

**UCHWAŁA NR XLV/468/2021
RADY MIEJSKIEJ MIELNA**

z dnia 14 grudnia 2021 r.

w sprawie przyjęcia programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Mielno na lata 2022-2026

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021r. poz. 1285 ze zm.), art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2021r. poz. 1372 ze zm.), Rada Miejska Mielna uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji wieloletni program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Mielno na lata 2022-2026, który stanowi załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Mielna.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miejskiej Mielna

Tadeusz Jarząbek



załącznik do uchwały Nr XLV/468/2021
Rady Miejskiej Mielna
z dnia 14 grudnia 2021r.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Mielno na lata 2022-2026

1. **Nazwa programu:**
Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Mielno na lata 2022-2026
2. **Okres realizacji programu:** 2022-2026
3. **Autorzy programu:** dr hab. n. o zdr. Joanna Woźniak-Holecka, dr n. o zdr. Karolina Sobczyk
4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

Gmina Mielno nie realizowała dotychczas programów zdrowotnych o tematyce nadwagi i otyłości.
5. **Dane kontaktowe:**
Urząd Miejski w Mielnie
ul. B. Chrobrego 10
76-032 Mielno
tel. 94 345 98 30
fax: 94 345 98 34
e-mail: um@gmina.mielno.pl
6. **Data opracowania programu:** II kwartał 2021

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Nadwaga i otyłość w odniesieniu do populacji rozwojowej stanowi obecnie szczególnie niepokojący problem zdrowotny. Otyłość jest to stan patologicznego zwiększenia masy tkanki tłuszczowej w organizmie w wyniku hiperplazji, czyli zwiększania się liczby komórek tłuszczowych lub hipertrofii adipocytów, kiedy to poszerzają one swoją objętość (oba zjawiska występują w populacji uczniów równocześnie)¹. Etiologia otyłości jest wieloczynnikowa, a powstawanie otyłości to zazwyczaj proces długotrwały, gdzie na predyspozycję genetyczną nakładają się czynniki epigenetyczne. Szacuje się, że tylko 5% otyłości jest warunkowana genetycznie, a pozostałe przyczyny mają charakter pozagenowy i są to takie czynniki jak: środowisko wewnątrzmaciczne, sposób karmienia w okresie niemowlęcym, nawyki żywieniowe w późniejszym okresie oraz aktywność fizyczna dziecka i jego rodziny². Obecnie za czynnik ryzyka otyłości u uczniów uważa się również występowanie otyłości u rodziców (ryzyko na poziomie 70%)³, co ma związek z dietą realizowaną w gospodarstwie domowym oraz niskim poziomem świadomości zdrowotnej rodziców.

W związku z pojawieniem się COVID-19 należy się spodziewać nasilenia problemu nadwagi i otyłości u uczniów. Nauka zdalna, brak zajęć wychowania fizycznego, izolacja uczniów w domach, to czynniki będące długofalowymi skutkami pandemii. Z najnowszych badań wynika, że problem z otyłością mają już 124 miliony uczniów i nastolatków na całym świecie. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że w przypadku utrzymania obecnych trendów, do 2025 roku na świecie będzie ok. 70 mln uczniów do 5 roku życia z nadmierną masą ciała⁴.

Większość (90%) wszystkich przypadków u uczniów cechuje otyłość prosta – wynikająca z nadkonsumpcji pokarmów. Otyłość wtórna, niezależna od ilości spożywanej energii, jest najczęściej objawem zaburzeń hormonalnych, takich jak np. niedoczynność tarczycy, niedobór hormonów wzrostu czy zespół Cushinga lub chorób ośrodkowego układu nerwowego, np. ciężkiego uszkodzenia mózgu z brakiem aktywności ruchowej⁵.

Wyróżnia się dwa typy otyłości, cechujące się odmiennym ryzykiem powikłań i zapadalności na choroby cywilizacyjne. Typ brzuszny (androidalny, centralny, wisceralny, tzw. typ „jabłko”) charakteryzuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej głównie w okolicy zaotrzewnowej i związany jest z większym ryzykiem rozwoju powikłań naczyniowo-sercowych oraz zespołu metabolicznego i niektórych nowotworów. Otyłość trzewną rozpoznaje się, jeżeli wartość pomiaru obwodu talii przekracza 90 centyl dla płci i wieku. Typ pośladkowo-udowy (gynoidalny, obwodowy, tzw. typ „gruszka”) wiąże się z lokalizacją tkanki tłuszczowej w okolicach bioder i pośladków i występuje częściej u kobiet. Fizjologicznie, w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa, dominuje obwodowy typ otyłości, który wraz z wiekiem ulega stopniowej przemianie w kierunku typu centralnego⁶. Brzuszny typ otyłości jest szczególnie niebezpieczny dla zdrowia, ponieważ gromadzenie centralne tłuszczu u uczniów i młodzieży ma związek z niekorzystnym profilem lipidowym i stężeniem lipoprotein, wyższym ciśnieniem tętniczym, miażdżycą, a także większą masą lewej komory serca. Krytycznym okresem dla rozwoju otyłości ogólnego i kształtowania się rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie jest dojrzewanie. Szybkość i sposób redystrybucji tkanki tłuszczowej różni się w zależności od płci, u dziewcząt tkanka tłuszczowa rozmieszczona jest głównie w dolnej połowie ciała (biodra, pośladki) i jej masa rośnie z wiekiem aż do zakończenia okresu dojrzewania, natomiast u chłopców mamy do czynienia z bardziej centralnym typem otyłości (głównie górna połowa ciała: kark, ramiona, podbrzusze)⁷.

Coraz częstsze występowanie otyłości wiąże się z przesunięciem czasu ich pojawienia się u młodszych grup wiekowych. Problemy zdrowotne związane z otyłością wśród uczniów to m.in.: otyłość w wieku dorosłym (otyłość w wieku 6 lat zapowiada w około 25% otyłość w wieku dorosłym, otyłość w

¹ Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613

² Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2005; 90: 1871–1887.

³ Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. Can. Fam. Physician. 2006; 52: 322–328.

⁴ Andrew G. Rundle, Yoosun Park, Julie B. Herbstman, Eliza W. Kinsey, Y. Claire Wang. COVID-19 Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. Obesity, 2020.

⁵ Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka... op. cit. str. 614

⁶ Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. Nutritional J 2007, 9: 345-356.

⁷ Bryl W, Hoffman K, Miczek A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku– epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Przew Lek 2006, 9: 91-95

wieku 12 lat zapowiada aż w 75% otyłość w wieku dojrzałym), nadciśnienie tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, cukrzyca typu 2, wady postawy, dodatkowo problemy natury psychologicznej (izolacja, wykluczenie społeczne, depresja)⁸.

Ocena stopnia otyłości u uczniów i młodzieży powinna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego, wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy, przebieg wzrastania, dojrzewania i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej⁹. Nadwagę i otyłość w tej grupie wiekowej diagnozuje się na podstawie wskaźnika BMI (Body Mass Index – wskaźnik masy ciała) w oparciu o siatki centylowe, umożliwiające ocenę rozwoju fizycznego uczniów i młodzieży od urodzenia do 19 lat. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$). Zgodnie z zaleceniami National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w przypadku uczniów i młodzieży BMI pomiędzy 90-97 centylem oznacza nadwagę, a powyżej 97 centyla - otyłość, wg WHO u uczniów i młodzieży w wieku 5-19 lat nadwaga definiowana jest jako >85 centyla BMI a otyłość >97 centyla BMI¹⁰. Otyłość stwierdza się także na podstawie stopnia otłuszczenia, gdzie w przypadku uczniów stosuje się najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów¹¹.

Profilaktyka otyłości u uczniów polega na realizacji zaleceń dotyczących równowagi pomiędzy spożyciem kalorii i ich wydatkowaniem oraz utrzymaniem prawidłowego tempa wzrastania, jak również promowania wysiłku fizycznego i ograniczenia czasu spędzanego biernie. Niezmiernie ważnym czynnikiem jest również osiągnięcie trwałej zmiany nawyków żywieniowych u dziecka i jego rodziny, co gwarantuje długofalowy sukces w utrzymywaniu należytej masy ciała.

2. Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym w ciągu ostatniego trzydziestolecia przybrała formę epidemii. Raport The International Obesity Task Force opracowany w roku 2008 wskazuje, że co piąte europejskie dziecko ma nadwagę lub jest otyłe, a co roku przybywa około 400 000 nowych przypadków nadwagi i otyłości dziecięcej¹². Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że otyłych jest już 15 milionów uczniów i nastolatków (10% populacji) a nadwaga to najpowszechniej występujący problem zdrowotny wieku dziecięcego w Europejskim Regionie WHO¹³.

W krajach Europy Zachodniej odsetek otyłych chłopców i dziewcząt w wieku 15 lat wynosi odpowiednio: 5,1% i 4,4% w Austrii, 5,2% i 5,8% w Belgii, 3,2% i 6,5% w Danii, 2,7% i 4% we Francji, 5,4% i 5,1% w Niemczech. W krajach Europy Południowej odsetki te są wyższe, na przykład w Grecji wynoszą 10,8% i 5,5%, a w Portugalii – 5,2% i 6,7%. Częstość nadwagi w populacji 15-latków w wymienionych krajach jest zdecydowanie wyższa niż występowanie otyłości. Największy odsetek nadwagi u uczniów występuje w Grecji, u 8,9% chłopców i u 16,4% dziewcząt¹⁴.

Sytuacja w Polsce jest równie niepokojąca, nadwagę lub otyłość obserwuje się najczęściej już u 10-letnich chłopców (22,4%) oraz 9-letnich dziewczynek (22,4%). W grupie nastolatków w wieku 13-15 lat, nadwaga lub otyłość dotyczy 14,2-19,3% chłopców oraz 12,8-14,2% dziewczynek. Wśród starszej młodzieży (16-18 lat) odsetek osób z nadwagą lub otyłych jest niższy i wynosi – u chłopców od 13,6 do 18%, a wśród dziewcząt od 9,1 do 10,9%¹⁵. Jak wykazały badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu Narodowego Programu Zapobiegania i Leczenia Otyłości,

⁸ Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, tom 1, nr 4: 210–219

⁹ Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, Medycyna Rodzinna, 2/2014: 64-69

¹⁰ Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%81c%81-Rekomendacje.pdf> (dostęp z dnia 02.02.2021).

¹¹ Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. Wychowanie fizyczne i zdrowotne 2002; 1: 17.

¹² <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.6379&rep=rep1&type=pdf> (dostęp 02.10.2019).

¹³ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (dostęp z dnia 02.02.2021).

¹⁴ Speiser P.W., Rudolf M.C., Anhalt H., et al.: Childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2005, 90(3), 1871-1887.

¹⁵ <http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul,1671854.html> (dostęp 02.02.2021).

problem nadwagi i otyłości dotyczy ogółem ok. 12-14% uczniów w Polsce i wykazuje zróżnicowanie regionalne¹⁶.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. uczniów jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie zachodniopomorskim było to 101,1, przy wartości w skali kraju 49,0). Mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród pacjentów z rozpoznaniem otyłości w województwie zachodniopomorskim wyniosła 86 dni, a mediana w Polsce wyniosła 39 dni (niska mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród chorych z rozpoznaniem głównym otyłość może świadczyć o konieczności szybkiego przyjęcia nawet wśród chorych planowych). W województwie zachodniopomorskim 80% wszystkich hospitalizacji, gdzie rozpoznaniem głównym była otyłość u uczniów, wykonywał 1 szpital (Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM). Należy zwrócić uwagę na fakt, że liczba hospitalizacji nie odzwierciedla rzeczywistej epidemiologii otyłości u uczniów, ponieważ większość pacjentów z tymi schorzeniami jest leczona w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej¹⁷.

Wg danych Instytutu Żywności i Żywienia województwo zachodniopomorskie zamieszkuje około 23,9% uczniów w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością i jest to w skali kraju poziom wysoki, zbliżony do wskaźników w województwach: dolnośląskim, lubelskim i opolskim¹⁸. Wg danych pozyskanych z Urzędu Miejskiego w Mielnie odsetek otyłych uczniów na terenie gminy wynosi aż 35%.

3. Opis obecnego postępowania

Gmina Mielno nie realizowała dotąd programów zdrowotnych o tematyce nadwagi i otyłości. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy można wymienić m.in.:

- „Program profilaktyki otyłości i nadciśnienia tętniczego u uczniów w wieku szkolnym” realizowany przez Miasto Kraków (na lata 2019-2021),
- „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów szkoły podstawowej w Gminie Bieliny na lata 2020-2022”,
- „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów szkoły podstawowej w Gminie Buk na lata 2020-2024”.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Program pozwoli na zwiększenie skuteczności zapobiegania nadwadze i otyłości oraz ich powikłaniom wśród uczniów w Gminie Mielno, poprzez działania obejmujące edukację żywieniową, promowanie aktywności ruchowej, korektę nawyków żywieniowych i zmianę sposobu żywienia.

Zakres programu jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2018r. w sprawie priorytetów zdrowotnych¹⁹ – priorytet 3: przeciwdziałanie występowaniu otyłości,
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim²⁰ Priorytet 3: Przeciwdziałanie występowaniu otyłości; punkt 3.1. Zmniejszenie odsetka otyłych uczniów.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Celem głównym programu jest zmniejszenie o 5 punktów procentowych częstości występowania nadwagi i otyłości wśród zakwalifikowanych do programu uczniów uczęszczających do klas III szkół podstawowych zamieszkałych w Gminie Mielno poprzez objęcie kompleksową interwencją edukacyjno-zdrowotną a także zwiększenie wiedzy wśród całej populacji dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych i ich rodziców/opiekunów prawnych w latach 2022-2026.

¹⁶Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011. Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej 2007.

¹⁷ Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa zachodniopomorskiego w zakresie 30 grup chorób, http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/podsumowanie_mpz_16.pdf (dostęp 12.02.2021).

¹⁸ <http://www.izz.waw.pl/pl/> (dostęp 02.02.2021).

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018r. poz. 469).

²⁰ Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 1 stycznia 2019 r. - 31 grudnia 2021r. [https://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/6575/\(20180831.145932\).wersja_do_publicacji.doc.pdf](https://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/6575/(20180831.145932).wersja_do_publicacji.doc.pdf) (dostęp 12.02.2021).

2. Cele szczegółowe:

- 1) wzrost o 30% liczby osób, u których zaobserwowano poprawę sposobu odżywiania, wśród zakwalifikowanych do programu dzieci 9-letnich, uczęszczających do klas III na terenie Gminy Mielno, w efekcie odbytych porad dietetycznych,
- 2) wzrost o 30% liczby osób, u których zaobserwowano poprawę aktywności fizycznej, wśród zakwalifikowanych do programu dzieci 9-letnich, uczęszczających do klas III na terenie Gminy Mielno, w efekcie odbytych zajęć z edukacji zdrowotnej,
- 3) poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u co najmniej 30% rodziców/opiekunów prawnych uczniów, w efekcie odbytych zajęć z edukacji zdrowotnej,
- 4) poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u co najmniej 30% uczniów, w efekcie odbytych zajęć z edukacji zdrowotnej.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) zmniejszenie o 5 punktów procentowych częstości występowania nadwagi i otyłości wśród uczniów, przy założeniu redukcji masy ciała w tempie 0,5 kg na miesiąc lub obniżenie centyla BMI w siatce dla wieku dziecka przy jednoczesnym utrzymaniu stałej masy ciała;
- 2) odsetek uczniów, u których poprawił się sposób odżywiania, mierzony poprzez porównanie liczby uczniów wykazujących prawidłowy sposób odżywiania przed i po programie (pre- i post test prawidłowych zachowań żywieniowych),
- 3) odsetek uczniów, u których poprawiła się aktywność fizyczna, mierzona poprzez porównanie liczby uczniów wykazujących prawidłowe wzorce aktywności fizycznej przed i po programie (pre- i post test prawidłowych wzorców aktywności fizycznej),
- 4) odsetek rodziców, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście),
- 5) odsetek uczniów, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście).

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do uczniów klas III, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Mielno, oraz ich rodziców/opiekunów prawnych będących mieszkańcami Gminy Mielno, którzy zostaną objęci działaniami informacyjno-edukacyjnymi. Szacunkową liczebność populacji docelowej zawarto w tabeli I.

Tab. I. Prognoza populacji docelowa w kolejnych latach trwania programu²¹.

Rok trwania programu	2022	2023	2024	2025	2026
Łączna liczba uczniów	43	24	28	25	22
Liczba rodziców/opiekunów	86	48	56	50	44

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

- 1) Kryteria włączenia:
 - wpis do Księgi uczniów szkoły podstawowej prowadzonej przez Gminę Mielno udokumentowany legitymacją szkolną,
 - mieszkańiec Gminy Mielno,
 - rok urodzenia dziecka 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,
 - wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie.
- 2) Kryteria wyłączenia:
 - wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ.

²¹- opracowanie własne na podstawie danych Referatu Edukacji, Kultury i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Mielnie

3. Planowane interwencje

- 1) akcja informacyjna realizowana za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne) w szkołach podstawowych, podmiotach leczniczych oraz Urząd Miejski w Mielnie, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek (kształtowanie prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczność podejmowania regularnej aktywności fizycznej, zapobieganie nadwadze i otyłości, umiejętności radzenia sobie ze stresem, możliwych powikłań nadwagi i otyłości, kształtowanie motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała),
- 2) badanie przesiewowe całej populacji uczniów Gminy Mielno w oparciu o badania antropometryczne, w celu wyłonienia populacji zagrożonej nadwagą i otyłością. Nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$), BMI pomiędzy 90-97 centylem oznaczać będzie nadwagę, a powyżej 97 centyla – otyłość. Badania zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez pielęgniarki środowiskowe/pielęgniarki szkolne/higienistki szkolne w szkołach prowadzonych przez Gminę Mielno,
- 3) interwencja multikomponentowa obejmująca:
 - a) konsultacje dietetyczne (min. 10 godzin kontaktowych) dla wyłonionych w pierwszym etapie osób, realizowanych w placówkach POZ lub gabinetach dietetycznych, wybranych w drodze konkursu na realizatora programu, szacowana populacja wynosi ok. 35% całości²² (na pierwszej wizycie będzie przeprowadzony wywiad żywieniowy- obejmujący m.in. takie aspekty jak: sposób żywienia dziecka, historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, jakość snu, zażywanie leków i suplementów diety- oraz dokonany pomiar masy ciała. Na pierwszej wizycie dietetyk dokona oceny gotowości pacjenta do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia oraz przekaze pacjentowi dzienniczek żywieniowy, w którym możliwe będzie zapisywanie rodzaju i ilości spożywanych produktów w określonym czasie. W ciągu 1 tyg. od wizyty rodzice otrzymają jadłospis przygotowany dla dziecka). Pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich uczniów objętych 2 etapem badania, celem monitorowania wskaźników BMI wykonywane będą przez dietetyka w trakcie każdej konsultacji dietetycznej (obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia dziecka i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu);
 - b) konsultacje psychologiczne (min. 8 godzin kontaktowych), obejmujące przekazanie wiedzy na temat kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych, umiejętności radzenia sobie ze stresem, odpowiedniej ilości snu, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała, wzmocnienie nastawienia rodziców do wypracowywania zmiany w zachowaniach zdrowotnych rodziny (obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia dziecka i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu);
 - c) konsultacje ze specjalistą aktywności ruchowej (min. 8 godzin kontaktowych), obejmujące przekazanie wiedzy na temat kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, rekomendowanych rodzajów, intensywności i częstotliwości wysiłku fizycznego. W ramach wizyty zostanie ustalone optimum wysiłku fizycznego zgodnie z masą ciała, a także możliwościami i preferencjami dziecka, zaplanowanie grafiku narastania intensywności i ilości wysiłku, zwrócenie uwagi na szczególnie zalecane formy ruchu takie jak: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie oraz przedstawienie szczegółowego grafiku indywidualnie dobranych zajęć ruchowych (obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia dziecka i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu);
 - d) dwukrotne pomiary populacji objętej interwencją dietetyczną, pół roku po zakończeniu programu i rok po zakończeniu, wykonywane przez pielęgniarkę szkolną/ higienistkę szkolną/pielęgniarkę środowiskową obejmujące pomiar wzrostu i masy ciała oraz przeprowadzenie ankiety oceniającej zmianę zachowań zdrowotnych uczniów (nawyki żywieniowe i poziom aktywności fizycznej),
 - e) edukacja zdrowotna adresatów programu:
 - cykl wykładów/szkoleń dla rodziców/opiekunów prawnych uczniów z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 6 miesięcy, realizowanych w formie wykładów 90-minutowych, w szkołach prowadzonych

²² wg danych Urzędu Miejskiego w Mielnie

na terenie Gminy Mielno. Szkolenia będą miały formę prelekcji ustnej opartej o prezentację multimedialną upowszechniającą wiedzę na temat zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, zdrowego stylu życia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, umiejętności radzenia sobie ze stresem, odpowiedniej ilości snu, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała, możliwych powikłań nadwagi i otyłości np. cukrzycy typu 2. Edukacja kierowana do rodziców będzie podkreślać znaczenie ich roli w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej. Dla zachowania spójności treści przekazywanych przez profesjonalistów planuje się przygotowanie protokołu edukacyjnego (przewodnika dla wykładowców w programie). W przypadku niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej związanej w pandemią COVID-19, dopuszcza się formę realizacji wykładów online.

- cykl wykładów/szkoleń całej populacji uczniów z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 3 miesiące, realizowanych w formie godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych, szkolenia będą miały charakter warsztatowy (np. zabawy ruchowe, komponowanie prawidłowych posiłków, zdrowe alternatywy przekąsek itp.). W przypadku niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej związanej w pandemią COVID-19, dopuszcza się formę realizacji wykładów online.

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Instytucje kształtujące politykę zdrowotną wyraźnie wskazują na konieczność działań interwencyjnych związanych z zagrożeniem populacji uczniów i młodzieży otyłością. Podobne zalecenia rekomenduje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zwracając uwagę na fakt, że nadwaga jest najpowszechniej występującym problemem zdrowotnym wieku dziecięcego w Europejskim Regionie WHO. Dzięki upowszechnieniu aktywnego, zdrowego stylu życia oraz przedsięwzięć mających na celu redukcję i kontrolę masy ciała u uczniów i młodzieży, możemy uzyskać zmniejszenie zachorowalności na choroby przewlekłe, inwalidztwa oraz niższą liczbę przedwczesnych zgonów z powodu powikłań otyłości²³. Profilaktykę otyłości w populacji uczniów i młodzieży rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE);
- Obesity Society;
- U.S. Preventive Services Task Force;
- American Diabetes Association;
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLPwP);
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR);
- Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (PTBO);
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne;
- Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej;
- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne;
- Sekcja Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich;
- Polskie Towarzystwo Dietetyki.

W redukcji masy ciała istotne jest zarówno odpowiednio zbilansowana dieta, jak i wzmożona aktywność fizyczna, dodatkowo nieodzowne jest wsparcie społeczne i psychologiczne. Najskuteczniejsze efekty w profilaktyce nadwagi, otyłości przynoszą skorelowane ze sobą działania ujęte w kompleksowym programie. Zgodnie z rekomendacjami WHO²⁴ do najważniejszych elementów należy zaliczyć: wsparcie w zakresie zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz unikania nadmiernego przyrostu masy ciała. Zaplanowane w programie działania zostały skomponowane jako kompleksowy zakres pomocy. Na poziomie europejskim podobne zalecenia zawiera EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020²⁵. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego

²³ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%82os%C5%82os%81c%CC%81-Rekomendacje.pdf>, stan na dzień 19.04.2016r. (dostęp 02.02.2021).

²⁴ Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością 15-17.11.2006 r.

²⁵ EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 24.02.2014

Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością zalecane przez Konsultanta Medycyny Rodzinnej²⁶, również podkreślają wagę kształtowania właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Szczególnie zalecaną formą ruchu są szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie.

Niezbędnym elementem postępowania jest wsparcie psychologiczne mające na celu wzmacnianie motywacji do zmiany zachowań żywieniowych, stosowanie strategii terapeutycznej w procesie redukcji masy ciała, zapobieganie zaburzeniom żywieniowym itp.²⁷.

Każdorazowo program redukcji masy ciała powinien być skoordynowany wraz z edukacją zdrowotną, w tym żywieniową. Działania edukacyjne pełnią kluczową rolę w każdej strategii profilaktyki zdrowotnej, w tym również w przypadku zapobiegania nadwadze i otyłości w wieku młodzieńczym. Ich celem jest podniesienie świadomości zdrowotnej i wykształcenie odpowiednich zachowań profilaktycznych i nawyków żywieniowych u młodych osób, jak również wśród ich rodziców.

Uczniów, u których zdiagnozowano otyłość prostą lub wtórną, należy kierować do leczenia specjalistycznego, które powinien prowadzić zespół terapeutyczny złożony z lekarza pediatry, dietetyka, psychodietetyka lub psychologa, edukatora zdrowia oraz rehabilitanta (fizjoterapeuty). Program leczenia powinien cechować się kompleksowością i być nastawiony na uzyskanie trwałych zmian trybu życia i sposobu żywienia dziecka, a często też całej jego rodziny. Stosowane zalecenia (zwłaszcza dietetyczne) muszą być ściśle zależne od wieku dziecka, stopnia otyłości, występowania innych chorób, w tym powikłań otyłości, należy pamiętać o utrzymywaniu wysokiego poziomu motywacji pacjenta do zmiany²⁸. Należy pamiętać, że w populacji uczniów nie stosuje się restrykcyjnych diet redukcyjnych, a rekomenduje się stopniową zmianę nawyków żywieniowych, poprawę jakości spożywanych produktów i ewentualnie ograniczanie podaży energii w diecie (dieta normoenergetyczna)²⁹.

Program pozwoli na zmniejszenie kosztów społecznych i ekonomicznych w grupie wiekowej stanowiącej istotny element przyszłego rynku pracy. Ponadto działania Programu zapobiegają ewentualnym przyszłym nakładom finansowym publicznego systemu ochrony zdrowia związanym z długoterminową opieką medyczną i leczeniem schorzeń przewlekłych, stanowiących powikłania zdrowotne wynikające m.in. z otyłości oraz cukrzycy, co jest możliwe dzięki planowanemu zakresowi Programu, uwzględniającemu działania profilaktyczne, w tym wczesną identyfikację osób zagrożonych lub chorych, informację i edukację mającą na celu kształtowanie i utrwalanie pozytywnych postaw i nawyków dla prowadzenia zdrowego stylu życia.

Wzrost częstości zachorowań na otyłość powoduje zwiększenie kosztów opieki zdrowotnej. Wyniki badań przeprowadzonych w 10 krajach Europy Zachodniej wykazały, że koszt opieki zdrowotnej związanej z otyłością wynosi 10.4 bilionów euro. W zależności od kraju koszty te wynosiły od 0,09% do 0,61% produktu krajowego brutto. Zachorowania na otyłość powodują również zwiększenie tzw. kosztów pośrednich obejmujących utratę produktywności chorych, koszty zwolnień lekarskich, rent, przedwczesnych emerytur, opieki sprawowanej nad chorymi przez bliskich i przedwczesną śmiertelność³⁰.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Porady dietetyczne będą realizowane w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym lub gabinecie dietetycznym. Przeprowadzona akcja edukacyjna obejmie wykłady z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej w odniesieniu do prewencji nadwagi i otyłości w wieku młodzieńczym. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy porad żywieniowych. O kwalifikacji do 2 etapu programu będzie decydować wynik pomiarów antropometrycznych oraz uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie. Porady psychologiczne i porady z zakresu aktywności ruchowej będą realizowane w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym lub w wynajętych na potrzeby programu salach, np. w szkole.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Organizator dopuszcza zakończenie programu na każdym jego etapie na życzenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Po wykonaniu programu rodzic/opiekun prawny:

- 1) w przypadku ukończenia pełnego cyklu programu:

²⁶ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania... op. cit.

²⁷ Waller G et al., Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, A Comprehensive Treatment Guid, Cambridge University Press 2011, Redaktor naukowy wydania polskiego: lek. med. Maria Gałuszko-Węgielnik

²⁸ <http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp 10.02.2021)

²⁹ Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego...op. cit.

³⁰ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania... op. cit.

- zostaje ponownie poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała dziecka, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości,
 - zostaje poinformowany o możliwych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, w ramach kontraktu z NFZ,
 - zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 5),
 - kończy udział dziecka w programie.
- 2) w przypadku nieukończenia pełnego cyklu programu, zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie (zwiększone ryzyko powikłań otyłości, konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne nadmiernej masy ciała w wieku młodzieńczym) oraz o możliwych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, w ramach kontraktu z NFZ,
- 3) organizator zapewnia monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do 2 etapu programu: po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (I-II kwartał 2021),
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (I-III kwartał 2021),
- 3) przyjęcie uchwały organu stanowiącego w sprawie realizacji wieloletniego programu (IV kwartał 2021),
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej- wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I-II kwartał 2022/2023/2024/2025/2026),
- 5) podpisanie umowy z wyłonionym podmiotem na realizację programu (II-III kwartał 2022/2023/2024/2025/2026),
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2022/2023/2024/2025/2026):
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki),
 - porady,
 - akcja edukacyjna,
 - analiza rocznych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora,
- 7) ewaluacja (I kwartał 2027):
 - analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów,
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 5),
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2027).

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

Koordynatorem programu będzie pracownik merytoryczny ds. zdrowia zatrudniony w Urzędzie Miejskim w Mielnie. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy lub przedsiębiorca prowadzący gabinet dietetyczny, spełniający następujące wymagania formalne:

- 1) zapewnienie udzielania porad w programie wyłącznie przez osoby o następujących kompetencjach:
 - dietetyk - ukończone studia wyższe na kierunku Dietetyka lub Technologia żywności i żywienia (w stopniu przynajmniej studiów licencjackich) lub Psychodietetyk – dodatkowo studia podyplomowe na kierunku Psychodietetyka;
 - pielęgniarka środowiskowa/ pielęgniarka szkolna/ higienistka szkolna - pomiarów antropometrycznych w ramach programu będzie dokonywać posiadająca kwalifikacje określone w art. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020r. poz. 1398 ze zm.).
 - lekarze lub specjaliści dietetyki, zdrowia publicznego lub promocji zdrowia- szkolenia edukacyjne będą realizowane przez lekarzy lub specjalistów dietetyki, zdrowia publicznego lub promocji zdrowia, posiadających niezbędną wiedzę na temat zasad prawidłowego żywienia uczniów i młodzieży.
 - psycholog- ukończone studia wyższe na kierunku psychologia.
 - specjalista aktywności ruchowej (fizjoterapeuta, trener personalny– absolwent Akademii Wychowania Fizycznego lub kierunków pokrewnych).
- 2) posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu,
- 3) posiadanie gabinetu dietetycznego wyposażonego w analizator składu ciała oraz wzrostomierz.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 5). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raport końcowy (załącznik 2), a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w Programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać

dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2020r. poz. 849 ze zm.), ustawą z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020r. poz. 702 ze zm.), a także ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781 ze zm.).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie okresowych sprawozdań realizatora (1 września – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 3):

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona rocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3),
- analiza liczby osób, które ukończyły program prowadzona rocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3),
- analiza liczby osób, będących pod obserwacją w ciągu 6-ciu miesięcy i 1 roku od zakończenia programu przeprowadzona całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3),
- analiza liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji prowadzona rocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3),
- analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej,
- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 5),
- analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu:

1) coroczną prowadzona poprzez:

- oszacowanie liczby uczniów z nadwagą i otyłością w Gminie Mielno,
- liczbę osób biorących udział w programie,
- analizę wyników ankiety ewaluacyjnej dot. wiedzy obiorców edukacji zdrowotnej,
- monitorowanie przyczyn rezygnacji pojedynczych osób z programu (załącznik 1),
- analizę efektywności programu w opinii rodziców/opiekunów (załącznik 4),

2) kończącą prowadzona poprzez:

- ocenę stopnia realizacji programu (odsetek objęcia cyklem porad dietetycznych),
- ocenę liczby uczniów z obniżonym BMI skorygowanym o wiek i płeć w postaci centylów (3-krotna ocena: po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po 1 roku od zakończenia programu),
- ocenę liczby uczniów, u których poprawił się sposób odżywiania, mierzony poprzez porównanie liczby uczniów wykazujących prawidłowy sposób odżywiania przed i po programie (pre- i post test prawidłowych zachowań żywieniowych),
- ocenę liczby uczniów, u których poprawiła się aktywność fizyczna, mierzona poprzez porównanie liczby uczniów wykazujących prawidłowe wzorce aktywności fizycznej przed i po programie (pre- i post test prawidłowych wzorców aktywności fizycznej),
- ocenę liczby uczniów, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (pre- i post test wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia),
- ocenę liczby rodziców, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (pre- i post test wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia),
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, natomiast rzeczywistą efektywność realizacji programu ocenić będzie można dopiero w perspektywie wieloletniej, w oparciu o dane statystyczne dot. odsetka osób z nadwagą i otyłością oraz liczbą przypadków powikłań otyłości.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszt jednostkowy wynosi 1 310zł, w tym:

- **500zł** (uczniów z nadwagą/otyłością) - poradnictwo dietetyczne z przykładowym jadłospisem, w tym min. 10 wizyt (10x50zł)
- **400zł** - porada psychologiczna, min. 8 wizyt (8x50zł)
- **400zł** - porada w zakresie aktywności ruchowej, min. 8 wizyt (8x50zł)
- **10zł** – pomiary antropometryczne pół roku i rok po zakończeniu programu, (2x5zł=10zł)

Pozostałe koszty:

- **1 000zł** - akcja informacyjno-edukacyjna (druk ulotek, plakatów + edukacja zdrowotna uczniów i rodziców)
- **5zł** – pomiary antropometryczne kwalifikujące do programu
- **500zł** - koszt ewaluacji i monitoringu programu

2. Koszty całkowite:**Tab. II. Koszty w podziale na poszczególne lata realizacji programu.**

Lp.	Rok realizacji PPZ	2022	2023	2024	2025	2026
1	Liczba całkowita uczniów	43	24	28	25	22
2	Szacunkowy koszt badań antropometrycznych kwalifikujących do programu (5zł/ uczeń z poz. 1)	215	120	140	125	110
3	Szacunkowa liczba uczniów z nadwagą (35% ³³ z poz. 1)	15	8	10	9	7
4	Koszt częściowy za interwencje u uczniów z nadwagą/otyłością (1 310zł x poz. 3)	19 650	10 480	13 100	11 790	9 170
5	Koszty edukacji (zł)	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
6	Koszt ewaluacji i monitoringu (zł)	500	500	500	500	500
7	Szacunkowy koszt badań antropometrycznych pół roku i rok po zakończeniu programu (5zł/ uczeń x 2 badania z poz. 3)	150	80	100	90	70
8	Całkowity koszt programu (poz.2+poz.4 + poz.5+poz.6+poz. 7)	21 515	12 180	14 840	13 505	10 850

Tab. III. Koszty całkowite programu.

Rok realizacji PPZ	Akcja informacyjno-edukacyjna oraz monitoring i ewaluacja [zł]	Badania antropometryczne [zł]	Porady [zł]	Koszt całkowity [zł]
2022	1 500	365	19 650	21 515
2023	1 500	200	10 480	12 180
2024	1 500	240	13 100	14 840
2025	1 500	215	11 790	13 505
2026	1 500	180	9 170	10 850
Razem	7 500	1 200	64 190	72 890

3. Źródło finansowania

Program finansowany z budżetu Gminy Mielno.

Załączniki do programu

Załącznik 1

Karta udziału dziecka w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Mielno na lata 2022-2026”

Część A

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego:
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

II. Dane dziecka/uczestnika programu:

Nazwisko		Data urodzenia
Imię		 / / (dzień/miesiąc/rok)
Nr PESEL <i>lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL</i>		
Adres zamieszkania (miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu/ mieszkania)		

III. Zgoda na udział dziecka w programie

Oświadczam, że:

- **wyrażam zgodę** na udział mojego dziecka w programie wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości,

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

Część B

IV. Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie w trakcie jego trwania

Przyczyna rezygnacji	Podpis rodzica/opiekuna

Załącznik 2

Wzór prowadzonej elektronicznie dokumentacji uczestnika „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Mielno na lata 2022-2026”

Lp.	Imię i nazwisko	Nr PESEL	Wiek (w latach)	Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/ mieszkania)	Nazwa szkoły do której uczęszcza uczestnik	Poradnictwo dietetyczne		Porady psychologiczne		Porady w zakresie aktywności ruchowej		Data 1 pomiaru BMI (na początku programu)	Data 2 pomiaru BMI (po 6 miesiącach od zakończenia programu)	Data 3 pomiaru BMI (po roku od zakończenia programu)	Data rezygnacji z udziału w programie
						Daty porad	Ilość porad	Daty porad	Ilość porad	Daty porad	Ilość porad				
1	2	3	4	5	6	7		8		9		10	11	12	13
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
...															
Razem:								X		X					
						X									

Załącznik 3

Sprawozdanie roczne realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Mielno na lata 2022-2026”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji elektronicznej uczestników oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Gmina Mielno
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym określonym w umowie

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

Liczba i data wykonanych interwencji wśród rodziców	Liczba rodziców uczestniczących w interwencjach	Liczba i data wykonanych interwencji wśród uczniów	Liczba uczniów uczestniczących w interwencjach

II. Interwencje profilaktyczne

Liczba udzielonych porad dietetycznych ³¹	Liczba udzielonych porad psychologicznych ³²	Liczba udzielonych porad w zakresie aktywności ruchowej ³³	Liczba pomiarów antropometrycznych ³⁴	Liczba osób które zrezygnowały z uczestnictwa w programie ³⁵

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

³¹- załącznik nr 2, suma kolumny nr 7

³²- załącznik nr 2, suma kolumny nr 8

³³- załącznik nr 2, suma kolumny nr 9

³⁴- załącznik nr 2, suma kolumn nr 10, 11, 12

³⁵- załącznik nr 2, suma kolumny nr 13

Załącznik 4

Ankieta oceny efektywności programu w opinii rodziców/opiekunów „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Mielno na lata 2022-2026”

1. Poprawa sposobu żywienia dziecka po programie

1 Zdecydowanie tak	2 Raczej tak	3 Trudno powiedzieć	4 Raczej nie	5 Zdecydowanie nie
☐	☐	☐	☐	☐

2. Poprawa aktywności fizycznej dziecka po programie

1 Zdecydowanie tak	2 Raczej tak	3 Trudno powiedzieć	4 Raczej nie	5 Zdecydowanie nie
☐	☐	☐	☐	☐

3. Poprawa samooceny dziecka po programie

1 Zdecydowanie tak	2 Raczej tak	3 Trudno powiedzieć	4 Raczej nie	5 Zdecydowanie nie
☐	☐	☐	☐	☐

4. Poprawa jakości snu dziecka po programie

1 Zdecydowanie tak	2 Raczej tak	3 Trudno powiedzieć	4 Raczej nie	5 Zdecydowanie nie
☐	☐	☐	☐	☐

5. Poprawa radzenia sobie ze stresem u dziecka po programie

1 Zdecydowanie tak	2 Raczej tak	3 Trudno powiedzieć	4 Raczej nie	5 Zdecydowanie nie
☐	☐	☐	☐	☐

Załącznik 5

Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dziecka uczestniczącego w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Mielno na lata 2022-2026”

I. Ocena sposobu umówienia terminu wizyty:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena porady dietetycznej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość dietetyka?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania porady?					
sposób przekazania informacji Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji dziecku?					

III. Ocena porady psychologicznej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychologa?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania porady?					
sposób przekazania informacji Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji dziecku?					

IV. Ocena porady w zakresie aktywności ruchowej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość specjalisty?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania porady?					
sposób przekazania informacji Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji dziecku?					

V. Ocena edukacji zdrowotnej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość edukatora?					
przygotowanie merytoryczne edukatora?					
atrakcyjność i przydatność materiałów edukacyjnych?					

VI. Dodatkowe uwagi/opinie:

Bibliografia:

1. Andrew G. Rundle, Yoosun Park, Julie B. Herbstman, Eliza W. Kinsey, Y. Claire Wang. COVID-19 Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. *Obesity*, 2020.
2. Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95
3. Ciborowska H., Rudnicka A.: *Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka*, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613
4. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 24.02.2014
5. Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością 15-17.11.2006 r.
6. Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u uczniów i młodzieży szkolnej, *Medycyna Rodzinna*, 2/2014: 64-69
7. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.6379&rep=rep1&type=pdf> (dostęp 02.02.2021).
8. <http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-uczniow-i-mlodziezy> (dostęp 10.02.2021)
9. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (dostęp z dnia 02.02.2021).
10. <http://www.izz.waw.pl/pl/> (dostęp 02.02.2021).
11. <http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul,1671854.html> (dostęp 02.02.2021).
12. Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u uczniów i młodzieży. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne* 2002; 1: 17.
13. Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4: 210–219
14. Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011. Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej 2007.
15. Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%81c%81-Rekomendacje.pdf>, stan na dzień 19.04.2016r. (dostęp 02.02.2021).
16. Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. *Can. Fam. Physician*. 2006; 52: 322–328.
17. Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa dolnośląskiego w zakresie 30 grup chorób, http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/podsumowanie_mpz_01.pdf (dostęp 10.02.2021).
18. Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 1 stycznia 2019 r. - 31 grudnia 2021r. [https://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/6575/\(20180831.145932\).wersja_do_publicacji.doc.pdf](https://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/6575/(20180831.145932).wersja_do_publicacji.doc.pdf) (dostęp 12.02.2021).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 po. 469].
20. Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2005; 90: 1871–1887.
21. Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. *Nutritional J* 2007, 9: 345-356.
22. Waller G et al., *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, A Comprehensive Treatment Guid*, Cambridge University Press 2011, Redaktor naukowy wydania polskiego: lek. med. Maria Gałuszko-Węgielnik
23. *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%81c%81-Rekomendacje.pdf> (dostęp z dnia 02.02.2021).

Przewodniczący Rady Miejskiej Mielna

Tadeusz Jarząbek