UCHWAŁA NR 1046/XXXIII/2021
RADY MIASTA LUBLIN

z dnia 18 listopada 2021 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie zdrowego odżywiania dla dzieci klas I-III szkół podstawowych w Lublinie „Jedz z głową”

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1372 i 1834), art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559, 1773, 1834 i 1981) - Rada Miasta Lublin uchwala, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się Program polityki zdrowotnej w zakresie zdrowego odżywiania dla dzieci klas I-III szkół podstawowych w Lublinie „Jedz z głową” w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Lublin.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta Lublin

Jarosław Pakuła

Załącznik
do uchwały nr 1046/XXXIII/2021
Rady Miasta Lublin
z dnia 18 listopada 2021 r.

Program polityki zdrowotnej w zakresie zdrowego odżywiania dla dzieci klas I-III szkół podstawowych w Lublinie „Jedz z głową”

Okres realizacji 2022-2024

Podstawa prawna opracowania programu polityki zdrowotnej:
art. 48 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Urząd Miasta Lublin
Wydział Zdrowia i Profilaktyki
Lublin, 2021

Id: FFA2EDFC-A40B-457B-B064-03245F4BD5AB. Podpisany

Spis treści

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej. 3

I.1. Opis problemu zdrowotnego....3
I.2. Dane epidemiologiczne....5
I.3. Opis obecnego postępowania....17

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji....19

II.1. Cel główny:....19
II.2. Cele szczegółowe....19
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej....20

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej....21

III.1. Populacja docelowa....21
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej....23
III.3. Planowane interwencje....23
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej....24
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej....26

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej....26

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów....26
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych....32

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej....32

V.1. Monitorowanie....33
V.2. Ewaluacja....33

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej....34

VI.1. Koszty jednostkowe....34
VI.2. Koszty całkowite....35
VI.3. Źródła finansowania....36

VII. Bibliografia....37

VIII. Załączniki....39

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Zdrowa dieta pomaga chronić przed niedożywieniem we wszystkich jej aspektach, a także przed chorobami niezakaźnymi w tym cukrzycą, chorobami serca, udarem oraz nowotworem [1]. Brak aktywności fizycznej w połączeniu z niezdrową dietą stanowi globalne zagrożenie dla zdrowia. Zdrowe praktyki dietetyczne powinny rozpocząć się na wczesnym etapie życia. Pobór energii (kalorie) winien być zrównoważony z wydatkiem energetycznym. Całkowita zawartość tłuszczu według dowodów naukowych nie powinna przekroczyć 30% całkowitego poboru energii, w celu uniknięcia niezdrowego przybierania na wadze [2,3,4] ze zmianą spożycia tłuszczów nasyconych na tłuszcze nienasycone [4], oraz eliminacją tłuszczy trans [5]. Częścią zdrowej diety jest również ograniczenie spożycia cukrów do mniej niż 10% całkowitego poboru energii [3,6]. Zmniejszenie do mniej niż 5% całkowitego poboru pozwoli na dodatkowe korzyści zdrowotne [6]. W przypadku soli utrzymywanie jej spożycia poniżej 5 g dziennie pomoże w zapobieganiu nadciśnieniu tętniczemu, a także zmniejszy ryzyko chorób serca i udaru u osób dorosłych [7]. Państwa członkowskie WHO zgodziły się na ograniczenie spożycia soli na świecie o 30%, a także do powstrzymania wzrostu zachorowań na cukrzycę oraz otyłości u dorosłych, nastolatków i dzieci z nadwagą do 2025 roku [8,9,10].

Zwiększona produkcja przetworzonej żywności, szybka urbanizacja oraz zmieniający się styl życia doprowadziły do zmiany wzorców żywieniowych. Ludzie spożywają więcej produktów o wysokiej zawartości energii, tłuszczów, cukrów oraz soli, zapominając o spożyciu odpowiedniej porcji owoców, warzyw czy błonnika [1]. Skład zdrowej, zróżnicowanej oraz zbilansowanej diety będzie różny w zależności od:

- indywidualnych potrzeb - wiek, płeć, styl życia czy stopień aktywności fizycznej;
- kontekstu kulturowego;
- lokalnie dostępnej żywności;
- zwyczajów żywieniowych.

Jednak podstawowe zasady dotyczące zdrowej diety pozostają nie zmienne [1]. W pierwszych 2 latach życia dziecka optymalne odżywianie sprzyja zdrowemu wzrostowi i poprawia rozwój poznawczy. Przyczynia się to również do zmniejszenia ryzyka wystąpienia nadwagi lub otyłości, a także rozwijających się chorób niezakaźnych w późniejszym życiu [1].

Owoce i warzywa

WHO zaleca spożywanie co najmniej 400 g lub 5 porcji owoców i warzyw dziennie, co przyczyni się do zmniejszenia chorób z grupy NCD (non communicable disease – choroby niezakaźne), pomoże to zapewnić odpowiednie dzienne spożycie błonnika pokarmowego [3]. By poprawić spożycie owoców i warzyw WHO zaleca, aby posiłki zawsze zawierały warzywa, świeże

owoce oraz warzywa stanowiły przekąski. Wskazane jest spożywanie sezonowych owoców oraz warzyw, należy jeść różnorodne owoce oraz warzywa.

Tłuszcze

Zmniejszenie ilości całkowitego spożycia tłuszczów do mniej niż 30% całkowitego spożycia energii pomaga zapobiegać niezdrowemu zwiększeniu masy ciała u osób dorosłych [2,3,4]. Poprzez redukcję tłuszczów nasyconych do mniej niż 10% całkowitego spożycia energii i tłuszczów oraz tłuszczów trans do mniej niż 1%, a zastąpienie ich tłuszczami nienasyconymi zmniejsza ryzyko rozwoju chorób niezakaźnych - NCD (non communicable disease) [3,4].

Spożycie tłuszczu można zmniejszyć poprzez:

- zmianę sposobu gotowania – usuwać tłuste części mięsa, stosować olej roślinny zamiast zwierzęcego;
- zmianę techniki przyrządzania potraw – gotować, gotować na parze lub piec zamiast smażenia;
- unikać przetworzonej żywności zawierającej tłuszcze trans;
- ograniczyć spożywanie żywności zawierającej duże ilości tłuszczów nasyconych.

Sól, sód i potas

Większość ludzi spożywa zbyt dużo soli i za mało potasu. Wysokie spożycie soli i niedostateczne spożycie potasu (poniżej 3,5 g) przyczynia się do wysokiego ciśnienia krwi, co z kolei zwiększa ryzyko chorób serca i udaru mózgu [7,18].

Każdego roku można zapobiec 1,7 miliona zgonów, gdyby spożycie soli zostało zredukowane do zalecanego poziomu poniżej 5 g na dzień [19].

Ludzie bardzo często nie zdają sobie sprawy z ilości spożywanej soli. Większość soli pochodzi z przetworzonej żywności, np. gotowe posiłki, przetworzone mięsa – bekon, szynka, salami czy słone przekąski. Sól dodaje się również w procesie gotowania, np. kostka bulionowa, sos sojowy, sos rybny, lub przy stole – sól kuchenna.

Zmniejszyć spożycie soli można przez:

- nie dodawanie soli, pochodzącej z różnych źródeł w procesie przygotowywania jedzenia;
- nie dosalanie gotowych potraw,
- ograniczenie spożywania słonych przekąsek.

Cukry

Spożywanie cukrów prostych powinno być zmniejszane przez cały cykl życia [6]. Dowody naukowe wskazują, że zarówno u osób dorosłych jak i u dzieci spożycie cukru powinno być zmniejszone do mniej niż 10% całkowitego poboru energii [3,6], zmniejszenie spożycia do mniej niż 5% niesie ze sobą dodatkowe korzyści zdrowotne [6]. Cukry proste to wszystkie cukry dodawane do żywności lub napojów przez producenta, kucharza lub konsumenta. Spożywanie cukrów prostych zwiększa ryzyko próchnicy, nadmiar kalorii z pokarmów i napojów bogatych w cukry proste przyczynia się do niezdrowego przybierania na wadze co doprowadza do nadwagi i otyłości.

Zużycie cukrów można zmniejszyć poprzez:

- jedzenie świeżych owoców i surowych warzyw jako przekąsek zamiast słodkich przekąsek;
- ograniczenie spożycia żywności oraz napojów zawierających duże ilości cukrów.

I.2. Dane epidemiologiczne

Według raportu UNICEF Polska zajmuje dopiero 21 miejsce w rankingu dotyczącym warunków i jakości życia dzieci w krajach rozwiniętych. Rycina nr 1 przedstawia ranking 29 krajów rozwiniętych sporządzony w oparciu o dane dotyczące warunków i jakości życia dzieci. Pozycja każdego z krajów została ustalona na podstawie średniej z pięciu obszarów objętych badaniem. Jasnoniebieskie tło wskazuje miejsce w najwyższej z trzech części tabeli, niebieskie w środkowej części, a granatowe w ostatniej z trzech części tabeli.

		Warunki i jakość życia dzieci	Wymiar 1	Wymiar 2	Wymiar 3	Wymiar 4	Wymiar 5
		Ogólna średnia pozycja (dla wszystkich 5 wymiarów)	Warunki materialne (miejsce)	Zdrowie i bezpieczeństwo (miejsce)	Edukacja (miejsce)	Zachowania i ryzyka (miejsce)	Warunki mieszkaniowe i środowisko (miejsce)
1	Holandia	2.4	1	5	1	1	4
2	Norwegia	4.6	3	7	6	4	3
3	Islandia	5	4	1	10	3	7
4	Finlandia	5.4	2	3	4	12	6
5	Szwecja	6.2	5	2	11	5	8
6	Niemcy	9	11	12	3	6	13
7	Luksemburg	9.2	6	4	22	9	5
8	Szwajcaria	9.6	9	11	16	11	1
9	Belgia	11.2	13	13	2	14	14
10	Irlandia	11.6	17	15	17	7	2
11	Dania	11.8	12	23	7	2	15
12	Słowenia	12	8	6	5	21	20
13	Francja	12.8	10	10	15	13	16
14	Czechy	15.2	16	8	12	22	18
15	Portugalia	15.6	21	14	18	8	17
16	Wielka Brytania	15.8	14	16	24	15	10
17	Kanada	16.6	15	27	14	16	11
18	Austria	17	7	26	23	17	12
19	Hiszpania	17.6	24	9	26	20	9
20	Węgry	18.4	18	20	8	24	22
21	Polska	18.8	22	18	9	19	26
22	Włochy	19.2	23	17	25	10	21
23	Estonia	20.8	19	22	13	26	24
23	Słowacja	20.8	25	21	21	18	19
25	Grecja	23.4	20	19	28	25	25
26	Stany Zjednoczone	24.8	26	25	27	23	23
27	Litwa	25.2	27	24	19	29	27
28	Łotwa	26.4	28	28	20	28	28
29	Rumunia	28.6	29	29	29	27	29

Rycina 1. Tabela rankingowa dotycząca warunków i jakości życia dzieci
Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013

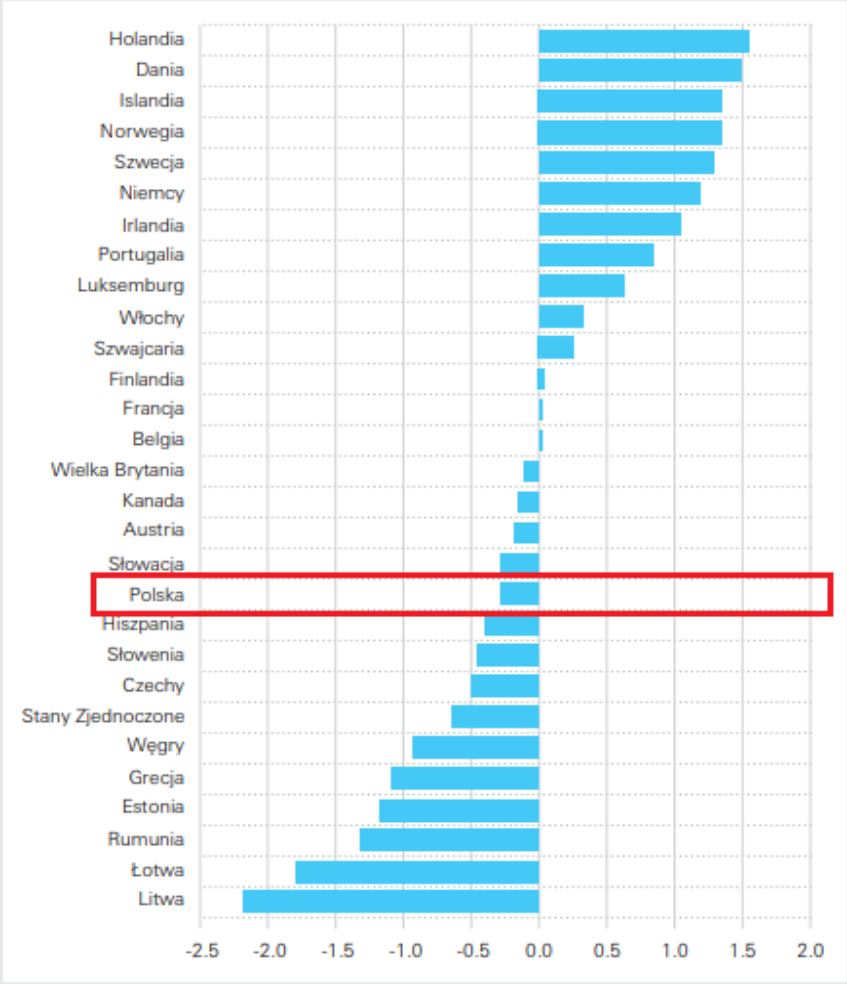
Pierwszy element analizy obejmował zakres w jakim u dzieci w danym kraju kształtowane są zdrowe oraz świadome nawyki żywieniowe oraz te dotyczące aktywności fizycznej. Został on zmierzony czterema odrębnymi wskaźnikami:

- % dzieci dotkniętych nadwagą - (mierzoną jako wskaźnik masy ciała (BMI) na podstawie podanego wzrostu i wagi);

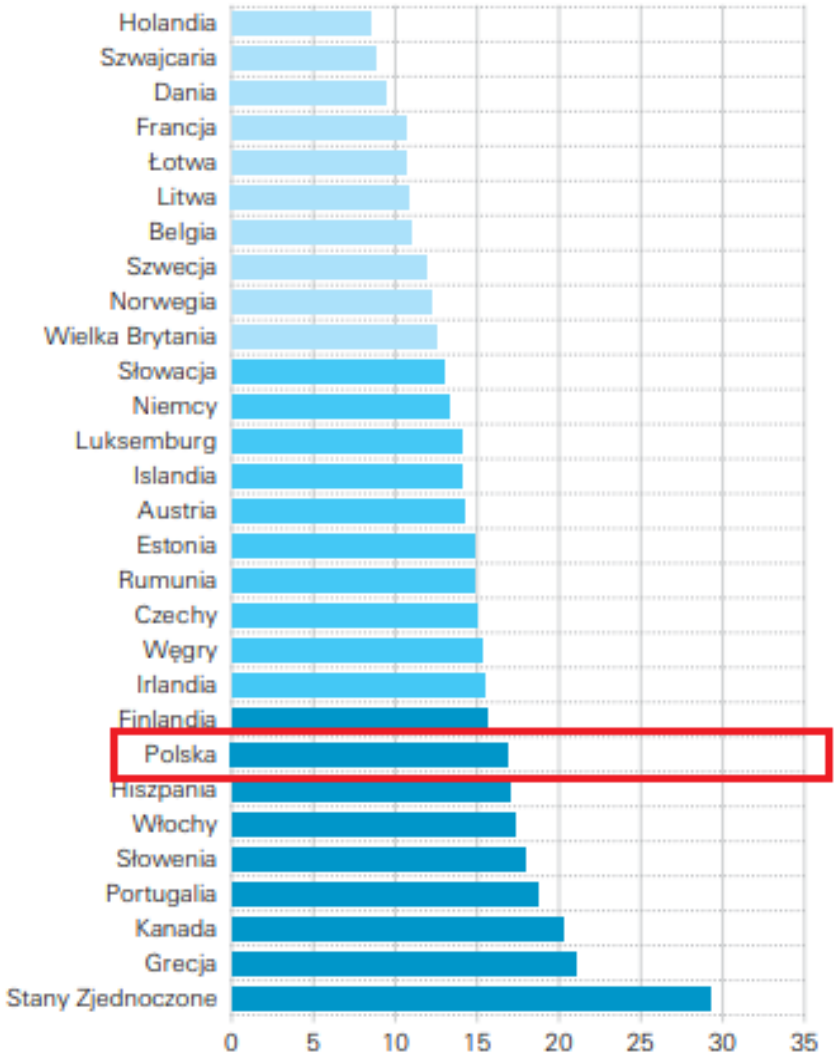
- % dzieci codziennie spożywających śniadanie;
- % dzieci codziennie jedzących owoce;
- % dzieci aktywnych fizycznie - które deklarują, że codziennie poświęcają przynajmniej godzinę na ćwiczenia fizyczne.

Mimo iż powyższe wskaźniki mają różne znaczenie są związane z jakością życia dzieci, a także z ich sytuacją zdrowotną w przyszłości. Dla przykładu regularne ćwiczenia wpływają na zdrowie psychiczne oraz fizyczne, ale również na profilaktykę i leczenie określonych problemów zdrowotnych, m.in. otyłości czy depresji. Wpływ niezdrowych nawyków żywieniowych we wczesnych latach zwiększy ryzyko wystąpienia w późniejszym okresie problemów zdrowotnych, m.in. cukrzycy, chorób serca czy nowotworów [11].

Rycina 2 dotyczy zachowań oraz ryzyk podejmowanych przez dzieci, przedstawia usytuowanie każdego państwa względem średniej dla wszystkich badanych krajów. Dzięki takiemu układowi możliwe jest wskazanie każdego z krajów powyżej lub poniżej średniej. Miarą jest odchylenie standardowe pokazujące na ile poszczególne wyniki odchylają się od średniej.



Rycina 2. Zachowania i ryzyka podejmowane przez dzieci
Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013



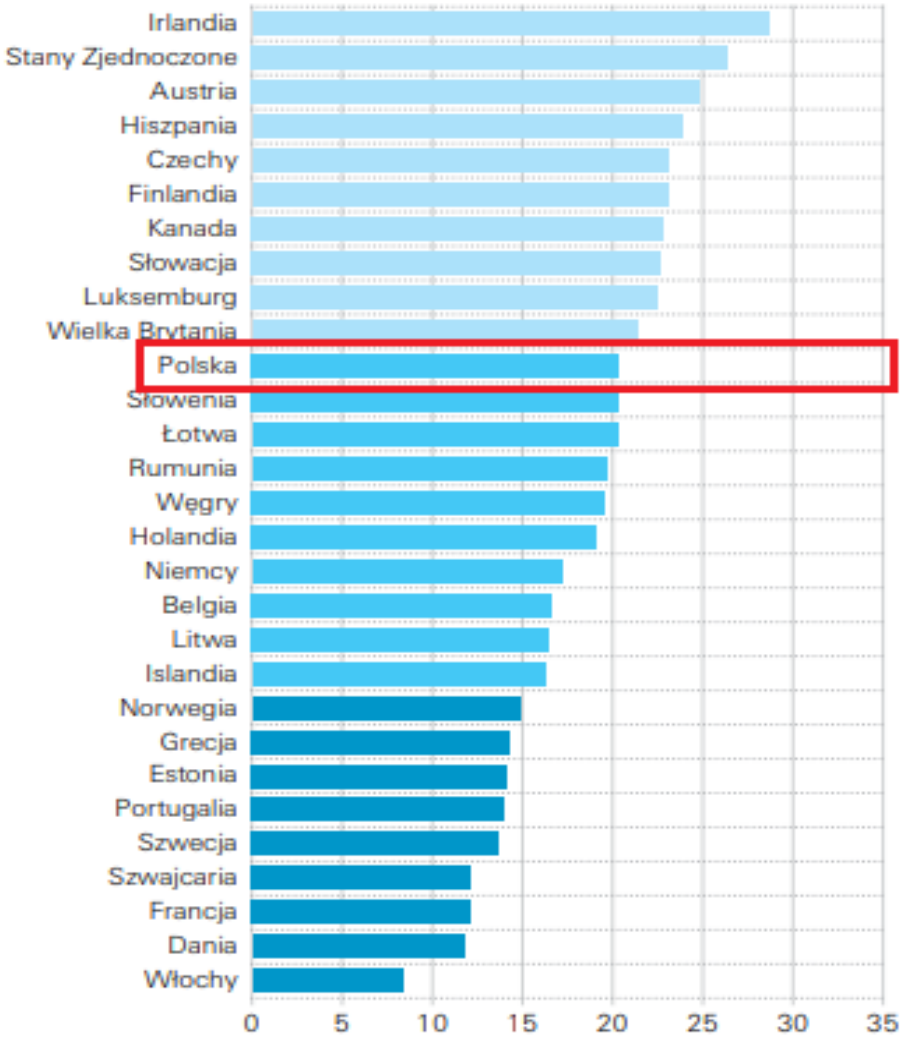
Rycina 3.Nadwaga - % dzieci w wieku 11, 13 i 15 lat dotkniętych nadwagą według BMI

Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013

Z raportu wynika, że istnieje duży poziom otyłości wśród dzieci sięgający powyżej 10%, dotyczy to wszystkich krajów z wyjątkiem Danii, Holandii i Szwajcarii, gdzie wskaźnik ten osiąga mniejsze wartości. Poziom otyłości wyższy niż 20% odnotowano w Kanadzie, Grecji i Stanach Zjednoczonych (Rycina 3).

Ponad 50% dzieci w każdym z 29 krajów uczestniczących w badaniu UNICEF, z wyłączeniem Rumunii i Słowenii, każdego dnia spożywa śniadanie. Odsetek dzieci, które codziennie spożywają śniadanie przekracza 80% jedynie w Holandii i Portugalii.

Jedynymi krajami, w których mniej niż 30% dzieci je owoce każdego dnia, są Finlandia oraz Szwecja, a także trzy kraje bałtyckie – Estonia, Łotwa i Litwa.



Rycina 4. Aktywność fizyczna - % dzieci w wieku 11, 13 i 15 lat, które deklarują, że codziennie poświęcają przynajmniej godzinę na intensywne ćwiczenia fizyczne

Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych. Analiza porównawcza, 2013

Jedynym krajem, gdzie mniej niż 10% dzieci deklaruje aktywność fizyczną przez co najmniej godzinę dziennie są Włochy. Irlandia oraz Stany Zjednoczone są jedynymi krajami, gdzie ponad 25% dzieci deklaruje codzienną godzinna aktywność fizyczną (Rycina 4)

Z 21 krajów poddanych analizie aż w 17 wzrósł w ciągu dekady odsetek dzieci z nadwagą. Najwyższy wzrost został zaobserwowany w Polsce, gdzie procent dzieci z nadwagą podwoił się. Jedynie Belgia, Francja, Hiszpania i Wielka Brytania odnotowały spadek procentowy dzieci z nadwagą. Najwyższy odsetek dzieci z nadwagą zarówno na początku jak i na końcu dekady miały Stany Zjednoczone – odsetek sięgał niemal 30% w latach 2009-2010.

W raporcie powstałym przy współpracy WHO i Imperial College London (październik 2017) opublikowano dane dotyczące zjawiska otyłości oraz nadwagi wśród dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat. Dane ukazują zmiany wskaźnika BMI na przestrzeni lat 1975-2016. Według danych z

raportu liczba otyłych dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat na przestrzeni czterech dekad wzrosła 10-krotnie. W roku 1975 odsetek otyłych dzieci i młodzieży był na poziomie poniżej 1% (11 milionów), w roku 2016 sięgał on już 6% wśród dziewczynek oraz 8% wśród chłopców (124 miliony). Obecnie raport mówi o 213 milionach dzieci z nadwagą [12,13]. W świetle danych średnie BMI w 1975 roku wśród dzieci w wieku 5-19 lat wynosiło około 17 kg/m2, w bogatych anglojęzycznych krajach sięgało ponad 19 kg/m2. Na przestrzeni lat zanotowano wzrost wskaźnika o 0,32 kg/m2 na dekadę wśród dziewczynek i o 0,40 kg/m2 na dekadę wśród chłopców. W 2016 roku średnie BMI wynosiło około 18,6% [12,13].

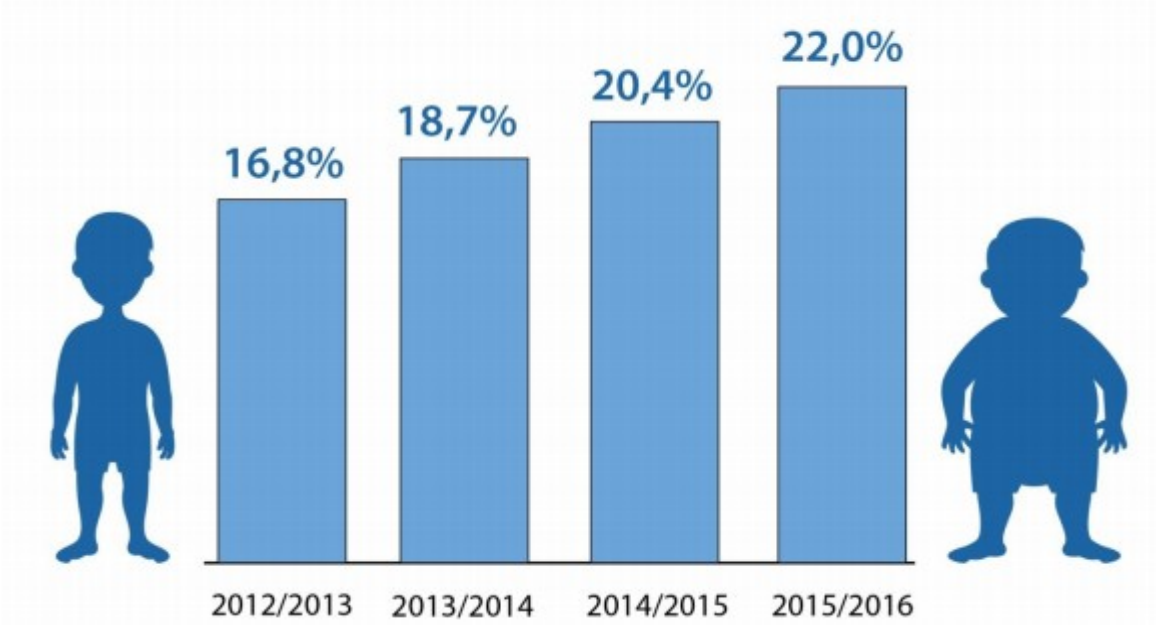
W przypadku Europy najwięcej otyłych chłopców jest w Grecji – 16,7% a dziewczynek na Malcie – 11,6%. Najmniejszy odsetek otyłych dzieci w wieku 5-19 lat znajduje się w Mołdawii 3,2% dziewczynek oraz 5,0% chłopców. Polska ze średnim BMI na poziomi 19,3 kg/m2 plasuje się na 103 miejscu na świecie.

państwo	średnie BMI [kg/m2]		Miejsce w światowym rankingu (1 miejsce-najwyższy wskaźnik BMI)	
	1975 rok	2016 rok	1975 rok	2016 rok
Samoa	18,7	24,3	44	1
Samoa Amerykańska	21,2	23,6	1	6
USA	19,3	21,6	12	17
Grecja	18,5	21,0	57	29
Malta	19,0	20,6	31	37
Włochy	19,3	20,1	15	65
Hiszpania	18,6	20,0	48	68
Kanada	18,8	19,9	37	69
Niemcy	18,8	19,9	41	72
Portugalia	18,8	19,8	40	78
Słowenia	18,1	19,8	80	79
Belgia	19,0	19,7	27	83
Cypr	18,1	19,7	84	84
Austria	17,9	19,6	102	86
Chorwacja	17,9	19,5	99	91
Szwajcaria	18,6	19,5	47	95
Francja	18,1	19,5	83	96
Norwegia	18,8	19,3	42	102
Polska	17,8	19,3	108	103
Szwecja	18,5	19,2	53	110
Ukraina	18,2	19,1	77	115
Holandia	18,6	19,0	49	119
Słowacja	17,7	18,7	110	143
Mołdawia	18,0	18,7	93	141

Rycina 5. Zmiany BMI dzieci w wieku 5-19 lat na przestrzeni 1975-2016 r. w wybranych państwach.

Źródło: https://dietetycy.org.pl/ogolnoswiatowe-dane-o-otylosci-wsrod-dzieci/ (dostęp:28.07.2018)

Pomimo podejmowanych działań oraz wdrażania ogólnopolskich programów liczba dzieci z nadwagą oraz otyłością stale rośnie. Problem ten był tematem kontroli NIK. Kontrolą objęto 10 jednostek samorządu terytorialnego, a także 20 szkół podstawowych z następujących województw: lubelskiego, małopolskiego, mazowieckiego oraz kujawsko-pomorskiego. Wyniki kontroli i przeprowadzonych badań wskazują, że w ciągu czterech lat odsetek uczniów z zaburzeniami masy ciała zwiększył się o ponad 5 punktów procentowych z poziomu 16,8% w roku 2012/2013 do poziomu 22,0% w roku 2015/2016. [15]



Rycina 6. Odsetek dzieci z zaburzeniami masy ciała w badanej w danym roku szkolnym populacji uczniów. W latach szkolnych 2012/2013-2015/2016 badaniami objęto łącznie 10 778 uczniów w kraju

Źródło: Najwyższa Izba Kontroli, Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych 2015 – 2016, Warszawa 2017

W obszarze realizacji programów żywieniowych - stwierdzono, że wszystkie skontrolowane szkoły uczestniczyły w podstawowych programach `żywieniowych. Nawyk codziennego spożywania mleka i jego przetworów miało jedynie 56,7% uczniów, a codzienne spożywanie owoców deklarowało 53% uczniów szkół podstawowych.

W zakresie organizacji żywienia w szkole - stwierdzono, że obiady serwowane uczniom w szkole nie spełniały obowiązujących norm żywienia – zbyt duża zawartość białka, węglowodanów oraz tłuszczy.

Kontrola NIK w obszarze środków spożywczych wykorzystywanych do produkcji posiłków wykazała, że:

- średnia zawartość białka ogółem w produktach wynosiła od 169% do 462%
- tłuszczów od 90% do 333% zapotrzebowania dla żywionej grupy uczniów. [15].

Według danych Instytutu Żywności i Żywienia w województwie lubelskim zamieszkuje 24,6% dzieci w wieku szkolnym mających problemy z nadwagą lub otyłością. W skali kraju jest to wynik wysoki, średnia dla Polski wynosi 22,3%. W pozostałych województwach sytuacja przedstawia się w następujący sposób: w województwie mazowieckim 32%, łódzkim 29,8%, zachodniopomorskim 23,9% oraz dolnośląskim i opolskim 23,8%, śląskim 16,5%, świętokrzyskim 18%, małopolskim 18,3%, pomorskim 19%, wielkopolskim 19,8%, kujawsko-pomorskim 20,3%, podlaskim 20,5% oraz warmińsko-mazurskim 21,4%, lubuskim 23,0%, podkarpackim 21,5 [16]. (Rycina 7)

Problem nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży został zauważony także przy określaniu problemów i potrzeb zdrowotnych dla województwa lubelskiego. W zakresie chorób metabolicznych w województwie lubelskim w 2014 roku odnotowano 261 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość dzieci (4,12% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych). Współczynnik hospitalizacji wynosił ok. 67,16/100 tys. mieszkańców (3 miejsce wśród wszystkich województw).

Rycina 7. Występowanie w % nadmiernej masy ciała (nadwaga i otyłość) u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w podziale na województwa

Źródło: Internet – https://zps.tarnow.pl/wp-content/uploads/2015/05/mapa.png

Badanie przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobami przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej” (KIK/34) współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Dane za 2013 r.

I.3. Opis obecnego postępowania

Wymagania jakie powinny spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego w placówkach oświatowych określone zostały w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży określające grupy środków spożywczych dopuszczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty. Rozporządzenie wprowadza 20 grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom oraz młodzieży w placówce szkolnej. (Tabela 1)

Grupa produktów dopuszczona do sprzedaży będzie musiała spełniać dodatkowe wymagania, czyli nie zawierać więcej niż:

- 15 g cukru w 100 g/ml produktu gotowego do spożycia;
- 15 g tłuszczu w 100 g/ml produktu gotowego do spożycia;
- 0,4 g sodu/1 g soli w 100 g/ml produktu gotowego do spożycia, a w przypadku pieczywa półcukierniczego i cukierniczego – nie więcej niż 0, 45 g sodu/1,2 g soli w 100 g/ml produktu.

Lp.	Lista grup środków spożywczych
1	pieczywo, z wyłączeniem pieczywa produkowanego z ciasta głęboko mrożonego
2	pieczywo półcukiernicze i cukiernicze, z wyłączeniem pieczywa produkowanego z ciasta głęboko mrożonego
3	kanapki
4	sałatki i surówki
5	mleko
6	napoje zastępujące mleko, takie jak napój: sojowy, ryżowy, owsiany, kukurydziany, gryczany, orzechowy, jaglany, kokosowy lub migdałowy
7	produkty mleczne, takie jak: jogurt, kefir, maślanka, mleko zsiadłe, mleko acidofilne, mleko smakowe, serwatka, ser twarogowy, serek homogenizowany lub produkty zastępujące produkty mleczne na bazie soi, ryżu, owsa, orzechów lub migdałów
8	zbożowe produkty śniadaniowe oraz inne produkty zbożowe
9	warzywa
10	owoce
11	suszone warzywa i owoce, orzechy oraz nasiona bez dodatku cukrów, substancji słodzących zdefiniowanych w przepisach unijnych oraz bez dodatku soli
12	soki owocowe, warzywne, owocowo-warzywne

13	przeciery, musy owocowe, warzywne oraz owocowo-warzywne bez dodatku cukrów i soli
14	koktajle owocowe, warzywne oraz owocowo-warzywne na bazie mleka, napojów zastępujących mleko, o których mowa w pkt 6, produktów mlecznych lub produktów zastępujących produkty mleczne, o których mowa w pkt 7, bez dodatku cukrów i substancji słodzących, o których mowa w przepisach unijnych
15	naturalna woda mineralna nisko- lub średniozmineralizowana, woda źródlana i woda stołowa
16	napoje przygotowywane na miejscu, które nie mogą zawierać więcej niż 10 g cukrów w 250 ml produktu gotowego do spożycia
17	napoje bez dodatku cukrów i substancji słodzących zdefiniowanych w przepisach unijnych
18	bezcukrowe gumy do żucia
19	czekolada gorzka o zawartości minimum 70% miazgi kakaowej
20	inne

Tabela 1.Wykaz 20 grup produktów dopuszczonych do sprzedaży w placówkach szkolnych
Źródło: Opracowanie własne

Środki spożywcze przeznaczone do zbiorowego żywienia dzieci i młodzieży w jednostkach oświaty będą dobierane według następujących reguł:

1. środki spożywcze muszą spełniać odpowiednie wymagania dla danej grupy wiekowej, wynikające z aktualnych norm żywienia dla populacji polskiej;
2. na całodzienne żywienie mają składać się środki spożywcze pochodzące z różnych grup środków spożywczych;
3. posiłki (śniadanie, obiad, kolacja) mają zawierać produkty z następujących grup środków spożywczych: produkty zbożowe lub ziemniaki, warzywa lub owoce, mleko lub produkty mleczne, mięso, ryby, jaja, orzechy, nasiona roślin strączkowych i inne nasiona oraz tłuszcze;
4. zupy, sosy oraz potrawy mają być sporządzane z naturalnych składników, bez użycia koncentratów spożywczych, z wyłączeniem koncentratów z naturalnych składników;
5. od poniedziałku do piątku należy podawać nie więcej niż dwie porcje potrawy smażonej, przy czym do smażenia jest używany olej roślinny rafinowany o zawartości kwasów jednonienasyconych powyżej 50% i zawartości kwasów wielonienasyconych poniżej 40%;
6. napoje przygotowywane na miejscu mogą zawierać nie więcej niż 10 g cukrów w 250 ml produktu gotowego do spożycia;
7. każdego dnia należy podawać:
   - co najmniej dwie porcje mleka lub produktów mlecznych
   - co najmniej jedną porcję z grupy mięso, jaja, orzechy, nasiona roślin strączkowych
   - warzywa lub owoce w każdym posiłku

- co najmniej jedną porcję produktów zbożowych w śniadaniu, obiedzie oraz kolacji.

8. W żywieniu całodziennym należy podawać przynajmniej pięć porcji warzyw lub owoców;

9. Co najmniej raz w tygodniu należy podawać porcję ryby [17].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny:

Zmniejszenie wskaźnika BMI o co najmniej 2 punkty w czasie trwania programu u 25% dzieci uczęszczających do klas I-III szkół podstawowych w Lublinie, w latach 2022-2024, dzięki poprawie stanu odżywiania.

II.2. Cele szczegółowe

- diagnoza potrzeb zdrowotnych badanej populacji dzieci uczęszczających do klas I szkół podstawowych na terenie Lublina na podstawie wyników pomiarów antropometrycznych w latach 2022-2024;
- zwiększenie wiedzy w zakresie zdrowego odżywiania w latach 2022-2024 u co najmniej 30%:
  a) uczniów klas I-III szkół podstawowych;
  b) rodziców/opiekunów;
  c) nauczycieli;
- zwiększenie wiedzy u co najmniej 75% pracowników przygotowujących posiłki dla uczniów w latach 2022-2024;

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- określenie liczby przebadanych dzieci wśród uczniów objętych programem na podstawie danych od realizatorów,
- określenie wskaźnika BMI u dzieci objętych programem na podstawie pomiarów wykonanych przez realizatora programu na początku i na końcu programu,
- określenie liczby i odsetka dzieci ze stanami nadwagi i otyłości u dzieci objętych programem; na podstawie pomiarów wykonanych przez realizatora,
- liczba dzieci, u których nastąpiło zmniejszenie masy ciała, z uwzględnieniem wartości w kg, % masy ciała i wskaźnika BMI – na podstawie danych uzyskanych podczas pomiarów antropometrycznych wykonywanych przez realizatora,
- liczba osób ogółem uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy na podstawie testów wiedzy wykonywanych przez realizatora;

- liczba uczniów uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy na podstawie wyników testów przeprowadzonych przez realizatora;
- liczba rodziców/opiekunów/nauczycieli/pracowników stołówek uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy na podstawie wyników ankiet i testów przeprowadzonych przez realizatora;

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

III.1. Populacja docelowa

Odbiorcami programu będą uczniowie klas I - III lubelskich szkół podstawowych. Będzie to grupa uczniów klas I, która rozpocznie naukę w roku szkolnym 2022/2023. Działania programu kontynuowane będą w stosunku do tej grupy uczniów w latach następnych do grudnia 2024 r.

W roku szkolnym 2021/2022 liczba uczniów w szkołach podstawowych wynosi 27 586 osób w 65 placówkach szkolnych. (24 487 uczniów w 48 szkołach prowadzonych przez miasto, 795 w szkołach publicznych prowadzonych przez inne podmioty oraz 2 304 uczniów w 15 szkołach niepublicznych).

Liczba uczniów w klasach I w roku szkolnym 2021/2022 wynosi 3484. (w tym 48 szkołach prowadzonych przez miasto – 3078 uczniów, w 2 szkołach publicznych prowadzonych przez inne podmioty – 98 uczniów oraz 308 uczniów w 15 szkołach niepublicznych).

Liczba klas I to 185, (w tym w 48 szkołach prowadzonych przez miasto – 155 klas, w 2 szkołach publicznych prowadzonych przez inne podmioty – 4 klasy oraz 26 klas w 15 szkołach niepublicznych).

Zakłada się wdrożenie do programu min. 60% uczniów klas I szkół podstawowych tj. około 2 000 dzieci.

Działania edukacyjne będą adresowane do dzieci od klas I do III szkoły podstawowej oraz ich rodziców/opiekunów, a także kadry pedagogicznej i pracowników stołówek. Nie są dostępne dane na temat liczebności grupy rodziców/opiekunów. Zakłada się, na podstawie informacji uzyskanych z placówek oświatowych z terenu Lublina, iż liczba rodziców uczestniczących w edukacji będzie zbliżona do liczby rodziców, którzy przychodzą na wywiadówki i spotkania z nauczycielami/wychowawcami. Szacunkowo przyjmuje się że w zebraniach rodziców uczestniczy około 50% rodziców uczniów danej klasy. Daje to liczbę około 1 000 rodziców.

Zakłada się objęcie edukacją także nauczycieli/wychowawców uczniów objętych programem. Liczebność klas I to 185. Zakładając, że do programu przystąpi 60% uczniów w klasach I, przyjęto, że edukacją zostanie objętych około 111 nauczycieli/wychowawców.

Dodatkowo działania edukacyjne zakładają zwiększenie kompetencji pracowników stołówek i osób przygotowujących posiłki na terenie szkoły.

W roku szkolnym 2020/2021 jest to 48 szkół, które wydają posiłki swoim uczniom:

- 36 posiadają własną stołówkę
- 6 szkół korzysta z firm cateringowych
- w 5 szkołach stołówkę prowadzi firma zewnętrzna
- 1 szkoła korzysta ze stołówki w innej szkole

Szacuje się, iż objętych edukacją zostanie od 1 do 3 osób z każdej placówki. Biorąc pod uwagę, że w latach 2019-2021 do programu przystąpiło 38 szkół zakłada się że w niniejszej edycji weźmie udział około 40 placówek. Zatem grupa docelowa pracowników stołówek i osób przygotowujących posiłki będzie liczyć od około 40 do 120 osób rocznie.

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

Podstawowe kryteria formalne udziału dziecka w programie to uczęszczanie do placówki oświatowej na terenie Lublina oraz wyrażenie chęci uczestnictwa w programie. Będzie ono polegało na podpisaniu przez rodzica (opiekuna) świadomej zgody na udział. Druki te zostaną przekazane rodzicom przez nauczycieli w trakcie np. wywiadówek. Wypełnione dokumenty będą przechowywane u realizatora programu z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych.

Uczestnictwo w programie następuje po spełnieniu następujących kryteriów:

- status ucznia klasy I-III szkoły znajdującej się na terenie Lublina;
- rodzic/opiekun ucznia wyraził pisemną zgodę na uczestnictwo w programie;

Kryteria wyłączenia z programu to:

- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak statusu ucznia klasy I-III placówki oświatowej na terenie Lublina.

Uczestnictwo szkoły w programie zgłasza dyrektor w formie pisemnej do realizatora programu.

III.3. Planowane interwencje

Program będzie realizowany przez podmioty wybrane w ramach konkursu, spełniające wymagania określone dla konkursu.

Program będzie się składał z następujących etapów organizacyjnych:

1. akcji informacyjnej,
2. rekrutacji uczestników,
3. badań masy ciała i wzrostu uczniów oraz BMI,
4. działań edukacyjnych dla poszczególnych grup adresatów objętych programem,
5. konkursu plastycznego dla uczniów promującego zdrowe odżywianie,

6. konkursu na najlepszy jadłospis dekadowy dla pracowników stołówek szkolnych i osób przygotowujących posiłki
7. monitoringu działań w ramach programu:
   - pomiar BMI w klasie I-III u dzieci, na początku programu w klasie I i w klasie III na zakończenie programu;
   - wypełnienie ankiet ewaluacyjnych przez rodziców dzieci w klasie I na początku programu i w klasie III na zakończenie programu,
   - okresowe sprawozdania realizatora do Wydziału Zdrowia i Profilaktyki Urzędu Miasta Lublin,
8. Ewaluacja programu.

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

Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna) ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnienie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 1300), ocena rozwoju fizycznego dziecka należy do zadań lekarza POZ i jest prowadzona w ramach porad patronażowych i badań bilansowych. Badania przesiewowe (bilansowe) z pomiarami antropometrycznymi znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy POZ w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 lat, później 10, 12, 13 i 16 lat.[20-23] Działania programowe obejmują wykonanie badania masy ciała i wzrostu wraz z obliczeniem wskaźnika BMI w wieku 7 lat (klasa I) oraz 9 lat (klasa III).

Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł nieodpłatnie skorzystać z edukacji dotyczącej zdrowego odżywiania zaplanowanej w ramach programu – uczniowie z edukacji w trakcie godzin lekcyjnych, a rodzice/opiekunowie, kadra pedagogiczna i pracownicy stołówek z edukacji w ramach wykładów lub warsztatów. Udział w programie jest dobrowolny.

Udzielanie świadczeń w ramach programu nie będzie wpływało na możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach finansowania programu, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad, świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące kryteria:

- realizator programu, wyłoniony zostanie w drodze procedury konkursowej;

- realizator programu powinien mieć doświadczenie w prowadzeniu działalności, którą obejmuje program;
- działania w ramach programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- działania w ramach programu będzie świadczyła kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, określone szczegółowo w postępowaniu konkursowym[1];
- dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych[2];
- dokumentacja związana z kwalifikacją uczestników do działań edukacyjnych będzie przechowywana w siedzibie realizatora programu z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych[3].

Działania zaplanowane w programie i mające charakter grupowy będą realizowane w trakcie trwania godzin lekcyjnych, po wcześniejszym uzgodnieniu z wychowawcami klas/nauczycielami. W celu optymalizacji i uzyskania jak największej frekwencji dokładne dni i czas trwania działań będą konsultowane przez realizatora z gronem pedagogicznym danej placówki oświatowej.

Dzieci do miejsca zajęć mogą być przyprowadzane grupami/ klasami.

Zajęcia mogą odbywać się np. na sali gimnastycznej, świetlicy itp. Realizator ma dowolność w organizacji zajęć w szkole, niemniej musi zapewnić jak największe bezpieczeństwo oraz komfort uczestnictwa dzieci oraz odpowiednie warunki pracy osób zatrudnionych przy realizacji programu. W przypadku czasowego braku możliwości udziału w działaniach edukacyjnych (np. choroba dziecka) zostaną ustalone terminy dodatkowe, w których będzie można uzupełnić pominięte zajęcia zaplanowane w ramach programu, np. poprzez uczestnictwo z inną klasą/grupą. W szczególnych przypadkach wynikających ze stanu pandemii dopuszcza się zajęcia prowadzone w formie on line.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia działań edukacyjnych lub zakończenia programu, w zależności od konkretnej grupy adresatów.

Możliwe jest także zakończenie udziału na podstawie rezygnacji rodzica lub opiekuna uczestnika. Dobrowolne odstąpienie od udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie.

1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r., nr 151, poz. 896;

2 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697;

3 Tamże

Może to nastąpić na życzenie uczestnika, w przypadku niepełnoletnich uczniów na podstawie deklaracji rodzica/opiekuna dziecka uczestniczącego w programie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

W ramach programu będzie przeprowadzona przez realizatora programu obligatoryjnie:

1. akcja informacyjna;
2. rekrutacja uczestników;
3. badania masy ciała i wzrostu uczniów oraz BMI,
4. działania edukacyjne dla poszczególnych grup adresatów objętych programem;
5. przeprowadzenie konkursów promujących zdrowe odżywianie
6. monitoring działań w ramach programu:
   - pomiar BMI w klasie I u dzieci na początku programu i w klasie III na zakończenie programu;
   - wypełnienie ankiet ewaluacyjnych przez rodziców dzieci w klasie I i III na zakończenie programu;
   - okresowe sprawozdania realizatora do Wydziału Zdrowia i Profilaktyki Urzędu Miasta Lublin,

W ramach poszczególnych etapów znaleźć się mają następujące działania:

Ad. 1 Akcja informacyjna.

Priorytetem niniejszego programu jest dotarcie do wszystkich mieszkańców spełniających kryteria włączenia do projektu. Zapewni to wysoką frekwencję i pozwoli na osiągnięcie założonych celów. Narzędziem pozwalającym spełnić to założenie będzie kampania informacyjno-edukacyjna nakłaniająca do aktywnego uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej. Ze względów praktycznych ten element projektu zostanie skierowany przede wszystkim do rodziców (oraz opiekunów) dzieci z grupy docelowej. Mieszkańcy Lublina będą informowani o zaplanowanych działaniach za pomocą lokalnych mediów, strony internetowej miasta oraz poszczególnych placówek oświatowych, plakatów i ulotek informacyjnych. Dodatkowo szczegółowe informacje organizacyjne zostaną przekazane rodzicom dzieci w trakcie wywiadówek i wszelkich innych spotkań z gronem pedagogicznym. Uzyskają oni kompleksowe informacje organizacyjne dotyczące projektu i planowanych działań.

Ad. 2 Rekrutacja uczestników.

W przypadku działań w ramach programu weryfikowany będzie wiek uczestnika i spełnienie kryteriów włączenia. Niezbędne będzie także uzyskanie pisemnej zgody opiekunów dzieci na wykonanie pomiarów antropometrycznych i uczestnictwo w programie. Rekrutacja odbywać się

będzie poprzez zgłoszenia indywidualne rodziców/ opiekunów dzieci w formie pisemnej np. podczas zebrań z rodzicami w szkołach. Do programu szkołę i pracowników stołówek, osoby przygotowujące posiłki oraz nauczycieli zgłasza dyrektor placówki.

Ad.3 Badania masy ciała i wzrostu uczniów oraz BMI.

W trakcie trwania całego programu zakłada się dwukrotny pomiar BMI u tej samej grupy uczniów – na początku uczestnictwa w programie tj. na początku roku szkolnego w klasie I (2022/2023) i na końcu trwania programu, tj. w klasie III na początku roku szkolnego 2024/2025. (wrzesień-listopad 2024).

Pomiar BMI jest niezbędnym narzędziem diagnostycznym, pozwalającym określić stan zdrowia uczniów i obiektywnie zweryfikować skuteczność podejmowanych działań edukacyjnych.

Nadwagę rozpoznaje się jeżeli wyliczona wartość BMI mieści się w zakresie 90-97 centyla dla płci i wieku, a otyłość przy wartościach BMI mieszczących się powyżej 97 centyla.

Zgodnie z zaleceniami NICE, w przypadku dzieci i młodzieży czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo otyłości dziecięcej i/lub chorób współtowarzyszących powinny być oceniane co najmniej raz w roku. Wytyczne wskazują, iż BMI powinien być oceniony na etapie kwalifikacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu,. Niemniej jednak działanie takie jest niemożliwe – w ramach Programu nie mogą być pokrywane koszty realizacji zadań po okresie na jaki uzyskano dofinansowanie. W związku z powyższym zaplanowano inny okres obserwacji – wykonane zostanie badanie początkowe i końcowe, pomijając badanie po 6 i 12 miesiącach od zakończenia uczestnictwa w programie.

Ad. 4 Działania edukacyjne dla poszczególnych grup adresatów objętych programem.

Działania edukacyjne podzielone będą na 3 grupy w zależności od adresatów:

Działania edukacyjne dla dzieci z klas I-III

Działania edukacyjne prowadzone będą dla uczniów klasy I w roku szkolnym 2022/2023 oraz będą kontynuowane w latach następnych dla tej samej grupy uczniów, tj.w klasie II w roku szkolnym 2023-2024 i w klasie III w roku szkolnym 2024-2025 (wrzesień-listopad 2024 r.).

Na tym etapie przekazane zostaną informację na temat: organizacji programu, wiedza merytoryczna o zagrożeniach związanych z nieprawidłowym odżywianiem, zasadach prawidłowego odżywiania, znaczeniu wysiłku fizycznego przy utrzymaniu prawidłowej masy ciała wsparcie psychiczne motywujące do wdrożenia i utrzymania prawidłowych nawyków żywieniowych W przypadku dzieci objętych programem podjęte zostaną interwencje z zakresu profilaktyki pierwotnej. Będą one polegały przede wszystkim na promowaniu właściwych zachowań oraz wpajaniu prostych nawyków wśród dzieci. Może to być np. propagowanie właściwych zachowań żywieniowych – unikanie słodyczy, wysoko słodzonych napojów, kształtowanie odpowiednich pozycji ciała np. przy stole, informacje dotyczące odpowiedniego jakościowo i ilościowo żywienia.

Ważne jest aby przekazać, by w każdym okresie życia dziecka spożywało ono dziennie 3-5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania oraz aby nie podjadało między posiłkami. Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród dzieci zagrożonych tym problemem zdrowotnym są takie same jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci, bez tego ryzyka.

Zmiany stylu życia jakie należy rekomendować powinny obejmować m. in.:

- codzienne spożywanie świeżych warzyw i owoców ze szczególnym naciskiem na jedzenie warzyw;
- ograniczenie picia napojów słodzonych cukrem do 1x w tygodniu i zastąpienie ich głównie wodą,
- nie spożywanie lub ograniczenie do 1x w miesiącu posiłków typu fast food itd.;
- picie wody niegazowanej co najmniej 1 l. dziennie.

W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa również kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Szczególnie zalecaną formą ruchu są szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. Uczestników spotkań należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych. Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia.

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadanek i dyskusji, zabaw lub innych form, a w przypadku zagrożeń epidemicznych w formie on line. Forma ta powinna zostać dostosowana do wieku uczestników, mając na celu maksymalne zainteresowanie i zaktywizowanie grupy docelowej. Najlepiej, aby wprowadzić element praktyczny, np. wspólne przygotowywanie II śniadania w formie warsztatów lub pokazu z udziałem uczniów. Ważne, aby wpajać podstawowe zasady higieny – mycie rąk przed posiłkiem, ale także zasady bezpieczeństwa i higieny pracy – czyli uważne obchodzenie się z nożem.

<u>Działania edukacyjne dla uczniów:</u>

- działania edukacyjne dla uczniów będą składały się z 1,5 godz. zegarowych (2 godziny lekcyjne) zajęć dla klasy w trakcie roku szkolnego;
- zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla uczniów klas I-III szkół podstawowych;
- w zajęciach edukacyjnych dzieci mogą brać udział nauczyciele uczący daną klasę;
- zajęcia będą odbywały się na terenie poszczególnych placówek oświatowych uczestniczących w programie lub on line.

Pomiar przyrostu wiedzy za pomocą pre i post testów będzie przeprowadzany przez realizatora na początku i na końcu programu za pomocą opracowanych przez siebie narzędzi dostosowanych do percepcji uczestników.

Działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów oraz wychowawców/nauczycieli dzieci z klas I-III.

W tej grupie adresatów winno nastąpić wzmocnienie prozdrowotnych postaw u rodziców dzieci oraz nauczycieli/wychowawców. Podczas spotkań uczestnicy poszerzają swoją wiedzę dotyczącą prawidłowego żywienia i ogólnie pojętego zdrowego stylu życia.

Dzięki zajęciom osoby pracujące z dziećmi i rodzice, zapoznają się z problematyką otyłości i ich konsekwencjami dla zdrowia człowieka, zasadami racjonalnego żywienia, korzyściami wynikającymi z aktywności fizycznej realizowanej na każdym etapie życia człowieka. Ważnym elementem działań będzie nabycie wiedzy i umiejętności z zakresu wstępnego diagnozowania (obliczanie wskaźnika BMI) i rozpoznawania pierwszych symptomów nadwagi, która niekontrolowana może doprowadzić do otyłości oraz metod postępowania w takich przypadkach. Zajęcia powinny aktywnie angażować rodziców/opiekunów i całe rodziny do wprowadzania zmian w życiu codziennym. Rodzice powinny brać udział w zmianie postaw prozdrowotnych swoich dzieci, w tym dotyczących nawyków żywieniowych i aktywności fizycznych. Należy zachęcać rodziców dzieci z nadwagą i otyłością do redukcji wagi, jeśli sami mają nadwagę lub otyłość. Należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotne (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru).

W przypadku edukacji nauczycieli, będą oni mogli m.in. uzupełnić swoją wiedzę w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej, która powinna być realizowana na godzinach wychowawczych, zajęciach wychowania fizycznego.

Wszystkie osoby z nadmierną masą ciała należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych. Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia.

Działania informacyjno-edukacyjne dotyczące tematyki programu, w tym edukacja zdrowotna, skierowana do jego odbiorców, będą prowadzone na zasadach i warunkach odpowiednich dla konkretnej grupy odbiorców.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniom poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu oraz post-testu. po prelekcji.

<u>Działania edukacyjne dla rodziców/nauczycieli uczniów klas I-III:</u>

- działania edukacyjne będą składały się z 90 minut zajęć w trakcie roku szkolnego;
- zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla rodziców/nauczycieli uczniów klas I-III szkół podstawowych;
- w zajęciach edukacyjnych rodziców mogą brać udział nauczyciele;
- zajęcia będą organizowane dla rodziców każdej klasy biorącej udział w programie oddzielnie;
- zajęcia będą odbywały się na terenie poszczególnych placówek oświatowych uczestniczących w programie lub on line.

Działania edukacyjne dla pracowników stołówek, dyrekcji szkół, ajentów sklepików szkolnych

Celem podejmowanych działań jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej masy ciała u uczniów poprzez wdrożenie zasad odpowiedniego żywienia zbiorowego w placówkach oświatowych.

W trakcie działań powinny być omówione kwestie:

- warunków żywienia uczniów, w tym stanu sanitarnego kuchni i jadalni;
- zapewnienia higieny przygotowywania i podawania posiłków;
- asortymentu dostępnego w sklepikach szkolnych;
- omówienie bezpieczeństwa przygotowywanego posiłku z uwzględnieniem badań mikrobiologicznych;
- oceny i weryfikacji jadłospisów wraz z oceną kaloryczności, wartości odżywczej oraz urozmaicenia posiłków uczniów;
- omówienie zalecanych technik obróbki żywności wraz z warsztatami;
- organizacja żywienia w szkole – długość przerwy obiadowej, godziny podawania posiłków itp.

Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące zasad zdrowego żywienia, jego następstw zdrowotnych, skuteczności wcześnie podjętej zmiany nawyków i postaw u uczniów, ale też konsekwencji zaniedbań w zakresie zdrowego odżywiania.

W ramach profilaktyki należy omówić kwestie zarówno profilaktyki w miejscu pracy czyli szkole, ale także przeciwdziałaniu błędom w życiu prywatnym – czyli zachowania w domu, przestrzeganie właściwej higieny przygotowywania posiłków, zapobieganie nadwadze i otyłości, dbałość o odpowiedni poziom aktywności fizycznej.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniom poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu na początku programu oraz post-testu na zakończenie programu.

<u>Działania edukacyjne dla pracowników stołówek, dyrekcji szkół, ajentów sklepików szkolnych :</u>

- zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla pracowników stołówek, dyrekcji szkół, ajentów sklepików szkolnych z terenu Miasta Lublin;
- zajęcia będą organizowane dla ww. adresatów łącznie, co najmniej 1 raz w ciągu roku szkolnego w wymiarze 5 godzin zegarowych;
- zajęcia mogą odbywać się w formie wykładowej, warsztatowej lub on line.

Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby o określonych kwalifikacjach:

1. dietetyk, lub
2. pielęgniarka, lub
3. psycholog/terapeuta, lub
4. specjalista żywienia, lub
5. technolog żywności/kucharz, lub
6. pozostały personel – personel, który stanowią osoby posiadające doświadczenie, wiedzę i umiejętności praktyczne w wykonywaniu działań edukacyjnych ukierunkowanych na realizację zadań wynikających z niniejszego programu.

Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej spełniającej kryteria włączenia.

Podczas działań edukacyjnych realizator może wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo może posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje działające na rzecz zdrowego odżywiania i temu podobne podmioty.

W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważnym jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców.

Działania edukacyjne zasady ogólne:

- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu;
- dokumentacje pre i post testów.

Ad. 5 Przeprowadzenie konkursów promujących zdrowe odżywianie

Celem konkursów jest:

1. popularyzowanie wiedzy o zdrowej żywności oraz zasadach zdrowego odżywiania.
2. zachęcanie dzieci, rodziców, nauczycieli i pracowników stołówek szkolnych do czynnego zainteresowania się tematyką zdrowego odżywiania.
3. rozwijanie samodzielności i kreatywności uczniów oraz ich umiejętności artystycznych.
4. uatrakcyjnienie szkolnych jadłospisów.

Założenia organizacyjne:

1. konkursy skierowane są do uczniów objętych programem i nauczycieli oraz pracowników stołówek szkolnych w lubelskich szkołach podstawowych.
2. konkursy obejmują 2 kategorie:
   - prace plastyczne promujące zdrowe odżywianie, przygotowane pod kierunkiem nauczycieli – konkurs dla uczniów klas I – III szkół podstawowych objętych programem – 1 raz w roku szkolnym
   - jadłospis dekadowy obiadu szkolnego – konkurs dla pracowników stołówek szkolnych w ostatnim roku trwania programu.

Laureaci konkursu otrzymają dyplomy oraz nagrody rzeczowe.

Ad.6 Monitoring działań w ramach programu:

- pomiar BMI w klasie I u dzieci na początku programu i w klasie III na zakończenie programu;
- wypełnienie ankiet ewaluacyjnych przez rodziców dzieci w klasie I-III na zakończenie programu;

- okresowe sprawozdania realizatora do Wydziału Zdrowia i Profilaktyki Urzędu Miasta Lublin.

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

Od realizatorów będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach niniejszego programu, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń podczas jego realizacji.

Realizator wybrany w drodze konkursu będzie dysponować wymaganą kadrą, sprzętem oraz fakultatywnie pomieszczeniami niezbędnym do wykonywania zaplanowanych procedur.

W realizacji interwencji zastosowane będą wyroby medyczne zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP.

Dokumentacja powstająca w trakcie realizacji programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora programu. Warunki prowadzenia dokumentacji będą zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Ostatnim elementem będzie monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników. Każdy rodzic/opiekun dziecka, pracownicy stołówek, nauczyciel uczniowie klas III, po zakończeniu programu będą proszeni o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji z uczestnictwa w programie. Ankieta uczniów będzie opracowana i dostosowana do percepcji uczniów przez realizatora.

Ankiety posłużą opracowaniu przez realizatora raportu końcowego dla organizatora programu.

W ramach działań będą prowadzone pomiary antropometryczne – wzrost i masa ciała ucznia, na podstawie, których będzie wyliczany wskaźnik BMI. Obniżenie wartości wskaźnika BMI o 2 punkty na zakończenie programu w stosunku do wyników na początku programu u 25% populacji uczniów objętej programem będzie miarą realizacji zaplanowanego celu programu.

V.1. Monitorowanie

Ocena zgłaszalności to kluczowy element bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z założeń i prognoz realizacji programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w rocznych przedziałach czasowych.

Realizator będzie także zobligowany do złożenia raportu końcowego, po zakończeniu działań w ramach programu.

Monitoringowi zostanie poddana m.in. liczba zgód na udział w programie, liczba wykonanych badań przesiewowych, liczba uczestników działań edukacyjnych. Jej zmiana w poszczególnych latach programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Ponadto analizie zostanie poddana populacja, która nie weźmie udziału w programie, pomimo złożenia zgody na udział w badaniu. Realizator przeanalizuje i uwzględni przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski z analizy przyczyn odmów na udział w badaniu zostaną wykorzystane do minimalizacji odmów uczestników do przystąpienia do programu w kolejnych latach jego realizacji.

Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez realizatora oraz organizatora programu, a ich jakość regularnie monitorowana za pomocą samodzielnie opracowanego narzędzia, np. ankiety satysfakcji uczestnika programu przez realizatora programu. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom programu, którzy będą mogli go wypełnić i przekazać realizatorowi. Ankieta będzie miała charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą podniesieniu jakości prowadzonego programu i zwiększeniu poziomu zadowolenia uczestników.

V.2. Ewaluacja

W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem ich realizacji:

- określenie liczby przebadanych dzieci wśród uczniów objętych programem na podstawie danych od realizatora;
- określenie wskaźnika BMI u dzieci objętych programem; na podstawie pomiarów wykonanych przez realizatora i jego zmiana w czasie trwania programu;
- określenie liczby i odsetka dzieci ze stanami nadwagi i otyłości u dzieci objętych programem; na podstawie pomiarów wykonanych przez realizatora;
- liczba dzieci u których nastąpiło zmniejszenie masy ciała, z uwzględnieniem wartości w kg, % masy ciała i wskaźniku BMI – na podstawie danych uzyskanych podczas pomiarów antropometrycznych wykonywanych przez realizatora;
- liczba osób ogółem uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy; na podstawie testów wiedzy wykonywanych przez realizatora;
- liczba uczniów uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy; na podstawie wyników testów przeprowadzonych przez realizatora;
- liczba rodziców/opiekunów/nauczycieli/pracowników stołówek uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy na podstawie wyników ankiet i testów przeprowadzonych przez realizatora.

Powyższe wskaźniki będą analizowane odpowiednimi narzędziami, wykorzystane zostaną dane uzyskane np. z raportów z monitoringu.

Ocena efektywności programu dokonana zostanie przez organizatora programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

1) Koszty pomiarów antropometrycznych – 40 000,00 zł

Koszt ten będzie obejmował dwukrotne badanie ucznia. Pierwsze badanie przeprowadzone zostanie w klasie I w roku szkolnym 2022/2023, na początku trwania programu oraz drugie badanie w klasie III w roku szkolnym 2024/2025 – na zakończenie udziału ucznia w programie. (wrzesień – listopad 2024)

2) Działania edukacyjne dla dzieci, rodziców/nauczycieli, pracowników stołówek szkolnych i osób przygotowujących posiłki;ajentów sklepików szkolnych oraz dyrektorów szkół - 393 250,00 zł.

Zajęcia prowadzone stacjonarnie, a w przypadku pandemii zajęcia prowadzone on line.

Zajęcia będą odbywać się w podziale na poszczególne grupy uczestniczące w programie uwzględniające założenia programowe

Warsztaty dla pracowników stołówek szkolnych mają mieć charakter praktyczny.

4) Koszty konkursów – 6 000,00 zł

Konkursy dla dzieci przewidziane są w każdym roku szkolnym zaś dla dla pracowników stołówek szkolnych konkurs przewidziany jest w ostatnim roku realizacji programu.

Koszty obejmują zakup nagród i dyplomów dla laureatów i uczestników.

7) Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej – 16 000 zł

- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie, utrzymanie i aktualizacja zakładki na stronie internetowej Urzędu Miasta dedykowanej projektowi (przygotowanie grafiki, treści, aktualizacja informacji w serwisie);

8) **Koszty ogólne i organizacyjne: 150 000,00 zł**

- organizacja programu,
- wydruki ankiet;
- materiały biurowe;
- opracowanie schematów realizacji badania.
- koszty obsługi administracyjnej programu, w tym wynagrodzenie koordynatora programu;
- koszty ewaluacji.

VI.2. Koszty całkowite

Koszt całkowity realizacji programu jest zależny od wyceny przedstawionej przez oferentów w procedurze konkursowej.

W poszczególnych latach Gmina Lublin przeznaczy na realizację programu:

- w 2022r. - **195 250,00 zł**
- w 2023 r. - **209 250,00 zł**
- w 2024 r. - **203 750,00 zł**

Koszt całkowity realizacji programu w latach 2022-2024 zł wyniesie: **608 250,00 zł**
Na całkowity roczny budżet projektu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

Rodzaj kosztów	2022 r.	2023 r.	2024 r.
	Kwota	Kwota	Kwota
pomiary antropometryczne	20 000,00 zł	0,00 zł	20 000,00 zł
koszty działań edukacyjnych dla uczniów, rodziców, nauczycieli, pracowników stołówek szkolnych i osób przygotowujących posiłki , ajentów sklepików szkolnych oraz dyrektorów szkół	107 750,00 zł	157 750,00 zł	127 750,00 zł
Koszty konkursów	1 500,00 zł	1 500,00 zł	6 000,00 zł
Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej	16 000,00 zł	0,00 zł	0,00 zł
koszty organizacyjne i ogólne	50 000,00 zł	50 000,00 zł	50 000,00 zł
Razem	**195 250,00 zł**	**209 250,00 zł**	**203 750,00 zł**

Tabela 2: Planowany budżet programu
Źródło: opracowanie własne

VI.3. Źródła finansowania

Program sfinansowany zostanie w całości ze środków budżetu gminy Miasta Lublin w ramach środków przeznaczonych na programy polityki zdrowotnej Dz. 851, rozdz. 85149. Gmina zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do jego realizacji. W miarę możliwości na realizację programu pozyskiwane będą srodki finansowe pochodzące z innych źródeł.

VII. Bibliografia

1. World Health Organization, Healthy diet, (dostęp: 28.07.2018)
2. Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, Douthwaite W, Skeaff CM, Summerbell CD. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. BMJ. 2012; 345: e7666.
3. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
4. Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2010.
5. Nishida C, Uauy R. WHO scientific update on health consequences of trans fatty acids: introduction. Eur J Clin Nutr. 2009; 63 Suppl 2:S1–4
6. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015
7. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
8. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014
9. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
10. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014
11. UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013.
12. NCD Risk Factor Collaboration: Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adult. Lancet 2017, 390: 2627-42.
13. Najwyższa Izba Kontroli, Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych 2015 – 2016, Warszawa 2017
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz.U. 2016 poz. 1154).
15. Guideline: Potassium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
16. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. N Engl J Med. 2014; 371(7):624-634.
17. UNICEF: „Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych”.

18. Małecka-Tendera E, Klimek K, Matusik P, Olszanecka-Glinianowicz M, Lehingue Y. On behalf of the Polish Childhood Obesity Study Group: Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-year-old children.Obes Res2005, 13: 964-968.

19. Ośrodek Rozwoju edukacji: „Wady postawy u dzieci i młodzieży”, Warszawa 2014.

20. Górecki A. i inni: „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania”, Warszawa 2009.

21. Informacje o kampanii „Rodzina w Formie”.

22. Olszanecka-Glinianowicz i inni: Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością.

23. Informacje o projekcie „Zachowaj równowagę”, www.zachowajrownowage.pl.

24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej- Dz.U z 2016 r. poz. 86 oraz DZ. U. z 2017 r. poz. 1300.

25. Najwyższa Izba Kontroli (NIK): „NIK o otyłości wśród uczniów”, https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-otylosci-u-uczniow.

26. Obłacińska A.:” Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej”, Warszawa 2013, ISBN 978-83-62360-47-5.

VIII. Załączniki

A. Ankieta satysfakcji uczestników programu polityki zdrowotnej „Jedz z głową”

1. Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałaś/eś udział?

Bardzo dobrze ☐ Dobrze ☐ Średnio ☐

Źle ☐ Bardzo źle ☐ Nie mam zdania ☐

2. W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?

Bardzo przydatna ☐ Przydatna ☐ Średnio Przydatna ☐

Raczej nieprzydatna ☐ Całkowicie nieprzydatna ☐ Nie mam zdania ☐

3. Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?

……

……

……

……...

……..

4. O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

……

……

……

……

5. Inne uwagi.

……

……

……

……

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług

i najwyższego komfortu uczestnikom programu.

Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

B) <u>Ankieta ewaluacyjna dla rodziców</u>

1. Płeć dziecka

☐ chłopiec

☐ dziewczynka

2. Czy u kogokolwiek w domu występuje zjawisko nadwagi lub otyłości?

☐ tak

☐ nie (przejdź do pyt.4)

☐ nie umiem określić (przejdź do pyt.4)

2a.U którego z domowników występuje nadwaga lub otyłość?(możliwość wielokrotnego wyboru)

☐ mama

☐ tata

☐ dziecko

☐ dzieci (ile?.....)

☐ inna/e osoba/y (kto?.....…)

3. Czy w domu stosowana jest jedna z następujących diet?

☐ Wegetariańska

☐ wegańska

☐ inna (jaka?.....…)

☐ nie stosuje żadnej diety

4. Które z podanych poniżej posiłków spożywa Pani/a dziecko w ciągu dnia? (możliwość wielokrotnego wyboru)

☐ śniadanie

☐ II śniadanie

☐ obiad

☐ podwieczorek

☐ kolacja

5. Czy dziecko pomiędzy posiłkami spożywa przekąski?

☐ tak

☐ nie (przejdź do pyt 6)

☐ nie wiem (przejdź do pytania 6)

5a. Jakie najczęściej przekąski spożywa Pani/a dziecko? (max.3)

……

……

6. Jak często produkty wymienione poniżej spożywane są przez Pani/a dziecko?

	5-6 razy w ciągu dnia	3-4 razy w ciągu dnia	1-2 razy w ciągu dnia	3-4 razy w tygodniu	1-2 razy w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	wcale
Pieczywo							
Ryż, kasze, makarony							
Warzywa							
Owoce							
Nabiał							
Mięso, wędliny							
Ryby							
Jaja							
Orzechy i nasiona							
Przekąski słodkie							
Przekąski słone							
Jedzenie typu fast-food							
Tłuszcze (masło, margaryna, olej)							

7. Jakiego typu napoje spożywa Pani/a dziecko najczęściej? (wybierz maksymalnie 3 odpowiedzi)

☐ woda (niegazowana)

☐ napoje gazowane (oranżada, cola)

☐ napoje niegazowane (wody smakowe, nektary, herbaty smakowe)

☐ soki owocowe

☐ soki warzywne

☐ mleko

☐ napoje mleczne (jogurty, maślanki, kakao)

☐ herbata

☐ inne (jakie?.....…)

C) Test wiedzy (rodzice)

Zaznacz jedną poprawną odpowiedź:

	Treść stwierdzenia	TAK	NIE	NIE WIEM
1.	Czy produkty zbożowe tzn. pieczywo, makaron, ryż, kasza, wystarczy spożywać raz dziennie.			
2.	Czy owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.			
3.	Czy duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.			
4.	Czy ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.			
5.	Czy olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.			
6.	Czy pieczywo ciemne/razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.			
7.	Czy ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser biały/twarogowy.			
8.	Czy w podrobach występują znaczne ilości cholesterolu.			
9.	Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.			
10.	Woda służy do gaszenia pragnienia			

D) Test wiedzy (pracownicy stołówek szkolnych)

	Treść stwierdzenia	Prawda	Fałsz	Trudno powiedzieć
1.	Produkty zbożowe wystarczy spożywać raz dziennie			
2.	Tylko dzieci i młodzież powinny spożywać mleko			
3.	Owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku			
4.	Duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym			
5.	Ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia			
6.	Częste spożywanie tłustych ryb morskich przyspiesza rozwój miażdżycy			
7.	Spożywanie grillowanego mięsa sprzyja zachorowaniu na nowotwory			
8.	Biojogurty zawierają pożyteczne bakterie jelitowe			
9.	Olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu			
10.	Pieczywo razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne			
11.	Owoce i warzywa są źródłem „pustych kalorii”			
12.	Masło i wzbogacane margaryny charakteryzują się dużą zawartością witamin A i D			
13.	Ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser twarogowy			
14.	W podrobach występują znaczne ilości cholesterolu			
15.	Węglowodany złożone należy w diecie zastępować cukrami prostymi			
16.	Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie			
17.	Przebywanie na słońcu sprzyja wytwarzaniu witaminy D w organizmie			
18.	Spożywanie owoców obfitujących w witaminę C zwiększa przyswajalność żelaza			
19.	Rozpoczęcie gotowania warzyw w zimnej wodzie sprzyja zachowaniu ich wartości odżywczej			