

Program polityki zdrowotnej

pn. Od-Waga - Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży

Okres realizacji - 2025 rok

Autor:

Gmina Miasta Radomia

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej, ul. Żeromskiego 53, 26-600 Radom

tel.: 48 36 20 942

przy współpracy:

lek. med. Monika Bator-Gregorczyk specjalista ginekolog-położnik, androlog kliniczny, endokrynolog w trakcie specjalizacji, członek Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, członek Polskiego Towarzystwa Andrologicznego i Endokrynologicznego

Podstawa prawna:

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

Radom 2025

Spis treści:

- I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej**
 - I.1 Opis problemu zdrowotnego
 - I.2 Dane epidemiologiczne
 - I.3 Opis obecnego postępowania
- II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**
 - II.1 Cel główny
 - II.2 Cele szczegółowe
 - II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej
- III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej**
 - III.1 Populacja docelowa
 - III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej
 - III.3 Planowane interwencje
 - III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej
 - III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej
- IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**
 - IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów
 - IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych
- V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**
 - V.1 Monitorowanie
 - V.2 Ewaluacja

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1 Koszty jednostkowe

VI.2 Koszty całkowite

VI.3 Źródła finansowania

VII. Bibliografia

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

W 1974 roku eksperci Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zakwalifikowali otyłość do chorób cywilizacyjnych i zasugerowali, że stanie się ona jedną z najważniejszych chorób żywieniowych naszych czasów. Liczba otyłych dzieci (powyżej 5 roku życia) i młodzieży wzrosła od 1975r. z 11 milionów do 124 milionów w 2016r. Dodatkowe 213 milionów miało nadwagę. Problem nadmiernej masy ciała występuje już u małych dzieci. Na podstawie dostępnych badań można określić, że w Polsce problem nadwagi i otyłości dotyczy około 10% małych dzieci (1-3 lata), 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym i niemal 22% młodzieży do 15 roku życia.

Epidemia XXI wieku

W dzisiejszych czasach nadmierna masa ciała, czyli nadwaga i otyłość jest problemem globalnym występującym w różnych populacjach na świecie, zarówno u dorosłych jak i u dzieci i młodzieży. Nadmierna masa ciała, a szczególnie otyłość sprzyja rozwojowi wielu chorób m.in. cukrzycy typu 2, chorobom układu sercowo-naczyniowego, niektórym typom nowotworów. Otyłość zwiększa także ryzyko wystąpienia zaburzeń hormonalnych i metabolicznych, zmianom zwyrodnieniowym układu kostno-stawowego czy bezdechowi sennemu. Poza negatywnym wpływem na zdrowie fizyczne wpływa również na jakość życia na płaszczyźnie psychospołecznej.

Niepokojące jest to, że dzieci i młodzież z otyłością z dużym prawdopodobieństwem pozostaną otyłe także po osiągnięciu dorosłości i będą miały zwiększone ryzyko zachorowania na choroby prowadzące do obniżenia jakości i długości ich życia.

Nadwaga i otyłość to problem dużej wagi. Przedstawione dane wskazują, że nadal istnieje ogromna potrzeba poszukiwania i realizacji skutecznych na globalną skalę działań, które pozwolą wyhamować niekorzystne trendy związane z problemem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży.

Otyłość stanowi poważny problem zdrowia publicznego w wielu krajach. W Polsce ponad

połowa ludności dorosłej ma nadmierną masę ciała, a odsetek otyłych wynosi około 20%. Wśród dzieci i młodzieży nadwaga lub otyłość występują u 15-20%.

Otyłość to nie defekt estetyczny, a wymagająca leczenia, najpowszechniejsza obecnie na świecie choroba cywilizacyjna, mogąca powodować wiele powikłań zdrowotnych. Osoby z nadmiarem tkanki tłuszczowej są narażone nie tylko na zaburzenia metaboliczne, ale także na cukrzycę, nadciśnienie, udar, chorobę wieńcową, schorzenia kardiologiczne, zaburzenia oddychania czy zwyrodnienie stawów.

Raport Światowej Federacji ds. Otyłości wydany w marcu 2021r. wskazuje także na związek między otyłością a problemami natury psychologicznej, ryzykiem zachorowania na nowotwory, a nawet Covid-19. Skala zjawiska systematycznie rośnie, co szczególnie niepokoi w przypadku dzieci i młodzieży.

Według danych Instytutu Żywności i Żywienia z 2018r. polskie dzieci są zaliczane do najszybciej tyjących w Europie. W latach 70-tych ubiegłego wieku nadmierną masę ciała notowano w Polsce u mniej niż 10% uczniów, podczas gdy w ostatnich latach u ponad 22%. Z kolei z raportów opracowanych na zlecenie Ministra Zdrowia wynika, że w 2018r. nadwagę miało nawet 30,5% dzieci w wieku szkolnym.

Nadmierna masa ciała wśród dzieci i młodzieży w Polsce stanowi narastający problem zdrowotny. Według danych Narodowego Centrum Edukacji Żywnościowej, nadwaga i otyłość dotyczą około 10% małych dzieci (1-3 lata), 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym oraz niemal 22% młodzieży do 15 roku życia.

W badaniu HBSC z 2018 roku stwierdzono, że nadmierna masa ciała występuje u 29,7% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku 11-15 lat, przy czym najwyższe wskaźniki odnotowano w województwach mazowieckim i łódzkim, a najniższe w śląskim i świętokrzyskim.

Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia, nadwaga i otyłość dotyczą 32% polskich dzieci w wieku 7-9 lat, co plasuje Polskę na 8 miejscu wśród badanych krajów europejskich.

Warto podkreślić, że część czynników metabolicznych mających istotny wpływ na stan zdrowia, np. wysokie ciśnienie krwi, wysoki BMI czy wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo, jest związana z czynnikami behawioralnymi, np. dietą. Tym samym dosyć istotnym problemem są ryzyka żywieniowe, które, według metodyki GBD, są trzecim

najbardziej (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia - 89 Poz. 69) wpływającym czynnikiem na zgony oraz czwartym najbardziej wpływającym na DALY (mającym niewiele mniejszy wpływ na DALY niż wysoki BMI, znajdujący się na trzecim miejscu, który również jest powiązany z dietą).

Nieprawidłowe odżywianie może być przyczyną wielu problemów zdrowotnych. Do najczęstszych błędów zalicza się: nieregularne spożywanie posiłków, zbyt niskie spożycie warzyw i owoców, kasz, ryb, mleka i jego przetworów oraz zbyt wysoka konsumpcja mięsa, soli, cukru i słodczy, napojów słodzonych, alkoholu.

W związku z aktualizacją zaleceń zdrowego żywienia w 2016r. w postaci Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej wskazuje się przede wszystkim na potrzebę ograniczania cukrów prostych oraz unikania nadmiaru soli i tłuszczów zwierzęcych w codziennej diecie. Nadmierne spożycie tych składników ma negatywne konsekwencje dla zdrowia i powoduje zwiększone ryzyko występowania chorób dietozależnych, w tym chorób układu krążenia i otyłości. Należy pamiętać, że nieprawidłowe żywienie jest czynnikiem modyfikowalnym, który wymaga od społeczeństwa zmiany podejścia do sposobu odżywiania.

Kiedy zaczyna się otyłość?

Prawidłową masę ciała dzieci do ukończenia osiemnastego roku życia określają tabele lub siatki centylowe - odpowiednie dla wieku i płci dziecka.

Centyle - interpretacja wyników:

< 5 centyli	niedowaga
5-25 centyli	szczupłość
25-85 centyli	norma
85-95 centyli	nadwaga

> 95 centyli	otyłość
--------------	---------

Ocena nadwagi i otyłości u dzieci różni się od oceny u dorosłych, ponieważ musi uwzględniać wiek i płeć dziecka - dzieci rozwijają się dynamicznie i nie można opierać się wyłącznie na wartościach bezwzględnych BMI.

BMI - wskaźnik masy ciała

1. W ramach projektów badawczych OLAF oraz OLA opracowano normy w postaci siatek centylowych (centyle: 3-5-10-15-25-50-75-85-90-95-97) dla płci i wieku dzieci i młodzieży w wieku 3-18 lat, reprezentatywnych dla populacji polskiej (siatki centylowe wysokości ciała, masy ciała, wskaźnika masy ciała [BMI]).
2. Wartości populacyjnego, krajowego rozkładu nadwagi i otyłości w wieku rozwojowym BMI SDS +1SD i +2SD (czyli ok. 85-ego i 97-ego centyla). W przypadku chłopców wartości te w całości pokrywają się z granicami nadwagi i otyłości u dorosłych, zaś u dziewcząt wartości te są mniejsze o ok. 1 jednostkę BMI.

BMI dla wieku	Kryteria oceny BMI
<3c	Znaczny niedobór masy ciała
<10-3c	Niedobór masy ciała
<25-10c	Szczupłość
25-75c	Norma
<75-90c	Tendencja do nadwagi
<90-97c	Nadwaga
>97c	Otyłość

Otyłość została uznana za chorobę i wpisano ją na listę Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (w klasyfikacji ICD10). Według Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, w Polsce

nadwaga lub otyłość występują u: 12,2% chłopców i 10% dziewcząt w wieku przedszkolnym oraz u 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku szkolnym.

Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazał, że nadwagę i otyłość odnotowano u 32% polskich dzieci w wieku 7-9 lat. Jest to 8 miejsce wśród badanych krajów w Europie.

Przekonanie, że dzieci same „wyrosną” z nadwagi lub otyłości prowadzi do nasilenia choroby. 80% otyłych nastolatków będzie borykało się z tym problemem w dorosłym życiu.

Nadmiernemu wzrostowi wagi u dzieci sprzyjają:

- nieregularne posiłki – zwiększają tendencję do podjadania
- siedzący tryb życia, niewielka aktywność fizyczna
- duże spożycie cukrów prostych (słodyczne, słodzone napoje)
- jedzenie wysoko przetworzonej żywności (fast food, gotowe dania)

Otyłość przyczynia się do rozwoju innych chorób i może mieć wpływ na skrócenie życia. Ma również znaczenie dla psychicznego zdrowia. Niektóre dzieci z nadmierną masą ciała są bardziej samokrytyczne i mają niską samoocenę. Częściej spotykają się z brakiem akceptacji ze strony rówieśników.

Otyłość w dzieciństwie może prowadzić i sprzyjać rozwojowi :

- nadciśnienia tętniczego
- cukrzycy typu 2
- chorób sercowo-naczyniowych
- problemów natury psychologicznej
- insulinooporności
- zaburzeń układu kostno-stawowego
- dyslipidemii
- metabolicznej stłuszczeniowej choroby wątroby” (MAFLD – Metabolic dysfunction-Associated Fatty Liver Disease).
- astmy oskrzelowej
- kamicy pęcherzyka żółciowego
- zaburzeń hormonalnych.

Nadwaga lub otyłość mają swoje konsekwencje zdrowotne, ale także społeczne. Zaburzenia metaboliczne utrudniają, a niekiedy wręcz uniemożliwiają zarówno edukację, jak i funkcjonowanie na rynku pracy. Mogą powodować absencję, niższą wydajność, a w przyszłości także wzrost liczby rent wypłacanych z powodu niepełnosprawności.

Kluczową rolę w skutecznym zapobieganiu nadwadze i otyłości odgrywa profilaktyka polegająca na propagowaniu zdrowego stylu życia, na który składa się aktywność fizyczna i prawidłowe nawyki żywieniowe. Edukowane w tym zakresie dzieci w przyszłości będą miały mniej problemów zdrowotnych, co z kolei pozwoli ograniczyć koszty leczenia ich następstw. Kluczowe w procesie prewencji, a także leczenia otyłości jest bowiem zachowanie pacjenta, ponieważ sama zmiana stylu życia, w tym nawyków żywieniowych oraz zwiększenie aktywności fizycznej w dużym stopniu zahamowują rozwój zaburzeń metabolicznych. Ogranicza to czas leczenia oraz wystąpienie powikłań wynikających z otyłości i jest najtańszym sposobem przeciwdziałania tej chorobie. Tymczasem działania profilaktyczno- edukacyjne w tym zakresie są zaniedbywane na rzecz tzw. medycyny naprawczej - działań podejmowanych w chwili zgłoszenia się pacjenta z poważnym problemem zdrowotnym.

1.2. Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość, dzieci i młodzieży, osiągają obecnie rozmiary ogólnoświatowej epidemii. Problem ten nie dotyczy wyłącznie krajów wysoko rozwiniętych, ale także państw rozwijających się, przekraczając granice ekonomiczne i społeczne. Szczególnie niepokojące jest narastające zjawisko nadmiernej masy ciała wśród dzieci i młodzieży na całym świecie, niezależnie od szerokości geograficznej.

Nadwaga i otyłość na świecie

Częstotliwość występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w ostatnich czterech dekadach wzrosła w wielu krajach w Europie i na świecie. Nadal wzrasta także w krajach o niskim i średnim dochodzie. Najwyższy odsetek dzieci i młodzieży z nadmierną masą ciała występuje w Stanach Zjednoczonych oraz krajach Europy południowej i zachodniej. Wzrost liczby dzieci z nadmierną masą ciała obserwowany jest w krajach rozwijających się, w których w ostatnich latach doszło do przemian ekonomicznych takich jak Brazylia, Meksyk, Egipt.

Wskaźniki otyłości wśród dzieci wydają się być wyrównane w krajach o wysokim dochodzie, ale nadal utrzymują się na wysokich poziomach. Obszary świata, w których odnotowano największy wzrost liczby otyłych dzieci i nastolatków to Azja Wschodnia, Bliski Wschód i Afryka Północna. Szczególnie w Azji wzrost wskaźnika otyłości wśród dzieci ostatnio przyspieszył.

Sytuacja w Polsce

Zgodnie z wynikami badania PITNUTS (2016r.) ok. 10% dzieci w wieku 1-3 lat ma nadwagę/otyłość, a dodatkowe 18,4% jest zagrożone nadmierną masą ciała. Problem nadwagi i otyłości dotyczy też niemal co trzeciego 8-latka (badanie COSI, 2016). U starszych dzieci i młodzieży nie jest znacząco lepiej. Według danych uzyskanych z ogólnopolskiego badania przeprowadzonego przez Instytut Żywności i Żywienia wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów (10-16 lat) problem nadmiernej masy ciała dotyczył co piątego ucznia, przy czym częściej występował u chłopców niż u dziewcząt. Stwierdzono też, że wraz z wiekiem problem ten nieco malał chociaż nadal utrzymywał się na poziomie ok. 22% u gimnazjalistów i ok. 16% u gimnazjalistek. Najbardziej, na występowanie nadwagi i otyłości, narażeni byli uczniowie z województwa mazowieckiego i łódzkiego, najmniej - z województwa śląskiego i świętokrzyskiego.

Wstępne wyniki badania zachowań zdrowotnych młodzieży w wieku 11-15 lat (międzynarodowe badanie HBSC, w którym od wielu lat uczestniczy również Polska) wskazują, że nadmierna masa ciała występuje u 29,7% chłopców i 14,3% dziewcząt (wg kryteriów WHO, 2007). Odsetki te są wyższe o kilka procent w porównaniu do wyników edycji tego badania z 2014r. W latach 2014-2018 odsetek młodzieży z nadmierną masą ciała wzrósł z 19,9% do 21,7%, przy czym silniejsze pogorszenie zaobserwowano u chłopców w porównaniu do dziewcząt, a biorąc pod uwagę wiek - u 13-latków obojga płci.

Polska, podobnie jak wiele innych krajów, zмага się z problemem rosnącej liczby osób otyłych. Badania populacyjne przeprowadzone w roku szkolnym 2020/2021 wykazały, że wśród dzieci i młodzieży w wieku 6 - 17 lat: 8,7% miało nadwagę, 3,4% cierpiało na otyłość. Co więcej, problem nadmiernej masy ciała częściej dotyczy dziewcząt, niż chłopców, a także dzieci z miast niż tych mieszkających na wsiach. W Polsce najwyższe wskaźniki otyłości notuje się w województwach zachodnich i centralnych.

Badania z lat 2018/2019 wskazują, że w porównaniu do wyników sprzed dekady masa ciała uczniów we wszystkich grupach wiekowych i płciowych wzrosła. Nadwaga i otyłość dotyczyły 10,5% chłopców i 10,4% dziewcząt, co wpisuje Polskę w globalny trend wzrastającej liczby dzieci z nadmierną masą ciała.

Według WHO w 2022r. na świecie 890 mln dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 r.ż. miało nadmierną masę ciała, z czego 160 mln dotkniętych było otyłością. W dokumencie wskazuje się, że w Polsce w latach 2018 - 2020 około 32,3% dzieci w wieku 7 - 9 lat miało wagę powyżej normy, z czego 13,6% było otyłych. Biorąc pod uwagę płeć dziecka, nadmierną masę ciała miało 28,6% dziewcząt i 35,9% chłopców.

Dane NCD-RisC za 2022r. dotyczące Polski wskazują, że w populacji dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 lat, ogółem nadwaga występowała u 15,87% (chłopcy 16,05%, dziewczynki 15,67%) a otyłość u 7,11% (chłopcy 8,68%, dziewczynki 5,55%). Nadwagę raportowano najczęściej u chłopców między 9 a 13 r.ż. odsetki powyżej 18 % (maksymalny 19,78% w grupie 11 latków), a w grupie dziewcząt między 8 a 12 r.ż. odsetki powyżej 18% (maksymalny 19,77% u 10 latków). Dla otyłości od 5 r.ż. do 9 r.ż. obserwowany jest wzrost odsetka otyłych w przypadku chłopców odpowiednio od 8,46% do 13,8%, a dziewczynek od 5,51% do 8,44%. W kolejnych grupach wiekowych odsetek otyłych spada, aż do osiągnięcia wartości 3,75% wśród chłopców w wieku 19 lat i 2,94% w grupie 17 letnich dziewcząt. Od 17 r.ż. u dziewcząt odnotowywany jest lekki wzrost odsetka otyłych do 3,38% dla wieku 19 lat.

Z danych GUS za 2019 r. wynika, że w grupie wiekowej 15-19 lat nadwaga wystąpiła u 13,3% (wzrost o 4,3 p.p. w odniesieniu do 2009r.), natomiast otyłość u 3,1% (w 2009r. wynosiła 1,6%). W raporcie NFZ (maj 2024 r.) podano, że w 2023 r. refundacja leczenia chorób będących wynikiem otyłości wyniosła co najmniej 3,8 mld. zł.

Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ) nie zawierają szczegółowych informacji na temat występowania otyłości czy ryzyka z nią związanego w grupie dzieci i młodzieży. Ujęto w nich jedynie wpływ ryzyka odżywiania na DALY (lata życia skorygowane niesprawnością, ang. disability-adjusted life years) w poszczególnych województwach w 2019r. MPZ jako rekomendowane kierunki działań czy Rekomendacja nr 44/2025 Prezesa AOTMiT z 12 czerwca 2025 r. wskazuje m.in. podjęcie skutecznych

działań z zakresu promowania prawidłowego sposobu odżywiania w zapobieganiu nadwadze i otyłości w szczególności wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży.

W powiecie radomskim, w badaniach przeprowadzonych wśród uczniów gminy Pionki powiat radomski według statystyk, około 8% dzieci i młodzieży cierpiał z powodu nadwagi i otyłości.

Raport Światowej Federacji ds. Otyłości wydany w marcu 2021 r. wskazuje także na związek między otyłością, a problemami natury psychologicznej, ryzykiem zachorowania na nowotwory, a nawet Covid-19.

Skala zjawiska systematycznie rośnie, co szczególnie niepokoi w przypadku dzieci i młodzieży. Według danych Instytutu Żywienia i Żywności z 2018r. polskie dzieci są zaliczane do najszybciej tyjących w Europie.

1.3. Opis obecnego postępowania

Na podstawie raportu Najwyższej Izby Kontroli z 16.12.2021r. o dostępności profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i innych chorób cywilizacyjnych, na wizytę u specjalisty trzeba było czekać nawet ponad rok. Choć w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016 - 2020 otyłość uznano za chorobę cywilizacyjną, a jej leczenie za jeden z priorytetów.

Od stycznia 2018 r. do końca marca 2020r., lekarze diagnozowali i leczyli zaburzenia metaboliczne wynikające z chorób cywilizacyjnych, ale efekty tych działań nie zawsze były zadowalające. Według ustaleń NIK, w kontrolowanych placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) do redukcji masy ciała doszło jedynie w przypadku kilkunastu procent pacjentów do 18 roku życia, u których zdiagnozowano problem (w POZ - 15%, w AOS - 13%). Zdaniem kontrolerów Izby, przyczyną tak małej skuteczności leczenia były błędy diagnostyczne i przestarzałe metody terapii, ale przede wszystkim brak dostępu do leczenia wynikający głównie z braku specjalistów.

Zbyt mało uwagi poświęcono także profilaktyce. Jak wynika z ustaleń NIK, w badanym okresie ponad połowa kontrolowanych placówek POZ na zapobieganie otyłości i nadwadze nie wydała nawet złotówki, a profilaktyka polegała głównie na udzielaniu

ustnych pouczeń i przekazywaniu materiałów promocyjnych przygotowanych przez firmy farmaceutyczne. Z kolei obowiązkowymi badaniami bilansowymi, będącymi głównym źródłem informacji o stanie zdrowia, umożliwiającymi także wczesne wykrywanie nadwagi albo otyłości, objęto w 2018r. i 2019r. tylko nieco ponad 60% dzieci i młodzieży, podczas gdy jeszcze w 2013r. nawet 90%.

Zdaniem Izby, w badanym okresie system opieki zdrowotnej nie zapewniał kompleksowej opieki pacjentom do 18 roku życia, w tym z nadmierną masą ciała. Brakowało skoordynowanych działań i całościowego podejścia do problemu, począwszy od działań profilaktyczno - edukacyjnych, przez skuteczną diagnostykę po szybki dostęp do efektywnego leczenia.

NIK objęła kontrolą Ministerstwo Zdrowia, 24 placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz 8 placówek Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w dziewięciu województwach: Kujawsko - Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Pomorskim, Śląskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim.

Trudno jednak określić rzeczywistą skalę problemu. Kontrola NIK pokazała, że dane, które przekazywały badane placówki POZ do Ministerstwa Zdrowia były niezgodne ze stanem faktycznym i nierzetelne. Kontrolerzy NIK przeanalizowali dokumenty medyczne 644 pacjentów w wieku od 2 do 18 lat będących pod opieką badanych placówek. Na podstawie dostępnych danych wyliczyli wskaźniki BMI (ang. body mass index) dla każdej z tych osób, w zależności od płci i wieku.

Nadwagę lub otyłość stwierdzono u 140 pacjentów, czyli u 22%, z tego 91 miało nadwagę (65%), a 49 (35%) cierpiało na otyłość. W przypadku nadwagi problem dotyczył w niemal takim samym stopniu dziewczynek (46), jak i chłopców (45), na otyłość częściej chorowali chłopcy (28) niż dziewczynki (21). I nadwagę i otyłość najczęściej diagnozowano w grupie wiekowej 10 - 14 lat, najrzadziej wśród najmłodszych dzieci w wieku od 2 do 4 lat.

Spośród 140 pacjentów z nadmierną masą ciała, u 94 lekarze POZ zdiagnozowali ten problem i wdrożyli leczenie lub skierowali do poradni specjalistycznych. W pozostałych 46 przypadkach, mimo że wartość BMI na to wskazywała, nie stwierdzili ani nadwagi, ani otyłości, a dwie osoby uznali za zdrowe. W związku z tym nie podjęli żadnych działań lub informacje na ten temat nie znalazły się w dokumentacji pacjentów. Swoje nieprawidłowe

diagnozy lekarze wyjaśniali nadmiarem pracy lub uwarunkowaniami genetycznymi i rodzinnymi badanych dzieci.

Tymczasem jak wykazała NIK, zakres i skala prowadzonych działań profilaktycznych w badanym okresie nie pozwalały skutecznie zapobiegać i eliminować zaburzeń metabolicznych wynikających z otyłości i innych chorób cywilizacyjnych. Ministerstwo zdrowia współpracowało z resortem edukacji i z samorządami w tym zakresie, a w 2017r. utworzyło Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej oraz Centrum Dietetyczne Online, które do 31 marca 2020 r. udzieliło 10 tys. bezpłatnych konsultacji.

Z kolei kontrola wydatków na działania profilaktyczne pokazała nie tylko, że były one niewielkie, ale także ich nieadekwatność do potrzeb. Ponad połowa kontrolowanych placówek POZ (54%) nie finansowała żadnych działań profilaktycznych.

W sumie w kontrolowanych placówkach wydatki na profilaktykę wyniosły w okresie objętym kontrolą nieco ponad 1 mln zł, a to 0,23% kwoty stawek kapitacyjnych.

Kontrola NIK pokazała jednak, że w badanym okresie spadała liczba testów przesiewowych wykonywanych w ramach bilansów zdrowia uczniów mających na celu wykrywanie najczęstszych zaburzeń rozwoju i stanu zdrowia, w określonych grupach wiekowych. Ze sprawozdań MZ-06 (z realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach) wynika, że przez trzy kolejne lata szkolne, począwszy od roku 2014/2015 liczba wykonywanych testów przesiewowych rosła i w roku 2017/2018 objęła 99,2% uczniów, w kolejnym roku 98,9% uczniów, a w roku szkolnym 2019/2020 już tylko 84,1%.

W badanym okresie spadała także liczba wykonanych bilansów zdrowia w grupie wiekowej od 2 do 19 lat. Według danych w sprawozdaniach MZ-11, w 2018r. wykonano je w przypadku 63,6% uczniów podlegających temu badaniu, a w 2019 r. 61,7%. Kontrola NIK w 24 placówkach POZ pokazała jeszcze bardziej niepokojące dane - w latach 2018 - 2019 bilanse zdrowia wykonano tam nieco ponad połowie uczniów, którzy powinni być nimi objęci.

Bilans zdrowia jest podstawowym narzędziem informacji i systematycznej oceny stanu zdrowia dzieci i młodzieży, który umożliwia m.in. wczesne wykrywanie i leczenie nadwagi czy otyłości. Zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia są to gwarantowane świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, a to znaczy, że należą się każdemu dziecku i są bezpłatne. Zdaniem NIK, minister zdrowia powinien podjąć działania, których

efektem będzie skuteczne mobilizowanie rodziców do zapewnienia dzieciom takich badań.

Brak odpowiedniej liczby placówek i specjalistów mogących udzielać świadczeń, niedoszacowanie kontraktów przez NFZ przy szybkim wzroście liczby osób z nadwagą i otyłością powodowały, że w I kwartale 2020r. na wizytę w poradni endokrynologii dziecięcej trzeba było czekać nawet ponad rok. Taka sytuacja miała miejsce w województwie małopolskim, gdzie w tak zwanych przypadkach stabilnych średni czas oczekiwania wynosił 374 dni. W przypadkach pilnych najdłużej na wizytę czekali pacjenci w województwie wielkopolskim – prawie pięć miesięcy. Najwięcej osób ustawiało się w kolejkach do specjalistów w Mazowieckiem.

Sytuacja jeszcze się pogorszyła w drugim półroczu 2020r., jednak zdaniem kontrolerów NIK mogło to wynikać z ograniczenia dostępności porad specjalistycznych spowodowanych pandemią Covid-19.

Jedną z przyczyn długiego oczekiwania na pomoc był brak specjalistów - medycyny rodzinnej, endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz pediatrii metabolicznej. Zdaniem krajowych konsultantów w tym czasie, tj. w 2019r. lekarzy rodzinnych powinno być o 60% więcej, a pediatrów metabolicznych nawet o 300%.

Zdaniem kierowników kontrolowanych POZ w proces leczenia nadwagi i otyłości powinien być włączony również dietetyk, a w niektórych przypadkach także psycholog. Leczenie otyłości bez fachowego doradztwa zmieniającego dotychczasowy tryb życia, w tym diety, w większości przypadków nie przyniesie spodziewanych efektów. Do tej pory jednak ustawowo nie zostały uregulowane zasady dostępu do zawodu dietetyka, mimo postulatów tego środowiska. Stwarza to zagrożenie, że zawód ten mogą wykonywać osoby bez odpowiednich kwalifikacji. W 2018r. 77%, a w 2019r. 73% lekarzy POZ nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu z zakresu zaburzeń metabolicznych, mimo że to właśnie na nich ciąży postawienie diagnozy uprawniającej do leczenia. Tylko siedmiu (5%) posiadało certyfikat leczenia otyłości.

W Narodowym Programie Zdrowia zakładano, że rodziny z problemem otyłości będzie wspierać Ministerstwo Zdrowia we współpracy z NFZ. Miały powstawać zespoły terapeutyczne zapewniające profesjonalną pomoc dietetyczną, psychologiczną i medyczną dla rodzin, w których co najmniej dwie osoby cierpią na otyłość. Z kolei kobiety

w ciąży i rodzice dzieci w wieku do 5 lat mieli mieć dostęp do porad żywieniowo-dietetycznych.

W opinii 23 z 24 kierowników kontrolowanych jednostek POZ, z uwagi na długotrwały i kosztowny proces leczenia otyłości wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych porady dietetycznej przyczyniło się do skuteczniejszego leczenia choroby. Wszyscy kierownicy skontrolowanych świadczeniodawców AOS wskazywali potrzebę refundacji porad dietetycznych. Pięć takich placówek zapewniło porady dietetyczne w ramach działalności swoich poradni endokrynologicznych i diabetologicznych.

Od 2022 roku istnieje opieka koordynowana tylko w POZ, które zawarły umowę na opiekę koordynowaną. Dla pacjentów z otyłością dostępne są:

- porady dietetyczne – mogą być realizowane w ramach POZ,
- konsultacje specjalistyczne (bez skierowania do AOS): kardiolog, endokrynolog, diabetolog,
- indywidualny plan opieki medycznej (IPOM) – obejmuje cele terapeutyczne, zalecenia i monitoring,
- koordynator opieki – wspiera pacjenta w realizacji zaleceń i umawia wizyty.

W ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS), ze skierowaniem od lekarza POZ, pacjent może skorzystać z konsultacji:

- endokrynologicznej – w przypadku zaburzeń hormonalnych,
- diabetologicznej – przy współistniejącej insulinooporności, cukrzycy,
- kardiologicznej – przy chorobach sercowo-naczyniowych,
- psychiatrycznej lub psychologicznej – w przypadku zaburzeń odżywiania lub trudności emocjonalnych.

NFZ nie finansuje bezpośrednio kompleksowego leczenia otyłości w ramach AOS jako odrębnego świadczenia.

Brak wiarygodnych informacji o liczbie dzieci i młodzieży z otyłością powodował zafałszowanie sprawozdawczości, a w konsekwencji także statystycznych danych, którymi dysponowało Ministerstwo Zdrowia.

Dwa lata temu NFZ szacował, że w 2025r. otyłych będzie 26% dorosłych Polek i 30%

dorosłych Polaków.

Uzasadnienie Potrzeby Wdrożenia Programu

Nadwaga i otyłość są najczęściej występującymi zaburzeniami rozwojowymi u dzieci i młodzieży.

Główne przyczyny to:

- brak aktywności fizycznej - dzieci coraz mniej czasu spędzają na świeżym powietrzu i rezygnują z ruchu na rzecz urządzeń elektronicznych,
- niewłaściwe nawyki żywieniowe - wysokokaloryczna dieta bogata w cukry i tłuszcze, niska zawartość warzyw i owoców,
- brak edukacji żywieniowej - niedostateczny system poradnictwa dietetycznego w opiece zdrowotnej.

Otyłość w dzieciństwie prowadzi do poważnych powikłań zdrowotnych, w tym: cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, chorób sercowo - naczyniowych, problemów ortopedycznych i metabolicznych.

Szkoły podstawowe w powiecie radomskim wykazują, że nadwaga i otyłość dotyczą około 22% chłopców i 18% dziewczynek. Aby powstrzymać ten trend, konieczna jest profilaktyka i edukacja na szeroką skalę.

Program polityki zdrowotnej ma na celu wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości oraz wdrożenie działań zapobiegających ich skutkom zdrowotnym poprzez:

- **Diagnostykę zdrowotną** - pomiary masy ciała, BMI, ocena poziomu aktywności fizycznej.
- **Edukację żywieniową** - warsztaty dla dzieci dotyczące zdrowego odżywiania.
- **Zwiększenie aktywności fizycznej**
- **Indywidualne doradztwo dietetyczne** - konsultacje z dietetykiem, psychologiem.
- **Współpracę ze specjalistami** - wsparcie lekarzy, psychologów, specjalistów ds. aktywności fizycznej i edukatorów zdrowotnych.
- **Podniesienie świadomości społecznej** - poprzez warsztaty edukacyjne w szkołach.

Program zakłada stały monitoring zmian w stylu życia uczniów i ich rodzin oraz analizę postępów w zakresie zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej.

Wymierne efekty realizacji programu obejmą :

- Zwiększenie wiedzy dotyczącej zdrowia dzieci i młodzieży.
- Poprawę nawyków żywieniowych wśród uczniów i ich rodzin.
- Zwiększoną aktywność fizyczną dzieci i młodzieży.

- Umożliwi zmniejszenie ryzyka powikłań zdrowotnych związanych z nadwagą i otyłością

Dzięki kompleksowym działaniom program przyczyni się do ograniczenia otyłości w Radomiu oraz poprawy zdrowia dzieci i młodzieży! Wczesna interwencja może przynieść najlepsze rezultaty. Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym zwiększają ryzyko otyłości w dorosłym życiu oraz prowadzą do wielu chorób metabolicznych. Wczesne działania edukacyjne i profilaktyczne mogą skutecznie zapobiec powikłaniom zdrowotnym. Wskaźniki nadwagi i otyłości wśród dzieci w Polsce stale rosną. Wprowadzenie programu edukacyjno - zdrowotnego w szkołach daje szansę na objęcie wsparciem dużej liczby uczniów zagrożonych problemem otyłości. Wsparcie psychologiczne i edukacyjne oraz zmiana nawyków wymaga nie tylko edukacji zdrowotnej, ale także wsparcia w zakresie motywacji, radzenia sobie ze stresem i kształtowania zdrowych relacji z jedzeniem. Edukacja skierowana nie tylko do dzieci, ale i do ich rodziców/opiekunów zwiększa szansę na długoterminową poprawę nawyków zdrowotnych w domach uczestników. Dostępne badania naukowe wskazują na korzyść z uczestnictwa w programach profilaktycznych skierowanych do osób w wieku poniżej 18 lat w postaci istotnie statystycznego obniżenia wskaźnika BMI i niższego występowania nadwagi i otyłości w porównaniu z grupami kontrolnymi.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Celem głównym programu jest zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród około 55 % dzieci i młodzieży uczestniczących w programie, przez zapobieganie i wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości wśród dzieci klas IV-VIII szkół podstawowych zamieszkałych na terenie Radomia, oraz młodzieży szkół ponadpodstawowych klas I - V poprzez zmniejszenie częstości występowania nadmiaru masy ciała w okresie trwania programu, poprzez regularne badania antropometryczne. A także objęcie kompleksową interwencją edukacyjno - zdrowotną w postaci zmiany nawyków żywieniowych dzieci, młodzieży i ich rodziców oraz poszerzanie wiedzy i świadomości zdrowotnej na temat zasad prawidłowego żywienia .

Cel operacyjny: Profilaktyka nadwagi otyłości:

- prowadzenie edukacji żywieniowej,
- kształtowanie postaw prozdrowotnych,
- promocja aktywności fizycznej,
- prelekcje w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej na rzecz walki z nadwagą i otyłością.

II.2 Cele szczegółowe programu

II.2.1 Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy wśród dzieci i młodzieży w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości poprzez zastosowanie pre- i post-testów, wśród 60% uczestników działań edukacyjnych.

II.2.2 Poprawa w zakresie nawyków żywieniowych wśród 60% uczestników programu.

II.2.3 Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej u 40% uczestników programu.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Mierniki dla celu głównego

Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się co najmniej 90 centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się poniżej 90 centyla (dla płci i wieku).

Wszystkie pomiary antropometryczne wykonywane są w programie dwukrotnie. Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jak niespełnienie żadnego z warunków

Mierniki dla celi szczegółowych

II.3.1. Zwiększenie wiedzy u 60% uczestników działań edukacyjnych, u których w post-tescie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-tescie w stosunku do wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych).

Wysoki poziom wiedzy - ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.

Wyniki testów wiedzy przed i po realizacji programu (porównanie poziomu wiedzy uczestników).

Załącznik Nr 6 (klasy 4-8 SP) i załącznik Nr 7 (klasy 1-5 SPP)

II.3.2 Poprawa w zakresie nawyków żywieniowych wśród 55% uczestników interwencji multikomponentowej, w porównaniu do wyników uzyskanych na pierwszej wizycie (na podstawie kwestionariusza nawyków żywieniowych QEB).

Kwestionariusze wypełniane są w programie dwukrotnie (na pierwszym i na ostatnim spotkaniu komponentu dietetycznego). Brak pomiaru końcowego (np. przez wcześniejsze zakończenie udziału w programie) należy interpretować jako niespełnienie żadnego z kryteriów/brak poprawy wyniku początkowego.

Załącznik Nr 5- kwestionariusz QEB

II.3.3 Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej u 30% uczestników interwencji multikomponentowej na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej IPAQ.

Kwestionariusze wypełniane są w programie dwukrotnie (na pierwszym i na ostatnim spotkaniu komponentu ruchowego). Brak pomiaru końcowego należy interpretować jako niespełnienie żadnego z kryteriów/ brak poprawy wyniku początkowego.

Załącznik Nr 3 (PAQ-C klasy 4-8 SP) i załącznik Nr 4 (PAQ-A klasy 1-5 SPP)

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1 Populacja docelowa

Program skierowany jest do dzieci i młodzieży uczęszczających do szkół na terenie miasta Radomia.

Według danych z roku 2025 udostępnionych przez Urząd Miejski w Radomiu, uczniów klas IV - VIII szkół podstawowych jest 9 827 i uczniów szkół ponadpodstawowych (w tym licea, technika 5 letnie, szkoły branżowe i specjalne) jest 14 093. Ogółem na terenie Radomia 23 930 dzieci.

W Polsce z chorobą otyłościową zmagają się 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku szkolnym. Przyjmując dane dla populacji polskiej zakładamy, że problem z nadwagą i otyłością może mieć 32,8% uczniów w grupie klas IV do VIII oraz szkół ponadpodstawowych w szkołach na terenie miasta Radomia, co stanowiłoby 7850 dzieci z nadwagą i otyłością na terenie miasta Radomia.

Program polityki zdrowotnej przewiduje udział na każdym z etapów określonej liczby uczestników.

- etap edukacja - 2 760 uczestników,
- etap badań przesiewowych 3 250 uczestników,
- etap interwencji multikomponentowej - 25 uczestników, przyjmując zgodnie z rekomendacjami 26 godzin konsultacji dla każdego uczestnika tej interwencji wielospecjalistycznej.

Program skierowany jest do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, u których stwierdzono nadmierną masę ciała lub inne czynniki ryzyka związane z otyłością. Szczegółowo określone dwie grupy docelowe:

Podział na subpopulacje

Dzieci i młodzież w wieku szkolnym:

- Klasy 4 - 6 szkoły podstawowej (ok. 9/10-13 lat)
- Klasy 7 - 8 szkoły podstawowej (ok. 13-15 lat)
- Klasy 1 - 2 szkoły ponadpodstawowej (ok. 15-17 lat)
- Klasy 3 - 5 szkoły ponadpodstawowej (ok. 17-19 lat)

Dzieci w szkołach podstawowych (klasy IV - VIII)

- Wiek: około 9 -15 lat

To czas dynamicznego wzrostu i dojrzewania, w którym organizm dziecka przechodzi liczne zmiany hormonalne i metaboliczne. Często pojawiają się nawyki żywieniowe kształtowane przez rodzinę i otoczenie, które mogą prowadzić do nadwagi i otyłości. W tym okresie dzieci zaczynają spędzać więcej czasu przed ekranami (komputery, telewizory, smartfony), co może skutkować ograniczoną aktywnością fizyczną.

U części dzieci mogą występować problemy emocjonalne i społeczne związane z nadmierną masą ciała, np. obniżona samoocena czy trudności w relacjach z rówieśnikami. Wczesne wykrycie problemu zapobiega poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym w przyszłości. To ostatni moment na skuteczną edukację żywieniową i promowanie zdrowego stylu życia, zanim dziecko wejdzie w okres dojrzewania, w którym zmiany metaboliczne mogą jeszcze bardziej nasilać problemy z wagą. Możliwość zaangażowania rodziców i opiekunów, którzy nadal odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu nawyków dziecka.

Młodzież w szkołach średnich (klasy I - V)

- Wiek: około 15 - 19 lat

- Etap edukacyjny: szkoły ponadpodstawowe (liceum, technikum, szkoły zawodowe)

W tym wieku młodzież przechodzi przez intensywne zmiany hormonalne i dojrzewanie płciowe, co może wpływać na metabolizm i masę ciała. Następuje większa samodzielność w podejmowaniu decyzji dotyczących odżywiania, często pojawiają się nieregularne posiłki, jedzenie typu fast-food, słodkie napoje. Zwiększona presja społeczna i stres szkolny mogą prowadzić do zajądania emocji i rozwijania niezdrowych nawyków żywieniowych. Aktywność fizyczna często maleje, szczególnie wśród uczniów, którzy nie uczestniczą w zorganizowanych formach ruchu (np. treningach sportowych). W tej grupie wiekowej częściej diagnozuje się pierwsze poważne skutki otyłości, takie jak insulinooporność, nadciśnienie, zaburzenia hormonalne czy depresja związana z wyglądem. Młodzież wchodzi w dorosłość, a nawyki wypracowane w tym okresie mogą utrwalić się na całe życie. To moment, w którym można świadomie edukować uczestników, ponieważ lepiej rozumieją konsekwencje zdrowotne i społeczne związane z nadwagą. Profilaktyka zdrowotna może zmniejszyć ryzyko wystąpienia chorób cywilizacyjnych w przyszłości, takich jak cukrzyca typu 2, miażdżyca czy choroby serca.

Program adresowany jest do uczniów:

- Dzieci w wieku 9 - 15 lat (klasy IV - VIII szkoły podstawowej) – w okresie intensywnego wzrostu, kiedy kluczowe jest kształtowanie właściwych nawyków zdrowotnych.
- Młodzieży w wieku 15 - 19 lat (klasy I -V szkół średnich) – w czasie dojrzewania, kiedy samodzielne wybory żywieniowe i styl życia mają kluczowy wpływ na przyszłe zdrowie.

Edukacja

Etap edukacyjny będzie dostosowany do wieku dzieci/młodzieży i specyfiki rodziców/opiekunów. Każda grupa (dzieci w danej grupie wiekowej i ich rodziców) będzie traktowana jako osobna subpopulacja.

Badania przesiewowe

Dla wszystkich dzieci/młodzieży klas 4 – 8 SP i 1 - 5 SPonadP. Pomiar BMI, ocena wzrostu i masy ciała, krótkie ankiety zdrowotne. Identyfikacja osób z BMI $\geq$ 90. centyla wg norm dla wieku i płci.

Interwencja multikomponentowa

Dzieci/młodzież z BMI $\geq$ 90. centyla + ich rodzice/opiekunowie.

Zakres interwencji:

- indywidualne konsultacje wielospecjalistyczne wraz z opiekunami prawnymi,
- plan żywieniowe i plany aktywności fizycznej, wsparcie psychologiczne,
- monitorowanie postępów,
- wizyty podsumowujące,

Organizacja równoległa:

- edukacja, badania przesiewowe i interwencje mogą być prowadzone w tym samym czasie, ale dla każdej subpopulacji osobno,
- w tym samym terminie mogą odbywać się warsztaty dla dzieci młodszych i starszych,
- badania przesiewowe mogą być prowadzone przez pielęgniarkę, lekarza, dietetyka w wyznaczonych dniach, równolegle dla różnych klas.
- po badaniu przesiewowym dzieci i rodzice zakwalifikowani do interwencji przechodzą na dedykowany program wsparcia.

III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Edukacja	Uczniowie 9/10-18/19 lat • Rodzice i opiekunowie prawni dzieci z populacji objętej PPZ.	Brak
Badania przesiewowe	-Wiek od 9/10 do 18/19 lat; -Wyrażenie pisemnej zgody na udział dziecka w PPZ przez rodziców/opiekunów prawnych.	• Osoby leczone z powodu otyłości poza PPZ; • Brak spełnienia któregokolwiek z kryteriów włączenia.
Interwencja multikomponentowa	Wiek od 9 do 18/19lat; • Osoby, u których w ramach prowadzonego badania przesiewowego zidentyfikowano wartość BMI w co najmniej 97. centylu dla płci i wieku; • W przypadku wystarczających środków finansowych osoby, u których w ramach prowadzonego badania przesiewowego zidentyfikowano wartość BMI w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku; • Wyrażenie pisemnej zgody na udział w PPZ przez rodziców/opiekunów	Osoby leczone z powodu otyłości poza PPZ; • Pozostawanie pod opieką specjalistyczną w związku z chorobą przewlekłą; • Indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w interwencji multikomponentowej; • Brak spełnienia któregokolwiek z kryteriów włączeni

	prawnych; • Rodzice/opiekunowie prawni dzieci zakwalifikowanych do uczestnictwa w interwencji (jako osoby towarzyszące)	
--	--	--

Uzasadnienie wyboru grupy docelowej: od klasy 4 - 8 szkoły podstawowej i klas I - V szkoły ponadpodstawowej oraz wykluczenie klas I - III szkoły podstawowej.

Badania epidemiologiczne i obserwacje kliniczne pokazują, że wiek 9 - 14 lat (czyli klasy 4 - 8) to okres największego wzrostu ryzyka rozwoju nadwagi i otyłości u dzieci. Wpływ na to mają:

- zmniejszająca się aktywność fizyczna,
- wzrost samodzielności żywieniowej (zakupy, stołówki, automaty),
- częstsze korzystanie z urządzeń ekranowych,
- większy wpływ grupy rówieśniczej na wybory stylu życia.

To właśnie w tym okresie obserwuje się gwałtowne pogorszenie wskaźników BMI i spadek sprawności fizycznej u wielu uczniów. Działania profilaktyczne i interwencyjne skierowane do tej grupy wiekowej są bardziej skuteczne niż działania podejmowane w okresie przedszkolnym, gdzie problem nadwagi występuje rzadziej i ma inne przyczyny.

- Dojrzałość poznawcza i większe możliwości uczestnictwa

Dzieci w klasach 4 - 8 cechuje większa dojrzałość poznawcza. Dzieci z tej grupy wiekowej lepiej rozumieją zależności między stylem życia a zdrowiem, są bardziej świadome własnego ciała i zmian fizycznych związanych z dojrzewaniem, potrafią aktywnie uczestniczyć w edukacji zdrowotnej, np. w warsztatach, konsultacjach z dietetykiem, psychologiem czy fizjoterapeutą, mogą współpracować z personelem medycznym i prowadzić własne obserwacje (np. dzienniki żywieniowe, plany aktywności). Włączenie młodszych dzieci (np. 6 - 8 lat) wiązałoby się z koniecznością pracy niemal wyłącznie z rodzicami, co utrudnia samodzielne wdrażanie zmian przez dziecko.

Odpowiedni moment przed wejściem w wiek nastoletni

Wiek 9/10 - 14 lat to ostatni moment, by:

- zapobiec utrwaleniu się niekorzystnych nawyków żywieniowych i niskiej aktywności fizycznej,
- uniknąć trwałych konsekwencji zdrowotnych (np. zespołu metabolicznego, insulinooporności, nadciśnienia),
- zbudować motywację do zmiany jeszcze przed okresem dojrzewania, który często pogłębia problemy psychiczne i fizyczne związane z otyłością.

Możliwości logistyczne i organizacyjne szkół

- dzieci z klas 4 - 8 są objęte obowiązkiem szkolnym, uczęszczają do szkół podstawowych i mają ustabilizowany rytm dnia, co ułatwia organizację badań przesiewowych i konsultacji,
- szkoły podstawowe mają w tych klasach większe możliwości wdrażania programów edukacyjnych i współpracy z rodzicami i nauczycielami wychowania fizycznego,
- spójność z wcześniejszymi programami i zaleceniami ekspertów.

Programy oparte na badaniach OLAF/OLA i doświadczeniach Instytutu Matki i Dziecka, WHO i Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują, że:

- dzieci w wieku 9 - 13 lat to główna grupa ryzyka rozwoju otyłości,
- działania skierowane do dzieci młodszych mają sens w ramach programów przedszkolnych lub rodzinnych, a nie medyczno-szkolnych,

III.3 Planowane interwencje

Etap EDUKACJA

Liczba spotkań grupowych: min. 4 warsztaty (po jednym z każdym specjalistą) dla każdej z grup wiekowych.

Prowadzący i tematyka:

- Dietetyk: zasady zdrowego odżywiania, planowanie posiłków, przekąski w szkole;
- Psycholog: samoocena, ciało i emocje, stres a jedzenie;
- Specjalista aktywności fizycznej: ruch jako styl życia, ćwiczenia w domu/szkole;

- Lekarz (pediatra, diabetolog, internista lub lekarz innej specjalizacji mający doświadczenie w leczeniu nadwagi i otyłości): jak działa organizm, zdrowie metaboliczne, zmiany rozwojowe, powikłania nadwagi i otyłości.

Forma:

- Warsztaty interaktywne w szkołach (aula, sala gimnastyczna, klasy),
- Webinary, nagrania wykonane przez specjalistów udostępnione w mediach społecznościowych, filmy instruktarzowe, jako dodatkowa forma dostępu do profesjonalnych materiałów edukacyjnych.

Dodatkowe działania wspierające:

- Materiały edukacyjne - ulotki, broszury, e-booki dla uczniów i ich opiekunów, materiały w formie PDF do przekazania szkołom do udostępnienia dla rodziców i uczniów;
- Platforma online - dostęp do nagrań warsztatów, quizów, materiałów dydaktycznych;
- Wyzwanie zdrowotne - np. „Zdrowe śniadanie przez 7 dni”, „Tydzień bez słodzonych napojów”;
- Warsztaty dla nauczycieli i rodziców - wsparcie w utrwalaniu zdrowych nawyków u dzieci.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych jest wypełnienie pre - testu. Każda osoba, która ukończyła zajęcia edukacyjne, jest zobowiązana do wypełnienia post - testu.

W przypadku organizowania warsztatów będą wykorzystywane w pierwszej kolejności materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich)

- I. Warsztat z psychologiem: „Zdrowe ciało, zdrowy umysł”

Czas trwania: 45 minut - 60 min

Prowadzący: Psycholog

Cel: Wzmocnienie świadomości emocjonalnych u dzieci i młodzieży w zakresie wpływu emocji na odżywianie i nawyki zdrowotne.

Zakres tematyczny:

- Związek między emocjami a jedzeniem (jedzenie emocjonalne, stres a apetyt).
- Jak budować pozytywną relację z jedzeniem?
- Wzmacnianie samooceny i motywacja do zmiany nawyków zdrowotnych.
- Jak radzić sobie z presją rówieśniczą dotyczącą wyglądu i sylwetki?

WARSZTATY DLA UCZNIÓW SZKÓŁ PODSTAWOWYCH

(propozycje dostosowane do poziomu emocjonalnego dzieci klas IV - VIII)

1. „Dlaczego sięgam po słodczy, gdy jestem smutny?”

- Rozpoznawanie emocji (radość, złość, smutek, znudzenie).
- Wprowadzenie pojęcia emocjonalnego jedzenia w prosty sposób.
- Ćwiczenia: dopasowywanie emocji do sytuacji i sposobów radzenia sobie bez jedzenia.

2. „Emocje na talerzu” - co czuję, gdy jem?

- Rozmowa o tym, kiedy jemy, bo jesteśmy głodni, a kiedy „dla poprawy humoru”.
- Ćwiczenie: rysowanie „emocjonalnego talerza”.
- Zabawa: „Co zamiast słodczy?” - szukanie innych sposobów na radzenie sobie z nudą i stresem.

3. „Stres? Ugryź banana, nie batonika”

- Czym jest stres - prosty opis sytuacji stresowych.
- Objawy stresu w ciele (np. ból brzucha, brak apetytu lub przejadanie się).
- Techniki relaksacji: ćwiczenia oddechowe, zabawy wyciszające.

4. „Dlaczego jem wieczorem, nawet gdy nie jestem głodny?”

- Rozmowa o nudzie, samotności i braku granic czasowych.
- Znaczenie rytmu dnia, snu i wieczornych rytuałów.
- Zabawa: planowanie „zdrowego wieczoru” - układanie harmonogramu.

5. „Lubię siebie - ciało i umysł”

- Wzmacnianie poczucia własnej wartości niezależnie od wyglądu.
- Rozmowa o różnorodności ciał i mediach społecznościowych.
- Ćwiczenie: „Moje supermoce” - budowanie pozytywnego obrazu siebie.

WARSZTATY DLA UCZNIÓW SZKÓŁ PONADPODSTAWOWYCH

(pogłębione tematy psychologiczne, większy poziom samoświadomości)

1. „Jedzenie emocjonalne - jem, bo źle się czuję, nie dlatego, że jestem głodny”

- Wyjaśnienie mechanizmu jedzenia emocjonalnego.
- Rozpoznawanie emocji wyzwalających chęć jedzenia (nuda, frustracja, samotność).
- Ćwiczenia refleksyjne: „Co czuję, zanim zjem?” - dzienniczek emocji.

2. „Stres a głód - kiedy ciało myli się z głową?”

- Wpływ kortyzolu i stresu na apetyt.
- Mechanizmy „nagrody” - dlaczego wybieramy czekoladę, a nie jabłko.
- Trening umiejętności radzenia sobie ze stresem bez jedzenia (oddech, mindfulness, aktywność fizyczna).

3. „Nocne jedzenie - jak wyciszyć umysł, a nie lodówkę?”

- Związek między snem a łaknieniem.
- Cykle głodu i sytości - jak zaburzony rytm dobowy wpływa na apetyt.
- Praca z rytuałami wieczornymi i higieną snu.

4. „Ciało pod presją - jak mówić do siebie dobrze?”

- Negatywny dialog wewnętrzny i jego wpływ na zachowania jedzeniowe.
- Praca nad obrazem własnego ciała, wpływ mediów i porównań społecznych.

- Ćwiczenia z samoakceptacji i języka empatycznego wobec siebie.

5. „Zaburzenia odżywiania - gdzie kończy się dieta, a zaczyna problem?”

- Wprowadzenie do tematu anoreksji, bulimii, kompulsywnego jedzenia.
- Jak rozpoznać zagrożenia u siebie i innych.
- Gdzie szukać pomocy - edukacja i wsparcie.

FORMY PRACY PODCZAS WARSZTATÓW

- Ćwiczenia z kartami emocji i metafor.
- Praca w grupach: scenki, burze mózgów, dzienniki refleksji.
- Zajęcia z relaksacji, pracy z ciałem i oddechem.
- Wersja anonimowych pytań i odpowiedzi (np. „pudełko z pytaniami do psychologa”).

II. Warsztat z dietetykiem: „Co i jak jeść, aby być zdrowym?”

Czas trwania: 45 - 60 minut

Prowadzący: Dietetyk

Cel: Edukacja uczniów na temat zasad zdrowego odżywiania i wpływu diety na zdrowie.

Zakres tematyczny:

- Podstawowe zasady zbilansowanego żywienia.
- Jak czytać etykiety produktów spożywczych?
- Składniki odżywcze - dlaczego są ważne?
- Jak unikać pułapek żywieniowych (fast food, napoje słodzone, przetworzona żywność)?
- Praktyczne wskazówki dotyczące planowania posiłków w szkole i w domu.

Metody pracy:

Quizy interaktywne, analiza jadłospisu, symulacje zakupów, warsztaty kulinarne.

WARSZTATY DLA UCZNIÓW SZKÓŁ PODSTAWOWYCH

(z elementami praktycznymi)

1. Co to znaczy „jeść zdrowo”?

- Rozmowa o podstawowych grupach produktów spożywczych.
- Kolorowa piramida żywieniowa - omówienie zasad.
- Praktyka: układanie „zdrowego talerza” z papierowych ilustracji.

2. Ulubione jedzenie - czy zawsze dobre?

- Rozmowa o słodyczach, fast-foodach i napojach słodzonych.
- Cukier pod lupą - gdzie go nie widać?
- Praktyka: porównywanie zawartości cukru w produktach (np. kostki cukru a jogurt, sok, baton).

3. Śniadanie to podstawa

- Dlaczego warto jeść śniadanie i co powinno się w nim znaleźć?
- Praktyka: przygotowanie prostego, zdrowego śniadania (np. kanapki pełnoziarniste, jogurt z owocami, koktajl).

4. Jedz kolorowo!

- Znaczenie warzyw i owoców - ile i jak często je jeść.
- Praktyka: tworzenie „kolorowych talerzy” z modelami produktów lub składników.

5. Woda to życie

- Dlaczego woda jest lepsza niż napoje gazowane?
- Praktyka: smakowa woda - komponowanie napoju z ziół i owoców.

6. Jak jeść, by czuć się dobrze?

- Regularność posiłków - co to znaczy?
- Zasady „zdrowego talerza” - ile zjeść i jak często się ruszać.

WARSZTATY DLA UCZNIÓW SZKÓŁ PONADPODSTAWOWYCH

1. Dieta a wygląd i samopoczucie

- Wpływ diety na cerę, wagę, koncentrację, energię.
- Skutki „diety śmieciowej” - analiza przykładów.

2. Co jeść, a czego unikać?

- Produkty przetworzone - jak je rozpoznać i ograniczać.
- Tłuszcze trans, nadmiar cukru i soli - jak działają na organizm.
- Czytanie etykiet - jak nie dać się oszukać producentom.

3. Odchudzanie bez mitów

- Dlaczego głodówki nie działają?
- Popularne diety - co mówią badania?
- Jak wygląda zdrowe odchudzanie wg dietetyka klinicznego.

4. Czym jest zdrowy jadłospis?

- Zasady zbilansowanego odżywiania (ilości, proporcje, różnorodność).
- Wzorcowy plan posiłków dla ucznia - nauka planowania dnia.

5. Dieta w chorobach związanych z otyłością

- Zasady żywienia w insulinooporności, prediabetes, nadciśnieniu.
- Jak dieta może zapobiec poważnym chorobom.

6. Relacja z jedzeniem

- Czym są zaburzenia odżywiania i jak je rozpoznać?
- Jak rozwijać zdrowe podejście do jedzenia, bez presji wyglądu?
- Dieta a samoocena i media społecznościowe.

Możliwe formy prowadzenia warsztatów:

- Prezentacja multimedialna z interaktywnymi pytaniami.
- Praktyczne zajęcia (czytanie etykiet, komponowanie jadłospisu).
- Quizy, gry planszowe i edukacyjne aplikacje.
- Degustacja zdrowych przekąsek lub napojów.

IV. Warsztat z diabetologiem, internistą lub lekarzem specjalizującym się w leczeniu nadwagi i otyłości: „Twoje zdrowie w Twoich rękach”

Czas trwania: 45 - 60 minut

Prowadzący: Lekarz specjalizujący się w leczeniu nadwagi i otyłości

Cel: Kształtowanie nawyków zdrowotnych i profilaktyka chorób cywilizacyjnych.

Zakres tematyczny:

- Znaczenie regularnych badań kontrolnych (pomiar BMI, ciśnienia krwi, poziomu cukru).
- Ruch i aktywność fizyczna jako fundament zdrowia.
- Choroby sercowo-naczyniowe - jak im zapobiegać od najmłodszych lat?
- Nawodnienie - dlaczego picie wody jest kluczowe?
- Jak dbać o zdrowie w codziennym życiu?

WARSZTATY DLA UCZNIÓW SZKÓŁ PODSTAWOWYCH

(język obrazowy, przykłady z codziennego życia)

1. „Co widzi lekarz, gdy patrzy na wagę?”

- Wprowadzenie do pojęcia wskaźników zdrowia (waga, wzrost, BMI, obwód pasa).
- Zrozumienie, że zdrowie to nie tylko liczby na wadze, ale też siła, ruch, oddech.

2. „Badania bez strachu - jak lekarz sprawdza, czy jesteśmy zdrowi?”

- Omówienie prostych badań diagnostycznych (pomiar ciśnienia, cukru, próby wysiłkowe).
- Zabawa edukacyjna: symulowane „badanie u lekarza” – dzieci w rolach pacjenta i lekarza.

3. „Oddycham, ruszam się, żyję - jak nadwaga wpływa na moje ciało?”

- Prosty opis obciążeń dla serca, płuc, stawów.
- Wpływ nadwagi na szybkie męczenie się, zadyszkę, senność.

4. „Jak wygląda zdrowy dzień z perspektywy lekarza?”

- Codzienne wybory: ruch, sen, przerwy od ekranu, posiłki.
- Wspólne planowanie „dnia przyjaznego dla zdrowia” z rysowaniem i ćwiczeniami.

5. „Mit głodówki i cudownych diet - co mówi lekarz?”

- Proste wyjaśnienie, dlaczego „głodzenie się” nie pomaga.
- Rozpoznawanie sygnałów organizmu: głód, sytość, pragnienie.

WARSZTATY DLA UCZNIÓW SZKÓŁ PONADPODSTAWOWYCH

(warsztaty bardziej szczegółowe, z wykorzystaniem danych, schematów, dyskusji)

1. „Z otyłością nie jesteś sam - to choroba, którą się leczy”

- Omówienie otyłości jako jednostki chorobowej według międzynarodowych standardów.
- Znaczenie opieki interdyscyplinarnej: lekarz, dietetyk, psycholog, trener.

2. „Co się dzieje z ciałem, zanim wystąpi choroba?”

- Stan przedchorobowy (tzw. prekliniczny) - jak wcześniej zaczyna się problem, zanim są objawy.
- Wczesne sygnały ostrzegawcze: przewlekłe zmęczenie, bóle głowy, senność po jedzeniu.

3. „Jak wygląda leczenie otyłości w gabinecie lekarskim?”

- Przegląd możliwości medycznych: zmiana stylu życia, farmakoterapia, konsultacje specjalistyczne.
- Nowoczesne terapie: leki wspomagające redukcję masy ciała, monitorowanie zdrowia.

4. „Otyłość a hormony - dlaczego to nie tylko kwestia jedzenia?”

- Wpływ hormonów na łaknienie, metabolizm, poziom energii (np. leptyna, grelina, insulina).
- Wprowadzenie do tematu otyłości hormonalnej i genetycznej – że nie każdy przypadek to „brak silnej woli”.

5. „Długofalowe skutki zdrowotne - czego można uniknąć?”

- Ryzyko rozwoju nie tylko cukrzycy, ale też: bezdechu sennego, PCOS, problemów hormonalnych, nowotworów.
- Co oznacza „nadwaga w młodości = choroby w dorosłości”.

6. „Kiedy warto zgłosić się po pomoc?”

- Granice, które wskazują, że warto iść do lekarza.
- Mapa możliwej pomocy: POZ, poradnia leczenia otyłości, szkoła, rodzina.
- Praca nad obalaniem wstydu związanego z leczeniem otyłości.

FORMY PRACY:

- Pokaz multimedialny z rysunkami narządów i układów ciała.
- Mini-panel: pytania do lekarza – „mit czy fakt?”.
- Wspólne tworzenie planu badań i monitorowania zdrowia.
- Praca z formularzami samooceny samopoczucia i stylu życia.

METODY PRACY:

Pokazy praktyczne (pomiar tętna, ciśnienia), analiza prawidłowego trybu życia, testy zdrowotne, dyskusje.

IV. Warsztaty ze specjalistą ds. aktywności fizycznej: „Fit dzieciaki - moc w ruchu”

Część teoretyczna - tematy do omówienia

1. Rola aktywności fizycznej w zdrowiu

- Znaczenie codziennego ruchu dla organizmu dziecka i nastolatka.
- Jak aktywność fizyczna wpływa na wagę, samopoczucie, sen i naukę.
- Różnica między aktywnością spontaniczną a zorganizowaną.

2. Skutki braku ruchu

- Ryzyka zdrowotne związane z siedzącym trybem życia.
- Zależność między brakiem ruchu a rozwojem otyłości, cukrzycy typu 2, wad postawy.

3. Ile ruchu potrzeba dzieciom i młodzieży?

- Wytyczne WHO dotyczące minimalnej dziennej dawki aktywności fizycznej.
- Praktyczne sposoby wplecenia ruchu do codziennego życia (np. droga do szkoły, zabawa, przerwy aktywne).

4. Zabawy i sporty dostępne dla każdego

- Podkreślenie, że ruch nie musi oznaczać intensywnego sportu.
- Przykłady aktywności niewymagających sprzętu, kosztów ani dużej przestrzeni.

5. Ruch a motywacja i samoocena

- Jak aktywność fizyczna wpływa na pewność siebie.
- Znaczenie wsparcia rówieśników i nauczycieli.

Elementy dodatkowe

- Quizy lub gry edukacyjne sprawdzające wiedzę o zdrowym stylu życia.
- Dzienniczek aktywności – zadanie do domu, w którym uczniowie zapisują swoje codzienne aktywności.
- Zabawy integracyjne budujące pozytywną atmosferę i poczucie wspólnoty.

II. Etap badania przesiewowe

Badanie przesiewowe składa się z:

Konsultacji, podczas której zostanie przeprowadzony: wywiad i pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost) z oceną rozwoju somatycznego dziecka. Celem jest zidentyfikowanie uczestników z nadwagą lub otyłością.

- Wywiad powinien uwzględniać m.in. historię rodziny, troskę rodziców/opiekunów prawnych o masę ciała dziecka, choroby towarzyszące w tym metaboliczne, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualną kondycję psychiczną, przyjmowane leki, ilość i jakość snu (*załącznik Nr 12*)
- Badanie przedmiotowe dziecka obejmujące co najmniej: ocenę jego stanu ogólnego, rozwoju somatycznego, przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost),

obliczenie wartości BMI oraz ocenę uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych

- W oparciu o wynik badania zostanie stwierdzone czy u uczestnika występuje choroba.

Gdy wartości BMI znajduje się w zakresie 10. - 90. centyla dla wieku i płci wynik prawidłowy - wykluczenie choroby;

od 90. - 97. centyla dla wieku i płci - podstawa do rozpoznania nadwagi;

od >97. centyla dla wieku i płci - podstawa do rozpoznania otyłości.

- W oparciu o wyniki badań przesiewowych, zostanie dostosowane dalsze postępowanie.

W przypadku osób, u których: wykluczona zostanie diagnoza nadwagi lub otyłości - uczestnik otrzyma informację o podstawowych metodach profilaktyki nadwagi. Uczestnik kończy udział w programie.

W przypadku wykrycia zaburzeń masy ciała - uczestnik kierowany będzie na interwencję multikomponentową, prowadzoną w ramach programu. Na tym etapie z rodzicami/opiekunami prawnymi zostaną ustalone terminy pierwszych wizyt, realizowanych w ramach interwencji multikomponentowej tj. behawioralnej, ruchowej i dietetycznej.

Zakres badań i pomiarów (za zgodą opiekuna prawnego):

1. Pomiar antropometryczny:

- Masa i wzrost
- Wyliczenie BMI
- Naniesienie wyników na siatki centylowe

2. W przypadku wykrycia nadwagi i otyłości skierowanie do interwencji multikomponentowej (kwalifikacja).

III. Etap interwencji multikomponentowa

- Interwencja składa się z trzech komponentów:

III.1. dietetyczny,

III.2. ruchowy,

III.3. behawioralny,

IV. Wizyta podsumowująca.

Każdy z nich prowadzony jest przez specjalistę posiadającego stosowne kompetencje. Specjaliści tworzą zespół, w ramach którego po pierwszych konsultacjach z dzieckiem i rodzicami/opiekunami prawnymi, wymieniają się informacjami na temat uczestników oraz wspólnie ustalają zindywidualizowany plan kolejnych spotkań, na tym etapie ustalają czy u uczestnika nie występują przeciwwskazania medyczne do udziału w dalszej części programu.

- Opracowany przez zespół specjalistów plan kolejnych spotkań powinien obejmować co najmniej 26 godzin zegarowych konsultacji.
- Po zakończeniu wszystkich spotkań w ramach ustalonego przez specjalistów planu, realizowana jest wizyta podsumowująca wyniki przeprowadzonych działań w ramach tej interwencji.

III.1. Komponent dietetyczny:

III.1.1. Pierwsze spotkania z dietetykiem - konsultacje indywidualne (dziecko + rodzice/opiekunowie prawni): przeprowadzenie wywiadu zdrowotnego i żywieniowego uwzględniającego między innymi: choroby towarzyszące, alergie pokarmowe, przyjmowane leki i suplementy diety, wzorce żywieniowe, dotychczasowy sposób odżywiania (częstość spożywanych posiłków, jedzenie śniadań, spożywanie warzyw i owoców, wielkość porcji, dzienną ilość i rodzaj spożywanych płynów, częstość spożywania słodczy, czy dziecko podjada między posiłkami), a także poziom aktywności fizycznej.

III.1.2. Wypełnienie kwestionariusza/ankiety w zakresie nawyków żywieniowych (QEB)

- ocena nawyków żywieniowych dziecka i rodziny, poprzez ocenę składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji żywieniowych, stosowania przypraw, metod gotowania i sposobu prezentacji żywności gotowej do spożycia,
- zwrócenie uwagi przez dietetyka na błędy żywieniowe dziecka i jego rodziny; przedstawienie konsekwencji zdrowotnych wynikających z nadwagi i otyłości,
- omówienie zasad diety w oparciu o piramidę zdrowego żywienia IŻŻ (ekspert kliniczny),
- nauka wyznaczania kaloryczności posiłków oraz zawartości poszczególnych makroskładników,
- wyznaczanie indywidualnego zapotrzebowania energetycznego, z uwzględnieniem metabolizmu podstawowego wyliczonego dla maksymalnej prawidłowej masy ciała (dla wieku i płci),
- obliczenie ilości energii, która powinna być dostarczana przez każdy z makroskładników: węglowodany, białka i tłuszcze,
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym dzienniczka żywieniowego, w celu zapisywania przez nich informacji o rodzaju i ilości spożywanych produktów przez ich dziecko w określonym czasie,
- wyznaczenie przez dietetyka realistycznego celu leczenia dietetycznego i przekazanie indywidualnego planu dietetycznego – do weryfikacji podczas kolejnego spotkania.

III.1.3. Ustalenie indywidualnego planu konsultacji dietetycznych

Liczba, forma i zakres tematyczny kolejnych spotkań dietetycznych zostanie określony przez zespół (psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk) w indywidualnym planie interwencji dla danego uczestnika programu.

Kolejne spotkania z dietetykiem uwzględniają np.: o weryfikację prowadzenia kontroli spożywanych posiłków oraz ocena stopnia realizacji założonego planu (ustalonego podczas pierwszej konsultacji dietetycznej);

- monitorowanie skuteczności prowadzonego leczenia poprzez pomiar wzrostu i masy ciała wraz z określeniem BMI; analiza dzienniczka żywieniowego uczestnika,
- identyfikacja popełnianych błędów żywieniowych, wprowadzenie ewentualnych zmian w planie dietetycznym, wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości odnośnie diety; monitorowanie możliwego wystąpienia zaburzeń odżywiania, zwłaszcza gdy utrata masy ciała jest szybka,
- zapoznanie rodziców ze sposobami przygotowywania zdrowych posiłków (m.in. rezygnacja z żywności wysoko przetworzonej, niedosalanie potraw, nie słodzenie napojów, ograniczenie stosowania tłuszczów zwierzęcych, wskazanie zdrowszych zamienników, zaprezentowanie rodzicom portalu NFZ dot. diet, przygotowywanie posiłków).

III.1.4. Podsumowanie efektów dotychczasowego leczenia dietetycznego i przekazanie uczestnikowi indywidualnych zaleceń żywieniowych

- w tym komponencie możliwa jest także realizacja zajęć w grupach zgodnie z ustaleniami w ramach zespołu specjalistów. Np. w formie warsztatów obejmujących przygotowanie jadłospisu dla całej rodziny (praca w grupach; max 6 dzieci wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi); przygotowywanie zdrowych śniadań (zajęcia praktyczne angażujące dzieci i rodziców), testy smaku zdrowych produktów mogących stanowić zamienniki, zmiana przeświadczeń, że zdrowe produkty są bardziej kosztowne i mniej smaczne.

III.1.5. Wizyta końcowa

- przeanalizowanie i końcowe podsumowanie skuteczności prowadzonego leczenia dietetycznego, w tym korekta ewentualnych błędów żywieniowych stwierdzonych w dzienniczku żywieniowym dziecka
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym na piśmie zaleceń żywieniowych;

- o poinformowanie rodziców/opiekunów prawnych o możliwości bezpłatnych konsultacji dietetycznych poza programem np. w Narodowym Centrum Edukacji Żywieniowej (bezpłatne konsultacje online, <https://ncez.pzh.gov.pl/poradnia>);
- ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. QEB).

III.2. Komponent ruchowy:

III.2.1. Pierwsze spotkania ze specjalistą aktywności fizycznej – konsultacje indywidualne (dziecko + rodzice/opiekunowie prawni): przeprowadzenie krótkiego wywiadu nt. aktywności fizycznej, ze zwróceniem uwagi na uczestnictwo dziecka w podejmowaniu tej aktywności poza szkołą/zajęcia sportowe, sposób docierania do szkoły (pieszo, rower, komunikacja miejska, samochód), czas spędzany na aktywnościach sedentarnych (TV, komputer, tablet itp.)

III.2.2. Wypełnienie kwestionariusza/ankiety w zakresie aktywności fizycznej, IPAQ)

- edukacja w zakresie codziennej aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz zachęcanie do aktywnego przemieszczania się pieszo lub na rowerze (m.in. do i ze szkoły),
- poinstruowanie o sposobach wdrażania, początkowo 10 minut ćwiczeń aerobowych dziennie i stopniowego zwiększania czasu poświęcanego na ćwiczenia z tygodnia na tydzień (np. w formie jazdy na deskorolce, zajęć tanecznych, biegania, jazdy na rowerze, szybkiego chodu) lub dzielenia podejmowanej aktywności na mniejsze składowe trwające łącznie co najmniej 60 minut dziennie (np. chodzenie przez 10 minut, wchodzenie po schodach, gry sportowe, zabawy, prace domowe); informowanie, że docelowa pojedyncza sesja aktywności ruchowej powinna trwać co najmniej 60 minut,
- przekazanie zaleceń dotyczących codziennych ćwiczeń, uwzględniając przy tym aktywności, które łatwo wdrożyć do życia codziennego, a także preferencje i możliwości dziecka.

III.2.3. Liczba, forma i zakres tematyczny kolejnych spotkań powinny zostać określone przez zespół (psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk) w indywidualnym planie interwencji dla danego uczestnika programu.

Kolejne spotkania ze specjalistą aktywności fizycznej mogą uwzględniać np.: przypisanie dziecka do ćwiczeń indywidualnych lub zajęć grupowych (w grupach jednorodnych pod względem poziomu wydolności, stopnia otyłości i stanu zdrowia dziecka zgodnie z ustaleniami w ramach zespołu specjalistów);

- monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi lub otyłości; równoległe prowadzenie instruktażu dziecka i rodziców w zakresie ćwiczeń możliwych do wykonywania w warunkach domowych oraz omówienie sposobów kontroli postępów (aktywność dopasowana do możliwości uczestnika, optymalnie 5 razy w tygodniu),
- omawianie z rodzicami/opiekunami prawnymi efektów prowadzonych ćwiczeń identyfikacja popełnianych błędów w tym zakresie oraz ich korekta.

III.2.4. Wizyta końcowa obejmuje:

- ponowne wypełnienie kwestionariusza/ankiety w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie, IPAQ),
- ocena efektów zdrowotnych i omówienie wyników kwestionariusza,
- przekazanie dzieciom i rodzicom/opiekunom prawnym zaleceń w zakresie aktywności fizycznej.

III.3 Komponent behawioralny:

III.3.1. Pierwsze spotkanie z psychologiem

- konsultacje indywidualne (dziecko + rodzice/opiekunowie prawni): identyfikacja zaburzeń takich jak depresja, lęki, zaburzenia odżywiania, problemy z postrzeganiem własnego ciała, ocena przyczyn podjadania np. nuda, stres, samotność, ocena nasilenia zachowań społecznych – na podstawie kwestionariusza np. HBSC,
- nauka i wykorzystanie takich technik jak: ustanawianie celów, samokontrola, trening uważności, kontrola bodźców, pozytywne wzmocnienie, restrukturyzacja poznawcza, asertywność, zdolność regulowania emocji.

Rekomendowany zestaw dla psychologa

Psycholog w ramach badania przesiewowego może najlepiej sięgnąć po kombinację:

A. Moduł HBSC:

1. Częstotliwość śniadań i posiłków.
2. Konsumpcja słodczy, napojów słodzonych.
3. Obraz ciała: „Czy czujesz, że jesteś za gruby/a?”
4. Poziom satysfakcji z siebie żywieniowo i wagowo.

B. Skala EDEQ:

1. Obejmuje m.in.: nawykowe okresy jedzenia, kontrolę wagi, wpływ myśli związanych z wagą na zachowania.
2. Pytania oceniane w skali Likerta za ostatnie 28 dni.

C. Narzędzie SCOFF (5 pytań):

1. Czy kiedykolwiek w ciągu ostatniego roku poczułeś, że musisz skrócić jedzenie?
2. Czy kiedykolwiek miałeś problem z poczuciem kontroli nad jedzeniem?
3. Czy Twoja waga kilkukrotnie spadła lub znacznie wzrosła w krótkim czasie?
4. Czy inni wyrażali obawę o Twoje jedzenie?
5. Czy uważasz, że jesteś znacznie grubszy niż powinieneś?

(3 lub więcej „tak” – wskazanie na możliwe zaburzenie odżywiania)

III.3.2. Określenie indywidualnej liczby spotkań, forma i zakres tematyczny powinny zostać określone przez zespół (psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk, przy współpracy z koordynatorem programu) w indywidualnym planie interwencji dla danego uczestnika programu.

- Podczas spotkań zaleca się prowadzenie także działań edukacyjnych dotyczących m.in. psychologicznych aspektów otyłości, wpływ otyłości na funkcjonowanie somatyczne, roli rodzica/opiekuna prawnego w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej,

- psycholog na kolejnych spotkaniach monitoruje dziecko pod kątem problemów psychologicznych), a także motywuje je, rodziców/opiekunów prawnych, aby nie przerywać udziału w programie.
- po zrealizowaniu danego elementu docenia starania dziecka i zachęca rodziców do dalszego kształtowania pożądanych wzorców zachowań.

III.3.3. Wizyta końcowa

- ponowne wypełnienie kwestionariusza/ankiety w zakresie zachowań społecznych (np. na podstawie formularza HBSC),
- ocena efektów zdrowotnych (m.in. w zakresie wzmocnienia poczucia własnej wartości, siły woli, odporności na stres oraz radzenia z negatywnymi emocjami) i omówienie wyników kwestionariusza,
- przekazanie dalszego sposobu postępowania oraz informacji o bezpłatnych formach wsparcia psychicznego dostępnych dla uczestnika poza programem (np. NFZ).

IV. Wizyta podsumowująca wyniki interwencji

- ocena rozwoju somatycznego dziecka, przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost), obliczenie wartości BMI oraz ocena uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych,
- analiza wpływu przeprowadzonych interwencji w ramach programu na stan zdrowia dziecka,
- rodzicom/opiekunom prawnym zostaną przekazane zalecenia odnośnie dalszego postępowania poza PPZ, ponadto zostaną oni poproszeni o wypełnienie ankiety satysfakcji z udziału w PPZ.

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

- Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach otwartego konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

III.5.1. Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- W przypadku rodziców/opiekunów prawnych dzieci, które nie kwalifikują się do badania przesiewowego, ich udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych.
- W przypadku osób, które nie kwalifikują się do badania przesiewowego, udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem edukacji.
- W przypadku osób, które podczas badania przesiewowego nie zostaną zakwalifikowane do interwencji multikomponentowej, ich udział w programie kończy się etapie badania przesiewowego.
- W przypadku osób zakwalifikowanych do interwencji multikomponentowej udział w PPZ kończy się wraz z wykonaniem oceny rozwoju somatycznego dziecka w ramach komponentu podsumowującego wyniki tej interwencji.
- Zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ.
- Zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników zostanie przekazane zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu,

- przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust. 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Rekomendacja nr 44/2025 Prezesa AOTMiT z 12 czerwca 2025r.),
- przeprowadzenie otwartego konkursu ofert w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych),
- wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ),
- przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji,
- bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację,
- przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa),
- zakończenie realizacji PPZ,
- rozliczenie finansowania PPZ,
- przeprowadzenie ewaluacji programu,
- opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Program profilaktyki i interwencji zdrowotnej w zakresie nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży będzie realizowany pod nadzorem Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miejskiego w Radomiu.

Etap PPZ		Kwalifikacja personelu
Edukacja		Psycholog, dietetyk, specjalista do spraw aktywności fizycznej, fizjoterapeuta, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dot. profilaktyki nadwagi i otyłości.
Badanie przesiewowe		Osoby wykonujące zawód medyczny np.: lekarz, lekarz pediatra, pielęgniarka, dietetyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający wiedzę i doświadczenie do prowadzenia badania przesiewowego.
Koordynator projektu		Osoba posiadająca doświadczenie w prowadzeniu programów polityki zdrowotnej.
Interwencja multikomponentowa	Komponent behawioralny	Psycholog
	Komponent ruchowy	Specjalista aktywności fizycznej lub fizjoterapeuta
	Komponent dietetyczny	Dietetyk
	Wizyta podsumowująca	Lekarz posiadający doświadczenie w leczeniu nadwagi i otyłości

** Zaleca się aby personel posiadał doświadczenie w zakresie leczenia nadwagi i otyłości.*

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu ma kluczowe znaczenie dla oceny jego efektywności oraz identyfikacji obszarów wymagających modyfikacji. Proces monitoringu będzie obejmował zbieranie danych o realizacji programu, analizę wyników, ocenę jakości działań oraz raportowanie, co pozwoli na ciągłe doskonalenie interwencji.

Monitorowanie programu będzie odbywało się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ.

W trakcie realizacji programu będą gromadzone dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym,
- liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości,
- liczba osób, które zostały poddane interwencji multikomponentowej,
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ (uczestnika i/lub rodziców/opiekuna prawnego), w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń.

Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta.

Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, będzie przedstawiony w raporcie końcowym.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu ma na celu ocenę jego skuteczności, efektywności oraz wpływu na zdrowie i wiedzę uczestników. Dzięki systematycznej analizie wyników możliwe będzie określenie stopnia realizacji założeń oraz ewentualna modyfikacja działań w przyszłości.

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu.

Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ.

Wynik ewaluacji należy przedstawić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową (Rekomendacja nr 44/2025 Prezesa AOTMiT z 12 czerwca 2025r.)

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku),
- odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w przedziale od 90. – 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku),
- odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się powyżej 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się: – <90. centyla (dla płci i wieku) lub – w przedziale od 90. do 97. centyla (dla płci i wieku),

- średnia liczba centyli BMI (dla płci i wieku) zredukowana u jednego dziecka w ramach interwencji multikomponentowej przeprowadzonej w ramach programu,
- odsetek osób z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które ze względów medycznych nie mogły zostać włączone do interwencji multikomponentowej,
- odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w zakresie prozdrowotnych zachowań żywieniowych – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (np. na podstawie QEB,
- odsetek uczestników, u których wzrósł poziom aktywności fizycznej – na podstawie wyników przeprowadzonego kwestionariusza (np. na podstawie IPAQ),
- odsetek osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących nadwagi i otyłości.

Jakie kwestionariusze rekomendować w programie?

Dla dzieci w wieku 9-14 lat

(klasy IV-VIII szkoły podstawowej)

- **PAQ-C** – kwestionariusz do oceny poziomu aktywności fizycznej.
- **QEB** – kwestionariusz do oceny nawyków żywieniowych.

Dla młodzieży w wieku 15-19 lat

(szkoły ponadpodstawowe)

- **PAQ-A** – kwestionariusz do oceny poziomu aktywności fizycznej.
- **QEB** – kwestionariusz do oceny zachowań żywieniowych.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

Koszty pośrednie

LP	Działania	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie projektu	1 zadanie	20 000 zł	20 000 zł
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	1 zadanie	20 000 zł	20 000 zł
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	1 zadanie	29 975 zł	29 975 zł

Koszty bezpośrednie

LP	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
1	„Etap „Edukacja” – działania edukacyjne dostępne dla wszystkich uczniów klas IV-VIII szkół podstawowych oraz I-IV szkół ponadpodstawowych, w tym: • organizacja wykładów stacjonarnych w szkołach nt. nadwagi i otyłości, • nagrania video ze specjalistami (dietetyk, psycholog, specjalista ds. aktywności fizycznej,	92 warsztaty	1 200 zł/warsztat	110 400 zł

Program polityki zdrowotnej
Od-Waga – Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży

	lekarz), udostępnione szkołom i przekazywane uczniom i nauczycielom, • materiały edukacyjne w formie broszur, plakatów, e-materiałów.)			
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Badanie przesiewowe” -Pomiary antropometryczne (waga, wzrost, obwody) -Wywiad i ankieta zdrowotna -Analiza na siatkach centylowych -Kwalifikacja do interwencji multikomponentowej	3 250 pomiarów	27,70 zł	90 025 zł
3	Koszt przeprowadzenia etapu „Interwencja multikomponentowa” Działania dietetyczne -konsultacje dietetyczne obejmują: - przeprowadzenie szczegółowego wywiadu żywieniowego z dzieckiem i rodzicami/opiekunami, - ustalenie indywidualnego planu żywieniowego, - monitorowanie postępów w trakcie kolejnych spotkań, - analiza i omówienie dzienniczka żywieniowego.	26 godzin na uczestnika 25 uczestników x26h=650h	W zależności od ustalonych interwencji dla uczestników przez zespół wielospecjalistyczny w tym: 300zł/spotkanie	179 600 zł

Działania dotyczące
aktywności fizycznej:

- konsultacje ze specjalistą ds. aktywności fizycznej
- wypełnienie kwestionariusza aktywności fizycznej,
- przekazanie i omówienie indywidualnego planu aktywności fizycznej,
- przekazanie dzienniczka aktywności fizycznej,
- monitorowanie realizacji planu i postępów.

Działania behawioralne:

Konsultacje z psychologiem

- interwencja behawioralna (praca nad zmianą nawyków, motywacja),
- wsparcie psychologiczne w leczeniu otyłości,
- analiza trudności w zmianie nawyków,
- wywiad dot. jedzenia pod wpływem emocji,
- analiza i omówienie postępów.

Wizyta podsumowująca wyniki interwencji:

- wizyta podsumowująca interwencję,

- przekazanie efektów dotychczasowego leczenia,

- ocena rozwoju somatycznego dziecka

Przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego dziecka(masa i wzrost)

300zł/spotkanie

300/spotkanie

400zł/spotkanie

Program polityki zdrowotnej
Od-Waga – Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży

Obliczenie BMI oraz ocena uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych: - wskazówki i podsumowanie zrealizowanych interwencji, - informacja, gdzie szukać dalszego wsparcia poza programem. -wypełnienie ankiety satysfakcji z udziału w PPZ			
--	--	--	--

Całkowity budżet programu: 450 000 zł

Część 1: Warsztaty edukacyjne (110 400 zł)

- Liczba warsztatów: 92
Koszt 1 warsztatu: 1 200 zł
- **Zakres tematyczny:**
 - Dietetyk
 - Lekarz (internista/diabetolog lub specjalista leczenia otyłości)
 - Psycholog
 - Specjalista aktywności fizycznej
- Liczba uczestników (średnio 30 osób na warsztat):
92 warsztatów × 30 osób = 2 760 uczestników

Koszty Wynagrodzenia Specjalistów- prowadzenie warsztatów

Specjalista	Czas trwania warsztatu	Koszt jednostkowy (za warsztat 45 min.)
Dietetyk	45 min	1200zł
Psycholog	45 min	1200 zł

Specjalista	Czas trwania warsztatu	Koszt jednostkowy (za warsztat 45 min.)
Diabetolog/Lekarz (internista, pediatra, certyfikowany lekarz w leczeniu nadwagi i otyłości)	45 min	1200zł
Specjalista aktywności fizycznej	45 min	1200zł

Część 2: Pomiary antropometryczne i zdrowotne (90 025 zł)

- **Zakres badań:**
 - Pomiar masy i wysokości ciała
 - Wyliczenie BMI
 - Interpretacja wyników i naniesienie danych na siatki centylowe WHO
- Koszt pomiarów na 1 uczestnika: 27,70 zł
- Liczba przebadanych uczestników: 3 250 uczestników

Część 3 -etap :interwencja multikomponentowa (179 600 zł)

- każdy uczestnik ma otrzymać łącznie 26 godzin konsultacji u 4 specjalistów
- każda godzina = 1 wizyta = 1 specjalista
- stawki godzinowe (koszt 1 wizyty):
 - Psycholog: 300 zł
 - Dietetyk: 300 zł
 - Specjalista aktywności fizycznej/fizjoterapeuta: 300 zł
 - Lekarz: 400 zł

Ilość godzin u specjalistów w ramach 26 godzinnego cyklu spotkań będzie ustalana indywidualnie dla każdego uczestnika programu, po konsultacji wielospecjalistycznego zespołu.

Zestawienie końcowe

Kategoria	Kwota (zł)
1. Koszty pośrednie	69 975
1.1 Personel PPZ (zarządzanie, ewaluacja, rozliczanie)	20 000
1.2 Personel obsługowy (kadry, finanse, prawo, zamówienia)	20 000
1.3 Działania informacyjno-promocyjne	29 975
2. Koszty bezpośrednie	380 025
2.1 Etap „Edukacja”	110 400
2.2 Etap „Badanie przesiewowe”	90 025
2.3 Etap „Interwencja multikomponentowa”	179 600
Łącznie	450 000

VI.2 Koszty całkowite

Całkowity koszt programu polityki zdrowotnej 450 000 złotych na rok 2025.

Podział kosztów projektu (450 000 zł)

Kategoria	Opis	Kwota (zł)
1. Koszty pośrednie		69 975
Personel PPZ (zarządzanie, ewaluacja, rozliczanie)	Koordinacja projektu, monitoring, sprawozdawczość	20 000
Personel obsługowy (kadry, finanse, prawo, zamówienia)	Obsługa administracyjna, księgowa, prawna	20 000
Działania informacyjno - promocyjne	Przygotowanie webinarów przez specjalistów, platforma online, reklamy w mediach społecznościowych, pliki do wielokrotnego pobrania, ulotki, plakaty, broszury	29 975
2. Koszty bezpośrednie		380 025
Etap „Edukacja”	Warsztaty, szkolenia, edukatorzy, materiały	110 400
2.2 Etap „Badanie przesiewowe”	Pomiary antropometryczne, rozkład na siatkach centylowych	90 025
2.3 Etap „Interwencja multikomponentowa”	Ustalenie planu leczenia, interwencje wielospecjalistyczne , wizyty podsumowujące	179 600
Łącznie		450 000

VI.3 Źródła finansowania

Program zostanie w całości sfinansowany z budżetu Gminy Miasta Radomia.

VIII. Bibliografia

1. Publikacje naukowe i raporty międzynarodowe:

- World Health Organization (WHO). (2021). Obesity and Overweight. Retrieved from: www.who.int
- World Health Organization (WHO). (2016). Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. WHO Press, Geneva. Retrieved from: www.who.int
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). Childhood Obesity Causes & Consequences. Retrieved from: www.cdc.gov
- European Commission. (2018). EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. Retrieved from: ec.europa.eu
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). Obesity: Identification, Assessment, and Management. NICE Guidelines.

2. Publikacje krajowe i wytyczne Ministerstwa Zdrowia:

1. Ministerstwo Zdrowia (2017). Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 - Priorytet: Zdrowe Żywnienie i Aktywność Fizyczna. Retrieved from: www.gov.pl
2. Główny Inspektorat Sanitarny (2021). Stan Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Polsce w 2021 roku - Raport GIS. Warszawa.
3. Instytut Żywności i Żywienia (2020). Normy Żywienia dla Populacji Polski. Warszawa: IŻŻ. Retrieved from: www.izz.waw.pl
4. Polskie Towarzystwo Dietetyki. (2021). Wytyczne Żywnieniowe dla Dzieci i Młodzieży - Aktualizacja 2021.
5. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (2020). Profilaktyka i Leczenie Otyłości u Dzieci - Zalecenia dla Rodziców i Opiekunów.
6. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr44/2025 z dnia 12 czerwca 2025r.

3. Badania naukowe dotyczące nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży:

1. Weker, H., & Barańska, M. (2017). Żywnienie dzieci w wieku szkolnym a nadwaga i otyłość - wyniki badań Instytutu Matki i Dziecka. *Pediatrica Polska*, 92(2), 101-110.
2. Kułaga, Z., Grajda, A., Gurzkowska, B., & Wojtyło, M. (2018). Otyłość u dzieci w Polsce - wyniki badania OLAF i wnioski dla polityki zdrowotnej. *Medycyna Praktyczna - Pediatra*, 5(4), 45-57.

3. Mazur, A., Matusik, P., Malecka-Tendera, E. (2018). Prevalence of overweight and obesity in Polish children and adolescents: changes over the last 20 years. *European Journal of Pediatrics*, 177(8), 1131-1138.
 4. Jarosz, M., Rychlik, E., Stoś, K., & Charzewska, J. (2020). Otyłość u dzieci i młodzieży jako zagrożenie zdrowotne – przegląd badań epidemiologicznych. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 29(2), 175-185.
4. Wytyczne dotyczące aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia:
1. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) (2020). WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. WHO Press. Retrieved from:
 2. American Academy of Pediatrics (2019). Physical Activity and Sedentary Behavior in Children and Adolescents: Evidence-based Guidelines. *Pediatrics*, 144(3), e20192711.
 3. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej (2021). Rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży. Warszawa.
 4. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH (2020). Rola aktywności fizycznej w profilaktyce nadwagi i otyłości u dzieci.
5. Materiały edukacyjne dla rodziców i dzieci:
1. Instytut Żywności i Żywienia (2021). Piramida Zdrowego Żywienia i Stylu Życia dla Dzieci i Młodzieży. Warszawa: IŻŻ.
 2. Główny Inspektorat Sanitarny (2020). Poradnik dla Rodziców: Jak Zapobiegać Nadwadze i Otyłości u Dzieci? Warszawa.
 3. Fundacja Szkoła na Widelcu (2021). Zdrowe Nawyki Żywnościowe u Dzieci – Poradnik dla Rodziców.
 4. Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej (2021). Edukacja Żywnościowa w Szkołach – Jak Skutecznie Wprowadzać Zdrowe Nawyki?

Z up. PREZYDENTA MIASTA

Marta Michalska-Wilk
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

**OŚWIADCZENIE O UCZĘSZCZANIU DZIECKA DO SZKOŁY PODSTAWOWEJ
W RADOMIU**

Oświadczam, że uczęszcza

(imię i nazwisko dziecka)

w roku szkolnym/ do szkoły

.....

(nazwa i adres szkoły)

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie
fałszywego oświadczenia

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Załącznik Nr 2

Karta udziału dziecka w programie polityki zdrowotnej pn: „Od-waga – Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży”

Część A

Dane rodzica/opiekuna prawnego

.....
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

II. Dane dziecka/uczestnika programu:

Nazwisko		Data urodzenia
Imię		/...../..... (dzień/miesiąc/rok)
Nr PESEL *		

* lub numer dokumentu tożsamości - w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Zgoda na udział dziecka w programie:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w programie polityki zdrowotnej pn: „Od-waga – Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży”.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Część B

Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie polityki zdrowotnej pn: „Od-waga - Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży” w trakcie jego trwania

Przyczyny rezygnacji	Podpis rodzica/opiekuna

Załącznik Nr 3

Kwestionariusz PAQ-C (Physical Activity Questionnaire for Children)

Instrukcja:

Odpowiedz na poniższe pytania, zaznaczając odpowiedź, która najlepiej opisuje Twoją aktywność fizyczną w ostatnich 7 dniach. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi. Odpowiadaj szczerze.

1. W których z poniższych zajęć uczestniczyłeś w ostatnich 7 dniach (w czasie wolnym, na WF lub poza szkołą)?

(Zaznacz wszystkie, które dotyczą Ciebie)

- ☐ Piłka nożna
- ☐ Koszykówka
- ☐ Siatkówka
- ☐ Pływanie
- ☐ Bieganie
- ☐ Rower
- ☐ Skakanie na skakance
- ☐ Jazda na rolkach/wrotkach
- ☐ Tańce
- ☐ Trening siłowy (np. pompki, podciąganie)
- ☐ Spacerowanie
- ☐ Ćwiczenia fitness (np. aerobik, joga)
- ☐ Inne (jakie? _____)

2. Jak często w ciągu ostatnich 7 dni wykonywałeś aktywność fizyczną na przerwach szkolnych?

(Odpowiedz, zaznaczając jedną opcję)

- ☐ Nie byłem aktywny
- ☐ Byłem trochę aktywny (np. kilka minut spaceru)
- ☐ Byłem umiarkowanie aktywny (np. bieganie, zabawy ruchowe)
- ☐ Byłem bardzo aktywny (np. intensywne gry zespołowe)

3. Jak często w ciągu ostatnich 7 dni uczestniczyłeś w lekcjach wychowania fizycznego (WF)?

- ☐ Nie miałem WF w tym tygodniu
- ☐ 1 lekcja
- ☐ 2 lekcje
- ☐ 3 lekcje
- ☐ 4 lub więcej lekcji

4. Jak często w ostatnich 7 dniach po szkole uczestniczyłeś w aktywnościach fizycznych?

- ☐ Nigdy
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 5-6 razy w tygodniu
- ☐ Codziennie

5. Jak często w ostatnich 7 dniach wykonywałeś aktywność fizyczną wieczorem (po kolacji)?

- ☐ Nigdy
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 5-6 razy w tygodniu
- ☐ Codziennie

6. W jaki sposób dojeżdżasz do szkoły?

- ☐ Zawsze samochodem/autobusem
- ☐ Czasami pieszo/rowerem, czasami samochodem
- ☐ Zazwyczaj pieszo/rowerem
- ☐ Zawsze pieszo/rowerem

7. W ostatni weekend (sobota i niedziela), ile czasu poświęciłeś na aktywność fizyczną?

- ☐ W ogóle
- ☐ Mniej niż 1 godzina
- ☐ 1-2 godziny
- ☐ 3-4 godziny

- Ponad 4 godziny

8. Jak byś ogólnie ocenił swoją aktywność fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni?

- Bardzo niska (praktycznie brak aktywności)
- Niska (sporadyczna aktywność)
- Umiarkowana (średnia aktywność)
- Wysoka (częste ćwiczenia)
- Bardzo wysoka (dużo aktywności każdego dnia)

9. Ile czasu spędziłeś przed ekranem (TV, komputer, telefon) w czasie wolnym w ostatnich 7 dniach?

- Ponad 4 godziny dziennie
- 2-4 godziny dziennie
- 1-2 godziny dziennie
- Mniej niż 1 godzina dziennie

Załącznik Nr 4

Kwestionariusz PAQ-A (Physical Activity Questionnaire for Adolescents)
(Kwestionariusz aktywności fizycznej dla młodzieży w wieku 14 - 19 lat)

Instrukcja:

Odpowiedz na poniższe pytania, zaznaczając odpowiedź, która najlepiej opisuje Twoją aktywność fizyczną w ostatnich 7 dniach. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi - odpowiadaj szczerze.

1. W których z poniższych zajęć uczestniczyłeś w ostatnich 7 dniach

(w czasie wolnym, na WF lub poza szkołą)?

(Zaznacz wszystkie, które dotyczą Ciebie)

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| ☐ Piłka nożna | ☐ Koszykówka | ☐ Siatkówka |
| ☐ Pływanie | ☐ Bieganie | ☐ Rower |
| ☐ Jazda na rolkach / wrotkach | ☐ Trening siłowy (np. pompki, siłownia) | |
| ☐ Ćwiczenia fitness (aerobik, joga, crossfit) | ☐ Taniec | |
| ☐ Sporty walki (boks, karate, judo) | ☐ Wspinaczka | |
| ☐ Spacerowanie / piesze wędrowki | ☐ Inne (jakie? _____) | |

2. Jak często w ciągu ostatnich 7 dni wykonywałeś aktywność fizyczną podczas przerw szkolnych?

- ☐ W ogóle nie byłem aktywny
- ☐ Byłem mało aktywny (np. stałem, siedziałem)
- ☐ Byłem umiarkowanie aktywny (np. kilka minut ruchu, rozciąganie)
- ☐ Byłem bardzo aktywny (np. gra w piłkę, intensywny ruch)

3. Jak często w ciągu ostatnich 7 dni uczestniczyłeś w lekcjach wychowania fizycznego (WF)?

- ☐ Nie miałem WF w tym tygodniu
- ☐ 1 lekcja
- ☐ 2 lekcje
- ☐ 3 lekcje
- ☐ 4 lub więcej lekcji

4. Jak często w ostatnich 7 dniach po szkole uczestniczyłeś w aktywnościach fizycznych (sportowych, rekreacyjnych, ruchowych)?

- ☐ Nigdy
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 5-6 razy w tygodniu
- ☐ Codziennie

5. Jak często w ostatnich 7 dniach wykonywałeś aktywność fizyczną wieczorem (po kolacji)?

- ☐ Nigdy
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 5-6 razy w tygodniu
- ☐ Codziennie

6. Jak zazwyczaj dojeżdżasz do szkoły?

- ☐ Zawsze samochodem/autobusem
- ☐ Czasami pieszo/rowerem, czasami samochodem
- ☐ Zazwyczaj pieszo/rowerem
- ☐ Zawsze pieszo/rowerem

7. W ostatni weekend (sobota i niedziela), ile czasu poświęciłeś na aktywność fizyczną?

- ☐ W ogóle
- ☐ Mniej niż 1 godzina
- ☐ 1-2 godziny
- ☐ 3-4 godziny
- ☐ Ponad 4 godziny

8. Jak byś ogólnie ocenił swoją aktywność fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni?

- ☐ Bardzo niska (praktycznie brak aktywności)
- ☐ Niska (sporadyczna aktywność)
- ☐ Umiarkowana (średnia aktywność)
- ☐ Wysoka (częste ćwiczenia)
- ☐ Bardzo wysoka (dużo aktywności każdego dnia)

9. Ile czasu spędziłeś przed ekranem (TV, komputer, telefon) w czasie wolnym w ostatnich 7 dniach?

- ☐ Ponad 4 godziny dziennie
- ☐ 2-4 godziny dziennie
- ☐ 1-2 godziny dziennie
- ☐ Mniej niż 1 godzina dziennie

Informacja końcowa:

PAQ-A to jedno z najlepiej udokumentowanych narzędzi do oceny poziomu aktywności fizycznej wśród młodzieży w wieku 14-19 lat. Kwestionariusz znajduje zastosowanie zarówno w badaniach populacyjnych, jak i w praktyce edukacyjno-zdrowotnej.

Załącznik Nr 5

Kwestionariusza QEB – czyli Kwestionariusza Badającego Zwyczaje Żywieniowe i Zachowania Żywieniowe (ang. Questionnaire of Eating Behaviors – QEB), opracowanego przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie.

KWESTIONARIUSZ QEB

(Kwestionariusz Badający Zwyczaje Żywieniowe i Zachowania Żywieniowe)
Wersja dla młodzieży / uczniów

Część I. Częstotliwość spożycia produktów (w ciągu ostatnich 7 dni)

Jak często spożywałeś/łaś poniższe produkty?

Odpowiedzi:

- A – nigdy lub prawie nigdy
- B – 1-3 razy w tygodniu
- C – 4-6 razy w tygodniu
- D – raz dziennie
- E – 2 razy dziennie lub więcej

1. Warzywa surowe lub gotowane
2. Owoce świeże
3. Pieczywo razowe, produkty pełnoziarniste
4. Produkty mleczne (np. mleko, jogurt, kefir, ser)
5. Mięso, ryby, jaja, nasiona roślin strączkowych
6. Słodycze (batony, cukierki, ciasta, itp.)
7. Słone przekąski (chipsy, paluszki, krakersy, orzeszki solone)
8. Napoje słodzone (soki, napoje gazowane, energetyczne)

Część II. Zachowania żywieniowe

Oceń, jak często zachowujesz się w sposób opisany poniżej.

Odpowiedzi:

- A - nigdy
- B - rzadko
- C - czasami
- D - często
- E - zawsze

9. Jem śniadanie przed wyjściem do szkoły

10. Jem drugie śniadanie w szkole

11. Jem 4-5 posiłków dziennie

12. Podjadam między posiłkami

13. Zwracam uwagę na wartość odżywczą produktów

14. Czytam etykiety na produktach spożywczych

15. Piję wodę jako główny napój

16. Ograniczam spożycie słodczy i słonych przekąsek

17. Staram się jeść zdrowo, nawet poza domem (np. w szkole, restauracji)

18. Spożywam fast foody (hamburgery, frytki, pizza, kebab)

Wersja kwestionariusza edukacyjnego do wykorzystania przed i po warsztatach w programie polityki zdrowotnej dla uczniów klas 4 - 8 szkół podstawowych. Pytania zostały opracowane z uwzględnieniem tematów omawianych podczas spotkań z dietetykiem, fizjoterapeutą, psychologiem i lekarzem zajmującym się leczeniem nadwagi i otyłości. Każde pytanie zawiera pełniejsze treści i bardziej zniuansowane odpowiedzi – odpowiednie dla starszych uczniów szkoły podstawowej.

Kwestionariusz wiedzy o zdrowiu - PRZED/PO warsztatach

Grupa wiekowa: uczniowie klas 4 - 8 szkoły podstawowej

Imię i pierwsza litera nazwiska: _____

Klasa: _____ Data: _____

Wersja testu: ☐ Przed warsztatami ☐ Po warsztatach

Instrukcja: Przeczytaj uważnie każde pytanie i zaznacz jedną poprawną odpowiedź.

1. Dlaczego codzienne spożywanie warzyw i owoców jest ważne dla zdrowia?

- A. Ponieważ są kolorowe i ładnie wyglądają na talerzu
- B. Ponieważ dostarczają witamin, składników mineralnych i błonnika, które wspierają odporność i trawienie
- C. Ponieważ mają dużo cukru i energii

2. Co oznacza „zdrowe odżywianie”?

- A. Jedzenie tylko warzyw i picie wody
- B. Spożywanie różnych produktów w odpowiednich ilościach, unikanie nadmiaru cukru i tłuszczu
- C. Jedzenie tyle, ile się chce, jeśli nie jest się głodnym

3. Dlaczego nie należy jeść zbyt dużo słodczy i słodzonych napojów?

- A. Bo są drogie i niezdrowe dla zębów
- B. Ponieważ zawierają dużo cukru, który może prowadzić do nadwagi, próchnicy i problemów z trawieniem
- C. Bo nie pasują do obiadu

4. Ile posiłków dziennie powinno jeść dziecko w wieku szkolnym?

- A. Jeden - najważniejszy to obiad
- B. Trzy posiłki i dwie zdrowe przekąski, w regularnych odstępach czasu
- C. Tyle, ile zmieści w ciągu dnia

5. Co może oznaczać, że ktoś „zajada stres”?

- A. Że je, kiedy naprawdę jest głodny
- B. Że je wtedy, kiedy się nudzi lub jest smutny, zamiast z głodu
- C. Że lubi jeść przed snem

6. Co może pomóc osobie, która często je w odpowiedzi na stres lub emocje?

- A. Odstawienie wszystkich posiłków na kilka dni
- B. Rozmowa z psychologiem, nauka radzenia sobie ze stresem w inny sposób niż jedzenie
- C. Picie słodzonych napojów zamiast jedzenia

7. Dlaczego sen jest ważny dla zdrowia dzieci i młodzieży?

- A. Bo w nocy nie ma lekcji
- B. Sen pomaga odpocząć, wspiera koncentrację, rozwój mózgu i prawidłowe

funkcjonowanie organizmu

C. Bo jest formą rozrywki

8. Ile godzin snu na dobę potrzebuje przeciętne dziecko w wieku szkolnym?

A. Około 4 godzin – tyle wystarczy

B. 9-11 godzin snu, najlepiej w nocy

C. Tyle, ile się zmieści między lekcjami

9. Co to jest aktywność fizyczna?

A. Każdy ruch ciała, np. spacer, jazda na rowerze, gra w piłkę, taniec

B. Tylko ćwiczenia na siłowni

C. Tylko lekcje WF

10. Dlaczego codzienny ruch jest ważny?

A. Ponieważ jest obowiązkowy w szkole

B. Ponieważ pomaga utrzymać zdrową masę ciała, poprawia nastrój i wzmacnia mięśnie i serce

C. Ponieważ po wysiłku można jeść więcej

11. Ile minut aktywności fizycznej dziennie zaleca się dzieciom i młodzieży?

A. Minimum 60 minut umiarkowanej lub intensywnej aktywności fizycznej

B. 10 minut, by się tylko poruszać

C. Tyle, ile trwa przerwa w szkole

12. Czym może skutkować nadwaga lub otyłość u dzieci?

A. Tylko zmianą wyglądu

B. Problemami zdrowotnymi, np. z sercem, stawami, układem hormonalnym, a także obniżeniem samooceny

C. Zwiększoną siłą fizyczną

13. Co to jest BMI i jak się go używa u dzieci?

A. To test sportowy

B. To wskaźnik masy ciała, który u dzieci porównuje się z siatkami centylowymi, by ocenić, czy waga jest odpowiednia do wieku i wzrostu

C. To jednostka długości

14. Kto powinien pomóc, jeśli dziecko ma problemy z masą ciała lub zdrowiem z nią związanym?

A. Tylko rodzice

B. Zespół specjalistów – lekarz, dietetyk, psycholog, fizjoterapeuta

C. Znani sportowcy z Internetu

15. Dlaczego warto rozmawiać z dorosłymi o zdrowiu, stresie i emocjach?

A. Bo wtedy można uniknąć trudnych tematów

B. Bo dorośli mogą pomóc zrozumieć, co się dzieje i jak sobie radzić ze stresem, snem i zdrowiem

C. Bo to obowiązek

Test edukacyjny dla uczniów szkół ponadpodstawowych (klasy 1 - 5)

Test służy do oceny poziomu wiedzy przed i po warsztatach realizowanych w programie polityki zdrowotnej. Obejmuje zagadnienia poruszane przez dietetyka, fizjoterapeutę, psychologa oraz lekarza zajmującego się leczeniem nadwagi i otyłości.

Kwestionariusz edukacyjny (przed / po warsztatach)

Grupa wiekowa: uczniowie szkół ponadpodstawowych (klasy 1- 5)

Imię i pierwsza litera nazwiska: _____

Klasa: _____ Data: _____

Wersja: ☐ przed warsztatami ☐ po warsztatach

Instrukcja: Zaznacz tylko jedną poprawną odpowiedź w każdym pytaniu.

I. Żywienie i dietetyka

1. Co oznacza pojęcie „zbilansowana dieta”?

- A. Dieta składająca się wyłącznie z warzyw
- B. Dieta o stałych godzinach, bez słodczy
- C. Dieta dostarczająca organizmowi odpowiednią ilość energii, białka, tłuszczu, węglowodanów, witamin i składników mineralnych
- D. Dieta oparta na suplementach

2. Które produkty są źródłem węglowodanów złożonych?

- A. Cukier, słodczy
- B. Płatki kukurydziane
- C. Białe pieczywo
- D. Kasze, brązowy ryż, pełnoziarniste pieczywo

3. Czym grozi nadmierne spożycie cukru prostego (np. z napojów słodzonych)?

- A. Niczym – to szybka energia
- B. Zwiększonym ryzykiem otyłości, próchnicy, insulinooporności
- C. Zwiększeniem siły mięśni
- D. Poprawą pamięci

4. Ile posiłków dziennie powinien spożywać aktywny nastolatek?

- A. 1-2
- B. 3
- C. 4-5
- D. Tyle, ile chce

5. Które zachowanie świadczy o zaburzeniach odżywiania?

- A. Regularne jedzenie warzyw
- B. Eliminacja całych grup produktów bez wskazań medycznych, ukrywanie jedzenia, obsesja na punkcie masy ciała

- C. Picie dużej ilości wody
- D. Brak apetytu przez jeden dzień

II. Aktywność fizyczna

6. Jaka forma ruchu najlepiej wspiera kontrolę masy ciała i poziomu cukru we krwi?

- A. Spacer, jazda na rowerze, taniec – wykonywane regularnie
- B. Krótkie intensywne ćwiczenia raz w tygodniu
- C. Ćwiczenia tylko na siłowni
- D. Unikanie wysiłku, by nie spalić kalorii

7. Co oznacza termin „aktywność fizyczna umiarkowana”?

- A. Leżenie na kanapie
- B. Marsz, jazda na rowerze, szybki spacer – przez min. 30 minut
- C. Ćwiczenia tylko w szkole
- D. Intensywny trening siłowy

8. Jakie są korzyści zdrowotne regularnej aktywności fizycznej?

- A. Wzrost glukozy we krwi
- B. Zmniejszenie masy mięśniowej
- C. Poprawa wydolności, lepsza gospodarka cukrowa, poprawa nastroju
- D. Zwiększone ryzyko kontuzji

9. Ile minut aktywności fizycznej dziennie zaleca się młodzieży w wieku 14-18 lat?

- A. 10 minut
- B. 20 minut
- C. Minimum 60 minut
- D. 120 minut

10. Jak ruch wpływa na organizm osoby z nadwagą?

- A. Zwiększa magazynowanie tłuszczu
- B. Nie wpływa na zdrowie
- C. Zmniejsza insulinooporność, poprawia samopoczucie, wspiera redukcję masy ciała
- D. Zwiększa ciśnienie tętnicze

III. Psychologia i sen

11. Dlaczego sen jest ważny dla zdrowia?

- A. Nie ma większego znaczenia
- B. Pomaga tylko przy chorobach
- C. Wpływa na metabolizm, poziom stresu, koncentrację i masę ciała
- D. Działa jak środek dopingujący

12. Czym jest „zajadanie emocji”?

- A. Jedzeniem z powodu głodu
- B. Spożywaniem jedzenia w odpowiedzi na emocje, takie jak stres, smutek, nuda

- C. Racjonalnym planowaniem posiłków
- D. Unikaniem jedzenia

13. Jakie objawy mogą świadczyć o stresie u młodej osoby?

- A. Brak łaknienia lub nadmierny apetyt, bezsenność, drażliwość
- B. Tylko ból brzucha
- C. Poprawa wyników sportowych
- D. Obniżona temperatura ciała

IV. Medycyna i otyłość

14. W jaki sposób lekarz diagnozuje nadwagę lub otyłość u nastolatka?

- A. Na podstawie BMI i siatek centylowych
- B. Po jednym spojrzeniu
- C. Tylko na podstawie wzrostu
- D. Przez pomiar ciśnienia

15. Które z poniższych chorób mogą być skutkiem otyłości w wieku młodzieńczym?

- A. Próżnica
- B. Choroby serca, cukrzyca typu 2, nadciśnienie, problemy hormonalne
- C. Grypa
- D. Alergie sezonowe

ANKIETA DLA RODZICÓW

Prosimy o udzielenie szczerych odpowiedzi na poniższe pytania. Celem ankiety jest ocena poziomu wiedzy i skuteczności warsztatów dotyczących nadwagi i otyłości u dzieci oraz wsparcia, jakiego potrzebują rodzice.

Dotyczy spotkań edukacyjnych w ramach programu polityki zdrowotnej pn: „Od-waga - Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży”

Wersja: ☐ PRZED warsztatami ☐ PO warsztatach

Data: _____

Wiek dziecka: _____

Płeć dziecka: ☐ Dziewczynka ☐ Chłopiec

Klasa: _____

CZĘŚĆ I - Wiedza o chorobie otyłościowej

(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

1. Czy uważa Pan/Pani, że otyłość u dzieci to poważna choroba wymagająca leczenia?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

2. Czy zna Pan/Pani terminy: „nadwaga” i „otyłość” oraz ich różnicę?

☐ Tak ☐ Nie

3. Co według Pana/Pani jest główną przyczyną otyłości u dzieci?

- ☐ Złe nawyki żywieniowe i brak ruchu
- ☐ Czynniki genetyczne
- ☐ Problemy psychiczne i stres
- ☐ Wszystkie powyższe

4. Jakie powikłania zdrowotne mogą występować u dzieci z otyłością?

(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- ☐ Nadciśnienie tętnicze
- ☐ Cukrzyca typu 2
- ☐ Zaburzenia hormonalne
- ☐ Problemy emocjonalne i niska samoocena
- ☐ Nie wiem

5. Jakie specjalności lekarskie i terapeutyczne są ważne w leczeniu otyłości dziecięcej?

- ☐ Lekarz pediatra
- ☐ Dietetyk
- ☐ Psycholog

- ☐ Fizjoterapeuta
- ☐ Wszyscy powyżej

6. Czy według Pana/Pani leczenie otyłości dziecka powinno być prowadzone przez:

- ☐ Samego lekarza rodzinnego
- ☐ Zespół specjalistów w trybie stałym
- ☐ Rodzinę bez wsparcia specjalistów

7. Czy wie Pan/Pani, że w niektórych przypadkach stosuje się leki w leczeniu otyłości dziecięcej?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie jestem pewien/pewna

CZĘŚĆ II - Postawy i zaangażowanie rodzica

8. Czy rozmawiacie w domu z dzieckiem o zdrowym stylu życia?

- ☐ Tak, często
- ☐ Czasami
- ☐ Rzadko lub nigdy

9. Czy wspólnie planujecie zdrowe posiłki w rodzinie?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Tylko w weekendy

10. Czy dziecko ma ustalone godziny jedzenia posiłków i snu?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Staramy się, ale nie zawsze się udaje

11. Czy zachęca Pan/Pani dziecko do codziennej aktywności fizycznej?

- ☐ Tak, codziennie
- ☐ Sporadycznie
- ☐ Raczej nie

12. Czy jako rodzic czuje się Pan/Pani wystarczająco przygotowany, by wspierać dziecko w zmianie stylu życia?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Potrzebuję więcej wiedzy i wsparcia

13. Czy uważa Pan/Pani, że emocje i stres mają wpływ na to, co i jak dziecko je?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie jestem pewien/pewna

14. Czy dziecko było/jest oceniane negatywnie przez otoczenie z powodu swojej wagi?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie wiem

15. Jak ocenia Pan/Pani swoje zaangażowanie w proces leczenia dziecka?

- ☐ Bardzo duże - jestem aktywnym uczestnikiem
- ☐ Umiarkowane - wspieram, gdy jestem proszony
- ☐ Niskie - trudno mi się zaangażować

CZĘŚĆ III - Pytanie otwarte (opcjonalne)

16. Jakie informacje lub formy pomocy byłyby dla Pana/Pani najbardziej potrzebne, by skutecznie wspierać dziecko w leczeniu otyłości?

.....

.....

.....

.....

**ANKIETA OCENY I SATYSFAKCJI Z PROGRAMU PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ PN:
„OD-WAGA - KOMPLEKSOWE LECZENIE NADWAGI I OTYŁOŚCI U DZIECI I MŁODZIEŻY”**

Uwaga: Ankieta jest anonimowa. Zebrane odpowiedzi posłużą do oceny i udoskonalenia programu.

I. Informacje ogólne

1. Czy jesteś:

- ☐ Uczniem szkoły podstawowej
- ☐ Uczniem szkoły ponadpodstawowej
- ☐ Rodzicem / opiekunem dziecka

2. W jakiej szkole realizowano program?

Nazwa szkoły i miejscowość:

II. Ocena programu warsztatowego

Zaznacz stopień swojej zgody z poniższymi stwierdzeniami (1 - zdecydowanie nie, 5 - zdecydowanie tak):

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Program był interesujący i angażujący	☐	☐	☐	☐	☐
Zdobyłem(am) przydatną wiedzę o zdrowym stylu życia	☐	☐	☐	☐	☐
Warsztaty były dobrze zorganizowane	☐	☐	☐	☐	☐
Prowadzący (specjaliści) byli kompetentni i życzliwi	☐	☐	☐	☐	☐
Zajęcia były dostosowane do wieku uczestników	☐	☐	☐	☐	☐
Zajęcia miały wpływ na moje codzienne nawyki	☐	☐	☐	☐	☐

III. Ocena poszczególnych warsztatów

Oceń każdy z warsztatów w skali od 1 (bardzo słaby) do 5 (bardzo dobry):

- Warsztaty z dietetykiem: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Warsztaty z psychologiem: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Warsztaty z trenerem aktywności fizycznej: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Warsztaty z diabetologiem: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

IV. Opinie i sugestie

1. Czy chciał(a)byś, aby podobne programy były realizowane w przyszłości?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie mam zdania

2. Jak często powinny się odbywać takie zajęcia?

☐ Raz w roku ☐ Każde półrocze ☐ Częściej niż 2 razy w roku

3. Które tematy chciał(a)byś rozszerzyć lub dodać do programu?

.....

.....

4. Czy coś Ci się szczególnie podobało lub nie podobało?

.....

.....

5. Co można byłoby poprawić w przyszłości?

.....

.....

.....

V. Dodatkowe komentarze

(Miejsce na dowolne spostrzeżenia, refleksje uczestnika)

VI. Treść warsztatów i propozycje rozszerzenia programu

1. Czy treść warsztatów była zrozumiała i wyczerpująca?

☐ Zdecydowanie tak ☐ Raczej tak ☐ Raczej nie ☐ Zdecydowanie nie

2. Czy informacje były dostosowane do wieku uczestników?

☐ Zdecydowanie tak ☐ Raczej tak ☐ Raczej nie ☐ Zdecydowanie nie

3. Czy poruszane tematy były ciekawe i przydatne?

☐ Zdecydowanie tak ☐ Raczej tak ☐ Raczej nie ☐ Zdecydowanie nie

Co chciał(a)byś dołączyć do programu?

(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- ☐ Więcej praktycznych zajęć kulinarnych / gotowania zdrowych posiłków
- ☐ Zajęcia z zarządzania stresem i emocjami
- ☐ Warsztaty o higienie cyfrowej / uzależnieniach od ekranów
- ☐ Więcej aktywności ruchowej (np. joga, taniec, sporty zespołowe)
- ☐ Nauka technik relaksacyjnych / oddechowych
- ☐ Spotkanie z lekarzem pediatrą lub internistą
- ☐ Zajęcia na temat zdrowego snu i rytmu dobowego
- ☐ Inne (jakie?): _____

Uwagi uczestnika:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Załącznik Nr 10

Formularz Oceny Nadwagi i Otyłości u Dzieci - Etap Przesiewowy

I. Dane dziecka

- Imię i nazwisko: _____
- Data urodzenia: _____ Wiek: _____ Płeć: ☐ chłopiec ☐ dziewczynka
- Szkoła / klasa: _____

II. Pomiar antropometryczny

- Masa ciała (kg): _____
- Wzrost (cm): _____
- Obliczone BMI: _____
- Centyl BMI wg siatek WHO/IMiDz: _____

Interpretacja (zaznacz odpowiednią opcję):

- ☐ Niedowaga (< 5 centyl)
- ☐ Prawidłowa masa ciała (5-84 centyl)
- ☐ Nadwaga (85-94 centyl)
- ☐ Otyłość (≥ 95 centyl)

III. Analiza składu ciała (opcjonalnie)

- Tkanka tłuszczowa (%): _____
- Masa mięśniowa (kg): _____
- Nawodnienie (%): _____
- Typ urządzenia: _____

IV. Pomiar dodatkowy (opcjonalnie)

- Ciśnienie tętnicze (mmHg): _____ / _____
- Glukoza (mg/dL): _____
- Data i godzina pomiaru: _____

V. Wnioski i zalecenia

Zalecenia dla dziecka / opiekunów:

.....

.....

.....

.....

Czy dziecko wymaga konsultacji specjalistycznej?

Kwalifikacja do programu interwencji multikomponentowej:

☐ TAK ☐ NIE

VI. Personel dokonujący oceny

• Imię i nazwisko osoby dokonującej pomiaru:

• Stanowisko: _____

• Data wypełnienia formularza: _____

ANKIETA ZDROWOTNA DLA RODZICÓW / OPIEKUNÓW UCZNIÓW

Program polityki zdrowotnej – Profilaktyka nadwagi i otyłości

Ankieta jest poufna i będzie wykorzystana wyłącznie do celów zdrowotnych w ramach programu.

DANE DZIECKA

- Imię i nazwisko dziecka: _____
- Wiek: _____ Płeć: ☐ chłopiec ☐ dziewczynka
- Klasa i szkoła: _____

1. Informacje dotyczące masy ciała dziecka

1. Czy u dziecka była kiedyś rozpoznana nadwaga lub otyłość przez lekarza lub pielęgniarkę?

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

2. Czy zauważa Pan/Pani, że dziecko:

- ☐ ma trudności z utrzymaniem prawidłowej masy ciała?
- ☐ często spożywa duże porcje lub przekąski między posiłkami?
- ☐ mało się rusza (spędza dużo czasu przed ekranem)?
- ☐ unika aktywności fizycznej lub szybko się męczy?

3. Jak ocenił(a)by Pan/Pani masę ciała dziecka?

- ☐ Zbyt niska ☐ Prawidłowa ☐ Zbyt wysoka

2. Styl życia i odżywianie

4. Ile porcji warzyw i owoców dziennie spożywa dziecko?

- ☐ 0-1 ☐ 2-3 ☐ 4 lub więcej

5. Jak często dziecko spożywa:

- Napoje słodzone: ☐ Codziennie ☐ 1-3 razy/tyg. ☐ Rzadko / Nigdy
- Fast food: ☐ Codziennie ☐ 1-3 razy/tyg. ☐ Rzadko / Nigdy
- Śniadanie przed szkołą: ☐ Zawsze ☐ Czasem ☐ Nigdy

6. Czy dziecko uczestniczy w regularnej aktywności fizycznej (min. 2× w tygodniu)?

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Sporadycznie

3. Czynniki rodzinne i zdrowotne

7. Czy w najbliższej rodzinie występują przypadki:

☐ Otyłości ☐ Cukrzycy typu 2 ☐ Nadciśnienia ☐ Innych chorób metabolicznych

8. Czy dziecko przyjmuje leki na stałe?

☐ Nie ☐ Tak, jakie: _____

9. Czy w ostatnich 12 miesiącach lekarz zalecał dziecku ograniczenie masy ciała?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4. Inne informacje (opcjonalne)

10. Czy chciał(a)by Pan/Pani, aby dziecko:

- ☐ Zostało objęte indywidualną opieką dietetyczną
- ☐ Skorzystało z konsultacji z psychologiem
- ☐ Uczestniczyło w dodatkowych zajęciach ruchowych

11. Uwagi / opinia rodzica:

.....

.....

.....

Zgoda na udział w programie (opcjonalna)

☐ Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w programie zdrowotnym, w tym na udział w interwencji multikomponentarnej (dietetyk, psycholog, specjalista ds. aktywności fizycznej)

Data: _____

Podpis rodzica / opiekuna: _____

Załącznik Nr 12

Ankieta przesiewowa - pytania do dziecka/młodzieży (wywiad do etapu badania przesiewowego)

A. Historia rodziny i troska rodziców

1. Czy w Twojej rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie) ktoś ma lub miał nadwagę albo otyłość?
2. Czy Twoi rodzice lub opiekunowie martwią się o Twoją wagę?
3. Czy w domu rozmawiacie o tym, jak zdrowo się odżywiać?

B. Choroby towarzyszące i leki

4. Czy masz zdiagnozowane choroby (np. cukrzyca, choroby tarczycy, nadciśnienie)?
5. Czy regularnie bierzesz jakieś leki? Jakież?
6. Czy lekarz mówił Ci kiedyś, że Twoja waga może wpływać na Twoje zdrowie?

C. Wzorce żywieniowe

7. Ile posiłków jesz zazwyczaj w ciągu dnia?
8. Co najczęściej jesz na śniadanie?
9. Ile razy w tygodniu jesz słodkie, chipsy, fast food?
10. Czy pijesz słodkie napoje (np. cola, energetyki, napoje gazowane)? Jak często?

D. Aktywność fizyczna

11. Ile czasu dziennie spędzasz na aktywności fizycznej (np. sport, rower, zabawa na dworze)?
12. Czy chodzisz na zajęcia sportowe poza szkołą? Jakież?
13. Ile czasu w ciągu dnia spędzasz przed komputerem, telefonem lub telewizorem?

E. Kondycja psychiczna

14. Jak zazwyczaj się czujesz – wesoły/a, spokojny/a czy raczej smutny/a, zestresowany/a?
15. Czy martwisz się swoją wagą?
16. Czy ktoś w szkole dokucza Ci z powodu wyglądu?

F. Sen

17. O której godzinie zazwyczaj chodzisz spać w dni nauki szkolnej?
18. Ile godzin zwykle śpisz każdej nocy?
19. Czy łatwo zasypiasz i czy budzisz się wypoczęty/a?

Wykaz ankiet i kwestionariuszy

Załącznik Nr 1

Oświadczenie o uczęszczaniu dziecka do szkoły w Radomiu

Załącznik Nr 2

Karta udziału dziecka w programie polityki zdrowotnej pn: „Od-waga - Kompleksowe leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży”

Załącznik Nr 3

Kwestionariusz PAQ-C (Physical Activity Questionnaire for Children) klasy 4 - 8SP

Załącznik Nr 4

Kwestionariusz PAQ-A (Physical Activity Questionnaire for Adolescents)

(Kwestionariusz aktywności fizycznej dla młodzieży 14-19 lat)

Załącznik Nr 5

Kwestionariusza QEB - czyli Kwestionariusza Badającego Zwyczaje Żywieniowe i Zachowania Żywieniowe (ang. Questionnaire of Eating Behaviors - QEB), opracowanego przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie

Załącznik Nr 6

Kwestionariusz wiedzy o zdrowiu - PRZED / PO warsztatach dla uczniów klas 4 - 8 szkoły podstawowej

Załącznik Nr 7

Test edukacyjny dla uczniów szkół ponadpodstawowych (klasy 1- 5), który służy do oceny wiedzy przed i po warsztatach realizowanych w programie polityki zdrowotnej

Załącznik Nr 8

Ankieta dla rodziców

Załącznik Nr 9

Ankieta oceny i satysfakcji z programu edukacyjno-zdrowotnego

Załącznik Nr 10

Formularz Oceny Nadwagi i Otyłości u Dzieci – etap przesiewowy

Załącznik Nr 11

Ankieta zdrowotna dla rodziców/opiekunów uczniów

Załącznik Nr 12

Ankieta przesiewowa – pytania do dziecka/młodzieży-wywiad do etapu badania przesiewowe