



**PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO
WYKRYWANIA NADWAGI I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI
I MŁODZIEŻY Z TERENU POWIATU NOWOSOLSKIEGO
NA LATA 2018-2019
„MIEJ ODWAGĘ, NIE NADWAGĘ”**

art. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.)

NOWA SÓL, 2018

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Opis problemu zdrowotnego

Zachodzące w ostatnich dekadach zmiany w środowisku zewnętrznym człowieka sprzyjają nadmiernym przyrostom masy ciała. Postęp cywilizacyjny i techniczny, a zwłaszcza ograniczenie aktywności ruchowej związanej z codziennymi czynnościami oraz łatwy dostęp do wysoko przetworzonej, bogatej w energię żywności prowadzi do zaburzeń równowagi energetycznej ustroju. Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży jest zaburzeniem stanu zdrowia, które powoduje szereg konsekwencji, zarówno bezpośrednich, głównie psychospołecznych i emocjonalnych, jak i odległych skutków somatycznych. Wśród otyłych nastolatków istnieje duże prawdopodobieństwo utrzymania otyłości w wieku dorosłym i wystąpienia takich powikłań, jak przedwczesny rozwój miażdżycy, zespół metaboliczny, cukrzyca drugiego typu czy szerokie spektrum chorób układu krążenia.

Nadwaga i otyłość w odniesieniu do populacji rozwojowej stanowi obecnie szczególnie niepokojący problem zdrowotny. Problemy zdrowotne związane z nadmierną masą ciała wśród dzieci to m.in.: otyłość w wieku dorosłym (otyłość w wieku 6 lat zapowiada w około 25% otyłość w wieku dorosłym, otyłość w wieku 12 lat już w 75%), choroby układu sercowo-naczyniowego, takie jak: nadciśnienie tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, ponadto cukrzyca typu 2, wady postawy, a także problemy natury psychologicznej (izolacja, wykluczenie społeczne, depresja)¹.

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 zwiększają one swoją objętość (oba zjawiska występują w populacji dzieci równocześnie)². Etiologia otyłości jest wieloczynnikowa, a powstawanie choroby to zazwyczaj proces długotrwały, gdzie na predyspozycję genetyczną nakładają się czynniki epigenetyczne. Szacuje się, że tylko 5% otyłości jest warunkowane genetycznie, a pozostałe przyczyny mają charakter pozagenowy, są to takie czynniki, jak: środowisko wewnątrzmaciczne, sposób karmienia w okresie niemowlęcym, nawyki żywieniowe

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

² Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka, PZWL, Warszawa 2010: 612-613

w późniejszym okresie oraz aktywność fizyczna dziecka i jego rodziny³. Obecnie za czynnik ryzyka otyłości u dzieci uważa się również występowanie tego zaburzenia u rodziców (ryzyko na poziomie 70%)⁴, co ma związek z niewłaściwą dietą oraz niskim poziomem świadomości zdrowotnej rodziców. Większość (90%) wszystkich przypadków u dzieci 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.

Nadmiar tkanki tłuszczowej w organizmie odgrywa istotną rolę w rozwoju chorób sercowo-naczyniowych (ChUK). Jest narządem, który nie tylko stanowi magazyn energetyczny, ale jest również tkanką o aktywnym działaniu wewnątrzwydzielniczym, produkującą oraz uwalniającą do krwi hormony, cytokiny i inne substancje, które m.in. wpływają na strukturę oraz funkcjonowanie całego układu sercowo-naczyniowego⁶. Zwyczajnie żywieniowe mają wpływ na ryzyko chorób serca i naczyń, poprzez oddziaływanie na poszczególne czynniki ryzyka, czyli m.in. na ciśnienie tętnicze, stężenie cholesterolu w surowicy, masę ciała lub też poprzez działania niezwiązane z tymi czynnikami.

Wśród składników diety, które mają negatywny wpływ na układ sercowo-naczyniowy, najczęściej wymienia się: kwasy tłuszczowe w konfiguracji trans, cholesterol i sód. Istotne znaczenie ma również ogólny sposób żywienia obejmujący przede wszystkim nadkonsumpcję poszczególnych produktów żywieniowych.

Jednym z najczęściej wymienianych produktów spożywczych o negatywnym wpływie na organizm człowieka jest sól kuchenna (NaCl). Niekorzystne skutki obserwowane są przede wszystkim w stosunku do wartości ciśnienia tętniczego. Kolejnym składnikiem diety, wpływającym na układ sercowo-naczyniowy jest tłuszcz. Zgodnie z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia, każdego dnia wraz z dietą należy dostarczać 20-35% energii w formie tłuszczów⁷. Podstawowe jego składniki - kwasy tłuszczowe, w zależności od ich pochodzenia, form izomerycznych, czy liczby wiązań podwójnych pomiędzy atomami węgla w łańcuchu węglowodorowym, mogą wykazywać korzystne lub negatywne działanie na organizm

³ Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2005; 90: 1871–1887.

⁴ Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. *Can. Fam. Physician.* 2006; 52: 322–328.

⁵ Ciborowska H., Rudnicka A. *Dietetyka*. op. cit.: 614

⁶ Bogołowska-Stieblich A, Tałałaj M. Otyłość a choroby układu sercowo-naczyniowego. *Post N Med* 2013; t 26, 5B: 19-25

⁷Jarosz M. Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2012.

człowieka. Ograniczenie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych, cholesterolu oraz izomerów *trans* na korzyść zwiększenia jednonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych (NNKT)⁸ stanowią podstawową metodę profilaktyki chorób układu krążenia związaną z dietą.

Postuluje się, aby działania z zakresu prewencji ChUK rozpoczynać już w okresie ciąży i kontynuować do końca życia pacjenta. Nadwaga to prawdopodobnie najistotniejszy czynnik wpływający na podwyższenie ciśnienia tętniczego w dzieciństwie⁹ i o ponad połowę zwiększający ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego w wieku dojrzałym, przy czym wpływ na te konsekwencje ma nie tylko masa ciała dziecka, ale i obwód talii¹⁰. Otyłość trzewną rozpoznaje się, jeżeli wartość pomiaru obwodu talii przekracza 90 centyl dla płci i wieku. Brzuszny typ otyłości jest szczególnie niebezpieczny dla zdrowia, ponieważ gromadzenie centralne tłuszczu u dzieci 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)¹¹.

Ocena stopnia otyłości u dzieci i młodzieży powinna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego, wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy, przebieg wzrastania, dojrzewania i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej¹². 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 dzieci 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)

⁸ Gawęcki J. Żywnienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2010.

⁹Torrance B., McGuire K.A., Lewanczuk R., McGavock J. Overweight, physical activity and high blood pressure in children: a review of the literature. *Vasc. Health Risk Manag.* 2007; 3: 139–149.

¹⁰ Lurbe E, Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży, *Choroby Serca i Naczyń* 2010, tom 7, nr 3: 107–111

¹¹ Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku– epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95

¹² Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, *Medycyna Rodzinna*, 2/2014: 64-69

w przypadku dzieci i młodzieży BMI pomiędzy 90-97 centylem oznacza nadwagę, a powyżej 97 centyla - otyłość, wg WHO u dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat nadwaga definiowana jest jako >85 centyla BMI a otyłość >97 centyla BMI¹³. Otyłość stwierdza się także na podstawie stopnia otłuszczenia, gdzie w przypadku dzieci stosuje się najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów¹⁴.

Profilaktyka otyłości u dzieci 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. Promocja aktywności na świeżym powietrzu oraz regularne intensywne ćwiczenia fizyczne dla chłopców i dziewcząt w formie zajęć grupowych lub sportów indywidualnych, uważa się za podstawowe kroki służące przekonaniu dzieci i rodziców, że jest to fundament obecnej wiedzy na temat zapobiegania rozwojowi chorób układu sercowo-naczyniowego w wieku rozwojowym.

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 dziecięcej¹⁵. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że otyłych jest już 15 milionów dzieci i nastolatków (10% populacji) a nadwaga jest najpowszechniej występującym problemem zdrowotnym wieku dziecięcego w Europejskim Regionie WHO¹⁶.

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,

¹³ 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 03.05.2018 r.)

¹⁴ Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. Wychowanie fizyczne i zdrowotne 2002; 1: 17

¹⁵ <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.6379&rep=rep1&type=pdf> (dostęp z dnia 3.05.2018 r.)

¹⁶ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (dostęp z dnia 3.05.2018 r.)

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. Największa nadwaga u dzieci występuje w Grecji, u 8,9% chłopców i u 16,4% dziewcząt¹⁷.

Sytuacja w Polsce jest równie niepokojąca, 27% dorosłych Polaków ma problem z otyłością. Osoby otyłe bądź z nadwagą stanowią prawie połowę społeczeństwa. Gorzej jest wśród dzieci. Nadwagę ma 29 procent 11-latków i prawie tyle samo 14-latków. WHO objęła badaniami 207 tysięcy najmłodszych mieszkańców Europy i Ameryki Północnej. Na tym tle wypadliśmy bardzo źle. Nasze dzieci znalazły się w czołówce najbardziej otyłych. Odsetek 11-latków z nadwagą w Polsce jest najwyższy na świecie. Wśród 12-latków wielu waży nawet ponad 100 kilogramów¹⁸.

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%¹⁹. Jak wykazały badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu Narodowego Programu Zapobiegania i Leczenia Otyłości, problem nadwagi i otyłości dotyczy ogółem ok. 12-14% dzieci w Polsce i wykazuje zróżnicowanie regionalne²⁰.

¹⁷ Speiser P.W., Rudolf M.C., Anhalt H., et al.: Childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2005, 90(3): 1871-1887

¹⁸ <https://www.zdrowie.abc.com.pl/aktualnosci/who-odsetek-11-latkow-z-nadwaga-w-polsce-jest-najwyzszy-na-swiecie.23617.html> (dostęp z dnia 3.05.2018 r.)

¹⁹ <http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul.1671854.html> (dostęp z dnia 3.05.2018 r.)

²⁰ 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

Mapa nr 1. Występowanie (w%) nadmiernej masy ciała (nadwaga i otyłość) u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w poszczególnych województwach. Dane na rok 2013.



Źródło: Informacja prasowa pobrana ze strony Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie, <http://www.izz.waw.pl>

Analizując zamieszczoną powyżej mapę można zauważyć, iż średnia dotycząca nadmiernej masy ciała dla całej Polski dla badanej grupy dzieci w wieku 7-16 lat wynosiła 22,3 %. Z powyższego wynika również, że w stosunku do średniej krajowej województwo lubuskie charakteryzuje się większą liczbą dzieci, których dotyczy problem zwiększonej masy ciała – w 2013 roku region zajmował 7 miejsce w Polsce pod względem liczby dzieci posiadających nadmierną masę ciała.

Tabela nr 1. Chorobowość i zachorowalność na otyłość dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat objętych opieką czynną przez lekarza POZ na terenie powiatu nowosolskiego w latach 2015-2016

| Wyszczególnienie | Stan na 31.12.2015 r. | | Stan na 31.12.2016 r. | |
|--|----------------------------|----------------|--|----------------|
| | osoby objęte opieką czynną | l. bezwzględna | 283 | l. bezwzględna |
| wskaźnik na 10 tys. zadeklarowanych | | 167,28 | wskaźnik na 10 tys. zadeklarowanych | 184,87 |
| odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | | 100% | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 100% |

| | | | | | |
|----------------|---|---|---------------|---|---------------|
| z tego w wieku | 0-2 lat | l. bezwzględna | 8 | l. bezwzględna | 11 |
| | | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 2,83% | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 3,51% |
| | 3-4 lat | l. bezwzględna | 31 | l. bezwzględna | 41 |
| | | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 10,95% | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 13,10% |
| | 5-9 lat | l. bezwzględna | 85 | l. bezwzględna | 85 |
| | | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 30,04% | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 27,16% |
| | 10-14 lat | l. bezwzględna | 90 | l. bezwzględna | 99 |
| | | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 31,80% | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 31,63% |
| | 15-18 lat | l. bezwzględna | 69 | l. bezwzględna | 77 |
| | | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 24,38% | odsetek osób, u których stwierdzono schorzenia | 24,60% |
| | osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy | l. bezwzględna | 61 | l. bezwzględna | 51 |
| | | wskaźnik na 10 tys. zadeklarowanych | 36,06% | wskaźnik na 10 tys. zadeklarowanych | 30,12% |

Źródło. Opracowanie własne na podstawie raportów otrzymanych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

Powyższa tabela przedstawia stan liczebny dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat w powiecie nowosolskim leczonych z powodu otyłości zgodnie ze złożonymi deklaracjami. Największy odsetek leczonych z powodu otyłości stanowią dzieci i młodzież w przedziale wiekowym 10-14 lat. Powyższe dane jednak nie odzwierciedlają rzeczywistej sytuacji w powiecie, ponieważ ogromny odsetek dzieci i młodzieży nie jest poddanych leczeniu.

Należy zatem podjąć działania mające na celu zahamowanie tak szybkiego tempa wzrostu liczby osób z nadwagą i otyłością. Zwrócenie głównej uwagi na dzieci i młodzież ma swoje głębokie uzasadnienie – **zdrowa starość rozpoczyna się w dzieciństwie i wczesnej młodości.**

3. Opis obecnego postępowania

Powiat Nowosolski nie realizował dotychczas programów zdrowotnych o tematyce nadwagi i otyłości. Natomiast Oddział Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej PSSE w Nowej Soli obecnie realizuje akcję „5 x dziennie warzywa i owoce”, skierowaną do

uczniów klas I-III szkół podstawowych. Głównym celem akcji jest zwiększenie spożycia porcji warzyw i owoców w codziennej diecie ucznia. Zajęcia z uczniami składają się z dwóch części: teoretycznej i praktycznej. Uczniowie podczas zabaw edukacyjnych zostają zapoznani z Piramidą Zdrowia, w szczególności z jej podstawą, którą stanowią owoce i warzywa. Dowiadują się dlaczego te produkty są tak ważne w diecie człowieka. Poznają różne odmiany warzyw i owoców. Zakończeniem zajęć jest wspólne przygotowywanie kanapek z warzywami oraz sałatek lub soków z owoców, które są następnie przez uczniów spożywane. Działania prowadzone są w ramach programu edukacyjnego „Trzymaj Formę!” - to inicjatywa propagująca zdrowy styl życia o unikalnym, dwukierunkowym podejściu: propagującym zbilansowane odżywianie połączone z regularną aktywnością fizyczną.

Niniejszy projekt programu oparto na pozytywnych opiniach Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorzady można wymienić m.in.:

- PPZ pn. „Przeciwdziałanie otyłości i nadwadze wśród dzieci w wieku 8 lat uczęszczających do szczecińskich szkół podstawowych” (na lata 2016-2018);
- PPZ pn. „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego” (na lata 2016-2022);
- PPZ pn. „Powiatowy program zwalczania otyłości i nadwagi „Czas na zdrowie” realizowany przez powiat Tczewski” (na lata 2016-2020);
- PPZ pn. „Wczesne wykrywanie oraz profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Skierniewice na lata 2018-2020”;
- PPZ pn.: „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas I-III szkoły podstawowej w Gminie Małkinia Górna na lata 2018-2020”
- PPZ pn.: „Wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w wieku od 10 do 15 lat jako element profilaktyki chorób układu krążenia na terenie Gminy Radwanice”

Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Problem dziecięcej nadwagi i otyłości stał się jednym z głównych wyzwań dla zdrowia publicznego w wielu krajach na całym świecie. Według ostatniego raportu WHO blisko 41mln dzieci poniżej 5 roku życia obciążonych było nadwagą lub otyłością. Chociaż wskaźniki otyłości są wyższe w krajach rozwiniętych, to biorąc pod uwagę liczby bezwzględne więcej dzieci z nadwagą lub otyłością żyje w krajach rozwijających się – trend ten dotyczy

również krajów europejskich. W Polsce występowanie nadwagi i otyłości u dzieci jest na średnim poziomie. W ciągu ostatniej dekady zaobserwowano zjawisko plateau lub nawet obniżenia się odsetka otyłych dzieci w krajach rozwiniętych. Dane te nie powinny jednak uspić czujności, ponieważ wskaźniki otyłości wciąż pozostają na wysokim poziomie. W związku z faktem, że dzieciństwo i dorastanie są okresami krytycznymi w rozwoju otyłości i jej powikłań, potrzeba skutecznych strategii, by im przeciwdziałać. Sposobem na zahamowanie rosnącej fali dziecięcej nadwagi i otyłości mogą być szeroko zakrojone programy profilaktyczne zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym. Co ważniejsze, powinny one tak docierać do społeczeństwa, by umożliwić rodzinom zmianę niezdrowego stylu życia.

Planowane w projekcie wsparcie tj. badania diagnostyczne, edukacja zdrowotna, poradnictwo dietetyczne nie są standardowo finansowane ze środków publicznych. Barięą jest niedostateczny system poradnictwa dietetycznego w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej. Szkolne podstawy programowe nie zawierają edukacji zdrowotnej jako odrębnego przedmiotu kształcenia. Kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej powinno odbywać się od najmłodszych lat życia gdyż to warunkuje optymalny rozwój fizyczny, umysłowy i społeczny dzieci. Istotnym problemem jest niski stan wiedzy na temat przyczyn powstawania otyłości w dzieciństwie. Często utrzymywanie się otyłości do wieku dojrzewania oraz w dalszych latach życia wpływa m.in. na zwiększenie liczby powikłań i chorób towarzyszących otyłości. Szybkie tempo życia, bogata oferta gotowych dań oraz spadek aktywności fizycznej kształtują niezdrowy styl życia dzieci (złe nawyki żywieniowe i bierne formy spędzania wolnego czasu). Aby zapobiec temu narastającemu zjawisku niezbędna jest profilaktyka. Dotychczas nie ma dostępnego, 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 interwencji jest działaniem niezbędnym. Projekt pomoże złagodzić wymienione problemy i bariery. Z punktu widzenia społeczności lokalnej ważne jest, aby opisane problemy zostały zminimalizowane ze względu na powszechność ich występowania. Ze względu na społeczne stereotypy dotyczące osób otyłych – postrzeganych jako nieatrakcyjne, leniwe, powolne, nawet głupie młodzież z nadmierną masą ciała często ma problemy psychologiczne związane z obniżeniem jakości życia, poczuciem odrzucenia i osamotnienia. Znajduje to odzwierciedlenie w braku wiary

we własne siły i możliwości, obniżeniu zadowolenia z życia, ściśle łączy się z trudnościami w nauce, zaburzeniami zachowania.

Ponadto zakres programu jest zgodny z:

- **Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020²¹**, Cel operacyjny 1: Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa (cel 1.: Działania promujące właściwe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczną; cel 1.2.: Działania informacyjne i edukacyjne; cel 1.3.: Promowanie kultury fizycznej; cel 3.2.: Działania pilotażowe i wsparcie podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości; w tym cel 3.2.2: zapewnianie od 2017 r. dofinansowania programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na utrzymanie prawidłowej masy ciała realizowanych przez JST ze środków NFZ, w wysokości 80% dla miejscowości poniżej 5 tys. mieszkańców oraz 40% dla pozostałych jednostek, zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
- **Priorytetami dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa lubuskiego²²** - priorytet 3. Zwiększenie skuteczności promocji zdrowia i profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych. Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki występowania cukrzycy i otyłości, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży.

²¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492]

²² https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/wojewoda/zarzadzenia_wojewody/id:1446.html (dostęp z dnia 3.05.2018 r.)

II. CELE PROGRAMU

1. Cel główny:

Poprawa stanu zdrowia 136 dzieci z rocznika 2007 (w wieku 11 lat) z terenu powiatu nowosolskiego w latach 2018-2019 poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej oraz poszerzenie wiedzy na temat budowania pozytywnych zachowań zdrowotnych.

2. Cele szczegółowe:

- 1) wczesna identyfikacja u 736 dzieci z rocznika 2007 nadwagi i otyłości,
- 2) przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej wśród 136 dzieci, u których wystąpiła nadwaga lub otyłość,
- 3) podniesienie świadomości zdrowotnej i wykształcenie odpowiednich zachowań profilaktycznych i nawyków żywieniowych u dzieci i rodziców/opiekunów prawnych z terenu powiatu nowosolskiego – uczestników programu.

3. Oczekiwane efekty:

- 1) redukcja masy ciała u dzieci objętych programem o 5% w stosunku do masy wyjściowej, zgodnie z należną dla wieku i wzrostu,
- 2) wprowadzenie prawidłowych nawyków dotyczących diety, zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej w trakcie trwania programu oraz ich utrwalenie po zakończeniu programu,
- 3) utrzymanie pozytywnego efektu zdrowotnego po roku od zakończenia interwencji.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- 1) liczba dzieci objętych badaniem przesiewowym – 736 osób (cel nr 1),
- 2) liczba dzieci uczestniczących w programie w podziale na płeć (cel nr 1),
- 3) liczba dzieci objętych kompleksową interwencją i edukacją zdrowotną – 136 osób (cel nr 2),
- 4) liczba dzieci objętych kompleksową interwencją i edukacją zdrowotną w podziale na płeć (cel nr 2),
- 5) liczba udzielonych porad dietetycznych $4 \times 136 = 544$ porad (cel nr 2),
- 6) liczba wykładów/szkoleń dla dzieci – 2 wykłady (cel nr 3),
- 7) liczba wykładów /szkoleń dla rodziców/opiekunów prawnych – 2 wykłady (cel nr 3).

III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI

1. Populacja docelowa

W powiecie nowosolskim łączna liczba uczniów planowanych do objęcia projektem kształtuje się na poziomie 919 dzieci²³. Dzieci objęte zostaną badaniami przesiewowymi nastawionymi na identyfikację czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych. Realnym jest osiągnięcie uczestnictwa na poziomie 80% ze względu na możliwość uzyskania zgody rodziców (opiekunów prawnych), zainteresowania rodziców oraz współpracy ze szkołami.

Do programu interwencyjnego zakwalifikowanych zostanie około 23% dzieci poddanych badaniom przesiewowym. Zgodnie z opisaną powyżej epidemiologią, będą to dzieci z wykrytymi czynnikami ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych. Ze względu na zwartą i łatwo dostępną grupę uczestników rekrutacja dzieci do badania przesiewowego oraz interwencji edukacyjno zdrowotnej będzie prowadzona na terenie szkół podstawowych.

Wszystkie dzieci z wykrytymi czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych, w szczególności dzieci z nadwagą i otyłością, zostaną zaproszone do wzięcia udziału w kompleksowej interwencji edukacyjno-leczniczej. Będzie ona miała na celu redukcję masy ciała należnej do wieku i wzrostu, a także zmianę nawyków żywieniowych i prozdrowotnych. Szacowane jest uczestnictwo około 80% dzieci zaproszonych do drugiego etapu interwencji.

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

W związku z powyższym planowane jest następujące minimalne uczestnictwo uczniów w programie:

- 736 uczniów na etapie przesiewowym ($919 \times 80\% = 736$),
- 136 uczniów na etapie interwencji edukacyjno-zdrowotnej ($736 \times 23\% = 170$; $170 \times 80\% = 136$).

Szczegóły prezentuje poniższa tabela.

²³ Dane zebrane ze szkół podstawowych z terenu powiatu nowosolskiego

Tab. 2. Populacja docelowa uczestników programu.

| Lp. | Nazwa Szkoły Podstawowej | Adres i telefon | Ilość wszystkich dzieci – Rocznik 2007 |
|------------------------------|--|--|--|
| Gmina Miasto Nowa Sól | | | |
| 1. | Publiczna Szkoła Podstawowa Nr 1 w Nowej Soli | 67-100 Nowa Sól ul. Szkolna 1 tel. 68 387 54 04 | 113 |
| 2. | Publiczna Szkoła Podstawowa Nr 2 w Nowej Soli | 67-100 Nowa Sól ul. Staszica 1 tel. 68 387 45 31 | 26 |
| 3. | Publiczna Szkoła Podstawowa Nr 3 w Nowej Soli | 67-100 Nowa Sól ul. Botaniczna 22 tel. 68 387 54 47 | 37 |
| 4. | Publiczna Szkoła Podstawowa Nr 5 w Nowej Soli | 67-100 Nowa Sól ul. Walki Młodych 2 tel. 68 387 44 51 | 35 |
| 5. | Publiczna Szkoła Podstawowa Nr 6 w Nowej Soli | 67-100 Nowa Sól ul. Kościuszki 26 tel. 68 458 84 51 | 85 |
| 6. | Publiczna Szkoła Podstawowa Nr 8 w Nowej Soli | 67-100 Nowa Sól ul. Matejki 29 tel. 68 387 42 09 | 107 |
| 7. | Szkoła Podstawowa Specjalna w Nowej Soli | 67-100 Nowa Sól ul. Boh. Getta 7 tel. 68 387 35 94 | 3 |
| Gmina Nowa Sól | | | |
| 8. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Przyborowie | 67-100 Przyborów ul. Szkolna 16 tel. 68 388 16 92 | 16 |
| 9. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Lubieszowie | Lubieszów 53 67-100 Lubieszów tel. 68 388 79 17 | 11 |
| 10. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Lubięcinie | Lubięcin 82 67-108 Lubięcin tel. 68 388 63 82 | 16 |
| Gmina Nowe Miasteczko | | | |
| 11. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Nowym Miasteczku | 67-124 Nowe Miasteczko ul. Marcinkowskiego 1 tel. 68 388 81 22 | 55 |
| 12. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Borowie Wielkim | Borów Wielki 53 67-124 Nowe Miasteczko tel. 68 388 89 43 | 9 |
| Gmina Otyń | | | |
| 13. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Otyniu | 67-106 Otyń ul. Żeromskiego 3 tel. 68 355 02 26 | 84 |

| | | | |
|------------------------------|---|--|------------|
| 14. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Niedoradzu | Niedoradz ul. Markiewiczowej 7 67-106 Otyń tel. 68 388 12 93 | 17 |
| Gmina Siedlisko | | | |
| 15. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Siedlisku | 67-112 Siedlisko ul. Kasztanowa 19 tel. 68 356 02 08 | 34 |
| 16. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Bielawach | Bielawy 17 67-112 Siedlisko tel. 68 388 17 24 | 17 |
| Gmina Koźuchów | | | |
| 17. | Szkoła Podstawowa Nr 1 w Koźuchowie | 67-120 Koźuchów ul. Chopina 11 tel. 68 355 20 49 | 99 |
| 18. | Szkoła Podstawowa Nr 2 w Koźuchowie | 67-120 Koźuchów ul. 22-go Lipca 12 tel. 68 355 33 20 | 39 |
| 19. | Szkoła Podstawowa w Mirocinie Dolnym | Mirocin Dolny 28 67-120 Koźuchów tel. 68 388 14 24 | 29 |
| Gmina Kolsko | | | |
| 20. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Kolsku | 67-415 Kolsko ul. Piastowska 48 tel. 68 352 45 44 tel. 68 352 41 25 | 18 |
| 21. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Konotopie | 67-416 Konotop Plac Powstańców Wlkp. 7 tel. 68 352 42 22 | 13 |
| Gmina Bytom Odrzański | | | |
| 22. | Publiczna Szkoła Podstawowa w Bytomiu Odrzańskim | 67-115 Bytom Odrzański ul. Kościelna 9 tel. 68 388 41 49 | 56 |
| | RAZEM: | | 919 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze szkół podstawowych z terenu powiatu nowosolskiego

Poza uczniami, do których bezpośrednio zostanie skierowany projekt interwencji, jego działania skupione będą również na ich rodzicach. Zgoda opiekunów będzie niezbędna do wykonania badań przesiewowych. Opiekunowie otrzymają informacje na temat stanu zdrowia dziecka, proponowanego dalszego postępowania oraz ewentualnego włączenia do programu interwencyjnego. Rodzice będą aktywnymi uczestnikami programu interwencyjnego, gdyż to oni będą w zdecydowanej mierze odpowiedzialni za prowadzenie zachowań zdrowotnych w życiu dziecka i rodziny. W związku z tym wszelkie działania edukacyjne oraz interwencyjne zostaną dopasowane do potrzeb osób dorosłych. Rodzice zostaną również uczestnikami spotkań w ramach programu interwencyjnego. Szacowany jest udział grupy około 1472 rodziców, z czego w programie pogłębionym weźmie udział około 272 rodziców.

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

Do programu przesiewowego będą kwalifikowane wszystkie dzieci w wieku 11 lat. Niezbędnym kryterium kwalifikacji będzie zgoda rodziców na przeprowadzenie badania przesiewowego (załącznik nr 1).

Do programu interwencji edukacyjno-zdrowotnej zaproszone będą wszystkie dzieci z wykrytymi zaburzeniami masy ciała pod postacią nadwagi i otyłości.

Z programu wyłączone będą dzieci objęte już specjalistyczną opieką lekarską w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w ramach NFZ.

Chcąc dotrzeć do jak największej liczby potencjalnych uczestników programu informowanie o nim będzie odbywało się w formie komunikatów na stronach internetowych Starostwa Powiatowego, urzędów gmin z terenu powiatu nowosolskiego, w szkołach, do których uczęszczają dzieci oraz w formie plakatów i ulotek informacyjnych.

Wszystkie działania realizowane w programie będą wsparte szeroką akcją medialną i informacyjną skierowaną do rodziców.

3. Planowane interwencje

1) Badanie przesiewowe całej (80%) populacji dzieci w wieku 11 lat z powiatu nowosolskiego 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. W przypadku wykrycia podczas badań przesiewowych zaburzeń i chorób wymagających dalszego leczenia realizator w trybie pilnym skieruje te dzieci do dalszej opieki specjalistycznej poza programem;

2) Cykl 4. porad dietetycznych dla wyłonionych w pierwszym etapie osób, odbywających się w cyklu 3-6-9 (miesiące), realizowanych przez podmiot, wyłoniony w drodze konkursu na realizatora programu, (na pierwszej wizycie będzie przeprowadzone badanie ankietowe dotyczące stanu zdrowia, zachowań zdrowotnych, czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych u dzieci oraz dokonany będzie pomiar masy ciała; w ciągu 1 tyg. od pierwszej wizyty rodzice otrzymają jadłospis przygotowany dla dziecka; po 3 miesiącach od

pierwszej wizyty następuje wizyta kontrolna, następna po 6 miesiącach od pierwszej wizyty i ostatnia finansowana w programie po 9 miesiącach od 1 wizyty);

3) Pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich dzieci objętych 2-etapem badania, celem monitorowania wskaźników BMI wykonywane przez dietetyka w trakcie porady dietetycznej;

4) Przeprowadzenie badania ankietowego na koniec interwencji zdrowotnej;

5) Dwukrotne pomiary populacji objętej interwencją dietetyczną: pół roku po zakończeniu programu i rok po zakończeniu wykonywane przez wyłonionego w drodze konkursu ofert realizatora programu;

6) Edukacja żywieniowa adresatów programu:

- cykl 2 wykładów/szkoleń dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości, edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, w szkołach z terenu powiatu. Wykłady będą miały formę prelekcji ustnej opartej o prezentację multimedialną upowszechniających wiedzę na temat zdrowego żywienia (ze szczególnym uwzględnieniem nauki kontroli spożycia soli i tłuszczów nasyconych jako element profilaktyki chorób układu krążenia), zapobiegania nadwadze i otyłości, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała;

- cykl 2 wykładów/szkoleń dla całej populacji dzieci z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia, edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, realizowanych w formie godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych, szkolenia będą miały charakter warsztatowy (np. komponowanie prawidłowych posiłków, unikanie soli i tłuszczów nasyconych w diecie, zdrowe alternatywy przekąsek itp.);

- realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w podmiotach leczniczych, szkołach oraz urzędach z terenu powiatu nowosolskiego, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek (kształtowanie prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczność podejmowania regularnej aktywności fizycznej, zapobieganie nadwadze i otyłości).

Instytucje kształtujące politykę zdrowotną wyraźnie wskazują na konieczność działań interwencyjnych związanych z zagrożeniem populacji dzieci 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 dzieci i młodzieży, możemy uzyskać zmniejszenie zachorowalności na choroby układu krążenia, inwalidztwa oraz niższą liczbę przedwczesnych zgonów z powodu powikłań otyłości²⁴. Profilaktykę chorób układu krążenia oraz otyłości w populacji dzieci 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;
- National High Blood Pressure Working Group;
- European Society of Hypertension (ESH);
- European Society of Cardiology (ESC);
- American Heart Association (AHA);
- American Academy of Pediatrics (AAP);
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLPwP);
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR);
- Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (PTBO);
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD);
- Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej (PTEiDD);
- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK);
- Sekcja Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich (TChP);
- Polskie Towarzystwo Dietetyki (PTD).

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 i otyłości przynoszą skorelowane ze sobą działania ujęte w kompleksowym programie. Zgodnie

²⁴ 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%C5%81-Rekomendacje.pdf>, stan na dzień 19.04.2016r. (dostęp z dnia 16.05.2018 r.)

z rekomendacjami WHO²⁵ 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 2014-2020²⁶. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością zalecane przez Konsultanta Medycyny Rodzinnej²⁷, 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.

Działania edukacyjne pełnią kluczową rolę w każdej strategii profilaktyki zdrowotnej, w tym również w przypadku zapobiegania nadwadze i otyłości w wieku młodzieńczym. 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 itp²⁸. Każdorazowo program redukcji masy ciała powinien być skoordynowany wraz z edukacją zdrowotną, w tym żywieniową. Ich celem jest podniesienie świadomości zdrowotnej i wykształcenie odpowiednich zachowań profilaktycznych i nawyków żywieniowych u młodych osób, jak również wśród ich rodziców.

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 zmiany²⁹. Należy pamiętać, że w populacji dzieci 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)³⁰.

Działania w ramach niniejszego programu pozwolą zapobiec ewentualnym przyszłym nakładom finansowym publicznego systemu ochrony zdrowia związanym z długoterminową

²⁵ Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością (15-17.11.2006 r.).

²⁶ EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 24.02.2014

²⁷ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania... op. cit.

²⁸ 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

²⁹ <http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp z dnia 16.05.2018)

³⁰ Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego...op. cit.

opieką medyczną i leczeniem schorzeń przewlekłych, stanowiących powikłania zdrowotne wynikające m.in. z otyłości oraz cukrzycy. Jest to 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.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Planowane w programie interwencje będą realizowane przez wybranego w drodze konkursu realizatora. 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.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

W przypadku ukończenia pełnego cyklu programu rodzic/opiekun prawny:

- ✓ 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, w tym sercowo-naczyniowych;
- ✓ zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu;
- ✓ kończy udział dziecka w programie.

W przypadku nie ukończenia pełnego cyklu programu rodzic/opiekun prawny dziecka zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie (zwiększone ryzyko powikłań otyłości, w tym sercowo-naczyniowych, konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne nadmiernej masy ciała w wieku młodzieńczym).

Realizator zapewnia monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do 2 etapu programu: po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu.

Dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Główne założenia organizacyjne programu:

- 1) opracowanie programu;
- 2) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej; wyłonienie realizatora programu - specjalisty dietetyka lub dietetyka o specjalności psychodietetyka;
- 3) podpisanie umowy na realizację programu;
- 4) realizacja programu
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
 - skierowanie zaproszeń do rodziców/opiekunów prawnych;
 - akcja edukacyjna (wykłady z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia, edukacji żywieniowej oraz aktywności fizycznej dla dzieci i rodziców/opiekunów prawnych dzieci).

2. Części składowe programu

1) Przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych wśród 11 – letnich uczniów ze szkół z terenu powiatu nowosolskiego. Rodzice dzieci z wykrytymi zaburzeniami spełniającymi kryteria programu będą zapraszani do uczestnictwa w dalszej interwencji.

2) Przeprowadzenie badań ankietowych dotyczących stylu życia, zachowań zdrowotnych oraz czynników ryzyka u dzieci (ankieta wypełniana przez rodziców/opiekunów prawnych i 11-letnie dzieci). Badanie będzie przeprowadzone na początku i na końcu interwencji zdrowotnej.

3) Przygotowanie informacji zwrotnej o pozytywnej ocenie badanych parametrów oraz przekazanie materiałów edukacyjnych dla „zdrowych dzieci” i ich rodziców/opiekunów prawnych, wzmacniających pozytywne zachowania prozdrowotne.

4) Wyselekcjonowanie grup dzieci z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych.

5) Przeprowadzenie interwencji u dzieci z wykrytymi problemami zdrowotnymi:

- 4 indywidualne spotkania konsultacyjne z dietetykiem. W czasie pierwszego spotkania zostanie omówiony obecny stan zdrowia dziecka oraz wyniki pomiarów antropometrycznych. Zostanie wytyczony plan postępowania zdrowotnego dla dziecka skupiający się na zmianie

diety, aktywności fizycznej i zachowań zdrowotnych w rodzinie. Kolejne spotkania odbędą w 3, 6 i 9 miesiącu od pierwszej wizyty, celem oceny zdrowotnej i uzyskanych rezultatów;

- pomiary antropometryczne celem monitorowania wskaźników BMI wykonywane przez dietetyka w trakcie porady dietetycznej;

- dwukrotne pomiary populacji objętej interwencją dietetyczną: pół roku i rok po zakończeniu programu obejmujące pomiar wzrostu, masy ciała i ciśnienia tętniczego;

6) Przygotowanie i przeprowadzenie kompleksowego programu edukacyjnego dla dzieci i rodziców/opiekunów prawnych w zakresie dietetyki, aktywności fizycznej, budowania pozytywnych zachowań zdrowotnych.

7) Przeprowadzenie szerokiej akcji medialnej i informacyjnej o programie, działaniach realizowanych w ramach programu oraz o pozytywnych długofalowych efektach realizowanego programu.

8) Ewaluacja programu będzie składała się z oceny efektów programu u dzieci z grupy włączonej do interwencji, jak i efektów organizacyjnych i skuteczności włączania dzieci do interwencji.

3. Kompetencje realizatora programu

Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w drodze konkursu, zatrudniający specjalistę dietetyka, który posiada wiedzę nie tylko z zakresu żywienia człowieka, ale również biochemii, anatomii, psychologii oraz medycyny oraz posiada kwalifikacje niezbędne do pracy w charakterze dietetyka potwierdzone stosownymi dokumentami – co najmniej z tytułem magistra. Wymagania stawiane realizatorom programu są zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Ocena zgłaszalności do programu

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona kwartalnie oraz rocznie (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji prowadzona kwartalnie 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 uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

- analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załączniki 4, 5);
- analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu.

3. Ocena efektywności programu

- cząstkowa – analiza liczby osób biorących udział w programie, analiza wyników ankiety ewaluacyjnej dot. wiedzy odbiorców edukacji zdrowotnej; monitorowanie przyczyn rezygnacji pojedynczych osób z programu (załącznik 1); analiza efektywności programu w opinii rodziców/opiekunów (załącznik 4);
- roczna – ocena stopnia realizacji programu (odsetek objęcia cyklem porad dietetycznych), ocena poprawy wskaźnika BMI (przesunięcie się w dół skali centylowej właściwej dla wieku i wzrostu), poprawa diety i aktywności fizycznej, poprawa samooceny zdrowia, identyfikacja 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 sercowo-naczyniowych otyłości.

4. Ocena trwałości efektów programu

Utrzymanie trwałości uzyskanych w programie efektów zdrowotnych w populacji powiatu, zaplanowano poprzez nadanie programowi charakteru dwuletniego, cykliczność działań edukacyjnych oraz zapewnienie pacjentom stałego dostępu do informacji nt. nadwagi i otyłości w wieku młodzieńczym.

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Koszty jednostkowe:

- 2 zł - pomiary antropometryczne
- 300 zł – koszt wykładu
- 50 zł - poradnictwo dietetyczne

2. Planowane koszty całkowite:

Tab. 3. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

| Rok realizacji | Akcja informacyjno- edukacyjna* | Badania przesiewowe** | Porada dietetyczna | Koszt całkowity |
|----------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| 2018 | 2000,00 zł | 1472,00 zł | 6 800,00 zł | 10 272,00 zł |
| 2019 | 2000,00 zł | - | 20 400,00 zł | 22 400,00 zł |

* koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej, druku ulotek/plakatów informacyjnych

** koszt pomiarów antropometrycznych

3. Źródło finansowania

Program finansowany z budżetu Powiatu Nowosolskiego. Program będzie koordynowany przez Powiat Nowosolski na podległym obszarze.

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

- W obliczu epidemii otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce niezbędne jest podjęcie działań profilaktycznych;
- Największe potencjalne korzyści osiąga się w przypadku modyfikowania i kształtowania wzorców żywieniowych w wieku młodzieńczym oraz realizowania działań w odniesieniu do całej rodziny adresatów programu;
- Społeczne koszty nadwagi i otyłości są ogromne, a otyłość w wieku młodzieńczym powoduje zwiększone ryzyko zarówno samej choroby, jak i jej powikłań w wieku dojrzałym, przede wszystkim powikłań sercowo-naczyniowych;
- Leczenie nadwagi i otyłości zapobiega rozwojowi ich powikłań oraz ułatwia leczenie, a czasem nawet powoduje wyleczenie już rozwiniętych zaburzeń, ponadto zapobiega rozwojowi inwalidztwa, przedłuża czas życia i poprawia jego jakość.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, tom 1, nr 4;
2. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka, PZWL, Warszawa 2010;
3. Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2005;
4. Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. Can. Fam. Physician. 2006;
5. Bogołowska-Stieblich A, Tałałaj M. Otyłość a choroby układu sercowo-naczyniowego. Post N Med 2013; t 26, 5B;
6. Jarosz M. Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2012;
7. Gawęcki J. Żywienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2010.
8. Torrance B., McGuire K.A., Lewanczuk R., McGavock J. Overweight, physical activity and high blood pressure in children: a review of the literature. Vasc. Health Risk Manag. 2007;
9. Lurbe E, Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży, Choroby Serca i Naczyń 2010, tom 7, nr 3;
10. Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Przew Lek 2006;
11. Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, Medycyna Rodzinna, 2/2014;
12. 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, Jabłoński E, Kaźmierczak U;
13. Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. Wychowanie fizyczne i zdrowotne 2002;
14. Speiser P.W., Rudolf M.C., Anhalt H., et al.: Childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2005, 90(3);
15. 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;
16. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492];
17. Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością (15-17.11.2006 r.).
18. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020;
19. Waller G et al., Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, A Comprehensive
20. Treatment Guid, Cambridge University Press 2011, Redaktor naukowy wydania polskiego: lek. med. Maria Gałuszko-Węgielnik;

Strony Internetowe

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

(dostęp z dnia 3.05.2018 r.)

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (dostęp z dnia 3.05.2018 r.)

<http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%C5%81-Rekomendacje.pdf> (dostęp z dnia 03.05.2018 r.)

<https://www.zdrowie.abc.com.pl/aktualnosci/who-odsetek-11-latkow-z-nadwaga-w-polsce-jest-najwyzszy-na-swiecie,23617.html> (dostęp z dnia 3.05.2018 r.)

<http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul,1671854.html> (dostęp z dnia 3.05.2018 r.)

https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/wojewoda/zarządzenia_wojewody/id:1446.html (dostęp z dnia 3.05.2018 r.)

<http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp z dnia 16.05.2018)

Załącznik 1

**Karta udziału dziecka w programie pn. Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży z terenu powiatu nowosolskiego na lata 2018-2019
„Miej odwagę, nie nadwagę”**

Część A

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

II. Dane dziecka/uczestnika programu:

| | | |
|----------|--|--|
| Nazwisko | | Data urodzenia |
| Imię | | / / (dzień/miesiąc/rok) |

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

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

| | |
|----------------------|-------------------------|
| Przyczyna rezygnacji | Podpis rodzica/opiekuna |
| | |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w celu realizacji programu zdrowotnego „Miej odwagę, nie nadwagę” zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Niniejsza zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....

Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę

Wzór prowadzonej dokumentacji uczestnika programu

pn. Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży z terenu powiatu nowosolskiego na lata 2018-2019

„Miej odwagę, nie nadwagę”

| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | 1 pomiar (na początku programu) | | 2 pomiar (po 6 miesiącach od zakończenia programu) | | 3 pomiar (po roku od zakończenia programu) | |
|-----|-----------------|----------------|------------------------------------|----|---|----|---|----|
| | | | BMI | CT | BMI | CT | BMI | CT |
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |

**Sprawozdanie kwartalne/roczne * realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży z terenu powiatu nowosolskiego na lata 2018-2019
„Miej odwagę, nie nadwagę”**

| | | |
|------------------------|---|---|
| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do | Adresat: Powiat Nowosolski |
| | | Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym |

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

| Liczba wykonanych interwencji wśród rodziców | Liczba rodziców uczestniczących w interwencjach | Liczba wykonanych interwencji wśród dzieci | Liczba dzieci uczestniczących w interwencjach |
|--|---|--|---|
| | | | |

II. Interwencje profilaktyczne

| Liczba dzieci uczestniczących w interwencjach | Liczba udzielonych porad dietetycznych | Liczba pomiarów antropometrycznych | Liczba osób które zrezygnowały z uczestnictwa w programie |
|---|--|------------------------------------|---|
| | | | |

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik 4

Ankieta oceny efektywności programu pn. Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży z terenu powiatu nowosolskiego na lata 2018-2019 „Miej odwagę, nie nadwagę” w opinii rodziców/opiekunów (wzór)

1. Poprawa sposobu żywienia dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

2. Poprawa aktywności fizycznej dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

3. Poprawa samooceny dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Załącznik 5

**Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dziecka uczestniczącego w programie pn.
Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży
z terenu powiatu nowosolskiego na lata 2018-2019
„Miej odwagę, nie nadwagę” w opinii rodziców/opiekunów prawnych**

| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|--|---------------|--------|-------------|-----|------------|
| dostęp do informacji o programie? | | | | | |
| treść przygotowanej broszury/ulotki informacyjno-edukacyjnej (zrozumiałość, przydatność, kompletność, jakość)? | | | | | |
| działania/interwencje prowadzone w ramach programu | | | | | |
| wiedzę i kompetencje osób realizujących program? | | | | | |
| uprzejmość i życzliwość dietetyka? | | | | | |
| poszanowanie prywatności podczas wizyty? | | | | | |
| sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia Panu/Pani? | | | | | |
| sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia dziecka? | | | | | |

Dodatkowe uwagi/opinie: