

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																				
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: marzec-grudzień 2018 r. z możliwością kontynuacji	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: sierpień-grudzień 2018 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;">524</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2.</td> <td>liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych</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;">31</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.</td> <td>wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu</td> <td colspan="2">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	524	2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych	4000	4000	3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	31	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	524																		
2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych	4000	4000																		
3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	31																		
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 2018 do programu włączyło się 17 samorządów: gminy: Aleksandrów Kujawski, Cekcyn, Chełmno, Chełmża, Drzycim, Gostycyn, Inowrocław, Nakło n. Notecią, Osielsko, Rogowo, Solec Kujawski, Świekatowo, miasta: Toruń i Włocławek, powiat wąbrzeski. Samorzady zadeklarowały udział 725 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 polegało 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). Każdy uczestnik został poddany lekarskiemu badaniu kwalifikacyjnemu i końcowemu przez lekarza specjalistę medycyny sportowej.																					

Badania kwalifikacyjne dopuszczające do uczestnictwa w Programie przeprowadzono we wszystkich 17 samorządach. Na badania zgłosiły się 683 osoby a do Programu zakwalifikowało się 529 osób. Jedna gmina wycofała swój udział w Programie. Ostatecznie pełny schemat uczestnictwa w programie zrealizowało 524 seniorów.

2. Liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych

1) Edukacja pośrednia:

- ulotki 1000 szt.
- plakaty 150 szt.
- rollupy 2 szt.
- strona internetowa Urzędu Marszałkowskiego: www.kujawsko-pomorskie.pl
- strona internetowa utworzona na potrzeby programu: www.programydlaseniora.pl

2) Edukacja bezpośrednia:

Przeprowadzono 16 spotkań edukacyjnych, w których uczestniczyło 524 seniorów (1 spotkanie dla każdego samorządu, czas trwania szkolenia: ok. 6 godz.)

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 skorzystało 4000 osób.

3. Liczba przeszkolonych trenerów

Koordinator Programu, wybrany w konkursie ofert przeprowadził szkolenie trenerów w celu przygotowania ich do pracy z seniorami. W szkoleniu wzięło udział 31 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.

4. Wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu

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

Wyniki badań antropometrycznych:

Badanie	Wzrost (cm)	Masa ciała (kg)	BMI	Obwód w tali	Obwód biodrowy	Tkanka tłuszczowa	Całkowita zawartość wody (TBW)
	(cm)	(kg)	(kg/m ²)	(cm)	(cm)	(%)	(%)
Kwalifikacyjne	162,15	73,76	28,13	95,05	107,24	36,04	44,48
Końcowe	162,17	73,51	27,87	94,81	106,81	36,08	44,42

U większości badanych stwierdzono nadmiar tkanki tłuszczowej co potwierdza mierzony wskaźnik BMI oraz wielkość obwodów (biodrowego i tali). Wskazuje to na bardzo istotny problem jakim jest nadwaga w grupie wiekowej po 60 r.ż. Po trzymiesięcznym okresie ćwiczeń zaobserwowano niewielki spadek wskaźnika BMI i wielkości obwodu w tali i w biodrach. Wiele prac naukowych potwierdza, że ćwiczenia fizyczne w bardzo małym stopniu wpływają na utratę nadmiaru tkanki tłuszczowej. Za skuteczną metodę uważa się zmianę nawyków żywieniowych.

Wyniki testów sprawności:

Badanie	Tapping	Siła ścisku	Zginanie w łokciu	Wstawanie z krzesła	Wstań i idź	Zasięg na plecach	Siądź i dosięgnij	Stanie z zamkniętymi oczami	Test wstawania
	(s)	(kg)	(n)	(n)	(s)	(cm)	(cm)	(s)	(s)
Kwalifikacyjne	18,08	25,38	21,19	16,01	5,83	-4,21	3,51	3,35	4,79
Końcowe	15,72	25,95	24,75	21,04	4,76	-1,69	6,62	4,93	3,90

Tapping- próba szybkości przemieszczania rąk

Podczas badania wykorzystano specjalnie przygotowany stół, na którym zamieszczone były dwa krążki z elastycznego tworzywa o średnicy 20 cm w odległości 80 cm od siebie. W połowie odległości między nimi umieszczono płytkę o wymiarze 10 na 20 cm. Badany stał przed stołem, kładł nie dominującą dłoń na płytkę, a dłoń dominującą na krążku. Na komendę „start” wykonywał cykl 25 dotknięć krążków. Badający mierzył stoperem czas i kontrolował liczbę poprawnie wykonanych powtórzeń. Próbę wykonywano raz, po wcześniejszym jej objaśnieniu i teście próbnym.

Siła ścisku

Do testu wykorzystano dynamometr ręczny wyskalowany w kilogramach. Osoba poddana badaniu stała w lekkim rozkroku, chwyciła dynamometr i trzymała go wzdłuż ciała wykonując próbę. Próbę wykonywano trzykrotnie, po każdej odczytywano wynik, a do karty badań wpisywano najlepszy. Test wykonywano zarówno prawą jak i lewą dłonią.

Zginanie w łokciu z obciążeniem

Do tego badania użyto krzesła o standardowej wysokości z oparciem pod plecy. Ustawiono je tyłem do ściany, opierając je o nią. Badany siadał na krześle, stopy ułożone równolegle do siebie kładł na podłodze i opierał się o oparcie krzesła. Następnie chwycił dłonią dominującą dwukilogramowy hantel. Test rozpoczynał z wyprostowaną kończyną górną wzdłuż ciała, trzymając ciężarek podchwytem. Na komendę „start” przez 30 sekund zginał kończynę w stawie łokciowym i prostował tak szybko, jak mógł. Zliczano tylko prawidłowo wykonane powtórzenia.

Wstawanie z krzesła

Do badania użyto krzesła o standardowej wysokości z prostym oparciem. Ustawiono je tak, żeby oparcie dotykało ściany w celu zapewnienia stabilności podczas testu. Badany siadał na krześle, plecy opierał o oparcie, a stopy kładł płasko na podłożu i w tej pozycji rozpoczynał test z rękoma skrzyżowanymi na klatce piersiowej. Na sygnał „start” badany musiał wykonać jak największą liczbę powtórzeń charakteryzujących się pełnym wyprostem ciała i powrotem do pozycji siedzącej. Zliczano tylko prawidłowo wykonane powtórzenia. Test trwał 30 sekund.

Wstań i idź

W teście stosowano krzesło o standardowej wysokości z oparciem pod plecy. Ustawiono je tyłem do ściany, opierając je o nią. Badany siadał na krześle, stopy kładł równolegle do siebie na podłodze i opierał się o oparcie krzesła, z kończynami górnymi skrzyżowanymi na klatce piersiowej. Na sygnał „start” badany wstawał rozkładał ręce i jak najszybciej pokonywał dystans, idąc do pacholka oddalonego od niego o 2,5 metra, następnie zwracał wokół niego i jak najszybciej wracał do siadu na krześle. Badający mierzył czas „przejścia”. Pozwalano na wykonanie jednej próby przed przystąpieniem do testu właściwego.

Zasięg na plecach

Osoba badana stała wyprostowana w lekkim rozkroku, a badający stał z tyłu za nią. Test polegał na zetknięciu środkowych palców obu dłoni za plecami. Badany sięgał jedną ręką po plecach z góry po to aby zetknąć środkowy palec z drugą dłonią, którą sięgał po plecach od dołu. Jeżeli palce się stykały to wynik zapisywano jako zerowy, jeśli palce nie dotykały się to wynik był ujemny, natomiast jeśli palce zachodziły na siebie to pomiar zapisywano jako dodatni. Do pomiaru użyto linijki z podziałką w centymetrach. Próba była wykonywana dwukrotnie.

Siądź i dosięgnij

Do testu wykorzystano specjalnie przygotowaną platformę z zamieszczonym na niej ruchomym wskaźnikiem. Osoba badana siadała na podłodze w siadzie prostym, opierała część podeszwy stopy o platformę prostopadle do podłoża. Test polegał na przesunięciu opuszkami palców wzdłuż platformy wskaźnika do przodu podczas maksymalnego pochylenia przy zachowaniu kąta prostego w stawach kolanowych. Poziom zerowy pojawiał się na wskaźniku gdy opuszki palców stóp zrównały się z opuszkami palców dłoni. Gdy przy maksymalnym wychyleniu tułowia badany zatrzymał opuszki palców przed linią zerową, to wynik zapisywano jako ujemny, jeżeli zatrzymanie nastąpiło za linią, wynik odnotowano jako dodatni. Pomiar zapisywano w centymetrach. Próbę wykonywano dwukrotnie.

Stanie z zamkniętymi oczami- test równowagi

Badany stał naprzeciw badającego, unosił stopę do góry, w tej pozycji chwycił równowagę i po jej uzyskaniu zamykał oczy. Badający, w momencie zamknięcia oczu przez badanego włączył stoper i mierzył czas do chwili utraty równowagi przez badanego lub do otwarcia przez niego oczu. Dla zabezpieczenia badanego przed niekontrolowanym upadkiem próba odbywała się w rogu sali gimnastycznej, a tester stał przed badanym. Test wykonywany był trzykrotnie, a pod uwagę brany był najlepszy wynik spośród tych prób.

Test wstawania na czas

Badany kładł się na plecach z wyprostowanymi kończynami dolnymi i kończynami górnymi wzdłuż ciała. Na komendę „start” badany wstawał do pozycji pionowej na czas. Uzyskanie pozycji pionowej badany realizował poprzez przetoczenie się na bok i wypad nogi dominującej do przodu, a następnie przez klęk podparty jedno nogą i wyprost kończyn dolnych. Próbę wykonywano dwukrotnie. Badający mierzył czas stoperem.

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) liczba wykonywanych powtórzeń w 30s teście wstawania z krzesła wzrosła aż u 98% badanych;
- 3) zwiększyła się gibkość kręgosłupa i tylnej grupy mięśni uda pod wpływem treningu u 97% badanych, średnio o 3 cm;
- 4) równowaga oceniona za pomocą stania na dominującej nodze z zamkniętymi oczami średnio poprawiła się o 2 sekundy;

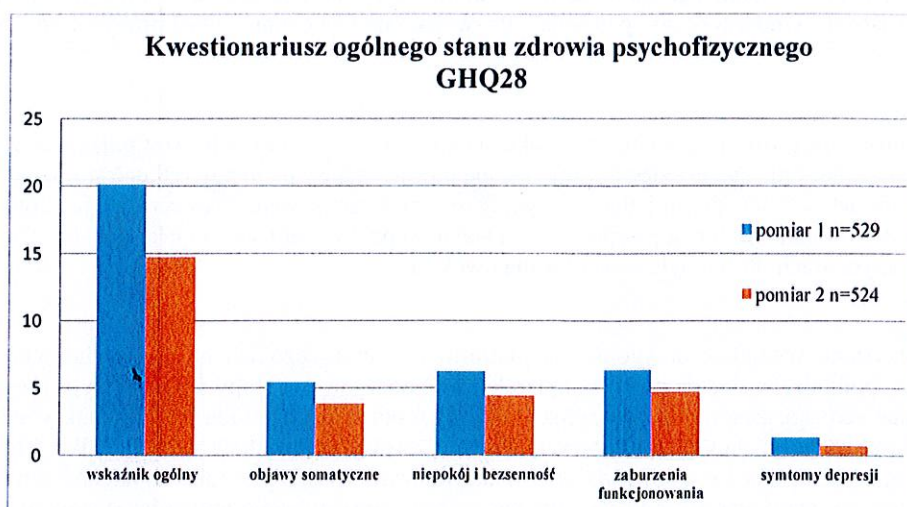
Poprawa siły, szczególnie kończyn dolnych, a także równowagi i gibkości uczestników Programu po 3 miesiącach systematycznych ćwiczeń fizycznych może zmniejszyć prawdopodobieństwo ich upadków.

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 GHQ28) oraz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

1) Kwestionariusz GHQ28

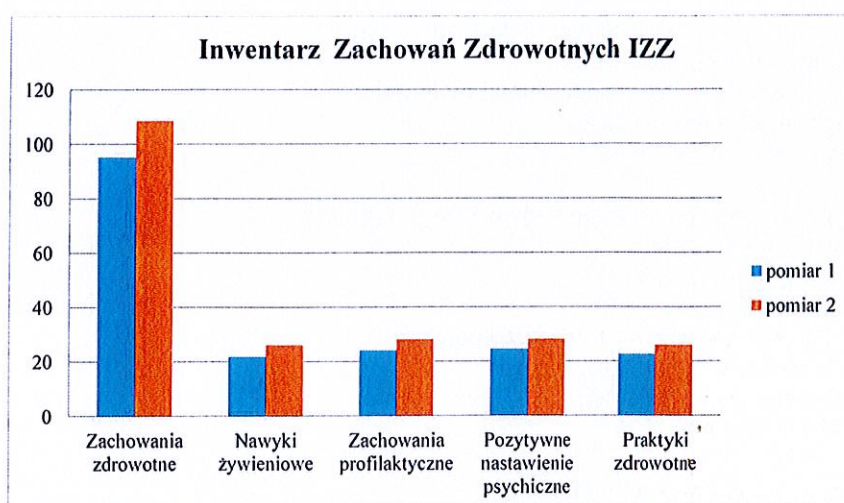
Przed rozpoczęciem ćwiczeń fizycznych badani słabo oceniali swój stan zdrowia psychicznego (20 pkt/ 24 pkt możliwe). Dyskomfort wiązał się przede wszystkim z odczuwanymi dolegliwościami somatycznymi: zmęczenie, systematyczne bóle głowy, problemy ze snem, niepokój, przemęczenie.



Po 3 miesiącach uczestnictwa zaobserwowano poprawę ogólnego samopoczucia, spadek niepokoju i bezsenności i symptomów depresji. Mimo, iż wyniki końcowe mieszczą się jeszcze w wartościach wysokich, to jednak zauważono korzystne zmiany, które pozwalają wnioskować, że w momencie kontynuacji systematycznej aktywności fizycznej pozytywny trend się utrzyma.

2) Inwentarz zachowań zdrowotnych IZZ

Badana grupa w pierwszym pomiarze deklarowała, że podejmuje na co dzień zachowania zdrowotne, które mają się przyczynić do poprawy zdrowia i przedłużenia sprawności: starają się unikać przetworzonej żywności, soli i nadmiaru cukru, smażonych i tłustych potraw. Uczestnicy deklarowali również wysoką świadomość konieczności regularnych badań i systematycznego przyjmowania zaleconych leków. Większość osób bo aż 97% nie pali papierosów. Po 3 miesiącach uczestniczenia w Programie zauważono nieznaczne pozytywne zmiany. Odnotowano u 120 osób (23% badanych) znaczną poprawę we wszystkich podskalach inwentarza- połowa z nich uzyskała wyniki maksymalne (120 pkt). Można wnioskować, że kontynuacja regularnej aktywności fizycznej i skrupulatne podejmowanie zachowań zdrowotnych powinna przynieść dalsze pozytywne efekty.



Wnioski:

Ocena jakości życia seniorów w dużej mierze zależy od stanu zdrowia, sprawności, samodzielności i życia towarzyskiego jak i rodzinnego. Liczebność chętnych do udziału w programie pokazuje wzrost świadomości osób starszych. 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, mimo że są niewielkie potwierdzają ogólną wiedzę na temat znaczenia aktywności fizycznej w życiu człowieka.

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 ulotek, strony internetowej urzędu marszałkowskiego oraz strony internetowej utworzonej specjalnie na potrzeby programu.

Edukacja bezpośrednia polegała na prowadzeniu zajęć edukacyjnych skierowanych bezpośrednio do uczestników programu. Zajęcia miały charakter wykładów podczas których szkoleniowcy przekazywali wiedzę z zakresu prawidłowych zachowań zdrowotnych.

II. Edukacja trenerów

Nabór trenerów na szkolenie przeprowadzały samorzady 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
 - niedołężność - 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. 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 i Zachowań Zdrowotnych.

Ocena składu ciała

W ramach oceny składu ciała zmierzono wzrost, masę ciała i obwody talii i bioder. Zmierzono również 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 i masa tkanki tłuszczowej wyrażone w procentach i kilogramach, całkowita zawartość wody w ciele wyrażona w procentach.

Funkcjonalny test sprawności seniorów polegał na przeprowadzeniu 10 testów:

- 1) Test równowagi
- 2) Test równowagi na niestabilnym podłożu
- 3) Test wstawania na czas
- 4) Próba szybkości przemieszczania rąk (Tapping)
- 5) Siła ścisku
- 6) 30 sekundowy test wstawania z krzesła
- 7) Zginanie w stawie łokciowym z obciążeniem
- 8) Wstań i idź
- 9) Siądź i dosięgnij
- 10) Zasięg na plecach

Psychologiczna ocena Stanu Zdrowia i Zachowań Zdrowotnych

Do oceny psychologicznej wykorzystano dwa narzędzia:

- 1) Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ28, który służy do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych. Pozwala na wyłonienie osób, których stan psychiczny uległ czasowemu lub długookresowemu załamaniu w wyniku doświadczanych trudności, problemów lub skutek choroby somatycznej i psychicznej oraz takich, u których występuje istotne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego.

Dane kwestionariuszowe dają wyniki:

- w skali ogólnej

- w podskalach:

Skala A – objawy somatyczne

Skala B – niepokój i bezsenność

Skala C – zaburzenia funkcjonowania

Skala D – symptomy depresji.

- 2) Inwentarz Zachowań Zdrowotnych IZZ, który jest przeznaczony do badania zdrowych i chorych osób dorosłych. Pozwala na uzyskanie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych, a także wyników odnoszących się do poszczególnych kategorii tych zachowań:
 - nawyki żywieniowe,
 - zachowania profilaktyczne (przestrzeganie zaleceń lekarskich, poszerzanie wiedzy o działaniach profilaktycznych),
 - pozytywne nastawienia psychiczne (unikanie stresu, dbanie o życie towarzyskie i rodzinne),
 - praktyki zdrowotne (wypoczynek, aktywność fizyczna, kontrola masy ciała, unikanie używek).

IV. Ćwiczenia fizyczne

Po zakwalifikowaniu przez lekarza, uczestnicy ćwiczyli w grupach 14-16 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:

Zaplanowana liczba uczestników – 725

Liczba zgłoszonych osób na badania kwalifikacyjne 683

Liczba osób zakwalifikowanych do programu – 529

Liczba osób aktywnie uczestnicząca w programie – 524

Gmina Świekatowo ze względu na małą liczbę zakwalifikowanych uczestników, zrezygnowała z uczestnictwa w Programie. W związku z powyższym ostatecznie w Programie uczestniczyły 524 osoby.

Aż 22,5 % deklarujących chęć uczestnictwa w Programie nie została zakwalifikowana gdyż na badania kwalifikacyjne zgłaszały się osoby ze znacznymi ograniczeniami ruchowymi. Kandydaci traktowali Program jako ćwiczenia rehabilitacyjne.

Główne przyczyny dyskwalifikacji to:

- choroby układu krążenia,
- stany po zabiegach operacyjnych,
- choroby narządu ruchu,
- choroby tarczycy,
- choroby neurologiczne.

Ankieta satysfakcji

Ankiety wypełniło 461 osób, 99% uczestników Programu stanowiły kobiety.

- 1) Według miejsca zamieszkania udział w ankiecie wzięło:
 - 113 mieszkańców wsi,
 - 94 mieszkańców miast do 10 tys. obywateli,
 - 118 mieszkańców miast do 50 tys. obywateli,
 - 136 mieszkańców miast powyżej 50 tys. obywateli.
- 2) Badani zgodnie stwierdzili, że program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności.
- 3) Dostępność informacji o realizowanym Programie oceniło:
 - 52 % uczestników - bardzo dobrze,
 - 37% uczestników - dobrze,
 - 9% uczestników - przeciętnie,
 - 1% uczestników - źle,
 - 1% uczestników - bardzo źle.
- 4) Jakość otrzymanych informacji o Programie oceniło:
 - 48% uczestników – bardzo dobrze,
 - 41% uczestników – dobrze,
 - 9% uczestników – przeciętnie,
 - 1,5% uczestników – źle,
 - 0,5% uczestników bardzo źle.
- 5) Dostępność udzielanych świadczeń podczas realizacji Programu oceniło:
 - 48% uczestników – bardzo dobrze,
 - 43,5% uczestników – dobrze,
 - 7,5% uczestników – przeciętnie,
 - 0,4% uczestników – źle,
 - 0,6% uczestników bardzo źle.
- 6) Uprzejmość i życzliwość personelu oceniło:
 - 54% uczestników – bardzo dobrze,
 - 39% uczestników – dobrze,
 - 6% uczestników – przeciętnie,
 - 0,4% uczestników – źle,
 - 0,6% uczestników bardzo źle.
- 7) Poszanowanie prywatności podczas udzielania świadczeń oceniło:
 - 52% uczestników – bardzo dobrze,
 - 41,5% uczestników – dobrze,
 - 6% uczestników – przeciętnie,
 - 0,5% uczestników – źle.
- 8) Warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń oceniono:
 - 5% uczestników – bardzo dobrze,
 - 43% uczestników – dobrze,
 - 6,5% uczestników – przeciętnie,
 - 0,5% uczestników – źle.
- 9) Na pytanie czy poleciłby Pan/i udział w Programie bliskim i znajomym 99% uczestników odpowiedziało, że tak.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: 237 690,16 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2018 r.

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	139 277,96	
2. jednostki samorządów terytorialnych	98 412,20	
3.		

Całkowity okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 237 690,16 zł

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	139 277,96	
2. jednostki samorządów terytorialnych	98 412,20	
3.		

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:

Badania kwalifikacyjne i kontrolne (badanie ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG) – 120,00 zł

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:	Opis podjętych działań modyfikujących:
Problem 1: Zgłaszalność osób ze znacznymi ograniczeniami ruchowymi i z przewlekłymi chorobami dyskwalifikującymi dane osoby do udziału w Programie.	Działanie modyfikujące: Samorządy terytorialne zostały poinformowane przez koordynatora e-mailem o zdrowotnych warunkach uczestnictwa w Programie. Pracownik Departamentu Zdrowia poinformował telefonicznie partnerów programu aby Programu nie traktować jako ćwiczenia rehabilitacyjne tylko jako Program, który poprawia sprawność seniorów i zapobiega upadkom.

..... Toruń Miejscowość 20.03.2019 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Dyrektor Departamentu Zdrowia Marek Januszewski (1) oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej
 Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej

