

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 2020 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; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Lp.</th> <th style="width: 40%;">Wskaźnik</th> <th style="width: 25%;">Wartość do osiągnięcia zgodna z Programem</th> <th style="width: 25%;">Wartość osiągnięta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>liczba osób aktywnie uczestniczących w programie</td> <td style="text-align: center;">2000</td> <td style="text-align: center;">547</td> </tr> <tr> <td>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>3.</td> <td>liczba przeszkolonych trenerów</td> <td style="text-align: center;">25-50</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>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	547	2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych	4000	4000	3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	8	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	547																		
2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych	4000	4000																		
3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	8																		
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 2020 do programu włączyły się 23 samorzady: gminy: Aleksandrów Kujawski, Brodnica, Cekcyn, Chełmno, Chełmża, Drzycim, Gostycyn, Inowrocław, Kowalewo Pomorskie, Lubanie, Osielsko, Pruszcz, Rogowo (p. rypiński), Rogowo (p. żniński), Solec Kujawski, Stolno, Szubin, Wąbrzeźno, miasta: Grudziądz, Toruń i Włocławek, powiat świecki i wąbrzeski. Samorzady na samym początku zadeklarowały udział 864 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 polegać powinno 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).

Niestety sytuacja epidemiologiczna jaka zaistniała w 2020 r. w znacznym stopniu ograniczyła lub wręcz uniemożliwiła prawidłową realizację programu. Wzorem lat poprzednich niemożliwe stało się zrealizowanie zaplanowanych badań kontrolnych, pozwalających na ocenę korzyści wynikających z realizacji i tym samym potwierdzających słuszność założeń programu. W ramach programu każdy uczestnik został poddany lekarskiemu badaniu kwalifikacyjnemu przez lekarza specjalistę medycyny sportowej. Niestety uczestnicy nie mieli możliwości ćwiczyć systematycznie przez okres 3 miesięcy, niektórzy ćwiczyli przez miesiąc do półtora miesiąca tylko 2 gminy były w stanie prowadzić zajęcia systematycznie w formie zdalnej ale nie wszystkie osoby zakwalifikowane miały tę możliwość (gmina Gostycyn i Cekecyn) co pozwoliło tylko w tych gminach przeprowadzić badania końcowe. W początkowym etapie realizacji programu 5 samorządów wycofało się z realizacji zadania (gmina Brodnica, Lubanie, Stolno, Wąbrzeźno i miasto Włocławek).

Badania kwalifikacyjne dopuszczające do uczestnictwa w Programie przeprowadzono ostatecznie w 18 samorządach. Na badania zgłosiło się 565 osób a do programu zakwalifikowało się 547 osób.

2. Liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych

1) Edukacja pośrednia:

- ulotki 2500 szt.
- ogłoszenie prasowe,
- strona internetowa Urzędu Marszałkowskiego: www.kujawsko-pomorskie.pl
- strona internetowa prowadzona przez koordynatora na potrzeby programu: www.programydlaseniora.pl

2) Edukacja bezpośrednia:

Przeprowadzono 18 spotkań edukacyjnych, część w formie on-line, część w formie hybrydowej, w których uczestniczyło ok. 500 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 8 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 2020 przeszła szkolenie w roku 2018 i 2019.

4. Wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu

Uczestnicy Programu brali udział w zajęciach aktywności fizycznej w większości gmin w okresie od września do października. Tylko w 2 gminach i to jeszcze nie wszystkie osoby zakwalifikowane do ćwiczeń miały możliwość brać udział w zajęciach aktywności fizycznej w formie on-line. Niestety wyniki pokazują, że tylko nieznacznie wskaźniki się poprawiły co z pewnością miało na to wpływ wiele czynników wywołanych ogólną sytuacją epidemiczną (ograniczenie wychodzenia z domów czyli

brak możliwości spacerowania, zmniejszone kontakty międzyludzkie w tym z trenerami i koordynatorem, zajądanie stresu itp.). Wszystko to przyczyniło się do zaburzeń nawyków zdrowotnych, zmniejszenia motywacji i chęci do aktywności. Poniżej przedstawione zostały wyniki badań jakie można było przeprowadzić tylko w 2 wyżej wspomnianych gminach.

Wyniki badań antropometrycznych:

Badanie	Masa ciała (kg)	BMI	Ilość tkanki tłuszczowej (FAT MASS)	Tkanka tłuszczowa	Beztłuszczowa masa ciała (FFM)	Podstawowa przemiana materii (BMR)
	(kg)	(kg/m ²)	(kg)	(%)	(kg)	(kcal)
Kwalifikacyjne	75,00	28,00	23	36,00	41,5	1273
Końcowe	74,50	29,00	28,50	36,50	48	1385,5

Po trzymiesięcznym okresie ćwiczeń przeprowadzonych w części stacjonarnie a w ostatnim miesiącu on-line (w gminie Gostycyn i Cekecyn), zaobserwowano tylko niewielki spadek masy ciała. 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. U niektórych badanych stwierdzono brak poprawy a nawet małe pogorszenie ale było to spowodowane brakiem systematyczności udziału w zajęciach jak i nie przestrzeganiem zasad zbilansowanej diety jak i wieloma innymi czynnikami, wymienionymi powyżej.

Wyniki testów sprawności:

Badanie	Test równowagi jedno nóż	Test równowagi na niestabilnym podłożu	Skok w przód obunóż	Próba chodu tandemowego	Próba pokonywania przeszkody
	(s)	(s)	(cm)	(cm)	(cm)
Kwalifikacyjne	7	14,5	58	9	71
Końcowe	10,5	33	75	6,5	77,5

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.

Skok w przód obunóż

Badany staje na linii początkowej, która oznacza wartość zero. Badający nakazuje wykonanie skoku obunóż z zaznaczeniem dobrania siły odpowiedniej dla możliwości badanego. Wartość jest odczytywana w centymetrach dla danego skoku.

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.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że:

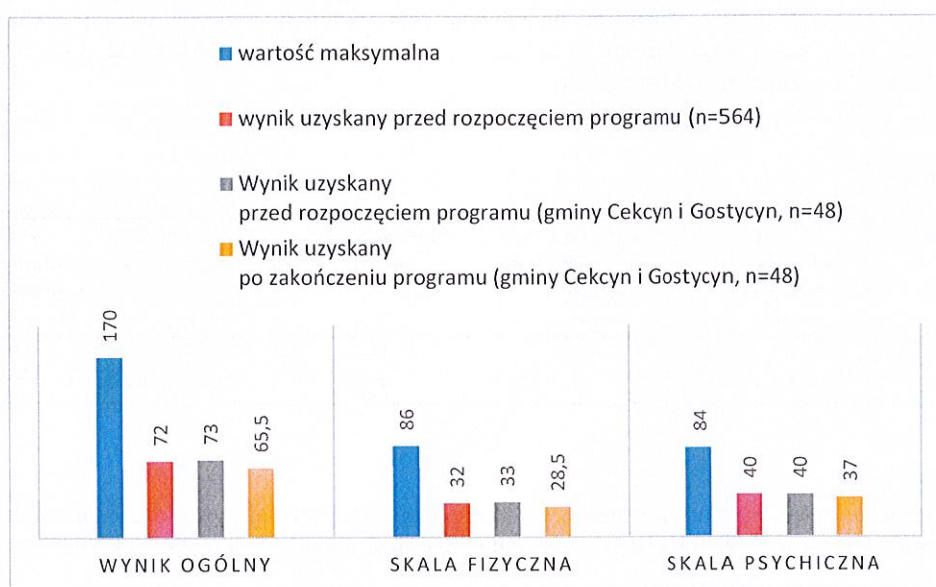
- 1) systematyczny udział w treningach fizycznych przyczynia się do poprawy siły, gibkości i równowagi kobiet i mężczyzn między 60 a 85 rokiem życia;

- 2) systematyczność uczestnictwa w zajęciach pozwala na ogólną poprawę parametrów sprawności fizycznej;
- 3) równowaga oceniana za pomocą stania na dominującej nodze z zamkniętymi oczami średnio poprawiła się o 3 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;
- 4) poprawa siły, szczególnie kończyn dolnych, a także równowagi i gibkości uczestników Programu po 3 miesiącach systematycznych ćwiczeń fizycznych może zmniejszyć prawdopodobieństwo ich upadków a co za tym idzie zwiększyć poziom niezależności funkcjonalnej.

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).

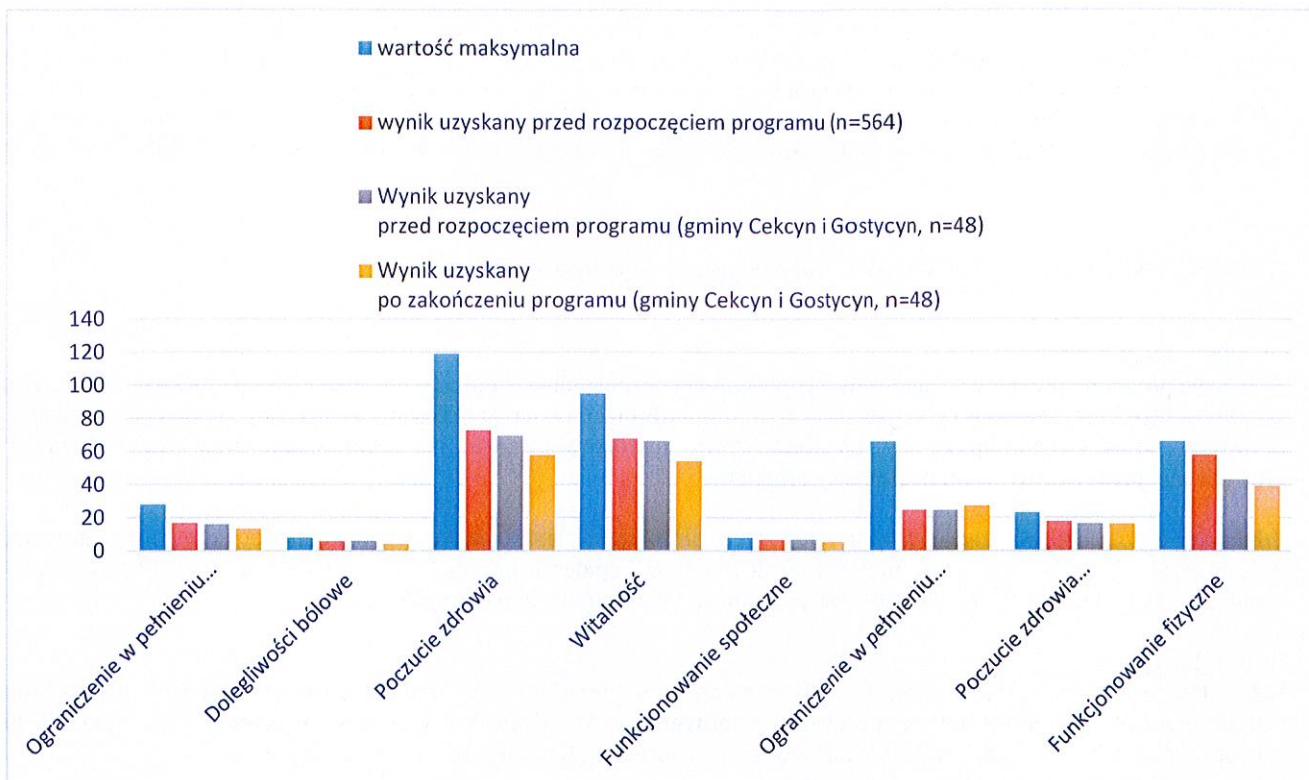
- 1) Ocena jakości życia z podziałem na skalę fizyczną i psychiczną



	Wartość maksymalna	wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu (n=564)	Wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu (gminy Cekcyn i Gostycyn, n=48)	Wynik uzyskany po zakończeniu programu (gminy Cekcyn i Gostycyn, n=48)
Wynik ogólny	170	72	73	65,5
Skala fizyczna	86	32	33	28,5
Skala psychiczna	84	40	40	37

Słupki niebieski wskazuje 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. Wynik ogólny grupy jest wartością poniżej średniego wyniku, co oznacza, że seniorzy w miarę dobrze oceniają jakość swojego życia. Analizując dokładniej, to badanie nieco gorzej oceniają swój stan psychiczny w porównaniu do fizycznego, 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



Wymiary	Wartość maksymalna	wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu (n=564)	Wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu (gminy Czekcyn i Gostycyn, n=48)	Wynik uzyskany po zakończeniu programu (gminy Czekcyn i Gostycyn, n=48)
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia zdrowia fizycznego	28	17	16	13,5
Dolegliwości bólowe	8	6	6	4,5
Poczucie zdrowia	119	73	69,5	58
Witalność	95	68	66,5	54,5
Funkcjonowanie społeczne	8	7	7	5,5
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia stanu emocjonalnego	66	25	24,5	27,5
Poczucie zdrowia psychicznego	23	18	16,5	16,5
Funkcjonowanie fizyczne	66	58	43	39,5

W badanej grupie nastąpiła zmiana w większości wymiarach. Uczestnicy oceniają swoje samopoczucie na lepsze. Odzwierciedlają to zmiany w skalach „witalność”, „funkcjonowanie fizyczne” i „poczucie zdrowia” – wymiary te są składowymi skali fizycznej. Ponadto seniorzy już na samym początku dobrze oceniali swoje samopoczucie psychiczne. Poprawa, choć niewielka w skalach „funkcjonowanie społeczne” czy „dolegliwości bólowe” jest trendem pożądanym, który uczestnicy programu odczuwają.

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, mimo że są niewielkie 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 ulotek, 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 w 18 JST, natomiast badania kontrolne z powodu stanu epidemicznego udało się przeprowadzić tylko w 2 gminach. 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 $BMI \geq 30$ 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.

Funkcjonalny test sprawności seniorów polegał na przeprowadzeniu 5 testów:

- 1) Test równowagi jedno nóż
- 2) Test równowagi na niestabilnym podłożu
- 3) Skok w przód obunóż
- 4) Próba chodu tandemowego
- 5) Próba pokonywania przeszkody.

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.

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 powinien trwać co najmniej 3 miesiące. Niestety z powodu epidemii koronawirusa okres realizacji zajęć ćwiczeniowych w większości JST trwał maksymalnie do 1,5 miesiąca. Tylko w dwóch gminach uczestnicy mieli możliwość kontynuowania ćwiczeń w formie on-line (gmina Cekcyn i Gostycyn). 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 15 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu miesięcznych raportów z działań podejmowanych w ramach realizacji zadania (informacje dotyczące osiągniętych liczbowych rezultatów tj. liczby wydrukowanych 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), a po zakończeniu programu w danym roku przekazać sprawozdanie końcowe z realizacji zadania.

Dane w roku 2020 przedstawiały się następująco:

- 1) zaplanowana liczba uczestników – 664
- 2) liczba przeprowadzonych badań kwalifikacyjnych – 565
- 3) liczba osób zakwalifikowana do ćwiczeń - 547
- 4) liczba przeprowadzonych badań końcowych – 48
- 5) liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych – 500
- 6) liczba trenerów uczestnicząca w szkoleniu – 8
- 7) liczba opracowanych i wydrukowanych ulotek – 2500 szt.

Z przeprowadzonych rozmów z uczestnikami Gminy Cekcyn i Gostycyn wynika, że udział w programie wpłynął pozytywnie na stosunek do ćwiczeń i poziom motywacji do ich dalszej regularnej realizacji. Uczestnicy mają nadzieję, że będzie można program kontynuować i to w formie jak przed epidemią tj. stacjonarnie gdyż jak zauważyli w grupie zwiększają się więzi społeczne i pogłębiają relacje interpersonalne, co przekłada się na duże zadowolenie z przynależności do społeczności w programie. Uczestnicy podkreślili, że poprzez udział w programie poprawili również poziom samooceny, wynikającej z lepszego samopoczucia i sprawności psychofizycznej.

Uzyskane informacje z ankiet satysfakcji (choć przeprowadzone w bardzo małej grupie) pokazują, że uczestnicy pozytywnie oceniają udział w przedsięwzięciu i podkreślają, że wspólny udział wnosi wiele motywacji do działania, pokonując barierę w zmobilizowaniu się do uczestnictwa w regularnej aktywności. Jakość życia i jego ocena jest niezaprzeczalnie istotnym wskaźnikiem w ocenie skuteczności działań prozdrowotnych.

Wnioski:

Zorganizowane ćwiczenia fizyczne, zarówno w terenie jak i w obiektach zamkniętych powinny być jedną z podstawowych form aktywności w programach skierowanych do osób starszych. Odgrywają one niezwykle korzystny wpływ nie tylko na sprawność fizyczną, ale również na sprawność psychiczną i poznawczą.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: 228 267,00 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2020 r.

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	164 895,64	
2. jednostki samorządów terytorialnych	63 371,36	
3.		
Całkowity okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 349 235,93 zł		
Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	164 895,64	
2. jednostki samorządów terytorialnych	63 371,36	
3.		

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:

Badania kwalifikacyjne (badanie ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG) – 110,00 zł

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:	Opis podjętych działań modyfikujących:
<p>1. Z powodu epidemii koronawirusa pojawiły się wątpliwości co do realizacji programu, 5 samorządów terytorialnych wycofało się z uczestnictwa w programie.</p> <p>2. W dalszej części realizacji programu problemem było uniemożliwienie udziału uczestnikom programu w ćwiczeniach sportowych.</p>	<p><i>Działanie modyfikujące:</i></p> <p>1. Departament Zdrowia wystosował informację do samorządów terytorialnych z prośbą o przeanalizowanie możliwości kontynuowania programu z uwzględnieniem wytycznych oraz ustalono z koordynatorem programu, że aktualne wytyczne dotyczące warunków jakie należy spełniać przy realizacji programu będą zamieszczane na stronie internetowej prowadzonej przez koordynatora.</p> <p>2. Koordynator zachęcał samorzady aby wzięły przykład z dwóch gmin, w których uczestnicy mieli możliwość kontynuowania zajęć z trenerem w formie on-line.</p>

<p><i>Tomin</i></p> <p>.....</p> <p>Miejscowość</p>	<p><i>01.03.2021r.</i></p> <p>.....</p> <p>Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p><i>Joanna Choberska</i></p> <p>.....</p> <p>oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>
	<p>.....</p> <p>Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA</p> <p><i>Piotr Cielbecki</i></p> <p>.....</p> <p>oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>

