

Projekt

z dnia 24 lutego 2026 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY GRĘBOCICE**

z dnia 3 marca 2026 r.

w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Grębocice na lata 2026-2030”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art.18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.), art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust.1, ust. 3,4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) w związku z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1670 z późn. zm.), Rada Gminy Grębocice uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się wieloletni „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Grębocice na lata 2026-2030”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Grębocice.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy
Grębocice

Marek Pakiet



Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Grębocice na lata 2026-2030

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]



Grębocice, 2025

Nazwa programu:

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Grębocice na lata 2026-2030

Okres realizacji programu: 2026-2030

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
dr n. o zdrowiu Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Zgodność Programu z Rekomendacją AOTMiT:

Program zgodny z Rekomendacją nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Grębocice
ul. Głogowska 3
59-150 Grębocice
tel. (076) 8-315-501
sekretariat@grebocice.com.pl

Data opracowania programu: IV kwartał 2025 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne.....	4
3. Opis obecnego postępowania.....	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	14
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	15
1. Cel główny	17
2. Cel szczegółowy	17
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	17
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji.....	18
1. Populacja docelowa	18
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ	19
3. Planowane interwencje	20
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	27
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	27
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	28
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	28
2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych ...	29
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	31
1. Monitorowanie.....	31
2. Ewaluacja.....	31
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	32
1. Koszty jednostkowe	32
2. Planowane koszty całkowite	33
Bibliografia	36
Załączniki	38

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Nadwaga i otyłość w populacji dzieci i młodzieży stanowią jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowia publicznego o zasięgu globalnym. Zjawisko to charakteryzuje się nadmiernym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w organizmie, co prowadzi do zaburzeń metabolicznych i hormonalnych, a jego rozwój u dzieci stanowi proces patologiczny. Przyczyny otyłości wykraczają poza indywidualne zachowania dziecka i obejmują zarówno uwarunkowania genetyczne, jak i czynniki epigenetyczne, które wzajemnie oddziałują, kształtując metabolizm, regulację apetytu, sposób gromadzenia i dystrybucji tkanki tłuszczowej oraz reakcje organizmu na bodźce środowiskowe. Chociaż genetyka może być ważnym czynnikiem etiologicznym rozwoju otyłości, geny nie wyjaśniają w pełni ogromnego i szybkiego wzrostu rozpowszechnienia otyłości na poziomie populacji¹. Predyspozycje genetyczne mogą zwiększać podatność na nadmierny przyrost masy ciała, jednak rozwój otyłości w dużej mierze zależy od czynników związanych ze stylem życia oraz wpływu środowiska. Rozwój otyłości jest efektem synergii między wrodzonymi predyspozycjami, czynnikami epigenetycznymi, a środowiskowymi determinantami stylu życia. Długotrwała ekspozycja na niezdrowe nawyki żywieniowe, niską aktywność fizyczną oraz sprzyjające przybieraniu masy ciała otoczenie rodzinne i społeczne prowadzi do utrwalenia nadmiernej masy ciała, czyniąc otyłość dziecięcą chorobą przewlekłą, z licznymi konsekwencjami zdrowotnymi i społecznymi, która zwiększa ryzyko jej utrzymania w dorosłości².

Najczęstszą postacią otyłości w populacji dziecięcej, występującą w aż 98% przypadków, jest otyłość pierwotna, rozwijająca się w wyniku dodatniego bilansu energetycznego - gdy spożycie energii przewyższa jej wydatkowanie, co prowadzi do stopniowego i nadmiernego odkładania tkanki tłuszczowej³. W przypadku tej postaci kluczowe znaczenie mają czynniki środowiskowe i styl życia, takie jak nieprawidłowe

¹ Pereira, A. R., & Oliveira, A. (2021). Dietary interventions to prevent childhood obesity: A literature review. *Nutrients*, 13(10), 3447.

² Jia, P., et al. (2023). Environmental determinants of childhood obesity: A meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 11, s 7.

³ Polakowski, G., Gieraga, I., Wielemborek-Musiał, K., & Lipert, A. (2021). Masa ciała a wybrane zachowania żywieniowe dzieci w wieku szkolnym. In M. Kwaśniewska & K. Pasternak-Mnich (Eds.), *Wybrane aspekty diagnostyki, profilaktyki i leczenia chorób cywilizacyjnych. Część II* (pp. 6–16). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

nawyki żywieniowe, niski poziom aktywności fizycznej oraz sprzyjające przybieraniu masy ciała środowisko rodzinne i społeczne. Rzadziej występującą formą jest otyłość wtórna, wynikająca z zaburzeń endokrynologicznych, genetycznych lub przewlekłych chorób somatycznych. Skuteczne leczenie tej postaci otyłości koncentruje się na leczeniu pierwotnej przyczyny chorobowej⁴.

Ocena stanu odżywienia dzieci i młodzieży jest kluczowym elementem profilaktyki oraz wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości. Podstawowym narzędziem diagnostycznym jest wskaźnik masy ciała (ang. Body Mass Index, BMI), którego wartości porównuje się z siatkami centylowymi dostosowanymi do wieku i płci⁵. U dzieci nadwagę rozpoznaje się, jeżeli wyliczona wartość BMI mieści się w zakresie 90.–97. centyla dla płci i wieku, a otyłość - przy wartościach BMI >97. centyla. W ocenie stanu odżywienia istotny jest również pomiar obwodu talii, który pozwala oszacować rozmieszczenie tkanki tłuszczowej i ryzyko otyłości trzewnej. Kompleksowa diagnostyka powinna uwzględniać także ocenę kliniczną, obejmującą historię zdrowia dziecka, obecność chorób współistniejących, czynniki genetyczne, styl życia oraz aspekty psychospołeczne. Regularne monitorowanie parametrów antropometrycznych umożliwia wczesne wykrycie zaburzeń odżywienia, ocenę skuteczności interwencji oraz opracowanie indywidualnych strategii profilaktyki i leczenia nadmiernej masy ciała u dzieci⁶.

Nadmierne gromadzenie się tkanki tłuszczowej u dzieci nie stanowi jedynie problemu estetycznego czy społecznego, lecz przede wszystkim poważne zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Otyłość, klasyfikowana jako przewlekła i złożona choroba metaboliczna, może wywoływać zarówno bezpośrednio, jak i długoterminowe konsekwencje dla zdrowia psychospołecznego, w tym obniżenie poczucia własnej wartości czy zwiększone ryzyko wystąpienia depresji. Problem ten wymaga szczególnej uwagi ze względu na potencjalne długofalowe skutki zdrowotne⁷.

⁴ Żuraw, M., Oleksa, P., Sobczyk, M., Porzak, D., & Jasiński, K. (2024). Simple obesity in children. *Prospects in Pharmaceutical Sciences*, 22(2), 67–85.

⁵ Kułaga, Z., Róždzyńska, A., Palczewska, I., Grajda, A., Gurzkowska, B., Napieralska, E. Świąder-Leśniak, A. (2010). Siatki centylowe wysokości, masy ciała i wskaźnika masy ciała dzieci i młodzieży w Polsce – wyniki badania OLAF. *Standardy Medyczne/Pediatrica*, 7, 690–700.

⁶ Kiciak, A., Słoma-Krześlak, M., Szczepańska, E., Bialek-Dratwa, A., Bielaszka, A., Staśkiewicz-Bartecka, W., Jaruga-Sękowska, S., Nowak, J., & Kowalski, O. (2024). Prevention of overweight and obesity in children and adolescents. *Annals of the Medical University of Silesia*, 1(nr specj.), 61–76. <https://doi.org/10.18794/aams/188942>

⁷ Stabouli, S., Erdine, S., Suurorg, L., Jankauskienė, A., & Lurbe, E. (2021). Obesity and eating disorders in children and adolescents: The bidirectional link. *Nutrients*, 13(12), 4321.

Nadmierna masa ciała wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju licznych chorób, w szczególności zaburzeń metabolicznych oraz schorzeń układu sercowo-naczyniowego, które należą do najczęstszych i najbardziej istotnych konsekwencji zdrowotnych otyłości. Do najczęstszych zaburzeń metabolicznych u dzieci z nadmierną masą ciała należy stan przedcukrzycowy, który może występować nawet u dzieci poniżej 10. roku życia. W ramach profilaktyki zaleca się monitorowanie stężenia glukozy we krwi na czczo u wszystkich dzieci z nadwagą i otyłością. Ponadto często obserwuje się dyslipidemię, objawiającą się nieprawidłowymi parametrami lipidowymi, co dodatkowo zwiększa ryzyko rozwoju chorób sercowo-naczyniowych w przyszłości⁸. Dodatkowo, u dzieci z otyłością często rozpoznaje się nadciśnienie tętnicze, które stwierdza się u około 30% pacjentów pediatrycznych z nieprawidłową masą ciała, a jego częstość wzrasta wraz ze stopniem nasilenia tej nieprawidłowości. Otyłość dziecięca wiąże się również ze zwiększoną częstością zaburzeń hormonalnych, w tym przedwczesnego dojrzewania płciowego. Ponadto otyłość może wpływać na równowagę hormonalną poprzez insulinooporność, hiperinsulinemię oraz zaburzenia funkcji tarczycy, co dodatkowo zwiększa ryzyko wystąpienia przewlekłych zaburzeń metabolicznych i endokrynologicznych w późniejszym okresie życia⁹.

Zaburzenia metaboliczne u dzieci z otyłością nie tylko zwiększają ryzyko rozwoju chorób przewlekłych w dorosłości, ale również oddziałują na funkcjonowanie organizmu już w wieku dziecięcym, co podkreśla konieczność wczesnej diagnostyki i skutecznej interwencji. Otyłość dziecięca nie jest problemem przejściowym, lecz przewlekłym zaburzeniem z tendencją do utrzymywania się w dorosłym życiu, co wiąże się zarówno ze skróceniem oczekiwanej długości życia, jak i pogorszeniem jego jakości. Tak szerokie spektrum konsekwencji zdrowotnych potwierdza, że otyłość dziecięca jest zaburzeniem wieloczynnikowym, którego skutki wykraczają poza dzieciństwo, zwiększając ryzyko chorób przewlekłych i obniżając jakość życia w dorosłości¹⁰.

Skuteczne przeciwdziałanie otyłości dziecięcej wymaga kompleksowego podejścia, które obejmuje zarówno dziecko, jak i jego najbliższe środowisko. Istotną rolę odgrywają mikrośrodowiska (dom, szkoła, grupa rówieśnicza, sąsiedztwo),

⁸ Żuraw, M., Oleksa, P., Sobczyk, M., Porzak, D., & Jasiński, K. (2024). Simple obesity... op. cit.

⁹ Jeong, S. I., & Kim, S. H. (2024). Obesity and hypertension in children and adolescents. *Clinical Hypertension*, 30(1), 23.

¹⁰ Ibidem

pozostające pod silnym wpływem makrośrodowiska, czyli systemu opieki zdrowotnej, przemysłu spożywczego czy polityki państwa. To właśnie one stanowią kluczowe przestrzenie do wdrażania skutecznych działań profilaktycznych i interwencyjnych¹¹.

Zachowania związane z dietą, aktywnością fizyczną oraz relacją z jedzeniem są w dużej mierze kształtowane przez wzorce zdrowotne obecne w środowisku dziecka. Nadmierna masa ciała rodziców istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia otyłości u ich potomstwa, co wiąże się zarówno z uwarunkowaniami genetycznymi, jak i z naśladowaniem stylu życia w rodzinie¹². Posiłki przygotowywane w domu odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu preferencji żywieniowych dziecka - wpływają na różnorodność diety, upodobania smakowe, gęstość energetyczną spożywanych potraw oraz wielkość porcji. Współczesne dzieci funkcjonują w warunkach istotnie odmiennych od tych sprzed kilku dekad, co znajduje odzwierciedlenie w ich codziennych nawykach i zachowaniach zdrowotnych. Dostępność wysokokalorycznych produktów, spadek spożycia warzyw i owoców oraz obecność reklam przetworzonej żywności mają ogromny wpływ na ich codzienną dietę. Dzieci coraz częściej sięgają po przekąski, wypierając nimi pełnowartościowe posiłki. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe, a także zaburzone relacje z jedzeniem, które poza funkcją odżywczą pełnią rolę kompensacyjną w zakresie zaspokajania potrzeb emocjonalnych, sprzyjają przejadaniu się i są jedną z głównych przyczyn rozwoju nadmiernej masy ciała u dzieci i młodzieży¹³.

Warto także podkreślić, że w ostatnich latach do wzrostu siedzącego trybu życia wśród dzieci i młodzieży znacząco przyczynił się postęp technologiczny. Czas ekranowy obejmuje oglądanie telewizji, korzystanie z komputera, granie w gry wideo oraz używanie smartfonów i tabletów, stając się dominującą formą pasywnego spędzania czasu, nierzadko rozpoczynającą się już w okresie niemowlęcym. Nadmierna ekspozycja na ekrany wiąże się z szeregiem negatywnych konsekwencji zdrowotnych, w tym ze zwiększonym ryzykiem nadwagi i otyłości, obniżeniem sprawności fizycznej oraz zaburzeniami snu. Ostatnie z wymienionych, często niedoceniane w ocenie czynników ryzyka, dodatkowo sprzyjają rozwojowi

¹¹ Li, B., Alharbi, M., Allender, S., Swinburn, B., Peters, R., & Foster, C. (2023). Comprehensive application of a systems approach to obesity prevention: A scoping review of empirical evidence. *Frontiers in Public Health*, 11, 1015492.

¹² Czerwonogrodzka-Senczyna, A., Kryńska, P., Majcher, A., & Rumińska, M. (2014). Wpływ czynników środowiskowych na występowanie otyłości u dzieci do 7 roku życia. *Endokrynologia Pediatria*, 2(47), 17-24.

¹³ Strączek, K., Horodnicka-Józwa, A., Szmit-Domagalska, J., Petriczko, E., Safranow, K., & Walczak, M. (2021). The influence of maternal nutritional behavior on the nutritional behavior of children with excess body weight. *Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism*, 27(3), 159-169.

nadciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży. Co więcej, długotrwałe korzystanie z urządzeń elektronicznych ogranicza bezpośrednie kontakty społeczne, prowadząc do osłabienia umiejętności komunikacyjnych i zwiększonego ryzyka izolacji społecznej, co w konsekwencji może negatywnie wpływać na rozwój emocjonalny i psychospołeczny młodego pokolenia^{14 15}.

Czynniki psychospołeczne odgrywają istotną rolę w kształtowaniu zdrowia i rozwoju dzieci z nadwagą i otyłością. Szczególnie niebezpiecznym zjawiskiem jest stygmatyzacja związana z masą ciała, która stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia psychicznego. Osoby z nadmierną masą ciała bywają niesłusznie postrzegane jako mniej kompetentne, pozbawione samodyscypliny czy obarczane odpowiedzialnością za swoją chorobę. Dzieci mogą doświadczać stygmatyzacji oraz dyskryminacji ze strony rówieśników, nauczycieli, a także członków rodziny¹⁶.

Negatywne doświadczenia psychospołeczne związane ze stygmatyzacją mogą prowadzić do przewlekłego stresu, obniżenia poczucia własnej wartości i wycofania społecznego. Taki stan sprzyja rozwojowi niezdrowych wzorców żywieniowych oraz utrudnia kontrolę masy ciała, co przyczynia się do utrwalenia otyłości. Długotrwałe oddziaływanie tych czynników wiąże się z pogorszeniem funkcjonowania emocjonalnego, zwiększoną podatnością na depresję i lęki, trudnościami w relacjach społecznych oraz izolacją rówieśniczą. Ponadto obserwuje się podwyższone ryzyko zaburzeń odżywiania i innych problemów psychosomatycznych w późniejszym okresie życia ¹⁷.

Podstawą walki z narastającą epidemią otyłości pozostaje modyfikacja stylu życia, obejmująca wdrożenie zbilansowanej diety oraz regularnej aktywności fizycznej. Aby działania te przyniosły długofalowe efekty, zmiany w nawykach żywieniowych i aktywności ruchowej powinny być trwałe i konsekwentnie utrzymywane w codziennym życiu. Sytuacja ta potwierdza konieczność pilnych i

¹⁴ Liu, M., Wu, L., & Yao, S. (2016). Dose-response association of screen time-based sedentary behaviour in children and adolescents and depression: A meta-analysis of observational studies. *British Journal of Sports Medicine*, 50, 1252–1258.

¹⁵ Torres, P., Pablos, A., Elvira, L., Ceca, D., Chia, M., & Huertas, F. (2025). Associations between screen time, physical activity, and sleep patterns in children aged 3–7 years: A multicentric cohort study in urban environment. *Sports (Basel)*, 13(4), 91.

¹⁶ Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Dietz, W. H. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 393, 791–846.

¹⁷ Haqq, A. M., Kebbe, M., Tan, Q., Manco, M., & Salas, X. R. (2021). Complexity and stigma of pediatric obesity. *Child Obesity*, 17(4), 229–240.

systemowych działań edukacyjnych, ukierunkowanych na wspieranie zdrowych wyborów żywieniowych oraz promowanie aktywności fizycznej od najmłodszych lat.

2. Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym w okresie ostatniego trzydziestolecia przybrała formę epidemii. Zgodnie z najnowszymi danymi, publikowanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)¹⁸, otyłość w populacji osób dorosłych na całym świecie wzrosła od roku 1990 ponad dwukrotnie, a wśród nastolatków - czterokrotnie. W 2022 roku 2,5 miliarda dorosłych miało nadwagę (43% populacji), w tym 890 milionów żyło z otyłością (16% populacji). Częstość występowania nadwagi różniła się w zależności od regionu, od 31% w regionie Azji Południowo-Wschodniej i regionie afrykańskim do 67% w regionie obu Ameryk. W roku 2022 także ok. 39 milionów dzieci w wieku poniżej 5 lat miało nadwagę. Zaburzenie to, uważane do niedawna za problem krajów o wysokim dochodzie, występuje obecnie coraz częściej w krajach o niskim i średnim dochodzie. W Afryce liczba dzieci z nadwagą w wieku poniżej 5 lat wzrosła o prawie 23% od 2000 roku. Prawie połowa dzieci w wieku poniżej 5 lat z nadwagą lub otyłością w 2022 r. mieszkała w Azji. W roku 2022 także ponad 390 milionów dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat miało nadwagę. Rozpowszechnienie tego problemu wśród dzieci i młodzieży w omawianej grupie wiekowej dramatycznie wzrosło z zaledwie 8% w roku 1990 do 20% w roku 2022.

Według prognoz World Obesity Atlas 2023¹⁹ liczba osób powyżej 5 r. ż. z nadwagą lub otyłością będzie w najbliższych latach stale wzrastać i w 2035 roku osiągnie wartość 4 mld. Będzie to stanowić 51% populacji świata. Blisko jedna czwarta populacji osób żyjących w 2035 roku (24%) będzie otyła. Należy w tym miejscu podkreślić, że dane te mają znaczenie nie tylko z punktu widzenia medycznego. Otyłość i nadwaga są chorobami, których skutki istotnie oddziałują na ekonomię. Szacuje się, że w roku 2020 utracono globalnie 1,96 biliona dolarów na skutek omawianych problemów zdrowotnych. Utracone środki wynikają nie tylko z kosztów leczenia otyłości i nadwagi oraz ich konsekwencji, ale także z wartości zmniejszonej produktywności osób z wysokim BMI (mogącej wynikać m.in. z niezdolności do pracy oraz przedwczesnej rezygnacji z pracy, czy też śmierci). Prognozuje się, że w 2035 roku zostanie utraconych 4,32 biliona dolarów w wyniku występowania otyłości i nadwagi (2,9% światowego PKB).

¹⁸ WHO, Obesity and overweight, 01.08.2025 r., www.who.int.

¹⁹ Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., World Obesity Atlas 2023 .

Według danych Światowej Federacji Otyłości (World Obesity Federation) liczba dzieci z nadmierną masą ciała na świecie rośnie w alarmującym tempie. Zjawisko to dotyczy wszystkich regionów świata, przy czym najwyższe wskaźniki prognozowane na 2035 rok przewiduje się dla obu Ameryk (53%) oraz Europy (40%). Największy wzrost ma wystąpić w Azji (z 17% w 2025 roku do 31% w 2035 roku) oraz w Afryce (z 19% w 2025 roku do 31% w 2035 roku). Szczególnie dynamiczny wzrost obserwuje się w krajach takich jak Indonezja i Filipiny, gdzie odsetek dzieci z nadwagą i otyłością ma wzrosnąć z 42% w 2025 roku do 60% w 2035 roku. Głównymi czynnikami wpływającymi na ten trend są szybka urbanizacja, zmiany stylu życia, spadek aktywności fizycznej oraz zwiększona konsumpcja wysokokalorycznej żywności. Prognozy wskazują, że jeśli obecne tendencje się utrzymają, liczba dzieci z nadwagą i otyłością może osiągnąć do 2035 roku około 250 milionów, co podkreśla skalę globalnego problemu. Raport zwraca również uwagę na istotne różnice związane z poziomem dochodów – dzieci z rodzin o niższym statusie społeczno-ekonomicznym są bardziej narażone na otyłość, co pogłębia nierówności zdrowotne²⁰.

Z danych Europejskiej Inicjatywy Monitorowania Otyłości u Dzieci (COSI) WHO wynika, że w latach 2022-2024 problem nadwagi i otyłości dotyczył średnio 25% dzieci w wieku 7-9 lat, z czego około 10% zmagало się z otyłością. Najwyższe wskaźniki obserwuje się w krajach Europy Południowej, takich jak Cypr (42%), Grecja (41%) czy Włochy (38%). W Polsce również rośnie liczba dzieci z nadmierną masą ciała. Według danych programu COSI, nadwaga i otyłość dotyczą już około 33% dzieci w wieku wczesnoszkolnym, a odsetek dzieci z otyłością w latach 2022-2024 osiągnął 16%. Wyniki te potwierdzają trend wzrostowy w porównaniu z wcześniejszymi latami. Problem nadwagi i otyłości u dzieci wpisuje się w szerszy kontekst europejski, gdzie pandemia COVID-19 mogła nasilić ten trend poprzez ograniczenie aktywności fizycznej, pogorszenie jakości diety oraz wydłużenie czasu spędzanego przed ekranami telefonów²¹.

W ostatnich latach, w większości państw świata notuje się wśród osób pełnoletnich wzrost liczby osób z otyłością. Według danych Eurostat w 2019 roku

²⁰ World Obesity Federation. (2024). World Obesity Atlas 2024 (7th ed.), data.worldobesity.org.

²¹ World Health Organization, Regional Office for Europe. (2024). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Fact sheet highlights, round 6 (2022–2024). Copenhagen: WHO.

w Polsce odsetek osób z otyłością wśród osób pełnoletnich wynosił 19%. Był to wzrost o 1,8 p.p. w porównaniu z rokiem 2014. Wyższe odsetki osób z otyłością występowały w takich państwach jak Malta, Węgry, Chorwacja, Łotwa. W Rumunii w 2019 roku odsetek ten był najniższy (10,9%). Tylko w dwóch z analizowanych państw nastąpił spadek odsetka osób z otyłością w analizowanych latach. Była to Francja, gdzie w 2014 roku 15,3% społeczeństwa było otyłe, a w roku 2019 - 15,0%, oraz Bułgaria z odsetkiem osób z otyłością równym 14,8% w 2014 roku i 13,6% w 2019 roku²².

Zgodnie z danymi Światowego Atlasu Otyłości (2023) prognozuje się, że w roku 2035 ponad 35% dorosłych mężczyzn i ponad 25% dorosłych kobiet w Polsce będzie otyłych (łącznie ok. 60% populacji). Otyłość wśród dzieci i młodzieży także będzie się pogłębiać się z roku na rok²³. Według danych GUS odsetek osób z masą ciała w normie w latach 2014-2019 zmniejszył się o 3,4 p.p. Wzrósł natomiast odsetek osób z nadwagą (o 1,5 p.p.) i otyłością (o 1,8 p.p.)²⁴.

W sierpniu 2022 roku Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH - PIB) przeprowadził Badanie Stanu Zdrowia i Czynniki Ryzyka. Wyniki pokazują, że zbyt wysoką masę ciała (indeks BMI ≥ 25) miało 52,2% Polaków w wieku 20 lat i więcej, a 13,6% cierpiało na otyłość (BMI ≥ 30). Odsetek mężczyzn z nadwagą i otyłością wynosił odpowiednio 62,1% oraz 15,7%, a w przypadku kobiet 42,6% oraz 11,7%²⁵. W 2025 r. rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (BMI ≥ 25) wśród ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej wynosiło już 64% dla mężczyzn i 48% dla kobiet, zaś otyłości (BMI ≥ 30) odpowiednio 15% i 13%. Problemy te znacznie częściej dotyczą mężczyzn, których połowa waży zbyt dużo już w wieku 20-39 lat, a w starszych kategoriach (60-84 lata) ich udział przekracza $\frac{3}{4}$ ²⁶.

Sytuacja w zakresie nadwagi i otyłości dzieci i młodzieży jest równie niepokojąca. Według danych publikowanych przez Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej w Polsce problem nadwagi i otyłości dotyczy około 10% małych dzieci (1-3 lata), 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym i niemal 22% młodzieży do 15 roku

²² Otyłość i jej konsekwencje, NFZ o zdrowiu, Warszawa, maj 2024.

²³ Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., World Obesity Atlas... op. cit.

²⁴ Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. oraz Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, <https://stat.gov.pl>.

²⁵ Wojtyński, B., Goryński, P., 2022. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB. Warszawa 2022.

²⁶ Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

życia. Niemal połowę ośmiolatków z nadmierną masą ciała, stanowią dzieci z otyłością (15%)²⁷. Najnowsze dane dotyczące rozpowszechnienia nadwagi i/lub otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce pochodzą z 2022 r. i publikowane są przez współpracującą z WHO organizację NCD-RisC12 (NCD Risk Factor Collaboration). Według tych danych rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku 5-9 lat w Polsce wynosi ok. 25,6%, natomiast w przypadku osób w wieku 10-19 lat – 21,8%²⁸. Dane dotyczące starszej młodzieży szkolnej (11-13-15 lat) zostały także opublikowane w raporcie HSBC z 2024 r. Według danych zebranych w okresie od marca do lipca 2022 r. nadwaga lub otyłość występowała u 19% dziewcząt i 41% chłopców w wieku 11 lat oraz odpowiednio: 18% i 35% wśród 13-latków, oraz 13% i 28% wśród 15-latków²⁹.

Otyłość dziecięca jest istotnym czynnikiem ryzyka problemów zdrowotnych w życiu dorosłym, w tym nadwagi, otyłości oraz chorób przewlekłych. Dane epidemiologiczne pokazują, że nadmierna masa ciała stanowi poważny problem w Polsce zarówno w populacji dzieci, jak i dorosłych. Według Globalnego Badania Obciążenia Chorobami (GBD 2021) nadmierna masa ciała jest piątym co do znaczenia czynnikiem ryzyka, odpowiadającym za 7,7% wszystkich zgonów oraz 7,6% utraconych lat życia w zdrowiu. W badaniu „Zdrowie osób dorosłych” realizowanym przez GUS w 2022 r. w ramach modułu EU-SILC stwierdzono, że 57,1% osób w wieku 16 lat lub więcej ma nadmierną masę ciała (65,7% mężczyzn i 49,3% kobiet), a 18,0% spełnia kryteria otyłości (19,5% mężczyzn i 16,7% kobiet). Podobne wyniki uzyskano w Badaniu Zdrowia i Czynników Ryzyka przeprowadzonym przez NIZP PZH – PIB w lutym 2025 r., które wykazało nadmierną masę ciała u 55,8% osób dorosłych i otyłość u 13,9%, przy czym problem ten częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet (odpowiednio 64,1% vs. 48,3% dla nadwagi i 15,3% vs. 12,6% dla otyłości)³⁰.

Równocześnie dane dotyczące dzieci wskazują na narastający problem już w młodszych grupach wiekowych. Odsetek dzieci z obwodem talii przekraczającym 90. percentyl systematycznie rośnie wraz z wiekiem – wśród 7-latków wynosi 23,5%,

²⁷ Taraszewska A., Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży, <https://ncez.pzh.gov.pl>.

²⁸ World Health Organization (2024). The Global Health Observatory. Prevalence of obesity among children and adolescents, BMI > +2 standard deviations above the median, www.who.int

²⁹ Rakić J.G., Hamrik Z., Dzielska A., et al. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

³⁰ Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

w grupie 8-latków 26,2%, a wśród 9-latków 29,2%. Trend ten uwidacznia, że nadwaga i otyłość brzuszna stają się coraz bardziej powszechnym zjawiskiem już w wieku szkolnym, co podkreśla potrzebę wczesnych działań profilaktycznych³¹.

Jak zauważa w swoim raporcie Najwyższa Izba Kontroli³², brak jest w polskim systemie zdrowotnym wiarygodnych informacji o liczbie dzieci i młodzieży z otyłością, co powoduje zafałszowanie sprawozdawczości, a w konsekwencji także danych w statystyce publicznej. Dane z systemów opieki zdrowotnej są zazwyczaj ograniczone do przypadków objętych opieką medyczną finansowaną ze środków publicznych i pomijają osoby korzystające ze świadczeń na rynku prywatnym oraz osoby niekorzystające z pomocy z różnych przyczyn, w tym m.in. w związku z trudnościami w dostępie do opieki zdrowotnej (np. terytorialnymi, finansowymi), czy też w obawie przed stygmatyzacją. Lokalne dane dot. problemu nadwagi i otyłości w gminie Grębocice nie są dostępne, natomiast biorąc pod uwagę wskazane w poprzednich akapitach najnowsze publikowane dane epidemiologiczne dot. Polski, problem nadwagi i otyłości w gminie dotyczyć może nawet ok. 80 dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych (25,6%; 5-9 lat) oraz ok. 140 nastolatków (21,8%; 10-19 lat)³³. Przedstawione dane wyraźnie wskazują na konieczność podejmowania działań w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci.

3. Opis obecnego postępowania

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³⁴ zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia. Zgodnie z przepisami powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III, V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem

³¹ Ibidem.

³² Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych, Najwyższa Izba Kontroli, LRZ.430.001.2021.

³³ Dane GUS; liczba populacji w wieku 5-9 lat (311 osób) oraz 10-19 lat (634 osoby).

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].

oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (BMI). W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży, w tym brak jest finansowania efektywnych działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025 ujęty został cel operacyjny „profilaktyka nadwagi i otyłości”, w ramach którego zaplanowano wykaz zadań obejmujący realizację zintegrowanych działań przeciwdziałających nadwadze i otyłości społeczeństwa (w tym dzieci i młodzieży). W wykazie tym znalazły się m.in.: prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej, kształtowanie postaw prozdrowotnych, promocja aktywności fizycznej, a także działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych³⁵.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026³⁶ wyraźnie wskazuje, że w ostatnich latach w województwie dolnośląskim ryzyka żywieniowe, obok palenia tytoniu oraz wysokiego ciśnienia krwi, znajdują się wśród głównych czynników ryzyka mających największy udział w liczbie zgonów mieszkańców województwa. Należy zatem podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania profilaktyczne, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

Wdrożenie programu profilaktyki nadwagi i otyłości w środowisku dzieci w gminie Grębocice jest działaniem istotnym, ponieważ nadmierna masa ciała w młodym wieku znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie czy schorzenia układu krążenia. Wczesna profilaktyka pozwala ograniczyć przyszłe koszty leczenia ww. schorzeń, co przynosi wymierne korzyści dla systemu ochrony zdrowia. Dodatkowo warto podkreślić, że dzieci o prawidłowej masie ciała charakteryzują się lepszym samopoczuciem, a także większą energią i sprawnością psychofizyczną, co pozytywnie wpływa na ich rozwój i funkcjonowanie społeczne. Edukacja żywieniowa i promocja aktywności fizycznej pomagają kształtować zdrowe nawyki, które dzieci mogą kontynuować przez całe

³⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

³⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

życie. Dodatkowo, programy profilaktyczne integrują lokalną społeczność, wzmacniając więzi rodzinne i środowiskowe oraz wspierając tworzenie sprzyjającego zdrowiu otoczenia wychowawczego.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.³⁷: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025³⁸: Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości;
3. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³⁹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031⁴⁰: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.1. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa;

³⁷ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].

³⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia... op. cit.

³⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit.

⁴⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

5. Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026⁴¹ - 2.1. Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

⁴¹ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 5%* dzieci i młodzieży uczestniczących w interwencji multikomponentowej w programie.

2. Cel szczegółowy

- 1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki otyłości, wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych – rodziców/opiekunów prawnych dzieci w wieku szkolnym.
- 2) Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród co najmniej 40%* uczestników interwencji multikomponentowej w programie.
- 3) Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród co najmniej 40%* uczestników interwencji multikomponentowej w programie.

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych JST w zakresie działań realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta w obszarze zdrowia publicznego

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku) – na podstawie pomiaru wykonanego na pierwszej konsultacji dietetycznej i wizycie podsumowującej
Szczegółowy 1	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych (rodziców/opiekunów prawnych dzieci w wieku szkolnym), które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)
Szczegółowy 2	Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych – na podstawie wyniku zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych na pierwszej i końcowej konsultacji dietetycznej
Szczegółowy 3	Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej – na podstawie wyniku zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej na pierwszej

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji

1. Populacja docelowa

Populację docelową w zakresie działań edukacyjnych będą stanowić dzieci w wieku 7-15 lat, uczęszczające do klas I-VIII szkół podstawowych na terenie gminy Grębocice, a także ich rodzice/opiekunowie prawni. Zgodnie z danymi GUS⁴² w całym okresie realizacji programu działania edukacyjne mogą objąć ok. 750 dzieci w tej grupie wiekowej. Program w zakresie badań przesiewowych będzie skierowany do dzieci uczęszczających w momencie badania do klas I-III szkół podstawowych, zamieszkujących gminę Grębocice, a więc łącznie ok. 400 dzieci urodzonych w latach 2016-2022 (100% populacji docelowej), zgodnie z tabelą II. Badania te pozwolą na wyłonienie corocznie ok. 15 uczestników interwencji multikomponentowej (75 osób w całym okresie realizacji programu). Będą to dzieci zmagające się z nadwagą lub otyłością. Populację tę wybrano kierując się chęcią objęcia działaniami PPZ osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebą zdrowotną, co pozwoli na maksymalizację efektu zdrowotnego możliwego do uzyskania przy posiadanych zasobach finansowych. W przypadku niższej, w stosunku do założonego budżetu, zgłaszalności do PPZ dzieci z klas I-III z diagnozą nadwagi lub otyłości, do programu będą włączane także dzieci z klas IV-VIII z diagnozą otyłości lub nadwagi. Oszacowania populacji dokonano z uwzględnieniem danych epidemiologicznych oraz możliwości finansowych gminy Grębocice.

Tab. II. Populacja docelowa

Szacunkowa populacja dzieci w klasach I-III w okresie realizacji programu					
Rok realizacji PPZ	2026	2027	2028	2029	2030
Liczba dzieci	200	200	180	160	160

Źródło: Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl (stan na 12.11.2025 r.).

⁴² Bank Danych Lokalnych, Ludność, Stan ludności, Ludność wg pojedynczych roczników i płci – stan na 12.11.2025 r., <https://bdl.stat.gov.pl>.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

1) Działania edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- uczeń klasy I-VIII szkoły podstawowej
- rodzic/opiekun prawny ucznia klasy I-VIII szkoły podstawowej, zamieszkującego na terenie Gminy Grębocice
- dobrowolna zgoda na udział w programie

b) Kryteria wyłączenia: brak

2) Badania przesiewowe

a) Kryteria włączenia:

- uczeń klasy I-III szkoły podstawowej⁴³
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Grębocice
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego na udział w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- leczenie otyłości poza programem

3) Interwencja multikomponentowa

a) Kryteria włączenia:

- uczeń klasy I-III szkoły podstawowej⁴⁴
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Grębocice
- diagnoza otyłości (wartość BMI w co najmniej 97. centylu dla płci i wieku) lub nadwagi (wartość BMI w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku) na podstawie wyników badania przesiewowego
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- leczenie otyłości poza programem

⁴³ W przypadku niższej, w stosunku do założonego budżetu, zgłaszalności do PPZ dzieci z klas I-III z diagnozą nadwagi lub otyłości, do programu będą włączane także dzieci z klas IV-VIII z diagnozą otyłości lub nadwagi.

⁴⁴ jw.

- pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej w związku z chorobą przewlekłą
- indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w interwencji multikomponentowej
- udział w programie profilaktyki nadwagi/otyłości finansowanym ze środków publicznych w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, placówkami oświatowymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Grębocice (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

3.1. Działania edukacyjne

- działania kierowane do dzieci - realizowane w szkołach podstawowych na terenie Gminy Grębocice przez nauczycieli na podstawie przygotowanych przez realizatora scenariuszy zajęć i wzorów prezentacji w dwóch wersjach - do wykorzystania na zajęciach w klasach I-III szkół podstawowych oraz do wykorzystania na zajęciach w klasach IV-VIII szkół podstawowych (4 zajęcia 45-minutowe),
- działania kierowane do rodziców – zaplanowane i prowadzone przez dietetyka, pielęgniarkę, edukatora zdrowia, profilaktyka lub specjalistę ds. zdrowia publicznego z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji, prowadzone w formie trwającego min. 90 minut spotkania dla rodziców na terenie wybranej szkoły podstawowej z uwzględnieniem badania poziomu wiedzy rodziców przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu

po prelekcji (wzór – załącznik 4), zrealizowane z założeniem nagrania wykładu celem umożliwienia wielokrotnego odtwarzania i tym samym zapoznania z przekazywanymi treściami szerszego grona odbiorców, w tym rodziców, którzy z różnych przyczyn nie mogli we wskazanym terminie i miejscu uczestniczyć w działaniach edukacyjnych,

- obejmujące następujące tematy:
 - zmiana nawyków zdrowotnych oraz motywacja do podjęcia próby redukcji masy ciała,
 - promowanie zdrowej diety oraz stylu życia, z zachowaniem zasady 5-2-1-0 (≥ 5 porcji warzyw i owoców, ≤ 2 godzin czasu wolnego spędzanego przed ekranami, >1 godziny aktywności fizycznej, 0 dziennego spożycia napojów słodzonych cukrem),
 - czynniki ryzyka nadwagi i otyłości (w tym m.in. czas spędzany w pozycji siedzącej, higiena snu, regulacja liczby spożywanych kalorii, czas spędzany przed urządzeniami elektronicznymi),
 - potencjalne zagrożenia zdrowotne wynikające z nadwagi i otyłości,
 - czytanie etykiet umieszczonych na produktach spożywczych,
 - zasady zdrowego żywienia (m.in. optymalne pory spożywania posiłków, ograniczenie konsumpcji produktów wysokoprzetworzonych, mięsa i produktów mięsnych, stosowanie wzoru „Talerza Zdrowego Żywienia”, dostosowanie energetyczności i wielkości posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku, unikanie używania ekranów podczas posiłków, ryzyko wynikające ze stosowania radykalnych diet),
 - zwiększenie bądź utrzymanie poziomu aktywności fizycznej (m.in. optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną w ciągu dnia, zalecane formy ruchu, zabawy ruchowe i ćwiczenia dostosowane do wieku i możliwości, promowanie udziału w zajęciach sportowych, bilansowanie wydłużającego się czasu spędzanego przez dzieci i młodzież przed urządzeniami elektronicznymi zwiększoną aktywnością fizyczną),
 - promowanie odpowiedniej dla wieku długości snu,
 - informowanie o zaleceniach dotyczących czasu spędzanego przed urządzeniami elektronicznymi – nie powinien on przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2 r. ż;

- realizowane z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu (wieku oraz stylów uczenia się uczestników),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej).

3.2. Badania przesiewowe

- realizowane przez pielęgniarki/higienistki szkolne lub personel medyczny realizatora,
- realizowane z przeprowadzeniem badania przedmiotowego dziecka, obejmującego przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost), obliczenie wartości BMI oraz ocenę uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych,
- realizowane z założeniem diagnozy nadwagi/otyłości, zgodnie z poniższymi wartościami wskaźnika BMI:
 - >97. centyla dla wieku i płci – rozpoznanie otyłości (skierowanie dziecka do programu),
 - 90.-97. centyla dla wieku i płci – rozpoznanie nadwagi (skierowanie dziecka do programu – wyłącznie w przypadku niskiej zgłaszalności dzieci z problemem otyłości i pozostałych do wykorzystania środków finansowych w budżecie programu, na podstawie informacji uzyskanych od realizatora),
 - <90. centyla dla wieku i płci – wykluczenie choroby (poinformowanie dziecka o podstawowych metodach profilaktyki nadwagi i otyłości),
- realizowane z założeniem przekazania rodzicowi/opiekunowi prawnemu wyniku badania przesiewowego z zaleceniem zgłoszenia się do programu.

3.3. Interwencja multikomponentowa

Rodzice/opiekunowie prawni dziecka z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego będą zgłaszać się do programu, zgodnie z zaleceniem przekazanym przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną lub personel medyczny zatrudniany przez realizatora. Po zgłoszeniu się do programu nastąpi ustalenie terminu pierwszych

trzech konsultacji – dietetycznej, psychologicznej i z zakresu aktywności fizycznej. Interwencja multikomponentowa składa się z trzech komponentów: dietetycznego, behawioralnego i ruchowego. Każdy z nich prowadzony jest przez specjalistę posiadającego stosowne kompetencje. Specjaliści tworzą zespół, w ramach którego po pierwszych konsultacjach z dzieckiem i rodzicami/opiekunami prawnymi, wymieniają się informacjami na temat uczestników oraz wspólnie ustalają zindywidualizowany plan kolejnych spotkań. Łączny plan wszystkich spotkań zapewnianych dziecku powinien obejmować co najmniej 26 godzin zegarowych konsultacji. Po zakończeniu wszystkich spotkań realizowana jest wizyta podsumowująca wyniki przeprowadzonych działań w ramach tej interwencji. Ścieżka pacjenta w programie jest następująca:

1) Komponent dietetyczny - pierwsza konsultacja dietetyczna obejmująca:

- potwierdzenie pozytywnego wyniku badania przesiewowego,
- przeprowadzenie wywiadu zdrowotnego i żywieniowego uwzględniającego między innymi: choroby towarzyszące, alergie pokarmowe, przyjmowane leki i suplementy diety, wzorce żywieniowe, dotychczasowy sposób odżywiania (częstość spożywanych posiłków, jedzenie śniadań, spożywanie warzyw i owoców, wielkość porcji, dzienną ilość i rodzaj spożywanych płynów, częstość spożywania słodczy, czy dziecko podjada między posiłkami), a także poziom aktywności fizycznej,
- wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. na podstawie formularza HBSC, QEB, KomPAN - wzór w załączniku 5),
- ocenę nawyków żywieniowych dziecka i rodziny, poprzez ocenę składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji żywieniowych, stosowania przypraw, metod gotowania i sposobu prezentacji żywności gotowej do spożycia,
- zwrócenie uwagi na błędy żywieniowe dziecka i jego rodziny,
- przedstawienie konsekwencji zdrowotnych wynikających z nadwagi i otyłości,
- omówienie zasad diety w oparciu o piramidę zdrowego żywienia IŻŻ,
- naukę wyznaczania kaloryczności posiłków oraz zawartości poszczególnych makroskładników,

- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym dzienniczka żywieniowego, w celu zapisywania przez nich informacji o rodzaju i ilości spożywanych produktów przez ich dziecko w określonym czasie,
- wyznaczenie przez dietetyka realistycznego celu leczenia dietetycznego i przekazanie indywidualnego planu dietetycznego – do weryfikacji podczas kolejnego spotkania;

2) Komponent behawioralny - pierwsza konsultacja psychologiczna obejmująca:

- identyfikację zaburzeń zdrowia psychicznego (takich jak np. depresja, lęki, zaburzenia odżywiania, problemy z postrzeganiem własnego ciała), ocenę przyczyn podjadania (jeżeli występuje), ocenę zachowań społecznych (np. na podstawie formularza HBSC - wzór w załączniku 6),
- zwiększenie wiedzy i kompetencji uczestnika w zakresie ustanawiania celów, samokontroli, trenowania uważności, kontrolowania bodźców, stosowania pozytywnych wzmocnień, restrukturyzacji poznawczej, asertywności, zdolności regulowania emocji, rozwiązywania problemów, kształtowania siły woli i odporności na stres;

3) Komponent ruchowy - pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej/fizjoterapeutą obejmująca:

- przeprowadzenie krótkiego wywiadu nt. aktywności fizycznej, ze zwróceniem uwagi na uczestnictwo dziecka w podejmowaniu tej aktywności poza szkołą (np. zajęcia sportowe), sposób docierania do szkoły (pieszo, rower, komunikacja miejska, samochód), czas spędzany na aktywnościach sedentarnych (np. TV, komputer, tablet),
- wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie formularza HBSC lub IPAQ - wzór w załączniku 7),
- edukację w zakresie codziennej aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz zachęcanie do aktywnego przemieszczania się pieszo lub na rowerze (m.in. do i ze szkoły),
- poinstruowanie o sposobach wdrażania, początkowo 10 minut ćwiczeń aerobowych dziennie i stopniowego zwiększania czasu poświęcanego na ćwiczenia z tygodnia na tydzień (np. w formie jazdy na deskorolce, zajęć tanecznych, biegania, jazdy na rowerze, szybkiego chodu) lub dzielenia

podejmowanej aktywności na mniejsze składowe trwające łącznie co najmniej 60 minut dziennie (np. chodzenie przez 10 minut, wchodzenie po schodach, gry sportowe, zabawy, prace domowe),

- informowanie, że docelowa pojedyncza sesja aktywności ruchowej powinna trwać co najmniej 60 minut,
- przekazanie zaleceń dotyczących codziennych ćwiczeń, uwzględniając przy tym aktywności, które łatwo wdrożyć do życia codziennego, a także preferencje i możliwości dziecka;

4) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej

- określony przez zespół specjalistów (psycholog, specjalista aktywności fizycznej/fizjoterapeuta, dietetyk) zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika, zdiagnozowanymi na podstawie trzech pierwszych konsultacji,
- obejmujący 23 godziny działań spośród przedstawionych w tabeli III;

Tab. III. Działania możliwe do zaplanowania w zindywidualizowanym planie działań w ramach interwencji multikomponentowej

Działanie	Opis działania
Indywidualna konsultacja psychologiczna	Działanie obejmujące monitorowanie dziecka pod kątem problemów psychologicznych, motywowanie dziecka oraz rodziców/opiekunów prawnych do kontynuowania udziału w programie zgodnie z założonym planem, zachęcanie do dalszego kształtowania pożądanych wzorców zachowania już poza programem, a także zwiększanie wiedzy w zakresie psychologicznych aspektów otyłości, wpływu otyłości na funkcjonowanie somatyczne, roli rodzica/opiekuna prawnego w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej.
Indywidualna konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej /fizjoterapeutą	Działanie obejmujące monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi lub otyłości, prowadzenie instruktażu dziecka i rodziców w zakresie ćwiczeń możliwych do wykonywania w warunkach domowych oraz omawianie sposobów kontroli postępów, a także omawianie z rodzicami/opiekunami prawnymi efektów prowadzonych ćwiczeń, identyfikacja popełnianych w tym zakresie błędów oraz ich korekta.
Indywidualna konsultacja dietetyczna	Działanie obejmujące weryfikację prowadzenia kontroli spożywanych posiłków oraz ocenę stopnia realizacji założonego planu (ustalonego podczas pierwszej konsultacji dietetycznej), monitorowanie wskaźnika BMI, analizę dzienniczka żywieniowego uczestnika, identyfikację popełnianych błędów żywieniowych, wprowadzenie ewentualnych zmian w planie dietetycznym, wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości odnośnie diety, monitorowanie możliwego wystąpienia zaburzeń odżywiania
Warsztaty grupowe dietetyczne	Działania edukacyjne mogące dotyczyć np. zapoznawania uczestników ze sposobami przygotowywania zdrowych posiłków i jadłospisu dla całej rodziny. Zajęcia łączące elementy teoretyczne z praktycznymi, angażujące dzieci w różnorodne aktywności, takie

	jak gotowanie, degustacje i zabawy, mające na celu kształtowanie świadomości żywieniowej, uczenie zasad zdrowego odżywiania i zachęcanie do wyboru zdrowych produktów.
Zajęcia grupowe z zakresu aktywności fizycznej	Zajęcia grupowe realizowane w grupach jednorodnych pod względem poziomu wydolności, stopnia otyłości i stanu zdrowia dziecka zgodnie z ustaleniami zespołu specjalistów. Zajęcia mogą być zorganizowane przez realizatora lub inny podmiot organizujący zajęcia sportowe dla dzieci (wówczas zajęcia są dofinansowane na zasadzie zwrotu kosztów poniesionych przez rodzica)

5) Komponent dietetyczny - konsultacja końcowa dietetyczna obejmująca:

- ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. na podstawie formularza HBSC, QEB, KomPAN - wzór w załączniku 5) i omówienie jego wyników,
- przeanalizowanie i końcowe podsumowanie skuteczności prowadzonego leczenia dietetycznego, w tym korekta ewentualnych błędów żywieniowych stwierdzonych w dzienniczku żywieniowym dziecka,
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym na piśmie zaleceń żywieniowych,
- poinformowanie rodziców/opiekunów prawnych o możliwości bezpłatnych konsultacji dietetycznych poza programem np. w Narodowym Centrum Edukacji Żywieniowej;

6) Komponent behawioralny - konsultacja końcowa psychologiczna obejmująca:

- ponowną ocenę zachowań społecznych (np. na podstawie formularza HBSC - wzór w załączniku 6) i omówienie wyników kwestionariusza,
- ocenę efektów zdrowotnych prowadzonych interwencji (m.in. w zakresie wzmocnienia poczucia własnej wartości, siły woli, odporności na stres oraz radzenia z negatywnymi emocjami),
- przekazanie dalszego sposobu postępowania oraz informacji o bezpłatnych formach wsparcia psychicznego dostępnych dla uczestnika poza programem (np. w ramach finansowania NFZ);

7) Komponent ruchowy - konsultacja końcowa specjalisty aktywności fizycznej/fizjoterapeuty obejmująca:

- ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie formularza HBSC lub IPAQ - wzór w załączniku 7) i omówienie jego wyników,
- ocenę efektów zdrowotnych prowadzonych interwencji,

- przekazanie dzieciom i rodzicom/opiekunom prawnym zaleceń w zakresie aktywności fizycznej;

8) Wizyta lekarska podsumowująca wyniki interwencji obejmująca:

- ocenę rozwoju somatycznego dziecka, przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost), obliczenie wartości BMI oraz ocenę uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych,
- analizę wpływu przeprowadzonych interwencji w ramach programu na stan zdrowia dziecka,
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym zaleceń odnośnie dalszego postępowania poza programem.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). W ostatnim dniu udzielania świadczeń rodzicom/opiekunom prawnym należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika programu (załącznik 3).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji naukowych, a także z oceną technologii medycznych zawartą w Rekomendacji nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym⁴⁵.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

⁴⁵ Rekomendacja nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bip.aotm.gov.pl.

- w przypadku osób, które nie kwalifikują się do badania przesiewowego – udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych,
- w przypadku osób, które podczas badania przesiewowego nie zostaną zakwalifikowane do interwencji multikomponentowej – udział w programie kończy się na etapie badania przesiewowego,
- w przypadku osób zakwalifikowanych do interwencji multikomponentowej – udział w programie kończy się wraz z wykonaniem oceny rozwoju somatycznego dziecka w ramach wizyty podsumowującej wyniki tej interwencji,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w programie,
- zakończenie realizacji PPZ.

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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2025);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności programu z właściwą rekomendacją oraz zaopiniowanie programu przez Wojewodę Dolnośląskiego (IV kwartał 2025-I kwartał 2026)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (I kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030);
 - realizacja działań edukacyjnych,
 - realizacja badań przesiewowych,
 - realizacja działań w ramach interwencji multikomponentowej,
 - bieżący monitoring;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2030);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2030);

9) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2031).

2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Grębocice. Realizatorem Programu może być:

- 1) przedsiębiorca, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2025 r. poz. 1480) lub
- 2) podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.) lub
- 3) prowadząca działalność statutową w zakresie zadań wymienionych w ogłoszeniu konkursowym organizacja pozarządowa, o której mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2024 r. poz. 1491 z późn. zm.).

Podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, musi spełniać następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności w obszarze udzielania usług zdrowotnych i/lub dietetycznych/psychologicznych,
- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1480 z późn. zm.) – dotyczy wszystkich podmiotów,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.) – dotyczy wyłącznie podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- zapewnienie realizacji działań edukacyjnych przez pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego wiedzę i doświadczenie w przeprowadzeniu zajęć edukacyjnych dot. profilaktyki nadwagi i otyłości,
- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu dietetycznego interwencji multikomponentowej przez dietetyka (optymalnie

z doświadczeniem w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),

- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu behawioralnego interwencji multikomponentowej przez psychologa lub psychiatrę dziecięcego (optymalnie z doświadczeniem w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),
- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu ruchowego interwencji multikomponentowej przez specjalistę aktywności ruchowej lub fizjoterapeutę (optymalnie z doświadczeniem w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),
- zapewnienie organizacji grupowych zajęć z zakresu aktywności fizycznej lub dofinansowania zajęć organizowanych przez inny podmiot organizujący zajęcia sportowe dla dzieci (na zasadzie zwrotu kosztów poniesionych przez rodzica),
- zapewnienie realizacji wizyty podsumowującej przez lekarza lub lekarza pediatrę,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania rodzicom ankiet satysfakcji (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r.

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r.
o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r.
o ochronie danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

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

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- analizy wyników ankiety satysfakcji rodzica uczestnika programu
- bieżącej analizy pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

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

- średnia liczba centyli BMI (dla płci i wieku) zredukowana u jednego dziecka w ramach interwencji multikomponentowej przeprowadzonej w ramach programu
- odsetek osób z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które ze względów medycznych nie mogły zostać włączone do interwencji multikomponentowej
- odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych (rodziców/opiekunów prawnych dzieci w wieku szkolnym), które wypełniły pre-test,
- odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych
- odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej – na podstawie wyniku zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej na pierwszej i końcowej konsultacji z zakresu aktywności fizycznej

Ewaluacja będzie oparta na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu. Wyniki ewaluacji zostaną przedstawione w raporcie końcowym z realizacji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli IV przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. IV. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji w ramach PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży w szkołach - przygotowanie przez realizatora scenariuszy zajęć i wzoru prezentacji do wykorzystania dla nauczycieli (4 zajęcia 45-minutowe)	2 500,00

2. Działania edukacyjne dla rodziców - spotkanie 90-minutowe z założeniem nagrania wykładu	1 000,00
3. Badania przesiewowe	20,00
4. Interwencja multikomponentowa	--
1) Komponent dietetyczny - pierwsza konsultacja dietetyczna	150,00
2) Komponent behawioralny - pierwsza konsultacja psychologiczna	150,00
3) Komponent ruchowy - pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności ruchowej/fizjoterapeutą	150,00
4) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej –	--
– konsultacja indywidualna ze specjalistą (dietetyk, psycholog, specjalista z zakresu aktywności fizycznej/fizjoterapeuta)	120,00
– warsztaty grupowe dietetyczne	100,00
– zajęcia grupowe z zakresu aktywności fizycznej	50,00
5) Komponent dietetyczny - konsultacja końcowa dietetyczna	150,00
6) Komponent behawioralny – konsultacja końcowa psychologiczna	150,00
7) Komponent ruchowy - konsultacja końcowa specjalisty aktywności ruchowej/fizjoterapeuty	150,00
8) Wizyta lekarska podsumowująca wyniki interwencji	200,00

2. Planowane koszty całkowite

Działania w ramach interwencji multikomponentowej zostaną sfinansowane łącznie dla 75 dzieci. Celem przedstawienia szacunkowych kosztów realizacji programu założono, że każde dziecko w zakresie zindywidualizowanego planu działań w ramach interwencji multikomponentowej odbędzie 6 konsultacji indywidualnych ze specjalistą, weźmie udział w 6 warsztatach grupowych dietetycznych oraz w 11 zajęciach grupowych z zakresu aktywności fizycznej. W praktyce plan ten będzie zindywidualizowany i dostosowany do potrzeb każdego uczestnika.

Tab. V. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w całym okresie realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży w szkołach - przygotowanie przez realizatora scenariuszy zajęć i wzoru prezentacji do wykorzystania dla nauczycieli – 2 wersje (4 zajęcia 45-minutowe)	1	zadanie	2 500,00	2 500,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców - spotkanie 90-minutowe z założeniem nagrania wykładu	5	rok	1 000,00	5 000,00
3. Badania przesiewowe	900	osoba	20,00	18 000,00
4. Interwencja multikomponentowa	--	--	--	--

1) Komponent dietetyczny - pierwsza konsultacja dietetyczna	75	osoba	150,00	11 250,00
2) Komponent behawioralny - pierwsza konsultacja psychologiczna	75	osoba	150,00	11 250,00
3) Komponent ruchowy - pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności ruchowej/fizjoterapeutą	75	osoba	150,00	11 250,00
4) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej (6 indywidualnych konsultacji – 720 zł, 6 warsztatów grupowych dietetycznych – 600 zł, 11 zajęć grupowych z zakresu aktywności fizycznej – 500 zł)	75	osoba	1 870,00	140 250,00
5) Komponent dietetyczny - konsultacja końcowa dietetyczna	75	osoba	150,00	11 250,00
6) Komponent behawioralny – konsultacja końcowa psychologiczna	75	osoba	150,00	11 250,00
7) Komponent ruchowy - konsultacja końcowa specjalisty aktywności ruchowej/fizjoterapeuty	75	osoba	150,00	11 250,00
8) Wizyta lekarska podsumowująca wyniki interwencji	75	osoba	200,00	15 000,00
Koszty Programu				248 250,00

Tab. VI. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży w szkołach	1	2 500,00	2 500,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców	1	1 000,00	1 000,00
3. Badania przesiewowe	200	20,00	4 000,00
4. Interwencja multikomponentowa	15	2 970,00	44 550,00
Razem w roku 2026			52 050,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców	1	1 000,00	1 000,00
3. Badania przesiewowe	200	20,00	4 000,00
4. Interwencja multikomponentowa	15	2 970,00	44 550,00
Razem w roku 2027			49 550,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców	1	1 000,00	1 000,00
3. Badania przesiewowe	180	20,00	3 600,00
4. Interwencja multikomponentowa	15	2 970,00	44 550,00
Razem w roku 2028			49 150,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców	1	1 000,00	1 000,00
3. Badania przesiewowe	160	20,00	3 200,00
4. Interwencja multikomponentowa	15	2 970,00	44 550,00
Razem w roku 2029			48 750,00
2. Działania edukacyjne dla rodziców	1	1 000,00	1 000,00
3. Badania przesiewowe	160	20,00	3 200,00
4. Interwencja multikomponentowa	15	2 970,00	44 550,00
Razem w roku 2030			48 750,00
Razem w latach 2026-2030			248 250,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Grębocice. Działania informacyjne realizowane będą bez dodatkowych kosztów tj. w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Grębocice oraz w ramach współpracy z realizatorem, placówkami POZ/AOS oraz placówkami oświatowymi na terenie Gminy.

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 248 250 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Grębocice, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Grębocice. Gmina w latach 2026-2030 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego i/lub Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9], a także dofinansowanie z innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, Ludność, Stan ludności, Ludność wg pojedynczych roczników i płci – stan na 12.11.2025 r., <https://bdl.stat.gov.pl>.
2. Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku– epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95.
3. Ciborowska H., Rudnicka A.: *Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka*, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613
4. Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, *Medycyna Rodzinna*, 2/2014: 64-69.
5. Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne* 2002; 1: 17.
6. Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4: 210–219.
7. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (2018). *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*, <https://www.klrwp.pl>.
8. Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., *World Obesity Atlas 2023* .
9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
10. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].
11. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].
12. Otyłość i jej konsekwencje, NFZ o zdrowiu, Warszawa, maj 2024.
13. Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.
14. Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. *Can. Fam. Physician*. 2006; 52: 322–328.
15. Rakić J.G., Hamrik Z., Dzielska A., et al. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
16. Rekomendacja nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bip.aotm.gov.pl.

17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].
18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
19. Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2005; 90: 1871–1887.
20. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. oraz Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, <https://stat.gov.pl>.
21. Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. *Nutritional J* 2007, 9: 345-356.
22. Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH
23. Taraszewska A., Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży, <https://ncez.pzh.gov.pl>.
24. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].
25. WHO, Obesity and overweight, 21.06.2025 r., www.who.int.
26. Wojtyniak, B., Goryński, P., 2022. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB.
27. World Health Organization (2024). The Global Health Observatory. Prevalence of obesity among children and adolescents, BMI > +2 standard deviations above the median, www.who.int.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

1. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Szkoła	
Klasa	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Tel. kontaktowy	
Adres e-mail	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

2. Zgoda na udział w Programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział dziecka w programie, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt telefoniczny lub drogą elektroniczną, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń.

.....
(data i podpis rodzica uczestnika Programu)

3. Badanie przesiewowe

Data badania	
Masa ciała	
Wzrost	

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

4. Interwencja multikomponentowa

1) Komponent dietetyczny - pierwsza konsultacja dietetyczna

Data konsultacji	
Masa ciała	
Wzrost	
Wynik badania - centyl BMI (dla płci i wieku)	
Wynik badania - diagnoza	☐ masa ciała w normie (<90. centyla) ☐ nadwaga (90.-97. centyla) ☐ otyłość (>97. centyla)
Kwalifikacja do interwencji multikomponentowej	☐ tak ☐ nie
Wynik kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych	
Przeciwwskazania do udziału w programie	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

2) Komponent behawioralny - pierwsza konsultacja psychologiczna

Data konsultacji	
Wynik kwestionariusza w zakresie oceny zachowań społecznych	
Przeciwwskazania do udziału w programie	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

3) Komponent ruchowy - pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej

Data konsultacji	
Wynik kwestionariusza w zakresie poziomu aktywności fizycznej	
Przeciwwskazania do udziału w programie	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

4) Indywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej

Lp.	Nazwa działania	Data działania
1		
2		
3		
4		
5		
6		

7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

5) Komponent dietetyczny - konsultacja końcowa dietetyczna

Data konsultacji	
Wynik kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych	
Zmiana pozytywna w zakresie nawyków żywieniowych	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

6) Komponent behawioralny – konsultacja końcowa psychologiczna

Data konsultacji	
Ponowny wynik kwestionariusza w zakresie oceny zachowań społecznych	
Zmiana pozytywna w zakresie zachowań społecznych	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

7) Komponent ruchowy - konsultacja końcowa specjalisty aktywności fizycznej

Data konsultacji	
Wynik kwestionariusza w zakresie poziomu aktywności fizycznej	
Zmiana pozytywna w zakresie poziomu aktywności fizycznej	☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

8) Wizyta lekarska podsumowująca wyniki interwencji

Data wizyty	
Masa ciała	
Wzrost	
Wynik badania - centyl BMI (dla płci i wieku)	
Wynik badania - diagnoza	☐ masa ciała w normie (<90. centyla) ☐ nadwaga (90.-97. centyla) ☐ otyłość (>97. centyla)
Zmiana w zakresie diagnozy	☐ odnotowanie masy ciała w normie (<90. centyla) po uprzedniej diagnozie otyłości (>97. centyla) ☐ odnotowanie diagnozy nadwagi (90.-97. centyla) po uprzedniej diagnozie otyłości (>97. centyla) ☐ brak zmiany w zakresie diagnozy otyłości ☐ odnotowanie masy ciała w normie (<90. centyla) po uprzedniej diagnozie nadwagi (90.-97. centyla) ☐ brak zmiany w zakresie diagnozy nadwagi ☐ odnotowanie diagnozy otyłości (>97. centyla) po uprzedniej diagnozie nadwagi (90.-97. centyla)

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

5. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy)

Data rezygnacji	
Przyczyna rezygnacji	☐ tak ☐ nie

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

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Monitoring	Dane
liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym	
liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości	
liczba osób, które zostały poddane interwencji multikomponentowej	
liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn	
Wyniki ankiety satysfakcji* (krótki opis)	
Ewaluacja*	
odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centyli (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku)	
odsetek osób z nadwagą włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w przedziale od 90.-97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku)	
odsetek osób z otyłością włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się powyżej 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku) lub w przedziale od 90.-97. centyla (dla płci i wieku),	
średnia liczba centyli BMI (dla płci i wieku) zredukowana u jednego dziecka w ramach interwencji multikomponentowej przeprowadzonej w ramach programu	
odsetek osób z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centyli (dla płci i wieku), które ze względów medycznych nie mogły zostać włączone do interwencji multikomponentowej	
odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych (rodziców/opiekunów prawnych), które wypełniły pre-test	
odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu	

interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych	
odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej	

* wyłącznie w sprawozdaniu końcowym po zakończeniu realizacji PPZ

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

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

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

(5 - zdecydowanie przydatne, 4 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nieprzydatne, 1 - zdecydowanie nieprzydatne)

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

(5 – bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - przeciętnie, 2 - źle, 1 - bardzo źle)

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

(5 - bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - średnio, 2 - raczej źle, 1 - źle)

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

--

45

Test wiedzy dla uczestnika działań edukacyjnych w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

1) Do oceny prawidłowej masy ciała u dzieci i młodzieży stosuje się:

- a) BMI
- b) wartości centylowe współczynnika stosunku wagi do wzrostu
- c) wartości centylowe współczynnika stosunku masy mięśniowej do wzrostu
- d) odpowiedzi a i b są prawidłowe

2) Kryterium diagnostyczne nadwagi u dzieci i młodzieży jest następujące:

- a) ≥ 80 centyla dla wieku i płci
- b) ≥ 85 centyla dla wieku i płci
- c) ≥ 90 centyla dla wieku i płci
- d) ≥ 95 centyla dla wieku i płci

3) Rekomendacje naukowe wskazują, że aktywność fizyczna powinna być podejmowana przez dziecko codziennie lub niemal codziennie. Jaki jest optymalny czas jej trwania?

- a) 15 minut
- b) 30 minut
- c) 60 minut
- d) 90 minut

4) Rekomendacje naukowe wskazują na konieczność zbilansowania związanego z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież. W odniesieniu do dzieci w wieku szkolnym czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać:

- a) 30 minut dziennie
- b) 60 minut dziennie
- c) 90 minut dziennie
- d) 120 minut dziennie

5) Jedna porcja warzyw i owoców to na przykład 1 marchewka, 1 jabłko, miseczka salatek warzywnej lub garść borówek. Ile takich porcji powinno zjadać dziecko każdego dnia?

- a) 2
- b) 3
- c) 4
- d) 5

Kwestionariusz oceny nawyków żywieniowych w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór – na podstawie kwestionariusza HBSC)

Numer identyfikacyjny uczestnika programu:

1. Jak często zwykle zjadasz śniadanie tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty lub innego napoju? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w dniach, w których chodzisz do szkoły i w dniach weekendu

W dniach szkolnych	W dniach weekendu
☐ nigdy nie jem śniadania w dniu, gdy idę do szkoły	☐ nigdy nie jem śniadania w dniach weekendu
☐ jem jednego dnia	
☐ dwa dni	☐ zwykle jem śniadanie w jednym dniu weekendu (w sobotę lub w niedzielę)
☐ trzy dni	
☐ cztery dni	☐ zwykle jem śniadanie w obu dniach weekendu (w sobotę i w niedzielę)
☐ pięć dni	

2. Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz lub pijesz niżej wymienione produkty?

Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu

	nigdy	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	1 raz w tygodniu	2-4 dni w tygodniu	5-6 dni w tygodniu	codziennie, 1 raz	codziennie częściej niż 1 raz
Owoce	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Warzywa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Słodycze (cukierki, czekolada)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Coca-cola lub inne napoje z dodatkiem cukru	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Jak często Ty i Twoja rodzina zazwyczaj jecie razem posiłki?

- ☐ codziennie
- ☐ w większość dni
- ☐ około 1 raz w tygodniu
- ☐ rzadko
- ☐ nigdy

Kwestionariusz oceny zachowań społecznych w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór – na podstawie kwestionariusza HBSC)

Numer identyfikacyjny uczestnika programu:

1. Gdy myślisz o sobie, to sądzisz, że jesteś:

- ☐ zdecydowanie za szczupła/y
☐ trochę za szczupła/y
☐ w sam raz
☐ trochę za gruba/y
☐ zdecydowanie za gruba/y

2. Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego, aby schudnąć?

- ☐ nie, bo ważę tyle ile trzeba
☐ nie, ale powinnam/powinienem trochę schudnąć
☐ nie, bo powinnam/powinienem przytyć
☐ tak

3. Co sądzisz obecnie o swojej szkole?

- ☐ bardzo ją lubię
☐ trochę ją lubię
☐ niezbyt ją lubię
☐ nie lubię jej wcale

4. Przeczytaj uważnie i zaznacz w skali od 1 do 7, na ile zgadzasz się z podanymi niżej stwierdzeniami. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	całkowicie nie zgadzam się (1)	2	3	4	5	6	całkowicie zgadzam się (7)
Moi koledzy i koleżanki naprawdę starają się mi pomagać	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mogę liczyć na moich kolegów i koleżanki, kiedy coś idzie nie tak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mam kolegów i koleżanki, z którymi mogę dzielić moje radości i troski	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mogę rozmawiać z kolegami i koleżankami o moich problemach	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Jak rozmawia Ci się z niżej wymienionymi osobami o sprawach, które Cię naprawdę niepokoją? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	bardzo	łatwo	trudno (3)	bardzo	nie mam lub
--	--------	-------	------------	--------	-------------

	łatwo (1)	(2)		trudno (4)	nie widuję tej osoby (5)
Tatą	☐	☐	☐	☐	☐
Ojczymem (lub partnerem mamy)	☐	☐	☐	☐	☐
Mamą	☐	☐	☐	☐	☐
Macochą (lub partnerką taty)	☐	☐	☐	☐	☐

6. Interesuje nas Twój stosunek do poniższych stwierdzeń. Uważnie przeczytaj każde stwierdzenie, a następnie określ w skali od 1 d 7 swoje odczucia wobec każdego z nich. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	całkowicie nie zgadzam się (1)	2	3	4	5	6	całkowicie zgadzam się (7)
Moja rodzina bardzo stara się mi pomagać	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Moja rodzina daje mi potrzebną emocjonalną pomoc i wsparcie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mogę rozmawiać o moich problemach z rodziną	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Moja rodzina chętnie pomaga mi w podejmowaniu własnych decyzji	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kwestionariusz oceny poziomu aktywności fizycznej w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór – na podstawie kwestionariusza HBSC)

Numer identyfikacyjny uczestnika programu:

Aktywność fizyczna to wszystkie czynności i zajęcia, w czasie których praca Twojego serca przyspiesza, masz poczucie, że „brak Ci tchu” (szybciej oddychasz). Aktywność fizyczna wiąże się z zajęciami WF w szkole, uprawianiem sportu, zabawami ruchowymi z kolegami, marszem do szkoły. Przykłady aktywności fizycznej to: bieg, szybki marsz, jazda na rowerze, taniec, jazda na łyżwach, gra w piłkę. Odpowiadając na następne pytanie oblicz, ile czasu łącznie przeznaczyłeś każdego dnia na aktywność fizyczną.

1. W ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczałeś na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0 dni	1	2	3	4	5	6	7 dni

2. Jak często, w czasie wolnym POZA ZAJĘCIAMI SZKOLNYMI wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których Twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. „brakuje Ci tchu”, pocisz się?

- ☐ codziennie
- ☐ 4 – 6 razy w tygodniu
- ☐ 2 – 3 razy w tygodniu
- ☐ 1 raz w tygodniu
- ☐ 1 raz w miesiącu
- ☐ mniej niż 1 raz w miesiącu
- ☐ nigdy