

**Program profilaktyki nadwagi i otyłości wśród
uczniów klas IV – VI szkół podstawowych
z terenu województwa lubelskiego
na lata 2017 – 2020**

wersja uwzględniająca uwagi zawarte w opinii Prezesa AOTMiT nr 111/2017

z dnia 2 czerwca 2017 r.



Okres realizacji: 2017 – 2020

Podstawa prawna realizacji programu:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 48 a ust. 1 (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126)
3. Program Strategiczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020
4. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020
5. Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020
6. Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020
7. Wytyczne programowe dotyczące systemu wdrażania Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 w zakresie Europejskiego Funduszu Społecznego
8. Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020

Autorzy programu: Samorząd Województwa Lubelskiego w Lublinie

Kontynuacja/trwałość programu: Niniejszy program jest programem nowowdrażanym. Profilaktyka nadwagi i otyłości to jeden z priorytetów określonych w Programie Strategicznym Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 oraz w opracowaniu naukowym „Ocena stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego na potrzeby opracowywania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Samorząd Województwa Lubelskiego w latach 2016-2021”.

Realizacja niniejszego programu jest elementem szerszej strategii ochrony zdrowia woj. lubelskiego, wpisanej w obszar chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu. Województwo lubelskie jest na trzecim miejscu w Polsce wśród województw pod względem liczby uczniów z nadwagą lub otyłością. Potwierdzeniem są dane statystyczne z Instytutu Żywności i Żywienia¹.

¹<http://www.izz.waw.pl/pl/strona-gowna/3-aktualnoci/aktualnoci/541-musimy-zatrzymac-epidemie-otylosci> (data dostępu: 2016-10-14]

SPIS TREŚCI

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	5
1.1. Problem zdrowotny	5
1.2. Epidemiologia	10
1.2.1. Sytuacja epidemiologiczna na świecie	10
1.2.2. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce	11
1.2.3. Sytuacja epidemiologiczna w województwie lubelskim	13
1.3. Populacja zamieszkała na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego kwalifikująca się do włączenia do programu	15
1.4. Dotychczasowe działania mające na celu rozwiązanie problemu zdrowotnego	15
1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	16
2. CELE PROGRAMU.....	17
2.1. Cel główny	17
2.2. Cel szczegółowe	18
2.3. Oczekiwane efekty	18
3. MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI ODPOWIADAJĄCE CELOM PROGRAMU	18
4. ADRESACI PROGRAMU.....	20
4.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe	20
4.2. Tryb zapraszania do programu	20
5. ORGANIZACJA PROGRAMU	20
5.1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne	20
5.2. Planowane interwencje, w tym informacja o planowanych konkursach na realizatorów projektów profilaktycznych współfinansowanych ze środków EFS	22
5.3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników	24
5.4. Zasady udzielania świadczeń w ramach projektu	24
5.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	25
5.6. Spójność merytoryczna i organizacyjna	26
5.7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu	26
5.8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji – działania zgodne z aktualną wiedzą medyczną, sprawdzone klinicznie.....	26
5.9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu	27
5.10. Dowody skuteczności planowanych działań	27
6. KOSZTY.....	27

6.1. Koszty w przeliczeniu na jednego uczestnika	27
6.2. Planowane koszty całkowite	27
6.3. Źródła finansowania	27
6.4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne	27
7. MONITOROWANIE I EWALUACJA	30
7.1. Ocena zgłaszalności do programu.....	30
7.2. Ocena jakości świadczeń w programie	30
7.3. Ocena efektywności programu	31
7.4. Ocena trwałości efektów programu	31
8. ZAŁĄCZNIKI	33
Załącznik 1	33
Załącznik 2	34
Załącznik 3	36
Załącznik 3a	39
Załącznik 4	42
Załącznik 5	43
Załącznik 5a	46
Załącznik 6	49

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1.1. Problem zdrowotny

Jednym z najistotniejszych problemów zdrowotnych na świecie i w Polsce związanych ze stylem życia jest nadwaga i otyłość. Nadwaga czy już otyłość to nie tylko problem epidemiologiczny, ale również kliniczny. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje nadwagę jako nieprawidłową lub nadmierną akumulację tłuszczu. Z kolei otyłość to ogólnoustrojowa, przewlekła choroba metaboliczna, wynikająca z zaburzenia równowagi między poborem i wydatkowaniem energii (homeostazy energetycznej organizmu), objawiająca się zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej w organizmie².

Głównymi wskaźnikami określającymi stan fizyczny organizmu jest wskaźnik BMI (*Body Mass Index*) oraz wskaźnik WHR (*Waist to Hip Ratio*).

Wskaźnik BMI, zwany także wskaźnikiem Queteleta to najpopularniejszy i najczęściej stosowany wskaźnik, określający nadwagę i otyłość. Jest to stosunek masy ciała [kg] do wzrostu [m] podniesiony do kwadratu.

$$\text{wskaźnik BMI} = \text{masa ciała (kg)} / [\text{wzrost (m)}]^2$$

Wartości wskaźnika BMI interpretowane są w oparciu o wiek, płeć, typ budowy ciała oraz aktywność fizyczną. Prawidłowej masie ciała odpowiadają wartości BMI w zakresie 18,5-25 kg/m², natomiast wartości powyżej 25 kg/m² u kobiet i powyżej 29,9 kg/m² u mężczyzn odpowiadają otyłości³.

W przypadku dzieci i młodzieży, ze względu na dynamikę rozwojową tej grupy, do oceny BMI stosuje się siatki i tabele rozkładu percentylowego. Zgodnie z zaleceniami WHO u dzieci i młodzieży nadwagę (zagrożenie otyłością) rozpoznaje się gdy wartość wskaźnika BMI dla płci i wieku znajduje się na poziomie i powyżej 85 centyla, natomiast otyłość, gdy wartość BMI znajduje się na poziomie i powyżej 95 centyla⁴.

Z kolei wskaźnik WHR to wskaźnik określający lokalizację nadmiaru tkanki tłuszczowej. Jest to iloraz obwodu talii do obwodu bioder (w cm). Powyższy wskaźnik ma istotne znaczenie w klasyfikacji otyłości. I tak w przypadku osób dorosłych rozróżniamy 2 rodzaje otyłości tj.:

- otyłość androidalną (otyłość trzewną), gdy wskaźnik WHR $\geq 0,8$ u kobiet natomiast u mężczyzn ≥ 1

²Tatoń J., Czech A., Bernas M.: Otyłość, Zespół metaboliczny, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007.

³Suchocka Z. Otyłość- przyczyny i leczenie. Biul. Wydz. Farm. AM Warszawa, 2003; 1.

⁴Jodkowska M., Woynarowska B., Oblacińska A.: Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 2007.

- otyłość gynoidalną (udowo – pośladkową), gdy WHR znajduje się poniżej tych wartości. Należy jednak zauważyć, że oba typy otyłości mogą występować zarówno u mężczyzn jak i u kobiet (Tab. 1)⁵.

Tabela 1. Klasyfikacja otyłości u osób dorosłych wg kryterium WHR

Typ otyłości	Kobiety	Mężczyźni
Otyłość trzewna	WHR \geq 0,8	WHR \geq 1,0
Otyłość udowo - pośladkowa	WHR $<$ 0,8	WHR $<$ 1,0

W przypadku dzieci wskaźnik WHR jest w większości przypadków mało miarodajny, w związku z tym u dzieci mierzy się tylko sam obwód talii i porównuje z wartościami obserwowanymi w analogicznej grupie dzieci szczupłych⁶.

Najczęstszą przyczyną powstawania otyłości jest przede wszystkim:

- zbyt duża wartość energetyczna pożywienia w stosunku do zapotrzebowania organizmu;
- brak aktywności fizycznej;
- czynniki genetyczne;
- czynniki pozagenetyczne biologiczne;
- czynniki farmakologiczne;
- czynniki środowiskowe;
- stres^{7,8}.

Otyłość jest nie tylko *a priori* chorobą, lecz stanowi przyczynę rozwoju wielu innych chorób. Powstanie otyłości w dzieciństwie, jej utrzymywanie się do wieku dojrzewania oraz w dalszych latach życia ma istotny wpływ na zwiększenie liczby powikłań i chorób towarzyszących otyłości⁹ tj. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawały, udary, nowotwory złośliwe, choroby układu oddechowego, zmiany zwyrodnieniowe układu kostno – stawowego, a w konsekwencji niepełnosprawności jak również przedwczesnej śmierci¹⁰.

Z badań naukowych wynika, że otyłe dzieci wyrastają na otyłych dorosłych, czego konsekwencją jest większe prawdopodobieństwo wystąpienia chorób dietozależnych, jak choroby układu krążenia, cukrzyca typu 2, bezdech senny, osteoporoza, nadmiar masy ciała,

⁵ Maśliński S., Ryżewski I. Patofizjologia. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2002.

⁶ Czyżewska K. Patofizjologiczne podstawy wybranych chorób. Część III. Otyłość. Akademia Medyczna w Poznaniu. Poznań 2000.

⁷ Oblacińska A.: Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2013, s. 8.

⁸ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Oty%C5%82o%C5%9B%C4%87> [data dostępu 05.09.2016]

⁹ Oblacińska A.: Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2013, s. 11.

¹⁰ Stawiarska –Pięta B., Paszczela A., Szaflarska – Stojko E.: Zaburzenia metaboliczne towarzyszące otyłości – związki przyczynowo- skutkowo, Farmaceutyczny Przegląd Naukowy, Nr 4, 2007, 33-34.

nowotwory przewodu pokarmowego, niedokrwistość z niedoboru żelaza, próchnica zębów, kamica pęcherzyka żółciowego itp. (Tabela 2)¹¹.

Tabela 2. Wczesne i odległe powikłania otyłości u dzieci

Endokrynologiczne	<ul style="list-style-type: none"> • insulinooporność i zespół metaboliczny • cukrzyca typu 2 • przedwczesne dojrzewanie • zaburzenia miesiączkowania i zespół policystycznych jajników u dziewcząt • hipogonadyzm u chłopców
Sercowo-naczyniowe	<ul style="list-style-type: none"> • dyslipidemia • nadciśnienie tętnicze • przerost lewej komory • wczesne zmiany miażdżycowe
Pulmonologiczne	<ul style="list-style-type: none"> • zespół bezdechu sennego • astma oskrzelowa • nietolerancja wysiłku fizycznego • zwiększone ryzyko anestezjologiczne
Gastroenterologiczne	<ul style="list-style-type: none"> • choroba stłuszczeniowa wątroby • kamica pęcherzyka żółciowego • refluks żołądkowo-przelykowy
Onkologiczne	<ul style="list-style-type: none"> • zwiększone ryzyko raka jelita grubego • zwiększone ryzyko nowotworów piersi
Ze strony układu immunologicznego	<ul style="list-style-type: none"> • podwyższony poziom wskaźników stanu zapalnego
Ze strony narządu ruchu	<ul style="list-style-type: none"> • zespół przeciążeniowy stawów kolanowych i biodrowych • młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej • choroba Blounta (piszczel szpotawa) • koślawość kolan • płaskostopie • żylaki kończyn dolnych • dna moczanowa
Skórne	<ul style="list-style-type: none"> • rogowacenie ciemne (<i>acanthosis nigricans</i>) • rozstępy skórne • hirsutyzm
Neurologiczne	<ul style="list-style-type: none"> • <i>pseudotumor cerebri</i>
Ortopedyczne	<ul style="list-style-type: none"> • płaskostopie • koślawość kolan • wady postawy
Emocjonalne i psychospołeczne	<ul style="list-style-type: none"> • niska samoocena • okresy depresji • izolacja społeczna • zwiększona liczba hospitalizacji
Nerkowe	<ul style="list-style-type: none"> • <i>glomerulosclerosis</i>

¹¹Fichna P., Skowrońska B. (2008). Family Medicine & Primary Care Review, nr 10 (2).

Biorąc pod uwagę wiek, otyłość jest szczególnie niebezpieczna dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, gdyż zwiększa ryzyko występowania problemów fizycznych i emocjonalnych¹².

Ze względu na społeczne stereotypy dotyczące osób otyłych – postrzeganych jako nieatrakcyjne zewnątrznie, a także jako leniwe, powolne, a nawet głupie – młodzież z nadmierną masą ciała często ma problemy psychologiczne, związane z obniżeniem jakości życia, poczuciem odrzucenia i osamotnienia¹³. Znajduje to odzwierciedlenie w braku wiary we własne siły i możliwości, a także obniżeniu zadowolenia z życia. Występujący bezdech senny ściśle łączy się z trudnościami w nauce, zaburzeniami zachowania oraz pogorszeniem jakości życia^{14,15}.

Rezolucja Parlamentu Europejskiego pn. *„W sprawie białej księgi na temat zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością”* (2007/2285(INI) z dnia 25 września 2008 r. zawiera stwierdzenie: *„nadwaga, otyłość i choroby związane z nieprawidłowym odżywianiem stanowią jedną z głównych przyczyn umieralności i chorób w Europie”*¹⁶. Obecnie otyłość jest uznawana za cywilizacyjną chorobę o zasięgu światowym¹⁷.

Prawie 1/3 populacji osób dorosłych na Ziemi wykazuje nadwagę lub otyłość, co więcej liczba ludzi z nadwagą oraz osób otyłych stale wzrasta. Największy wzrost otyłości w Unii Europejskiej ma miejsce w Polsce¹⁸.

Według danych szacunkowych 50-65% Europejczyków ma nadmierną masę ciała. Rozwój cywilizacyjny i związana z nim zmiana stylu życia, skutkująca zmniejszeniem aktywności fizycznej w połączeniu z wprowadzeniem diety wysokoenergetycznej, wydają się być najważniejszymi przyczynami występowania otyłości, wyprzedzając czynniki genetyczne czy środowiskowe. W związku z tym, szczególną uwagę należy zwrócić na potrzebę kształtowania właściwych zachowań prozdrowotnych od wczesnego dzieciństwa¹⁹.

Szybkie tempo życia, bogata oferta gotowych dań oraz spadek aktywności fizycznej kształtują niezdrowy styl życia (złe nawyki żywieniowe i bierne formy spędzania wolnego czasu). Ponieważ nie mamy możliwości manipulowania czynnikiem genetycznym (jednym z przyczyn otyłości), pedagodzy, lekarze, specjaliści zajmujący się otyłością dzieci

¹² Sosnowska – Bielicz E., Wrótniak J.: Nawyki żywieniowe a otyłość u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. LUBELSKI ROCZNIK PEDAGOGICZNY T. XXXII – 2013, s. 147

¹³ <http://www.psychiatria.pl/artukul/psychologia-otylosci/847.html> [data dostępu: 18.10.2016]

¹⁴ http://sp134kr.edupage.org/files/zaburzenia_odzywiania.pdf [data dostępu 05.09.2016]

¹⁵ www.ptz.org/raporty/otylosc.coc [data dostępu 18.10.2016]

¹⁶ <http://www.oswiata.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/wprowadzenie-norm-zywieniowych-w-szkolach-pomoze-w-walce-z-otyloscia> [data dostępu 13.08.2015]

¹⁷ Szymocha M., Bryła M., Maniecka- Bryła I.: Epidemia otyłości XXI wieku Zdrowie Publiczne 2009; 119 (2): 207-2012.

¹⁸ <http://bydgoszcz.naszemiasto.pl/tag/dzien-walki-z-otyloscia.html> [data dostępu 13.08.2015]

¹⁹ Szymocha M., Bryła M. : Epidemiologia....,op..cit., s.207

koncentrują się na profilaktyce w zakresie edukacji zdrowotnej, w szczególności na budowaniu świadomości właściwych nawyków żywieniowych i zdrowego stylu życia²⁰.

Biorąc pod uwagę, jak złożona jest sytuacja dziecka z nadwagą czy otyłością, rola rodziców i rodziny jest nieoceniona – zarówno w aspekcie szeroko pojętej modyfikacji stylu życia, mającej na celu kontrolę masy ciała, jak i wsparcia psychologicznego. W ramach rodziny następuje wychowanie zdrowotne i kształtowanie postaw wobec zdrowia, przekazywanie pewnych elementów wiedzy dotyczących zdrowia i choroby, wyrabianie emocjonalnego stosunku do zdrowia jako wartości, uczenie podstawowych nawyków higienicznych i pielęgnacyjnych, zachowań pro- i antyzdrowotnych, zachowań w chorobie²¹.

Zgodnie z opracowanym przez ministrów państw europejskich planem walki z otyłością zalecana dieta powinna zawierać zredukowaną ilość tłuszczów, cukrów a zwiększoną ilość warzyw, owoców; bogatych w błonnik pokarmowy. Ponadto wszelka aktywność fizyczna, czy to w postaci spacerów, czy ćwiczeń gimnastycznych, powinna trwać nie krócej niż 30 minut dziennie dla osoby dorosłej i 60 minut dziennie dla dzieci i młodzieży. Te rygorystyczne zmiany wynikają z badań, które potwierdzają, iż otyłość jest chorobą cywilizacyjną. W 1961 roku dzienna liczba kalorii dostarczana z pożywieniem dla jednego człowieka wynosiła 2300 kcal, natomiast w 1998 roku wartość ta wzrosła do 2800 kcal na dobę. Niestety – według prognoz – w 2015 roku próg ten przekroczy 3000 kcal. Warto przypomnieć, że dzienne zapotrzebowanie energetyczne dla kobiet wynosi niezmiennie 2000 kcal, natomiast dla mężczyzn 2500 kcal²².

Najbardziej poważnymi następstwami, związanymi z gromadzeniem nadmiernej masy tłuszczowej są:

- choroba niedokrwienna serca i inne choroby układu krążenia na tle miażdżycy oraz nadciśnienie tętnicze,
- cukrzyca typu 2,
- zespół metaboliczny,
- stłuszczenie wątroby,
- choroby układu oddechowego (zespół bezdechu sennego),
- zmiany przeciążeniowe oraz zwyrodnieniowe dotyczące narządu ruchu,
- niektóre choroby nowotworowe,
- problemy psychologiczne, (poczucie bycia dyskryminowanym, nieakceptowanie własnego ciała, postrzeganie chorej osoby jako leniwej, głupiej, mniej kompetentnej, gorszej, słabszej, której brakuje samodyscypliny),

²⁰*Ibidem* s. 15

²¹Tobiasz -Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. wyd. UJ Kraków, 1998.

²²<http://www.nazdrowie.pl/artikul/epidemia-otylosci-w-polsce> [data dostępu 02.08.2015]

- obniżenie jakości życia (m.in. zmniejszenie wydolności fizycznej)^{23,24,25}.

Reasumując, najważniejszymi problemami nękającymi nasze społeczeństwo są nadwaga oraz otyłość, a także niewystarczająca dla zachowania dobrego stanu zdrowia aktywność ruchowa. Tylko prawidłowe żywienie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym warunkuje optymalny rozwój fizyczny, umysłowy i społeczny.

1.2. Epidemiologia

1.2.1. Sytuacja epidemiologiczna na świecie

Rezolucja Parlamentu Europejskiego pn. *„W sprawie białej księgi na temat zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością”* (2007/2285(INI) z dnia 25 września 2008 r. zawiera stwierdzenie: *„nadwaga, otyłość i choroby związane z nieprawidłowym odżywianiem stanowią jedną z głównych przyczyn umieralności i chorób w Europie”*²⁶. Obecnie otyłość jest uznawana za cywilizacyjną chorobę o zasięgu światowym²⁷.

Według danych WHO problemem nadwagi i otyłości dotkniętych jest blisko 1,6 mld ludzi na świecie, w tym 522 mln z otyłością.

Dowody wskazują, że otyłość wzrasta dramatycznie wśród dzieci europejskich, i w sposób nieproporcjonalny dotyka dzieci w słabszych grupach socjoekonomicznych²⁸.

Najwyższy wskaźnik otyłości występuje w Stanach Zjednoczonych. Do znacznego wzrostu występowania nadwagi i otyłości w tym kraju doszło w latach 1980 – 1990 r., natomiast w 2000 r. aż 64,5% dorosłych Amerykanów miało nadwagę lub otyłość, a 30,5% było otyłych; w tym 7,4% stanowiła otyłość olbrzymia²⁹.

Wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości nie dotyczy tylko krajów rozwiniętych i rozwijających się. W krajach tych nadwaga i otyłość współistnieją z niedożywieniem. Częstość występowania otyłości u osób dorosłych w Europie Wschodniej, Wschodniej części Morza Śródziemnego, Hiszpanii i Włoszech jest równie wysoka jak w Stanach Zjednoczonych, natomiast w Chinach, Japonii i większej części Afryki otyłość jest nadal stosunkowo rzadkim zjawiskiem. Sytuacja w tych krajach z roku na rok zmienia się

²³ Fichna P., Skowrońska B.: Powikłania otyłości wśród dzieci i młodzieży. *Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieku Rozwojowego*, 2006, 12, 3, 223-228.

²⁴ Lenart-Domka E., Kwolek A.: Rehabilitacja dzieci otyłych – czy jest rzeczywiście potrzebna? *Przegl. Med. Uniw. Rzeszow.*, 2007, 1, 99-105.

²⁵ Kardasz M., Pawłowska D.: Wpływ otyłości w dzieciństwie na przyszłe życie człowieka dorosłego. *Nowa Pediatria*, 2008, 2, 35-40.

²⁶ <http://www.oswiata.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/wprowadzenie-norm-zywieniowych-w-szkolach-pomoze-w-walce-z-otyloscia> [data dostępu 13.08.2015]

²⁷ Szymocha M., Bryła M., Maniecka- Bryła I.: Epidemia otyłości XXI wieku *Zdrowie Publiczne* 2009; 119 (2): 207-2012.

²⁸ www.pfzp.pl BIAŁA KSIĘGA, Strategia dla Europy w zakresie zagadnień zdrowia związanych z żywieniem, nadwagą, otyłością, Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela 30.5.2007, COM (2007) 279, wersja ostateczna [data dostępu: 2016-09-14].

²⁹ Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL et al.: Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288: 1723-1727

jednak na niekorzyść, w związku ze zmianą nawyków żywieniowych i rozpowszechnieniem żywności typu fast food³⁰.

Otyłość i nadwaga to problem nie tylko osób dorosłych. W Stanach Zjednoczonych 25% dzieci ma stwierdzoną nadwagę lub otyłość, natomiast w Europie nadwagę i otyłość stwierdzono u ok. 10% dzieci³¹.

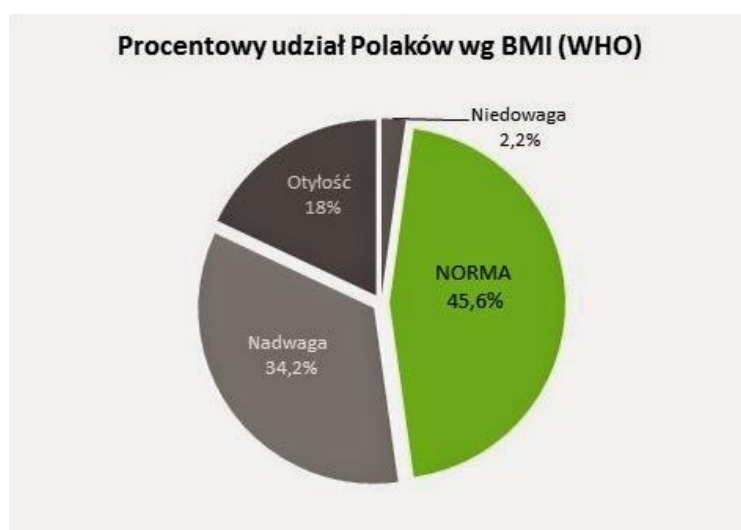
Otyłość jest szóstym co do ważności czynnikiem ryzyka odpowiedzialnym za zgony na świecie. W 1997 roku WHO oficjalnie uznała ją za stan przewlekły, wymagający leczenia, sprzyjający rozwojowi innych chorób i związany ze zwiększoną śmiertelnością³².

1.2.2. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce

Nadwaga i otyłość są w Polsce poważnym problemem społeczno-medycznym. Pod względem liczby osób z nadmierną masą ciała Polska znajduje się w czołówce krajów Europy³³. Potwierdzeniem niniejszego stwierdzenia są wyniki badań przedstawione poniżej.

Z badań Instytutu Żywności i Żywienia zrealizowanych w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy wynika, że już ponad 22 % uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce ma nadmierną masę ciała (nadwagę lub otyłość)³⁴.

Te niekorzystną sytuację potwierdzają również dane WHO, 34,2% Polaków ma stwierdzoną nadwagę, natomiast 18% to osoby otyłe (Ryc.1).



Ryc. 1. Procentowy udział Polaków wg BMI (dane WHO)³⁵

³⁰ Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska – Suchowierska E. Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza, Postępy Nauk Medycznych, t. XXVI, nr 4, 2013

³¹ Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P. (2012), Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej, Hygeia Public Health, 47(1):28-35.

³² Jasiel – Wojculewicz H., Chrostowska M., Narkiewicz K., Otyłość – niektóre aspekty epidemiologiczne i rokownicze, Kardiologia na co Dzień, 2007, 3(2), s.79-83

³³ Ibidem

³⁴ <http://www.izz.waw.pl/pl/strona-gowna/3-aktualnoci/aktualnoci/541-musimy-zatrzymac-epidemie-otylosci> (data dostępu: 2016-10-14]

Dane statystyczne badania Natpol Plus wskazują, że ponad połowa respondentów, tj. 53% posiada nieprawidłową masę ciała. W badaniach Lipidogram 2004, nadwagę stwierdzono u 48% mężczyzn i 39,16% kobiet, a otyłość u 32,78% mężczyzn i 31,22% kobiet³⁶.

Natomiast wyniki badania Wobasz, prowadzonego w latach 2003-2005 wykazały, że nadwaga lub otyłość (BMI \geq 25) dotyczyła 61,6% mężczyzn i 50,3% kobiet w wieku 20-74 lata³⁷.

Z badań HBSC przeprowadzonych w 2010 roku wynika, że wg wartości referencyjnych IOTF, 18,3% dzieci w wieku 11-12 lat ma nadwagę, natomiast 3,4% dzieci jest otyłych. W przedziale wiekowym 13-14 lat nadwagę stwierdzono u 14,9%, natomiast otyłość stwierdzono u 3,4% osób. Biorąc pod uwagę płeć, problem nadwagi i otyłości częściej dotyczy chłopców niż dziewcząt (Tabela 3)³⁸.

³⁵GUS Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.

³⁶Czyżewski Ł., Nadwaga i otyłość jako czynniki ryzyka wystąpienia nadciśnienia tętniczego, *Prob. Pielęg.*, 2008, 16(1,2), s.128-135.

³⁷Biela U., Pająk A., Kaczmarczyk-Chałas K., Głuszek J., Tendera M., Waśkiewicz A., Kurjata P., Wyrzykowski B., Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20-74 lat. Wyniki programu Wobasz, *Kardiologia Polska*, 2005, 63, s.1-4.

³⁸*Ibidem*, s. 3.

Tabela 3. Masa ciała wg wskaźnika BMI - kategorie wartości referencyjnych (IOTF)*(dane HBSC 2010r.)³⁹*

Klasa (Wiek)	Płeć		BMI – kategorie %				BMI	
			Masa ciała w normie	Nadwa ga	Otyło ść	Raze m	Średn ia	SD
V klasa szkoły podstawowej 11-12 lat	Chłopcy	N	541	150	34	725	19,06	3,40
		%	74,6%	20,7%	4,7%			
	Dziewczęta	N	580	112	15	707	18,38	3,20
		%	82,0%	15,8%	2,1%			
	Ogółem	N	1121	262	49	1432	18,72	3,32
		%	78,3%	18,3%	3,4%			
VI klasa szkoły podstawowej I klasa gimnazjum 13-14 lat	Chłopcy	N	601	138	31	770	20,15	3,54
		%	78,1%	17,9%	4,0%			
	Dziewczęta	N	682	95	22	799	19,79	3,33
		%	85,4%	11,9%	2,8%			
	Ogółem	N	1283	233	53	1569	19,96	3,44
		%	81,3%	14,9%	3,4%			

W roku 2011 w badaniach przeprowadzonych w ramach programu NATPOL stwierdzono wzrost rozpowszechniania otyłości zwłaszcza wśród mężczyzn, której częstość występowania dochodziła do 25%⁴⁰.

WHO alarmuje, że problem nadwagi i otyłości coraz częściej dotyczy dzieci i młodzieży. Na przestrzeni 10 lat (od 1989 do 1998 roku) liczba otyłych dzieci pomiędzy 2 a 4 rokiem życia wzrosła z 5 do 9 %. Przeprowadzone badania wskazują, że nadwaga wieku dziecięcego 5-krotnie zwiększa ryzyko wystąpienia zawału lub udaru w wieku 65 lat⁴¹.

1.2.3. Sytuacja epidemiologiczna w województwie lubelskim

Województwo lubelskie jest na trzecim miejscu w Polsce wśród województw pod względem liczby uczniów z nadwagą lub otyłością (24,6%)⁴². W szkołach podstawowych problem nadwagi i otyłości dotyczy około 22% chłopców i 18% dziewczynek, nieco niższy odsetek stwierdzono w gimnazjach; 15% chłopców i 12% dziewczynek jest dotkniętych

³⁹Opracowanie własne na podstawie: Problem nadwagi i otyłości w Polsce wśród dzieci i młodzieży- dane epidemiologiczne wg raportu z badań HBSC 2010. *op., cit.2.*

⁴⁰<http://www.kolenda-labus.pl/gallery/file/InstytutZywnosciZywienia.pdf> [data dostępu 02.08.2015]

⁴¹<http://www.nazdrowie.pl/artukul/epidemia-otylosci-w-polsce-0> [data dostępu 13.08.2015].

⁴²<http://www.izz.waw.pl/pl/strona-gowna/3-aktualnoci/aktualnoci/541-musimy-zatrzymac-epidemie-otylosci> (data dostępu: 2016-10-14]

nadwagą i otyłością. Z kolei wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych, nadmierną masę ciała posiada 17% chłopców i 10% dziewcząt⁴³.

Wskaźniki chorobowości dzieci i młodzieży (0-14 lat) rosną wraz z wiekiem młodych pacjentów. Dopiero powyżej 14 roku życia wartości tego wskaźnika ulegają zmniejszeniu. Wskaźnik wojewódzki chorobowości wyniósł 159,2/10 tys., natomiast zachorowalności 24,1/10 tys. W 2013 roku najwyższy wskaźnik chorobowości otyłości (ogółem) odnotowano w powiatach krasnostawskim 370,29/10 tys., chełmskim 393,84/10 tys., hrubieszowskim 337,24/10 tys., puławskim 321,39/10 tys. i lubelskim 339,89 /10 tys. (Tabela 4)⁴⁴.

Tabela 4. Najwyższy wskaźnik chorobowości otyłości u dzieci w wieku 10-14 lat w województwie lubelskim w 2013 roku

OTYŁOŚĆ		
Powiat	chorobowość wśród dzieci w grupie wiekowej 10-14 lat	chorobowość w grupie wiekowej 0-18 lat [Ogółem] wskaźnik na 10 tys. *
lubelski	250	339,89
puławski	324	321,39
bialski	144	180,81
chełmski	134	393,84
łukowski	131	148,48
zamojski	115	165,51
krasnostawski	110	370,29
hrubieszowski	108	337,24

*Pacjentów deklarujących chęć korzystania z opieki w danej placówce POZ (wg jej lokalizacji w powiecie województwie)

Występowanie zjawiska otyłości stanowi znaczący problem zdrowia publicznego. Faza dojrzewania płciowego (wiek 10-13/14 lat), jest okresem w którym występuje zwiększone ryzyko występowania otyłości. U chłopców występuje w tym czasie przyrost masy mięśniowej i zmniejszenie tkanki tłuszczowej. U dziewcząt dochodzi do przyrostu tkanki tłuszczowej. Jednocześnie wśród dzieci w wieku szkolnym obserwuje się zmniejszenie aktywności fizycznej w ciągu dnia, co związane jest zarówno z zajęciami szkolnymi jak i pozalekcyjnymi.

⁴³ Raport z badań HBSC 2010 Problem nadwagi i otyłości Polsce wśród dzieci i młodzieży *op.,cit.*, s.2.

⁴⁴ II Stan zdrowotny ludności. Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia 2013 woj. lubelskiego s.42.

Następstwem tych czynników jest znaczący przyrost populacji dzieci z nadmiarem masy ciała w ostatnich latach⁴⁵.

1.3. Populacja zamieszkała na terenie danej jednostki kwalifikująca się do włączenia do programu

Program będzie skierowany do uczniów klas IV-VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego. Zgodnie z założeniami programu w latach 2017 – 2020 możliwe jest objęcie programem co najmniej 9 000 uczniów.

Według Głównego Urzędu Statystycznego na dzień 30.09.2015 liczba dzieci w klasach IV–VI w woj. lubelskim w roku szkolnym 2015/2016 wynosiła 56,732 osób⁴⁶.

1.4. Dotychczasowe działania mające na celu rozwiązanie problemu zdrowotnego

Niniejszy program jest programem nowowdrażanym i niezbędnym; profilaktyka nadwagi i otyłości to jeden z priorytetów określonych w Programie Strategicznym Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 oraz w opracowaniu naukowym pn. „Ocena stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego na potrzeby opracowywania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Samorząd Województwa Lubelskiego w latach 2016-2021”.

Realizacja niniejszego programu jest elementem szerszej strategii ochrony zdrowia woj. lubelskiego, wpisanej w obszar chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu. Województwo lubelskie jest na trzecim miejscu w Polsce wśród województw pod względem liczby uczniów z nadwagą lub otyłością. Potwierdzeniem są dane statystyczne z Instytutu Żywności i Żywienia. Profilaktyka nadwagi i otyłości jest niezbędnym elementem działań dążących do zmniejszenia rozpowszechniania przewlekłych chorób niezakaźnych zarówno w Polsce jak i na poziomie UE. Poprawa tej sytuacji jest konieczna, w szczególności potrzebny jest rozwój prewencji przez strategię populacyjną, zgodną z koncepcją strategii WHO z 2004 roku; dotyczącą poprawy stanu zdrowia poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej.

Prawidłowe żywienie dzieci oraz zapewnienie im prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego, jak też zapobieganie nadwadze i otyłości, chorobom żywieniowo zależnym ma istotne znaczenie dla zachowania zdrowia zarówno w wieku rozwojowym, jak i dorosłym.

Świadczenia oferowane w programie tj. badania diagnostyczne, zajęcia z edukacji zdrowotnej, zajęcia z psychologii, dietetyki oraz zajęcia praktyczne rozwijające aktywność fizyczną nie są standardowo finansowane ze środków publicznych.

⁴⁵ *Opracowanie własne na podstawie:* Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia woj. lubelskiego 2013r. II Stan zdrowotny ludności s.75 .

⁴⁶ <https://cie.men.gov.pl/index.php/dane-statystyczne/137.html> [data dostępu 07.09.2016]

Szkolne podstawy programowe nie zawierają edukacji zdrowotnej jako odrębnego przedmiotu kształcenia. Natomiast kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej powinno odbywać się od najmłodszych lat życia. Tylko prawidłowe żywienie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym warunkuje optymalny rozwój fizyczny, umysłowy i społeczny.

1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

W dzisiejszych czasach patologiczny nadmiar masy ciała jest jednym z najbardziej widocznych, a zarazem, jak do tej pory, najbardziej lekceważonych problemów zdrowotnych. Faza dojrzewania płciowego to jeden z krytycznych okresów w wieku rozwojowym, w którym istnieje zwiększone ryzyko rozwoju nadwagi i otyłości. Nadwaga i otyłość to najczęściej występujące zaburzenia rozwojowe występujące zarówno u dzieci jak i młodzieży⁴⁷.

Główną przyczyną tego zjawiska są przede wszystkim zmiany w stylu życia, a mianowicie zmniejszenie aktywności fizycznej oraz zmiana nawyków żywieniowych polegająca na wysokiej konsumpcji produktów wysokokalorycznych, a ponadto niedostateczny system poradnictwa dietetycznego w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej⁴⁸.

Powstanie otyłości w dzieciństwie, jej utrzymywanie się do wieku dojrzewania oraz w dalszych latach życia wpływa m.in. na zwiększenie liczby powikłań i chorób towarzyszących otyłości. Konsekwencją jest m.in. zespół metaboliczny, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zespół bezdechu sennego, koślawość kolan, płaskostopie, wiotkość więzadeł i ścięgien, zmiany zwyrodnieniowe w układzie kostno- stawowym, będące wynikiem przedwczesnego zużywania się chrząstek stawowych^{49,50}.

Realizacja programu nadwagi i otyłości w województwie lubelskim wynika m.in. z: **priorytetów zdrowotnych** określonych w: - Programie Strategicznym Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 oraz - opracowaniu naukowym „Ocena stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców Województwa Lubelskiego na potrzeby opracowywania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Samorząd Województwa Lubelskiego w latach 2016 – 2021”^{51,52}.

⁴⁷ Dietz WH.: Critical periods in childhood for the development of obesity. Am J Clin Nutr. 1994;59(5):955–959.

⁴⁸ Kłosiewicz - Latoszek L.: Otyłości jako problem społeczny, zdrowotny, leczniczy, Probl hig Epidemiol 2010, 91(3): 339-343.

⁴⁹ Oblacińska A.: Podstawy teoretyczne nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej*, Praca zbiorowa pod red. A. Oblacińskiej, ORE, Warszawa 2013, 11.

⁵⁰ Reilly JJ et al. Health consequences of obesity. Arch Dis Child. 2003, 88: 748–752

⁵¹ Program Strategiczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020, Załącznik do Uchwały Nr CCL/5214/2014 Zarządu Województwa Lubelskiego z dnia 10 czerwca 2014r.

⁵² Opracowanie naukowe „Ocena stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców Województwa Lubelskiego na potrzeby opracowywania programów polityki zdrowotnej realizowanych

- **sytuacji epidemiologicznej w województwie lubelskim**; Województwo Lubelskie jest na 3 miejscu w Polsce wśród województw pod względem liczby uczniów z nadwagą i otyłością⁵³.

W szkołach podstawowych problem nadwagi i otyłości dotyczy około 22% chłopców i 18% dziewczynek, nieco niższy odsetek stwierdzono w gimnazjach; 15% chłopców i 12% dziewczynek jest dotkniętych nadwagą i otyłością. Wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych, nadmierną masę ciała posiada 17% chłopców i 10% dziewcząt⁵⁴.

Aby zapobiec temu narastającemu zjawisku niezbędna jest profilaktyka. Dotychczas nie ma dostępnego, kompleksowego, interdyscyplinarnego systemu leczenia otyłości u dzieci i młodzieży, który finansowany byłby w ramach środków publicznych, a zwłaszcza brak jest finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną. W związku z powyższym przeprowadzenie kompleksowej, długookresowej interwencji jest działaniem niezbędnym. Głównie założenie programu zostanie osiągnięte poprzez wzrost wykrywalności nadwagi i otyłości, wzrost poziomu wiedzy i świadomości na temat zbilansowanego, prawidłowego żywienia, dzięki możliwości bezpośredniego korzystania z porad pielęgniarki, specjalisty z zakresu prawidłowego żywienia oraz specjalisty aktywności fizycznej, psychologa, dietetyka, instruktora gimnastyki.

Wymiernym efektem realizacji programu będzie m.in. wzrost poziomu wiedzy na temat prawidłowego żywienia, wzrost świadomości żywieniowej uczniów, wzrost świadomości opiekunów prawnych uczniów na temat problemu otyłości i nadwagi, zwiększenie aktywności uczniów na zajęciach wychowania fizycznego i sportowych zajęciach pozalekcyjnych oraz zmiana nawyków żywieniowych i propagowanie zdrowego stylu życia.

2. CEL PROGRAMU

2.1. Cel główny

Zapobieganie zjawisku nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV – VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno – zdrowotnej wśród 9 000 uczniów w okresie do 2020 roku.

przez Samorząd Województwa Lubelskiego w latach 2016 – 2021”
<http://www.lubelskie.pl/img/userfiles/files/Ocena.pdf> [data dostępu: 2016-06-17]

⁵³] <http://www.izz.waw.pl/pl/strona-gowna/3-aktualnoci/aktualnoci/541-musimy-zatrzymac-epidemie-otylosci> [data dostępu: 2016-10-14].

⁵⁴ Raport z badań HBSC 2010 Problem nadwagi i otyłości Polsce wśród dzieci i młodzieży*op., cit.*, s.2

2.2. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie wykrywalności nadwagi i otyłości wśród 9000 uczniów klas IV-VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2020 roku.
2. Zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości na temat zbilansowanego, prawidłowego żywienia oraz aktywnych form spędzania wolnego czasu poprzez ukierunkowaną edukację wśród 9 000 uczniów klas IV- VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2020 roku.
3. Zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości na temat zbilansowanego, prawidłowego żywienia oraz aktywnych form spędzania wolnego czasu poprzez ukierunkowaną edukację wśród 9 000 uczniów klas IV- VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2020 roku.

2.3. Oczekiwane efekty

Wymiernym efektem realizacji programu będzie:

- wzrost poziomu wiedzy na temat prawidłowego żywienia;
- wzrost świadomości żywieniowej uczniów;
- wzrost świadomości rodziców/opiekunów prawnych uczniów na temat problemu otyłości i nadwagi oraz małej aktywności fizycznej wśród uczniów;
- zwiększenie aktywności uczniów na zajęciach wychowania fizycznego i sportowych zajęciach pozalekcyjnych;
- zmiana nawyków żywieniowych i propagowanie zdrowego stylu życia;
- redukcja masy ciała uczniów objętych programem;
- utrzymanie zredukowanej masy ciała uczniów objętych programem;
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związaną z leczeniem nadwagi/otyłości.

3. MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI ODPOWIADAJĄCE CELOM PROGRAMU

1. Liczba wykonanych badań przesiewowych zgodnie z kwestionariuszem ankiety (Załącznik 2) tj. pomiar wzrostu, masy ciała z uwzględnieniem skali centylowej oraz ciśnienia tętniczego krwi.
2. Liczba uczniów ze stwierdzoną nadwagą na podstawie wyliczonego wskaźnika BMI oraz WHR.
3. Liczba uczniów ze stwierdzoną otyłością na podstawie wyliczonego wskaźnika BMI oraz WHR.
4. Liczba uczniów, u których zwiększył się poziom wiedzy na temat zbilansowanego prawidłowego żywienia: na podstawie ankiet przeprowadzonych przed programem (Załącznik 3) i po programie (Załącznik 3a).
5. Liczba uczniów, u których nastąpił wzrost aktywności fizycznej: na podstawie ankiet przeprowadzonych przed programem (Załącznik 2) i na końcu programu (Załącznik 4).

6. Liczba uczniów, u których nastąpił spadek wskaźnika BMI z uwzględnieniem skali centylowej po 6 miesiącach od zakończenia udziału w projekcie.
7. Liczba uczniów, u których nastąpił spadek wskaźnika BMI z uwzględnieniem skali centylowej po 12 miesiącach od zakończenia udziału w projekcie.
8. Liczba uczniów, u których nastąpił spadek wskaźnika WHR z uwzględnieniem skali centylowej po 6 miesiącach od zakończenia udziału w projekcie.
9. Liczba uczniów, u których nastąpił spadek wskaźnika WHR z uwzględnieniem skali centylowej po 12 miesiącach od zakończenia udziału w projekcie.
10. Liczba rodziców, u których zwiększył się poziom wiedzy na temat prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej: na podstawie ankiet przeprowadzonych przed programem (Załącznik 5) i po programie (Załącznik 5a).

Niniejszy program zdrowotny będzie podlegał również monitorowaniu, zgodnie z zasadami określonymi dla Regionalnych Programów Operacyjnych. Realizatorzy programu będą zobowiązani do monitorowania wskaźników określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 oraz zgodnie z Wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020, Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych 2014 – 2020. Szczegółowe wytyczne w tym zakresie zostaną określone w Regulaminie konkursu.

Dla niniejszego programu monitorowaniu podlegać będą następujące wskaźniki:

Rezultat bezpośredni:

1. Liczba osób, u których po opuszczeniu programu zostały zdiagnozowane i/lub ograniczone problemy zdrowotne;
2. Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu.

Produkt:

1. Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS;
2. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie;
3. Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców;
4. Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie;
5. Liczba osób pochodzących z obszarów wiejskich.

4. ADRESACI PROGRAMU

4.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program będzie skierowany do uczniów klas IV-VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego. Zgodnie z założeniami programu w latach 2017 – 2020 możliwe jest objęcie programem 9 000 uczniów.

Według Głównego Urzędu Statystycznego na dzień 30.09.2015 liczba dzieci w klasach IV –VI w woj. lubelskim w roku szkolnym 2015/2016 wynosiła 56,732 osób⁵⁵.

4.2. Tryb zapraszania do programu

Przedmiotowa informacja dot. programu profilaktycznego będzie zawarta w materiałach informacyjno – rekrutacyjnych (broszury, plakaty).

Rekrutacja do programu odbywać się będzie za pośrednictwem placówek edukacyjnych-oświatowych oraz za zgodą rodzica/ prawnego opiekuna (Załącznik1).

Informacja dotycząca programu będzie obejmowała następujące działania:

- kontakt koordynatora programu z dyrekcją poszczególnych szkół celem udziału szkoły w przedmiotowym programie;
- informacje na stronie internetowej realizatora programu;
- informacje na terenie siedziby realizatora programu.

Udział szkoły w programie odbywać się drogą telefoniczną, papierową, elektroniczną oraz poprzez osobiste zgłoszenia. Podczas kwalifikacji będzie brana pod uwagę kolejność zgłoszeń.

5. ORGANIZACJA PROGRAMU

5.1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Program profilaktyczny będzie skierowany do uczniów klas IV-VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego.

Zakres programu będzie obejmował 4 etapy:

Etap 1. DZIAŁANIA INFORMACYJNO – REKRUTACYJNE- zawiadomienie o realizacji programu w szkole poprzez osobiste rozmowy koordynatora programu/specjalisty ds. promocji i rekrutacji z dyrekcją poszczególnych szkół/gronem pedagogicznym z uwzględnieniem spotkań z rodzicami/ opiekunami prawnymi celem zainteresowania programem;

- informacja na stronie internetowej realizatora programu oraz na terenie siedziby realizatora programu (działania obejmują m.in. kolportaż broszurek, plakatów);
- rekrutacja uczniów do programu (uczeń zostanie zakwalifikowany do programu tylko i wyłącznie po uzyskaniu zgody rodzica/opiekuna prawnego ucznia – Załącznik 1).

⁵⁵ <https://cie.men.gov.pl/index.php/dane-statystyczne/137.html> [07.09.2016]

Osoba odpowiedzialna za realizację: koordynator/specjalista ds. promocji i rekrutacji.

Etap 2. DZIAŁANIA DIAGNOSTYCZNE – BADANIA PRZESIEWOWE

- przeprowadzanie badań diagnostycznych zgodnie z kwestionariuszem ankiety (Załącznik 2) tj. pomiar: wzrostu, masy ciała, ciśnienia tętniczego krwi.

Na podstawie badań diagnostycznych zostanie określony wskaźnik BMI oraz WHR. Pielęgniarka jest zobowiązana poinformować opiekuna prawnego ucznia o wyniku badania.

Osoba odpowiedzialna za realizację: pielęgniarka.

Etap 3. DZIAŁANIE EDUKACYJNE

Zajęcia z edukacji zdrowotnej; będą poprzedzone badaniem ankietowym *ex-ante* (Załącznik 3), badającym poziom wiedzy na temat prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej. Zajęcia będą prowadzone w formie warsztatów; w grupach liczących maksymalnie 30 osób i będą skierowane do wszystkich uczestników programu. Tematyka zajęć z edukacji zdrowotnej to „Zdrowe odżywianie się i aktywny styl życia”. Zajęcia z edukacji zdrowotnej będą prowadzone w formie 2 spotkań po 45 min/grupę.

Osoby odpowiedzialne za realizację zajęć edukacyjnych to team trenerski: specjalista z zakresu prawidłowego żywienia oraz specjalista aktywności fizycznej.

Zajęcia z dietetyki będą prowadzone w formie warsztatów grupowych liczących maksymalnie 30 osób w grupie i będą prowadzone w formie 2 spotkań po 45 min/grupę i będą skierowane do wszystkich uczestników.

Dodatkowo w ramach zajęć z dietetyki uczestnik programu, u którego wykryto nadwagę/otyłość (z wstępnych założeń do programu; przewidywana liczba uczestników u których zostanie wykryta nadwaga/otyłość będzie stanowiła co najmniej 40%) wraz z rodzicem/opiekunem prawnym będzie miał zapewnioną indywidualną poradę z dietetykiem w formie 1 spotkania trwającego 45 min., obejmującą m. in. wywiad rodzinny w kierunku nadwagi, otyłości oraz chorób towarzyszących, w tym możliwości podjęcia leczenia oraz inne sposoby postępowania.

Osoba odpowiedzialna za realizację: dietetyk.

Zajęcia z psychologii będą prowadzone w formie zajęć edukacyjno - warsztatowych (1 spotkanie – 45 min.) w grupach liczących maksymalnie 30 osób i będą skierowane do wszystkich uczniów.

Zakres tematyczny będzie obejmował m.in. motywację, zaburzenia odżywiania oraz czynniki psychologiczne odgrywające istotną rolę w procesie odżywiania. **Osoba odpowiedzialna za realizację:** psycholog. Ponadto każdy uczestnik programu otrzyma skrypt zawierający treści zajęć z edukacji zdrowotnej, dietetyki, psychologii wraz z przykładowymi ćwiczeniami i opisem aktywności fizycznych wspomagających utrzymanie prawidłowej wagi ciała. Powyższe zadania zostaną zakończone badaniami ankietowymi *ex-post*, dzięki którym będzie można określić wzrost poziomu wiedzy i świadomości oraz subiektywną ocenę zaproponowanych form wsparcia.

Etap 4. DZIAŁANIA PRAKTYCZNE

Zajęcia praktyczne, rozwijające aktywność fizyczną, które będą skierowane do wszystkich uczestników i będą prowadzone w grupach max 20 osobowych, na sali gimnastycznej/boisku szkolnym.

W ramach działań praktycznych uczestnicy programu otrzymają zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń, tj. mata do ćwiczeń, skakanka, piłka gimnastyczna. Celem niniejszego działania będzie praktyczna nauka ćwiczeń, które uczeń po zakończeniu programu będzie mógł samodzielnie wykonywać. Działania praktyczne będą obejmowały 2 spotkania po 45 min. **Osoba odpowiedzialna za realizację:** instruktor gimnastyki/rehabilitant. Na koniec programu wszyscy uczestnicy programu otrzymają kwestionariusz ankiety do samodzielnego wypełnienia badający poziom satysfakcji (Załącznik 4, Załącznik 6).

Po zakończeniu programu uczniowie powinni:

- ✓ znać zasady zdrowego żywienia;
- ✓ przestrzegać w praktyce zasad zdrowego stylu życia;
- ✓ uwzględniać w codziennym jadłospisie posiłki zawierające warzywa i owoce;
- ✓ dokonać prezentacji utworzonych przez siebie piramid zdrowego żywienia;
- ✓ wykonać drugie śniadanie z zachowaniem zasad zdrowego żywienia;
- ✓ dokonać samooceny własnego sposobu odżywiania i aktywności fizycznej;
- ✓ wyliczać wskaźnik BMI, WHR;
- ✓ znać konsekwencje otyłości i nadwagi;
- ✓ rozróżniać produkty „zdrowe i niezdrowe”;
- ✓ -ułożyć harmonogram spożywania posiłków w ciągu doby/tygodnia;
- ✓ określić jakie znaczenie dla ich zdrowia ma regularne spożywanie posiłków i aktywność fizyczna;
- ✓ umiejętnie korzystać z tablic wartości odżywczej;
- ✓ ułożyć własny trening zdrowotny.

5.2. Planowane interwencje, w tym informacja o planowanych konkursach na realizatorów projektów profilaktycznych współfinansowanych ze środków EFS

Realizator programu zostanie wyłoniony w drodze konkursu w ramach działania 11.2 RPO WL na lata 2014 – 2020.

Wszelkie działania przewidziane w programie będą przeprowadzane w działających na terenie województwa lubelskiego szkołach podstawowych, z odpowiednią infrastrukturą oraz sprzętem do udzielenia tego rodzaju poradnictwa.

Ponadto każdy uczestnik programu otrzyma w ramach realizacji zajęć zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń tj. piłka gimnastyczna, skakanka, mata do ćwiczeń oraz skrypt z realizacji poszczególnych etapów programu.

PLANOWANE INTERWENCJE

Zadania do realizacji	Formy realizacji	Osoby odpowiedzialne za realizację
Zawiadomienie o realizacji programu w szkole	- osobiste rozmowy koordynatora programu/specjalisty ds. promocji i rekrutacji z dyrekcją poszczególnych szkół/gronem pedagogicznym z uwzględnieniem spotkań z rodzicami/ opiekunami prawnymi celem zainteresowania programem; - informacja na stronie internetowej realizatora programu oraz na terenie siedziby realizatora programu (działania obejmują m.in. kolportaż broszurek, plakatów)	Koordynator programu/Specjalista ds. promocji i rekrutacji
Rekrutacja osób do programu	- zakwalifikowanie dziecka do udziału w programie odbywać się będzie w sposób standardowy – po uzyskaniu zgody rodzica/opiekuna prawnego (Załącznik 1, Załącznik 5)	Specjalista ds. promocji i rekrutacji
Badania diagnostyczne	- przeprowadzanie badań diagnostycznych zgodnie z kwestionariuszem ankiety (Załącznik 2) tj. pomiar: wzrostu, masy ciała, ciśnienia tętniczego krwi, określenie wskaźnika BMI/WHR.	Pielęgniarka
Zajęcia z edukacji zdrowotnej	- warsztaty grupowe; zajęcia będą poprzedzone badaniem ankietowym <i>ex-ante</i> (Załącznik 3)	Specjalista z zakresu prawidłowego żywienia oraz specjalista aktywności fizycznej
Zajęcia z dietetyki	- warsztaty grupowe skierowane do uczniów z wykrytą nadwagą/otyłością - indywidualna porada dietetyka względem uczestnika programu wraz z rodzicem/ opiekunem prawnym o możliwości podjęcia leczenia oraz przedstawienie sposobu postępowania - dotyczy uczniów z wykrytą nadwagą/otyłością (Załącznik 3a)	Dietetyk
Zajęcia z psychologii	- zajęcia edukacyjno-warsztatowe - przekazanie uczestnikom programu materiałów edukacyjnych tj. skrypt	Psycholog
Zajęcia praktyczne	- zajęcia ruchowe na sali gimnastycznej/boisku	Instruktor gimnastyki/rehabilitant

	- rozdawnictwo materiałów, tj. zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń tj. mata, skakanka, piłka gimnastyczna	
Ankietowanie uczestników/rodziców/opiekunów prawnych <i>ex-post</i>	- ankieta satysfakcji dla uczniów (Załącznik 4) - ankieta dla rodziców/ opiekunów prawnych (Załącznik 5a) - ankieta satysfakcji dla rodziców/opiekunów prawnych (Załącznik 6)	Koordynator programu/ Specjalista ds. promocji i rekrutacji
Analiza danych zebranych w trakcie realizacji programu, opracowanie merytoryczne i graficzne uzyskanych wyników.	- gromadzenie, przetwarzanie danych	Koordynator programu

5.3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników.

Do udziału w Programie zostaną zaproszeni uczniowie klas IV – VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego, po uprzedniej akceptacji Programu przez rodzica/opiekuna prawnego ucznia (Załącznik 1).

5.4. Zasady udzielenia świadczeń w ramach programu.

Program profilaktyczny skierowany będzie do uczniów klas IV-VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego.

Osoby objęte programem będą miały zapewnione badania diagnostyczne, zajęcia z edukacji zdrowotnej, zajęcia z dietetyki, psychologii oraz zajęcia praktyczne rozwijające aktywność ruchową. Ponadto, każdy uczestnik programu u którego zostanie stwierdzona nadwaga/otyłość będzie miał zapewnioną indywidualną poradę z dietetykiem w obecności rodzica/opiekuna prawnego, podczas której zostaną poinformowani o zagrożeniach wynikających z otyłości, możliwości podjęcia leczenia. W trakcie porady dietetyk przeprowadzi wywiad z rodzicem/opiekunem prawnym ucznia dotyczący m. in. czynników socjo-demograficznych, stanu zdrowia, historii żywienia i aktywności fizycznej.

Na koniec programu każdy uczestnik otrzyma skrypt z realizacji poszczególnych etapów programu oraz zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń tj. piłka gimnastyczna, skakanka, mata do ćwiczeń.

Wszelkie konsultacje, badania, warsztaty i zajęcia prowadzone będą cyklicznie wg ustalonego harmonogramu w poszczególnych szkołach po uzgodnieniu z dyrektorami szkół, realizatorami Programu i uczestnikami.

Badanie diagnostyczne zostaną wykonane przez pielęgniarkę. Zakres badań będzie obejmował: pomiar masy ciała, wzrostu, określenie wskaźnika BMI/WHR, pomiar ciśnienia ze szczególnym zwróceniem uwagi na choroby towarzyszące.

Ponadto wszyscy uczestnicy programu będą mieli zapewniony bezpłatny dostęp do materiałów informacyjno-edukacyjnych (broшуry, skrypt z realizacji poszczególnych etapów programu). Udzielane w programie świadczenia będą dobrowolne i bezpłatne.

Reasumując przeprowadzenie badań przesiewowych w środowisku lokalnym zwiększy zgłaszalność do udziału w planowanej interwencji, natomiast realizacja badań przesiewowych w środowisku szkolnym umożliwi uzyskanie wysokiego stopnia uczestnictwa uczniów w Programie.

5.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Niniejszy program obejmuje swym zakresem tylko i wyłącznie działania profilaktyczne tj. działania diagnostyczne, działania informacyjno – edukacyjne oraz działania praktyczne. W ramach świadczeń finansowanych z budżetu Państwa nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości, w tym zwłaszcza brak jest finansowania działań związanych z edukacją zdrowotną.

Wyżej wymienione interwencje nie powielają świadczeń finansowanych przez NFZ.

5.6. Spójność merytoryczna i organizacyjna

W ramach świadczeń finansowanych z budżetu Państwa nie jest dostępny również kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości, w tym zwłaszcza brak jest finansowania działań związanych z profilaktyką/edukacją zdrowotną.

Niniejszy program wpisuje się w cele operacyjne określone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016 – 2020, tj. obszar działania: poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństw.

5.7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Poprzez realizację poszczególnych części programu każdy uczestnik otrzyma informację na temat wskaźnika masy ciała (BMI) oraz wskaźnika obwodu talii do obwodu bioder (WHR). Na koniec programu uczestnicy otrzymają zaświadczenie uczestnika programu prozdrowotnego. Uczestnicy wychodzący z programu, u których istnieje potrzeba ponownych badań lub konsultacji ze specjalistą będą mieli możliwość skorzystania ze świadczeń refundowanych przez NFZ poza programem.

Ponadto wszyscy uczestnicy programu zdobędą niezbędną wiedzę, a co za tym idzie świadomość oraz zalecenia w kierunku stosowania właściwego sposobu żywienia tj. dieta oraz zestaw ćwiczeń korekcyjnych do stosowania indywidualnie poza szkołą. Potwierdzeniem zakończenia udziału w programie będzie ankieta satysfakcji.

5.8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji - działania zgodne z aktualną wiedzą medyczną, sprawdzone klinicznie

Planowane interwencje będą przeprowadzone na terenie województwa lubelskiego w szkołach podstawowych z odpowiednią infrastrukturą oraz sprzętem do udzielenia tego rodzaju poradnictwa.

Badania diagnostyczne, konsultacje z dietetykiem odbywać się będą z zachowaniem prawa do intymności. Uczestnicy programu będą indywidualnie poddawani badaniom diagnostycznym.

Osoby realizujące Program zabezpieczą odpowiedni sprzęt medyczny, spełniający wymogi określone przepisami, niezbędny do wykonania tego rodzaju świadczenia zdrowotnego. Dane osób korzystających z programu zostaną objęte tajemnicą oraz będą przechowywane zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

Wszystkie ww. działania będą prowadzone przez wykwalifikowanych realizatorów Programu i za wcześniejszą zgodą opiekuna prawnego ucznia.

5.9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Program będzie realizowany przez wyspecjalizowany zespół z udokumentowanymi kwalifikacjami, kompetencjami oraz doświadczeniem w pracy.

5.10. Dowody skuteczności planowanych działań

Wdrożenie niniejszego programu w szkołach ma na celu nie tylko zwiększenie wiedzy na temat właściwego żywienia i aktywności fizycznej, ale również "podtrzymanie trendu" na zdrowy styl życia i atrakcyjny wygląd nastolatków, dzięki możliwości bezpośredniego korzystania z porad pielęgniarki, dietetyka, psychologa. Ocena efektywności programu zostanie dokonana na podstawie badań ankietowych określających poziom wiedzy uczestników nt. prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej oraz ich zachowania prozdrowotne.

Przeprowadzenie kompleksowej, długookresowej interwencji z udziałem pielęgniarki, specjalisty z zakresu prawidłowego żywienia/ aktywności fizycznej, dietetyka, psychologa pozwoli nie tylko na okresowe poprawienie wyników zdrowotnych, ale uświadomienie problemu i zachęcenie do zmiany zachowań, zarówno przez uczestników programu, jak i jego bezpośrednich odbiorców – w tym przede wszystkim ich opiekunów.

Niniejszy program uzyskał pozytywną rekomendację Wojewódzkiego Konsultanta w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej.

6. KOSZTY

6.1. Koszty w przeliczeniu dla jednego uczestnika programu: 193,20 zł.

6.2. Planowane koszty całkowite: 1 738 800,00 zł.

6.3. Źródła finansowania: Projekt będzie współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego WL na lata 2014 – 2020

6.4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Potrzeba realizacji niniejszego programu wynika głównie ze specyfiki regionu oraz potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego⁵⁶.

Województwo lubelskie jest na trzecim miejscu w Polsce wśród województw pod względem liczby uczniów z nadwagą lub otyłych (24,6%)⁵⁷. Nadwaga i otyłość dotyczy około 22% chłopców i 18% dziewczynek w szkołach podstawowych, nieco niższy odsetek

⁵⁶ Opracowanie naukowe „Ocena stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego na potrzeby opracowywania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Samorząd Województwa Lubelskiego w latach 2016 – 2021”
<http://www.lubelskie.pl/img/userfiles/files/Ocena.pdf> [data dostępu: 2016-06-17]

⁵⁷Główny Urząd Statystyczny. Dostępny w Internecie: www.stat.gov.pl

stwierdzono w gimnazjach. Wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych, nadmierną masę ciała posiada 17% chłopców i 10% dziewcząt⁵⁸.

Świadczenia oferowane w programie tj. badania diagnostyczne, zajęcia edukacji zdrowotnej, zajęcia z dietetyki, zajęcia z psychologii, zajęcia praktyczne rozwijające aktywność fizyczną oraz indywidualne konsultacje dietetyka z uczniem w obecności opiekuna prawnego ucznia nie są standardowo finansowane ze środków publicznych.

Szkolne podstawy programowe nie zawierają edukacji zdrowotnej jako odrębnego przedmiotu kształcenia. Natomiast kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej powinno odbywać się już od najmłodszych lat życia.

Wdrożenie niniejszego programu w szkołach ma na celu nie tylko zwiększenie wiedzy na temat właściwego żywienia i aktywności fizycznej, ale również świadomości na temat zbilansowanego prawidłowego żywienia, dzięki możliwości bezpośredniego korzystania z porad pielęgniarki, specjalisty z zakresu prawidłowego żywienia/specjalisty aktywności fizycznej, psychologa, dietetyka, instruktora gimnastyki/rehabilitanta.

Przeprowadzenie kompleksowej, długookresowej interwencji pozwoli nie tylko na okresowe poprawienie wyników zdrowotnych, ale uświadomienie problemu i zachęcenie do zmiany zachowań, zarówno przez uczestników programu, jak i jego bezpośrednich odbiorców – w tym przede wszystkim opiekunów prawnych uczniów z nadwagą.

Ponadto przeprowadzenie skoordynowanych działań w zakresie profilaktyki nadwagi/otyłości przyniesie wymierne korzyści finansowe tj. zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związaną z leczeniem. Dzięki upowszechnieniu aktywnego, zdrowego stylu życia oraz przedsięwzięć mających na celu redukcję i kontrolę masy ciała możemy uzyskać zmniejszenie zachorowalności na przewlekłe choroby, inwalidztwa oraz mniejszą liczbę przedwczesnych zgonów. Proponowane w ramach Programu działania – ich zakres, zastosowane instrumenty, sposób realizacji oraz czynności informacyjne i edukacyjne pozwalają na objęcie nim w sposób kompleksowy istotną dla województwa lubelskiego grupę docelową. Uczestnicy Programu zostaną objęci profesjonalną opieką przez różnych specjalistów, co znacznie wzmocni efektywność świadczonych w Programie usług. Istotnym aspektem programu jest zidentyfikowanie na szeroką skalę osób z nadwagą lub zagrożonych otyłością i zaoferowanie im kompleksowej pomocy w zapobieganiu objawów. Możliwe jest to dzięki planowanemu zakresowi Programu, który uwzględnia wczesną identyfikację osób zagrożonych lub chorych, usługi medyczne, informację i edukację budującą i utrwalającą pozytywne postawy i nawyki dla prowadzenia zdrowego stylu życia, co ważniejsze w szerszym, niż akceptowalny przez NFZ zakresie.

⁵⁸Raport z badań HBSC 2010 Problem nadwagi i otyłości Polsce wśród dzieci i młodzieży.....*op.,cit.*, s.2.

KOSZTORYS REALIZACJI PROGRAMU NA LATA 2017-2020

Lp.	Świadczenia oferowane w programie	Łącznie (zł)
1.	Działania diagnostyczne , obejmujące pomiar: wzrostu, masy ciała, ciśnienia tętniczego	225 000,00
2.	Działania edukacyjne obejmujące zajęcia z :	
	- edukacji zdrowotnej w formie warsztatów (w grupach), prowadzone przez Team 2-osobowy.	108 000,00
	- dietetyki w formie warsztatów (w grupach)	54 000,00
	oraz indywidualna porada z dietetykiem , w obecności rodzica/ opiekuna prawnego (dot. uczniów z wykrytą nadwagą i otyłością tj. co najmniej 40% dzieci)	324 000,00
	- psychologii w formie warsztatów (w grupach)	30 000,00
	oraz materiały edukacyjne : skrypt	135 000,00
3.	Działania praktyczne, obejmujące:	
	- zajęcia ruchowe (w grupach),	108 000,00
	w tym zestaw narzędzi do wykonywania ćwiczeń tj. mata, skakanka, piłka do ćwiczeń	528 030,00
4.	Pozostałe koszty (15% kosztów bezpośrednich) , w tym: zatrudnienie koordynatora programu, specjalisty ds. promocji i rekrutacji, specjalisty ds. rozliczenia finansów, koszty administracyjno – biurowe, wydruk narzędzi badawczych – kwestionariuszy ankiet, wydruk broszurek, plakatów	226 804,50
OGÓŁEM		1 738 834,50*

* W programie przyjęto kwotę uogólnioną – 1 738 800,00 zł.

Koszty jednostkowe

Liczba uczestników - 9 000 uczniów

Koszt całkowity: 1 738 800,00 zł.

Koszt dla jednego uczestnika programu: 193,20 zł.

Wydatki będą ponoszone zgodnie z zapisami Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 - 2020 oraz Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020, dostępnych pod adresem strony: <https://www.mr.gov.pl/strony/zadania/fundusze-europejskie/wytyczne/wytyczne-na-lata-2014-2020>.

7. MONITOROWANIE I EWALUACJA

Ocena Programu obejmować będzie, m.in. ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń w Programie oraz ocenę jego skuteczności (polegającą na porównaniu stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym) i przeprowadzona zostanie na zakończenie jego realizacji. Ewaluacja zostanie przeprowadzona na poziomie Programu, a nie na poziomie realizacji poszczególnych projektów zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020). Ewaluacja opierać się będzie m.in. na informacjach pozyskanych w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020*, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie.

7.1. Ocena zgłaszalności do programu

Realizacja programu podlegać będzie stałemu monitorowaniu i ewaluacji. Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana w trakcie trwania programu oraz po zakończeniu programu na podstawie list uczestnictwa, które będą weryfikowały na każdym etapie realizacji działań liczbę uczestników rezygnujących z udziału w programie.

Celem monitoringu będzie ustalenie czy zaplanowane działania programu zostały zrealizowane zgodnie z założeniami.

Realizator programu zobowiązany będzie do składania nie rzadziej niż 1 x kwartał wniosku o płatność w zakresie postępu finansowo – rzeczowego z realizacji programu.

7.2. Ocena jakości świadczeń w programie

Ocena jakości świadczeń w Programie zostanie dokonana na podstawie:

- ankiety satysfakcji dla uczniów (Załącznik 4);
- ankiety monitorującej poziom wiedzy na temat prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej w 1 dniu programu (Załącznik 3) i na zakończenie programu (Załącznik 3a), w wyniku których zostanie określony odsetek uczniów, u których wzrósł poziom wiedzy po realizacji programu.

7.3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu zostanie dokonana na podstawie:

- poziomu frekwencji (efektywność programu zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie);
- badań ankietowych *ex – ante* i *ex- post*;
- ankiety poziomu satysfakcji;
- identyfikacji ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu;
- liczby wykonanych badań przesiewowych zgodnie z kwestionariuszem ankiety tj. pomiar wzrostu, masy ciała, ciśnienia tętniczego krwi;
- liczby uczniów, u których nastąpił spadek wskaźnika BMI z uwzględnieniem skali centylowej po 6 miesiącach od zakończenia realizacji programu w projekcie;
- liczby uczniów, u których nastąpił spadek wskaźnika BMI z uwzględnieniem skali centylowej po 12 miesiącach od zakończenia realizacji programu w projekcie;
- liczby uczniów, u których nastąpił spadek wskaźnika WHR z uwzględnieniem skali centylowej po 6 miesiącach od zakończenia realizacji programu w projekcie;
- liczby uczniów, u których nastąpił spadek wskaźnika WHR z uwzględnieniem skali centylowej po 12 miesiącach od zakończenia realizacji programu w projekcie;
- identyfikacji ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

7.4. Ocena trwałości efektów programu

Udział w programie zostanie zakończony informacją pielęgniarki o nieprawidłowościach w zakresie wskaźników BMI i WHR. Ponadto rodzice/opiekunowie prawni uczniów, u których stwierdzono nieprawidłowości w ww. zakresie będą mogli otrzymać poradę dietetyka podczas indywidualnej konsultacji. Na podstawie tych danych rodzice/opiekunowie podejmą decyzję o dalszej konsultacji ze lekarzem specjalistą (świadczenia poza programem w ramach NFZ). Program poprzez możliwie dobrze dostosowany sposób żywienia, aktywność fizyczną, samodyscyplinę, motywację, wsparcie otoczenia proponuje podjęcie realnych działań, zaplanowanych na podstawie przeprowadzonej wcześniej analizy. Powszechnie wiadomo, że najlepsze rezultaty w leczeniu otyłości przynosi podejście kompleksowe, tym bardziej jeśli ma ono formułę grupową, a taką oferuje niniejszy program. Działania realizowane w programie pozwolą na wprowadzenie i trwałe kontynuowanie konstruktywnego i bardziej satysfakcjonującego sposobu myślenia oraz zachowania uczniów. Można wyróżnić kilka elementów, które zwłaszcza w działaniu grupowym są szczególnie istotne dla osiągania trwałych i pozytywnych efektów. Są to: samoświadomość, samoakceptacja czy samokontrola. Nieodzownie uczestnictwo w programie umożliwi podejmowanie takich wyborów, które są dla jednostki konstruktywne i sprzyjające, również

w dłuższej perspektywie a sam program stanowi zwiększenie realizowanych wysiłków na rzecz zahamowania niepokojącej fali otyłości.

8. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1

OŚWIADCZENIE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Wyrażam zgodę na udział

(Imię i Nazwisko ucznia)

ucznia klasy w programie zdrowotnym pn. „Program profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV – VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2017 – 2020”.

.....
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego ucznia

.....
(miejscowość, data)

Ja, niżej podpisana(y), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych

.....
(Imię i Nazwisko ucznia)

wyłącznie w celach rozliczeniowo-sprawozdawczych na potrzeby

.....
(Nazwa realizatora programu)

– zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) i umową nr..... na realizację programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV – VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2017 – 2020”.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego ucznia

BADANIE WSTĘPNE

Imię i nazwisko ucznia

.....

Rodzaj szkoły: podstawowa, klasa

1. Wzrost:.....

2. Masa ciała:.....

3. Ciśnienie/.....

4. BMI

5. WHR

6. Łaknienie:

1) zwykle

2) duże

3) bardzo duże

7. Ulubiony rodzaj pokarmu / posiłku:

8. Ile posiłków w ciągu doby spożywasz?:

9. Czy podjadasz w nocy?

1) tak

2) nie

10. Gdzie spożywasz posiłki?:

1) w domu - posiłki rodzinne

2) w szkole: obiady

11. Czy korzystasz z barów szybkiej obsługi?:

1) tak

2) nie

12. Jeżeli tak, to jak często?:

1) codziennie

2) w tygodniu(ile razy)

3) w miesiącu(ile razy)

4) nie dotyczy

13. Czy uczestniczysz w zajęciach wychowania – fizycznego?:

1) tak

2) nie (dlaczego?)

14. Ile godzin w ciągu tygodnia przeznaczasz na aktywność fizyczną?:.....

15. Czy uczestniczysz w pozalekcyjnych zajęciach sportowych?

1) tak

2) nie

16. Ile godzin w ciągu tygodnia spędzasz przed TV/komputerem?:

17. Czy masz problemy ze snem?

1) tak

2) nie

18. Ile godzin w ciągu doby przeznaczasz na sen?:

19. W jaki sposób spożywasz posiłki (zaznacz technikę jedzenia)

1) szybko

2) krótkie żucie

3) dojadanie

20. Czy były podejmowane próby leczenia nadwagi/otyłości?:

- 1) tak
- 2) nie

21. Czy występują u Ciebie schorzenia dodatkowe?:

- 1) tak
- 2) nie

22. Czy przyjmujesz leki?:

- 1) tak (jakie?)
- 2) nie

Skala ewaluacji I
Test sprawdzający poziom wiedzy na temat prawidłowego odżywiania
i aktywności fizycznej

Imię i Nazwisko

Klasa

(Prawidłowa odpowiedź jest jedna)

1. Jaki posiłek w ciągu dnia jest najważniejszy:

- 1) śniadanie
- 2) obiad
- 3) kolacja
- 4) podwieczorek
- 5) wszystkie

2. O czym mówi współczynnik BMI:

- 1) prawidłowa waga
- 2) pomiar tkanki tłuszczowej
- 3) prawidłowa postawa
- 4) nie wiem

3. Co oznacza wskaźnik WHR?:

- 1) prawidłową postawę
- 2) stosunek obwodu talii do obwodu bioder
- 3) stosunek obwodu bioder do obwodu talii
- 4) nie wiem

4. Jak często w ciągu dnia należy spożywać posiłki:

- 1) 2 razy dziennie
- 2) 3 razy dziennie
- 3) 4-5 razy dziennie
- 4) nawet co chwilę , gdy ma się na to ochotę
- 5) gdy nie ma się czasu wystarczy jeden posiłek dziennie
- 6) bezpośrednio, przed pójściem spać

5. Kiedy wg Ciebie należy spożywać ostatni posiłek w ciągu dnia:

- 1) 2 godziny przed snem
- 2) w ogóle nie powinno się spożywać kolacji
- 3) należy jeść wtedy, kiedy się ma na to ochotę
- 4) nie wiem

6. Każdy posiłek powinien zawierać:

- 1) białka i tłuszcze
- 2) węglowodany i białka
- 3) warzywa i owoce

7. Dla kogo należy przygotować największą porcję na talerzu:

- 1) drwal, górnik i inne osoby ciężko pracujące fizycznie
- 2) ludzie starsi, już nie pracujący
- 3) dzieci i młodzież
- 4) dorośli w tzw. „sile wieku” pracujący „za biurkiem
- 5) nie wiem

8. Czym najkorzystniej dla zdrowia ugasić pragnienie po dużym wysiłku fizycznym:

- 1) napój gazowany typu cola lub oranżada
- 2) kawa z cukrem lub mocna herbata
- 3) rodzaj napoju nie ma znaczenia
- 4) niegazowana woda mineralna
- 5) nie wiem

9. Wybierz najzdrowszy zestaw na II śniadanie:

- 1) chipsy i cola
- 2) grahamka i jogurt
- 3) pączek i kefir
- 4) batonik czekoladowy i sok owocowy
- 5) to na co w danej chwili mam ochotę
- 6) nie wiem

10. Czy odżywianie się fast-foodami jest zdrowe dla organizmu człowieka?:

- 1) fast-foody są zdrowe, jeśli popije się je colą
- 2) fast -foody są bezwzględnie niezdrowe
- 3) fast - foody są zdrowe i można je jeść codziennie bez szkody dla organizmu
- 4) nie wiem

11. Z którego produktu należy zrezygnować, aby zachować zdrowie:

- 1) oliwa z oliwek
- 2) chude mleko
- 3) jabłko
- 4) ryż brązowy
- 5) kasza gryczana
- 6) tłuste mięso

12. W naszym pożywieniu należy ograniczać:

- 1) warzywa i owce
- 2) produkty mleczne
- 3) cukier i sól
- 4) produkty zbożowe
- 5) nie wiem

13. Co sprzyja tyciu?:

- 1) spożywanie dużej ilości produktów mlecznych
- 2) spożywanie dużej ilości owoców i warzyw
- 3) spożywanie dużej ilości słodczy i tłuszczu
- 4) nie wiem

14. Jaki wypoczynek jest najkorzystniejszy dla zdrowia po długotrwałej pracy umysłowej (na przykład po nauce szkolnej)?:

- 1) relaks przy grach komputerowych
- 2) drzemka
- 3) ruch na świeżym powietrzu
- 4) spotkanie towarzyskie
- 5) nie wiem

15. Źródłem energii w naszym pożywieniu powinny być:

- 1) produkty mięsne
- 2) cukier i słodyczne
- 3) produkty zbożowe
- 4) owoce i warzywa
- 5) nie wiem

16. Dzieci w wieku szkolnym powinny najwięcej spożywać:

- 1) codziennie 3-4 porcje mleka w różnej postaci
- 2) dużo produktów zbożowych
- 3) tłuszczy i węglowodanów
- 4) napojów gazowanych i niegazowanych
- 5) nie wiem

17. Jak oceniasz swoją wiedzę na temat zdrowego żywienia i aktywności fizycznej?:

- 1) bardzo wysoko
- 2) wysoko
- 3) średnio
- 4) nisko
- 5) bardzo nisko

Skala ewaluacji II
Test sprawdzający poziom wiedzy na temat prawidłowego odżywiania
i aktywności fizycznej

Imię i Nazwisko

Klasa

(Prawidłowa odpowiedź jest jedna)

1. Jaki posiłek w ciągu dnia jest najważniejszy:

- 1) śniadanie
- 2) obiad
- 3) kolacja
- 4) podwieczorek
- 5) wszystkie

2. O czym mówi współczynnik BMI:

- 1) prawidłowa waga
- 2) pomiar tkanki tłuszczowej
- 3) prawidłowa postawa
- 4) nie wiem

3. Co oznacza wskaźnik WHR?:

- 1) prawidłową postawę
- 2) stosunek obwodu talii do obwodu bioder
- 3) stosunek obwodu bioder do obwodu talii
- 4) nie wiem

4. Jak często w ciągu dnia należy spożywać posiłki:

- 1) 2 razy dziennie
- 2) 3 razy dziennie
- 3) 4-5 razy dziennie
- 4) nawet co chwilę , gdy ma się na to ochotę
- 5) gdy nie ma się czasu wystarczy jeden posiłek dziennie
- 6) bezpośrednio, przed pójściem spać

5. Kiedy wg Ciebie należy spożywać ostatni posiłek w ciągu dnia:

- 1) 2 godziny przed snem
- 2) w ogóle nie powinno się spożywać kolacji
- 3) należy jeść wtedy, kiedy się ma na to ochotę
- 4) nie wiem

6. Każdy posiłek powinien zawierać:

- 1) białka i tłuszcze
- 2) węglowodany i białka
- 3) warzywa i owoce

7. Dla kogo należy przygotować największą porcję na talerzu:

- 1) drwal, górnik i inne osoby ciężko pracujące fizycznie
- 2) ludzie starsi, już nie pracujący
- 3) dzieci i młodzież
- 4) dorośli w tzw. „sile wieku” pracujący „za biurkiem
- 5) nie wiem

8. Czym najkorzystniej dla zdrowia ugasić pragnienie po dużym wysiłku fizycznym:

- 1) napój gazowany typu cola lub oranżada
- 2) kawa z cukrem lub mocna herbata
- 3) rodzaj napoju nie ma znaczenia
- 4) niegazowana woda mineralna
- 5) nie wiem

9. Wybierz najzdrowszy zestaw na II śniadanie:

- 1) chipsy i cola
- 2) grahamka i jogurt
- 3) pączek i kefir
- 4) batonik czekoladowy i sok owocowy
- 5) to na co w danej chwili mam ochotę
- 6) nie wiem

10. Czy odżywanie się fast-foodami jest zdrowe dla organizmu człowieka?:

- 1) fast-foody są zdrowe, jeśli popije się je colą
- 2) fast -foody są bezwzględnie niezdrowe
- 3) fast - foody są zdrowe i można je jeść codziennie bez szkody dla organizmu
- 4) nie wiem

11. Z którego produktu należy zrezygnować, aby zachować zdrowie:

- 1) oliwa z oliwek
- 2) chude mleko
- 3) jabłko
- 4) ryż brązowy
- 5) kasza gryczana
- 6) tłuste mięso

12. W naszym pożywieniu należy ograniczać:

- 1) warzywa i owce
- 2) produkty mleczne
- 3) cukier i sól
- 4) produkty zbożowe
- 5) nie wiem

13. Co sprzyja tyciu?:

- 1) spożywanie dużej ilości produktów mlecznych
- 2) spożywanie dużej ilości owoców i warzyw
- 3) spożywanie dużej ilości słodczy i tłuszczu
- 4) nie wiem

14. Jaki wypoczynek jest najkorzystniejszy dla zdrowia po długotrwałej pracy umysłowej (na przykład po nauce szkolnej)?:

- 1) relaks przy grach komputerowych
- 2) drzemka
- 3) ruch na świeżym powietrzu
- 4) spotkanie towarzyskie
- 5) nie wiem

15. Źródłem energii w naszym pożywieniu powinny być:

- 1) produkty mięsne
- 2) cukier i słodyczne
- 3) produkty zbożowe
- 4) owoce i warzywa
- 5) nie wiem

16. Dzieci w wieku szkolnym powinny najwięcej spożywać:

- 1) codziennie 3-4 porcje mleka w różnej postaci
- 2) dużo produktów zbożowych
- 3) tłuszczy i węglowodanów
- 4) napojów gazowanych i niegazowanych
- 5) nie wiem

17. Jak oceniasz swoją wiedzę na temat zdrowego żywienia i aktywności fizycznej?:

- 1) bardzo wysoko
- 2) wysoko
- 3) średnio
- 4) nisko
- 5) bardzo nisko

ANKIETA SATYSFAKCJI DLA UCZNIÓW
(Ankieta jest anonimowa)

1. Jak ocenisz spotkania edukacyjne, w których brałeś/aś udział?:

- 1) bardzo nisko
- 2) nisko
- 3) średnio
- 4) wysoko
- 5) bardzo wysoko
- 6) trudno powiedzieć

2. Jak oceniasz przydatność informacji/wiedzy/wskazówek przekazywanych przez trenerów i edukatorów na temat zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci ?:

- 1) bardzo nisko
- 2) nisko
- 3) średnio
- 4) wysoko
- 5) bardzo wysoko
- 6) trudno powiedzieć

3. Czy forma organizacji prowadzonych zajęć ruchowych, warsztatów wg Ciebie jest dobra?:

- 1) tak
- 2) nie, (dlaczego?)

4. Czy czas trwania zajęć odpowiadał Ci?:

- 1) tak
- 2) nie, (dlaczego?)

5. Czy tematyka prowadzonych warsztatów odpowiadała Ci i była zgodna z oferowanym programem?:

- 1) tak
- 2) nie, (dlaczego ?)

6. Czy osoby prowadzące zajęcia ruchowe , warsztaty, spotkania edukacyjne spełniły Twoje oczekiwania jako trenerzy i edukatorzy?:

- 1) tak.....
- 2) nie, (dlaczego?)

7. Ile godzin w ciągu tygodnia przeznaczasz na aktywność fizyczną?:**8. Opinia ucznia (proszę zaznaczyć X w odpowiedniej rubryce)**

Na jaką ocenę ocenilibyś/ocenilabyś udział w programie „Program profilaktyki nadwagi i otyłości”							
Bardzo wysokim	6	5	4	3	2	1	Bardzo niskim

Skala ewaluacji I

Wiedza rodziców/opiekunów prawnych na temat prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej (Ankieta anonimowa)

1. Jaki posiłek wg Pani/a w ciągu dnia jest najważniejszy:

- 1) śniadanie
- 2) obiad
- 3) kolacja
- 4) podwieczorek
- 5) wszystkie

2. O czym mówi współczynnik BMI:

- 1) prawidłowa waga
- 2) pomiar tkanki tłuszczowej
- 3) prawidłowa postawa
- 4) nie wiem

3. Co oznacza wskaźnik WHR?

- 1) prawidłową postawę
- 2) stosunek obwodu talii do obwodu bioder
- 3) stosunek obwodu bioder do obwodu talii
- 4) nie wiem

4. Jak często zdaniem Pani/a w ciągu dnia należy spożywać posiłki:

- 1) 2 razy dziennie
- 2) 3 razy dziennie
- 3) 4-5 razy dziennie
- 4) nawet co chwilę , gdy ma się na to ochotę
- 5) gdy nie ma się czasu wystarczy jeden posiłek dziennie
- 6) bezpośrednio, przed pójściem spać

5. Kiedy wg Pani/a należy spożywać ostatni posiłek w ciągu dnia:

- 1) 2 godziny przed snem
- 2) w ogóle nie powinno się spożywać kolacji
- 3) należy jeść wtedy, kiedy się ma na to ochotę
- 4) nie wiem

6. Każdy posiłek powinien zawierać:

- 1) białka i tłuszcze
- 2) węglowodany i białka
- 3) warzywa i owoce

7. Czym wg Pani/a najkorzystniej dla zdrowia ugasić pragnienie po dużym wysiłku fizycznym:

- 1) napój gazowany typu cola lub oranżada
- 2) kawa z cukrem lub mocna herbata
- 3) rodzaj napoju nie ma znaczenia
- 4) niegazowana woda mineralna
- 5) nie wiem

8. Czy wg Pani/a odżywianie się fast-foodami jest zdrowe dla organizmu człowieka?:

- 1) fast-foody są zdrowe, jeśli popije się je colą
- 2) fast -foody są bezwzględnie niezdrowe
- 3) fast - foody są zdrowe i można je jeść codziennie bez szkody dla organizmu
- 4) nie wiem

9. Z którego produktu wg Pani/a należy zrezygnować, aby zachować zdrowie:

- 1) oliwa z oliwek
- 2) chude mleko
- 3) jabłko
- 4) ryż brązowy
- 5) kasza gryczana
- 6) tłuste mięso

10. Jakie produkty zadaniem Pani/a należy ograniczać w naszym pożywieniu aby zachować zdrowie i dobre samopoczucie?:

- 1) warzywa i owoce
- 2) produkty mleczne
- 3) cukier i sól
- 4) produkty zbożowe
- 5) nie wiem

11. Co wg Pani/a sprzyja tyciu?:

- 1) spożywanie dużej ilości produktów mlecznych
- 2) spożywanie dużej ilości owoców i warzyw
- 3) spożywanie dużej ilości słodczy i tłuszczu
- 4) nie wiem

12. Jaki wypoczynek wg Pani/a jest najkorzystniejszy dla zdrowia po długotrwałej pracy umysłowej?:

- 1) relaks przy grach komputerowych
- 2) drzemka
- 3) ruch na świeżym powietrzu
- 4) spotkanie towarzyskie
- 5) nie wiem

13. Co wg Pani/a powinno być źródłem energii w naszym pożywieniu?:

- 1) produkty mięsne
- 2) cukier i słodyczne
- 3) produkty zbożowe
- 4) owoce i warzywa
- 5) nie wiem

14. Dzieci w wieku szkolnym powinny najwięcej spożywać:

- 1) mleka w różnej postaci (codziennie 3-4 porcje)
- 2) dużo produktów zbożowych
- 3) tłuszczy i węglowodanów
- 4) napojów gazowanych i niegazowanych
- 5) nie wiem

15. Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę na temat zdrowego żywienia i aktywności fizycznej?:

- 1) bardzo wysoko
- 2) wysoko
- 3) średnio
- 4) nisko
- 5) bardzo nisko

Skala ewaluacji II

Wiedza rodziców/opiekunów prawnych na temat prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej (Ankieta anonimowa)

1. Jaki posiłek wg Pani/a w ciągu dnia jest najważniejszy:

- 1) śniadanie
- 2) obiad
- 3) kolacja
- 4) podwieczorek
- 5) wszystkie

2. O czym mówi współczynnik BMI:

- 1) prawidłowa waga
- 2) pomiar tkanki tłuszczowej
- 3) prawidłowa postawa
- 4) nie wiem

3. Co oznacza wskaźnik WHR?:

- 1) prawidłową postawę
- 2) stosunek obwodu talii do obwodu bioder
- 3) stosunek obwodu bioder do obwodu talii
- 4) nie wiem

4. Jak często zdaniem Pani/a w ciągu dnia należy spożywać posiłki:

- 1) 2 razy dziennie
- 2) 3 razy dziennie
- 3) 4-5 razy dziennie
- 4) nawet co chwilę , gdy ma się na to ochotę
- 5) gdy nie ma się czasu wystarczy jeden posiłek dziennie
- 6) bezpośrednio, przed pójściem spać

5. Kiedy wg Pani/a należy spożywać ostatni posiłek w ciągu dnia:

- 1) 2 godziny przed snem
- 2) w ogóle nie powinno się spożywać kolacji
- 3) należy jeść wtedy, kiedy się ma na to ochotę
- 4) nie wiem

6. Każdy posiłek powinien zawierać:

- 1) białka i tłuszcze
- 2) węglowodany i białka
- 3) warzywa i owoce

7. Czym wg Pani/a najkorzystniej dla zdrowia ugasić pragnienie po dużym wysiłku fizycznym:

- 1) napój gazowany typu cola lub oranżada
- 2) kawa z cukrem lub mocna herbata
- 3) rodzaj napoju nie ma znaczenia
- 4) niegazowana woda mineralna
- 5) nie wiem

8. Czy wg Pani/a odżywianie się fast-foodami jest zdrowe dla organizmu człowieka?:

- 1) fast-foody są zdrowe, jeśli popije się je colą
- 2) fast -foody są bezwzględnie niezdrowe
- 3) fast - foody są zdrowe i można je jeść codziennie bez szkody dla organizmu
- 4) nie wiem

9. Z którego produktu wg Pani/a należy zrezygnować, aby zachować zdrowie:

- 1) oliwa z oliwek
- 2) chude mleko
- 3) jabłko
- 4) ryż brązowy
- 5) kasza gryczana
- 6) tłuste mięso

10. Jakie produkty zadaniem Pani/a należy ograniczać w naszym pożywieniu aby zachować zdrowie i dobre samopoczucie?:

- 1) warzywa i owoce
- 2) produkty mleczne
- 3) cukier i sól
- 4) produkty zbożowe
- 5) nie wiem

11. Co wg Pani/a sprzyja tyciu?:

- 1) spożywanie dużej ilości produktów mlecznych
- 2) spożywanie dużej ilości owoców i warzyw
- 3) spożywanie dużej ilości słodczy i tłuszczu
- 4) nie wiem

12. Jaki wypoczynek wg Pani/a jest najkorzystniejszy dla zdrowia po długotrwałej pracy umysłowej?:

- 1) relaks przy grach komputerowych
- 2) drzemka
- 3) ruch na świeżym powietrzu
- 4) spotkanie towarzyskie
- 5) nie wiem

13. Co wg Pani/a powinno być źródłem energii w naszym pożywieniu?:

- 1) produkty mięsne
- 2) cukier i słodyczne
- 3) produkty zbożowe
- 4) owoce i warzywa
- 5) nie wiem

14. Dzieci w wieku szkolnym powinny najwięcej spożywać:

- 1) mleka w różnej postaci (codziennie 3-4 porcje)
- 2) dużo produktów zbożowych
- 3) tłuszczy i węglowodanów
- 4) napojów gazowanych i niegazowanych
- 5) nie wiem

15. Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę na temat zdrowego żywienia i aktywności fizycznej?:

- 1) bardzo wysoko
- 2) wysoko
- 3) średnio
- 4) nisko
- 5) bardzo nisko

ANKIETA SATYSFAKCJI DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH
(Ankieta jest anonimowa)

1. Jak ocenia Pan/i przydatność informacji/wiedzy/wskazówek przekazywanych przez trenerów i edukatorów na temat zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci?:

- 1) bardzo nisko
- 2) nisko
- 3) średnio
- 4) wysoko
- 5) bardzo wysoko
- 6) trudno powiedzieć

2. Czy forma organizacji prowadzonych zajęć wg Pani/a była dobra?:

- 1) tak
- 2) nie, (dlaczego?)

3. Czy wg Pani tematyka prowadzonych warsztatów była zgodna z oferowanym programem?:

- 1) tak
- 2) nie, (dlaczego ?)

6. Czy osoby prowadzące zajęcia ruchowe , warsztaty, spotkania edukacyjne spełniły Pani/a oczekiwania jako trenerzy i edukatorzy?:

- 1) tak.....
- 2) nie, (dlaczego?)

8. Opinia rodzica (proszę zaznaczyć X w odpowiedniej rubryce).

Na jaką ocenę ocenił(a)by Pan/i udział w programie „Program profilaktyki nadwagi i otyłości”							
Bardzo wysokim	6	5	4	3	2	1	Bardzo niskim