

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 2025 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:

Lp.	Wskaźnik	Wartość do osiągnięcia zgodna z Programem	Wartość osiągnięta
1.	liczba osób aktywnie uczestniczących w programie	2000	979
2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich)	4000	4000
3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	20
4.	wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu	Ocena indywidualnej dokumentacji pacjenta (w tym ankieta wypełniana przez pacjenta przed i po realizacji programu).	

1. Liczba osób aktywnie uczestniczących w programie

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 2025 do programu włączyło się 25 samorządów: a) gminy wiejskie: Cekcyn, Chełmża, Dobrcz, Inowrocław, Obrowo, b) gminy miejsko-wiejskie: Kcynia, Koronowo, Kowalewo Pomorskie, Mroczka, Pakość, Pruszcz, Solec Kujawski, c) gminy miejskie: Brodnica, Chełmno, Ciechocinek, Rypin, d) miasta na prawach powiatu: Grudziądz, Toruń, Włocławek, e) powiaty: chełmiński, inowrocławski, mogileński, nakielski, świecki i wąbrzeski. Samorządy uczestniczące w Programie na samym początku zadeklarowały udział 1058 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.

Niestety jeden z partnerów zrezygnował z udziału w trakcie realizacji Programu, była to gmina miejska Ciechocinek. Ostatecznie w roku 2025 program był realizowany we współpracy z 24 JST.

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 24 samorządach. Na badania zgłosiło się 979 osób, a do programu zakwalifikowało się 948 osób z czego do badań kontrolnych zgłosiło się 901 osób.

2. Liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych

1) Edukacja pośrednia:

- 1 ogłoszenie prasowe,
- materiały szkoleniowe - 3 prezentacje
- strona internetowa Urzędu Marszałkowskiego: www.kujawsko-pomorskie.pl
- strona internetowa o charakterze informacyjno-edukacyjnym prowadzona przez koordynatora na potrzeby programu: www.programydlaseniora.pl - 6 materiałów edukacyjnych zamieszczonych na stronie internetowej.

2) Edukacja bezpośrednia:

- 1 szkolenie dla 20 trenerów,
- 24 spotkania edukacyjne prowadzone przez koordynatora, w których uczestniczyło ok. 584 seniorów,
- przekazywanie informacji prozdrowotnych przez trenerów podczas zajęć fizycznych, w których uczestniczyło 948 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 przeszło 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 20 nowych trenerów. Szkolenie obejmowało 8 godz. zajęć. 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 2025 przeszła szkolenie w latach 2018-2024. Łącznie w danym roku w realizację zajęć sportowych zaangażowanych było 37 trenerów.

4. Wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu

Uczestnicy Programu brali udział w zajęciach aktywności fizycznej w okresie od września do grudnia 2025 r.

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	72,3	27,7	35,4	44,8	44,5
Końcowe	71,9	27,3	35,2	45,4	44,3

Po trzymiesięcznym okresie ćwiczeń i przestrzeganiu zaleceń dietetycznych zaobserwowano poprawę składu ciała w szczególności spadek masy całkowitej ciała, redukcją masy tłuszczowej i zawartości wody. Wśród większości badanych poprawa parametrów antropometrycznych potwierdza znaczenie systematycznych ćwiczeń fizycznych na organizm. Za skuteczną metodę uważa się również zmianę nawyków żywieniowych. Wskaźniki analiz u części uczestników pochodzących zwłaszcza z małych gmin wskazały na brak poprawy. Takie niekorzystne wyniki uzyskano rzadko i mogły wynikać z braku systematycznego udziału w zajęciach sportowych i złych wzorców żywieniowych. Pomimo zidentyfikowanych trudności, ogólny obraz postępów przedstawionych w powyższej tabeli jest dowodem skuteczności wdrożonych działań w ramach realizowanego Programu.

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	17,4	3,15	8,7	60,8	0,45
Końcowe	5,3	28,8	1,95	7,4	66,1	0,58

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 dla 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:

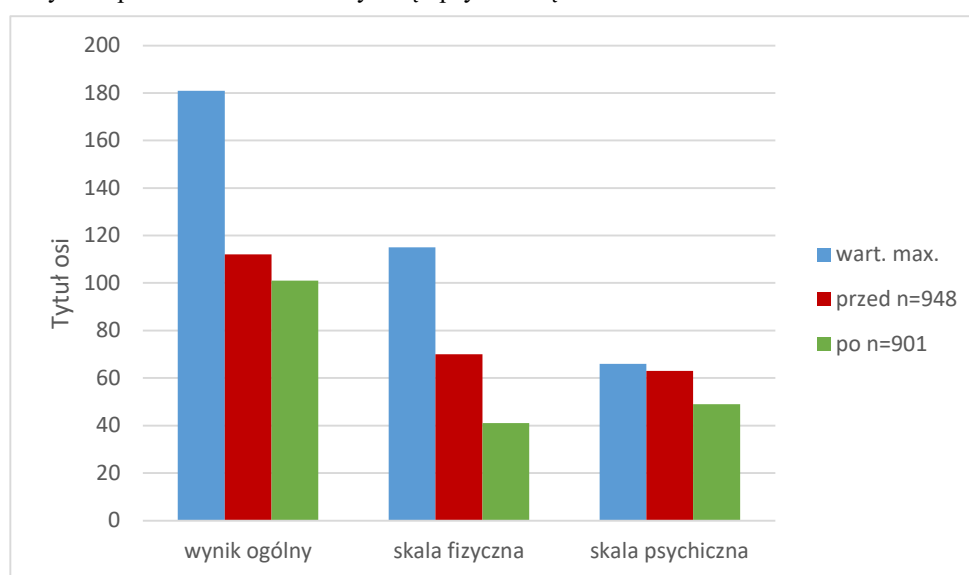
- 1) systematyczny udział w treningach fizycznych przyczynia się do poprawy siły, gibkości i równowagi kobiet i mężczyzn między 60 a 85 rokiem życia;
- 2) systematyczność uczestnictwa w zajęciach pozwala na ogólną poprawę zarówno parametrów sprawności fizycznej jak również wyników badań antropometrycznych;

- 3) równowaga oceniana za pomocą stania na dominującej nodze z zamkniętymi oczami średnio poprawiła się o niecałe 2 sekundy. Jak wynika z przeprowadzonych badań wraz z wiekiem znacząco pogarsza się równowaga. Trening oddziałuje tutaj przede wszystkim na poprawę receptorów w ścięgnach, mięśniach, więzadłach i torebce stawowej;
- 4) przeprowadzone testy koordynacji wzrokowo-ruchowej pokazały, że trening fizyczny wpływa na poprawę badanych parametrów oraz wyniki testów reakcji wzrokowo-ruchowej badanych osób;
- 5) po 3 miesiącach systematycznych ćwiczeń nastąpiła poprawa równowagi, gibkości uczestników, a także koordynacji ruchowej i wytrzymałości mięśniowej co przyczynia się do zmniejszenia upadków, a w konsekwencji do zwiększenia poziomu niezależności funkcjonalnej;
- 6) po okresie ćwiczeń nie uległa poprawie szybkość reakcji kończyny dolnej. Urządzenie wykorzystane przy badaniu umożliwiło pomiar czasu reakcji na bodziec wzrokowy i słuchowy. Należy nadmienić, że na bodźce dźwiękowe reagujemy znacznie szybciej niż na sygnały wzrokowe. Niski poziom szybkości reakcji kończyny dolnej u seniorów, utrzymujący się mimo trzymiesięcznych ćwiczeń fizycznych, może być wynikiem nieodwracalnych zmian neurologicznych i strukturalnych związanych z procesem starzenia, których nie da się w pełni zniwelować w tak krótkim czasie. Trening może poprawić siłę, ale szybkość reakcji jest ściśle powiązana z układem nerwowym.

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 skalę fizyczną i psychiczną



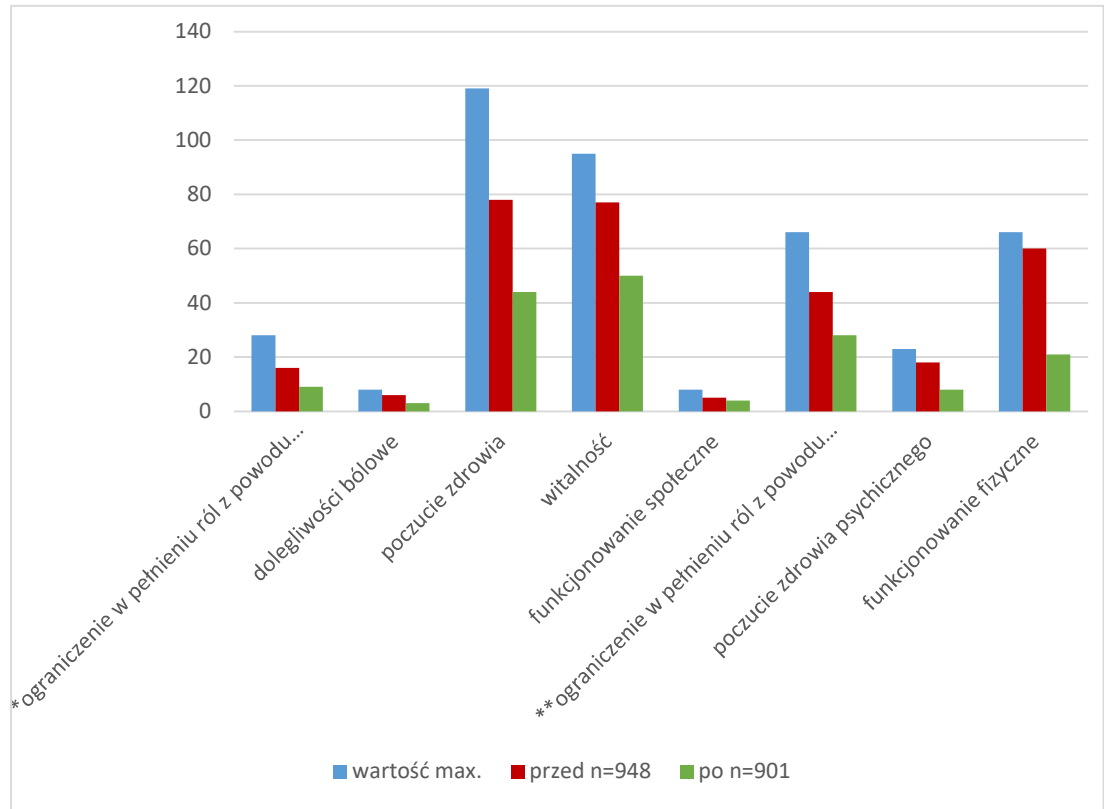
Wyszczególnienie	Wartość maksymalna	Wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu (n=948)	Wynik uzyskany po zakończeniu programu (n=901)
Wynik ogólny	181	112	101
Skala fizyczna	115	70	41
Skala psychiczna	66	63	49

Słupek niebieski wskazuje wartość maksymalną w poszczególnych skalach, która oznacza złą ocenę jakości 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 (słupek czerwony) i po jego zakończeniu (słupek zielony). Wynik ogólny, jaki uzyskała badana grupa przed rozpoczęciem programu oznacza, że seniorzy na starcie przeciętnie oceniali jakość swojego życia, jednak zdecydowanie lepiej niż w roku ubiegłym (wartość

przed rozpoczęciem programu w 2024 r.: 145). 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. Co istotne, to zmiana subiektywnej oceny samopoczucia fizycznego jest znacząca w porównaniu do zeszłorocznych danych (wartość początkowa 70, wartość końcowa 41).

2) Ocena jakości życia z wyszczególnieniem 8 wymiarów



* ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego
** ograniczenie w pełnieniu ról z powodu stanu emocjonalnego

Wymiary	Wartość maksymalna	Wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu (n=948)	Wynik uzyskany po zakończeniu programu (n=901)
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia zdrowia fizycznego	28	16	9
Dolegliwości bólowe	8	6	3
Poczucie zdrowia	119	78	44
Witalność	95	77	50
Funkcjonowanie społeczne	8	5	4
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia stanu emocjonalnego	66	44	28
Poczucie zdrowia psychicznego	23	18	8
Funkcjonowanie fizyczne	66	60	21

W badanej grupie po zakończeniu programu nastąpiła poprawa wyników we wszystkich wymiarach. W tej edycji odnotowano największą zmianę w skalach: „poczucie zdrowia”, „funkcjonowanie fizyczne”, „poczucie zdrowia” oraz „poczucie zdrowia psychicznego”. Najmniejszą poprawę odnotowano w skali „funkcjonowanie społeczne”, jednak biorąc pod uwagę wyjściowy dobry poziom oceny tej sfery zmniejszenie wartości końcowej o 1 punkt i tak przedstawia pozytywny trend. 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 co roku potwierdzają, że aktywność fizyczna odgrywa niezwykle korzystny wpływ nie tylko na sprawność fizyczną ale również na psychikę ćwiczących. Wszystkie powyższe dane są dowodem na to, że tak opracowany program spełnia swoją rolę i jest pozytywnie odbierany przez uczestników, którzy przyznają, że udział w programie ich motywuje do kontynuacji ćwiczeń fizycznych nawet po jego zakończeniu.

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 prowadzonej przez koordynatora na potrzeby programu oraz strony internetowej urzędu marszałkowskiego.

Edukacja bezpośrednia polegała na prowadzeniu zajęć edukacyjnych skierowanych bezpośrednio do uczestników programu. Zajęcia miały charakter wykładów prowadzonych dla każdego samorządu (partnera) oddzielnie, 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 przeprowadzano badania kwalifikacyjne i kontrolne w 24 JST. Osoby, które zgłosiły się na badania kwalifikacyjne przeszły m.in. badania ogólnolekarskie, w ramach których uczestnicy wypełnili ankietę o swoim stanie zdrowia, dokonano oceny kardiologicznej 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 $BMI \geq 30$ 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:

Koordinator programu miał obowiązek przysyłać do dnia 10 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego 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 także liczby upadków wśród uczestników programu, do których doszło w ciągu ostatniego roku przed udziałem w programie i w ciągu ostatnich 3 miesięcy, w których uczestnicy brali udział w zajęciach fizycznych w ramach programu), a po zakończeniu programu w danym roku przekazać sprawozdanie końcowe z realizacji zadania.

Dane w roku 2025 przedstawiają się następująco:

- 1) zaplanowana liczba uczestników – 1058,
- 2) liczba przeprowadzonych badań kwalifikacyjnych – 979,
- 3) liczba osób zakwalifikowana do ćwiczeń – 948,
- 4) liczba przeprowadzonych badań końcowych – 901,
- 5) liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych – 584,
- 6) liczba trenerów uczestnicząca w szkoleniu – 20,
- 7) liczba materiałów edukacyjno-szkoleniowych – 3 prezentacje, 6 artykułów zamieszczonych na stronie internetowej prowadzonej przez koordynatora: www.programydlaseniora.pl,
- 8) liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych – 32 w tym:
 - a) osoby z problemami kardiologicznymi - 26
 - b) osoby z problemami ortopedycznymi - 3
 - c) osoby z problemami onkologicznymi - 1
 - d) inne schorzenia - 2
- 9) liczba upadków wśród uczestników programu, do których doszło:
 - a) w ciągu ostatniego roku przed udziałem w programie – 32 (co stanowi 3,3% wśród osób przebadanych),
 - b) w ciągu ostatnich 3 miesięcy, po zakończeniu udziału w programie – 11 (co stanowi 1,2% wśród osób przebadanych).

Ankieta satysfakcji

Ankiety wypełniło 901 osób, 95% (n=855) uczestników Programu stanowiły kobiety, natomiast 5% (n=46) stanowili mężczyźni.

- 1) Według miejsca zamieszkania udział w ankiecie wzięło:
 - 30,6% mieszkańców wsi (n=276),
 - 23,2% mieszkańców miast do 10 tys. obywateli (n=209),
 - 22,8% mieszkańców miast do 50 tys. obywateli (n=205),
 - 23,4% mieszkańców miast powyżej 50 tys. obywateli (n=211).
- 2) Uczestnicy programu mieli następujące wykształcenie:
 - 22,8% uczestników - wykształcenie podstawowe (n=205),
 - 22,9% uczestników - wykształcenie zawodowe (n=206),
 - 29,4% uczestników - wykształcenie średnie (n=265),
 - 24,9% uczestników - wykształcenie wyższe (n=225).
- 3) Wszyscy badani (100% - 901 osób) stwierdzili, że program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności.

- 4) Uczestnicy dowiedzieli się o możliwości wzięcia udziału w programie z następujących źródeł:
- 19% uczestników – od lekarza/ pielęgniarki w przychodni (n=171),
 - 22,2% uczestników – z ogłoszenia/plakatów/ulotek w przychodni (n=200),
 - 20% uczestników – od rodziny/ znajomych (n=180),
 - 1% uczestników – z środków masowego przekazu (np. telewizja, radio, prasa, internet) (n=6),
 - 38,8% uczestników – z innych źródeł (np. uczestnicy z poprzednich edycji dowiadawali się telefonicznie lub osobiście w JST) (n=250).
- 5) Dostępność informacji o realizowanym Programie oceniło:
- 40,1% uczestników – bardzo dobrze (n=361),
 - 35,2% uczestników – dobrze (n=317),
 - 24,6% uczestników – przeciętnie (n=222),
 - 0,1% uczestników – źle (n=1),
 - 0% uczestników – bardzo źle (n=0).
- 6) Jakość otrzymanych informacji o Programie oceniło:
- 44,4% uczestników – bardzo dobrze (n=400),
 - 41,1% uczestników – dobrze (n=370),
 - 14,5% uczestników – przeciętnie (n=131),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników – bardzo źle (n=0).
- 7) Dostępność do udzielanych świadczeń podczas realizacji Programu oceniło:
- 46,6% uczestników – bardzo dobrze (n=420),
 - 39,8% uczestników – dobrze (n=359),
 - 13,6% uczestników – przeciętnie (n=122),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników – bardzo źle (n=0).
- 8) Na pytanie czy udzielono Panu/i informację o wynikach badania i dalszych zaleceniach, odpowiedziało:
- 84,9% uczestników – TAK (n=665),
 - 15,1% uczestników – NIE (n=118).
- Na to pytanie udzieliły odpowiedzi tylko 783 osoby.
- 9) Uprzejmość i życzliwość personelu oceniło:
- 77,7% uczestników – bardzo dobrze (n=700),
 - 22,3% uczestników – dobrze (n=201),
 - 0% uczestników – przeciętnie (n=0),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników – bardzo źle (n=0).
- 10) Poszanowanie prywatności podczas udzielania świadczeń oceniło:
- 66,9% uczestników – bardzo dobrze (n=603),
 - 33% uczestników – dobrze (n=297),
 - 0,1% uczestników – przeciętnie (n=1),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników – bardzo źle (n=0).
- 11) Warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń oceniono:
- 64,2% uczestników – bardzo dobrze (n=579),
 - 35,2% uczestników – dobrze (n=317),
 - 0,6% uczestników – przeciętnie (n=5),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników – bardzo źle (n=0).
- 12) Na pytanie czy poleciliby Pan/i udział w Programie bliskim i znajomym, wszyscy badani (100%) jednogłośnie zaznaczyli – TAK.

Własne opinie uczestników: 75% ankietowanych (676 osób) we własnych wnioskach, napisała pozytywną informację zwrotną na temat prowadzonego programu. Uczestnicy podobnie jak w poprzednich latach najczęściej zwracali uwagę na:

- dobrą organizację programu,
- profesjonalizm i przyjazne nastawienie instruktorów,
- poprawę nastroju i samopoczucia po ukończeniu programu,
- chęć kontynuowania ćwiczeń w kolejnych edycjach,
- bardzo ciekawą tematykę spotkań edukacyjnych.

Wnioski:

Na każdym etapie prowadzonych badań, zespół uzyskiwał pozytywne informacje zwrotne od uczestników programu, którzy stwierdzali, że tak zorganizowany program motywuje ich do regularnej aktywności fizycznej, co przekłada się na pozytywne nastawienie do codziennych wyzwań. Ponadto, uczestnicy wskazywali korzystny wpływ wspólnych ćwiczeń w grupie, dzięki którym mają poczucie przynależności do społeczności, czują dużą radość i satysfakcję oraz motywację do systematycznej aktywności fizycznej. Większość uczestników odczuwała znaczną poprawę samopoczucia zarówno fizycznego jak i psychicznego. Zauważono, że pewna część uczestników zaznaczyła w ankiecie, że nie otrzymali informacji zwrotnych odnośnie wyników badań i dalszych zaleceń. Powodem tego może być, że odpowiedź tą udzieliły osoby, które nie wzięły udziału w spotkaniach edukacyjnych albo po prostu nie pamiętają, że taka rozmowa miała miejsce. Koordynator twierdzi, że kładzie duży nacisk na przekazywanie zwrotnych informacji na każdym etapie realizacji programu. Pracownicy prowadzący badania odpowiadają na pytania uczestników na bieżąco i zalecają robienie zdjęć wydruków składu ciała dla pewności, że wyniki nie zostaną zgubione i będą mogli je porównać z wynikami końcowymi.

Analiza ankiet jak również indywidualne rozmowy z uczestnikami pokazują, że Program wpływa pozytywnie wśród uczestników nie tylko na ich sferę fizyczną, ale również psychiczną, wspierając ich dobrostan emocjonalny.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: 601 083,91 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2025 r.

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	310 428,00	
2. jednostki samorządów terytorialnych	290 655,91	
Całkowity okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 601 083,91 zł		
Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	310 428,00	
2. jednostki samorządów terytorialnych	290 655,91	

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:

Badania kwalifikacyjne i kontrolne (badanie ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG) – 203,00 zł.

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:	Opis podjętych działań modyfikujących:
<i>Problem:</i>	<i>Działanie modyfikujące:</i>

Toruń Miejscowość	26.02.2026 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Joanna Chaberska oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej
	04.03.2026 r. Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	 oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej