

**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	<b>RAPORT KOŃCOWY</b> <b>Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ</b>																				
Nazwa programu polityki zdrowotnej:	<b>Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim</b>  (nr opinii AOTMiT: 285/2017)																				
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:																				
marzec-grudzień 2018 r. z możliwością kontynuacji	maj-grudzień 2022 r.																				
<b>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:</b>																					
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.																					
<b>Wskaźniki osiągnięcia celów:</b>																					
<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;">848</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;">26</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.</td> <td>wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">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	848	2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich)	4000	4000	3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	26	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	848																		
2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich)	4000	4000																		
3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	26																		
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 2022 do programu włączyły się 23 samorzady: a) gminy wiejskie: Aleksandrów Kujawski, Cekcyn, Chełmża, Inowrocław, Obrowo, Osielesko, Pruszcz, b) gminy miejsko-wiejskie: Kcynia, Koronowo, Kowalewo Pomorskie, Nakło nad Notecią, Pakość, Solec Kujawski, c) miasta: Brodnica, Grudziądz, Rypin, Toruń, Włocławek, d) powiaty: chełmiński, inowrocławski, mogileński, świecki i wąbrzeski. Samorzady na samym początku zadeklarowały udział 1001 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 23 samorządach. Na badania zgłosiły się 873 osoby a do programu zakwalifikowało się 848 osób z czego do badań kontrolnych zgłosiło się 807 osób.

## 2. Liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych

### 1) Edukacja pośrednia:

- ogłoszenie prasowe,
- materiały szkoleniowe- 28 szt.
- strona internetowa Urzędu Marszałkowskiego: [www.kujawsko-pomorskie.pl](http://www.kujawsko-pomorskie.pl)
- strona internetowa o charakterze informacyjno-edukacyjnym prowadzona przez koordynatora na potrzeby programu: [www.programydlaseniora.pl](http://www.programydlaseniora.pl)

### 2) Edukacja bezpośrednia:

- 1 szkolenie dla 26 trenerów,
- 23 spotkania edukacyjne prowadzone przez koordynatora, w których uczestniczyło ok. 594 seniorów.
- przekazywanie informacji prozdrowotnych przez trenerów podczas zajęć fizycznych, w których uczestniczyło 848 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 26 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 2022 przeszła szkolenie w latach 2018-2021.

## 4. Wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu

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

### **Wyniki badań antropometrycznych:**

Badanie	Masa ciała (kg)	BMI	Tkanka tłuszczowa	Masa tkanki mięśniowej (FFM)	Zawartość wody w procentach (TBW)
	(kg)	(kg/m <sup>2</sup> )	(%)	(kg)	(%)
Kwalifikacyjne	72,5	25,8	33,2	42,7	43,6
Końcowe	74	27,3	35,2	45,2	45

Po trzymiesięcznym okresie ćwiczeń zaobserwowano brak poprawy a nawet pogorszenie wyników jeśli chodzi o kwestie wagi 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. I tutaj można wywnioskować, że mimo zwracania uwagi seniorom na te kwestie, wielu z nich nie przestrzegało zbilansowanej diety. Problem dotyczy mniejszych gmin. Jednak należy wziąć pod uwagę fakt, że u większości badanych wzrosła masa tkanki mięśniowej i jest to pozytywna informacja.

#### ***Wyniki testów sprawności:***

Badanie	Test równowagi jedno nóż	Test równowagi na niestabilnym podłożu	Test koordynacji – czas reakcji	Próba chodu tandemowego	Próba pokonywania przeszkody	Test szybkości reakcji kończyny dolnej
	(s)	(s)	(s)	(s)	(cm)	(s)
Kwalifikacyjne	4,6	35,4	2,2	9,3	49,2	0,45
Końcowe	6,6	50	1,78	6,8	65,3	0,38

#### 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.

#### Test szybkości i adekwatności reakcji

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

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że:

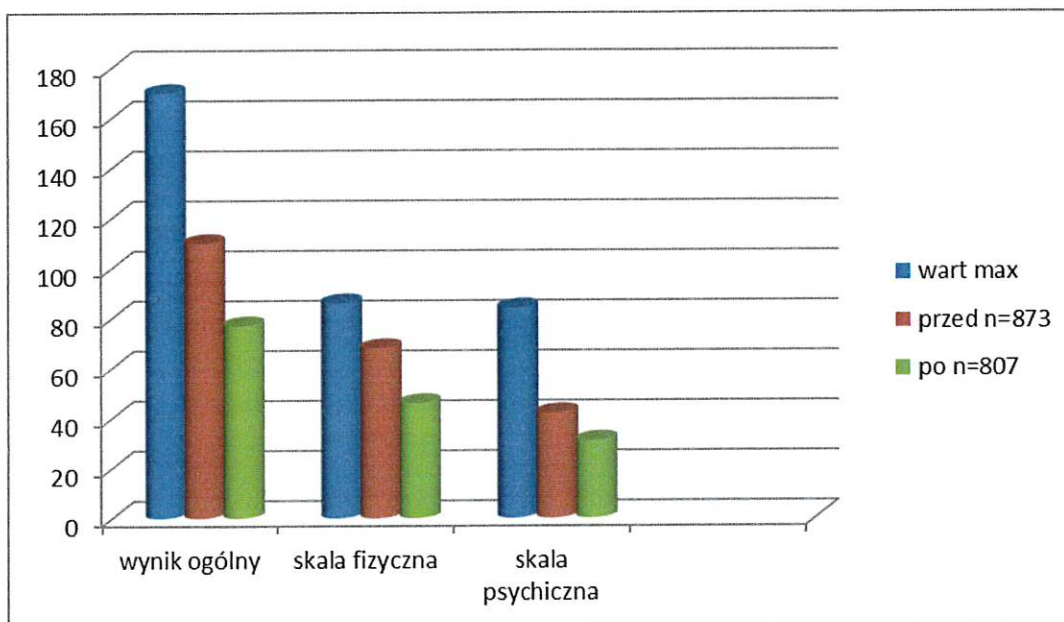
- 1) systematyczny udział w treningach fizycznych przyczynia się do poprawy siły, gibkości i równowagi kobiet i mężczyzn między 60 a 85 rokiem życia;
- 2) poprawa w poszczególnych parametrach ogólnej sprawności jest inna w zależności od miejsca, w którym została przeprowadzona;
- 3) systematyczność uczestnictwa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

- 4) 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;
- 5) po 3 miesiącach systematycznych ćwiczeń nastąpiła poprawa równowagi, gibkości uczestników a także koordynacji ruchowej i wytrzymałości mięśniowej, 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

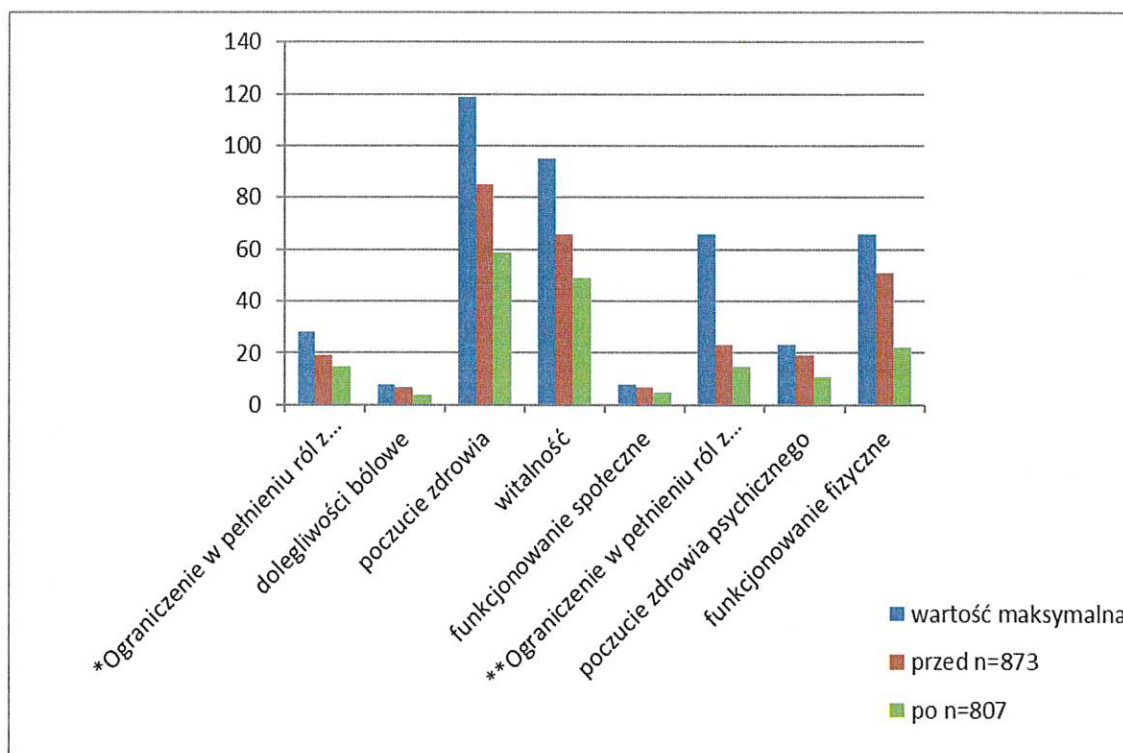


	Wartość maksymalna	wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu (n=774)	Wynik uzyskany po zakończeniu programu (n=666)
Wynik ogólny	171	110	77
Skala fizyczna	103	68	46
Skala psychiczna	68	42	31

Słupki niebieski wskazuje wartość maksymalną, jaką osoby wypełniające kwestionariusz mogłyby uzyskać, gdyby bardzo źle oceniali jakość swojego życia. Wartości te zostały pokazane w celu przedstawienia punktu odniesienia wyników uzyskanych przez uczestników. Pozostałe słupki odnoszą się do wyników otrzymanych w grupie uczestników programu, przed rozpoczęciem programu (słupki czerwony) i po jego zakończeniu (słupki zielony). Wynik ogólny, jaki uzyskała badana grupa przed rozpoczęciem programu jest wartością powyżej średniej, co oznacza, że seniorzy na starcie niezbyt dobrze ocenili jakość swojego życia. Poprawa ogólnej oceny jakości życia po zakończeniu programu, wzorem lat ubiegłych, jest przewidywalna. Kolejny raz wyniki potwierdzają, że realizowany program spełnia swoje zadanie i powinien być kontynuowany, o czym świadczą również wyniki szczegółowe.

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

## 2) Ocena jakości życia z wyszczególnieniem 8 wymiarów



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	19	15
Dolegliwości bólowe	8	7	4
Poczucie zdrowia	119	85	59
Witalność	95	66	49
Funkcjonowanie społeczne	8	7	5
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia stanu emocjonalnego	66	23	15
Poczucie zdrowia psychicznego	23	19	9
Funkcjonowanie fizyczne	66	51	22

W badanej grupie nastąpiła poprawa wyników na koniec realizacji programu we wszystkich wymiarach. Przed rozpoczęciem programu, w większej skali uczestnicy oceniali swój stan przeciętnie, choć lepiej niż w poprzedniej edycji. Uczestnicy oceniają swoje samopoczucie na lepsze co z pewnością jest to związane ze zniesieniem ograniczeń związanych z pandemią i stopniowym powrotem do tzw. „normalności”. Znaczne zmiany zaobserwowano w skalach tj. „poczucie zdrowia”, „witalność” czy „funkcjonowanie fizyczne” i „poczucie zdrowia psychicznego”. Zebrane dane dają pozytywny obraz zachodzących zmian. Poprawa we wszystkich wynikach pokazuje jak dobry wpływ na samopoczucie seniorów ma aktywność fizyczna, integracja społeczna, wzajemna mobilizacja i wsparcie. Jakość życia i jego ocena jest niezaprzeczalnie istotnym

wskaźnikiem w ocenie skuteczności działań prozdrowotnych. Uzyskane wyniki potwierdzają kolejny raz, że tak opracowany program spełnia swoją rolę i jest pozytywnie odbierany przez uczestników.

Wnioski:

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

**Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:**

### **I. Edukacja seniorów:**

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

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

### **II. Edukacja trenerów**

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

#### **1) Specyficzne zmiany fizjologiczne zależne od wieku**

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

#### **2) Aktywność fizyczna a zdrowy styl życia**

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

#### **3) Zasady programowania treningu zdrowotnego seniorów**

- a) cel treningu dla zdrowia
- b) rodzaje aktywności fizycznej
- c) obciążenia treningowe
  - ocena obciążenia – intensywność i objętość
  - obciążenie względne i bezwzględne
- d) kontrola obciążeń (monitoring)
- e) jednostka treningowa

#### 4) Testy sprawności fizycznej seniorów

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

#### 5) Zagrożenia zdrowotne występujące podczas treningu fizycznego

#### 6) Podstawy pierwszej pomocy przedmedycznej

### III. Badania kwalifikacyjne i końcowe

W ramach programu przeprowadzono badania kwalifikacyjne i kontrolne w 23 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  $\geq 30$  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 Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu miesięcznych raportów z działań podejmowanych w ramach realizacji zadania (informacje dotyczące osiągniętych liczbowych rezultatów tj. liczby 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 2022 przedstawiały się następująco:

- 1) zaplanowana liczba uczestników – 1001
- 2) liczba przeprowadzonych badań kwalifikacyjnych – 873
- 3) liczba osób zakwalifikowana do ćwiczeń - 848
- 4) liczba przeprowadzonych badań końcowych – 807
- 5) liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych – 594
- 6) liczba trenerów uczestnicząca w szkoleniu – 26
- 7) liczba materiałów szkoleniowych – 28 szt.

Główne przyczyny dyskwalifikacji 25 osób do programu z przyczyn zdrowotnych to:

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

#### **Ankieta satysfakcji**

Ankieta wypełniło 807 osób, 90% uczestników Programu stanowiły kobiety.

- 1) Według miejsca zamieszkania udział w ankiecie wzięło:
  - 34% mieszkańców wsi (n=274),
  - 23% mieszkańców miast do 10 tys. obywateli (n=186),
  - 19% mieszkańców miast do 50 tys. obywateli (n=153),
  - 24% mieszkańców miast powyżej 50 tys. obywateli (n=194).
- 2) Uczestnicy programu mieli następujące wykształcenie:
  - 26% uczestników - wykształcenie podstawowe (n=210),
  - 24% uczestników - wykształcenie zawodowe (n=194),
  - 28% uczestników - wykształcenie średnie (n=226),
  - 22% uczestników - wykształcenie wyższe (n=177).
- 3) Prawie wszyscy badani (99,4%) stwierdzili, że program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności. Tylko 2 osoby odpowiedziały negatywnie.
- 4) Dostępność informacji o realizowanym Programie oceniło:
  - 38 % uczestników - bardzo dobrze (n=307),
  - 42% uczestników – dobrze (n=339),
  - 20% uczestników – przeciętnie (n=161),
  - 0% uczestników – źle (n=0),
  - 0% uczestników - bardzo źle (n=0).
- 5) Jakość otrzymanych informacji o Programie oceniło:
  - 40% uczestników – bardzo dobrze (n=323),
  - 38% uczestników – dobrze (n=307),
  - 22% uczestników – przeciętnie (n=177),



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

6) Dostępność udzielanych świadczeń podczas realizacji Programu oceniło:

- 43% uczestników – bardzo dobrze (n=347),
- 38% uczestników – dobrze (n=307),
- 19% uczestników – przeciętnie (n=153),
- 0% uczestników – źle (n=0),
- 0% uczestników bardzo źle (n=0).

7) Uprzejmość i życzliwość personelu oceniło:

- 73% uczestników – bardzo dobrze (n=589),
- 27% uczestników – dobrze (n=218),
- 0% uczestników – przeciętnie (n=0),
- 0% uczestników – źle (n=0),
- 0% uczestników bardzo źle (n=0).

8) Poszanowanie prywatności podczas udzielania świadczeń oceniło:

- 62% uczestników – bardzo dobrze (n=500),
- 37% uczestników – dobrze (n=299),
- 1% uczestników – przeciętnie (n=8),
- 0% uczestników – źle (n=0),
- 0% uczestników bardzo źle (n=0).

9) Warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń oceniono:

- 52% uczestników – bardzo dobrze (n=420),
- 45% uczestników – dobrze (n=363),
- 3% uczestników – przeciętnie (n=24),
- 0% uczestników – źle (n=0),
- 0% uczestników bardzo źle (n=0).

10) Na pytanie czy poleciliby Pan/i udział w Programie bliskim i znajomym, wszyscy badani (100%) jednogłośnie zaznaczyli-TAK.

Ponad połowa ankietowanych (61%) we własnych wnioskach, napisała pozytywną informację zwrotną na temat prowadzonego programu. Uczestnicy najczęściej zwracali uwagę na:

- dobre warunki do ćwiczeń,
- przyjazną atmosferę podczas zajęć,
- profesjonalizm instruktorów,
- dopasowanie ćwiczenia do możliwości i umiejętności ćwiczących,
- 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: 457 625,36 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2022 r.

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	270 000,67	
2. jednostki samorządów terytorialnych	187 624,69	
3.		

Całkowity okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 457 625,36 zł		
Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	270 000,67	
2. jednostki samorządów terytorialnych	187 624,69	
3.		

**Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:**  
 Badania kwalifikacyjne i kontrolne (badanie ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG) – 188,00 zł

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:	Opis podjętych działań modyfikujących:
<p><b>Problem:</b></p> <p>Mniejsza zgłaszalność osób do programu w porównaniu do liczby osób zaplanowanych na dany rok zgodnie z programem, mimo przekazanej informacji do wszystkich samorządów terytorialnych.</p>	<p><b>Działanie modyfikujące:</b></p> <p>Zwiększenie źródeł oraz form przekazywania informacji (droga elektroniczna: e-mail, strona internetowa urzędu, ePUAP) o planowanej realizacji programu na kolejny rok oraz powtórzenie tych informacji po ok. 3 tygodniach dla pewności, że dotarły one do wszystkich samorządów terytorialnych województwa kujawsko-pomorskiego w celu zaktywizowania większej liczby JST do udziału w programie.</p>

<p><i>Tomuś</i></p> <p>Miejscowość</p>	<p><i>23.02.2023r.</i></p> <p>Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p><i>Joanna Chobenska</i></p> <p>oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>
	<p><i>27.02.2023r.</i></p> <p>Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Członek Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego (3)</p> <p><i>S. Stawomir Kopyś</i></p> <p>oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>

*Barbara Ptaszyńska*

Sprawy Społeczności i Euro...  
(1)  
*Marcel Kurasz*