

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: maj-grudzień 2021 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;">774</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;">22</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	774	2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich)	4000	4000	3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	22	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	774																		
2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich)	4000	4000																		
3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	22																		
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 każdego roku 2000. Liczba osób uzależniona jest od liczby zaangażowanych w program jednostek samorządu terytorialnego i od ich możliwości finansowych. W roku 2021 do programu włączyło się 26 samorządów: gminy wiejskie: Cekcyn, Chełmża, Inowrocław, Kęsowo, Obrowo, Osielsko, Pruszcz, Rogowo (p. rypiński), Rogowo (p. zniński), gminy miejsko-wiejskie: Kcynia, Koronowo, Kowalewo Pomorskie, Kruszwica, Pakość, Solec Kujawski, Szubin, miasta: Brodnica, Chełmno, Grudziądz, Rypin, Toruń, Włocławek, powiaty: chełmiński, inowrocławski, świecki i wąbrzeski. Samorzady na samym początku zadeklarowały udział 928 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).

Badania kwalifikacyjne dopuszczające do uczestnictwa w Programie przeprowadzono we wszystkich 26 samorządach. Na badania zgłosiło się 807 osób a do programu zakwalifikowały się 774 osoby z czego do badań kontrolnych zgłosiło się 666 osób.

Niestety sytuacja epidemiczna jaka istnieje od 2020 r. w pewnym stopniu ograniczyła prawidłową realizację programu. Część uczestników nie zgłosiła się na badania kontrolne z powodu choroby bądź obawy o swoje zdrowie. W związku z powyższym istnieje rozbieżność pomiędzy liczbą osób zakwalifikowanych a przeprowadzonych badań końcowych. Mimo wszystko realizacja programu w roku 2021 przebiegła z dużo lepszym efektem niż w roku 2020.

2. Liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych

1) Edukacja pośrednia:

- ogłoszenie prasowe,
- materiały szkoleniowe- 26 szt.
- 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 22 trenerów,
- 26 spotkań edukacyjnych prowadzonych przez koordynatora, w których uczestniczyło ok. 330 seniorów.
- przekazywanie informacji prozdrowotnych przez trenerów podczas zajęć fizycznych, w których uczestniczyło 774 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

Koordinator Programu, wybrany w konkursie ofert przeprowadził szkolenie trenerów w celu przygotowania ich do pracy z seniorami. W szkoleniu wzięło udział 22 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 2021 przeszła szkolenie w latach 2018-2020.

Łącznie w roku 2021 zajęcia fizyczne prowadzone były przez 42 trenerów.

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	Ilość tkanki tłuszczowej (FAT MASS)	Tkanka tłuszczowa	Beztłuszczowa masa ciała – masa tkanki mięśniowej (FFM)	Zawartość wody w procentach (TBW)
	(kg)	(kg/m ²)	(kg)	(%)	(kg)	(%)
Kwalifikacyjne	74,2	28,06	28	36,26	45	43,1
Końcowe	71,7	26,35	26,50	35,04	46	43,9

Po trzymiesięcznym okresie ćwiczeń zaobserwowano niewielki spadek masy ciała, wskaźnika BMI a także ilości tkanki tłuszczowej co pokazuje powyższa tabela. 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. Może być to spowodowane brakiem systematyczności udziału w zajęciach jak i nie przestrzeganie zasad zbilansowanej diety. Problem dotyczy mniejszych gmin. Jednak należy wziąć pod uwagę fakt, że poprawa nastąpiła wśród większości badanych i jest to pozytywna informacja. Faktyczny obraz postępów można zaobserwować w powyższej tabeli.

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
	(s)	(s)	(s)	(s)	(cm)
Kwalifikacyjne	3,46	36,48	1,67	7,99	53,84
Końcowe	5,09	58,50	1,79	6,67	65,42

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 reakcją na bodziec oraz błędną reakcją 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.

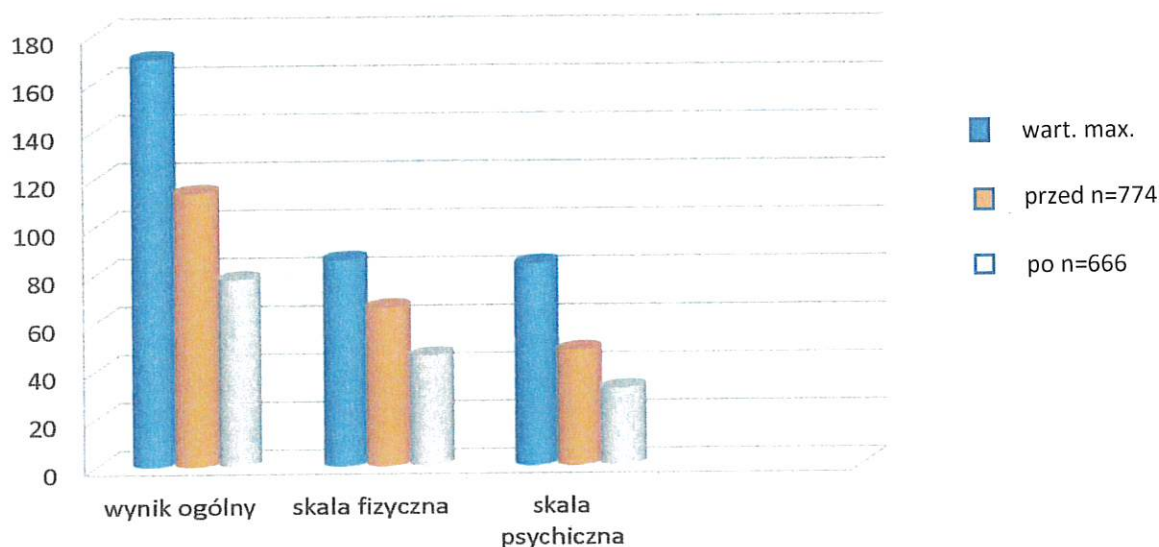
Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że:

- 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 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;
- 4) po 3 miesiącach systematycznych ćwiczeń nastąpiła poprawa równowagi, gibkości uczestników a także koordynacji ruchowej a to z pewnością może przyczynić się do zmniejszenia upadków a w konsekwencji do zwiększenia poziomu 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 skale fizyczną i psychiczną

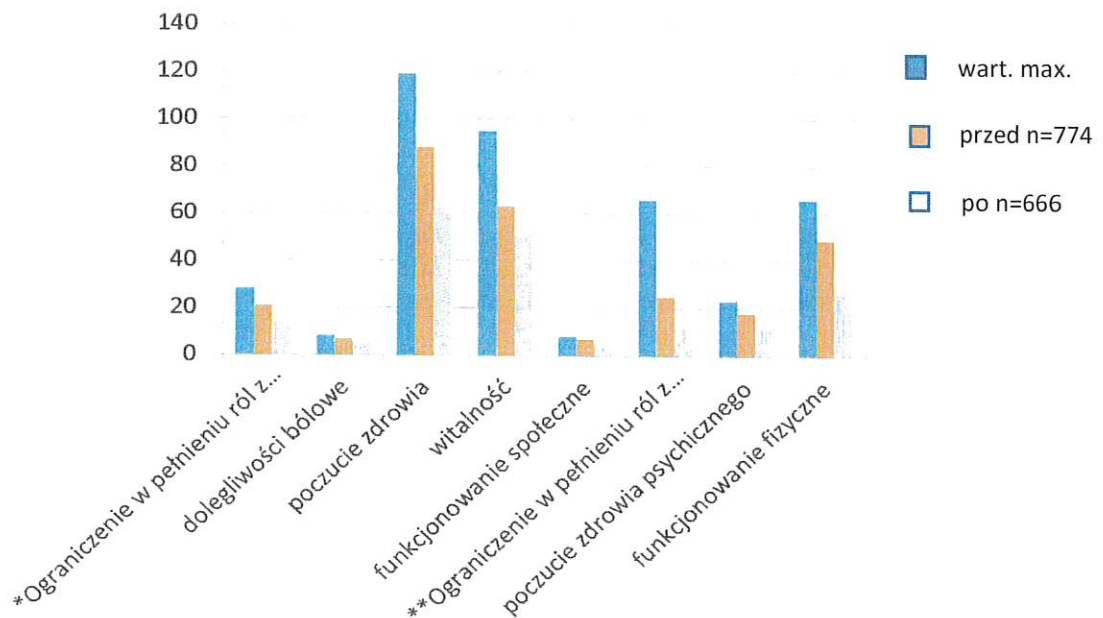


	Wartość maksymalna	wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu (n=774)	Wynik uzyskany po zakończeniu programu (n=666)
Wynik ogólny	171	114	78
Skala fizyczna	103	66	46
Skala psychiczna	68	48	32

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 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 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



Wymiary	Wartość maksymalna	wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu (n=774)	Wynik uzyskany po zakończeniu programu (n=666)
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia zdrowia fizycznego	28	21	15
Dolegliwości bólowe	8	7	5
Poczucie zdrowia	119	88	53
Witalność	95	63	51
Funkcjonowanie społeczne	8	7	4
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia stanu emocjonalnego	66	48	27
Poczucie zdrowia psychicznego	23	18	10
Funkcjonowanie fizyczne	66	53	24

W badanej grupie nastąpiła zmiana we wszystkich wymiarach. Uczestnicy oceniają swoje samopoczucie na lepsze. Odzwierciedlają to znaczne zmiany w skalach np. „poczucie zdrowia”, „witalność” czy „funkcjonowanie fizyczne” – wymiary te są składowymi skali fizycznej. 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.

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
 - niedośćność - 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 w 26 JST, natomiast badania kontrolne z powodu stanu epidemicznego udało się przeprowadzić w 22 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 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) Test koordynacji wzrokowo-ruchowej
- 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.

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 przesyłać 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-educacyjnych, 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 2021 przedstawiały się następująco:

- 1) zaplanowana liczba uczestników – 928
- 2) liczba przeprowadzonych badań kwalifikacyjnych – 807
- 3) liczba osób zakwalifikowana do ćwiczeń - 774
- 4) liczba przeprowadzonych badań końcowych – 666
- 5) liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych – 330
- 6) liczba trenerów uczestnicząca w szkoleniu – 22
- 7) liczba materiałów szkoleniowych – 26 szt.

Główne przyczyny dyskwalifikacji do programu to:

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

Ankieta satysfakcji

Ankieta wypełniło 620 osób, 89% uczestników Programu stanowiły kobiety.

- 1) Według miejsca zamieszkania udział w ankiecie wzięło:
 - 33% mieszkańców wsi (n=204),
 - 23% mieszkańców miast do 10 tys. obywateli (n=143),
 - 17% mieszkańców miast do 50 tys. obywateli (n=105),
 - 27% mieszkańców miast powyżej 50 tys. obywateli (n=168).
- 2) Uczestnicy programu mieli następujące wykształcenie:
 - 25% uczestników - wykształcenie podstawowe (n=155),
 - 19% uczestników - wykształcenie zawodowe (n=118),
 - 31% uczestników - wykształcenie średnie (n=192),
 - 25% uczestników - wykształcenie wyższe (n=155).
- 3) Prawie wszyscy badani (99,4%) stwierdzili, że program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności. Tylko 4 osoby odpowiedziały negatywnie.
- 4) Dostępność informacji o realizowanym Programie oceniło:
 - 36 % uczestników - bardzo dobrze (n=223),
 - 38% uczestników – dobrze (n=236),
 - 26% uczestników – przeciętnie (n=161),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników - bardzo źle (n=0).
- 5) Jakość otrzymanych informacji o Programie oceniło:
 - 39% uczestników – bardzo dobrze (n=242),
 - 36% uczestników – dobrze (n=223),
 - 25% uczestników – przeciętnie (n=155),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników bardzo źle (n=0).
- 6) Dostępność udzielanych świadczeń podczas realizacji Programu oceniło:
 - 40% uczestników – bardzo dobrze (n=248),
 - 35% uczestników – dobrze (n=217),
 - 25% uczestników – przeciętnie (n=155),
 - 0% uczestników – źle (n=0),
 - 0% uczestników bardzo źle (n=0).
- 7) Uprzejmość i życzliwość personelu oceniło:
 - 75% uczestników – bardzo dobrze (n=465),
 - 25% uczestników – dobrze (n=155),
 - 0% uczestników – przeciętnie (n=0),

- 0% uczestników – źle (n=0),
- 0% uczestników bardzo źle (n=0).

8) Poszanowanie prywatności podczas udzielania świadczeń oceniono:

- 65% uczestników – bardzo dobrze (n=403),
- 30% uczestników – dobrze (n=186),
- 5% uczestników – przeciętnie (n=31),
- 0% uczestników – źle (n=0),
- 0% uczestników bardzo źle (n=0).

9) Warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń oceniono:

- 49% uczestników – bardzo dobrze (n=304),
- 45% uczestników – dobrze (n=279),
- 6% uczestników – przeciętnie (n=37),
- 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 jednogłośnie zaznaczyli-TAK.

Ponad połowa ankietowanych (57%) we własnych wnioskach, napisała pozytywną informację zwrotną na temat prowadzonego programu. Uczestnicy najczęściej zwracali uwagę:

- profesjonalizm instruktorów,
- dopasowanie ćwiczenia do możliwości i umiejętności ćwiczących,
- przyjazną atmosferę podczas zajęć,
- 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.

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.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: 421 257,85 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021 r.

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	238 390,55	
2. jednostki samorządów terytorialnych	182 867,30	
3.		

Całkowity okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 421 257,85 zł

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	238 390,55	
2. jednostki samorządów terytorialnych	182 867,30	
3.		

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:

Badania kwalifikacyjne i kontrolne (badanie ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG) – 167,00 zł

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:	Opis podjętych działań modyfikujących:
Problem: 1. Z powodu epidemii koronawirusa do programu zgłosiło się mniej uczestników niż zaplanowano. 2. W 4 gminach nie przeprowadzono badań kontrolnych z powodu po części epidemii koronawirusa oraz braku chęci seniorów przystąpienia do badań.	Działanie modyfikujące: 2. Departament Spraw Społecznych i Zdrowia planuje w roku 2022 opracować oświadczenie dla uczestników programu, które będzie zobowiązywać beneficjentów do udziału we wszystkich zaplanowanych działaniach w ramach programu.

<p style="text-align: center;">..... Tomuń Miejscowość</p>	<p style="text-align: center;">14.03.2022 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p style="text-align: center;">Joanna Cholewska Oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>
	<p style="text-align: center;">17.03.2022 r. Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p style="text-align: center;">Województwo Kujawsko-Pomorskie Członek Zarządu Oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>