %, a z wyższym – 44 %. Wśród osób cierpiących na otyłość jest to odpowiednio: 20 % z niskim wykształceniem, 17 % ze średnim oraz 11 % z wysokim.

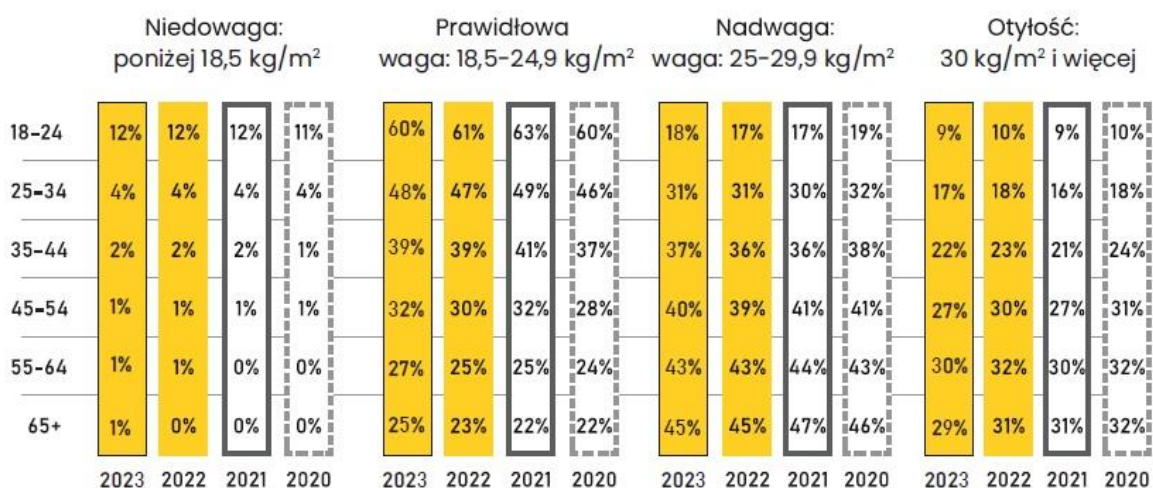
W 2019 roku najwyższy odsetek osób dorosłych z nadwagą zanotowano w Chorwacji i na Malcie, gdzie w obu krajach wynosił 65 %, najniższy zaś odnotowano we Włoszech (46 %), Francji (47 %) oraz Luksemburgu (48 %). W Polsce odsetek ten wynosi 58,1 %, podczas gdy wspomniana już europejska średnia to 52,7 %.

We wszystkich krajach członkowskich więcej mężczyzn niż kobiet posiadało nadwagę, a największą dysproporcję odnotowano w Luksemburgu (59 % mężczyzn w porównaniu do 38 % kobiet), Czechach (70 % do 51 %) i na Cyprze (59 % do 41 %). W Polsce rozkład ten wyniósł 66,9 % dla mężczyzn i 50,2 % dla kobiet.³

Według portalu Medonet, który przeprowadził Narodowy Test Zdrowia Polaków we współpracy ze specjalistami z różnych dziedzin medycyny, 60 % Polaków ma problem z nadmierną masą ciała – 71 % mężczyzn (wzrost o 1 pp. względem 2022) i 51 % kobiet (wzrost o 1 pp. względem 2022). 45 % mężczyzn i 30 % kobiet ma nadwagę, a 26 % mężczyzn i 21 % kobiet choruje na otyłość.

Problem nadwagi rośnie wraz z wiekiem. Nadmierną masę ciała ma 27 % 18-24-latków, 67 % 45-54-latków i 74 % osób powyżej 65. roku życia. Na otyłość po 55. roku życia choruje niemal co trzecia osoba.

BMI Polaków a wiek



Niedowagę ma 12 % 18-24-latków, 4 % 25-34-latków, 2 % 35-44-latków oraz 1 % osób powyżej 45. roku życia.

³ https://demagog.org.pl/analizy_i_raporty/otylosc-w-ue-polsce-i-na-swiecie-choroba-xxi-wieku/ (dostęp z 16 listopada 2023 r.)

Na marginesie warto zauważyć, że jedynie 31 % Polaków jada codziennie warzywa, a 51 % Polaków nie uprawia żadnego sportu (w porównaniu do 2022 r. to spadek o 2 pp.).⁴

Rządowe wyliczenia Ministerstwa Zdrowia pozostają w podobnym rozkładzie. Nadmierną masę ciała w Polsce ma 65,7 % mężczyzn i 45,9 % kobiet. Otyłość występuje u 15,4 % mężczyzn i 15,2 % kobiet. Z kolei otyłość olbrzymią (klasyfikowaną przy BMI równym 40,0 i więcej) diagnozuje się u 0,5 % mężczyzn i 0,4 % kobiet. To wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020.⁵

Nadwaga i otyłość dzieci i młodzieży

W Europie, jak wynika z najnowszego raportu WHO pt. „European Regional Obesity Report 2022”, nadwagę lub otyłość ma obecnie prawie co trzecie dziecko w wieku szkolnym (29% chłopców i 27% dziewcząt). Ponadto, to właśnie w tej populacji obserwuje się największy wzrost nadwagi i otyłości w związku z wystąpieniem pandemii COVID-19 i jej skutków. W związku z obserwowanym stałym wzrostem nadwagi i otyłości, WHO prognozuje, że ani jeden z 53 krajów członkowskich regionu europejskiego, nie jest obecnie na dobrej drodze do osiągnięcia celu, jakim jest zatrzymanie wzrostu otyłości do 2025 r.⁶

W 2019 roku Instytut Matki i Dziecka opublikował raport z badań realizowanych w ramach projektu Narodowego Programu Zdrowia pn. Prowadzenie badań w obszarach celów operacyjnych 1-6, ukierunkowanych na wspólną analizę czynników ryzyka i czynników wspierających prawidłowy rozwój, w szczególności dzieci i młodzieży - zdrowie i styl życia polskich uczniów.

Badania przeprowadzono w 2018 roku w 143 wylosowanych szkołach podstawowych z 12 województw, wybranych pod względem wielkości i pozycji ekonomicznej, w tym pomorskiego. W badaniach uwzględniono szereg ważnych wskaźników zdrowotnych, stylu życia i zachowań związanych ze zdrowiem. Do analizy włączono dane 3067 uczniów klas drugich oraz 1262 uczniów klas siódmych. Raport z przeprowadzonych badań dostarcza wielu bardzo ważnych wyników, wskazujących na najważniejsze zagrożenia zdrowotne polskiej populacji dzieci w wieku szkolnym, w tym m.in. niedostatek aktywności fizycznej, duża ilość czasu spędzana przed telewizorem, komputerem lub tabletem, niezdrowe wybory żywieniowe i częste opuszczanie głównych posiłków oraz nadwaga i otyłość.

Wnioski z wyników pomiarów antropometrycznych, ciśnienia tętniczego krwi i tętna dzieci i młodzieży uczestniczących w projekcie:

- Niedobór masy ciała występuje u 1,9% uczniów klasy II i 2,7% uczniów klasy VII. Odsetki są zbliżone u obu płci w obu grupach wieku.
- Nadwaga lub otyłość występuje u 31,8% uczniów klas II i 29,9% uczniów klas VII.
- Zarówno u młodszych, jak i starszych uczniów nadmiar masy ciała występuje częściej u chłopców niż dziewcząt, różnica związana z płcią zmniejsza się z wiekiem.
- Obwód talii co czwartego dziecka uczącego się w klasie II i co piątego ucznia klasy VII ma wartość, która wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób.
- Co piąty uczeń klasy II i klasy VII ma obwód bioder powyżej wartości zwiększającej ryzyko wystąpienia zaburzeń sercowo-naczyniowych.
- Podwyższone ciśnienie skurczowe krwi występuje u ¼ drugoklasistów i u około co dziesiątego siódemoklasisty.

⁴ <https://narodowytestzdrowia.medonet.pl/> (dostęp z 16 listopada 2023 r.)

⁵ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-kompleksowej-opieki-medycznej-dla-chorych-na-otylosc-olbrzymia-leczona-chirurgicznie> (dostęp z 16 listopada 2023 r.)

⁶ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> (Dostęp z dnia 27 listopada 2023 r.).

- Podwyższone ciśnienie rozkurczowe występuje u niemal co piątego ucznia klasy drugiej i co dziesiątego siódmoklasisty.
- Porównanie zmian wybranych parametrów antropometrycznych oraz ciśnienia tętniczego krwi wśród dzieci w wieku 8 lat wskazuje na niepokojące zmiany w latach 2016-2018. U obu płci istotnie wzrósł odsetek dzieci z podwyższonym ciśnieniem skurczowym i rozkurczowym.
- W latach 2016-2018 wśród dzieci ośmioletnich zanotowano istotny wzrost odsetka chłopców i spadek odsetka dziewczynek z nadwagą i otyłością oraz spadek odsetka chłopców z niedoborem masy ciała.⁷

Ponieważ w skali mikro nie są prowadzone ogólnopowiatowe badania nad otyłością i nawykami żywieniowymi na potrzeby niniejszej analizy przeprowadzono rozmowy konsultacyjne z placówkami edukacyjnymi i wybranymi placówkami medycznymi.

Ocenia się, że zjawisko otyłości dotyka również mieszkańców powiatu tczewskiego. Obserwuje się przede wszystkim niebezpieczne dla zdrowia zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży oraz przyzwyczajenia żywieniowe osób po 50. roku życia, które wynikają z uwarunkowań mentalnych i głęboko zakorzenionej historii żywieniowej. Ponadto mieszkańcy powiatu tczewskiego w wieku produkcyjnym prowadzą siedzący tryb życia i spędzają czas raczej biernie. Dzieci i młodzież odnajdują coraz częściej rozrywkę korzystając z komputera i Internetu, rzadziej uprawiając sport czy biorąc udział w czynnych zabawach.

Dla potrzeb zdefiniowania problemu nadwagi i otyłości dziecięciolków zamieszkujących na terenie powiatu tczewskiego NZOZ SALUS Medycyna Szkolna z siedzibą w Tczewie, świadczący usługi medyczne w zakresie medycyny szkolnej na terenie wszystkich typów szkół publicznych miasta Tczewa, przeprowadził analizę testów przesiewowych uczniów klas III w roku szkolnym 2021/2022 oraz 2022/2023.

Nr SP	Rok szkolny 2021/2022			Rok szkolny 2022/2023		
	Zbadano	Nadwaga	Otyłość	Zbadano	Nadwaga	Otyłość
SP 1	35	2	1	45	2	6
SP 2	91	16	5	81	23	5
SP 4	79	16	9	83	11	11
SP 5	-	-	-	47	12	5
SP 7	-	-	-	32	7	5
SP 8	36	3	1	29	4	3
SP 10	76	5	20	70	2	17
SP 11	100	10	8	87	8	3
SP 12	116	20	6	113	16	14
ZSK	35	2	1	45	2	6
Razem	568	74	51	632	87	75
Wskaźnik %		13,02	8,98		13,77	11,87

Otrzymane wyniki można uznać jako reprezentatywne dla powiatu, ponieważ dotyczą około 50 % dziecięciolków powiatu tczewskiego (wg danych GUS na dzień 31.12 2022 r. w powiecie tczewskim zamieszkiwało 1276 osób w wieku 10 lat).

Zbyt wysoki wskaźnik BMI oszacowano średnio u co czwartego dziecięciolka, rekomendując tym samym, że populacja dzieci w wieku wczesnoszkolnym to grupa potrzebująca szczególnego wsparcia w obszarze redukcji wagi.

⁷ Zdrowie i styl życia polskich uczniów. Raport z badań. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2019. Fijałkowska A., Oblacińska A., Korzycka M. (red.) Raport z realizacji badania prowadzonego w latach 2018-2019 przez Instytut Matki i Dziecka w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (nr 6/7/8/NPZ/2018/106/685), kierowanego przez Profesor Annę Fijałkowską. <https://imid.med.pl/pl/do-pobrania>

1.3. Opis obecnego postępowania

Obecnie wiele mówi się o zdrowym trybie życia i przede wszystkim o utrzymaniu odpowiedniej wagi. Stacje telewizyjne emitują programy propagujące racjonalne odżywianie, sport i ruch.

W obecnym funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie istnieje żadna forma długofalowej, kompleksowej opieki nad osobami z zaburzeniami masy ciała pod postacią nadwagi i otyłości. System zapewnia specjalistyczną opiekę lekarską, ograniczoną jednak głównie do okresowego monitorowania stanu zdrowia, bez prowadzenia stałej interwencji i edukacji.

W profilaktyce otyłości pomagają bilanse zdrowia dziecka – bezpłatna badania przeprowadzane przez pediatrę, lekarza rodzinnego lub pielęgniarkę na różnych etapach życia dziecka – od 1. tygodnia do ukończenia 19 lat. Pozwalają one wykryć wady rozwojowe i choroby, między innymi diagnozując nadwagę i otyłość.

Niestety, w naszym kraju brakuje systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą z nadmierną masą ciała, jak również dotychczas w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia nie zapewniono pacjentom porady dietetycznej, co ogranicza im dostęp do skutecznego leczenia, a funkcjonujące w ramach Narodowego Centrum Edukacji Żywnościowej Centrum Dietetyczne Online jest niewystarczające – nie zaspakaja potrzeby dostępu do bezpłatnego poradnictwa dietetycznego.

Działania w kierunku nadwagi i otyłości podejmowane są również przez niektóre samorządy w ramach programów polityki zdrowotnej – z uwagi na ich charakter doraźny i skierowany do wybranej grupy wiekowej, działania te są daleko niewystarczające.

Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Gwałtownie narastająca skala nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest jednym z najważniejszych do rozwiązania zagadnień z zakresu zdrowia publicznego. Wszelkie skuteczne działania podejmowane w celu redukcji częstości występowania problemu nadmiaru masy ciała w populacji dziecięcej przyczyniać się będą do redukcji przyszłych skutków zdrowotnych oraz ekonomicznych.

Przeprowadzenie kompleksowej, długookresowej interwencji pozwoli nie tylko na okresowe poprawienie wyników zdrowotnych, ale uświadomienie problemu i zachęcenie do zmiany zachowań, zarówno przez uczestników programu, jak i jego bezpośrednich odbiorców – w tym przede wszystkim rodziców dzieci z nadmierną masą ciała. Efekty programu będą przez to widoczne jeszcze długo po jego zakończeniu.

Przygotowany program pozwoli wyodrębnić grupę dzieci na wczesnym etapie rozwoju nadwagi i otyłości oraz wdrożyć profilaktykę pierwotną i wtórną polegającą na działaniach zapobiegających przyrostowi masy ciała oraz jej redukcji. Wyłoniona grupa dzieci z nadmierną masą ciała zostanie objęta kompleksowym programem interwencji edukacyjno-leczniczych. Dzieci z zaburzeniami wymagającymi natychmiastowego postępowania leczniczego zostaną wykluczone z dalszego etapu programu i skierowane do placówek medycznych w ramach NFZ celem pilnej diagnostyki i leczenia.

Program profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego zgodny jest z:

- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2026.⁸ Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości; Zadania służące realizacji celu: zadanie 2. Kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym upowszechnianie koncepcji Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie; zadanie 3.

⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. 2021 poz. 642).

Promocja aktywności fizycznej – wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży; zadanie 8. Szkolenia w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla grup zawodowych zaangażowanych w działania na rzecz walki z nadwagą i otyłością (pracodawcy, przemysł spożywczy, menedżerowie zdrowia, zawody medyczne, nauczyciele, pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy PIS).

- Regionalnym Programem Strategicznym w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej.⁹ Cel szczegółowy 1. Bezpieczeństwo zdrowotne. Priorytet 1.1 Odpowiedzialność za zdrowie. Działanie 1.1.2 Profilaktyka chorób, w szczególności znamienych epidemiologicznie.
- Strategią Rozwiązywania Problemów Społecznych w powiecie tczewskim na lata 2018-2025 przyjętą uchwałą Nr XXXIV/257/2017 Rady Powiatu Tczewskiego z dnia 30 października 2017 r. – Obszar ochrony zdrowia, Cel główny nr 1. Poprawa stanu zdrowia i jakości życia społeczności lokalnej poprzez promocję zdrowia i zwiększenie świadomości zdrowotnej, Cel szczegółowy nr 1. Poprawa sytuacji zdrowotnej mieszkańców powiatu tczewskiego, Zadanie: Profilaktyka zdrowotna, Forma realizacji (działanie): Programy polityki zdrowotnej.

2. Cele programu i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) wśród co najmniej 30% uczniów objętych interwencją specjalistyczną, uczęszczających do klas III szkół podstawowych na terenie powiatu tczewskiego, w latach 2024-2029.

2.2 Cele szczegółowe

Cel szczegółowy nr 1

Zwiększenie o ok. 30 % poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości (zasad stosowania zdrowej diety, zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz budowania zdrowych nawyków w tych obszarach) u dzieci klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, w latach 2024 – 2029.

Cel szczegółowy nr 2

Zwiększenie o ok. 30 % częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu zdrowej diety wśród dzieci objętych interwencją specjalistyczną i ich rodziców/opiekunów prawnych (m.in. zjadanie pierwszego śniadania przed wyjściem do szkoły/pracy, regularne spożywanie 4-5 posiłków dziennie, zwiększenie spożywania owoców i warzyw, ograniczenie cukru i niezdrowych przekąsek), w latach 2024 – 2029.

Cel szczegółowy nr 3

Zwiększenie o ok. 30 % częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej wśród dzieci objętych interwencją specjalistyczną i ich rodziców/opiekunów prawnych

⁹ Uchwała Nr 758/271/21 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 29 lipca 2021 r. w sprawie przyjęcia Regionalnego Programu Strategicznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej, Uzasadnienia oraz Podsumowania do Regionalnego Programu Strategicznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej

(aktywność fizyczna 60 minut dziennie w przypadku dzieci i 150 minut w tygodniu w przypadku dorosłych), w latach 2024 – 2029.

2.3 Uzasadnienie do przyjętych wartości docelowych

1. W latach 2016-2020 na terenie powiatu realizowany był Powiatowy Program Zwalczania Otyłości i Nadwagi „Czas na zdrowie”, w ramach którego przeprowadzono działania edukacyjne w szkołach (edukacja liderów-promotorów zdrowia w placówkach oświatowych oraz organizacja zajęć i spotkań promujących zdrowy styl życia) oraz zorganizowano wsparcie dietetyczno-fizjoterapeutyczno-psychologiczne dla osób z otyłością (BMI powyżej 30 kg/m²). Pomimo zrealizowanych działań programowych, w tym w szczególności wyedukowania liderów-promotorów zdrowia w placówkach oświatowych, odsetek dzieci mających nadwagę i otyłość wciąż utrzymuje tendencję wzrostową.

W tabeli poniżej zestawiono wyniki badania bilansowego dziesięciolatków z okresu przed wdrożeniem poprzedniego programu oraz z ostatnich dwóch lat.

Rok szkolny badania bilansowego dziesięciolatków									
Epidemiologia programu poprzedniego						Epidemiologia programu obecnego			
2012/2013		2013/2014		2014/2015		2021/2022		2022/2023	
Nadwaga [%]	Otyłość [%]	Nadwaga [%]	Otyłość [%]	Nadwaga [%]	Otyłość [%]	Nadwaga [%]	Otyłość [%]	Nadwaga [%]	Otyłość [%]
10,24	6,14	6,80	7,60	9,15	7,44	13,02	8,98	13,77	11,87
16,38		14,40		16,59		22,00		25,64	

2. W populacji dzieci obserwuje się największy wzrost nadwagi i otyłości w związku z wystąpieniem pandemii COVID-19 i jej skutków. WHO wskazuje, że żaden z krajów członkowskich nie jest obecnie na dobrej drodze do osiągnięcia celu, jakim jest zatrzymanie wzrostu otyłości do 2025 roku.
3. Bardzo istotną rolę w walce z nadwagą i otyłością odgrywa motywacja i siła woli do wprowadzenia zmian w stylu życia, w modyfikacji diety, w sposobie przygotowywania posiłków, w codziennej aktywności fizycznej. Obserwując efekty prowadzonych terapii otyłości, w tym trudności w przełamaniu wewnętrznych barier oraz efekt jojo, przyjęto, że około 30 % rodzin objętych wsparciem projektowym osiągnie założone cele – oczywiście przy pełnym zaangażowaniu osób najbliższych, zespołu interdyscyplinarnego oraz edukatorów zdrowia.
4. W obecnych czasach zatrzymanie rozwoju nadwagi i otyłości w populacji dzieci stanowi ogromne wyzwanie. Uzyskanie przedstawionych efektów (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) wśród co najmniej 30% uczniów objętych interwencją specjalistyczną, ocenione zostanie jako działanie zakończone sukcesem.

2.4. Mierniki efektywności realizacji programu

1. BMI skorygowane o wiek i płeć w postaci centylów: pomiar po zakończeniu interwencji – weryfikacja celu głównego.
2. Liczba dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost poziomu wiedzy na temat skutecznej profilaktyki nadwagi i otyłości, w tym zasad stosowania zdrowej diety, zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz budowania zdrowych nawyków w tych obszarach (w post-testie wzrost liczby poprawnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z pre-testem, przy czym) – weryfikacja celu szczegółowego 1.

3. Liczba dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost częstości stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze zdrowej diety i aktywności fizycznej (w post-teście wzrost liczby poprawnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z pre-testem) – weryfikacja celu szczegółowego 2 i 3.

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji

3.1. Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci uczęszczające do klas III szkół podstawowych działających na terenie powiatu tczewskiego oraz ich rodzice/opiekunowie prawni.

Populacja poszczególnych roczników dzieci w powiecie tczewskim kształtuje się na poziomie 1200-1300 dzieci w roczniku. Łączna populacja dzieci w wieku 10 lat w pięcioletniej perspektywie programu szacowana jest na około 6300 dzieci.

Wstępne badania antropometryczne (o charakterze przesiewowym) obejmą wszystkich uczniów klas III szkół podstawowych, bowiem będą one częścią badań bilansowych wykonywanych przez pracowników medycyny szkolnej.

Natomiast do drugiego etapu programu – interwencji specjalistycznej, planuje się włączyć dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą lub otyłością oraz ich rodziców/opiekunów prawnych.

Szczegółowe dane liczbowe przedstawiono w tabeli poniżej.

Rok realizacji programu	2024	2025	2026	2027	2028	Razem
Rocznik urodzenia dziecka	2014	2015	2016	2017	2018	
Liczba dzieci wg danych GUS na dzień 31 grudnia 2022 r.	1281	1204	1301	1336	1205	6327
Szacowana liczba dzieci objęta badaniami przesiewowymi ¹	1153	1084	1171	1202	1085	5695
Szacowana liczba dzieci zakwalifikowana do interwencji specjalistycznej ²	231	217	234	240	217	1139
Szacowana liczba dzieci objęta interwencją specjalistyczną z uwzględnieniem realnego uczestnictwa ³	92	87	94	96	87	456

¹ Do oszacowania liczby dzieci objętych badaniami przesiewowymi/wstępnymi badaniami antropometrycznymi przyjęto wskaźnik 90 % ze względu na możliwość zainteresowania rodziców oraz współpracy ze szkołami.

² Biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne dotyczące występowania otyłości wśród dzieci do oszacowania liczby dzieci zakwalifikowanych do interwencji specjalistycznej przyjęto wskaźnik 20 %.

³ Realne uczestnictwo dzieci zakwalifikowanych do interwencji specjalistycznej oszacowano na poziomie 40 %.

Ze względu na zwartą i łatwo dostępną grupę uczestników rekrutacja dzieci do objęcia wsparciem projektowym (interwencji edukacyjno-leczniczej) będzie prowadzona w szkołach podstawowych przy okazji wykonywania badań bilansowych. Badania przesiewowe będą prowadzone przez pielęgniarki/higienistki szkolne w każdym roku realizacji programu w latach 2024-2028. Zakładane jest uczestnictwo uczniów na poziomie ok. 90% w badaniach przesiewowych.

Dzieci z nadwagą lub otyłością zostaną zaproszone do wzięcia udziału w kompleksowej interwencji edukacyjno-leczniczej. Będzie ona miała na celu zmianę nawyków żywieniowych oraz wzrost aktywności fizycznej, czego oczekiwanym efektem będzie redukcja masy ciała. Szacowane jest uczestnictwo około 40% dzieci zaproszonych do drugiego etapu interwencji.

Dane wszystkich dzieci uczestniczących w programie od etapu badań przesiewowych do zakończenia interwencji będą systematycznie gromadzone w bazach danych, co pozwoli na stałe dotarcie do populacji badanej.

W związku z powyższym planowane jest minimalne uczestnictwo uczniów w programie w czasie 5 lat jego realizacji:

- ✓ 5695 uczniów na etapie przesiewowym,
- ✓ 456 uczniów na etapie rozpoczęcia interwencji specjalistycznej.

Poza uczniami, do których bezpośrednio zostanie skierowany projekt interwencji, jego działania skupione będą również na ich rodzicach/opiekunach prawnych. Rodzice/opiekunowie prawni otrzymają informacje na temat stanu zdrowia dziecka, proponowanego dalszego postępowania oraz ewentualnego włączenia do programu interwencyjnego (indywidualny plan postępowania zdrowotnego). Włączenie dziecka do programu interwencyjnego będzie wymagało zgody rodzica/opiekuna prawnego. W założeniach programu jest również przeprowadzenie spotkań edukacyjnych skierowanych do ogółu rodziców dzieci objętych programem.

Rodzice będą aktywnymi uczestnikami programu interwencyjnego, gdyż to oni będą w zdecydowanej mierze odpowiedzialni za wprowadzenie zachowań zdrowotnych w życiu dziecka i rodziny. W związku z tym wszelkie działania edukacyjne oraz interwencyjne zostaną dopasowane do potrzeb osób dorosłych.

3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu

Badaniami przesiewowymi/badaniami bilansowymi objęte będą wszystkie dzieci klas III szkół podstawowych z terenu powiatu tczewskiego przez pracowników medycyny szkolnej. Do dalszego etapu programu (interwencja specjalistyczna) zakwalifikowane zostaną dzieci z wykrytymi zaburzeniami masy ciała pod postacią nadwagi lub otyłości. Niezbędnym kryterium kwalifikacji do etapu specjalistycznego będzie zgoda rodziców/opiekunów prawnych dziecka.

Kryteria włączenia do programu:

- ✓ uczęszczanie dziecka do klasy III szkoły podstawowej działającej na terenie powiatu tczewskiego,
- ✓ miejsce zamieszkania dziecka na terenie powiatu tczewskiego,
- ✓ w wyniku badań antropometrycznych zidentyfikowana u dziecka nadwaga (BMI 90-97 centyla) lub otyłość (BMI>97 centyla),
- ✓ wyrażenie pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział dziecka w programie w części specjalistycznej (załącznik A do programu).

Kryterium wyłączenia z programu:

- ✓ brak pisemnej zgody rodzica/opiekuna dziecka na udział w programie w części specjalistycznej,
- ✓ brak współpracy rodzica/opiekuna dziecka objętego interwencją specjalistyczną w ramach programu w zakresie przekazywania niezbędnych informacji realizatorowi,
- ✓ wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ),
- ✓ pisemna rezygnacja z udziału w programie złożona przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka (załącznik B do programu).

3.3. Planowane interwencje

I etap programu – badania antropometryczne populacji dzieci klas III.

Pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI), mają na celu zidentyfikowanie dzieci z nadwagą lub otyłością. Nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe (uwzględniając wiek i płeć dziecka). Wynik BMI w zakresie 90-97 centyla oznaczać będzie nadwagę, natomiast powyżej 97 centyla oznaczać będzie otyłość.

Badania przeprowadzane będą w szkołach w systemie rocznym wg ustalonego harmonogramu badań bilansowych przez pielęgniarki/higienistki szkolne.

Dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością w badaniu bilansowym będą zapraszane do dalszego etapu programu wraz z rodzicem/opiekunem prawnym. Zakłada się, że w przypadku stwierdzenia nadwagi lub otyłości u dziecka, pielęgniarka szkolna nawiąże kontakt z rodzicem/opiekunem prawnym dziecka celem przekazania informacji o możliwości i zasadności skorzystania ze wsparcia specjalistycznego. Niezbędnym kryterium kwalifikacji do etapu specjalistycznego będzie zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie.

Wydział Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON Starostwa Powiatowego w Tczewie zwróci się do medycyny szkolnej o coroczne przedkładanie zestawienia wyników badań bilansowych uczniów klas trzecich, z podziałem na liczbę uczniów, u których stwierdzono: niedowagę, prawidłową masę ciała, nadwagę, otyłość.

II etap programu – interwencja specjalistyczna dla dzieci z nadwagą lub otyłością.

1. Badania laboratoryjne.

Dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością w badaniu bilansowym, po uzyskaniu zgody rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie, zostaną skierowane na badania laboratoryjne – pomiar poziomu glukozy na czczo oraz lipidogram. Nieprawidłowości tych badań pozwolą wychwycić predyspozycje lub występowanie towarzyszącego nadwadze lub otyłości zespołu metabolicznego oraz określić, czy występują czynniki ryzyka na przyszłość.

Przewidziane w programie badania laboratoryjne są niezbędne celem oceny rodzaju i stopnia zaburzeń metabolicznych u dzieci związanych z nadwagą lub otyłością. Wiąże się to z zaplanowaniem dalszego postępowania w programie. W razie znacznych, istotnych klinicznie nieprawidłowości dzieci będą wykluczone z programu i przekazane celem dalszej diagnostyki i leczenia w ramach świadczeń finansowanych ze środków NFZ.

Badania realizowane będą w placówce leczniczej, wybranej w drodze konkursu na wyłonienie realizatora programu.

2. Konsultacje specjalistyczne.

Każde dziecko będzie objęte wsparciem specjalistycznym przez okres około dziewięciu miesięcy – jest to czas szacunkowy, w uzasadnionych przypadkach wsparcie specjalistyczne może być wydłużone do 1 roku. Zrealizowanych zostanie średnio 18 indywidualnych konsultacji z interdyscyplinarnym zespołem ekspertów specjalizujących się w leczeniu nadwagi lub otyłości (3 x lekarz, 6 x dietetyk, 6 x fizjoterapeuta/specjalista aktywności fizycznej, 3 x psycholog). Jest to ilość szacunkowa – liczba niezbędnych spotkań i odstępy między kolejnymi spotkaniami są danymi sugerowanymi, rzeczywisty czas uczestnictwa w programie uzależniony będzie od specjalistów udzielających wsparcia, którzy w zależności od indywidualnych potrzeb dziecka określą ich częstotliwość. Zakłada się czas wizyty pierwszorazowej 45-60 minut, kolejnych – w zależności od indywidualnych potrzeb uczestnika wsparcia, tj. dziecka i rodzica/opiekuna prawnego.

Celem kompleksowej interwencji będzie dobór odpowiednich strategii oraz opracowanie indywidualnego planu zmiany dla każdego dziecka z problemem nadwagi lub otyłości. Działania będą skierowane zarówno do dziecka jak i jego rodzica/opiekuna prawnego biorącego udział w konsultacjach. Konsultacje realizowane będą w placówce leczniczej, wybranej w drodze konkursu na wyłonienie realizatora programu.

Konsultacja lekarska (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny).

W programie przewidziano 3 spotkania: pierwsze – po otrzymaniu wyników badań laboratoryjnych, kolejne – po 3 miesiącach oraz ostatnie zamykające – po 9 miesiącach od pierwszego spotkania.

Celem pierwszego spotkania będzie m. in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu medycznego w kierunku oceny ryzyka wystąpienia chorób metabolicznych u dziecka, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, omówienie wyników badań antropometrycznych i laboratoryjnych, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka oraz przedstawienie rekomendacji medycznych dotyczących dalszego postępowania.

Celem każdej kolejnej konsultacji będzie monitoring stanu zdrowia dziecka pod względem problemu nadwagi lub otyłości oraz ich konsekwencji zdrowotnych.

Konsultacja dietetyczna (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny).

W programie przewidziano 6 spotkań: pierwsze – po badaniu lekarskim, kolejne – po 1, 2, 3 i 6 miesiącach oraz ostatnie zamykające – po 9 miesiącach od pierwszego spotkania.

Celem pierwszej konsultacji dietetycznej będzie przeprowadzenie pogłębionego wywiadu dietetycznego w kierunku oceny zachowań żywieniowych dziecka (m in. spożywania śniadań, sposobu komponowania diety dziecka, obecności w diecie słodkich napojów i słodczy, regularności spożywania warzyw i owoców, wielkości spożywanych porcji jedzenia), przeprowadzenie pomiaru masy ciała, opracowanie przykładowego jadłospisu dla dziecka/rodziny, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka i rodzica/opiekuna prawnego pod kątem odżywiania, przedstawienie rekomendacji dietetycznych dot. dalszego postępowania.

Celem każdej kolejnej konsultacji będzie przeprowadzenie pomiaru masy ciała, edukacja w obszarze zasad zdrowego odżywiania, modyfikacja jadłospisu – w celu najlepszego dostosowania go do preferencji dziecka oraz monitoring stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów żywieniowych związanych z nadwagą lub otyłością.

Konsultacja fizjoterapeutyczna/ze specjalistą aktywności fizycznej (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny).

W programie przewidziano 6 spotkań: pierwsze – po badaniu lekarskim, kolejne – po 1, 2, 3 i 6 miesiącach oraz ostatnie zamykające – po 9 miesiącach od pierwszego spotkania.

Celem pierwszej konsultacji z fizjoterapeutą/specjalistą aktywności fizycznej będzie m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu w kierunku oceny ryzyka wystąpienia wad postawy oraz chorób kostno-stawowych u dziecka, omówienie zaleceń dot. aktywności fizycznej oraz przedstawienie obowiązujących rekomendacji (dla dzieci 60 min. dziennie umiarkowanej do intensywnej aktywności fizycznej), opracowanie zestawu ćwiczeń dla dziecka oraz rodzica/opiekuna prawnego, o ile dotyczy, uwzględniających ich możliwości fizyczne i preferencje, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka oraz rodzica/opiekuna prawnego pod względem wydolności fizycznej, przedstawienie rekomendacji fizjoterapeutycznych dot. dalszego postępowania.

Celem każdej kolejnej konsultacji, które będą mogły mieć charakter grupowy lub indywidualny, będzie edukacja w obszarze zaleceń i poprawności wykonywania rekomendowanych ćwiczeń, modyfikacja zestawu ćwiczeń i zaleceń – w celu najlepszego dostosowania go do preferencji osób

objętych wsparciem, monitoring ich stanu zdrowia pod względem indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi lub otyłości.

Konsultacja psychologiczna (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny).

W programie przewidziano 3 spotkania: pierwsze – po badaniu lekarskim, kolejne – po 3 miesiącach oraz ostatnie zamykające – po 9 miesiącach od pierwszego spotkania.

Celem pierwszej konsultacji psychologicznej będzie m. in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu psychologicznego w kierunku oceny aktualnych nawyków związanych z odżywianiem oraz aktywnością fizyczną dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych (m. in. obecność jedzenia w odpowiedzi na emocje, problemy z samokontrolą w kontekście jedzenia, stosowania jedzenia jako kary i nagrody, postrzeganych barier w uprawianiu aktywności fizycznej, zwyczajów związanych z aktywnością fizyczną), ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kątem psychologicznym, opracowanie planu zmiany zachowań zdrowotnych oraz oddziaływań psychologicznych w oparciu o zasady terapii behawioralnej, przedstawienie rekomendacji psychologicznych dotyczących dalszego postępowania.

Celem każdej kolejnej konsultacji będzie praca nad zmianą zachowań z wykorzystaniem metod behawioralnych (np. ustanawianie celów, praca nad samokontrolą, trening uważności), modyfikacja oddziaływań psychologicznych wspierających zmianę – w celu najlepszego dostosowania ich do preferencji dziecka, monitoring stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów psychologicznych związanych z nadwagą lub otyłością.

Celem oceny efektów udzielonego wsparcia realizator zobowiązany będzie do przeprowadzenia testów (pre-test i post-test), w tym:

- sprawdzających wiedzę dziecka i jego rodzica/opiekuna prawnego z zakresu zasad stosowania zdrowej diety i zaleceń związanych z aktywnością fizyczną – wynik co najmniej 80 % poprawnych odpowiedzi w post-teście będzie świadczył o wysokim poziomie wiedzy uczestnika programu (załącznik C1 i C2 do programu),
- na stosowanie zachowań prozdrowotnych przez rodziców/opiekunów prawnych i ich dzieci w obszarze zdrowej diety i aktywności fizycznej (załącznik D1 i D2 do programu).

Akcja edukacyjna

1. Edukacja żywieniowa i zdrowego stylu życia w szkołach podstawowych.

Zajęcia edukacyjne dzieci i młodzieży szkolnej prowadzone będą w ramach szkolnych zajęć, np. podczas zajęć z wychowawcą. Zajęcia mogą być prowadzone przez nauczycieli biologii, wychowania do życia w rodzinie, wychowania fizycznego, pielęgniarkę szkolną czy innego nauczyciela posiadającego przygotowanie do prowadzenia zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej.

W klasach I-III do prowadzenia zajęć warsztatowych szkoły mogą wykorzystać gotowe materiały edukacyjne przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z ekspertami Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – PIB oraz Ministerstwem Edukacji i Nauki i metodykami z Ośrodka Rozwoju Edukacji.

Proponowane materiały zostały przygotowane w formie online i są dostępne na stronie ncez.pzh.gov.pl. Celem ich opracowania było pokazanie, jak w prosty i atrakcyjny sposób przeprowadzać z dziećmi lekcje edukacji żywieniowej z elementami zdrowego stylu życia. Tematy materiałów dotyczą zdrowych nawyków żywieniowych, wpływu ruchu na zdrowie, zdrowego snu, higieny, bezpiecznych zachowań czy szczepień. Bogato ilustrowany materiał edukacyjny „ZDROWE

DZIECIAKI TO MY!” wraz z zadaniami do samodzielnego rozwiązywania jest skierowany do uczniów klas I-III. Ma on atrakcyjną dla dzieci szatę graficzną i zawiera m.in. zadania dla dzieci w tym wykreślanki, rysowanki, rebusy. Z kolei dla nauczycieli zostały przygotowane gotowe scenariusze lekcji.¹⁰

Szkoły są zobligowane do prowadzenia edukacji zdrowotnej na podstawie zapisów rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U.poz.356, z późn. zm.). Regulacja ta wskazuje istotne znaczenia edukacji zdrowotnej, w tym żywieniowej, dla całościowego nauczania i wychowania ucznia, ale także zaleca placówkom edukacyjnym prowadzenie systematycznych działań w celu utrzymywania i wzmacniania zdrowia uczniów.

W związku z zaplanowaną interwencją specjalistyczną skierowaną do dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością w badaniu bilansowym dziecięciolatków, działaniami edukacyjnymi objęci będą w szczególności uczniowie klas trzecich. Zajęcia edukacyjne będą przeprowadzone w wymiarze co najmniej 2 godzin lekcyjnych w roku szkolnym (pożądane zajęcia w każdym semestrze), poprzedzone i zakończone będą sprawdzeniem wiedzy uczniów, np. przy użyciu pre-testu i post-testu wiedzy dziecka (załącznik C2 do programu).

Szkoły, które przystąpią do realizacji niniejszego programu, poproszone będą o coroczne przesyłanie do Wydziału Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON Starostwa Powiatowego w Tczewie informacji z przeprowadzonych działań edukacyjnych, w tym ze szczególnym uwzględnieniem uczniów klas trzecich.

2. Wykłady szkoleniowe dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci zakwalifikowanych do II etapu programu.

Dla każdego rocznika dzieci objętych wsparciem specjalistycznym przewidziano dwa spotkania grupowe dla rodziców/opiekunów prawnych (2 spotkania po ok. 90 minut każde), w tym pierwsze po badaniu bilansowym dzieci oraz drugie po zakończeniu ścieżki wsparcia specjalistycznego.

Spotkania prowadzone będą przez zespół ekspertów udzielających wsparcia (lekarz, dietetyk, fizjoterapeuta/specjalista aktywności fizycznej, psycholog).

Cel spotkania: przekazanie wiedzy na temat zdrowego stylu życia oraz budowania zdrowych nawyków w obszarze diety i aktywności fizycznej.

Tematyka wykładów dotyczyć będzie uwarunkowań nadwagi i otyłości oraz sposobów jej zapobiegania, budowania dobrych wzorców w obszarze zdrowego odżywiania i prowadzenia aktywnego stylu życia, utrzymania zdrowych nawyków i prawidłowej masy ciała.

Grupowe spotkania z zespołem ekspertów realizowane będą w miejscu wskazanym przez realizatora programu. Dopuszczalna jest również realizacja wykładów w formie zdalnej (za pomocą platformy umożliwiającej kontakt rodziców z prowadzącym).

3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu

Badania przesiewowe (I etap programu) realizowane będą w szkołach podstawowych i połączone będą z badaniami bilansowymi uczniów klas III prowadzonymi przez pracowników medycyny szkolnej.

¹⁰ <https://ncez.pzh.gov.pl/zywienie-w-placowkach/zdrowe-dzieciaki-to-my-efektywne-narzedzie-edukacji-prozdrowotnej-w-szkole/>

Przeprowadzanie badań w środowisku szkolnym daje szansę na uzyskanie wysokiego stopnia uczestnictwa uczniów w programie oraz łatwego dostępu do rodziców/opiekunów prawnych – celem uzyskania zgód i zaangażowania ich w realizację programu.

O kwalifikacji do interwencji specjalistycznej będzie decydować wynik pomiarów antropometrycznych oraz uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie.

Interwencja specjalistyczna realizowana będzie w terminach najbardziej dogodnych dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci zakwalifikowanych do wsparcia specjalistycznego. W tym celu zostaną wydzielone i dostosowane pomieszczenia odpowiadające wymogom interwencji oraz zapewniające przyjazne środowisko dla dzieci i rodziców. Liczba dni prowadzonej interwencji będzie dopasowana do liczby zgłaszających się uczestników, tak by każdemu uczestnikowi zapewnić możliwość przeprowadzenia planowanej liczby konsultacji w określonych powyżej terminach.

Zaplanowane interwencje będą udzielane zgodnie z opisem wskazanym w rozdziale 3.3. Planowane interwencje, zgodnie ze wskazaniami medycznymi i klinicznymi mogą zostać przerwane ze względu na przeciwwskazania medyczne lub rezygnację uczestnika.

Kampania edukacyjno-informacyjna będzie się odbywać w trakcie trwania programu, na każdym jego etapie poprzez media lokalne, prasę, radio, TV, internet, jednostki samorządu terytorialnego, placówki szkolne, media społecznościowe, organizacje społeczne zajmujące się chorobami cywilizacyjnymi.

3.5. Sposób zakończenia udziału w programie

Po zakończeniu I etapu programu (przesiewowych badań antropometrycznych wykonywanych w ramach badań bilansowych uczniów klas trzecich szkół podstawowych) rodzicom/opiekunom prawnym dzieci zostaną przekazane informacje o stanie zdrowia dziecka i proponowanym dalszym postępowaniu prozdrowotnym. Dzieci, u których nie zostaną wykryte nieprawidłowości pod postacią nadwagi lub otyłości, nie zostaną zakwalifikowane do udziału w programie.

Dzieci z nieprawidłowymi wynikami (nadwagą lub otyłością) zostaną objęte II etapem programu (wsparciem specjalistycznym poprzedzonym badaniami laboratoryjnymi) wg ustalonego harmonogramu. Podczas ostatniej konsultacji u każdego z 4 specjalistów dzieci i rodzice/opiekunowie prawni otrzymają informację podsumowującą udział w interwencji oraz indywidualny plan utrzymania wyżej opisanych zmian.

Dzieci z wykrytymi poważnymi zaburzeniami wymagającymi natychmiastowej szerszej diagnostyki i leczenia zostaną wyłączone z programu i przekazane pod opiekę podmiotów leczniczych w ramach NFZ.

Rodzice/opiekunowie prawni dzieci objętych programem mogą zrezygnować z udziału w nim na każdym etapie postępowania o czym zostaną poinformowani przystępując do badania i podpisując świadomą zgodę na udział w programie.

4. Organizacja programu

4.1. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

1. Przyjęcie programu – podjęcie przez Radę Powiatu Tczewskiego uchwały w sprawie przyjęcia do realizacji przedmiotowego programu, po uprzednim jego skonsultowaniu z gminami oraz uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
2. Stworzenie Rady ds. programu – celem zapewnienia sprawnej realizacji programu zostanie

stworzony zespół, w skład którego wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, osoby udzielające świadczeń z zakresu medycyny szkolnej, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.) Rada będzie pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie jego organizacji, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej, będzie odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedyceńskich istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie.

3. Wybór realizatora programu w drodze otwartego konkursu ofert.

Realizator programu będzie wybrany w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. Ogłoszenie zostanie opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej <https://bip.powiat.tczew.pl/>, na stronie powiatowej <https://www.powiat.tczew.pl/> oraz w siedzibie organizatora tj. na tablicy ogłoszeń w siedzibie Starostwa Powiatowego w Tczewie, ul. Piaskowa 2, 83-110 Tczew.

Realizatorem programu będzie podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu zostanie podjęta w formie odrębnej uchwały Zarządu Powiatu Tczewskiego.

Realizator zobowiązany będzie do:

- 1) prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych,
- 2) przeprowadzenie badań laboratoryjnych u dzieci, u których w wyniku badań bilansowych stwierdzono nadwagę lub otyłość, a których rodzice/opiekunowie prawni wyrazili zgodę na udział w programie (załącznik A do programu),
- 3) przeprowadzenie testów (pre-test i post-test):
 - sprawdzających wiedzę dziecka i jego rodzica/opiekuna prawnego z zakresu zasad stosowania zdrowej diety i zaleceń związanych z aktywnością fizyczną – wynik co najmniej 80 % poprawnych odpowiedzi w post-teście będzie świadczył o wysokim poziomie wiedzy uczestnika programu (załącznik C1 i C2 do programu),
 - na stosowanie zachowań prozdrowotnych przez rodziców/opiekunów prawnych i ich dzieci w obszarze zdrowej diety i aktywności fizycznej (załącznik D1 i D2 do programu);
- 4) objęcie wsparciem terapeutycznym dzieci zakwalifikowanych do interwencji specjalistycznej (konsultacje lekarskie, dietetyczne, z fizjoterapeutą/specjalistą aktywności fizycznej, psychologiem);
- 5) organizacja grupowych spotkań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów dzieci objętych wsparciem terapeutycznym.

Szczegółowy opis działań realizatora zawarto w pkt. 3.3 programu.

4. Działania informacyjno-promocyjne dotyczące realizacji programu skierowane do potencjalnych uczestników programu.

Starostwo Powiatowe, urzędy Gmin oraz realizator programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Dopuszczone są inne formy przekazywania informacji o programie w zależności

od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt, media lokalne).

Informacja o programie zostanie przesłana do podmiotów leczniczych oraz do szkół podstawowych powiatu tczewskiego, z prośbą o włączenie się w działania promocyjne (plakaty na tablicach ogłoszeń, komunikaty na stronie internetowej, atrakcyjne graficznie ulotki dla dzieci i rodziców/opiekunów prawnych).

Informacje skierowane do rodziców/opiekunów prawnych dzieci będą przekazywane przez wychowawców klas szkolnych podczas zebrań dla rodziców lub poprzez dziennik elektroniczny, przez pracowników medycyny szkolnej oraz za pośrednictwem dzieci w formie rozdanych ulotek informacyjnych w szkołach.

5. Wstępna kwalifikacja uczestników do programu na podstawie badań bilansowych uczniów klas trzecich (I etap programu).

Wstępna kwalifikacja do programu prowadzona będzie w każdym roku realizacji programu na podstawie wyników badań bilansowych uczniów klas trzecich szkół podstawowych.

Dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością w badaniu bilansowym będą zapraszane do dalszego etapu programu wraz z rodzicem/opiekunem prawnym. Zakłada się, że w przypadku stwierdzenia nadwagi lub otyłości u dziecka, pielęgniarka szkolna nawiąże kontakt z rodzicem/opiekunem dziecka celem przekazania informacji o możliwości i zasadności skorzystania ze wsparcia specjalistycznego. Niezbędnym kryterium kwalifikacji do etapu specjalistycznego będzie zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka.

6. Realizacja wsparcia terapeutycznego (II etap programu) przez realizatora programu zgodnie z punktem 3.3. programu.

Dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością w badaniu bilansowym, po uzyskaniu zgody rodzica/opiekuna prawnego dziecka (załącznik A do programu), zostaną skierowane na badania laboratoryjne, a następnie zostaną objęte wsparciem terapeutycznym przez zespół specjalistów (lekarz, dietetyk, fizjoterapeuta/specjalista aktywności fizycznej oraz psycholog). Dla każdego dziecka objętego wsparciem przewidziano łącznie 18 konsultacji specjalistycznych, maksymalny czas wsparcia terapeutycznego – do 1 roku.

Przed przystąpieniem do programu i po jego zakończeniu realizator zobowiązany będzie do sprawdzenia wiedzy dziecka i jego rodzica/opiekuna prawnego z zakresu zasad stosowania zdrowej diety i zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz do oceny zachowań prozdrowotnych rodziców/opiekunów prawnych i ich dzieci (pre-test i post-test – załącznik C1 i C2 oraz D1 i D2 do programu).

7. Działanie edukacyjne dla dzieci i młodzieży szkolnej w ramach szkolnych zajęć oraz wykłady szkoleniowe dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci objętych wsparciem terapeutycznym przed terapią i po jej zakończeniu.

8. Monitorowanie realizacji programu oraz ewaluacja programu po jego zakończeniu.

W trakcie realizacji programu prowadzony będzie monitoring, a po jego zakończeniu zostanie przeprowadzona ewaluacja w zakresie i na zasadach opisanych w rozdziale: 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu.

Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu przedstawia tabela poniżej.

Nazwa działania	Okres realizacji
Etap 1. Organizacja	październik 2023 – maj 2024
Opracowanie projektu programu we współpracy z gminami i medycyną szkolną	październik 2023 – styczeń 2024
Uzyskanie opinii Prezesa AOTMiT	luty – marzec 2024
Przyjęcie do realizacji programu uchwałą Rady Powiatu (po pozytywnej opinii AOTMiT)	marzec – kwiecień 2024
Powołanie Rady ds. programu	kwiecień 2024
Opracowanie oraz przeprowadzenie procedury konkursowej celem wyłonienia podmiotu realizującego program	marzec – kwiecień 2024
Przygotowanie oraz podpisanie umowy/umów na realizację programu	kwiecień – maj 2024
Etap 2. Realizacja	maj 2024 – kwiecień 2029
Prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych	maj 2024 – listopad 2028
Działania edukacyjne	maj 2024 – styczeń 2029
Wstępna kwalifikacja uczestników wsparcia – po badaniu bilansowym zaproszenie do programu dzieci z nadwagą lub otyłością i ich rodziców/opiekunów prawnych	– w pierwszym roku realizacji programu maj-czerwiec 2024 – w kolejnych latach marzec-kwiecień danego roku
Badania laboratoryjne (dzieci z nadwagą lub otyłością)	– w pierwszym roku realizacji programu maj-czerwiec 2024 – w kolejnych latach marzec-kwiecień danego roku
Interwencja specjalistyczna – konsultacje z 4 specjalistami (dzieci z nadwagą lub otyłością)	maj 2024 – kwiecień 2029
Etap 3. Monitoring i ewaluacja	maj 2024 – czerwiec 2029
Ocena wskaźników uczestnictwa w programie	po zakończeniu badań bilansowych danego rocznika urodzenia, tj. na przestrzeni m-cy maj-czerwiec w każdym roku realizacji programu
Analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu	po zakończeniu wsparcia terapeutycznego danego rocznika urodzenia, tj. na przestrzeni m-cy maj-czerwiec, począwszy od roku 2024
Analiza efektywności programu (na podstawie analizy mierników efektywności)	po zakończeniu wsparcia terapeutycznego danego rocznika urodzenia, tj. na przestrzeni m-cy maj-czerwiec, począwszy od roku 2024
Etap 4. Przygotowanie raportu z realizacji programu	luty 2025 – lipiec 2029
Coroczne raportowanie/sprawozdawanie realizacji programu	na przestrzeni m-cy luty-marzec, pierwszy raport/sprawozdanie w 2025, ostatni w 2029 r.
Opracowanie raportu końcowego z realizacji programu	czerwiec-lipiec 2029

4.2. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Wstępna kwalifikacja do programu (I etap programu) będzie częścią badań bilansowych trzecioklasistów i prowadzona będzie przez pracowników medycyny szkolnej w gabinetach pielęgniarki/higienistki szkolnej.

Zaplanowane interwencje w ramach drugiego II etapu programu będą prowadzone przez realizatora/realizatorów, wybranego/wybranych w drodze konkursu zgodnie z art. 48b ustawy z dnia

27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 poz. 146).

Działania w ramach programu prowadzone będą na terenie powiatu tczewskiego w miejscu/miejscach wskazanych przez realizatora/realizatorów. Informacje o placówkach i terminach, w których będą realizowane działania w ramach programu zostaną rozpowszechniane za pomocą dostępnych kanałów i środków przekazu.

Realizator/realizatorzy powinni dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu, są też zobowiązani do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Od realizatora/realizatorów będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW obejmującej czas i zakres realizacji zadań w ramach programu, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą przeprowadzane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich.

Realizator/realizatorzy zapewni/zapewnią pomieszczenia higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami, oraz kadrę i sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych interwencji.

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją wsparcia programowego będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych, dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie/będą realizator/realizatorzy programu.

Realizator/realizatorzy zobowiązany/zobowiązani będzie/będą do prowadzenia dokumentacji programowej, w tym m.in. zgody uczestników na udział w programie, rezygnacje z dalszego uczestnictwa w programie, testy wiedzy i zachowań prozdrowotnych uczestników wsparcia (pre-test i post-test), ankiety satysfakcji, rejestr osób korzystających ze wsparcia terapeutycznego, listy obecności na szkoleniach dla rodziców/opiekunów prawnych, oraz do sporządzania sprawozdań okresowych i końcowych z przeprowadzonych działań programowych.

Działania będą przeprowadzone przez wykwalifikowane osoby posiadające kompetencje w zakresie chorób dzieci z ukierunkowaniem na choroby metaboliczne, nadwagę i otyłość, w tym:

- lekarza pediatrę lub kształcącego się w zakresie pediatrii/chorób metabolicznych z doświadczeniem w zakresie prowadzenia długofalowych interwencji zdrowotnych u dzieci z nadmiarem masy ciała,
- dietetyka z wykształceniem wyższym lub osobę z pokrewnym wykształceniem z zakresu żywienia człowieka,
- specjalistę aktywności fizycznej z doświadczeniem w zakresie oceny wysiłku fizycznego oraz planowania interwencji dla dzieci z nadmiarem masy ciała, np.: rehabilitant, fizjoterapeuta, nauczyciel WF, trener sportowy/personalny,
- psychologa z doświadczeniem z zakresu interwencji behawioralnych skierowanych do rodzin.

Nad prawidłowością merytoryczną, organizacyjną i wykonawczą programu czuwać będzie koordynator programu i Rada ds. programu.

W celu uwzględnienia możliwości czasowych rodziców, a tym samym zwiększenia wskaźników uczestnictwa w programie, konsultacje specjalistyczne zostaną zorganizowane tak, żeby uczestnicy mogli zrealizować poszczególne konsultacje z ekspertami w pakietach, np. w jednym dniu konsultacja u lekarza i fizjoterapeuty, w kolejnym konsultacja u psychologa i dietetyka.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu

5.1. Monitorowanie

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach: oceny zgłaszalności do programu, oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie oraz oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu realizator/realizatorzy zobowiązany/zobowiązani jest/będą do złożenia sprawozdania rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik F do programu, zawierającego m.in.:

- 1) analizę badania poziomu wiedzy uczestników programu – na podstawie testu wiedzy rodzica/opiekuna prawnego (załącznik C1) oraz testu wiedzy dziecka (załącznik C2) lub testów wiedzy przygotowanych przez realizatora/realizatorów programu i przedłożonych do akceptacji Wydziału Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON;
- 2) analizę badania zachowań prozdrowotnych w obszarze zdrowej diety i aktywności fizycznej uczestników programu – na podstawie testu zachowań prozdrowotnych rodzica/opiekuna prawnego (załącznik D1) oraz testu zachowań prozdrowotnych dziecka (załącznik D2) lub testów zachowań przygotowanych przez realizatora/realizatorów programu i przedłożonych do akceptacji Wydziału Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON;
- 3) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej załącznik E do programu.

Sprawozdanie roczne/końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które realizator uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorem/realizatorami programu.

Ocena zgłaszalności do programu

Realizator ma obowiązek prowadzić na bieżąco rejestr osób aplikujących do programu. Zalecane jest prowadzenie rejestru w formie elektronicznej, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

- 1) data wyrażenia zgody na uczestnictwo w programie, dotyczy dziecka i jego rodzica/opiekuna prawnego, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- 2) numer PESEL dziecka wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych programu;
- 3) obszar zamieszkania (gmina) uczestnika programu;
- 4) informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik programu, w tym daty badań laboratoryjnych, daty poszczególnych konsultacji specjalistycznych, wyniki okresowych pomiarów antropometrycznych (waga, wzrost, wskaźnik BMI);

- 5) data zakończenia udziału w programie wraz z podaniem przyczyny (np. przekazanie dziecka do dalszej diagnostyki i leczenia w ramach świadczeń finansowanych ze środków NFZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w programie, zakończenie realizacji programu).

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych. Administratorem danych osobowych osób ubiegających się o udział w programie oraz uczestników programu jest podmiot realizujący program.

Ocena zgłaszalności do programu monitorowana będzie na podstawie danych przedstawionych przez realizatora programu zgodnie z załącznikiem F oraz wyników badań bilansowych uczniów klas trzecich przesyłanych corocznie do Wydziału Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON Starostwa Powiatowego w Tczewie przez pracowników medycyny szkolnej.

Ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zgodnej z treścią załącznika E. Każdy rodzic/opiekun prawny dziecka objętego wsparciem terapeutycznym zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po:

- 1) udzieleniu uczestnikowi wszystkich interwencji, w których uczestniczył, lub
- 2) rezygnacji z dalszego udziału w programie lub
- 3) wykluczeniu z dalszego udziału w programie.

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu musi zawierać:

- 1) liczbę osób biorących udział w badaniu satysfakcji;
- 2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji;
- 3) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
- 4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego;
- 5) informację jaki procent wszystkich udzielonych odpowiedzi na dane pytanie stanowią odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Analiza wyników ankiet może zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne.

Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach programu – zgodnie z załącznikiem F. Wzór sprawozdania rocznego/końcowego.

5.2. Ewaluacja programu

Ewaluacja zostanie rozpoczęta po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem mierników przedstawionych w rozdziale 2.3.

Na podstawie założonych mierników efektywności programu oszacowana zostanie:

- liczba dzieci objętych interwencją specjalistyczną, u których obniżono stopień występowania nadwagi lub otyłości średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania,

- liczba dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych, u których na podstawie przeprowadzonych testów, wykazano wzrost poziomu wiedzy na temat skutecznej profilaktyki nadwagi i otyłości, w tym: zasad stosowania zdrowej diety, zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz budowania zdrowych nawyków w tych obszarach (w post-teście wzrost liczby poprawnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z pre-testem),
- liczba rodziców/opiekunów prawnych i ich dzieci, u których na podstawie przeprowadzonych testów wykazano wzrost częstości stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze zdrowej diety i aktywności fizycznej (w post-teście wzrost prozdrowotnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z pre-testem).

Efekty przeprowadzonej interwencji, związane ze stopniem występowania nadwagi i otyłości w populacji dzieci, możliwe będą do pełnego oszacowania w perspektywie wieloletniej.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy przygotują pracownicy Wydziału Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON Starostwa Powiatowego w Tczewie. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie m.in. sprawozdania końcowego oraz innych danych otrzymanych od realizatora programu.

Na podstawie m.in. raportu końcowego z realizacji programu Rada Powiatu Tczewskiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

Rada Powiatu Tczewskiego może podjąć również decyzję o zawieszeniu programu lub wcześniejszym zakończeniu jego realizacji w przypadku uruchomienia innych, alternatywnych programów profilaktyki nadwagi i/lub otyłości finansowanych z funduszy Unii Europejskiej i innych źródeł zagranicznych oraz z funduszy krajowych i regionalnych.

6. Budżet programu

6.1. Koszty jednostkowe

Na potrzeby oszacowania kosztów realizacji programu Wydział Zdrowia, Spraw Społecznych i PFRON przeprowadził rozeznanie kosztów planowanych świadczeń zdrowotnych u potencjalnych realizatorów programu. Zgodnie z przeprowadzonym rozeznaniem oraz na podstawie kosztów jednostkowych w innym, obecnie realizowanym powiatowym programie polityki zdrowotnej, oszacowano koszty jednostkowe poszczególnych działań/interwencji.

1. Koszty jednostkowe działań informacyjno-promocyjnych – 6.000 zł rocznie/pakiet

Kategoria ta obejmuje m. in. projekt oraz wydruk wszystkich niezbędnych materiałów, w tym: ulotek, plakatów, materiałów edukacyjnych dla uczestników, koszty internetu oraz mediów lokalnych.

2. Koszty jednostkowe działań edukacyjnych:

- wykłady szkoleniowe dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci – 400 zł/spotkanie (dla każdego rocznika dzieci objętych wsparciem specjalistycznym zaplanowano 2 spotkania

grupowe rodziców/opiekunów prawnych – przed i po zakończeniu wsparcia specjalistycznego, w dwóch terminach dla grup do 50 osób – łącznie 20 spotkań),

- edukacja żywieniowa i zdrowego stylu życia w szkołach podstawowych – 11.968 zł/rocznie na zakup materiałów edukacyjnych dla szkół uczestniczących w programie.
- 3. Badanie antropometryczne populacji docelowej – nie przewidziano kosztów, wstępna diagnoza nadwagi i otyłości prowadzona będzie w ramach badań bilansowych dziesięcioletków.
- 4. Badania laboratoryjne – 70 zł/pakiet (do terapii nadwagi i otyłości przewidziano 456 osób, wszystkie osoby będą skierowane na badania laboratoryjne).
- 5. Konsultacje specjalistyczne – 2.670 zł/osoba (jedna osoba skorzysta z 18 konsultacji – 3 x lekarz, 6 x dietetyk, 6 x fizjoterapeuta/specjalista aktywności fizycznej, 3 x psycholog).

Koszt jednostkowy poszczególnych interwencji specjalistycznych:

- konsultacja lekarska: 3 wizyty – 390,00 zł/osoba (1 x 150 zł, 2 x 120 zł),
 - konsultacja dietetyczna: 6 wizyt – 960,00 zł/osoba (3 x 200 zł, 3 x 120 zł),
 - konsultacja z fizjoterapeutą/specjalistą aktywności fizycznej: 6 wizyt – 720,00 zł/osoba (6 x 120 zł),
 - konsultacja psychologiczna: 3 wizyty – 600,00 zł/osoba (3 x 200 zł).
6. Koordynacja wsparcia terapeutycznego (zapisy do programu, organizacja badań laboratoryjnych i spotkań dla rodziców, pilotowanie wsparcia terapeutycznego, okresowe rozliczenia i raportowanie przeprowadzonych działań) – 600 zł/miesiąc.
7. Zarządzanie programem (działalność Rady ds. programu, monitorowanie, ewaluacja, sprawozdawczość i rozliczenie) – 500 zł/miesiąc.

6.2. Koszty całkowite

Okres realizacji programu został zaplanowany na lata 2024-2029. Łączny koszt programu szacowany jest na poziomie 1413280,00 zł.

Zestawienie kosztów całkowitych.

Lp.	Nazwa kosztu	Liczba jednostek	Koszt jednostkowy [zł]	Rodzaj miary	Koszt całkowity [zł]
1.	Działania informacyjno-promocyjne	5	6000,00	rok	30000,00
2.	Wykłady szkoleniowe dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci	20	400,00	spotkanie	8000,00
3.	Edukacja żywieniowa i zdrowego stylu życia w szkołach podstawowych	5	11968,00	rok	59840,00
4.	Badanie antropometryczne populacji docelowej	5695	0,00	osoba	0,00
5.	Badania laboratoryjne	456	70,00	pakiet	31920,00
6.	Konsultacje specjalistyczne	456	2670,00	osoba	1217520,00
7.	Koordynacja wsparcia terapeutycznego	60	600,00	miesiąc	36000,00
8.	Zarządzanie programem	60	500,00	miesiąc	30000,00
Razem					1413280,00

Zestawienie kosztów w podziale na lata realizacji programu.

Rok realizacji	Działania informacyjno-promocyjne	Działania edukacyjne		Badania lab.	Konsultacje	Koordynacja	Zarządzanie	Koszt całkowity
		rodzice	szkoła					
2024	6000,00	800,00	11968,00	6440,00	194120,00	4800,00	4000,00	228128,00
2025	6000,00	1600,00	11968,00	6090,00	235090,00	7200,00	6000,00	273948,00
2026	6000,00	1600,00	11968,00	6580,00	247060,00	7200,00	6000,00	286408,00
2027	6000,00	1600,00	11968,00	6720,00	255200,00	7200,00	6000,00	294688,00
2028	6000,00	1600,00	11968,00	6090,00	237330,00	7200,00	6000,00	276188,00
2029	0,00	800,00	0,00	0,00	48720,00	2400,00	2000,00	53920,00
Suma	30000,00	8000,00	59840,00	31920,00	1217520,00	36000,00	30000,00	1413280,00
%	2,12	0,57	4,23	2,26	86,15	2,55	2,12	

Z uwagi na długi okres realizacji programu oraz poziom inflacji wybrany realizator/realizatorzy programu, w przypadku wzrostu lub spadku cen materiałów lub kosztów związanych z realizacją programu w wysokości 20% lub wyższej, będzie/będą mógł/mogli wnioskować o zmianę wynagrodzenia za przeprowadzone działania, w wysokości odpowiadającej poziomowi zmiany cen materiałów lub usług.

6.3. Źródła finansowania programu

Program będzie finansowany ze środków własnych Powiatu Tczewskiego oraz z budżetów zainteresowanych Gmin z terenu powiatu tczewskiego. Program może być również finansowany z innych środków zewnętrznych pozyskanych przez Powiat Tczewski.

W sytuacjach wymagających zmian organizacyjnych i/lub w przypadku pozyskania przez Powiat Tczewski znaczących środków zewnętrznych program może ulec modyfikacjom, w tym w szczególności w zakresie organizacji zajęć i spotkań promujących zdrowy styl życia.

Rada Powiatu Tczewskiego może podjąć decyzję o zawieszeniu programu lub wcześniejszym zakończeniu jego realizacji, w przypadku uruchomienia innych alternatywnych programów profilaktyki nadwagi i/lub otyłości finansowanych z funduszy Unii Europejskiej, z innych źródeł zagranicznych oraz z funduszy krajowych i regionalnych.

W programie na lata 2024-2029 zaplanowano wsparcie specjalistyczne dla dzieci z roczników urodzenia 2014-2018. W miarę potrzeb i zasobów finansowych Powiatu i Gmin program może zostać przedłużony na kolejne lata realizacji i objąć wsparciem programowym kolejne grupy wiekowe uczniów klas trzecich.

7. Bibliografia

Publikacje, które posłużyły do przygotowania programu polityki zdrowotnej, w szczególności zawierające dane epidemiologiczne podawane w programie polityki zdrowotnej i uzasadniające wybór problemu zdrowotnego.

1. Otyłość epidemią XXI wieku. Autorzy: Małgorzata Klusiewicz, Anna Krawczyk, Hanna Wilska. Współpraca: Przemysław Barański. Czerwiec 2021.
2. Zdrowie i styl życia polskich uczniów. Raport z badań. Pod redakcją: Anny Fijałkowskiej, Anny Oblacińskiej i Magdaleny Korzyckiej. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2019.
3. Otyłość dzieci w ujęciu historycznym. Acta Medicorum Polonorum Nr 7/2017. Zeszyt 1.

Katarzyna Maćkowiak-Lewandowicz.

4. Raport z badań dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 8 lat podczas pandemii COVID-19. Autorzy raportu: Fijałkowska Anna, Oblacińska Anna, Dzielska Anna, Nałęcz Hanna, Korzycka Magdalena, Okulicz-Kozaryn Katarzyna Bójko Martyna, Radiukiewicz Katarzyna. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2022.
5. Epidemiologia otyłości w Polsce i na świecie. Postępy Biologii Komórki 46.3 (2019): 235-242. Sylwia Rynkowska, Małgorzata Tapolska, Maciej Owecki. Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.
6. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022 pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa 2022.
7. Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 poz. 69.
8. Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością. Lekarz rodzinny – wydanie specjalne 3/2017.
9. Nadwaga i otyłość małymi krokami do zdrowia. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. Autorzy: Izabela Pawluk, Paula Gosa, Magdalena Jodkiewicz, Monika Kaczorek, Paula Nagel, Sylwia Pacyna, Aleksandra Wedziuk-Reszka, Katarzyna Wolnicka. Warszawa 2022.
10. Narodowy Test Zdrowia Polaków 2023. Raport. Autor raportu (koncept, redakcja, opracowanie): dr Anna Zimny-Zajac, Medonet. Wydawca: Ringier Axel Springer Polska sp. z o.o. <https://narodowytestzdrowia.medonet.pl/>
11. World Health Organization. Otyłość i nadwaga. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
12. Otyłość w UE. Polsce i na świecie. Choroba XXI wieku. https://demagog.org.pl/analizy_i_raporty/otylosc-w-ue-polsce-i-na-swiecie-choroba-xxi-wieku/.
13. Program kompleksowej opieki medycznej dla chorych na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-kompleksowej-opieki-medycznej-dla-chorych-na-otylosc-olbrzymia-leczona-chirurgicznie>.
14. Raportu WHO „European Regional Obesity Report 2022” <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>.
15. Zdrowie i styl życia polskich uczniów. Raport z badań. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2019. Fijałkowska A., Oblacińska A., Korzycka M. (red.) Raport z realizacji badania prowadzonego w latach 2018-2019 przez Instytut Matki i Dziecka w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (nr 6/7/8/NPZ/2018/106/685), kierowanego przez Profesor Annę Fijałkowską. <https://imid.med.pl/pl/do-pobrania>.
16. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. 2021 poz. 642).
17. Uchwała Nr 758/271/21 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 29 lipca 2021 r. w sprawie przyjęcia Regionalnego Programu Strategicznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej, Uzasadnienia oraz Podsumowania do Regionalnego Programu

Strategicznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej.

18. „ZDROWE DZIECIAKI TO MY!” – efektywne narzędzie edukacji prozdrowotnej w szkole
<https://ncez.pzh.gov.pl/zywienie-w-placowkach/zdrowe-dzieciaki-to-my-efektywne-narzedzie-edukacji-prozdrowotnej-w-szkole/>.
19. Główny Urząd Statystyczny, Baza demografia, <https://demografia.stat.gov.pl>.

Załącznik A. Wzór oświadczenia uczestnika programu

Deklaracja uczestnictwa w programie i poświadczenie miejsca zamieszkania.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka:

Adres zamieszkania:

.....
(ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość)

Dane do kontaktu:

(telefon i/lub e-mail)

Imię i nazwisko dziecka: PESEL:

Nazwa szkoły, do której uczęszcza dziecko:

Ja, niżej podpisana(y) deklaruję uczestnictwo swoje i mojego dziecka w diagnostyce, poradnictwie i zajęciach ruchowych prowadzonych w ramach realizacji Powiatowego programu profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego, dalej zwanego „programem”.

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili przystąpienia do programu ja i moje dziecko jesteśmy mieszkańcami powiatu tczewskiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego*.

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału w programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że program finansowany jest ze środków Powiatu Tczewskiego i Gmin

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mój i mojego dziecka w tym programie i jestem świadom faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przekazanie danych osobowych mojego dziecka (m.in. numer PESEL, rodzaj otrzymanego świadczenia) Powiatowi Tczewskiemu.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

* Miejsce zamieszkania – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego tej osoby, w którym skoncentrowane są jej plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie

Rezygnacja z udziału w Powiatowym programie profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka:

Adres zamieszkania:

.....
(ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość)

Dane do kontaktu:

(telefon i/lub e-mail)

Imię i nazwisko dziecka: PESEL:

Nazwa szkoły, do której uczęszcza dziecko:

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że ja i moje dziecko rezygnuje z dalszego udziału w Powiatowym programie profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego.

Powodem mojej i mojego dziecka rezygnacji jest*:

.....
.....
.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

* wskazanie powodu rezygnacji nie jest obowiązkowe

Załącznik C1. Pre-test i post-test wiedzy rodzica/opiekuna prawnego

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

PRE-TEST I POST-TEST WIEDZY RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Szanowni Państwo,

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Test jest jednokrotnego wyboru – w każdym punkcie należy zaznaczyć jedną prawidłową odpowiedź. Wyniki testu posłużą do oceny efektów Powiatowego programu profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego, którego uczestnikiem jest Państwa dziecko.

1. Czas trwania uczucia sytości po posiłku zależy od:

- ☐ a) wartości kalorycznej
- ☐ b) satysfakcji ze spożytego posiłku
- ☐ c) ilości i składu spożytej żywności

2. Najlepszym źródłem węglowodanów złożonych i błonnika pokarmowego są produkty zbożowe:

- ☐ a) z procesu mielenia
- ☐ b) pełnoziarniste i wieloziarniste
- ☐ c) z ziarna rafinowanego

3. Czy do zalecanej dziennej ilości warzyw i owoców wliczamy ziemniaki?

- ☐ a) tak
- ☐ b) nie
- ☐ c) tak, jeśli spożywamy je w formie gotowanej lub pieczonej bez dodatku tłuszczu

4. W klasycznej diecie (4 lub 5 posiłków dziennie), najmniej kaloryczny posiłek to:

- ☐ a) II śniadanie i/lub podwieczorek
- ☐ b) kolacja
- ☐ c) wszystkie posiłki powinny mieć zbliżoną wartość energetyczną

5. Ostatni posiłek przed snem należy zjeść:

- ☐ a) nie później niż o godzinie 18 lub 19 wieczorem
- ☐ b) minimum 2 godziny przed snem
- ☐ c) w przypadku dzieci i młodzieży nie zaleca się stosowania żadnych ograniczeń czasowych

6. Czy spożywanie potraw wysokobłonnikowych sprzyja utrzymaniu prawidłowej masy ciała?

- ☐ a) tak
- ☐ b) sprzyja w zależności od płci
- ☐ c) nie

7. Jaka grupa produktów jest dobrym źródłem błonnika pokarmowego?

- ☐ a) warzywa i nasiona roślin strączkowych
- ☐ b) mięso, ryby i jaja
- ☐ c) mleko i produkty mleczne

8. Kiedy powinniśmy ograniczyć spożycie błonnika pokarmowego?

- ☐ a) podczas wystąpienia biegunki
- ☐ b) podczas wystąpienia zaparć
- ☐ c) żadna odpowiedź nie jest prawidłowa

9. Nadmiar tłuszczu w diecie:

- ☐ a) nie ma negatywnego wpływu na zdrowie, jeśli pochodzi z orzechów, oliwek i nasion lnu
- ☐ b) zwiększa ryzyko m.in. nadwagi i otyłości
- ☐ c) zmniejsza poziom trójglicerydów we krwi

10. Źródłem nasyconych kwasów tłuszczowych (NKT) w diecie są:

- ☐ a) olej słonecznikowy i rzepakowy
- ☐ b) olej kokosowy i palmowy
- ☐ c) olej z alg morskich

11. Tłuszcze pochodzenia roślinnego:

- ☐ a) nie zawierają cholesterolu
- ☐ b) powinny stanowić mniej niż 50% całego tłuszczu w diecie
- ☐ c) są mniej energetyczne niż tłuszcze zwierzęce

12. Węglowodany:

- ☐ a) to podstawowe źródło energii dla organizmu
- ☐ b) powodują szybki wzrost masy ciała
- ☐ c) to m.in. węglowodory, cukry i skrobia

13. Nadmiar węglowodanów prostych w diecie:

- ☐ a) nie wpływa negatywnie, ponieważ jest to ważne źródło energii
- ☐ b) może zwiększać ryzyko chorób tj. zespół metaboliczny, insulinooporność
- ☐ c) działa wspomagająco na układ mięśniowy

14. Najwięcej węglowodanów złożonych znajdziesz w tych produktach:

- ☐ a) warzywa, pełnoziarniste produkty zbożowe
- ☐ b) owoce, naturalne napoje mleczne
- ☐ c) nasiona roślin strączkowych, gęste soki przecierowe

15. Konsekwencją niedoboru białka jest:

- ☐ a) zmniejszenie masy ciała, spadek odporności, gorsze gojenie ran
- ☐ b) bóle głowy, biegunka, problemy z widzeniem po zmroku
- ☐ c) zaparcia, nadpobudliwość, nadmierna potliwość

16. Żywność wysokobiałkowa, która zmniejsza ryzyko wielu chorób i przedwczesnej śmierci to:

- ☐ a) orzechy, ryby, chuda wieprzowina, drób
- ☐ b) soczewica, migdały, chudy drób, ryby
- ☐ c) ryż, ziemniaki, wieprzowina, tłuste ryby morskie

17. Gluten jest białkiem, które może wywoływać alergię i nietolerancje pokarmowe. Dlatego:

- ☐ a) należy wykluczyć z diety wszystkie produkty, które go zawierają
- ☐ b) należy wykluczyć z diety produkty, które zawierają duże ilości glutenu np. pieczywo
- ☐ c) w przypadku dolegliwości należy skonsultować się z lekarzem i wykonać niezbędne badania diagnostyczne

18. Sól:

- ☐ a) jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania organizmu
- ☐ b) nie jest niezbędnym składnikiem codziennej diety
- ☐ c) upośledza pracę układu mięśniowego i nerwowego

19. Najwięcej soli zawiera:

- ☐ a) szynka konserwowa
- ☐ b) świeży łosoś
- ☐ c) ser twarogowy

20. Dzienna zalecana ilość soli, czyli 5 gramów to:

- ☐ a) 3 plasterki polędwicy sopockiej, 2 plasterki żółtego sera, 2 kajzerki i łyżka keczupu
- ☐ b) średni kawałek pizzy
- ☐ c) 0,5 l wody średnizmineralizowanej

21. Chęć jedzenia słonych potraw wynika z

- ☐ a) niedoborów soli w diecie
- ☐ b) nieprawidłowych nawyków żywieniowych
- ☐ c) zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej

22. Składniki mineralne:

- ☐ a) warto uzupełniać w postaci suplementów diety
- ☐ b) w nadmiarze nie szkodzą tak bardzo, jak witaminy
- ☐ c) są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu

23. Witaminy rozpuszczalne w tłuszczach to:

- ☐ a) witaminy A, B, C i D
- ☐ b) witaminy C, D, E i K
- ☐ c) witamina A, D, E i K

24. Które witaminy i składniki mineralne można przedawkować:

- ☐ a) rozpuszczalne w tłuszczach, mikroskładniki
- ☐ b) makroskładniki, rozpuszczalne w wodzie
- ☐ c) wszystkie

25. Mikroelementy, których deficyt najczęściej obserwowany jest u wegan to:

- ☐ a) jod, kwas foliowy, witamina B12
- ☐ b) żelazo, wapń, witamina B12
- ☐ c) witamina C, cynk, witamina B12

26. Przyswajalność żelaza z produktów roślinnych zwiększy:

- ☐ a) szklanka mleka
- ☐ b) kieliszek czerwonego wytrawnego wina
- ☐ c) szklanka świeżego soku pomarańczowego

27. Nadmiar sodu w diecie może powodować:

- ☐ a) nadciśnienie tętnicze krwi
- ☐ b) problemy skórne
- ☐ c) słony posmak słodkich potraw

28. Woda o składzie pozytywnie oddziałującym na zdrowie to:

- ☐ a) woda oligoceńska
- ☐ b) przegotowana woda z kranu
- ☐ c) naturalna woda mineralna

29. Rola wody w organizmie:

- ☐ a) zwiększa przyswajanie witamin
- ☐ b) reguluje temperaturę ciała
- ☐ c) niezbędny składnik odżywczy

30. Dobowa norma na wodę dla osoby zdrowej wynosi:

- ☐ a) 3000 ml dla wszystkich konsumentów
- ☐ b) 1500 ml dla kobiet i mężczyzn
- ☐ c) 2500 ml dla mężczyzn i 2000 ml dla kobiet

31. Napój izotoniczny:

- ☐ a) to napój przeznaczony wyłącznie dla sportowców
- ☐ b) zwiększa wchłanianie wody
- ☐ c) podnosi poziom insuliny we krwi

32. Według WHO osoby dorosłe (18 – 64 lata) powinny wykonywać aktywność fizyczną:

- ☐ a) 75-120 min/tydzień o umiarkowanej intensywności lub 60 min/tydzień o dużej intensywności
- ☐ b) 150-300 min/tydzień o umiarkowanej intensywności lub 75-150 min/tydzień o dużej intensywności
- ☐ c) 300-420 min/tydzień o umiarkowanej intensywności lub 180 min/tydzień o dużej intensywności

33. Według WHO Dla dzieci i młodzieży wskazana jest aktywność o umiarkowanej lub dużej intensywności aerobowej przez co najmniej:

- ☐ a) 30 minut dziennie
- ☐ b) 60 minut dziennie
- ☐ c) 90 minut dziennie

34. Aktywność fizyczna to:

- ☐ a) wyłącznie ćwiczenia na siłowni
- ☐ b) tylko bieganie i szybkie chodzenie na wolnym powietrzu
- ☐ c) różne formy działania tj. ćwiczenia sportowe, prace domowe, zawodowe i fizyczne

.....
(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Serdecznie dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie testu.

Załącznik C2. Pre-test i post-test wiedzy dziecka

Imię i nazwisko dziecka:

PRE-TEST I POST-TEST WIEDZY DZIECKA

Droga Koleżanko, Drogi Kolego,

Bardzo prosimy o wypełnienie testu. Twoje odpowiedzi są niezbędne do zbadania efektów programu, w którym uczestniczysz.

Zaznacz właściwą odpowiedź wstawiając znak X w odpowiednią kratkę.

1. Sen powinien zajmować nam około – zaznacz jedną właściwą odpowiedź:

- | | |
|--|---|
| ☐ a) 7 godzin na dobę | ☐ b) 8 godzin na dobę |
| ☐ c) 9 godzin na dobę | ☐ d) 10 godzin na dobę |

2. Ile posiłków w ciągu dnia powinny spożywać dzieci w Twoim wieku – zaznacz jedną właściwą odpowiedź:

- | | |
|--|---|
| ☐ a) 1 – 2 posiłki | ☐ b) 3 posiłki |
| ☐ c) 4 – 5 posiłków | ☐ d) więcej niż 5 posiłków |

3. Zaznacz posiłek, który powinien być największy – zaznacz jedną właściwą odpowiedź:

- | | |
|--|--|
| ☐ a) podwieczorek | ☐ b) kolacja |
| ☐ c) śniadanie | ☐ d) drugie śniadanie |

4. Zaznacz wszystkie produkty, które należy unikać lub w ogóle ich nie jeść:

- | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| ☐ a) owoce | ☐ b) frytki | ☐ c) jogurt |
| ☐ d) warzywa | ☐ e) burger | ☐ f) ryby |
| ☐ g) pizza | ☐ h) ciasteczka | ☐ i) chipsy |

5. Zaznacz produkt, który jest na szczycie piramidy zdrowego żywienia – zaznacz jedną właściwą odpowiedź:

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ a) pieczywo | ☐ b) ser | ☐ c) twaróg |
| ☐ d) kasza | ☐ e) mleko | ☐ f) warzywa |
| ☐ g) olej | ☐ h) jaja | ☐ i) truskawki |

6. Które z wymienionych produktów są źródłem białka? Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ a) warzywa i owoce | ☐ b) mięso |
| ☐ c) mleko, jogurty, sery | ☐ d) jaja |
| ☐ e) produkty zbożowe (chleb, makaron itd.) | ☐ f) nie wiem |

7. W których z wymienionych produktów znajdują się najzdrowsze tłuszcze (zawierające składniki potrzebne do rozwoju organizmu)? Zaznacz wszystkie prawidłowe odpowiedzi:

- | | |
|---|--|
| ☐ a) ryby | ☐ b) oliwa z oliwek |
| ☐ c) mięso wieprzowe | ☐ d) smalec |
| ☐ e) nie wiem | |

8. Jakich produktów powinno być najwięcej w codziennej diecie – zaznacz jedną odpowiedź:

- | | |
|--|---|
| ☐ a) mleka, jogurtów, serów | ☐ b) mięsa, wędlin, ryb, jajek |
| ☐ c) owoców | ☐ d) warzyw |
| ☐ e) produktów zbożowych | ☐ f) nie wiem |

9. Zaznacz odpoczynek bierny – zaznacz dwie odpowiedzi:

- | | |
|--|--|
| ☐ a) jazda na rolkach | ☐ b) bieganie |
| ☐ c) plażowanie | ☐ d) jazda na rowerze |
| ☐ e) sprzątanie | ☐ f) czytanie książki |

10. Zaznacz odpoczynek czynny – zaznacz trzy odpowiedzi:

- | | |
|---|---|
| ☐ a) oglądanie telewizji | ☐ b) pływanie |
| ☐ c) słuchanie muzyki | ☐ d) marsz w górach |
| ☐ e) spacer z psem | ☐ f) przeglądanie telefonu |

11. Po nauce lub czytaniu książki powinno się – zaznacz trzy odpowiedzi:

- | | |
|--|---|
| ☐ a) iść na spacer | ☐ b) iść pooglądać telewizję |
| ☐ c) posłuchać muzyki | ☐ d) zdrzemnąć się |
| ☐ e) iść na basen | ☐ f) pojeździć na rowerze |

12. Czy wiesz, jaka jest najmniejsza zalecana dawka ruchu, aby być sprawnym i zdrowym:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ a) 3 godziny dziennie | ☐ b) 1 godzina dziennie | ☐ c) ½ godziny dziennie |
| ☐ d) 2 godziny w tygodniu | ☐ e) 1 godzina w tygodniu | ☐ f) nie wiem |

.....
(Podpis dziecka)

Serdecznie dziękujemy za wypełnienie testu.

Załącznik D1. Pre-test i post-test zachowań prozdrowotnych dla rodzica/opiekuna prawnego

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

PRE-TEST I POST-TEST ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH DLA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Szanowni Państwo,

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.

Wyniki testu posłużą do oceny efektów Powiatowego programu profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego, którego uczestnikiem jest Państwa dziecko.

ZASADY ŻYWIENIOWE PANUJĄCE W DOMU RODZINNYM

1. Czy Pana/Pani dziecko je: (w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, proszę określić częstotliwość dla każdego posiłku)

Rodzaj posiłku	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy
	1	2	3	4
a) pierwsze śniadanie				
b) drugie śniadanie				
c) obiad				
d) podwieczorek				
e) kolacja				

2. Ile posiłków dziennie spożywa Pana/Pani dziecko – proszę wliczyć w to posiłki spożywane w domu i poza domem, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

- ☐ a) 1 posiłek dziennie ☐ d) 4 posiłki dziennie
☐ b) 2 posiłki dziennie ☐ e) 5 posiłki dziennie
☐ c) 3 posiłki dziennie ☐ f) więcej niż 5 posiłków dziennie

3. Skąd dziecko ma drugie śniadanie? (proszę określić częstotliwość dla każdego wariantu odpowiedzi)

- ☐ a) dziecko nie jada drugiego śniadania – proszę przejść do pytania 3.

Drugie śniadanie dziecka	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz na tydzień lub rzadziej	raz na miesiąc lub rzadziej, nigdy
	1	2	3	4
b) zabiera z domu				
c) otrzymuje bezpłatnie w szkole				
c) kupuje w szkole				

4. Ile razy dziennie Pana/Pani dziecko spożywa wymienione niżej produkty – w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, proszę określić częstotliwość dla każdego wariantu odpowiedzi.

Rodzaj produktu, potrawy	codziennie	kilka razy w tygodniu	1 raz w tygodniu	rzadziej	nigdy
	1	2	3	4	5
a) owoce i warzywa					
b) mleko lub przetwory mleczne (sery, jogurty, kefir, itp.)					
c) słodycze					
d) ryby					
e) ciemne pieczywo					
f) słone przekąski (np. chipsy, paluszki, krakersy, itp.)					
g) napoje słodzone					
h) woda (mineralna, źródlana)					

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

5. Czy Pani/Pana dziecko – w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, proszę określić częstotliwość dla każdego wariantu odpowiedzi.

Rodzaj czynności dziecka	codziennie lub prawie codziennie (5-7 razy na tydzień)	3-4 razy na tydzień	1-2 razy na tydzień	rzadziej niż raz na tydzień	rzadziej niż raz na miesiąc, nigdy
a) siedzi przy komputerze					
b) siedzi przed TV					
c) przebywa na świeżym powietrzu po powrocie ze szkoły, bawi się z kolegami/ koleżankami					
d) chodzi na treningi sportowe					
e) nie chodzi na treningi, ale uprawia sport (np. jeździ na rowerze, na rolkach, gra w piłkę)					
f) pracuje, pomaga w domu					

6. Czy Pana/Pani rodzina prowadzi zdrowy styl życia, np. chodząc z dziećmi na spacer, uprawiając wspólnie sport lub ćwiczenia fizyczne? ☐ TAK ☐ NIE
7. Ile czasu tygodniowo poświęca Pani/Pan na aktywność fizyczną (szybki marsz, bieganie, rower, basen, siłownia, itp.):
8. Jaka jest dzienna aktywność fizyczna Pani/Pana dziecka?

.....
(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Serdecznie dziękujemy za poświęcony czas i rzetelne wypełnienie ankiety.

Załącznik D2. Pre-test post-test zachowań prozdrowotnych dla dziecka

PRE-TEST I POST-TEST ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH DLA DZIECKA

Droga Koleżanko, Drogi Kolego

Bardzo prosimy o wypełnienie testu. Twoje odpowiedzi są niezbędne do zbadania efektów programu, w którym uczestniczysz.

Zaznacz właściwą odpowiedź wstawiając znak X w odpowiednią kratkę

Imię i nazwisko ucznia:

TWÓJ SPOSÓB ODŻYWIANIA

1. Czy zjadasz w szkole drugie śniadanie? ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, to:

- ☐ przynosisz je z domu
- ☐ kupujesz coś w sklepiku szkolnym
- ☐ kupujesz w innym sklepie w okolicy szkoły

2. Jak często zwykle zjadasz śniadanie w ciągu tygodnia?

- ☐ nigdy
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 5-6 razy w tygodniu
- ☐ codziennie

3. Jak często zwykle zjadasz obiad (ciepły posiłek w ciągu dnia)?

- ☐ nigdy
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 5-6 razy w tygodniu
- ☐ codziennie

4. Jak często zwykle zjadasz kolację?

- ☐ nigdy
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 5-6 razy w tygodniu
- ☐ codziennie

5. Jak często kupujesz sobie coś do jedzenia?

- ☐ nigdy ☐ czasem ☐ często

6. Co wtedy najczęściej kupujesz?

Wpisz:

7. Jak często Ty spożywasz – w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk:

Rodzaj produktu, potrawy	codziennie	kilka razy w tygodniu	1 raz w tygodniu	rzadziej	nigdy
	1	2	3	4	5
a) owoce i warzywa					
b) mleko lub przetwory mleczne (sery, jogurty, kefir, itp.)					
c) słodkie					
d) ryby					
e) ciemne pieczywo					
f) słone przekąski (np. chipsy, paluszki, krakersy, itp.)					
g) napoje słodzone					
h) woda (mineralna, źródlana)					

TWOJA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

8. Czy obecnie, poza lekcjami wychowania fizycznego w szkole, uczestniczysz w jakichkolwiek zajęciach ruchowych (np. biegasz, jeździsz na rowerze, uczęszczasz na basen, tańczysz, grasz w piłkę)?

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak, wpisz rodzaj tych zajęć ruchowych:

9. Ile dni w tygodniu Ty poświęcasz na aktywność fizyczną?

☐ 0

☐ 1 dzień

☐ 2-3 dni

☐ 4-6 dni

☐ 7 dni (codziennie)

10. Ile godzin w ciągu dnia Ty poświęcasz na aktywność fizyczną?

☐ 0 (wcale)

☐ pół godziny

☐ 1 godzinę

☐ 2 godziny lub więcej

11. Jak najczęściej spędzasz czas wolny od nauki? Zaznacz jedną odpowiedź, która Cię najbardziej dotyczy:

☐ oglądam telewizję albo filmy na DVD

☐ gram w gry na komputerze lub telefonie, surfuję po internecie, rozmawiam na czacie, itp.

☐ jeżdżę na rowerze, gram w piłkę itp.

☐ chodzę na długie spacery

☐ czytam książki

☐ spotykam się z kolegami/koleżankami w swoim lub w ich domu

☐ inaczej, wpisz jak:

.....

Serdecznie dziękujemy za wypełnienie testu.

Załącznik E. Wzór ankiety satysfakcji uczestnika programu

Szanowni Państwo,

Ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w Programie profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w oznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-5 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1) W jakim stopniu program spełnił Państwa oczekiwania?

1 2 3 4 5

2) Jak oceniają Państwo poziom świadczeń udzielanych w ramach programu przez:

✓ osobę kwalifikującą/zapisującą do programu?

1 2 3 4 5

✓ osobę wykonującą badania laboratoryjne?

1 2 3 4 5

✓ lekarza – podczas wizyt/konsultacji lekarskich

1 2 3 4 5

✓ dietetyka – podczas wizyt/konsultacji dietetycznych

1 2 3 4 5

✓ fizjoterapeuta/specjalistę aktywności fizycznej – podczas wizyt/konsultacji/zajęć sportowych

1 2 3 4 5

✓ psychologa – podczas wizyt/konsultacji psychologicznych

1 2 3 4 5

3) Jak oceniają Państwo organizację i sposób przekazania wiedzy na temat zdrowego stylu życia oraz budowania zdrowych nawyków w obszarze diety i aktywności fizycznej podczas spotkań grupowych rodziców/opiekunów prawnych dzieci objętych terapią otyłości?

1 2 3 4 5

4) Jak oceniają Państwo organizację programu?

1 2 3 4 5

5) W jakim stopniu odpowiadała Państwu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?

1 2 3 4 5

6) Skąd dowiedzieliście się Państwo o możliwości udziału w programie?

☐ z materiałów reklamowych

☐ od lekarza

☐ z Internetu

☐ od pielęgniarki szkolnej

☐ z lokalnej prasy/radia/telewizji

☐ od rodziny, znajomych

☐ inne (jakie?)

7) Co według Państwa należałoby zmienić, dodać w programie?

.....

Serdecznie dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.

Załącznik F. Wzór sprawozdania rocznego/końcowego

Sprawozdanie roczne/końcowe
z realizacji Program profilaktyki nadwagi i otyłości uczniów klas III szkół podstawowych
powiatu tczewskiego

Dane realizatora:(nazwa, adres)

Nr umowy:.....

Sprawozdanie za okres:

- I. Część opisowa, zawierająca szczegółową informację o organizacji wsparcia terapeutycznego oraz o przeprowadzonych działaniach informacyjno-promocyjnych i edukacyjnych.

.....

- II. Zestawienie osób przyjętych do programu.

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
I.	Informacja dotycząca osób przyjętych do programu w poprzednim okresie sprawozdawczym	
1.	Liczba osób przyjętych do programu w poprzednim okresie sprawozdawczym, u których wsparcie terapeutyczne zakończono w bieżącym okresie sprawozdawczym	
2.	Liczba osób, które zrealizowały wszystkie punkty zaplanowanej interwencji specjalistycznej*, w tym:	
2.1.	liczba dzieci, u których stwierdzono obniżenie wskaźnika BMI	
2.2.	liczba dzieci, u których nie nastąpiła zmiana wskaźnika BMI	
2.3.	liczba dzieci, u których nastąpił wzrost wskaźnika BMI	
3.	Liczba osób, które w trakcie realizowanej interwencji zgłosiły rezygnację z dalszego udziału w programie*, w tym:	
3.1.	liczba dzieci, u których przed rezygnacją stwierdzono obniżenie wskaźnika BMI	
3.2.	liczba dzieci, u których przed rezygnacją nie nastąpiła zmiana wskaźnika BMI	
3.3.	liczba dzieci, u których przed rezygnacją nastąpił wzrost wskaźnika BMI	
4.	Liczba rodziców/opiekunów dzieci, którzy uczestniczyli w spotkaniu grupowym drugim, tj. po zakończeniu ścieżki wsparcia specjalistycznego	
II.	Informacja dotycząca osób przyjętych do programu w okresie sprawozdawczym	
1.	Liczba dzieci zgłoszonych do programu w okresie sprawozdawczym	
2.	Liczba dzieci, u których wykonano badania laboratoryjne, w tym:	
2.1.	Liczba dzieci, które po badaniu laboratoryjnym nie zgłosiły się do interwencji specjalistycznej	
2.2.	Liczba dzieci, które ze względu na stan zdrowia wykluczono z programu i przekazano do dalszej diagnostyki i leczenia w ramach świadczeń finansowanych ze środków NFZ	
2.3.	Liczba dzieci, które zakwalifikowano do interwencji specjalistycznej (konsultacje lekarsko-dietetyczno-fizjoterapeutyczno-psychologiczne)	
3.	Liczba rodziców/opiekunów dzieci, którzy uczestniczyli w spotkaniu grupowym pierwszym, tj. po badaniu bilansowym dzieci	
4.	Liczba osób, które zrealizowały wszystkie punkty zaplanowanej interwencji specjalistycznej*, w tym:	
4.1.	liczba dzieci, u których stwierdzono obniżenie wskaźnika BMI	
4.2.	liczba dzieci, u których nie nastąpiła zmiana wskaźnika BMI	
4.3.	liczba dzieci, u których nastąpił wzrost wskaźnika BMI	

5.	Liczba osób, które w trakcie realizowanej interwencji zgłosiły rezygnację z dalszego udziału w programie*, w tym:	
5.1.	liczba dzieci, u których przed rezygnacją stwierdzono obniżenie wskaźnika BMI	
5.2.	liczba dzieci, u których przed rezygnacją nie nastąpiła zmiana wskaźnika BMI	
5.3.	liczba dzieci, u których przed rezygnacją nastąpił wzrost wskaźnika BMI	
6.	Liczba rodziców/opiekunów dzieci, którzy uczestniczyli w spotkaniu grupowym drugim, tj. po zakończeniu ścieżki wsparcia specjalistycznego	
7.	Liczba osób, które w okresie sprawozdawczym nie zrealizowały wszystkich punktów zaplanowanej interwencji specjalistycznej i ich wsparcie będzie kontynuowane w kolejnym okresie sprawozdawczym	

* do pozycji Lp. 2, 3, 4, 5 (dotyczy osób, które w okresie sprawozdawczym zrealizowały wszystkie punkty zaplanowanej interwencji specjalistycznej oraz osób, które w okresie sprawozdawczym zgłosiły rezygnację z dalszego udziału w programie) należy sporządzić szczegółowy wykaz osób zawierający informacje: nr PESEL, data rozpoczęcia wsparcia, wyjściowe BMI, liczba udzielonych konsultacji w podziale na: lekarskie, dietetyczne, fizjoterapeutyczne, psychologiczne, data zakończenia wsparcia, końcowe BMI, liczba poprawnych odpowiedzi w pre- i post-teście wiedzy rodzica/opiekuna i dziecka oraz liczba poprawnych odpowiedzi w pre- i post-teście zachowań rodzica/opiekuna i dziecka. Wykaz należy sporządzić w pliku Excel.

III. Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących.

.....

IV. Uwagi (w tym powody rezygnacji z udziału w programie).

.....

V. Zestawienie poniesionych kosztów realizacji przedmiotu zamówienia w okresie sprawozdawczym.

Lp.	Nr dokumentu	Data wystawienia dokumentu	Kwota dokumentu	Informacja dotycząca działań rozliczonych dokumentem

VI. Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu (dotyczy sprawozdania końcowego)

Lp.	Nazwa wskaźnika	Planowany poziom	Wartość wskaźnika
1.	Odsetek uczniów objętych interwencją specjalistyczną, uczęszczających do klas III szkół podstawowych, u których odnotowano obniżenie wskaźnika BMI.	Co najmniej 30 % (cel główny)	
2.	Odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost poziomu wiedzy na temat skutecznej profilaktyki nadwagi i otyłości.	Okolo 30 % (cel szczegółowy nr 1)	
3.	Odsetek dzieci, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost poziomu wiedzy na temat skutecznej profilaktyki nadwagi i otyłości	Okolo 30 % (cel szczegółowy nr 1)	

4.	Odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost częstości stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze zdrowej diety.	Około 30 % (cel szczegółowy nr 2)	
5.	Odsetek dzieci, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost częstości stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze zdrowej diety.	Około 30 % (cel szczegółowy nr 2)	
6.	Odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost częstości stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze aktywności fizycznej.	około 30 % (cel szczegółowy nr 3)	
7.	Odsetek dzieci, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost częstości stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze aktywności fizycznej.	około 30 % (cel szczegółowy nr 3)	

VII. Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu.

.....

.....

Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....

Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie

Załączniki:

- 1) szczegółowy wykaz osób, które zakończyły udział w programie;
- 2) inne – zgodnie z warunkami umowy.

UZASADNIENIE

Otyłość według WHO jest definiowana jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. U osób dorosłych, u których stwierdzono otyłość, wskaźnik BMI jest równy lub przekracza 30 kg/m².

Nadwaga i otyłość są jednymi z głównych czynników ryzyka rozwoju nowotworów, chorób układu krążenia czy innych chorób przewlekłych oraz wpływają na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne człowieka. Otyła osoba może mieć zaniżoną samoocenę, czuć się odosobniona czy stygmatyzowana przez otoczenie. Aby zapewnić prawidłowy rozwój dzieci, należy zminimalizować ryzyko pojawienia się okoliczności, które mogłyby prowadzić do depresji, lęków czy uzależnień, a także należy wykształcić prawidłowe zachowania dotyczące aktywności fizycznej i nawyki żywieniowe.

Zgodnie z przeprowadzoną analizą testów przesiewowych uczniów klas III szkół podstawowych powiatu tczewskiego w ostatnich dwóch latach zbyt wysoki wskaźnik BMI oszacowano średnio u co czwartego dziesięciolatka, co oznacza, że populacja dzieci w wieku wczesnoszkolnym to grupa potrzebująca szczególnego wsparcia w obszarze redukcji wagi.

Przygotowany program pozwoli wyodrębnić grupę dzieci na wczesnym etapie rozwoju nadwagi i otyłości oraz wdrożyć profilaktykę pierwotną i wtórną polegającą na działaniach zapobiegających przyrostowi masy ciała oraz jej redukcji. Wyłoniona grupa dzieci z nadmierną masą ciała zostanie objęta kompleksowym programem interwencji edukacyjno-leczniczych, które pozwolą nie tylko na okresowe poprawienie wyników zdrowotnych, ale uświadomienie problemu i zachęcenie do zmiany zachowań, zarówno przez uczestników programu, jak i jego bezpośrednich odbiorców – w tym przede wszystkim rodziców dzieci z nadmierną masą ciała.

Program został skonsultowany z gminami powiatu tczewskiego oraz uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (opinia Nr 21/2024 z dnia 27 marca 2024 r.), pod warunkiem uwzględnienia uwag, w tym dotyczących wskazania uzasadnienia wartości docelowych określonych w celu głównym oraz w celach szczegółowych, wskazania liczby godzin planowanych działań edukacyjnych dla dzieci, ograniczenia badań laboratoryjnych oraz doprecyzowania kosztów jednostkowych dla poszczególnych konsultacji specjalistycznych.

Uwagi wskazane w opinii Prezesa AOTMiT Nr 21/2024 z dnia 27 marca 2024 r. zostały uwzględnione w pełnym zakresie.

W związku z powyższym podjęcie uchwały jest uzasadnione.