

RAPORT KOŃCOWY
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Data wpływu:

Sygn. akt:

wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej	RAPORT KOŃCOWY Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ																																								
Nazwa programu polityki zdrowotnej:	Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim (nr opinii AOTMiT: 285/2017)																																								
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: marzec-grudzień 2018 r. z możliwością kontynuacji	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: kwiecień-grudzień 2023 r.																																								
Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej: Program skierowany jest do osób po 60 r. ż. Celem programu jest poprawa sprawności fizycznej oraz wykształcenie nawyków systematycznych ćwiczeń fizycznych wśród uczestników programu, zwiększenie wiedzy uczestników programu dotyczącej wpływu aktywności fizycznej na zdrowie, zwiększenie liczby trenerów przygotowanych do pracy z osobami powyżej 60 r.ż.																																									
Wskaźniki osiągnięcia celów:																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Lp.</th> <th style="width: 45%;">Wskaźnik</th> <th style="width: 20%;">Wartość do osiągnięcia zgodna z Programem</th> <th style="width: 30%;">Wartość osiągnięta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1.</td> <td>liczba osób aktywnie uczestniczących w programie</td> <td style="text-align: center;">2000</td> <td style="text-align: center;">805</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2.</td> <td>liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich)</td> <td style="text-align: center;">4000</td> <td style="text-align: center;">4000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3.</td> <td>liczba przeszkolonych trenerów</td> <td style="text-align: center;">25-50</td> <td style="text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.</td> <td>wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Ocena indywidualnej dokumentacji pacjenta (w tym ankieta wypełniana przez pacjenta przed i po realizacji programu).</td> </tr> </tbody> </table>	Lp.	Wskaźnik	Wartość do osiągnięcia zgodna z Programem	Wartość osiągnięta	1.	liczba osób aktywnie uczestniczących w programie	2000	805	2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich)	4000	4000	3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	19	4.	wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu	Ocena indywidualnej dokumentacji pacjenta (w tym ankieta wypełniana przez pacjenta przed i po realizacji programu).		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Lp.</th> <th style="width: 45%;">Wskaźnik</th> <th style="width: 20%;">Wartość do osiągnięcia zgodna z Programem</th> <th style="width: 30%;">Wartość osiągnięta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1.</td> <td>liczba osób aktywnie uczestniczących w programie</td> <td style="text-align: center;">2000</td> <td style="text-align: center;">805</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2.</td> <td>liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich)</td> <td style="text-align: center;">4000</td> <td style="text-align: center;">4000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3.</td> <td>liczba przeszkolonych trenerów</td> <td style="text-align: center;">25-50</td> <td style="text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.</td> <td>wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Ocena indywidualnej dokumentacji pacjenta (w tym ankieta wypełniana przez pacjenta przed i po realizacji programu).</td> </tr> </tbody> </table>	Lp.	Wskaźnik	Wartość do osiągnięcia zgodna z Programem	Wartość osiągnięta	1.	liczba osób aktywnie uczestniczących w programie	2000	805	2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich)	4000	4000	3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	19	4.	wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu	Ocena indywidualnej dokumentacji pacjenta (w tym ankieta wypełniana przez pacjenta przed i po realizacji programu).	
Lp.	Wskaźnik	Wartość do osiągnięcia zgodna z Programem	Wartość osiągnięta																																						
1.	liczba osób aktywnie uczestniczących w programie	2000	805																																						
2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich)	4000	4000																																						
3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	19																																						
4.	wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu	Ocena indywidualnej dokumentacji pacjenta (w tym ankieta wypełniana przez pacjenta przed i po realizacji programu).																																							
Lp.	Wskaźnik	Wartość do osiągnięcia zgodna z Programem	Wartość osiągnięta																																						
1.	liczba osób aktywnie uczestniczących w programie	2000	805																																						
2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich)	4000	4000																																						
3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	19																																						
4.	wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu	Ocena indywidualnej dokumentacji pacjenta (w tym ankieta wypełniana przez pacjenta przed i po realizacji programu).																																							
1. <u>Liczba osób aktywnie uczestniczących w programie</u> Program realizowany był we współpracy z samorządami terytorialnymi. W Programie założono, że liczba osób aktywnie uczestniczących w zajęciach aktywności fizycznej wynosiła będzie każdego roku 2000. Liczba osób uzależniona jest od liczby zaangażowanych w program jednostek samorządu terytorialnego i od ich możliwości finansowych. W roku 2023 do programu włączyło się 21 samorządów: a) gminy wiejskie: Aleksandrów Kujawski, Cekcyn, Chełmża, Inowrocław, Obrowo, Pruszcz, b) gminy miejsko-wiejskie: Kcynia, Koronowo, Pakość, Solec Kujawski, c) gminy miejskie: Brodnica, Chełmno, Rypin d) miasta na prawach powiatu: Grudziądz, Toruń, Włocławek, e) powiaty: chełmiński, inowrocławski, mogileński, świecki i wąbrzeski. Samorzady na samym początku zadeklarowały udział 911 osób. Zadaniem samorządów było prowadzenie naboru uczestników programu i trenerów (wykwalifikowanych rehabilitantów i absolwentów AWF), pokrycie kosztów pracy trenerów, zapewnienie sali do ćwiczeń, do zajęć edukacyjnych oraz pomieszczenia do przeprowadzenia badań kwalifikacyjnych i kontrolnych.																																									

Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu:
badanie kwalifikacyjne – edukacja - udział w zajęciach aktywności fizycznej (minimum 3 miesiące) – badanie końcowe/kontrolne (te same badania, które były przeprowadzone przy kwalifikacji).

Badania kwalifikacyjne dopuszczające do uczestnictwa w Programie przeprowadzono we wszystkich 21 samorządach. Na badania zgłosiły się 842 osoby a do programu zakwalifikowało się 805 osób z czego do badań kontrolnych zgłosiły się 744 osoby.

2. Liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych

1) Edukacja pośrednia:

- ogłoszenie prasowe,
- materiały szkoleniowe- 2 szt. (prezentacje)
- strona internetowa Urzędu Marszałkowskiego: www.kujawsko-pomorskie.pl
- strona internetowa o charakterze informacyjno-edukacyjnym prowadzona przez koordynatora na potrzeby programu: www.programydlaseniora.pl

2) Edukacja bezpośrednia:

- 1 szkolenie dla 19 trenerów,
- 21 spotkania edukacyjne prowadzone przez koordynatora, w których uczestniczyło ok. 679 seniorów.
- przekazywanie informacji prozdrowotnych przez trenerów podczas zajęć fizycznych, w których uczestniczyło 805 seniorów.

Edukacja obejmowała następujące obszary tematyczne:

- odżywianie,
- higiena osobista,
- aktywność fizyczna oraz zwiększanie dziennej mobilności,
- bezpieczeństwo w miejscu zamieszkania, korzystanie z transportu miejskiego,
- prewencja upadków i związanych z nimi urazów oraz ewentualnych powikłań,
- zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem.

Z edukacji pośredniej i bezpośredniej łącznie skorzystało ok. 4000 osób.

3. Liczba przeszkolonych trenerów

Koordynator Programu, wybrany w konkursie ofert przeprowadził szkolenie trenerów w celu przygotowania ich do pracy z seniorami. W szkoleniu wzięło udział 19 nowych trenerów. Szkolenie obejmowało 8 godz. W ramach szkolenia trenerzy zapoznali się z następującymi tematami:

- 1) Specyficzne zmiany fizjologiczne zależne od wieku;
- 2) Aktywność fizyczna a zdrowy styl życia seniora;
- 3) Zasady programowania treningu zdrowotnego seniorów;
- 4) Testy sprawności fizycznej seniorów;
- 5) Zagrożenia zdrowotne występujące podczas treningu fizycznego;
- 6) Podstawy pierwszej pomocy przedmedycznej.

Część trenerów pracująca z seniorami w roku 2023 przeszła szkolenie w latach 2018-2022.

4. Wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu

Uczestnicy Programu brali udział w zajęciach aktywności fizycznej w okresie od września do grudnia.

Wyniki badań antropometrycznych:

Badanie	Masa ciała (kg)	BMI	Tkanka tłuszczowa	Masa tkanki mięśniowej (FFM)	Zawartość wody w procentach (TBW)
	(kg)	(kg/m ²)	(%)	(kg)	(%)
Kwalifikacyjne	75	28	36	45	46
Końcowe	73,2	26,8	35,4	44,4	44,1

Po trzymiesięcznym okresie ćwiczeń zaobserwowano korzystne tendencje składników wyrażonych spadkiem masy całkowitej ciała, redukcją masy tłuszczowej i przyrostem masy mięśniowej. Wśród większości badanych poprawa parametrów antropometrycznych potwierdza znaczenie systematycznych ćwiczeń fizycznych na organizm. Za skuteczną metodę uważa się zmianę nawyków żywieniowych. I tutaj można wywnioskować, że mimo zwracania uwagi seniorom na te kwestie, wielu z nich nie przestrzega zbilansowanej diety. Problem dotyczy uczestników z mniejszych gmin. W porównaniu z uczestnikami większych miast program ugruntował podejście do tzw. „zdrowego stylu życia”.

Wyniki testów sprawności:

Badanie	Test równowagi jedno nóż	Test równowagi na niestabilnym podłożu	Test koordynacji wzrokowo-ruchowej – czas reakcji	Próba chodu tandemowego	Próba pokonywania przeszkody	Test szybkości i adekwatności reakcji kończyny dolnej
	(s)	(s)	(s)	(s)	(cm)	(s)
Kwalifikacyjne	3,4	18	2,5	12,1	58	0,57
Końcowe	5,3	26	1,98	7,8	60,1	0,42

Test równowagi jedno nóż

Badany stoi z kończynami górnymi skrzyżowanymi na klatce piersiowej. Badający poleca badanemu uniesienie jednej kończyny dolnej i mierzy czas, w którym badany jest w stanie utrzymać tę pozycję. Pomiar wykonywany jest dla kończyny lewej i prawej.

Test równowagi na niestabilnym podłożu

Badany wchodzi na platformę piankową o średniej gęstości, o wymiarach 40 x 40 cm. Następnie krzyżuje kończyny górne na klatce piersiowej i zamyka oczy. Badający w momencie zamknięcia oczu przez badanego, włącza stoper i mierzy czas do otwarcia oczu przez badanego lub do momentu oderwania stóp od pianki.

Test koordynacji wzrokowo-ruchowej

Badanie przeprowadzane jest przy pomocy urządzenia o nazwie „Aparat krzyżowy”. Celem testu sprawdzenie czasu reakcji wzrokowo-ruchowej. Zadanie polega na jak najszybszym znalezieniu na osi X Y połączenia zapalających się diod. Badanie pozwala na określenie między innymi takich parametrów jak: czas reakcji, poprawną reakcję na bodziec oraz błędną reakcję na bodziec.

Próba chodu tandemowego

Badany staje prawą stopą na wyznaczonej 2 metrowej linii na podłodze. Badający poleca badanemu wykonanie 10 kroków stopa przed stopą w taki sposób, żeby pięta nogi wykroczonej stykała się z palcami nogi zakroczonej po każdym przełożeniu stopy w przód. Badający mierzy czas i ocenia poprawność wykonania zadania.

Próba pokonywania przeszkody

Badany stoi przed stopniem o wysokości 15 cm. Badający poleca badanemu wejść na stopień prawą stopą, a lewą przenieść nad stopniem i położyć za nim jak najdalej zachowując równowagę. Badający mierzy miarką z podziałką centymetrową odległość między stopniem a piętą lewej nogi. Test przeprowadza się dwukrotnie polecając badanemu rozpoczęcie drugiej próby od lewej kończyny.

Test szybkości i adekwatności reakcji

Badanie przeprowadzane jest przy pomocy urządzenia o nazwie „Miernik czasu reakcji”. Celem testu jest badanie czasu reakcji prostej oraz ocena szybkości i równomierności reakcji na bodźce. Zadanie polega na jak najszybszej reakcji na sygnał świetlny reagując przy wykorzystaniu kończyny dolnej.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że:

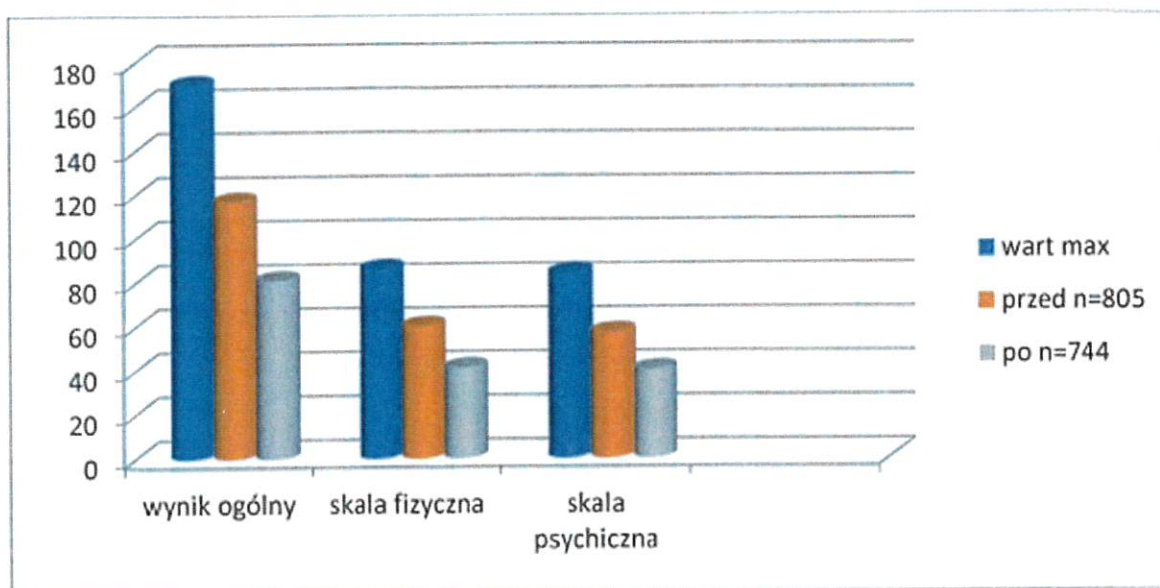
- 1) systematyczny udział w treningach fizycznych przyczynia się do poprawy siły, gibkości i równowagi kobiet i mężczyzn między 60 a 85 rokiem życia;
- 2) poprawa w poszczególnych parametrach ogólnej sprawności jest inna w zależności od miejsca, w którym została przeprowadzona;
- 3) systematyczność uczestnictwa w zajęciach pozwala na ogólną poprawę parametrów sprawności fizycznej i wyników badań antropometrycznych;

- 4) przeprowadzone testy koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz test szybkości i adekwatności reakcji pokazuje, że trening fizyczny wpływa na poprawę badanych parametrów oraz wyniki testów reakcji wzrokowo ruchowej badanych osób;
- 5) równowaga oceniana za pomocą stania na dominującej nodze z zamkniętymi oczami średnio poprawiła się o 2 sekundy. Jak wynika z przeprowadzonych badań wraz z wiekiem znacząco pogarsza się równowaga. Trening oddziałuje tutaj przede wszystkim na poprawę układu propriocepcji czyli receptorów w ścięgnach, mięśniach, więzadłach i torebce stawowej;
- 6) po 3 miesiącach systematycznych ćwiczeń nastąpiła poprawa równowagi, gibkości uczestników a także koordynacji ruchowej, wytrzymałości mięśniowej i szybkości reakcji co przyczynia się do zmniejszenia upadków a w konsekwencji do zwiększenia poziomu niezależności funkcjonalnej;
- 7) przekazanie uczestnikom po zakończonym projekcie indywidualnych zmian odnośnie ich sprawności fizycznej może przyczynić się do zmobilizowania grupy uczestników do systematycznych ćwiczeń fizycznych, co jest jednym z celów pośrednich programu.

Wyniki badań psychologicznych:

Badania psychologiczne miały na celu przedstawić czy subiektywna ocena stanu zdrowia psychofizycznego badanych jak i podejmowane przez nich zachowania zdrowotne zmieniają się po udziale w Programie. Badanie polegało na sprawdzeniu ogólnego stanu zdrowia psychicznego (Kwestionariusz SF-36).

- 1) Ocena jakości życia z podziałem na skale fizyczną i psychiczną



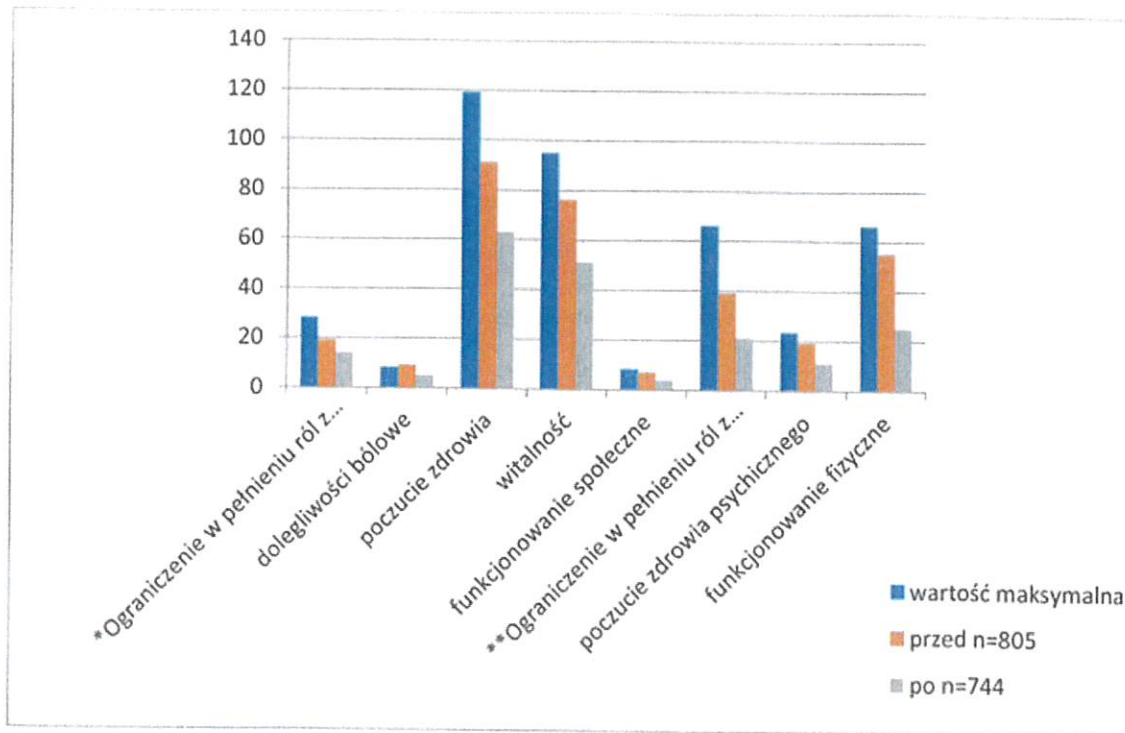
	Wartość maksymalna	wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu (n=805)	Wynik uzyskany po zakończeniu programu (n=744)
Wynik ogólny	171	117	81
Skala fizyczna	103	60	41
Skala psychiczna	68	57	40

Słupki niebieskie wskazują wartość maksymalną, jaką osoby wypełniające kwestionariusz mogłyby uzyskać, gdyby bardzo źle oceniały jakość swojego życia. Wartości te zostały pokazane w celu przedstawienia punktu odniesienia wyników uzyskanych przez uczestników. Pozostałe słupki odnoszą się do wyników otrzymanych w grupie uczestników programu, przed rozpoczęciem programu (słupki pomarańczowy) i po jego zakończeniu (słupki szary). Wynik ogólny, jaki uzyskała badana grupa przed rozpoczęciem programu jest wartością powyżej średniej, co oznacza, że seniorzy na starcie niezbyt dobrze ocenili jakość swojego życia. Poprawa ogólnej oceny jakości życia po zakończeniu programu, wzorem lat ubiegłych,

jest przewidywalna. Kolejny raz wyniki potwierdzają, że realizowany program spełnia swoje zadanie i powinien być kontynuowany, o czym świadczą również wyniki szczegółowe.

Badana grupa na początku programu nieco gorzej oceniała swój stan fizyczny w porównaniu do psychicznego, jednak w obu przypadkach, po zakończeniu programu seniorzy lepiej oceniali swoje samopoczucie w porównaniu do stanu przed rozpoczęciem programu.

2) Ocena jakości życia z wyszczególnieniem 8 wymiarów



* ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia zdrowia fizycznego

** ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia stanu emocjonalnego

Wymiary	Wartość maksymalna	wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu (n=805)	Wynik uzyskany po zakończeniu programu (n=744)
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia zdrowia fizycznego	28	19	14
Dolegliwości bólowe	8	9	5
Poczucie zdrowia	119	91	63
Witalność	95	76	51
Funkcjonowanie społeczne	8	7	4
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia stanu emocjonalnego	66	39	21
Poczucie zdrowia psychicznego	23	19	11
Funkcjonowanie fizyczne	66	55	25

W badanej grupie nastąpiła poprawa wyników na koniec realizacji programu we wszystkich wymiarach. Przed rozpoczęciem programu, w większej skali uczestnicy oceniali swój stan przeciętnie, najsłabiej wypadła ocena dolegliwości bólowych czy poczucia zdrowia psychicznego. Znaczące zmiany zaobserwowano w skalach tj. „poczucie zdrowia”, „witalność” czy „funkcjonowanie fizyczne” i „poczucie zdrowia psychicznego”. Zebrane dane dają pozytywny obraz zachodzących zmian. Poprawa we wszystkich wynikach pokazuje jak dobry wpływ na samopoczucie seniorów ma aktywność fizyczna, integracja społeczna, wzajemna mobilizacja i wsparcie. Jakość życia i jego ocena jest niezaprzeczalnie istotnym wskaźnikiem w ocenie skuteczności działań prozdrowotnych. Uzyskane wyniki potwierdzają kolejny raz, że tak opracowany program spełnia swoją rolę i jest pozytywnie odbierany przez uczestników.

Wnioski:

Ocena jakości życia seniorów w dużej mierze zależy od stanu zdrowia, sprawności, samodzielności i życia towarzyskiego jak i rodzinnego. Udowodniony wpływ regularnej i odpowiedniej do wieku i stanu zdrowia aktywności fizycznej jest jednym z głównych działań profilaktycznych i zdrowotnych zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia. Obserwowane pozytywne zmiany, potwierdzają ogólną wiedzę na temat znaczenia aktywności fizycznej w życiu człowieka. Odgrywa ona niezwykle korzystny wpływ nie tylko na sprawność fizyczną ale również na psychikę ćwiczących.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:

I. Edukacja seniorów:

W ramach programu przeprowadzano edukację pośrednią i bezpośrednią. Edukacja pośrednia (kampania społeczna na rzecz aktywności fizycznej seniorów) polegała na przekazaniu informacji na temat aktywności fizycznej, zapobiegania upadkom, prawidłowego odżywiania itp. za pomocą strony internetowej urzędu marszałkowskiego oraz strony internetowej prowadzonej przez koordynatora na potrzeby programu.

Edukacja bezpośrednia polegała na prowadzeniu zajęć edukacyjnych skierowanych bezpośrednio do uczestników programu. Zajęcia miały charakter wykładów prowadzonych z powodu epidemii koronawirusa w formie on-line, podczas których szkoleniowcy przekazywali wiedzę z zakresu prawidłowych zachowań zdrowotnych.

II. Edukacja trenerów

Nabór trenerów na szkolenie przeprowadzały samorządy terytorialne, które zadeklarowały swój udział w programie. Szkolenie zostało przeprowadzone przez ośrodek koordynujący. W zajęciach uczestniczyli wykwalifikowani rehabilitanci i absolwenci AWF. Zajęcia prowadzili lekarz medycyny sportowej, fizjolog, fizjoterapeuta, psycholog. Szkolenie obejmowało następujące zagadnienia:

1) Specyficzne zmiany fizjologiczne zależne od wieku

- a) teorie starzenia się organizmu
- b) specyficzne zmiany fizjologiczne zależne od wieku
 - zmiany krążeniowo-oddechowe
 - zmiany funkcji układu nerwowego
 - zmiany narządu ruchu
- c) wiek kalendarzowy a wiek biologiczny

2) Aktywność fizyczna a zdrowy styl życia

- a) parametry sprawności fizycznej dla zdrowia
 - sprawność krążeniowo-oddechowa
 - siła i wytrzymałość mięśniowa
 - gibkość
 - równowaga
- b) skutki małej aktywności fizycznej w starszym wieku
 - zwiększenie ryzyka chorób
 - niedołążność - brak samodzielności ruchowej
 - ograniczenia intelektualne
- c) aktywność fizyczna a trening

3) Zasady programowania treningu zdrowotnego seniorów

- a) cel treningu dla zdrowia
- b) rodzaje aktywności fizycznej
- c) obciążenia treningowe

- ocena obciążenia – intensywność i objętość
- obciążenie względne i bezwzględne
- d) kontrola obciążeń (monitoring)
- e) jednostka treningowa

4) Testy sprawności fizycznej seniorów

- a) rodzaje testów
- b) zasady przeprowadzania
- c) gromadzenie wyników

5) Zagrożenia zdrowotne występujące podczas treningu fizycznego

6) Podstawy pierwszej pomocy przedmedycznej

III. Badania kwalifikacyjne i końcowe

W ramach programu przeprowadzono badania kwalifikacyjne i kontrolne w 21 JST. Osoby, które zgłosiły się na badania kwalifikacyjne przeszły m.in. badania ogólnolekarskie, w ramach których uczestnicy wypełnili ankietę o swoim stanie zdrowia, dokonano ocenę kardiologiczną w tym badanie EKG i pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

W ramach badań kwalifikacyjnych i kontrolnych wykonywane były:

- a) badania antropometryczne/ocena składu ciała,
- b) funkcjonalny test sprawności seniorów,
- c) psychologiczne badanie Kwestionariuszowe Stanu Zdrowia.

Ocena składu ciała

W ramach oceny składu ciała zmierzono wskaźnik antropometryczny BMI określający stosunek masy ciała do wzrostu (wg WHO wartość BMI ≥ 30 oznacza otyłość).

W celu dokładniejszej analizy składu ciała użyto aparatu TANITA SC330. Przy pomocy którego uzyskano podstawowe parametry składu ciała: masa mięśniowa (wyrażona w kg) i masa tkanki tłuszczowej (wyrażona w %) oraz zawartość wody (wyrażona w %).

Funkcjonalny test sprawności seniorów polegał na przeprowadzeniu 6 testów:

- 1) Test równowagi jedno nóż
- 2) Test równowagi na niestabilnym podłożu
- 3) Test koordynacji wzrokowo-ruchowej
- 4) Próba chodu tandemowego
- 5) Próba pokonywania przeszkody
- 6) Test szybkości reakcji kończyny dolnej.

Psychologiczna ocena Stanu Zdrowia i Zachowań Zdrowotnych

Do oceny psychologicznej wykorzystano narzędzie badawcze tzw. : Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia SF-36, który służy do badania subiektywnej oceny jakości życia. Narzędzie zawiera 11 pytań, na które ma odpowiedzieć osoba badana zaznaczając krzyżykiem wybraną przez siebie odpowiedź. Wynik uzyskany poprzez zsumowanie poszczególnych pozycji kwestionariusza pozwala na:

- a) całościową ocenę jakości życia,
- b) ocenę jakości funkcjonowania fizycznego,
- c) ocenę jakości funkcjonowania psychicznego,
- d) ocenę bardziej szczegółową – ocenę ośmiu wskaźników jakości życia tj.:
 - ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego,
 - dolegliwości bólowe,
 - ogólne poczucie zdrowia,
 - witalność,
 - funkcjonowanie społeczne,
 - ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych,
 - poczucie zdrowia psychicznego,
 - funkcjonowanie fizyczne.

Najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, natomiast najniższa wartość punktowa oznacza najwyższy poziom jakości życia.

IV. Ćwiczenia fizyczne

Po zakwalifikowaniu przez lekarza, uczestnicy ćwiczyli w grupach 15-20 osobowych, 3 razy w tygodniu po 45 minut. Grupy prowadzone były przez przeszkolonych trenerów. Okres ćwiczeń trwał 3 miesiące. Programy treningowe ukierunkowane były na poprawę:

- sprawności krążeniowo-oddechowej (przykładowe ćwiczenia: marsz, trucht, taniec, aerobik);
- siły i wytrzymałości mięśniowej (przykładowe ćwiczenia: przysiady, ćwiczenia z wykorzystaniem hantli, taśm elastycznych);
- gibkości (przykładowe ćwiczenia: ćwiczenia rozciągające, tzw. stretching);
- równowagi (przykładowe ćwiczenia: ćwiczenia wymuszające utrzymanie prawidłowej pozycji ciała w warunkach ograniczonego podparcia np. stanie na jednej nodze, powolne przenoszenie kończyn podczas marszu lub ćwiczenia o charakterze siłowym wzmacniające mięśnie kończyn dolnych i poprawiające koordynację nerwowo-mięśniową np. odwodzenie kończyn dolnych podczas stania na jednej nodze).

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:

Koordynator programu miał obowiązek przysyłać do dnia 10 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu miesięcznych raportów z działań podejmowanych w ramach realizacji zadania (informacje dotyczące osiągniętych liczbowych rezultatów tj. liczby opracowanych materiałów informacyjno-edukacyjnych, liczby trenerów uczestniczących w szkoleniu, liczby przeprowadzonych badań kwalifikacyjnych, liczby osób zakwalifikowanych do ćwiczeń, liczby badań końcowych, liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych, liczby osób nie objętych działaniami programu ze wskazaniem przyczyn), a po zakończeniu programu w danym roku przekazać sprawozdanie końcowe z realizacji zadania.

Dane w roku 2023 przedstawiają się następująco:

- 1) zaplanowana liczba uczestników – 911
- 2) liczba przeprowadzonych badań kwalifikacyjnych – 842
- 3) liczba osób zakwalifikowana do ćwiczeń - 805
- 4) liczba przeprowadzonych badań końcowych – 744
- 5) liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych – 679
- 6) liczba trenerów uczestnicząca w szkoleniu – 19
- 7) liczba materiałów szkoleniowych – 2 szt. prezentacji.
- 8) Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn:
 - a) zdrowotnych – 37
 - b) z własnej woli – 2.

Główne przyczyny dyskwalifikacji osób do programu z przyczyn zdrowotnych to:

- choroby układu krążenia,
- choroby narządu ruchu,
- choroby tarczycy,
- choroby neurologiczne.

Ankieta satysfakcji

Ankiety wypełniły 744 osoby, 90% uczestników Programu stanowiły kobiety.

- 1) Według miejsca zamieszkania udział w ankiecie wzięło:
 - 33% mieszkańców wsi (n=245),
 - 24% mieszkańców miast do 10 tys. obywateli (n=177),
 - 19% mieszkańców miast do 50 tys. obywateli (n=143),
 - 24% mieszkańców miast powyżej 50 tys. obywateli (n=179).
- 2) Uczestnicy programu mieli następujące wykształcenie:
 - 25% uczestników - wykształcenie podstawowe (n=185),
 - 24% uczestników - wykształcenie zawodowe (n=181),
 - 28% uczestników - wykształcenie średnie (n=206),
 - 23% uczestników - wykształcenie wyższe (n=172).
- 3) wszyscy badani (100% - 744 osoby) stwierdzili, że program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności.
- 4) Dostępność informacji o realizowanym Programie oceniło:
 - 38 % uczestników - bardzo dobrze (n=285),

- 43% uczestników – dobrze (n=315),
 - 19% uczestników – przeciętnie (n=143),
 - 0,1% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników - bardzo źle (n=0).
- 5) Jakość otrzymanych informacji o Programie oceniło:
- 41% uczestników – bardzo dobrze (n=307),
 - 38% uczestników – dobrze (n=283),
 - 21% uczestników – przeciętnie (n=154),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników bardzo źle (n=0).
- 6) Dostępność do udzielanych świadczeń podczas realizacji Programu oceniło:
- 43% uczestników – bardzo dobrze (n=321),
 - 39% uczestników – dobrze (n=291),
 - 18% uczestników – przeciętnie (n=132),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników bardzo źle (n=0).
- 7) Uprzejmość i życzliwość personelu oceniło:
- 75% uczestników – bardzo dobrze (n=558),
 - 25% uczestników – dobrze (n=186),
 - 0% uczestników – przeciętnie (n=0),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników bardzo źle (n=0).
- 8) Poszanowanie prywatności podczas udzielania świadczeń oceniło:
- 65% uczestników – bardzo dobrze (n=482),
 - 35% uczestników – dobrze (n=260),
 - 0,3% uczestników – przeciętnie (n=2),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników bardzo źle (n=0).
- 9) Warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń oceniono:
- 53% uczestników – bardzo dobrze (n=395),
 - 45% uczestników – dobrze (n=338),
 - 2% uczestników – przeciętnie (n=11),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników bardzo źle (n=0).
- 10) Na pytanie czy poleciliby Pan/i udział w Programie bliskim i znajomym, wszyscy badani (100%) jednogłośnie zaznaczyli-TAK.

Ponad połowa ankietowanych (52% - 387 osób) we własnych wnioskach, napisała pozytywną informację zwrotną na temat prowadzonego programu. Uczestnicy najczęściej zwracali uwagę na:

- przyjazną atmosferę podczas zajęć,
- dobrą organizację zarówno treningów jak i badań kwalifikacyjnych i kontrolnych
- profesjonalizm i przyjazne nastawienie instruktorów,
- miły personel,
- poprawę nastroju i samopoczucia po ukończeniu programu.

Wnioski:

Na każdym etapie prowadzonych badań, zespół uzyskiwał pozytywne informacje zwrotne. W indywidualnych rozmowach uczestnicy zaznaczali, że tak zorganizowany program motywuje ich do regularnej aktywności, pozytywnie nastawia do codziennych wyzwań. Ponadto korzystny wpływ grupy jest tak duży, że większość uczestników odczuwała znaczną poprawę samopoczucia zarówno fizycznego jak i psychicznego. Parametry wskazujące na poprawę jakości życia są niezaprzeczalnie istotnymi wskaźnikami w ocenie skuteczności projektu i korzystnych skutków zdrowotnych jakie przynosi projekt. Badani stwierdzali w swoich wypowiedziach, że istotnym atutem programu jest jego systematyczność i możliwość podejmowania regularnych spotkań, które dają dużo radości i poczucie przynależności do danej społeczności jak również pozytywnie motywują.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: 454 899,23 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2023 r.

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	246 395,70	
2. jednostki samorządów terytorialnych	208 503,53	
3.		
Całkowity okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 454 899,23 zł		
Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	246 395,70	
2. jednostki samorządów terytorialnych	208 503,53	
3.		

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:

Badania kwalifikacyjne i kontrolne (badanie ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG) – 188,00 zł

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:	Opis podjętych działań modyfikujących:
<p>Problem:</p> <p>W trakcie realizacji programu w okresie przeprowadzania badań kwalifikacyjnych jedna z gmin wycofała swój udział w programie.</p>	<p>Działanie modyfikujące:</p> <p>Pracownik Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia przeprowadził rozmowę telefoniczną z samorządem terytorialnym w celu ustalenia przyczyny odmowy. Poproszono partnera (JST) aby podjęła próby rozwiązania problemu. Niestety ostatecznie gmina definitywnie zrezygnowała na piśmie z realizacji programu gdyż jak się okazało podejmowała parę prób zebrania uczestników do programu lecz bez skutku.</p>

<p>..... Tomuś Miejscowość</p>	<p>22.02.2024r.</p> <p>..... Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Joanne Chebershe</p> <p>..... oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>
	<p>26.02.2024r.</p> <p>..... Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Członek Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego</p> <p>S. Cym</p> <p>..... oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>